

RESIDÊNCIA MÉDICA - UFG/2020

PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

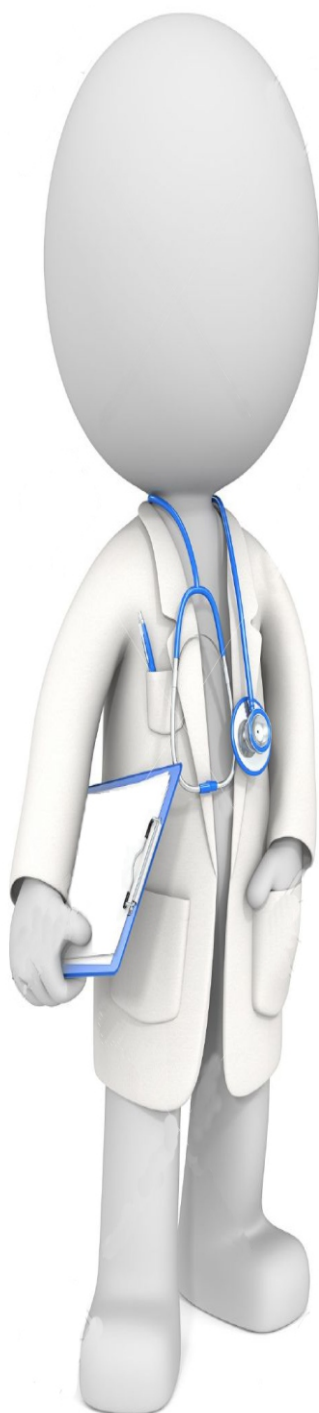
17/11/2019

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

ATENÇÃO: Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Cada qual sabe amar a seu modo.

1. Quando for permitido abrir o caderno de provas, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de prova.
2. Este caderno consta de 50 questões objetivas de conhecimentos em Clínica Médica. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com emenda, corretivo, rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.
5. Esta prova terá **quatro horas** de duração, incluídos, nesse tempo, os avisos, a coleta de impressão digital e a transcrição das respostas para o cartão-resposta. Iniciada a prova, você somente poderá retirar-se do ambiente de realização da prova após decorridas **três horas** de seu início e mediante autorização do aplicador de prova.
6. Os três últimos candidatos, ao terminarem a prova, deverão permanecer no recinto, sendo liberados após a entrega do material utilizado por todos eles, e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual irão colocar suas respectivas assinaturas.



— QUESTÃO 01

Qual é a opção indicada para prevenir AVC isquêmico em um homem de 64 anos, obeso, sedentário, dislipidêmico, em tratamento quimioterápico para linfoma não Hodgkin e com episódios frequentes de fibrilação atrial paroxística?

- (A) Mudanças no estilo de vida.
- (B) Aspirina 100 mg ao dia.
- (C) Anticoagulantes.
- (D) Warfarina com RNI entre 2 e 3.

— QUESTÃO 02

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 50 anos, magra e portadora de DPOC, dá entrada no pronto-socorro com dispneia progressiva na última semana. Ao exame, observam-se ritmo de fibrilação atrial, FC = 78 BPM, PA 120x70 mmHg, oximetria de pulso de 89%, dosagem de NT-próBNP = 300 pg/ml e TAP com RNI = 3.5. Traz ecocardiograma recente que mostra FEVE = 55%, sem outras alterações.

Nesse caso, qual é a hipótese diagnóstica mais apropriada?

- (A) ICFEp.
- (B) DPOC descompensada.
- (C) Tromboembolismo pulmonar.
- (D) Ansiedade.

— QUESTÃO 03

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente portador de ICFEr de etiologia chagásica vai ao ambulatório para consulta de rotina. Está bem e assintomático. Ao exame, apresenta FC = 50 BPM, PA = 90x60 mmHg e perfil quente e seco. Traz ECG com BRE e QRS > 0.15 e creatinina de 1.9 mg/dl. Faz uso de carvedilol 25 mg, duas vezes ao dia, sacubitril/valsartana 49/51 mg duas vezes ao dia, espironolactona 25 mg ao dia e furosemida 40 mg ao dia.

Nesse caso, a conduta mais adequada é:

- (A) manter medicamentos.
- (B) reduzir a dose de carvedilol.
- (C) aumentar a dose de sacubitril/valsartana.
- (D) programar ressincronização cardíaca.

— QUESTÃO 04

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente jovem, do sexo feminino, recém-diagnosticada com câncer de mama, faz quimioterapia com antracíclicos. Há um mês evoluiu com cansaço aos esforços habituais. Ao exame, observam-se ritmo de galope e congestão pulmonar. Ao eletrocardiograma, baixa voltagem precordial e, ao ecocardiograma, FEVE = 36%.

Nesse caso, a conduta mais apropriada é:

- (A) interromper o tratamento do câncer e iniciar o tratamento da ICFEr.
- (B) manter o tratamento do câncer e iniciar o tratamento da ICFEr.
- (C) solicitar ressonância cardíaca para afastar miocardite.
- (D) dosar NT-próBNP para o diagnóstico diferencial da dispneia.

— QUESTÃO 05 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente chega à emergência com quadro agudo de infarto do miocárdio, com PAM de 50mmHg, e é levado à sala de hemodinâmica.

Nesse caso, qual é a melhor estratégia de tratamento?

- (A) Revascularizar apenas a artéria culpada.
- (B) Revascularizar todas as artérias com obstruções graves.
- (C) Realizar tromboaspiração.
- (D) Utilizar balão intra-aórtico em todo o período perioperatório.

— QUESTÃO 06 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher obesa, de 55 anos, com diabetes tipo 2 há mais de dez anos, em uso de metformina 2 g/dia e glimepirida 6 mg/dia. Além destas medicações, faz uso de insulina NPH (20 unidades ao acordar e 10 unidades ao deitar) e insulina lispro (oito unidades antes do café da manhã, oito unidades antes do almoço e oito unidades antes do jantar). Vem em consulta assintomática, trazendo exame de hemoglobina glicada A1c = 7,8 % e anotações do controle glicêmico do último mês, com glicemias médias de cada período de aferição representadas na tabela abaixo:

Jejum	2h pós-café	Pré-almoço	2h pós-almoço	Pré-jantar	2h pós-jantar
110	150	90	135	110	198

O melhor ajuste da insulinoterapia para esta paciente deve ser:

- (A) aumentar lispro do jantar.
- (B) acrescentar NPH no jantar e reduzir lispro ao jantar.
- (C) aumentar lispro ao jantar e reduzir NPH ao deitar.
- (D) aplicar NPH antes do jantar e não aplicar ao deitar.

— QUESTÃO 07 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 63 anos e diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 dá entrada na emergência queixando-se de mal-estar, náuseas, vômitos e dor abdominal de moderada intensidade. A paciente vem em uso de insulina Glargina, pioglitazona e dapaglifozina. Durante o exame físico, foi identificada dor abdominal difusa, sem sinais de irritação peritoneal e sem sinais localizatórios, além de desidratação, FC = 120 BPM e pressão arterial = 90 x 65 mmHg. Os exames laboratoriais mostram: glicose = 102 mg/dL; ureia = 75 mg/dL; creatinina = 0,9 mg/dL; potássio = 2,7 mEq/L; leucócitos totais = 17.500 (monócitos = 5%, segmentados = 60% e linfócitos = 30%, eosinófilos = 5%). Gasometria arterial: pH = 7,0; bicarbonato = 4 mEq/L.

Considerando o caso clínico desta paciente, a conduta, no momento, é:

- (A) a presença de dor abdominal associada a náuseas e vômitos indica um possível quadro intra-abdominal como fator desencadeante para a emergência apresentada pela paciente; deve ser feita tomografia de abdômen total e suspensa a pioglitazona.
- (B) a presença de leucocitose determina possível infecção como fator desencadeante da emergência apresentada; deve ser realizada antibioticoterapia endovenosa e suspensa a pioglitazona.
- (C) o tratamento deve ser imediatamente iniciado com hidratação vigorosa e glicose hipertônica, além de suspensa a dapaglifozina.
- (D) a presença de glicemia normal nesta paciente descarta o quadro de cetoacidose, devendo ser mantida a terapia anti-diabética oral e feita hidratação vigorosa.

— QUESTÃO 08 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 35 anos tem hipopituitarismo pós-trauma. Atualmente, está em uso de levotiroxina 100 mcg/dia e reposição de estrógeno e progesterona via oral. Irá mudar a reposição de estrógenos para via transdérmica, enquanto manterá a progesterona via oral.

Com relação à mudança da via de administração de estrógenos,

- (A) a dose de levotiroxina deve ser previamente aumentada, pois os níveis séricos de TSH aumentarão.
- (B) a troca da reposição estrogênica da via oral para a via transdérmica diminuirá os níveis de proteína transportadora de hormônio tireoidiano e poderá reduzir os níveis de T4 total da paciente.
- (C) a troca da reposição estrogênica da via oral para a via transdérmica diminuirá os níveis de proteína transportadora de hormônio tireoidiano e poderá aumentar os níveis de T4 total da paciente.
- (D) a troca da reposição estrogênica da via oral para a via transdérmica não deve alterar os níveis de T4 total da paciente, pois a reposição de progestágenos será mantida via oral.

— QUESTÃO 09 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 35 anos, foi diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica há cinco anos. Faz uso de Enalapril 20 mg/dia, Nifedipino 60 mg/dia e Propranolol 40 mg/dia. Refere que seus níveis pressóricos não estão bem controlados, tem ficado em torno de 150x90 mmHg pela manhã. Nega hipertensão de início precoce e doença cardiovascular em parentes de primeiro grau. Traz os seguintes exames solicitados pelo médico assistente:

aldosterona plasmática = 25 ng/dl (VR: 2,5 a 31,5); atividade plasmática de renina em repouso = 0,1 ng/mL/hora (VR: 0,2 a 3,3);

K = 3,5 mEq/L; (VR: 3,5-4,5);

teste de sobrecarga salina (2,5L EV em 4 horas): aldosterona plasmática com 0 min = 27 ng/dl; aldosterona após infusão salina = 20 ng/dl;

teste da postura = aldosterona plasmática com 0 min = 26 ng/dl; aldosterona após duas horas na posição ereta = 26 ng/dl.

Tendo como base a história clínica e os exames laboratoriais, qual é o diagnóstico mais provável da paciente referida?

- (A) Adenoma produtor de aldosterona.
- (B) Hiperplasia adrenal bilateral ou idiopática.
- (C) Hiperaldosteronismo supressível por dexametasona.
- (D) Hiperplasia adrenal primária.

— QUESTÃO 10 —

Em paciente com doença de Graves, qual critério prediz sucesso do tratamento clínico e maior probabilidade de remissão da doença com drogas antitiroídianas?

- (A) Idade < 40 anos.
- (B) Presença de oftalmopatia.
- (C) Níveis baixos de anticorpo contra receptor de TSH (TRAb).
- (D) Bócio volumoso.

— QUESTÃO 11 —

Leia o caso clínico a seguir.

Adolescente de 15 anos, do sexo feminino, diagnosticada com DM1 aos 10 anos de idade, segue com tratamento regular da doença e controle razoável. Relata também ter iniciado uso de L-tiroxina 50 mcg/d há seis meses, após última consulta de rotina. Contudo, há cerca de 40 dias, vem apresentando perda de peso significativa, mas não quantificada, tonturas e episódios frequentes de hipoglicemia. No momento, apresentando dor abdominal de forte intensidade. Exames recentes mostram: HbA1c = 8,5%, TSH = 2,5 mU/L (0,3-4,0); T4L = 1,3 ng/dl (0,7-1,8), K = 5 mEq/L; (VR: 3,5-4,5), Ca total mg/dl = 9 (VR = 8-10). A enfermagem já avaliou a PA = 80X60 mmHg, sentada.

Quais sinais devem estar presentes no exame físico e qual exame laboratorial deve ser solicitado de imediato?

- (A) Distrofia ungueal e monília oral – dosagem de DHEAS.
- (B) Hiperpigmentação de pele/pregas e hipotensão postural – dosagem de cortisol plasmático randômico.
- (C) Hipopigmentação de pele e hipotensão postural – dosagem de aldosterona plasmática.
- (D) Sinal de Chvostek e Trousseau positivos – dosagem de PTH.

— QUESTÃO 12 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 24 anos, há seis meses com diarreia, eliminação de fezes com gotas de gordura visíveis, distensão abdominal, borborigmo e flatulência. Não apresenta dor abdominal. Emagreceu seis quilos neste período. Ao exame físico: emagrecida, hipocorada (2++), com língua “cárcera” e queilite angular, abdômen distendido, hipertimpânico, com RHA aumentados, edema de membros inferiores.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) doença celíaca.
- (B) pancreatite crônica.
- (C) intolerância à lactose.
- (D) síndrome de intestino irritável.

— QUESTÃO 13 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 40 anos, é internado com quadro de ascite de grande volume. Foi realizada a paracentese com retirada de líquido amarelo-citrino. O exame do líquido revelou: albumina de 2,8 gr/dl, amilase de 50 u/dl, citometria: 450 células, com predomínio de linfócitos, citologia oncológica negativa. A dosagem de albumina sérica foi de 3,5 gr/dl (normal > 3,5 gr/dl) e atividade de protrombina de 70% (normal >70%).

Nesse caso,

- (A) o gradiente de albumina soro ascite é de 0,7 e a ascite provavelmente é por hipertensão portal.
- (B) o gradiente de albumina soro ascite é de 1,25 e a ascite provavelmente não é por hipertensão portal.
- (C) o gradiente de albumina soro ascite é de 1,25 e a ascite provavelmente é por hipertensão portal.
- (D) o gradiente de albumina soro ascite é de 0,7 e a ascite provavelmente não é por hipertensão portal.

— QUESTÃO 14 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 45 anos, é internada com quadro de hemorragia digestiva alta. Foi submetida à endoscopia digestiva alta, cujo diagnóstico foi de úlcera duodenal, Forrest IIa.

Neste caso, o achado endoscópico e a conduta a ser instituída são, respectivamente:

- (A) sangramento ativo no momento da endoscopia; deve-se indicar o tratamento cirúrgico pelo risco de choque hipovolêmico.
- (B) presença de estigma de sangramento recente; a paciente deve permanecer internada, pois apresenta risco de novo sangramento.
- (C) ausência de estigma de sangramento recente; a paciente não tem risco de novo sangramento e pode receber alta hospitalar.
- (D) sangramento ativo no momento da endoscopia; a paciente deve ser tratada clinicamente, pois é provável a parada espontânea do sangramento.

— QUESTÃO 15 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 28 anos, com 34 semanas de gestação, apresenta epigastria aguda associada à elevação dos níveis pressóricos. Os exames iniciais revelaram aumento das aminotransferases, anemia hemolítica e trombocitopenia.

Neste caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) colestase intra-hepática da gravidez.
- (B) esteatose hepática aguda da gravidez.
- (C) síndrome HELLP.
- (D) síndrome de Budd-Chiari secundária à gravidez.

— QUESTÃO 16 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 24 anos, com úlcera duodenal em atividade. Havia presença de *Helicobacter pylori* em avaliação histopatológica de biópsia de antro gástrico. Relata ser alérgica à penicilina.

Neste caso, o esquema terapêutico apropriado a ser recomendado é:

- (A) IBP 2x/dia + claritromicina 500 mg 2x/dia + levofloxacina 400 mg 1x/dia, por 14 dias.
- (B) IBP 2x/dia + claritromicina 500 mg 2x/dia + amoxicilina 1gr/2x/dia, por 14 dias.
- (C) IBP 2x/dia + amoxicilina 1000 mg 2x/dia + levofloxacina 400 mg/1x/dia, por 7 dias.
- (D) IBP 2x/dia + levofloxacina 400 mg 1x/dia + metronidazol 400 mg/3x/dia, por 7 dias.

— QUESTÃO 17 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 83 anos com mieloma múltiplo IgG kappa, em tratamento com Alkeran, Bortezomide e Predinisona, apresentava ao diagnóstico pico monoclonal em região gama de 3.5 g/dL, hemoglobina de 8,0 g/dL, sem lesões ósseas, e creatinina de 3.0 mg/dL. Após cinco ciclos, apresenta pico monoclonal ausente, hemoglobina de 9.0 g/dL, creatinina de 1.8 mg/dL.

Segundo os critérios do *Myeloma International Working Group*, com base nos exames disponíveis, a resposta ao tratamento é:

- (A) resposta completa estridente.
- (B) resposta completa.
- (C) resposta parcial muito boa.
- (D) resposta parcial.

— QUESTÃO 18 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 63 anos, do sexo masculino, há três meses com adenomegalia generalizada de aumento progressivo, com sudorese noturna, febre vespertina ocasional e perda de 6 kg. Ao exame, apresenta adenomegalia cervical, axilar e inguinal, vários, sem sinais flogísticos, de até 3 cm de diâmetro, e esplenomegalia de 6 cm. Hemograma com Hb: 10.5 g/dL, GB: 15.000/uL, com 48% de células mononucleares, cromatina condensada, com núcleos apresentando edentações, e plaquetas de 140.000/uL. Mielograma mostra infiltração de 53% dessas células. Anatomopatológico de gânglio mostra infiltração desorganizada e difusa por células linfóides de tamanho médio. O perfil imunofenotípico dessas células é CD3 -, CD5 +, CD10 -, CD20+, CD23 -, CD30 -, KI67 45%, Ciclina D1 +. Análise por FISH mostrou t(11:14).

Nesse caso, o diagnóstico é:

- (A) linfoma não Hodgkin folicular.
- (B) linfoma não Hodgkin grandes células B.
- (C) linfoma não Hodgkin zona do manto.
- (D) linfoma não Hodgkin células T NOS.

— QUESTÃO 19 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 32 anos, com leucemia mieloide crônica sem outras comorbidades, com ausência de resposta citogenética completa aos 18 meses, sendo considerada falha ao tratamento com Imatinibe. Trocado seu tratamento para Dasatinibe, 100 mg ao dia, e após seis meses apresenta resposta citogenética completa e resposta molecular completa. Em avaliação periódica, após quatro anos de tratamento com Dasatinibe, relata falta de ar leve aos grandes esforços, além de taquicardia ocasional. Após avaliação clínica e de imagem, detectada hipertensão pulmonar leve.

Nesse caso, qual é a conduta?

- (A) Redução na dose do Dasatinibe para 50 mg dia.
- (B) Suspensão definitiva do Dasatinibe.
- (C) Anticoagulação oral.
- (D) Reavaliação em dois meses.

— QUESTÃO 20 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente com leucemia mieloide crônica, em tratamento com Imatinibe, 400 mg via oral ao dia. No terceiro mês de tratamento apresenta hemoglobina de 12,2 g/dL, leucócitos totais de 9.200/uL, contagem de plaquetas de 500.000/uL, e ponta de baço palpável em rebordo costal esquerdo. Sua determinação de BCR-ABL por RT-PCR é de 32%, pela escala internacional.

Segundo os critérios do consórcio internacional *Leukemia-Net*, em qual situação o paciente se encontra?

- (A) Resposta ótima.
- (B) Resposta subótima.
- (C) Resposta parcial muito boa.
- (D) Falha terapêutica.

— QUESTÃO 21 —

A hemoglobinúria paroxística noturna é causada pela deficiência de expressão na membrana celular de:

- (A) Espectrina.
- (B) CD55 e CD59.
- (C) Esfingomiolina.
- (D) CD56 e CD 200.

— QUESTÃO 22 —

Leia o caso clínico a seguir.

M.N.O., de 32 anos, negra, com diagnóstico prévio de lúpus eritematoso sistêmico, evoluiu com anasarca, hipertensão arterial, perda rápida de função renal (creatinina atual 4,7 mg/dL), proteinúria de 2,5 g/24horas, e presença de cilindros celulares e hematúria no exame de urina. Foi realizada uma biópsia renal percutânea.

Qual é a classe mais provável de nefrite lúpica (NL) desta paciente e qual a proposta terapêutica mais adequada a ser instituída, nesse momento?

- (A) NL proliferativa focal (Classe III) – início de tratamento com corticoide e azatioprina.
- (B) NL proliferativa difusa (Classe IV) – início de tratamento com corticoide e azatioprina.
- (C) NL membranosa (Classe V) – início de tratamento com corticoide e ciclofosfamida.
- (D) NL proliferativa difusa (Classe IV) – início de tratamento com corticoide e micofenolato.

— QUESTÃO 23 —

Qual é a causa da acidose tubular renal na nefropatia por anemia falciforme?

- (A) Nefrocalcinose.
- (B) Hiperaldosteronismo secundário.
- (C) Hiperprodução tubular de amônia.
- (D) Redução da atividade do transportador H⁺-ATPase causada pela hipóxia tecidual.

— QUESTÃO 24 —

Quanto ao cuidado de paciente com doença renal crônica, estágio 5 dialítico, secundário a doença renal do diabetes,

- (A) os métodos dialíticos (hemodiálise e diálise peritoneal) apresentam o mesmo grau de eficiência.
- (B) o uso sistemático de estatina deve ser iniciado com o objetivo de manter LDL-C < 120 mg/dL.
- (C) os estimuladores de eritropoiese devem ser iniciados quando a hemoglobina < 9,0 g/dL.
- (D) o calcimimético (cinacalcete) é a primeira opção para tratar o hiperparatireoidismo secundário com PTHi > 150pg/mL associado a hipocalcemia.

— QUESTÃO 25 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente HIV positivo, em uso de terapia antirretroviral há dois anos, retorna para consulta de rotina, queixando-se de fraqueza acentuada e traz resultados de exames que mostram carga viral indetectável, hipofosfatemia importante, hipouricemia e glicosúria.

A principal droga usada no tratamento da infecção pelo HIV e o distúrbio que justifica o quadro clínico e laboratorial apresentados são:

- (A) Ritonavir / tubulopatia distal.
- (B) Indinavir / nefrite intersticial.
- (C) Tenofovir / tubulopatia proximal.
- (D) Atazanavir / injúria renal aguda.

— QUESTÃO 26 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 38 anos, deu entrada no serviço de emergência com história de, há dois dias, apresentar diarreia líquida com 10-12 episódios por dia. Estava desidratado, afebril, com fraqueza muscular e bradicárdico. Realizada expansão volêmica com soro fisiológico a 0,9%. No ECG, apresentava diminuição de amplitude da onda T e aparecimento de onda U.

Nesse caso, o distúrbio eletrolítico mais provável é:

- (A) hipocalcemia.
- (B) hipopotassemia.
- (C) hipomagnesemia.
- (D) hiponatremia.

— QUESTÃO 27 —

Leia o caso clínico a seguir.

Adulto do sexo masculino, de 23 anos, pardo, apresentando quadro de síndrome nefrótica típica, foi submetido à biópsia renal que identificou glomeruloesclerose segmentar e focal. Tratado 16 semanas com prednisona 1 mg/kg, losartana, furosemida, atorvastatina. Retornou ao ambulatório com melhora do edema, albumina sérica 3,0 mg/dL, colesterol total 275 mg/dL, proteinúria de 4,2 g na urina de 24 horas.

Nesse caso, qual deve ser a conduta?

- (A) Manter prednisona por mais quatro semanas.
- (B) Retirar prednisona e associar espironolactona.
- (C) Suspensão do corticoide e associar micofenolato mofetil.
- (D) Redução do corticoide e iniciar ciclosporina.

— QUESTÃO 28 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 56 anos, chega ao pronto-socorro com perda da movimentação à esquerda, de instalação súbita há três horas, e é prontamente avaliado. Conta ser diabético e hipertenso em uso regular da medicação há oito anos, com bom controle ambulatorial e nega qualquer outra intercorrência quanto à sua saúde. Ao exame geral, pesa 80 kg, PA 150 x 95 mmHg; FC 92 BPM; FR 18 IRPM; SO₂ 96%; sem outras alterações. Glicemia capilar 112 mg/dl. Avaliação neurológica: hemiparesia esquerda grau 2 no membro superior, grau 4 no inferior e apagamento do sulco nasolabial, escalas NIH 7 e Glasgow 15. Os exames de rotina solicitados na entrada e a tomografia de crânio ficam prontos em 30 minutos e estão normais.

Nesse caso, a conduta é:

- (A) AAS 300 mg, VO, uma vez ao dia, sinvastatina 20 mg, VO, uma vez à noite.
- (B) Alteplase 7 ml em bolus, seguido de 65 ml em uma hora, venoso.
- (C) Enoxaparina 80 mg, SC, de 12 em 12 horas.
- (D) Varfarina 5 mg, VO, uma vez ao dia e controle de TAP.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 29 e 30.

Paciente de 62 anos, do sexo feminino, procura o ambulatório referindo tremor nos braços há um mês e que se sente mais lenta. Tem como antecedente clínico quatro episódios de vertigem rotatória, acompanhada de zumbido no ouvido esquerdo, náuseas e vômitos, com duração de até 10 minutos, sem fatores desencadeantes. O primeiro episódio ocorreu há dois anos. O último, há quase um ano, quando passou a fazer uso regular de betaistina 24 mg, de 12 em 12 horas, flunarizina 10 mg à noite, melizina 25 mg de 12 em 12 horas, e clonazepam 0,5 mg à noite. Ao exame clínico geral, não havia alterações, mas apresentava leve tremor de baixa amplitude e alta frequência, simétrico, e discretos sinais de rigidez plástica (roda denteadada) nos membros superiores. O restante do exame neurológico era normal.

— QUESTÃO 29 —

A hipótese diagnóstica principal e a conduta para a queixa atual são, respectivamente:

- (A) parkinsonismo secundário e suspensão do uso da flunarizina.
- (B) AVC cerebelar e AAS 100 mg.
- (C) doença de Parkinson e Levodopa/benzerazida 100/25 mg, duas vezes ao dia.
- (D) doença por corpos de Levy e amantadina 100 mg, duas vezes ao dia.

— QUESTÃO 30 —

A fisiopatologia das vertigens apresentadas pela paciente, considerando-se a principal hipótese para sua causa é:

- (A) comprometimento vascular do sistema vertebrobasilar.
- (B) otolitíase dos canais semicirculares.
- (C) hidropsia do sistema endolinfático.
- (D) infecção do nervo vestibulococlear.

— QUESTÃO 31 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente de 68 anos foi levado pela sua esposa ao ambulatório por apresentar há um ano piora da memória para fatos recentes e dificuldade para manter o controle financeiro (anteriormente nunca pagava contas em atraso). Na última semana, foram a um lugar pouco habitual e ele teve muita dificuldade de encontrar o caminho para casa. Antes era muito atento e organizado. Nega comorbidades e tabagismo, referindo etilismo com baixa ingestão em eventos sociais. Possui superior completo em contabilidade, profissão que exercia até a aposentadoria há dois anos. Seu exame clínico era normal, mas apresentava Minimental de 24 em 30 e CRD (*Clinical Dementia Rating*) de 1.

Como a investigação laboratorial e a tomografia de crânio estavam normais, a conduta é:

- (A) repetir a avaliação clínica com seis meses, avaliar a progressão dos sintomas para início do tratamento.
- (B) iniciar galantamina 8 mg, VO, uma vez ao dia, após o café da manhã.
- (C) iniciar rivastigmina 5 cm², adesivo transdérmico, por 24 horas, e memantina 10 mg, VO, meio comprimido à noite.
- (D) iniciar memantina, VO, meio comprimido à noite.

— QUESTÃO 32 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 68 anos, do sexo feminino, tabagista, procura o ambulatório queixando-se de fraqueza para subir escadas, estender roupas no varal e pentear os cabelos, iniciados há cerca de um mês. Os sintomas são piores ao acordar. Seu exame geral foi normal. Os exames laboratoriais, incluindo a CPK, estavam em valores normais. A eletro-neuromiografia apresentou potenciais de ação muscular compostos reduzidos que aumentaram em mais de 100% a sua amplitude na estimulação repetitiva de alta frequência (30 Hz), e o estudo sensitivo e de agulha foi normal.

A principal hipótese para o caso é:

- (A) miastenia gravis.
- (B) polimiosite.
- (C) distrofia de cinturas.
- (D) síndrome de Lambert-Eaton.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de 33 a 34.

Paciente do sexo masculino, de 72 anos. Alega há cerca de 10 anos dispneia progressiva até em pequenos esforços. Evoluindo há seis meses com edema de membros inferiores 2+/4+, bilateral e simétricos. Nega internações ou uso de antibióticos recentes. Tabagista há 50 anos, fumando cerca de 20 cigarros ao dia. Procurou atendimento médico, e foi observada saturação periférica de oxigênio de repouso de 85%, confirmado pela gasometria arterial. Ausculta pulmonar apresentando redução do murmúrio vesicular difusamente, sem ruídos adventícios. Realizou espirometria, que evidenciou VEF1/CVF 65% (pós-broncodilatador), sem variação significativa ao broncodilatador, com VEF1 (42% do previsto, pós-broncodilatador), e CVF maior que 80% do previsto. Solicitado ecocardiograma transtorácico, que evidenciou alta probabilidade de hipertensão pulmonar, com disfunção de ventrículo direito, PSAP (pressão sistólica de artéria pulmonar) 55mmHg, porém sem outras alterações descritas. Investigadas outras causas que justificassem a hipertensão pulmonar, e todas foram descartadas.

— QUESTÃO 33 —

Como classificar a hipertensão pulmonar desse paciente?

- (A) Grupo 1.
- (B) Grupo 2.
- (C) Grupo 3.
- (D) Grupo 4.

— QUESTÃO 34 —

Qual é o tratamento indicado da hipertensão pulmonar desse paciente?

- (A) Oxigenioterapia.
- (B) Sildenafil.
- (C) Bonsentan.
- (D) Cateterismo cardíaco direito, para confirmar hipertensão pulmonar, antes de iniciar tratamento.

— QUESTÃO 35 —

Como classificar o DPOC desse paciente?

- (A) Gold A.
- (B) Gold B.
- (C) Gold C.
- (D) Gold D.

— QUESTÃO 36 —

O tabagismo é um dos problemas de saúde pública mais importantes no Brasil e no mundo. Apesar das políticas públicas para controle do tabagismo, ele ainda é uma das principais causas de morte preveníveis no mundo. A dependência química da nicotina é um dos fatores que dificultam o abandono do cigarro. Para avaliar o grau de dependência da nicotina são usados alguns testes. Dentre eles, o mais utilizado é o

- (A) teste do ACT.
- (B) teste de função pulmonar.
- (C) teste de St Georges.
- (D) teste de Fagerstrom.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 37 e 38.

Paciente do sexo feminino de 28 anos, com diagnóstico de asma desde a infância. Faz uso de medicação inalatória (formoterol 12 mcg, duas vezes ao dia, associado com budesonida 800 mcg, duas vezes ao dia). Refere que, nas últimas oito semanas, vem apresentando tosse seca, chiado no peito e dispnéia diariamente, além de acordar à noite com chiado no peito cerca de duas vezes por mês. Faz uso de medicação inalatória de resgate pelo menos uma vez ao dia.

— QUESTÃO 37 —

Qual deve ser a conduta inicial para essa paciente?

- (A) Avaliar adesão à medicação e técnica inalatória.
- (B) Aumentar a dose de corticoide inalatório.
- (C) Iniciar antileucotrieno.
- (D) Iniciar imunobiológico.

— QUESTÃO 38 —

Como classificar o controle dos sintomas da asma, conforme a GINA 2019?

- (A) Asma não controlada.
- (B) Asma parcialmente controlada.
- (C) Asma bem controlada.
- (D) Asma intermitente.

— QUESTÃO 39 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 59 anos, que exerce a profissão de bordadeira, refere dor nas mãos, há dois anos. Ao exame físico, observam-se nódulos nas articulações interfalangeanas distais e interfalangeanas proximais; adução e dorsiflexão do primeiro dedo, com aspecto quadrado da região; e dificuldade de oposição do polegar, com dor ao movimento de abdução do mesmo.

Considerando as recomendações da Liga Panamericana de Reumatologia (PANLAR) 2016, para o tratamento desta paciente recomenda-se o uso de:

- (A) diacereína oral.
- (B) cloridrato oral.
- (C) corticoide intramuscular.
- (D) anti-inflamatório não hormonal tópico.

— QUESTÃO 40 —

A arterite de Takayasu é uma vasculite sistêmica, caracterizada por inflamação granulomatosa de artérias de grande calibre, principalmente aorta e seus grandes ramos. No diagnóstico diferencial desta vasculite, devem ser incluídas as aortites inflamatórias infecciosas, principalmente a aortite causada por:

- (A) *Treponema pallidum*.
- (B) *Toxoplasma gondii*.
- (C) *Mycobacterium leprae*.
- (D) Citomegalovírus.

— QUESTÃO 41 —

Na artrite reumatoide, as infecções estão entre as principais causas de morte nesse grupo de pacientes, sendo aqueles com doença grave e/ou portadores de comorbidades os de maior risco. A vacinação é a medida preventiva de maior impacto na diminuição da ocorrência de infecções. Assim, a Sociedade Brasileira de Reumatologia, para pacientes com artrite reumatoide, apresenta a seguinte recomendação:

- (A) uma vacina adicional contra BCG está indicada, em decorrência da alta prevalência de tuberculose latente.
- (B) as vacinas compostas de vírus vivos atenuados podem ser realizadas na vigência de uso de drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) sintéticas ou biológicas.
- (C) a vacina contra hepatite B é indicada para pacientes anti-HBs negativo, preferencialmente antes do início do tratamento com drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) biológicas.
- (D) a vacina contra H1N1 é contraindicada nos pacientes em uso de imunossupressores, incluindo as drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) sintéticas e biológicas.

— QUESTÃO 42 —

As enfermidades reumáticas de partes moles são também denominadas de reumatismos extra-articulares, acometem músculos, tendões, ligamentos, bursas e enteses, e a sintomatologia pode ser local ou regional. Dos reumatismos de partes moles que acometem os cotovelos,

- (A) a epicondilite medial, causada pela lesão do tendão flexor comum em sua inserção no cotovelo, é mais frequente do que a epicondilite lateral, e caracteriza-se por dor de leve intensidade no epicôndilo medial.
- (B) a síndrome do interósseo posterior caracteriza-se por comprometimento motor da musculatura inervada pelo nervo interósseo posterior, e não apresenta manifestações sensitivas significativas.
- (C) a síndrome do túnel cubital resulta da compressão do nervo mediano ao nível do cotovelo, causando principalmente sintomas sensitivos na face volar do quarto e quinto dedos da mão.
- (D) a síndrome do túnel radial caracteriza-se por sintomas puramente sensitivos, na região dorsolateral do cotovelo, sendo a neuropatia compressiva mais comum ao nível do cotovelo.

— QUESTÃO 43 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 44 anos queixa-se de falta de ar aos médios esforços, e alteração da coloração das mãos, precipitada com temperaturas frias, há dois anos. Há vinte dias, vem apresentando dor nas extremidades digitais das mãos, e aparecimento de lesões ulceradas locais. Ao exame físico, observam-se fenômeno de Raynaud nas mãos, úlceras digitais no 4º e 5º quirodáctilos direitos, esclerodactilia, espessamento cutâneo das mãos até os cotovelos, e teleangiectasias no tronco. Ausculta cardíaca normal. Aumento da frequência respiratória. FAN = padrão nuclear centromérico, título = 1/640.

Considerando essa situação clínica,

- (A) a tomografia do tórax de alta resolução é o exame de eleição para avaliação da dispneia apresentada, já que o anticorpo anti-Scl 70 provavelmente virá positivo.
- (B) o quadro de dor relacionado às úlceras digitais é reflexo do comprometimento endotelial, base da fisiopatologia dessa doença, e tem como tratamento de primeira linha o uso de corticoide sistêmico.
- (C) o tratamento das manifestações cutâneas mostrará uma boa resposta, visto que a paciente apresenta menos de cinco anos de doença, e o medicamento de escolha é o biológico anti-TNF.
- (D) o tratamento do fenômeno de Raynaud deve ser iniciado com o uso de bloqueadores de canais de cálcio, como a nifedipina, a qual se mostra eficaz tanto na redução do número quanto na gravidade do vasoespasm.

— QUESTÃO 44 —

A osteoporose é uma doença esquelética, cuja principal característica é o comprometimento da resistência óssea, predispondo ao aumento do risco de fratura. Quanto ao manejo terapêutico desta doença,

- (A) os exercícios físicos contra a gravidade, apesar de promoverem o aumento da massa óssea em pacientes mais idosos, não demonstram diminuição da taxa de fraturas.
- (B) os bisfosfonatos nitrogenados são medicamentos antitumorais que já foram considerados como tratamento de escolha, porém o seu uso tem diminuído, devido à associação frequente com osteonecrose da mandíbula.
- (C) o denosumabe age inibindo a ligação do RANKL ao RANK, reduzindo a ativação e a diferenciação osteoclástica, e pode ser prescrito para pacientes com clearance de creatinina menor do que 30.
- (D) a teriparatida é um análogo do PTH, que atua estimulando a atividade dos osteoblastos, aumentando a formação óssea. Pelo risco aumentado de osteossarcoma, o seu uso deve ser indicado por, no máximo, cinco anos.

— QUESTÃO 45 —

Presume-se que os agentes infecciosos sejam responsáveis por até 20% dos cânceres em todo o mundo. Estudos científicos mostram que a vacina contra o papilomavírus humano é eficaz na prevenção de lesões causadoras do câncer de colo de útero de origem viral, reduzindo a incidência desse câncer no futuro. Desta forma, qual dos seguintes cânceres permanecerá estável no futuro?

- (A) Câncer de boca.
- (B) Câncer de canal anal.
- (C) Câncer de reto.
- (D) Câncer de vulva.

— QUESTÃO 46 —

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 43 anos, com história familiar de síndrome de Lynch, foi diagnosticado com câncer de cólon direito e tratado inicialmente com cirurgia. O anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma de cólon, padrão tubular, grau II, pT3pN0 (estágio II). A análise de seu tumor mostra alta instabilidade de microssatélites (MSI-H).

Nesse caso, uma das características desta doença é:

- (A) risco aumentado de tumores no pâncreas, na paratireoide e hipófise.
- (B) perda de expressão de proteínas de reparo de dano do DNA.
- (C) doença hereditária, com transmissão autossômica recessiva.
- (D) responsável por 20-30% dos casos de câncer colorretal.

— QUESTÃO 47 —

Leia o caso clínico a seguir.

Homem branco de 54 anos, sedentário e com índice de massa corpórea de 32 kg/m², vai à consulta médica para realização de exames de rotina. Relata que apresenta pirose crônica. Ele realizou uma endoscopia há vários anos que evidenciou esofagite de refluxo. Foi submetido a outra endoscopia que revelou um adenocarcinoma de esôfago distal.

Nesse caso, qual é o fator de risco mais provável para o desenvolvimento desta neoplasia?

- (A) Acalasia de esôfago.
- (B) Síndrome de Plummer-Vinson.
- (C) Gastrite por refluxo.
- (D) Esôfago de Barret.

— QUESTÃO 48 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 61 anos, portadora de melanoma metastático para fígado, linfonodos e nódulos subcutâneos em tratamento com pembrolizumabe a cada três semanas. Chegou ao consultório médico para a sua quarta dose e refere dispneia e, ao exame, apresenta hipóxia.

Nesse caso, qual evento adverso relacionado ao tratamento deve ser considerado no diagnóstico diferencial?

- (A) Infarto agudo do miocárdio.
- (B) Tromboembolismo pulmonar.
- (C) Pneumonite.
- (D) Pneumonia fúngica.

— QUESTÃO 49 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 29 anos, internada na enfermaria de clínica médica com história de dispneia e perda de peso, apresenta volumosa lesão em hemitórax direito, cuja biópsia mostrou neoplasia de pequenas células de pulmão. Iniciou tratamento com quimioterapia. Três dias após, evoluiu com náuseas, vômitos, rebaixamento do nível de consciência, bradicardia e oligúria. Eletrocardiograma revelou achatamento da onda P, alargamento do intervalo QRS e onda T apiculada.

Nesse caso, qual alteração laboratorial espera-se encontrar nesta paciente?

- (A) Hipocalcemia.
- (B) Hipocalemia.
- (C) Hipofosfatemia.
- (D) Hipouricemia.

— QUESTÃO 50 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 68 anos refere que há dois meses apresenta acentuada perda ponderal e, há uma semana, quadro de icterícia. Ao exame físico, apresenta vesícula biliar palpável e indolor.

Nesse caso, o quadro clínico é indicativo de:

- (A) carcinoma hepatocelular (CHC).
- (B) neoplasia de vesícula.
- (C) neoplasia periampular.
- (D) neoplasia gástrica.