

UFG

PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

15/11/2021

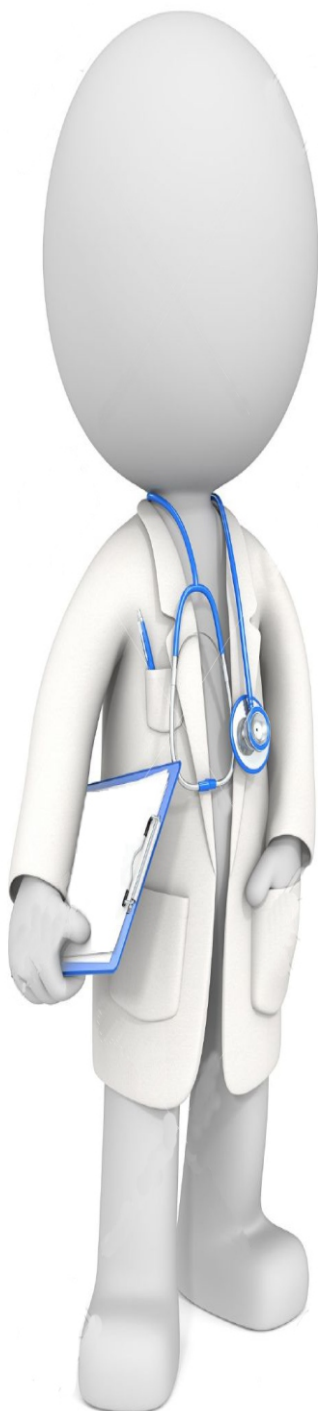
SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

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:

Caminhando e semeando, sempre se terá o que colher.

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. 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 rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.



— QUESTÃO 01 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 55 anos, assintomático e em consulta de rotina, foi diagnosticado com insuficiência mitral primária de grau importante. O ecodopplercardiograma demonstrou área cardíaca normal, diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo de 40 mm e FEVE de 60%.

Nesse caso, qual é a conduta mais apropriada?

- (A) Cirurgia de troca valvar.
- (B) Acompanhamento clínico.
- (C) Cateterismo para investigar a causa da valvopatia.
- (D) Eco de stress farmacológico.

— QUESTÃO 02 —

Qual esquema terapêutico reduz a mortalidade em pacientes portadores de insuficiência cardíaca com fração de ejeção ventricular reduzida?

- (A) Inibidores da SGLT2, diuréticos e betabloqueadores.
- (B) Betabloqueadores, inibidores da aldosterona e da SGLT2.
- (C) Sacubitril/Valsartana, espirolactona e digitais.
- (D) Inibidores da ECA, nitratos e anticoagulantes.

— QUESTÃO 03 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 75 anos, obesa e portadora de DPOC, dá entrada no pronto-socorro com dispneia progressiva na última semana e piora há 12 horas. Ao exame físico, observa-se ritmo de fibrilação atrial, FC = 78 BPM, PA 150x70 mmHg, oximetria de pulso de 90%, sibilos expiratórios difusos e com piora da dispneia ao deitar. A dosagem de NT-próBNP foi de 1200 pg/ml e TAP com RNI = 3.5. O ecocardiograma mostrou FEVE = 55%, PsAP = 52 mmHg, volume do átrio esquerdo de 55ml/m², sem outras alterações.

Nesse caso, qual é a hipótese diagnóstica mais apropriada?

- (A) Insuficiência cardíaca descompensada.
- (B) DPOC descompensada.
- (C) Obesidade.
- (D) Urgência hipertensiva.

— QUESTÃO 04 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente chega à emergência com quadro agudo de infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, PA = 70x40mmHg, FC = 120 BPM.

Nesse caso, qual é a conduta mais apropriada?

- (A) Antiagregante plaquetário e droga vasoativa.
- (B) Angiografia coronariana de urgência.
- (C) Balão intra-aórtico.
- (D) Trombólise de urgência.

— QUESTÃO 05 —

Em um paciente portador de insuficiência cardíaca crônica, disfunção importante do ventrículo esquerdo e fibrilação atrial permanente, o uso de qual droga está contraindicado para controle da frequência cardíaca?

- (A) Amiodarona.
- (B) Propafenona.
- (C) Bisoprolol.
- (D) Digoxina.

— QUESTÃO 06 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 75 anos dá entrada no pronto-socorro referindo intensa cefaleia associada a confusão mental, vômitos e sudorese. Ao exame, apresentava ritmo cardíaco regular, FC = 80 BPM e PA = 240x140 mmHg, em ambos os membros superiores.

Nesse caso, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Enxaqueca.
- (B) Acidente vascular cerebral.
- (C) Infarto agudo do miocárdio.
- (D) Emergência hipertensiva.

— QUESTÃO 07 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 81 anos, do sexo masculino, portador de diabetes tipo 2 há 40 anos, insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, dislipidemia, hipotireoidismo e depressão. Há 10 anos, faz uso de insulina glargina 10 unidades pela manhã e insulina asparte 5 unidades antes do café, 4 unidades antes do almoço e 3 unidades antes do jantar, carvedilol 12,5 mg 12\12h, sacubitril/valsartana (97/103 mg) 1 comprimido 2 vezes por dia, espironolactona 25 mg, furosemida 40 mg 1 comprimido ao dia, levotiroxina 50 mcg em jejum e escitalopram 10 mg. Na última consulta com cardiologista, paciente referia inapetência, plenitude pós-prandial, edema de membros inferiores (+/4+) e queixa de cansaço, PA 100/60 mmHg, peso 48 kg, altura 1,65 m. Exames laboratoriais dessa data com HbA1c de 7,5%, Cr 1,2 mg/dl, TGO 65, TGP 55, albumina 3,9 g/dl. Na ocasião, foi prescrito dapaglifozina 10 mg e a insulina asparte foi suspensa em todos os horários. Algumas semanas depois, deu entrada no pronto-socorro com confusão mental, vômitos, dor abdominal, desidratação, hipotensão arterial e taquicardia, glicemia capilar = 150 mg/dl. Exames laboratoriais: hemoglobina 13 g/dl, leucócitos 4600, plaquetas 225 mil, PCR 5 (VR < 10), lactato – 1,2 mmol/L (VR 0,5 a 1,6 mmol/L), ureia 80 mg/dl (18 a 55 mg/dl), Cr 1,9 mg/dl, Na 129 mmol/L (VR 136 a 145 mmol/L), K+ 5,5 mmol/L (3,5 a 5,1 mmol/L), Cl – 102 mmol/L (VR 98 a 107 mmol/L), gasometria arterial: pH 7,21 (VR 7,35 a 7,45), pO₂ 90 mmHg (83 a 108 mmHg) pCO₂ – 26 mmHg (VR 35 a 45 mmHg), HCO₃ – 12 mmol/L (21 a 28 mmol/L), SatO₂ – 92%, EAS pH 5,5 (4,5 a 7,8), d 1020 (1015 a 1025), glicosúria 2+/4+, hemoglobina negativo, proteína negativo, piócitos 1000/ml (VR<10000/ml), hemácias 3000/ml (VR < 10000/ml), nitrito negativo, cetonas +/4+.

Nesse caso, qual a melhor conduta?

- (A) Iniciar hidratação e antibiótico empírico para provável infecção de urina que pode ter sido desencadeada pela prescrição de dapaglifozina, uma vez que não é possível estabelecer o diagnóstico com os exames apresentados.
- (B) Hidratação, soro glicosado e insulino terapia regular endovenosa em bomba de infusão contínua.
- (C) Iniciar dobutamina imediatamente, pois a hipótese mais provável é síndrome do baixo débito.
- (D) Descartar a possibilidade de cetoacidose diabética, pois a glicemia está abaixo de 250 mg/dl.

— QUESTÃO 08 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente feminina de 34 anos, com síndrome poliglandular tipo 2. Retorna em consulta sem queixas. Faz uso de L-tiroxina 100mcg/d, Prednisona 5 mg/d e Fludrocortisona 0,2 mg/d. Ao exame físico, tireoide de superfície irregular, PA deitada = 135x80 mmHg, PA ortostática = 140x90 mmHg, escurecimento das linhas nas palmas das mãos, sem outras alterações. Trouxe os seguintes resultados de exames laboratoriais:
Atividade plasmática de renina: 0,2 nanogramas/ml por hora (VR = 2.9 a 10.8), Na+ = 150mE/L, K = 4mEq/l, TSH = 2 UI/mL (0,34 a 5,60), T4L = 0,9 ng/dL (0.7 a 1.8).

Nesse caso, qual deve ser a conduta?

- (A) Reduzir a Prednisona.
- (B) Reduzir a Fludrocortisona.
- (C) Reduzir a L-tiroxina.
- (D) Manter as doses de todas as medicações em uso.

— QUESTÃO 09 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente masculino, de 60 anos, em pós-operatório tardio de retirada de macroadenoma hipofisário, vem em consulta com um resultado de cortisol sérico, colhido às oito horas da manhã, de 1,3 mcg/dL.

Nesse caso, qual a conduta mais apropriada?

- (A) Solicitar teste da Cortrosina, com dosagem de cortisol basal após 60 minutos, para elucidação diagnóstica.
- (B) Solicitar teste de tolerância insulínica, com dosagem de cortisol basal, após 30, 60, 90 e 120 minutos após hipoglicemia induzida, para elucidação diagnóstica.
- (C) Realizar dosagem de cortisol salivar e na urina de 24 horas, para elucidação diagnóstica.
- (D) Iniciar glicocorticoide oral, para tratamento de insuficiência adrenal secundária.

— QUESTÃO 10 —

O sistema de osmorreceptores e barorreceptores hipotalâmicos controlam a liberação de hormônio antidiurético (ADH). Considerando esta regulação fisiológica,

- (A) o aumento do ADH é diretamente proporcional à queda da osmolalidade plasmática efetiva.
- (B) a concentração urinária máxima é atingida quando a osmolalidade plasmática está em torno de 295 mOsm/kg.
- (C) a redução de volemia é associada ao aumento da liberação de ADH, de forma mais precoce do que a alteração de osmolalidade plasmática.
- (D) uma redução de osmolalidade plasmática de 1 a 2% já é suficiente para a liberação de ADH, o que estimula concomitantemente a sensação de sede.

— QUESTÃO 11 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 60 anos tem diagnóstico de diabetes tipo 1 há mais de 30 anos. Tem índice de massa corpórea normal, pesando 60 quilogramas. Faz uso de insulina NPH (25 unidades ao acordar e 15 unidades ao deitar) e insulina aspart (10 unidades antes do café da manhã, 10 unidades antes do almoço e 10 unidades antes do jantar). Vem em consulta de rotina, após ajuste insulínico recente, trazendo exame de hemoglobina glicada A1c (HbA1c) = 6,3 % (V.R.: 5,6 – 6,4%) e anotações do controle glicêmico do último mês, com glicemias de cada período de aferição representadas na tabela a seguir.

	CAFÉ		ALMOÇO		JANTAR	
Segunda	300		110		105	
Terça	57		102		140	
Quarta	311		140		300	
Quinta	56		134		121	

Nesse caso, qual a melhor conduta?

- (A) Aumentar a dose de NPH ao deitar, pois em alguns dias a glicemia de jejum está aumentada.
- (B) Aumentar a dose de NPH ao deitar, eventualmente quando a paciente fizer refeições noturnas maiores.
- (C) Manter a dose total de insulina, pois a paciente já está em uso de uma dose alta por quilograma e a HbA1c está dentro das metas preconizadas.
- (D) Aguardar mais monitorações glicêmicas e excluir efeito Somogyi.

— QUESTÃO 12 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente masculino, de 30 anos, fez uso de esteroides anabolizantes injetáveis de forma recreativa, sem indicação médica, por vários anos. Vem em consulta após 12 meses de casamento e interrupção das medicações. Apesar de tentativas regulares para engravidar a esposa, não obteve sucesso. Não tem morbidades conhecidas, nem faz uso de outras medicações. Traz os seguintes exames: Testosterona total = 15 ng/dL (V.R. 250 – 900), FSH < 0,1 IU/L, LH < 0,1 IU/L, prolactina em níveis normais.

Nesse caso, deve-se alertar o paciente que:

- (A) não é necessária biópsia testicular para avaliação da viabilidade gonadal, mesmo após um ano de suspensão dos esteróides sem recuperação da função gonadal.
- (B) a presença de macroprolactina circulante pode explicar o quadro clínico, devendo ser dosada após precipitação em polietilenoglicol.
- (C) a chance do casal conseguir a gestação é mínima, a longo prazo, por provável atrofia testicular.
- (D) ele deve retornar o uso de esteróides injetáveis, mas em doses fisiológicas, para não comprometer a recuperação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal.

— QUESTÃO 13 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 40 anos com poliúria, polidipsia, emagrecimento, náuseas e vômitos, epigastralgia em queimação, há seis meses. Traz os seguintes exames: creatinina = 1,0 mg/dL, cálcio = 13,1 mg/dL (V.R.: 8,5-10,5), fósforo = 1,5 mg/dL (V.R.: 2,5 - 4,0), PTH (paratormônio) = 442 pg/mL (V.R.: 10 – 60), albumina = 3,8 g/dL (38 g/L), com cálcio na urina de 24 horas > 4 mg/dl/kg de peso.

Sobre esse paciente, qual é o seu diagnóstico provável?

- (A) Hiperparatireoidismo terciário, devendo ser dosada sua 25-OH-Vitamina D e planejada reposição.
- (B) Hiperparatireoidismo secundário, devendo ser pesquisado adenoma de paratireoide com ultrassonografia cervical e cintilografia de paratireoides.
- (C) Hiperprodução de paratormônio por neoplasia ou hiperplasia de paratireoides, sendo a fome óssea uma complicação.
- (D) Hipercalcemia paraneoplásica, com produção de PTH-related protein, dosável como PTH na maioria dos ensaios, sendo o mieloma múltiplo sua causa mais frequente.

— QUESTÃO 14 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 30 anos, com disfagia baixa, progressiva, referida para sólidos e líquidos, há um ano. A manometria esofágica demonstrou relaxamento incompleto do esfíncter inferior do esôfago em resposta à deglutição, além de aperistalse do corpo do esôfago.

Nesse caso, qual deve ser o diagnóstico?

- (A) Espasmo esofágico distal.
- (B) Esôfago hipercontrátil.
- (C) Acalásia.
- (D) Motilidade esofágica ineficaz.

— QUESTÃO 15 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 18 anos, residente em zona rural, apresenta diarreia crônica volumosa com resíduos alimentares e esteatorreia. Relata ter emagrecido e sente dor no andar superior do abdome. Exames complementares mostraram anemia ferropriva e osteopenia.

A enteroparasitose que mais provavelmente causa essas alterações é:

- (A) amebiose.
- (B) estrogiloidiase.
- (C) teníase.
- (D) enterobiase.

— QUESTÃO 16 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 65 anos, apresenta-se com febre, calafrios, dor no andar inferior do abdome e constipação intestinal há três dias. Ao exame, o abdome encontra-se doloroso no andar inferior e com descompressão dolorosa na fossa ilíaca esquerda.

Neste caso, o exame complementar que deve ser indicado é:

- (A) colonoscopia.
- (B) reto-sigmoidoscopia flexível.
- (C) enema opaco.
- (D) tomografia computadorizada de abdome e pélvis.

— QUESTÃO 17 —

O medicamento indicado no tratamento da hepatite alcoólica grave é:

- (A) Prednisolona.
- (B) Ácido ursodeoxicólico.
- (C) Azatioprina.
- (D) Silimarina.

— QUESTÃO 18 —

Se constituem em opções terapêuticas eficazes para a colite pelo *Clostridium difficile*:

- (A) ciprofloxacina e metronidazol.
- (B) ceftriaxona e ciprofloxacina.
- (C) imipenem/cilastatina e ceftriaxona.
- (D) metronidazol e vancomicina.

— QUESTÃO 19 —

A deficiência de ferro em pacientes submetidos a gastropastia,

- (A) pode ocorrer com o passar do tempo, mesmo sem outros fatores causais associados.
- (B) tem a absorção do ferro diminuída devido à diminuição do fator intrínseco.
- (C) ocorre na cirurgia de by-pass, mas não quando utilizada a técnica de sleeve.
- (D) é suprida em cerca de 80% dos casos de anemia ferropriva com reposição oral de ferro.

— QUESTÃO 20 —

A irradiação de hemocomponentes:

- (A) não afeta a meia-vida dos eritrócitos coletados.
- (B) diminui a aloimunização ocasionada por transfusão.
- (C) tem como objetivo prevenir doença do enxerto contra o hospedeiro.
- (D) evita novo quadro de reações alérgicas em pacientes politransfundidos.

— QUESTÃO 21 —

Na leucemia linfóide aguda, a

- (A) hiperploídia confere prognóstico desfavorável.
- (B) presença da translocação t(9;22), atualmente, confere prognóstico favorável pela disponibilidade dos inibidores de tirosina-quinase.
- (C) imunofenotipagem de medula óssea tem um papel definidor do diagnóstico, mas não do prognóstico.
- (D) hiperleucocitose ao diagnóstico é fator de risco para infiltração em sistema nervoso central.

— QUESTÃO 22 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 26 anos de idade, previamente hígida, com quadro de palidez e icterícia há duas semanas, acompanhada de confusão mental. Ao exame, com palidez cutâneo-mucosa moderada, icterícia moderada, sem viceromegalias. Hemograma mostra Hb: 5,4 g/dL, leucócitos de 11.200/uL, com neutrofilia importante e desvio à direita, plaquetas de 19.000/uL, com 22% de esquisócitos em sangue periférico. A DHL era de 3.000 UI/L, teste da antiglobulina direta negativo.

Nesse caso, qual é o diagnóstico?

- (A) Síndrome de Evans.
- (B) Púrpura trombocitopênica trombótica.
- (C) Anemia hemolítica autoimune por anticorpos frios.
- (D) Eriptocitose hereditária.

— QUESTÃO 23 —

Na policitemia vera,

- (A) em 97% dos casos haverá a presença da mutação JAK2, sendo apenas o restante CALR ou MPL positivos.
- (B) a classificação da Organização Mundial da Saúde, estabelece que DHL elevado e esplenomegalia são critérios menores de diagnóstico.
- (C) o alvo terapêutico é manter o hematócrito abaixo de 47% em homens e 45% em mulheres.
- (D) as trombooses arteriais são as mais comuns.

— QUESTÃO 24 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 55 anos, 75 kg, masculino, internado na UTI com choque séptico de foco urinário, apresentou aumento de 0,3 mg/dL na creatinina basal nas últimas 24 horas e volume urinário < 0,5 ml/Kg/h nas últimas 6 horas.

Utilizando-se a classificação KDIGO para lesão renal aguda (LRA) de 2012 o estágio que o paciente se encontra é:

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

— QUESTÃO 25 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente idoso, diabético há mais de 30 anos com antecedente de doença coronariana com revascularização miocárdica prévia, dois stents cardíacos recentes, AVC isquêmico secundário à doença carotídea com angioplastia prévia e doença vascular periférica, refere aparecimento de hipertensão arterial há um ano de difícil controle, mantendo função renal normal para idade e EAS sem proteinúria. Realizou ultrassom renal que demonstrou assimetria renal significativa.

Diante deste caso clínico, o provável diagnóstico e investigação diagnóstica a ser feita são:

- (A) síndrome de apneia do sono – polissonografia.
- (B) feocromocitoma – tomografia de abdome.
- (C) doença renal crônica – nefropatia diabética.
- (D) hipertensão renovascular – doppler de artéria renais.

— QUESTÃO 26 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 30 anos, com síndrome nefrótica, foi submetida à biópsia renal que mostrou nefropatia membranosa. Na biópsia renal, não foi encontrado antígenos PLA2R e nem anticorpos circulantes anti-PLA2R. Na biópsia renal foram encontrados depósitos subendoteliais e mesangiais. ANCA-P e C não foram detectados. Anti-DNA nativo veio com título 1/20. Nível sérico de IgA1 nove vezes maior que IgA2, anticorpos anti-membrana basal glomerular ausentes.

Nesse caso, qual a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Nefropatia por IgA.
- (B) Nefropatia membranosa primária.
- (C) Nefropatia membranosa secundária a neoplasia.
- (D) Classe 5 da nefrite lúpica.

— QUESTÃO 27 —

Existem mais de 23 diferentes tipos de proteína amilóide que podem causar amiloidose. Em relação à amiloidose renal, sabe-se que:

- (A) a amiloidose secundária, tipo AL, em 20% dos casos pode estar associada a mieloma múltiplo ou outra alteração linfoproliferativa.
- (B) na biópsia renal encontramos acumulação segmentar de material amorfo basofílico que vai destruindo a arquitetura glomerular.
- (C) quando temos um quadro de síndrome nefrótica encontramos amiloide L na maioria dos casos nos países desenvolvidos, sendo a amiloide A mais frequente em locais menos desenvolvidos, onde as infecções crônicas são mais prevalentes.
- (D) pacientes com amiloidose tipo AL confirmada com biópsia, depois que iniciam terapia renal substitutiva têm em média cinco anos de sobrevida.

— QUESTÃO 28 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino de 23 anos, procurou a unidade de saúde devido à mudança na cor da urina (“cor de coca-cola”) dois dias após um episódio de dor de garganta. Foi encaminhada para o nefrologista 15 dias após o evento, com os seguintes exames: creatinina sérica de 0,9 mg/dL; exame comum de urina com proteína ++/4, presença de 20 hemácias por campo; proteinúria na urina de 24 horas - 2,5 g; complemento sérico normal. Foi solicitado biópsia renal.

Nesse caso, o provável diagnóstico histológico é:

- (A) nefrite lúpica.
- (B) glomerulonefrite pós infecciosa.
- (C) nefropatia por IgA.
- (D) doença de Alport.

— QUESTÃO 29 —

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 21 anos procurou o ambulatório de clínica médica com queixa de astenia importante, câimbras intermitentes e dificuldade pra ganhar peso, polaciúria, episódios anteriores de cólica renal. No exame físico, pressão arterial (PA) 94/65 (refere que a PA sempre foi baixa), peso 48 kg, altura 1,51 m. Investigação inicial foi negativa para diabetes, função tireoideana normal. Demais exames: sódio sérico 135 mEq/L; potássio sérico 2,0 mEq/L; magnésio sérico 1,5 mEq/L; cálcio sérico 9,0 mg/dL; gasometria: PH 7,51, HCO₃ 45, BE 21; exame comum de urina: PH 7,0, densidade 1010; glicose negativa, proteína negativa; ureia sérica 55 mg/dL e creatinina sérica de 1,6 mg/dL. Ultrassonografia evidenciando cálculos renais bilaterais. Foi encaminhado ao nefrologista para investigar tubulopatias (doenças tubulares renais).

Nesse caso, qual o diagnóstico mais provável e exame necessário para confirmação diagnóstica?

- (A) Síndrome de Bartter – dosagem sérica de renina e aldosterona.
- (B) Síndrome de Gitelman – radiografia de grandes articulações.
- (C) Síndrome de Fanconi – fração de excreção de bicarbonato.
- (D) Síndrome de Liddle – monitorização ambulatorial da pressão arterial.

— QUESTÃO 30 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente masculino, 12 anos de idade, há duas semanas iniciou edema de membros inferiores que aumentou rapidamente, chegando a anasarca, com edema de pálpebra e escroto, passando de 39 kg para 47 kg de peso corporal. Pressão arterial = 85/50 mmHg deitado. Sem turgência jugular. Ascite pequena, mas sem visceromegalias. A diurese foi reduzindo de 1200ml/dia para 250 ml/dia, sendo 100 ml nas últimas seis horas. Fez exame laboratorial que mostrou creatinina sérica = 0,6 mg/dL, ureia 52 mg/dL, albumina 0,8 g/dL, sódio sérico 132mEq/L, potássio sérico 4,0 mEq/L, hemograma normal, enzimas hepáticas normais. Não conseguiu colher exames de urina hoje.

Nesse caso, qual deve ser a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Síndrome nefrótica com injúria renal aguda pré-renal.
- (B) Insuficiência cardíaca com hipotensão postural.
- (C) Síndrome hepato-renal tipo 2.
- (D) Kwashiorkor.

— QUESTÃO 31 —

O sinal de Lhermitte também conhecido como fenômeno de Lhermitte ou fenômeno da cadeira de barbeiro é definido como uma sensação semelhante a um choque elétrico que ocorre na flexão do pescoço. Essa sensação irradia para baixo da coluna, muitas vezes nas pernas, braços e, às vezes, no tronco. Clinicamente, quando são encontrados tais achados no exame neurológico, significa:

- (A) sinal patognomônico de comprometimento meníngeo-radicular da esclerose múltipla.
- (B) comprometimento radicular extenso, que ocorre exclusivamente na polirradiculoneurite crônica.
- (C) comprometimento meníngeo-radicular comum a várias doenças inflamatórias, infecciosas e compressivas da medula.
- (D) comprometimento meníngeo-radicular de várias doenças autoimunes do sistema nervoso central.

— QUESTÃO 32 —

O subtipo AMAN (Neuropatia Motora Axonal Aguda) da polirradiculoneurite encontrada mais frequentemente no norte da China, é mais frequentemente decorrente da infecção de:

- (A) zikavírus.
- (B) enterovírus.
- (C) Mycoplasma pneumoniae.
- (D) Campylobacter Jejuni.

— QUESTÃO 33 —

Em relação aos tratamentos preventivos da enxaqueca, sabe-se que podem provocar vários efeitos colaterais. Correlacione cada medicamento a seguir com seus efeitos colaterais.

- 1 - Propranolol
- 2 - Amitriptilina
- 3 - Ácido valproico
- 4 - Topiramato
- 5 - Flunarizina

- () Sonolência, boca seca, obstipação, visão borrada, ganho de peso, edema, hipotensão e retenção urinária.
- () Náuseas, vômitos, diarreia, ganho de peso, queda de cabelo, toxicidade hepática, trombocitemia, pancreatite e tremor.
- () Fadiga, tontura, hipotensão, bradicardia, depressão, insônia, náuseas, vômitos e obstipação.
- () Sonolência, ganho de peso, tremores, fadiga, diplopia, visão embaçada e sintomas extrapiramidais.
- () Sonolência, efeitos cognitivos, dispepsia, náuseas, cálculos renais, irritabilidade, ataxia e perda de peso.

A correlação correta dos efeitos colaterais é:

- (A) 2, 3, 1, 5 e 4.
- (B) 1, 2, 3, 4 e 5.
- (C) 1, 5, 3, 2 e 4.
- (D) 3, 2, 1, 5 e 4.

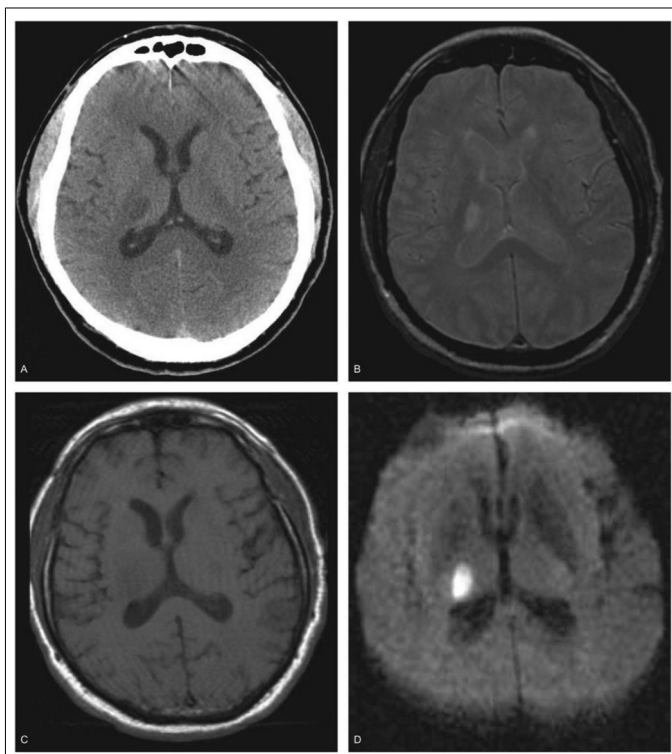
— QUESTÃO 34 —

As sinucleinopatias estão envolvidas no surgimento das seguintes doenças:

- (A) Esclerose Múltipla, Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer.
- (B) Demência de Corpos de Levy, Doença de Parkinson e Atrofia de Múltiplos Sistemas.
- (C) Neuromielite Óptica, Demência Frontotemporal e Atrofia de Múltiplos Sistemas.
- (D) Esclerose Lateral Amiotrófica, Demência de Corpos de Levy e Esclerose Múltipla.

— QUESTÃO 35 —

Analise as imagens a seguir.

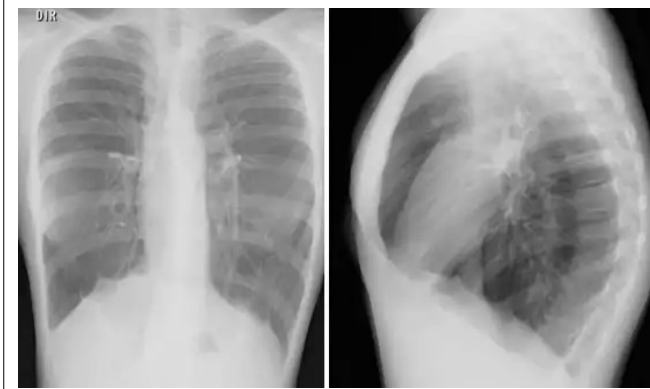


Das imagens representadas, qual é a que determina a ocorrência de um AVC agudo (menos de duas semanas)?

- (A) Figura C, ressonância em aquisição em T1.
- (B) Figura D, ressonância em aquisição em difusão.
- (C) Figura A, tomografia de crânio sem contraste.
- (D) Figura B, ressonância em aquisição FLAIR.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de 36 a 41.

Paciente do sexo feminino, de 32 anos, tem diagnóstico de asma desde a infância e faz acompanhamento regular com pneumologista. Refere que faz uso contínuo de formoterol/budesonida 12/400 mcg, 8/8 horas. Refere que há cerca de seis meses vem apresentando chiado no peito diário, sintomas de dispneia e tosse seca à noite, mas consegue realizar as atividades diárias normalmente. Faz uso de salbutamol cerca de duas vezes ao dia, com alívio dos sintomas. Alega que no último ano ganhou cerca de 10 kg. Refere piora da tosse, principalmente à noite e após as refeições. Associado com epigastralgia e pirose retroesternal diariamente. Ex-tabagista, 5 maços/ano, parou há 10 anos. Traz resultado de exames. Espirometria: Pré-broncodilatador: cvf 2,82(88%), vef1 2,13(69%), vef1/cvf 65%. Pós-broncodilatador: cvf 2,90(90%), vef1 2,53(88%), vef1/cvf 85%. Eosinófilo sérico: 5% (540). IGE total sérico: 80, prick test negativos. Traz raio X de tórax conforme imagens a seguir.

**— QUESTÃO 36 —**

Qual a principal causa de não controle dos pacientes com asma?

- (A) Comorbidades não controladas.
- (B) Tabagismo.
- (C) Adesão medicamentosa.
- (D) Infecções.

— QUESTÃO 37 —

Como está o controle da asma desse paciente?

- (A) Controlada.
- (B) Parcialmente controlada.
- (C) Pouco controlada.
- (D) Não controlada.

— QUESTÃO 38 —

Qual laudo correto da espirometria trazida pela paciente?

- (A) Distúrbio ventilatório obstrutivo leve, com variação significativa ao broncodilatador.
- (B) Distúrbio ventilatório obstrutivo moderado, com variação significativa ao broncodilatador.
- (C) Distúrbio ventilatório obstrutivo moderado, sem variação significativa ao broncodilatador.
- (D) Distúrbio ventilatório obstrutivo leve, sem variação significativa ao broncodilatador.

— QUESTÃO 39 —

Qual deve ser a conduta inicial para a paciente?

- (A) Acrescentar tiotrópio.
- (B) Aumentar a dose de corticoide inalatório.
- (C) Intervir no refluxo gastroesofágico.
- (D) Iniciar corticoide nasal.

— QUESTÃO 40 —

Como caracterizar o fenótipo inflamatório da paciente?

- (A) Alérgica.
- (B) Eosinofílica.
- (C) Neutrofílica.
- (D) Paucigranulocítica.

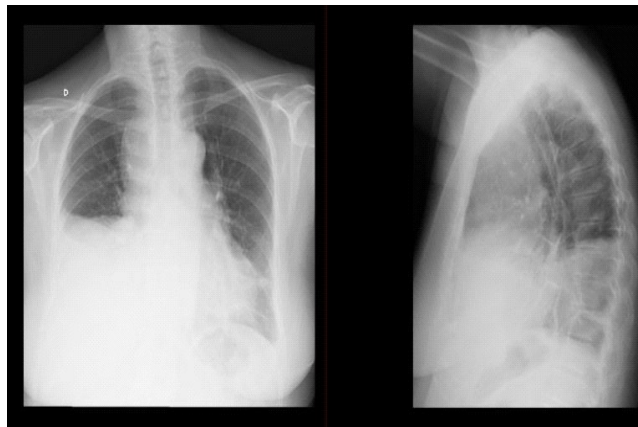
— QUESTÃO 41 —

Qual a gravidade da asma dessa paciente?

- (A) Leve.
- (B) Moderada.
- (C) Grave.
- (D) Intermitente.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 42 e 43.

Paciente do sexo masculino, de 45 anos, refere há cerca de três meses tosse seca, dispneia progressiva até nos moderados esforços, febre de 37,9 °C no período vespertino, perda de oito quilos nesse período e inapetência. Fez uso de vários antibióticos, sem melhora. Nega tabagismo e patologias prévias ou uso de medicações contínuas. Ao exame físico: regular estado geral, afebril, eupneico, emagrecido, consciente mv abolida em terço inferior de hemitórax direito e sem outras alterações ao exame. Traz raio X de tórax, conforme as imagens a seguir.



Resultado de análise laboratorial de líquido pleural por toracentese em hemitórax direito: líquido seroso. Citologia: linfócitos 80%, ausência de células mesoteliais, citologia oncológica negativa, pH 7,35, adenosina desaminase (ada): 70 mg/dl, glicose 70 mg/dl, dhl 500u/l, cultura bacteriana e fúngica negativa, cultura micobactérias em andamento, proteína líquido/proteína sérica >0,5 dhl do líquido/ dhl sérica >0,6

— QUESTÃO 42 —

Qual deve ser a conduta inicial para esse paciente?

- (A) Iniciar antibiótico.
- (B) Iniciar diurético.
- (C) Realizar biópsia pleural.
- (D) Realizar drenagem torácica fechada.

— QUESTÃO 43 —

Após avaliação dos exames, qual deve ser o diagnóstico mais provável para esse paciente?

- (A) Pneumonia bacteriana complicada.
- (B) Tuberculose pleural.
- (C) Insuficiência cardíaca congestiva.
- (D) Embolia pulmonar.

— QUESTÃO 44 —

A artrite reumatoide é uma enfermidade crônica, de etiologia desconhecida e natureza essencialmente autoimune. É caracterizada por uma poliartrite crônica, simétrica, erosiva, representando importante causa de invalidez. Dentre os fatores de risco para um pior prognóstico articular, resultando em maior propensão a erosões, pode-se citar:

- (A) fator reumatoide positivo em alto título, tabagismo e achado precoce de erosões ósseas nas radiografias simples.
- (B) presença de manifestações extra-articulares, comorbidades como a fibromialgia e hipotireoidismo.
- (C) anti-CCP (anti-citrulina) positivo em alto título, comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica e transtorno de ansiedade generalizada.
- (D) DAS 28 revelando alta atividade de doença persistentemente, comorbidades como a obesidade e epilepsia.

— QUESTÃO 45 —

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma enfermidade reumática crônica, imunomediada, que acomete principalmente mulheres em idade fértil, não sendo raro o binômio LES e gravidez. Em pacientes com LES em atividade, no curso de uma gestação, consider-se como medicações de uso permitido durante a gravidez:

- (A) Ciclofosfamida, metotrexato e rituximabe.
- (B) Metotrexato, rituximabe e prednisona.
- (C) Azatioprina, hidroxicloroquina e ciclofosfamida.
- (D) Hidroxicloroquina, azatioprina e prednisona.

— QUESTÃO 46 —

A síndrome de Sjögren é uma doença autoimune com manifestações primárias nas glândulas exócrinas, principalmente salivares e lacrimais. Os autoanticorpos são importantes ferramentas na confirmação diagnóstica, sendo característico da síndrome o achado de anticorpos anticelelúclas (FAN) positivo, com padrão de imunofluorescência

- (A) nuclear pontilhado centromérico, com anticentrômero reagente.
- (B) nucleolar homogêneo, com anticentrômero reagente.
- (C) nuclear pontilhado fino, com anti-Ro e anti-La reagentes.
- (D) nuclear pontilhado grosso, com anti-Ro e anti-La reagentes.

— QUESTÃO 47 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 68 anos comparece em consulta médica trazendo consigo o resultado da nova densitometria óssea realizada após cinco anos de tratamento de osteoporose com alendronato de sódio, carbonato de cálcio e vitamina D3 regularmente, conforme apresentada a seguir.

Região	T-score
Colo femoral	- 2,0
Fêmur total	- 2,1
L1-L4	- 2,4

Nega outras comorbidades. Nega fraturas prévias. Mãe com antecedente de osteoporose e fratura de rádio distal.

De acordo com o quadro clínico e análise da densitometria óssea, a melhor conduta terapêutica nesse caso é:

- (A) manter o alendronato de sódio até que a densitometria óssea esteja normal.
- (B) suspender o alendronato de sódio e avaliar a densidade mineral óssea anualmente.
- (C) suspender o alendronato de sódio e prescrever ácido zoledrônico por três anos.
- (D) suspender o alendronato de sódio e prescrever denosumabe por no máximo dez anos.

— QUESTÃO 48 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente, feminino, de 47 anos, procura assistência médica queixando-se, há dois anos, de tosse seca associado a dispnéia progressiva, no momento aos pequenos esforços. Ao exame clínico, evidenciado espessamento cutâneo dos dedos de ambas as mãos, estendendo-se à porção proximal das articulações metacarpofalângicas. Anticorpos anticelelulas (FAN) com padrão de fluorescência nucleolar. Tomografia de tórax evidenciando áreas de vidro fosco difusas bilateralmente associado a faveolamento e bronquiectasias de tração. Espirometria com padrão restritivo. Ecocardiograma sem alterações.

Nesse caso, a melhor estratégia terapêutica para esse paciente é:

- (A) Metotrexato.
- (B) Pulsoterapia com ciclofosfamida.
- (C) Pulsoterapia combinada (metiprednisolona + ciclofosfamida).
- (D) Bosentana.

— QUESTÃO 49 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 35 anos queixa-se de dor lombar inflamatória há cerca de um ano, sem queixas articulares periféricas ou manifestações clínicas sistêmicas. Previamente hígido. Avaliação clínica evidenciando manobra de Patrick Fabere positiva bilateralmente e teste de Schober de 13 centímetros. Radiografia evidenciando pseudoalargamento de sacroilíacas bilateralmente. Exames laboratoriais gerais dentro da normalidade.

Nesse caso, qual medicamento é considerado de primeira linha no tratamento desse paciente?

- (A) Celecoxibe.
- (B) Metotrexato.
- (C) Adalimumabe.
- (D) Secuquinumabe.

— QUESTÃO 50 —

O tendão da cabeça longa do bíceps, embora anatomicamente não faça parte do tendão do manguito rotador, desempenha ação semelhante, ao abaixar e comprimir a cabeça umeral de encontro à glenoide. Sua inflamação pode ser detectada posicionando o cotovelo a 90 graus, junto ao tronco, com o antebraço pronado. Pede-se ao paciente para tentar fazer a supinação contra a resistência. A manifestação de dor no sulco intertubercular, durante este teste, indica a presença de tendinite. A manobra acima descrita é denominada:

- (A) Phalen.
- (B) Yergason.
- (C) Jobe.
- (D) Yocum.