

2 RESIDÊNCIA MÉDICA 8

CLÍNICA MÉDICA

SÓ ABRA ESTE CADERNO, QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES.

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia e Reumatologia.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas.
3. Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apostilas, a qualquer outro material ou a pessoas.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta AZUL ou PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de 4 horas, incluindo o tempo para as instruções e o preenchimento do cartão-resposta.

Leia o caso clínico a seguir. As questões **01**, **02** e **03** referem-se a ele.

Homem de 61 anos, branco, motorista, casado, assintomático, relata ter sido reprovado na renovação da carteira de motorista por apresentar pressão alta. Veio ao consultório médico para avaliação.

Esse paciente é sedentário, fuma 15 cigarros por dia e bebe, em média, 2 cervejas por dia. Sem antecedentes patológicos. Pai é hipertenso e teve Infarto do miocárdio aos 52 anos. Sem outros antecedentes familiares.

Altura = 1,68 m; Peso = 78Kg. Pulsos normopalpáveis. Sem edemas. PA=156X96mmHg; FC=82bpm, ritmo cardíaco regular, sem sopros. Restante do exame físico sem alterações.

— QUESTÃO 01 —

Qual o Índice de Massa Corpórea (IMC) e a classificação do estado nutricional do paciente?

- (A) $IMC > 27 \text{ Kg/m}^2$ e $< 30 \text{ Kg/m}^2$ e sobrepeso.
- (B) $IMC < 25 \text{ Kg/m}^2$ e peso normal.
- (C) $IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$ e $< 27 \text{ Kg/m}^2$ e sobrepeso.
- (D) $IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$ e obeso.

— QUESTÃO 02 —

Qual o estágio da hipertensão arterial e quantos fatores de risco maiores adicionais já estão identificados no paciente?

- (A) Estágio I; entre um e dois fatores de risco adicionais identificados.
- (B) Estágio I; três ou mais fatores de risco adicionais identificados.
- (C) Estágio II; entre um e dois fatores de risco adicionais identificados.
- (D) Estágio II; três ou mais fatores de risco adicionais identificados.

— QUESTÃO 03 —

De acordo com os dados disponíveis, qual o risco desse paciente e que conduta deve ser adotada?

- (A) Risco médio; tratamento não medicamentoso e medicamentoso.
- (B) Risco médio; tratamento não medicamentoso por 6 meses.
- (C) Risco alto; tratamento não medicamentoso e medicamentoso.
- (D) Risco médio; tratamento não medicamentoso por 3 meses.

Leia o caso a seguir para responder às questões **04** e **05**.

Paciente com dispnéia progressiva, atualmente aos pequenos esforços, com limitação de atividades habituais. Presença de tosse noturna (em decúbito) e despertar súbito com desconforto respiratório em várias noites. FC= 108bpm, regular, com presença de 3ª bulha e sopro sistólico + em +++, tipo regurgitativo em ponta. PA= 140x90mmHg. Pulmões com presença de estertores em ambas as bases. Abdômen: não foram palpadas vísceras. Sem edemas.

— QUESTÃO 04 —

O quadro clínico é característico de

- (A) insuficiência cardíaca global.
- (B) insuficiência ventricular esquerda.
- (C) insuficiência mitral com descompensação cardíaca secundária.
- (D) insuficiência ventricular direita.

— QUESTÃO 05 —

Nas condições desse paciente,

- (A) o uso de betabloqueador está contra-indicado pela presença de tosse noturna.
- (B) a suspeita de embolia pulmonar de repetição deve ser admitida em virtude das queixas recidivantes durante a noite.
- (C) a pressão capilar pulmonar está aumentada.
- (D) o uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina não está indicado pelos valores da pressão arterial.

— QUESTÃO 06 —

A clássica tríade composta por baixo débito cerebral, angina e insuficiência ventricular esquerda progressiva é encontrada na

- (A) estenose aórtica grave.
- (B) estenose mitral grave.
- (C) estenose tricúspide grave.
- (D) estenose pulmonar grave.

— QUESTÃO 07 —

Comunicação inter-atrial, comunicação inter-ventricular e persistência do canal arterial são cardiopatias congênitas acianóticas, que dilatam, respectivamente, as seguintes câmaras cardíacas:

- (A) átrio direito, ventrículo direito e átrio esquerdo.
- (B) átrio esquerdo, ventrículo esquerdo e ventrículo direito.
- (C) ventrículo esquerdo, átrio direito e ventrículo direito.
- (D) ventrículo direito, ventrículo esquerdo e ventrículo direito.

— QUESTÃO 08 —

Na hiperplasia adrenal congênita (forma não-clássica) por deficiência de 21 hidroxilase (CYP21A2),

- (A) a manifestação clássica mais comum é a ambigüidade genital.
- (B) o tratamento prevalente é com glicocorticoide.
- (C) o diagnóstico é confirmado por dosagem basal de 17OHP > 100ng/dl.
- (D) a resposta ao ACTH é exagerada e os valores de 17OHP ao teste de estímulo variam de 1000 a 10000ng/dl.

— QUESTÃO 09 —

A puberdade precoce central

- (A) é mais freqüente nos meninos.
- (B) apresenta-se nos meninos com aumento do volume testicular.
- (C) tem como principal, nos meninos, a causa idiopática.
- (D) tem como principal causa, nas meninas, o tumor de SNC.

— QUESTÃO 10 —

Mulher obesa apresenta hipertrigliceridemia, sem hipercolesterolemia. O primeiro passo no tratamento desta paciente é

- (A) redução de peso.
- (B) uso de ácido nicotínico.
- (C) uso de estatinas.
- (D) uso de fibratos.

— QUESTÃO 11 —

No tratamento da acromegalia,

- (A) o antagonista do receptor de GH reduz os níveis de GH e IGF1.
- (B) os análogos da somatostatina normalizam a secreção de GH em 95% dos pacientes.
- (C) a cabergolina está indicada nos tumores que secretam GH e PRL.
- (D) a terapia combinada de análogo de somatostatina e antagonista do receptor de GH não tem indicação.

— QUESTÃO 12 —

O hipertireoidismo é uma síndrome clínica que resulta da hiperfunção da glândula tireóide. A sua causa mais comum é o

- (A) adenoma tóxico.
- (B) bócio difuso tóxico.
- (C) bócio multinodular tóxico.
- (D) adenoma hipofisário secretor de TSH.

— QUESTÃO 13 —

Paciente com 58 anos, sexo masculino, com DM2 e HA há 5 anos. Em uso de Metformina 850mg (3/dia) e Atenolol 100mg. Procurou endocrinologista com quadro de polis e perda de peso. Ao exame, Peso 88 Alt 168 PA 16/10mmhg, Exames de laboratório GJ 190, GPP 290, HGA1C 8.9%, CT 260, LDL 180, HDL 38, VLDL 47, T200. Foi orientado a associar Glimepirida 4mg/dia e iniciar uso de Bloqueador do receptor de Angiotensina e Atorvastatina. Neste caso,

- (A) o paciente é portador de Síndrome Plurimetabólica, pois apresenta pelo menos 3 critérios do NCEP III.
- (B) a associação de secretagogo de insulina não tem indicação.
- (C) a glimepirida diferente das outras sulfonilurêas interage com o receptor de célula beta por um tempo maior, causando mais hipoglicemia.
- (D) a introdução do bloqueador de receptor de angiotensina para o tratamento da HA não foi correta, pois pode piorar o perfil lipídico.

— QUESTÃO 14 —

Paciente com hipocalcemia, hiperfosfatemia, PTH elevado, baixa estatura, face arredondada e metacarpos curtos. Qual é o diagnóstico?

- (A) Hipoparatiroidismo
- (B) Pseudo-hipoparatiroidismo
- (C) Raquitismo
- (D) Hiperparatiroidismo

— QUESTÃO 15 —

Paciente portador de úlcera duodenal associada à infecção por H. pylori foi medicado com lansoprazol 30mg/2x, claritomicina 500mg/2x e amoxicilina 1000mg/2x dia, por sete dias. Sessenta dias após, realizou nova endoscopia, que demonstrou cicatrização total da úlcera (estágio S2 de Sakita) e teste da urease positivo. Nesse caso, a conduta apropriada a ser tomada é

- (A) considerar o paciente curado e não prescrever novos medicamentos.
- (B) manter lansoprazol 30mg/dia, por 60 dias.
- (C) prescrever lansoprazol 30 mg 2x/dia + claritomicina 500 mg 2x/dia + metronidazol 400 mg/2x/dia, por 14 dias.
- (D) prescrever lansoprazol 30mg/2x/dia + amoxicilina 1000mg/2x/dia + levofloxacina 500mg/1x dia, por 7 dias.

— QUESTÃO 16 —

Paciente do sexo feminino, 38 anos, apresenta quadro de diarreia, há 6 meses, com 5 - 7 dejeções ao dia, de consistência líquido-pastosa, flutuante, sem muco ou sangue, associada a borborigmo e distensão abdominal. Refere emagrecimento de 6kg nos últimos 3 meses, além de astenia e fadigabilidade. Não tinha febre. A investigação inicial evidenciou exame de fezes com ausência de ovos ou parasitas e teste de Sudam III positivo. A colonoscopia foi considerada normal. Quais exames complementares devem ser solicitados a seguir?

- (A) Tomografia computadorizada de abdomen total, dosagem sérica de gastrina, pesquisa de anticorpos antitransglutaminase.
- (B) Estudo radiológico do trânsito intestinal de intestino delgado (TIDE), teste de absorção de D-xilose, pesquisa de anticorpos antitransglutaminase.
- (C) Tomografia computadorizada de abdomen total, teste de tolerância à lactose, anticorpos anticélulas parietais.
- (D) Estudo radiológico do trânsito intestinal de intestino delgado (TIDE), dosagem sérica de gastrina, anticorpos anticélulas parietais.

— QUESTÃO 17 —

Paciente com 60 anos, do sexo feminino, apresenta diarreia crônica, aquosa. Submeteu-se à colonoscopia, que foi considerada normal. Não foram realizadas biópsias. Esses dados **NÃO** permitem afastar o seguinte diagnóstico:

- (A) colite linfocítica.
- (B) colite isquêmica.
- (C) colite amebiana.
- (D) colite pseudomembranosa.

— QUESTÃO 18 —

Paciente do sexo masculino, 30 anos, com história prévia de uso de drogas. Ao se candidatar à doação de sangue, realizou sorologia viral que demonstrou: HBsAg negativo, Anti-Hbc IgM não reagente, Anti-Hbs reagente, Anti-Hbc IgG reagente, Anti-HCV reagente. Em investigação posterior, verificou-se AST/ALT elevadas. Foi, então, submetido à biópsia hepática, cujos achados permitiram o diagnóstico compatível com a classificação metavir A₂F₂. O tratamento a ser instituído será

- (A) lamivudina.
- (B) interferon + lamivudina.
- (C) interferon + ribavirina.
- (D) ribavirina.

— QUESTÃO 19 —

Paciente de 45 anos, do sexo masculino, com astenia intensa e dor abdominal. Foram realizados: EDA, que demonstrou a presença de varizes de esôfago e gastrite erosiva de antro de moderada intensidade, e ultrassonografia de abdômen superior, que evidenciou um nódulo sólido de 5cm em segmento VII do fígado. Apresentava HBsAg reagente. O exame que pode definir o diagnóstico é o:

- (A) Alfa-1 anti-tripsina.
- (B) CA 125.
- (C) Alfa-fetoproteína.
- (D) Alfa-1 glicoproteína ácida.

— QUESTÃO 20 —

Paciente com 40 anos, do sexo masculino, obeso, com antecedentes de hipertrigliceridemia, foi internado com quadro de dor abdominal intensa, persistente, com dosagem de amilase sérica de 1200 (normal < 150). Foi medicado com jejum, hidratação venosa e analgésicos. No quarto dia de internação, foi submetido à tomografia computadorizada de abdômen, com contraste, que demonstrou coleções líquidas retroperitoneais e imagem compatível com necrose pancreática em 30% do órgão. A conduta apropriada a seguir para esse caso é

- (A) indicar laparotomia e necrosectomia pancreática.
- (B) iniciar imipenem EV.
- (C) indicar papilotomia endoscópica de urgência.
- (D) iniciar octreotida EV.

— QUESTÃO 21 —

Paciente com 35 anos, do sexo feminino, sem contato com triatomíneos, com história prévia de transtorno de ansiedade generalizada, apresenta quadro de disfagia a sólidos e líquidos e episódios de dor retroesternal constritiva, com irradiação para a mandíbula. Foi submetida à manometria esofagiana, que demonstrou ondas de contração síncronas, iterativas e relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior em todas as deglutições. O diagnóstico mais provável é

- (A) espasmo difuso de esôfago.
- (B) motilidade esofágica ineficaz.
- (C) esôfago em quebra-nozes.
- (D) acalásia idiopática.

— QUESTÃO 22 —

Paciente do sexo feminino, 18 anos de idade, com quadro de dor e edema de membro inferior esquerdo leves há 15 dias, lentamente progressivos. Apresentou, há um dia, dispnéia leve ao subir escadas de sua residência. Nega ter feito viagem longa, traumas, cirurgias, imobilização, uso de contraceptivos orais ou casos de trombose na família. G₀P₀A₀. Exame físico: bom estado geral, com leve edema de panturrilha esquerda e dispnéia leve. Exames complementares: Dímeros D (ELISA) elevados. Doppler de mmii: normal. Qual a conduta mais adequada?

- (A) Heparinização terapêutica e solicitar cintilografia pulmonar.
- (B) Internação para observação e solicitar ecocardiograma.
- (C) Diurético e solicitar uréia, creatinina e EAS.
- (D) AAS e solicitar pesquisa para Trombofilia.

— QUESTÃO 23 —

Paciente de 20 anos de idade, com quadro de febre baixa, vespertina, intermitente, há 30 dias, acompanhada de descoramento cutâneo-mucoso leve. Relata sangramento de gengivas há 10 dias e, há 5 dias, petéquias e equimoses em membros e tronco, sem relação com trauma. Há 3 dias, passou a apresentar tosse e expectoração amarelada, com aumento na frequência e intensidade da febre. Ao exame: descorado ++/4, várias petéquias e equimoses por todo o corpo. Febril. Presença de monilíase oral. Estertores crepitantes em base pulmonar direita. Exames complementares: Hb: 8,0 g/dl, GB: 2000/u/L, com 0% de Bastões, 10% de Segmentados, 0% de Eosinófilos, 88% de Linfócitos, 2% de Monócitos, Plaquetas de 36.000/uL, Tempo de Protrombina: atividade de 30% (nl.: >70%), Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada com relação paciente/controle de 2,5 (nl.: <1,2). Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Leucemia linfóide aguda
- (B) Leucemia promielocítica aguda
- (C) Aplasia de medula óssea
- (D) Síndrome de imunodeficiência Adquirida (SIDA)

— QUESTÃO 24 —

NÃO é causa de Anemia Ferropriva:

- (A) doações de sangue freqüentes.
- (B) cirurgia bariátrica.
- (C) dieta para emagrecimento.
- (D) hipermenorréia.

— QUESTÃO 25 —

Nas doenças falciformes,

- (A) os pacientes com traço falcêmico têm crises vasclusivas freqüentes.
- (B) o uso de bicarbonato de sódio endovenoso e oxigenioterapia é necessário durante as crises vasclusivas.

- (C) a síndrome mão-pé é manifestação precoce da doença, ocorrendo geralmente nos primeiros 20 dias de vida.
- (D) os pacientes com isquemia cerebral devem ser mantidos em regime de transfusão crônica, após a fase aguda.

— QUESTÃO 26 —

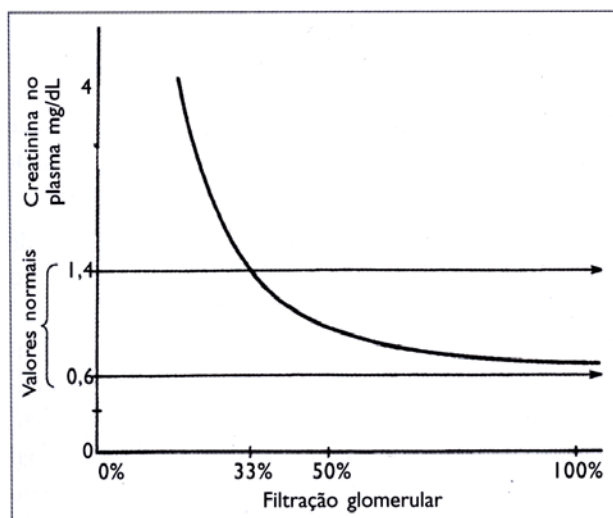
Um paciente do sexo masculino, de 28 anos, sem antecedente familiar de hipertensão arterial, foi detectada pressão arterial (PA) de 170/110 mmHg, durante a revalidação de carteira de habilitação. Foi encaminhado para investigação e controle da PA e confirmada a PA elevada – 165/110 mmHg. Os exames iniciais solicitados demonstraram: creatinina sérica de 0,8 mg/dL, exame de urina normal, potássio sérico de 3,2 mEq/L, colesterol total 172 mg/dl, LDL 96 mgdL, ácido úrico 4,0 mg/dL. O próximo exame a ser solicitado deve ser:

- (A) relação da concentração da aldosterona pela atividade de renina plasmática.
- (B) cintilografia renal com DTPA (ácido dietilenotriaminopentacético).
- (C) angiorressonância magnética.
- (D) ultra-sonografia com doppler.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 27 —

Análise o gráfico a seguir:



Relação entre a creatinina sérica e a filtração glomerular.

Os dados apresentados no gráfico indicam que a creatinina sérica

- (A) tem uma correlação linear com a filtração glomerular, sendo um excelente marcador de insuficiência renal.
- (B) eleva-se significativamente após uma redução de mais de 50% na taxa de filtração e não é um bom marcador para a fase inicial da insuficiência renal.
- (C) reduz-se após uma queda de 33% na taxa de filtração, podendo ser utilizada nas fases mais tardias da insuficiência renal.
- (D) mantém-se estável entre 0,6 a 1,4 mg/dL, independente da filtração glomerular, não devendo ser utilizada no caso de insuficiência renal aguda ou crônica.

— QUESTÃO 28 —

A influência da genética no aparecimento da nefropatia diabética é constatada pela observação de que

- (A) o controle glicêmico não interfere no aparecimento dessa complicação.
- (B) os casos ocorrem após 20 anos do início do diabetes.
- (C) a maioria dos índios Pima (EUA), com diabetes tipo II, desenvolvem nefropatia.
- (D) a chance de um irmão com diabetes apresentar nefropatia aumenta quando há um irmão acometido.

— QUESTÃO 29 —

Paciente de 23 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de LES há 2 anos, apresenta exame de urina com +++ proteína, 50.000 hemáceas, 30.000 leucócitos; proteinúria de 24 horas de 5,0 g; albumina sérica de 2,6 mg/dL; colesterol total de 270 mg/dL; creatinina sérica de 0,8 mg/dL (filtração glomerular de 95 ml/min). O diagnóstico histológico mais provável é glomerulonefrite

- (A) mesangial.
- (B) proliferativa focal.
- (C) proliferativa difusa.
- (D) membranosa.

— QUESTÃO 30 —

Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, após corrida apresentou elevação de escórias nitrogenadas, dor lombar e abdominal, náuseas, fraqueza generalizada, febre baixa. Necessitou realizar hemodiálise. Os exames mostraram creatinina = 10,8 mg/dl, uréia = 120 mg/dl, potássio = 6,5 mEq/l, ácido úrico = 4 mg/dl, urina tipo 1 apresentou apenas cristais. Após 1 mês, com a recuperação da função renal, creatinina = 0,6 mg/dl, potássio = 4 mEq/l, ácido úrico = 0,7 mg/dl. A causa da insuficiência renal aguda é

- (A) pré-renal.
- (B) rabdomiólise.
- (C) hipouricemia renal.
- (D) glomerulonefrite aguda.

— QUESTÃO 31 —

Na doença por anticorpos antimembrana basal (síndrome de Goodpasture),

- (A) a deposição de complexo antígeno-anticorpo ocorre na membrana basal glomerular.
- (B) a administração de anticorpos anti-CD8 precipita a crise da doença em modelos experimentais.
- (C) o envolvimento pulmonar é predominante.
- (D) a presença de artralgia, febre, perda de peso e mal-estar geral sugere vasculite.

— QUESTÃO 32 —

Paciente iniciou há 6 meses urolitíase de repetição (15 episódios de urolitíase neste período). Sem antecedentes de urolitíase. Refere diagnóstico de neurocisticercose há seis meses, com hipertensão intracraniana. Foi submetido à derivação ventrículo-peritoneal e ao uso de acetazolamida. A composição predominante dos cálculos deve ser

- (A) ácido úrico.
- (B) carbonato de cálcio.
- (C) fosfato de cálcio.
- (D) oxalato de cálcio.

— QUESTÃO 33 —

Um senhor de 65 anos inicia quadro de perda de força na perna esquerda e nota que, progressivamente, a perna fica mais fraca. Logo em seguida, inicia com disfagia e disartria e a perda de força progride na outra perna e nos braços, com evolução de seis meses. O diagnóstico desse paciente é

- (A) demência de Alzheimer.
- (B) esclerose múltipla.
- (C) esclerose lateral amiotrófica.
- (D) doença de Parkinson.

— QUESTÃO 34 —

Jovem do sexo feminino, com 30 anos, solteira, apresenta cefaléia pulsátil, diária, associada a fotofobia e fonofobia, seguida de vômitos e sonolência, de duração de 4 horas e, após, fica com a cabeça pesada. Exame neurológico normal. O diagnóstico e o melhor tratamento para esta paciente são:

- (A) enxaqueca clássica e propranolol.
- (B) enxaqueca comum e derivados do ergot.
- (C) cefaléia em salvas e oxigênio inalado.
- (D) enxaqueca crônica diária e ácido divalpróico.

— QUESTÃO 35 —

Paciente do sexo feminino, 70 anos, saudável até então, inicia quadro de tremores grosseiros de repouso e alterações cognitivas. Exame neurológico mostra paciente com alterações comportamentais, agitada e com o sinal da roda denteada. O principal achado anatomopatológico é:

- (A) corpos amilóides.
- (B) corpos de Levi.
- (C) emaranhados fibrilares.
- (D) placas desmielinizantes.

— QUESTÃO 36 —

Garoto de 10 anos inicia quadro de fraqueza ascendente com parestesia e dores em membros inferiores, de forma subaguda. Evolui rapidamente para tetraparesia e surge, também, paralisia facial. Os achados de exames complementares que confirmam o diagnóstico são:

- (A) aumento de proteínas no líquido e padrão desmielinizante na eletroneuromiografia.
- (B) aumento de células polimorfonucleares no líquido e padrão desmielinizante na eletroneuromiografia.
- (C) aumento de proteínas no líquido e padrão de perda axonal na eletroneuromiografia.
- (D) aumento de células no líquido e padrão de perda axonal na eletroneuromiografia.

— QUESTÃO 37 —

Paciente do sexo feminino, 30 anos, apresenta há 60 dias quadro febril a esclarecer, perda de peso, tosse seca, eritema nodoso em braços e pernas. A radiografia de tórax mostra infiltração pulmonar em dois terços superiores. Teste tuberculínico não reator. A biópsia a céu aberto apresentou evidência histopatológica de granulomas epitelióides não-caseosos. O diagnóstico provável é

- (A) tuberculose pulmonar.
- (B) granulomatose de Wegner.
- (C) sarcoidose.
- (D) síndrome de Löfgren.

— QUESTÃO 38 —

Paciente de 60 anos, não fumante, com diagnóstico de artrite reumática de longa data, atualmente controlada, apresenta dispnéia aos esforços há 6 meses e tosse seca persistente. Ao exame físico, nota-se presença de estertores finos em bases, bilateralmente. A radiografia de tórax mostra opacidades reticulares simétricas visíveis nas regiões pulmonares inferiores. A conduta inicial para esclarecimento diagnóstico é

- (A) tomografia computadorizada de tórax de alta resolução.
- (B) broncoscopia com biópsia transbrônquica.
- (C) exame de escarro induzido para pesquisa de BAAR.
- (D) biópsia pulmonar a céu aberto.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 39 —

MA, 28 anos, do sexo feminino, parda, funcionária pública, fumante 10 anos-maço, natural de Campo Grande, procedente de Goiânia. Paciente, há 7 dias, evoluiu com quadro de tosse com expectoração amarelada e dispnéia aos moderados esforços, dor torácica ventilatório-dependente em base pulmonar direita e febre (38,5 C). Apresentava anemia falciforme diagnosticada há 15 anos, e há cerca de 5 anos, quadro semelhante sem necessidade de internação. Negava etilismo e tabagismo. Ao exame físico, encontrava-se hipocorada (++)/4, icterica (++)/4 e febril (39 C). ACV:RCR FC=112 bpm PA=100x60 mmHg. Aparelho respiratório: ausculta pulmonar com estertores finos em base e terço médio direito; saturação em ar ambiente 86%. FR=34 irpm. Os exames complementares iniciais mostraram: Hb = 7 mg/dl, leucócitos = 17.300 /mm³ (Bt=8% - Seg=72%); plaquetas = 185.000 /mm³; bilirrubinas = 6,4 mg/dl (direta = 1,6 mg/dl - indireta = 4,8 mg/dl)

Radiografias de tórax :



Para esse caso, recomenda-se tratamento

- (A) ambulatorial, com macrolídeos.
- (B) em regime de internação hospitalar, com quinolonas.
- (C) ambulatorial, com betalactâmicos.
- (D) em regime de internação hospitalar, com vancomicina.

— QUESTÃO 40 —

Em tomografia computadorizada de tórax, sugere, natureza maligna de nódulo pulmonar solitário, a presença de calcificação

- (A) excêntrica.
- (B) laminar.
- (C) difusa.
- (D) central.

— RASCUNHO —

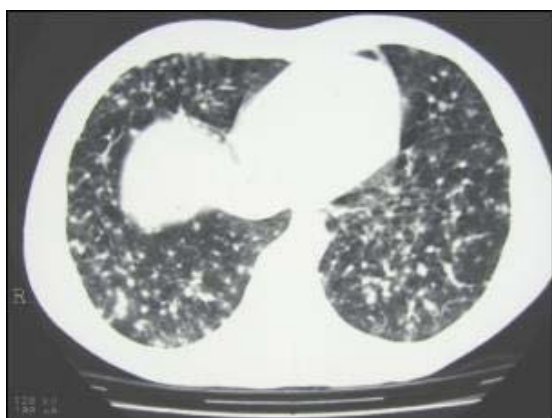
— QUESTÃO 41 —

Paciente do sexo masculino, 30 anos, branco, casado, pintor, natural e procedente de Bela Vista (Goiás). Há 40 dias iniciou febre diária não aferida, sem horário definido, inapetência e tosse seca. Emagrecimento de 5kg em 1 mês. Negava antecedentes patológicos prévios, etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Há 2 meses, onde reside, houve exposição intensa a poeira, morcegos e pombos. Nega contato com portadores de tuberculose. Exame físico: estado geral regular. Temperatura axilar = 38,5°C, corado, hidratado, anictérico, acianótico, cavidade oral sem alterações, sem linfonodos palpáveis. ACV:FC=80 bpm. Ritmo cardíaco regular, bulhas normo-fonéticas. PA=120X60 mmHg. FR=24 irpm. Aparelho respiratório: Estertores finos bilaterais, difusos. Abdome normal. Hemograma: normal, PPD não reator, Elisa anti-HIV negativo.

Radiografia de tórax: Infiltrado intersticial bilateral com micronódulos difusos.



Tomografia de tórax: padrão micronodular.



No caso descrito, a hipótese diagnóstica é

- (A) tuberculose.
- (B) blastomicose pulmonar.
- (C) histoplasmose pulmonar.
- (D) criptococose.

— QUESTÃO 42 —

Constitui uma atividade profissional associada ao risco de desenvolvimento de silicose:

- (A) manufatura de papéis e papelões.
- (B) limpeza de fossas.
- (C) fabricação de telhas e caixas d'água.
- (D) jateamento de areia.

— QUESTÃO 43 —

Paciente de 55 anos, agricultor, trabalha em uma fazenda na coleta e no armazenamento de grãos de cereais. Há 10 meses, relata dispnéia progressiva, atualmente aos médios esforços, tosse seca, episódios de febre intermitente no início do quadro. A tomografia de tórax de alta resolução mostra infiltrado retículo-nodular e áreas de opacidade do tipo vidro fosco. O diagnóstico provável é

- (A) pneumonia intersticial idiopática.
- (B) pneumonia intersticial linfocítica.
- (C) pneumonite por hiper-sensibilidade.
- (D) sarcoidose.

— QUESTÃO 44 —

Mulher, branca, 42 anos, com poliartrite crônica e progressiva em punhos, articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais, com nódulos subcutâneos indolores na face extensora dos antebraços, há seis anos, subitamente passou a apresentar dor e vermelhidão no olho esquerdo. Em relação a esse quadro, a presença de

- (A) uveíte posterior associa-se a FAN padrão nuclear homogêneo.
- (B) epiesclerite está associada ao HLA-DR*0401.
- (C) conjuntivite é o padrão de manifestação ocular mais frequentemente encontrado.
- (D) uveíte anterior aguda não se associa a nenhum padrão laboratorial específico.

— QUESTÃO 45 —

Existem algumas condições que podem se associar à gota, tais como:

- (A) o hipertireoidismo e a trigliceridemia.
- (B) a síndrome metabólica e o consumo de álcool.
- (C) o diabetes *melitus* e a acromegalia.
- (D) o consumo de álcool e a redução de apolipoproteína B.

— QUESTÃO 46 —

A Poliarterite nodosa é uma vasculite primária, que acomete artérias de médio e pequeno calibres, resultando em manifestações clínicas variáveis e alterações laboratoriais inespecíficas. No entanto, devem ser solicitados, inicialmente, os seguintes exames:

- (A) pesquisa sorológica para hepatite A e clamídia.
- (B) pesquisa sorológica para hepatite B e sedimento urinário.
- (C) pesquisa sorológica para *Epstein Barr* e fator anti-nuclear.
- (D) pesquisa sorológica para *Parvovirus* e anticardiolipinas.

— QUESTÃO 47 —

A.C.S., 53 anos, sexo feminino, comparece ao ambulatório referindo dor no corpo todo há vários anos, com piora nos últimos seis meses. Relata dor em interfalangeanas distais das mãos acompanhada de rigidez matinal de 20 minutos, dor em ombros, dor em joelhos, tornozelos e coluna lombar. Ao exame físico, foram observadas: dor à palpação de interfalangeanas distais das mãos, dor flexão e extensão da coluna lombar e crepitações nos joelhos. Qual a hipótese diagnóstica?

- (A) Fibromialgia
- (B) Artrite Reumatóide
- (C) Osteoartrose (Osteoartrite)
- (D) Osteoporose

— QUESTÃO 48 —

Qual a manifestação ocular da espondilite anquilosante?

- (A) Uveíte anterior
- (B) Uveíte posterior
- (C) Escleromalácia
- (D) Ceratite

— QUESTÃO 49 —

Uma mulher de 50 anos desenvolveu exantema em face, artrite e pleurite após tratamento anti-hipertensivo com hidralazina. Qual é o auto-anticorpo provavelmente associado a este caso?

- (A) Anticardiolipina
- (B) Anti-dna histona
- (C) U1-RNP
- (D) Anti-Rô (SSA)

— QUESTÃO 50 —

Os músculos que compõem o manguito rotador do ombro são:

- (A) supraespinhoso, bicipital, subescapular e infraespinhoso.
- (B) redondo menor, infraespinhoso, subescapular e deltóide.

- (C) bicipital, supraespinhoso, redondo menor e subescapular.
- (D) supraespinhoso, subescapular, infraespinhoso e redondo menor.

— RASCUNHO —