

CLÍNICA MÉDICA 2012

11/12/2011

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. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
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 PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de **quatro horas**, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorrido **duas horas** de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos **trinta minutos** anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

— QUESTÃO 01 —

O sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA)

- (A) está envolvido na patogênese da hipertensão arterial tanto pelas suas ações pressoras diretas quanto pelos efeitos promotores de hipertrofia.
- (B) é inibido quando a ingestão de sódio é reduzida, o que leva ao aumento da renina e da angiotensina II e estimula a secreção de aldosterona com consequente aumento da retenção renal de sódio e água.
- (C) é inibido tanto pelos betabloqueadores quanto pelos inibidores da enzima conversora de angiotensina e pelos diuréticos.
- (D) deve ser estimulado na fase aguda do pós-infarto para manter a estabilidade hemodinâmica.

— QUESTÃO 02 —

No atendimento de um paciente com síndrome coronariana aguda e supradesnivelamento do segmento ST,

- (A) a terapia de reperfusão coronariana é a ideal, não havendo diferenças se realizada de forma química ou mecânica em relação à mortalidade.
- (B) a angioplastia primária é o tratamento de escolha, se o atraso da reperfusão mecânica em relação à química não superar 90 minutos.
- (C) o atraso superior a 90 minutos da reperfusão mecânica em relação à química é tolerado se o trombolítico utilizado não for fibrinolítico específico.
- (D) a utilização de trombólise química após 12 horas do início da dor diminui de forma significativa as taxas de complicação mecânica do infarto.

— QUESTÃO 03 —

No tratamento das dislipidemias mistas,

- (A) os derivados do ácido fibrílico devem ser utilizados como primeira opção quando o valor do triglicéride estiver acima de 350 mg/dl.
- (B) a associação entre estatinas e fibratos está contraindicada.
- (C) o ácido nicotínico deve ser utilizado quando o HDL colesterol estiver abaixo de 35 mg/dl, pois o aumento do HDL diminui a morbimortalidade cardiovascular.
- (D) as estatinas de meia-vida longa podem ser ingeridas pela manhã enquanto as de meia-vida curta devem ser ingeridas à noite.

— QUESTÃO 04 —

Um paciente portador de miocardiopatia dilatada de etiologia isquêmica em tratamento regular procura o ambulatório de cardiologia com quadro de astenia importante, mal-estar e tonturas. Na avaliação clínica, o paciente encontra-se com FC de 56 bpm e PA 96 x 58mmHg, sem outros achados significativos. Foi realizado um eletrocardiograma que evidenciou aumento do intervalo QT, depressão do segmento ST e da onda T, e surgimento de onda U. Qual o provável diagnóstico para esse caso?

- (A) Hiponatremia
- (B) Hipercalcemia
- (C) Hipopotassemia
- (D) Intoxicação digitálica

— QUESTÃO 05 —

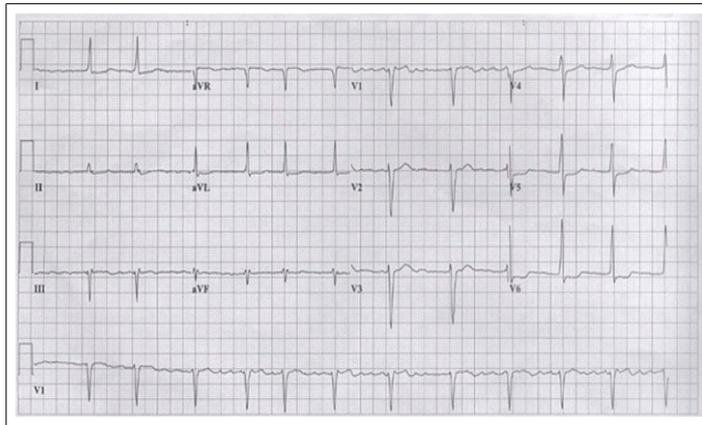
As valvopatias, a despeito de todo o avanço nos exames complementares, dependem muito do conhecimento, da experiência e do julgamento clínico adequado para a tomada de decisões. Nesse sentido, deve-se considerar que

- (A) a estenose tricúspide moderada ou grave acarreta elevação acentuada da pressão no átrio esquerdo.
- (B) o prolapso da valva mitral é uma das anomalias cardíacas mais frequentes e acomete mulheres e homens na proporção 1:2.
- (C) as três principais causas de estenose aórtica são: congênita, isquêmica e degenerativa.
- (D) os preditores clínicos de mortalidade na estenose aórtica são angina, síncope e insuficiência cardíaca.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 06

Um paciente de 76 anos, hipertenso e diabético, com insuficiência cardíaca em tratamento é admitido em hospital geral com quadro clínico sugestivo de acidente isquêmico transitório. O eletrocardiograma da admissão é o seguinte:



Nesse caso, qual a conduta mais adequada?

- (A) Cardioversão elétrica imediata seguida do uso da associação de ácido acetilsalicílico e clopidogrel para a prevenção de novos fenômenos tromboembólicos.
- (B) Cardioversão química com altas doses de amiodarona e manutenção do ritmo sinusal às custas da associação de digitálicos e betabloqueadores.
- (C) Manutenção do ritmo do eletrocardiograma acima, uma vez que a frequência cardíaca está controlada e início de anticoagulação oral.
- (D) Utilização de um inibidor direto da trombina como anticoagulação oral e programação de futura ablação da arritmia.

— QUESTÃO 07

Com relação às formas secundárias de hipertensão arterial, constata-se o seguinte:

- (A) os estrógenos, mas não os progestágenos, elevam a pressão arterial por retenção de sódio e expansão de volume.
- (B) os tumores secretores de renina são compostos por células justaglomerulares e são encontrados principalmente em pacientes jovens com hipertensão acentuada e níveis muito altos de renina no sangue periférico.
- (C) os feocromocitomas são tumores originados nas células cromafins, ocorrem em todas as idades e são localizados nas glândulas suprarrenais.
- (D) os feocromocitomas representam a causa mais frequente de hipertensão arterial secundária.

— QUESTÃO 08

Uma paciente de 28 anos é encaminhada pelo ginecologista com queixa de nervosismo e insônia. Essa paciente não possui antecedentes patológicos e faz contracepção hormonal oral há dois anos. Seu exame físico não evidenciou anormalidades e os resultados dos exames laboratoriais foram: T3 = 200 µg/dL (N= 70 a 200µg/dL) e T4 total= 15 µg/dL (N:5 a 12µg/dL), T4livre = 1,1ng/dL (VR: 0,7-1,5) e TSH= 2.8 mUI/mL (N: 0,4 a 4.0 mUI/mL). O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:

- (A) resistência hipofisária ao T4 e T3.
- (B) hashitoxicose.
- (C) hipertireoidismo subclínico.
- (D) produção excessiva de TBG (globulina ligadora dos hormônios tireoidianos).

— QUESTÃO 09

O objetivo do tratamento do diabetes mellitus visa ao controle glicêmico e também à prevenção de complicações crônicas macro e microvasculares. Sobre as complicações crônicas do diabetes mellitus, considera-se que

- (A) as macrovasculares, no tipo 2, possivelmente iniciam-se após o diagnóstico.
- (B) a microalbuminúria medida em 24 horas é melhor que a medida em amostra isolada.
- (C) a microalbuminúria, quando presente no diabetes tipo 2, sugere lesão endotelial e o risco de morte é maior.
- (D) a microalbuminúria no tipo 1 é irreversível, evoluindo em alguns anos para proteinúria e insuficiência renal crônica.

— QUESTÃO 10

Em pacientes com diabetes tipo 1, a terapia com insulina é a opção de escolha. Para este tratamento, deve-se saber que

- (A) a dose de insulina, em pacientes com estágio 3 de insuficiência renal crônica, deve ser reduzida em cerca de 25%.
- (B) os tipos lispro, aspart e glulisina são análogos de insulina de ação intermediária com farmacocinética e efeitos clínicos bastante parecidos.
- (C) os pacientes com fenômeno do alvorecer devem ser orientados a não comer carboidratos após a aplicação noturna da insulina NPH ou glargina.
- (D) as insulinas glargina e detemir promovem reduções muito mais significativas na hemoglobina glicada do que a insulina NPH humana.

— QUESTÃO 11

Uma paciente do sexo feminino de 76 anos, branca, moradora de abrigo para idosos e portadora de Alzheimer avançado, chega para dar continuidade a tratamento de osteoporose. A densitometria de 2011 apresenta T Score de -3,1 em coluna, T score -2,9 em fêmur, e Z scores -2,1 em coluna e -2,0 em fêmur. Está em uso de Alendronato de sódio 70 mg/semana há dois anos, com carbonato de cálcio 2 gramas/dia. No entanto, em densitometrias subsequentes não mostrou melhora da massa óssea com esse tratamento. Apresenta em exames: Cálcio total= 9,0 (VR 8,5 – 10,5), calciúria de 24 horas= 15 mg/ml (VR 50 – 200), fósforo= 2,1 (VR 2,5 – 4,5), PTH= 110 ng/dl (VR 10 – 60), ureia, creatinina e magnésio normais para a idade. Nesse caso, a hipótese diagnóstica e a conduta imediata são:

- (A) hiperparatiroidismo primário – solicitar dosagem de vitamina D e cintilografia de paratiroides.
- (B) hiperparatiroidismo primário – solicitar dosagem de vitamina D.
- (C) hiperparatiroidismo secundário – solicitar dosagem de vitamina D e cintilografia de paratiroides.
- (D) hiperparatiroidismo secundário – solicitar dosagem de vitamina D.

— QUESTÃO 12

A investigação da síndrome de Cushing deve ser realizada na seguinte população:

- (A) pacientes com osteoporose em idade não usual.
- (B) crianças acima do peso e com acréscimos do percentil da altura.
- (C) pacientes com hiperaldosteronismo secundário.
- (D) obesos com índice de massa corporal > 40 kg/m², sem sinais e sintomas preditivos da síndrome.

— QUESTÃO 13

Um paciente de 54 anos comparece ao consultório médico para avaliação, após a mãe ser diagnosticada com diabetes. É sedentário e tabagista. Sofreu ataque isquêmico transitório há um ano. Ao exame, apresenta estatura 1,70m, peso de 90 kg e circunferência abdominal de 120 cm. Os exames laboratoriais realizados recentemente evidenciam GJ= 180 mg/dl; ureia= 30 mg/dl, creatinina= 1,0 mg/dl, CT=248 mg/dl, HDL=35 mg/dl, triglicerídeos de 480 mg/dl. Considerando o exposto, quais medicações poderiam ser introduzidas sem efeitos deletérios para esse paciente?

- (A) Atenolol e niacina.
- (B) Fenofibrato e orlistat.
- (C) Ezetimiba e sibutramina.
- (D) Atorvastatina e diurético tiazídico em altas doses.

— QUESTÃO 14

Uma paciente do sexo feminino, de 28 anos, é encaminhada para investigação de hiperprolactinemia. Refere ciclos menstruais regulares e depressão diagnosticada há dois anos, em uso de Fluoxetina 20 mg/dia. Nega cefaleia e perda visual. Ao exame físico, galactorreia bilateral à expressão, campimetria visual por confrontação normal, FC: 80 bpm, PA: 110 x 70 mmHg. Em exames: Prolactina= 55,0 ng/dL (VR: 15 – 33), TSH= 2,0 U/L (0,5 – 5,0) T4= livre 1,0 ng/dL (0,8 – 1,8), Beta-HCG= negativo. A conduta, nesse caso, é:

- (A) associar bromocriptina.
- (B) pedir pesquisa de macroprolactinemia (anticorpos anti-prolactina).
- (C) retirar fluoxetina e introduzir bromocriptina.
- (D) trocar fluoxetina por venlafaxina.

— QUESTÃO 15

Em casos de hemorragia digestiva por úlcera péptica, que pacientes apresentam risco aumentado de mortalidade?

- (A) Pacientes com comorbidade.
- (B) Pacientes com infecção pelo *Helicobacter pylori*.
- (C) Pacientes tabagistas.
- (D) Pacientes usuários de anti-inflamatórios não hormonais.

— QUESTÃO 16

O escore de Child-Pugh constitui um importante parâmetro para classificação dos pacientes hepatopatas crônicos. Os dados usados no cálculo da pontuação são:

- (A) tempo de protrombina, albumina, ascite, edema de MMII, gama GT.
- (B) transaminases, bilirrubinas, ascite, gama GT, alfafeto-proteína.
- (C) ascite, encefalopatia, tempo de protrombina, albumina, bilirrubinas.
- (D) ascite, encefalopatia, tempo de protrombina, bilirrubinas, transaminases.

— QUESTÃO 17

São drogas atualmente padronizadas para o tratamento da hepatite B crônica:

- (A) Interferon convencional, Interferon peguilado, Ribavirina.
- (B) Lamivudina, Adefovir, Zidovudina.
- (C) Zidovudina, Entecavir, Interferon peguilado.
- (D) Entecavir, Adefovir, Tenofovir.

— QUESTÃO 18 —

A função discriminante de Maddrey é muito útil na avaliação prognóstica da hepatite alcoólica; para o seu cálculo, utilizam-se os seguintes parâmetros laboratoriais:

- (A) tempo de protrombina e bilirrubinas.
- (B) tempo de protrombina, AST e ALT.
- (C) tempo de protrombina e albumina.
- (D) gama GT, tempo de protrombina e AST.

— QUESTÃO 19 —

Paciente portador de hepatite C crônica, genótipo 1b, biópsia hepática mostrando METAVIR A2 F3, e carga viral inicial de 4.573.412 UI/ml, iniciou tratamento com Interferon peguilado associado a Ribavirina. Na 12ª semana de tratamento apresentava carga viral de 790.125 UI/ml. Ao ser reavaliado na 24ª semana de tratamento, a carga viral foi de 210.457 UI/ml. Como interpretar esta resposta ao tratamento e qual a conduta a ser adotada?

- (A) Resposta virológica precoce parcial – manutenção do tratamento por 48 semanas.
- (B) Resposta virológica lenta – manutenção do tratamento por 72 semanas.
- (C) Não respondedor – suspensão imediata do tratamento.
- (D) Resposta virológica lenta – dobrar a dose do Interferon peguilado até a 48ª semana.

— QUESTÃO 20 —

As hepatites autoimunes classificam-se em tipo 1 e tipo 2. A hepatite autoimune tipo 1

- (A) é mais frequente em homens.
- (B) caracteriza-se por FAN e/ou antimúsculo liso positivos.
- (C) tem como marcador específico o anticorpo antimitocondrias.
- (D) associa-se frequentemente a doenças inflamatórias intestinais.

— QUESTÃO 21 —

O método diagnóstico considerado “padrão-ouro” no diagnóstico da acalasia é:

- (A) manometria esofágica.
- (B) pH-metria de 24 horas.
- (C) endoscopia digestiva alta.
- (D) estudo radiológico do esôfago.

— QUESTÃO 22 —

A anemia é um diagnóstico realizado com frequência na clínica médica, mas cuja avaliação exige conhecimentos para poder ser realizado um correto diagnóstico e a conduta adequada frente ao paciente. Em qual das situações abaixo a anemia foi avaliada adequadamente?

- (A) Adulto com hepatoesplenomegalia e pancitopenia com reticulócitos baixos deve apresentar aplasia de medula óssea.
- (B) Idosa com língua lisa (“careca”) e anemia com macrocitose, bilirrubina indireta elevada e reticulócitos baixos deve apresentar anemia hemolítica.
- (C) Paciente jovem, sem comorbidades, estável, e que apresenta anemia ferropriva de instalação lenta com hemoglobina de 7 g/dl deve ser tratado, clinicamente, sem transfusões.
- (D) Idoso acima de 90 anos com anemia dispensa a necessidade de investigação por ser comum o aparecimento de anemia nos extremos etários.

— QUESTÃO 23 —

As leucemias agudas são patologias graves, que acometem todas as faixas etárias e que exigem encaminhamento para centros especializados em seu tratamento. O conhecimento sobre estas doenças permite realizar o diagnóstico mais rapidamente, fato que melhora o prognóstico dos pacientes. Nas leucemias agudas,

- (A) a incidência é similar em indivíduos que já tenham sido submetidos ou não a quimioterapia.
- (B) a chance do irmão gêmeo univitelino de uma criança com esta patologia desenvolver a mesma doença é maior que 50%.
- (C) a pesquisa das alterações citogenéticas é um fator pouco importante na avaliação do tratamento e prognóstico.
- (D) o subtipo linfoide é mais comum em crianças, e o mieloide é mais comum em adultos.

— QUESTÃO 24 —

A maioria das infecções em pacientes com neoplasias hematológicas ocorre durante períodos de neutropenia, tanto induzida pela doença de base como pelo tratamento. A frequência de infecções nesses pacientes é maior quando

- (A) a neutropenia se desenvolve lentamente.
- (B) a duração da neutropenia é inferior a cinco dias.
- (C) o número absoluto de neutrófilos é $\leq 500/\mu\text{l}$.
- (D) os pacientes evoluem sem mucosite.

— QUESTÃO 25 —

A trombocitose é um achado comum, geralmente incidental e com diagnóstico diferencial extenso. Pode ser primária, causada por patologias da medula óssea ou secundária (reativa) a diversos processos. Podem-se citar como causas de trombocitose reativa:

- (A) anemia hemolítica, esplenectomia e síndrome de Gainsbock.
- (B) anemia ferropriva, esplenectomia e doenças inflamatórias.
- (C) esplenectomia, neoplasias e hemoglobinúria paroxística noturna.
- (D) síndrome de Pickwick, anemia hemolítica e neoplasias.

— QUESTÃO 26 —

Uma paciente do sexo feminino, de 32 anos, portadora de prótese em valva mitral, devido à febre reumática é internada com quadro de astenia, febre, hiporexia, perda de peso, diminuição do volume urinário, urina escurecida (cor de chá mate), edema palpebral e hipertensão arterial (pressão arterial de 150/95 mmHg). Os exames laboratoriais evidenciaram complemento baixo (C3 e C4), exame comum de urina com proteinúria ++, hematúria +++ e leucocitúria +, creatinina sérica de 1,3 mg/dL (filtração glomerular estimada em 58 ml/min). Os diagnósticos clínico e histológico prováveis são, respectivamente,

- (A) síndrome nefrótica – doença de lesões mínimas.
- (B) síndrome nefrítica – glomerulonefrite proliferativa difusa.
- (C) glomerulonefrite rapidamente progressiva – glomerulonefrite por anticorpo antimembrana basal.
- (D) anormalidades urinárias assintomáticas – nefropatia por IgA.

— QUESTÃO 27 —

Um paciente de 63 anos, do sexo masculino, é internado na enfermaria de clínica médica para investigação de síndrome nefrótica associada à creatinina sérica de 1,6 mg/dL e ausência de hematúria. Pressão arterial de 130/75 mmHg na posição sentado e hepatomegalia. Foi realizada biópsia renal e solicitada investigação de causas secundárias. A biópsia renal demonstrou depósito de material amorfo de aspecto nodular em região mesangial com coloração positiva para o vermelho congo. Qual o provável diagnóstico e que exame complementar deve ser solicitado, nesse caso?

- (A) Amiloidose e imunoeletroforese de proteínas na urina.
- (B) Mieloma múltiplo e raio X de crânio e ossos longos.
- (C) Glomerulonefrite membranoproliferativa e sorologia para vírus da hepatite C.
- (D) Doença de cadeia leve e eletroforese de proteína sérica.

— QUESTÃO 28 —

Os tipos de cálculos mais associados à doença de Crohn, ITU por bactérias produtoras de urease, doença hereditária autossômica recessiva caracterizada por hiperabsorção de aminoácidos dibásicos são, respectivamente,

- (A) oxalato de cálcio, ácido úrico e estruvita.
- (B) cistina, oxalato de cálcio e ácido úrico.
- (C) oxalato de cálcio, fosfato de amônio magnésio e cistina.
- (D) ácido úrico, oxalato de cálcio e cistina.

— QUESTÃO 29 —

Um paciente do sexo masculino, de 49 anos, apresentou quadro clínico de síndrome nefrótica, hipertensão arterial, hematúria macroscópica e perda da função renal. Foi submetido à biópsia renal que revelou na microscopia óptica presença de depósitos nodulares em glomérulos vermelho congo negativo, imunofluorescência positiva para IgG e C3 e à microscopia eletrônica, presença de fibrilas organizadas de forma anárquica em mesângio, medindo 20-30 nm de diâmetro. Neste caso, o diagnóstico firmado pela patologia renal é:

- (A) nefropatia membranosa.
- (B) rim do mieloma.
- (C) amiloidose renal hereditária.
- (D) glomerulonefrite fibrilar.

— QUESTÃO 30 —

No tratamento da insuficiência renal aguda (IRA),

- (A) o benefício no uso de diurético endovenoso é constatado, pois ele diminui o tempo de necrose tubular aguda.
- (B) os métodos hemodialíticos contínuos são os mais indicados para pacientes críticos em UTI com instabilidade hemodinâmica.
- (C) a diálise peritoneal é o método de escolha para pacientes hipercatabólicos como na rabdomiólise, no politraumatismo e na sepse.
- (D) o tratamento dialítico deve ser indicado baseado na depuração de creatinina < 20 ml/min, calculada pela fórmula de Cockcroft-Gault.

— QUESTÃO 31 —

Uma paciente de 23 anos, caucasiana, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo I há 12 anos, apresenta microalbuminúria igual a 60 mcg/min e creatinina sérica = 0,55 mg/dl, a HbA1c = 9,5% e glicemia de jejum = 256 mg/dl. Seu peso é 47 kg e a altura, 1,67 m. Em qual estágio do envolvimento renal pelo diabetes esta paciente se encontra e qual a terapêutica a ser empregada, além dos cuidados específicos do controle do diabetes?

- (A) Estágio I e dieta normoproteica e hipossódica, com uso de bloqueador direto da renina.
- (B) Estágio II e dieta hipoproteica e normossódica, com uso de bloqueador do receptor de angiotensina.
- (C) Estágio I e dieta hipoproteica e hipossódica, com uso de inibidor da enzima de conversão da angiotensina.
- (D) Estágio II e dieta hipoproteica e hipossódica, com uso de inibidor da enzima de conversão da angiotensina.

— QUESTÃO 32 —

Um homem de 65 anos de idade chega ao consultório com queixa de anúria há 24 horas e hipertensão de longa data. Está em uso de enalapril e apresenta dispneia e dor abdominal. Os exames mostraram creatinina igual a 10 mg/dl, ureia 180 mg/dl, cálcio 5,9 mg/dl, fósforo 7,9 mg/dl, bicarbonato 11 mEq/l, hematócrito 23%, hemoglobina 7 g/dl e potássio 6,5 mEq/l. A ultrassonografia mostrou rins diminuídos de tamanho e hiperocogênicos, bexigoma e próstata de 135 g de peso. Pressão arterial igual a 160/100 mmHg. Ao ser passada sonda vesical, o paciente eliminou 1.100 ml de urina. Nesse caso, qual a conduta imediata mais adequada?

- (A) Corrigir o bicarbonato, trocar o enalapril por bloqueador do canal de cálcio e prescrever hemodiálise.
- (B) Corrigir o bicarbonato e prescrever duas unidades de concentrado de hemácias.
- (C) Trocar o enalapril por anlodipina, dar gluconato de cálcio, fazer furosemida e solução de glicoinulina.
- (D) Prescrever diurético, trocar o enalapril por lorazepan e providenciar fístula arteriovenosa.

— QUESTÃO 33 —

Uma paciente do sexo feminino, de 43 anos, recebeu o diagnóstico definido de esclerose lateral amiotrófica. Nesse paciente, os sintomas relativos ao comprometimento do primeiro e do segundo neurônio motor que podem ser encontrados são, respectivamente,

- (A) sinal de Hoffmann e mioclonia.
- (B) fibrilação e tremor.
- (C) sinal de Babinski e fasciculação.
- (D) hiperreflexia e mioquimia.

— QUESTÃO 34 —

Um paciente do sexo masculino, de 72 anos, portador de diabetes e hipertensão, apresentou quadro súbito de rebaixamento do nível de consciência, sem outras alterações detectáveis ao exame neurológico. A glicose capilar estava em 39 mg/dl e a PA 150x90 mmHg. A principal hipótese diagnóstica e a primeira conduta, nesse caso, são, respectivamente,

- (A) encefalopatia hipertensiva e anti-hipertensivo.
- (B) acidente vascular encefálico isquêmico e TC de crânio.
- (C) acidente vascular encefálico hemorrágico e TC de crânio.
- (D) encefalopatia metabólica e glicose.

— QUESTÃO 35 —

Uma paciente de 36 anos, do sexo feminino, apresentou cinco episódios convulsivos em 24 horas e foi levada ao pronto-socorro. No momento da avaliação, os exames geral e neurológico estavam normais. Ela relatava ser portadora de neurocisticercose e fazer uso regular de carbamazepina 200 mg três vezes ao dia e fenobarbital 100 mg duas vezes ao dia. Sua tomografia computadorizada de crânio mostrava quatro pequenos pontos calcificados intraparenquimatosos, sem alteração ao contraste. A melhor conduta para esse caso é:

- (A) tratar a neurocisticercose.
- (B) ajustar a medicação anticonvulsivante.
- (C) manter a medicação atual.
- (D) prescrever pulsoterapia com corticoide.

— QUESTÃO 36 —

Um paciente do sexo masculino, engenheiro, de 66 anos, iniciou há seis meses quadro de declínio cognitivo com perda de memória recente, desorientação temporoespacial, alucinações visuais e incontinência urinária. Ao exame, apresentava sinal de roda denteada, rigidez e bradicinesia. Seu minimental era de 16. Nesse caso, o principal diagnóstico clínico é:

- (A) demência por corpos de Lewy.
- (B) doença de Alzheimer.
- (C) doença de Pick.
- (D) demência vascular.

— QUESTÃO 37 —

Um paciente de 45 anos apresenta tosse crônica. Queixa-se de pirose retroesternal e rouquidão matutina e espirros e coriza quando em contato com mofo. Tem antecedentes de hipotireoidismo, hipertensão arterial controlada por inibidor de enzima conversora de angiotensina. Faz uso de inibidor de bomba de prótons irregularmente. No caso desse paciente, as possíveis causas da tosse crônica seriam:

- (A) hipertensão arterial e refluxo gastroesofágico.
- (B) uso de inibidores de enzima conversora de angiotensina e o uso de inibidor de bomba de prótons.
- (C) viroses de repetição e hipotireoidismo.
- (D) rinite alérgica e uso de inibidores de enzima conversora de angiotensina.

— QUESTÃO 38 —

Qual dos seguintes eventos deve ser descartado como critério de probabilidade clínica de tromboembolismo pulmonar?

- (A) Idade de 50 anos ou mais.
- (B) Hemoptise.
- (C) Neoplasia.
- (D) Crise asmática.

— QUESTÃO 39 —

Uma mulher de 25 anos apresenta quadro de derrame pleural com as seguintes características: dor tipo pleurítica, derrame pequeno bilateral, aumento da área cardíaca, sugerindo derrame pericárdico, tipo exsudativo, níveis de glicose > 60mg%, desidrogenase láctica < 500 IU/L e pH > 7,35. Esses achados são compatíveis com

- (A) empiema pleural.
- (B) colagenose, especialmente lúpus eritematoso sistêmico.
- (C) derrame parapneumônico não complicado.
- (D) insuficiência cardíaca congestiva.

— QUESTÃO 40 —

Na espirometria, para classificação do distúrbio como obstructivo, o primeiro parâmetro a ser analisado é:

- (A) capacidade vital forçada (CVF).
- (B) volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF₁).
- (C) relação entre VEF₁/CVF.
- (D) capacidade vital lenta (CV).

— QUESTÃO 41 —

Um paciente de 60 anos, portador de carcinoma de próstata, apresenta exame físico e radiológico compatível com pneumonia bacteriana, frequência cardíaca de 125 bpm, frequência respiratória de 35 rpm, temperatura axilar de 38,5 °C, e está normotenso. Nesse caso,

- (A) o paciente possui quatro índices de gravidade de pneumonia bacteriana.
- (B) o tratamento inicial pode ser feito com antibiótico macrolídeo.
- (C) a antibioticoterapia deve ser iniciada após o isolamento do agente etiológico.
- (D) o *Streptococcus pneumoniae* é improvável como agente etiológico.

— QUESTÃO 42 —

Uma mulher de 20 anos, portadora de asma persistente leve, deve ter como tratamento de primeira escolha, além do broncodilatador de curta ação para alívio,

- (A) inibidores de leucotrieno.
- (B) corticoesteroide inalatório em baixa dose.
- (C) broncodilatador de longa ação inalatório.
- (D) corticoesteroide oral em baixa dose.

— QUESTÃO 43 —

No paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é uma indicação de oxigenoterapia domiciliar:

- (A) idade > 70 anos, com presença de comorbidades.
- (B) espirometria com distúrbio obstructivo moderado a grave.
- (C) saturação de oxigênio, por oximetria de pulso menor ou igual a 88% em repouso.
- (D) teste de caminhada revelando dispneia aos esforços.

— QUESTÃO 44 —

As espondiloartrites compreendem um grupo de doenças que acometem o eixo vertebral, as articulações sacroilíacas e as articulações periféricas. Dentro deste grupo, destacam-se a espondilite anquilosante, a artrite psoriásica e as artrites reativas. Na artrite psoriásica, o sinal radiológico característico é a presença de

- (A) erosão tipo ponta de lápis.
- (B) erosão tipo mordedura de rato.
- (C) sindesmófitos não marginais.
- (D) cistos subcondrais.

— QUESTÃO 45 —

Uveíte é o processo inflamatório da parte vascular ou camada média do olho e pode associar-se a algumas doenças reumáticas. Em qual destas doenças, este acometimento ocular representa a principal manifestação extra-articular?

- (A) Síndrome de Sjögren.
- (B) Vasculite de Churg-Strauss.
- (C) Espondilite anquilosante.
- (D) Lúpus eritematoso sistêmico.

— QUESTÃO 46 —

As doenças intersticiais pulmonares constituem um grupo variado de doenças e podem ser secundárias a várias causas. Em pacientes com quadro clínico e radiológico compatível com fibrose intersticial, devem-se investigar como possíveis etiologias reumatológicas:

- (A) gota e condrocalcinose.
- (B) esclerose sistêmica e artrite reumatoide.
- (C) osteoartrite e lúpus eritematoso sistêmico.
- (D) síndrome de Sjögren e doença de Behçet.

— QUESTÃO 47 —

A dor originada em tecidos moles que compõem o sistema osteoarticular caracteriza o reumatismo de partes moles. Para um paciente com dor e dificuldade de estender um ou mais dedos da mão, com relato de estalo nos dedos e ultrassonografia que demonstra tenossinovite estenosante de flexores, o diagnóstico é:

- (A) síndrome do túnel do carpo.
- (B) contratatura de Dupuytren.
- (C) tendinite de De Quervain.
- (D) dedo em gatilho.

— QUESTÃO 48 —

O sistema de complemento constitui uma série de proteínas produzidas pelo fígado e muitos de seus componentes têm papéis centrais na imunidade do ser humano. Nesse sentido, deficiências seletivas dos componentes C2 e C4 podem estar associadas ao desenvolvimento de

- (A) púrpura de Henoch-Schonlein.
- (B) febre familiar do Mediterrâneo.
- (C) lúpus eritematoso sistêmico.
- (D) síndrome de Felty.

— QUESTÃO 49 —

Uma mulher de 45 anos, com diagnóstico de esclerose sistêmica, procura assistência médica por quadro de cefaleia, hipertensão arterial e oligúria. O exame de urina mostra proteinúria, hematúria e presença de cilindros granulosos. Submetida à biópsia renal, qual achado é esperado?

- (A) Proliferação concêntrica da íntima, com redução luminal de artérias interlobulares.
- (B) Glomerulonefrite, envolvendo mais de 50% dos glomérulos, com depósito subendotelial de imunocomplexos.
- (C) Espessamento de membrana basal dos glomérulos, com depósito de complemento.
- (D) Hiperplasia mesangial.

— QUESTÃO 50 —

O Colégio Americano de Reumatologia (ACR) identificou dezenove síndromes neuropsiquiátricas relacionadas ao lúpus eritematoso sistêmico. A manifestação neuropsiquiátrica mais comum atribuída à cerebrite lúpica é a

- (A) convulsão.
- (B) disfunção cognitiva.
- (C) psicose.
- (D) coreia.