

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014

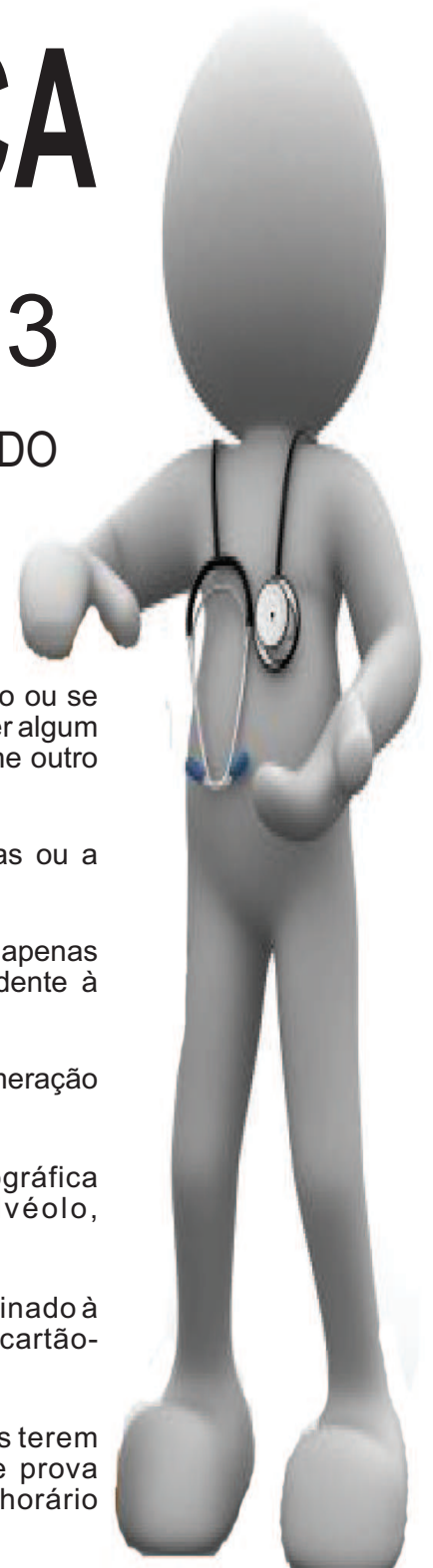
PRÉ-REQUISITO CLÍNICA MÉDICA

10/11/2013

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 decorridas **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

Considerando-se o contexto da estimulação direta do seio carotídeo para hipertensos resistentes, quanto aos barorreceptores, pode-se concluir o seguinte:

- (A) os barorreflexores arteriais do seio carotídeo são responsáveis por fazerem ajustes na pressão arterial de forma contínua, minuto a minuto, para prevenir elevações e quedas dos níveis pressóricos, em casos de mudanças posturais, mudanças agudas de volemia, mudanças comportamentais e sob ação de estressores físicos.
- (B) a comprovação, desde 1930, da importância do seio carotídeo em humanos como regulador da pressão arterial, quando pacientes anestesiados tiveram a supressão unilateral do reflexo barorreceptor e a pressão reduziu agudamente 40 mmHg e a supressão bilateral fez a pressão arterial reduzir 100 mmHg.
- (C) a hipertensão arterial crônica leva a uma adaptação crônica dos barorreceptores que se tornam mais ajustados para responder a um nível maior de pressão arterial com maior sensibilidade. Este fenômeno é o chamado *resetting fisiológico* dos barorreceptores.
- (D) a maior sensibilidade dos barorreceptores é observada pela lentidão ou redução de magnitude de resposta eferente deste sistema, ou seja, uma efetiva queda da pressão arterial. Certos pacientes estão mais propensos a este fenômeno, entre eles os hipertensos resistentes.

— QUESTÃO 02

Q.P.: "pressão alta em exame admissional". H.M.A.: ABF, homem, afro-descendente, 34 anos. Sedentário, sem outros fatores de risco conhecidos e sem história familiar para doença cardiovascular. Ao exame: PA = 146/92mmHg (média de três medidas, sentado), FC = 88 bpm; IMC = 27,1 kg/m², circunferência abdominal = 97 cm, demais dados normais (N).

Exames complementares:

hemograma = normal;
potássio = 3,8 mEq/L;
glicemia = 86;
colesterol total = 168, HDLc = 41; LDLc = 98;
triglicérides = 144; creatinina = 0,8;
ácido úrico: 4,8 (em mg/dL);
urina I = N; mg/dL;
ECG: N.

Qual a conduta clínica, no caso desse paciente?

- (A) Agendar controle com dois meses para reavaliação de PA. Nenhuma intervenção está indicada nesta fase.
- (B) Iniciar medidas não farmacológicas para redução da PA e prevenção cardiovascular por até seis meses.
- (C) Iniciar monoterapia anti-hipertensiva com IECA, BRA, IDR, diurético ou BCC em doses iniciais, além de orientações de MEV.
- (D) Iniciar terapêutica combinada de dois fármacos anti-hipertensivos em baixas doses.

— QUESTÃO 03

No diagnóstico da hipertrofia ventricular esquerda, o ecocardiograma

- (A) é o padrão-ouro, mas apresenta limitações para a avaliação da função diastólica.
- (B) apresenta como a principal desvantagem a variabilidade intra e interobservadores nas medidas do septo, da parede posterior e do diâmetro diastólico do VE.
- (C) tem baixa acurácia e exige cálculos complexos, na avaliação do padrão geométrico.
- (D) apresenta avaliação da função sistólica muito prejudicada.

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

W.T.S., 62 anos, do sexo masculino, branco, motorista de táxi, natural e residente em São Paulo, hipertenso, diabético tipo 2, com microalbuminúria.

Exame físico:

IMC: 30,7kg/m², PA: 160/100 mmHg, FC: 84 bpm, FO com espasmo segmentar. Sem alterações ao exame CV.

Resultados dos exames laboratoriais:

HbA1c: 8,5%, Traços de proteína na urina, Relação albumina/creatinina (ACR): 85 mg/g Cr, Taxa de filtração glomerular estimada: 50 ml/min, Ureia: 22 mg/dL, Creatinina sérica: 1,35 mg/dl, Glicemia aleatória: 144mg/dl, Colesterol total: 212 mg/dl HDL: 30,8 mg/dl, Triglicérides: 204 mg/dl. Eletrólitos: normais, TSH: 6,5

— QUESTÃO 04

Esse paciente

- (A) tem insuficiência renal estágio II, devido à presença de proteinúria.
- (B) apresenta insuficiência renal estágio II, devido à redução do clearance da creatinina.
- (C) é portador de proteinúria grau I, dada a quantidade de proteína na urina.
- (D) apresenta microalbuminúria que não requer abordagem especial, pois faz parte da evolução do diabetes.

— QUESTÃO 05

Para esse paciente,

- (A) a metformina deve ser excluída do tratamento.
- (B) a meta ideal de PA é abaixo de 140/90mmHg.
- (C) o uso de pelo menos um medicamento que bloqueie o sistema renina angiotensina deve ser prescrito, se não houver contraindicação.
- (D) o uso de betabloqueador está contraindicado.

— QUESTÃO 06 —

Em pacientes portadores de fibrilação atrial com indicação para anticoagulação oral,

- (A) a grande maioria deverá fazer uso de aspirina associada ao clopidogrel, que se mostrou tão eficaz quanto os anticoagulantes na prevenção de eventos tromboembólicos.
- (B) a estratificação do risco de eventos tromboembólicos leva em conta os fatores: presença de acidente vascular cerebral prévio, idade, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, diabetes e doença cardiovascular.
- (C) os novos anticoagulantes mostraram-se muito superiores à Warfarina na prevenção de eventos tromboembólicos.
- (D) os novos anticoagulantes estão contraindicados, pois ainda não foram aprovados pela Anvisa para uso no Brasil.

— QUESTÃO 07 —

Em relação às valvopatias, é **incorreto** afirmar que:

- (A) a estenose mitral 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 2:1.
- (C) as três principais causas de estenose aórtica são: congênita, reumática e degenerativa.
- (D) o prolapso da valva mitral é uma anomalia cardíaca rara, acometendo mulheres e homens na proporção 9:1.

— QUESTÃO 08 —

Paciente de 59 anos, do sexo feminino, apresenta cálcio ionizável de 1,9 nmol/L (1,16-1,3) e PTH intacto indetectável. Quais as possibilidades diagnósticas mais prováveis?

- (A) Erro de coleta e hipoparatiroidismo.
- (B) Hipercalcemia da malignidade e hipoparatiroidismo.
- (C) Hipercalcemia benigna familiar e erro de coleta.
- (D) Hipercalcemia da malignidade e intoxicação por vitamina D.

— QUESTÃO 09 —

Paciente de 21 anos, portador de diabetes mellitus tipo 1 há 11 anos, deu entrada em serviço de emergência com quadro de dor abdominal e vômitos. Ao exame físico, encontrava-se afebril, desidratado, com FC de 108 bpm, ausculta pulmonar normal e frequência respiratória de 40 irpm. Ao exame do abdome, apresentou dor intensa à palpação e à descompressão brusca, sugerindo irritação peritoneal. Exames laboratoriais iniciais: leucocitose: 15600 leucócitos/mm³, com desvio à esquerda (10% de bastonetes); amilase: 250u/l (VR: 28-100); TGO: 92U/L (VR < 37), TGP: 108U/L (VR < 41), Glicemia: 440mg/dl; Creatinina: 1,6mg/dl (VR: 0,7-1,3); Ureia: 84mg/dl (VR: 10-50), K: 5,7mEq/L (VR: 3,6-5,1); pH sanguíneo: 7,15.

Considerando-se este caso clínico,

- (A) o paciente deve ser avaliado por um cirurgião de imediato.
- (B) a acidose metabólica resulta basicamente do aumento do lactato e dos ácidos orgânicos.
- (C) a aplicação de hidratação venosa vigorosa e insulina regular via endovenosa ou análogo de insulina de ação ultrarrápida, por via subcutânea, deve ser iniciada de imediato.
- (D) a acidose metabólica deverá ser revertida com uma pequena dose de bicarbonato de sódio (1mEq/kg/hora).

— QUESTÃO 10 —

Considerando-se as diversas etiologias de tireotoxicose, a correlação entre os exames laboratoriais, a cintilografia tireoidiana e a respectiva causa é a seguinte:

- (A) tireoidite subaguda – TSH suprimido; T3 e T4 livre altos; captação de I-131 na cintilografia tireoidiana < 1%.
- (B) doença de Graves – TSH suprimido; T3 e T4 livre altos; captação normal ou normal/baixa de I-131 na cintilografia tireoidiana.
- (C) *Struma ovarii* – TSH suprimido; T3 e T4 livre altos; captação tireoidiana elevada de I-131 na cintilografia.
- (D) tireotoxicose factícia – TSH suprimido; T3 e T4 livre altos; captação elevada de I-131 na cintilografia tireoidiana.

— QUESTÃO 11 —

Paciente do sexo feminino, de 31 anos, com hipotireoidismo há quatro anos, bem compensada em uso de levotiroxina (LT4) 100 mcg/dia. Na avaliação de rotina, foram observados TSH 11 um/L e T4 livre de 0,8 ng/ml. Após vários ajustes da medicação, em vigência do uso de levotiroxina de 175 mcg/dia, permanecia com TSH: 8,0 um/L após três meses.

Nesse caso,

- (A) a medicação deve ser tomada em jejum, já que a absorção da LT4 ocorre no estômago (30-50%) e no duodeno (cerca de 20-30%).
- (B) a má absorção da LT4 por doença celíaca, gastrite atrófica ou infecção pelo *Helicobacter pylori* poderia explicar esses achados.
- (C) o uso de antiácidos, carbonato de cálcio, ácido fólico ou polivitamínicos tem pouca probabilidade de explicar esses achados.
- (D) a avaliação após a troca de marca da LT4 é dispensável, já que todas as marcas têm bioequivalência semelhante.

— QUESTÃO 12 —

Paciente de 21 anos, assintomática, sem antecedentes patológicos pessoais e com ciclos menstruais regulares, realiza densitometria mineral óssea: T-score: -2,52 em coluna e T-score: -2,6 em fêmur. Apresenta antecedentes familiares para osteoporose.

Nesse caso,

- (A) o uso de medicações antirreabsorptivas está indicado, já que o risco de fratura é elevado.
- (B) a osteoporose está descartada, já que inexistente nesta faixa etária.
- (C) a osteoporose secundária deverá ser investigada.
- (D) os dados apresentados são inadequados para diagnosticar osteoporose nessa faixa etária.

— QUESTÃO 13 —

Homem de 36 anos apresenta ganho de peso de 18 kg em um ano, queixa-se de não conseguir subir escada e de aparecimento de hematomas pelo corpo. Ao exame: PA: 180x100 mmHg, FC: 72 bpm, IMC: 31 Kg/m², circunferência abdominal 116 cm, estrias violáceas em abdome; ACTH < 4pg/ml (9-52) e cortisol sérico indetectável.

A análise dos dados indica o seguinte:

- (A) a próxima etapa deve ser ressonância de hipófise.
- (B) a próxima etapa inclui ressonância ou tomografia de adrenais.
- (C) a principal hipótese é erro laboratorial, considerando-se a impossibilidade de baixos níveis de cortisol e ACTH no contexto clínico.
- (D) a principal hipótese é síndrome de Cushing exógena por uso crônico de glicocorticoides.

— QUESTÃO 14 —

Paciente do sexo masculino, de 60 anos, diabético há 10 anos, PA = 130/80 mmHg, HbA1c = 6.9%, ureia e creatinina sérica normais, porém com microalbuminúria (80mg/gCr). Retorna à consulta queixando-se de dor em queimação e hiperalgesia em pés, principalmente noturna, que tem atrapalhado seu sono. Em uso de Losartana 50 mg/dia, Amlodipino 5 mg/dia, Metformina 1500 mg/dia.

Analisando a situação deste paciente, deve-se considerar o seguinte:

- (A) as drogas anti-hipertensivas que atuam sobre o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) são as que oferecem a melhor renoproteção aos pacientes diabéticos e as que provocam a maior redução da microalbuminúria; portanto, o paciente se beneficiaria com uso de Losartana 100 mg ao dia.
- (B) a queixa de dor e hiperalgesia em pés sugere disfunção das fibras nervosas finas, que frequentemente ocorre numa fase precoce da neuropatia diabética; portanto, a eletroneuromiografia é necessária para o diagnóstico de neuropatia diabética neste paciente.
- (C) a avaliação retiniana anual para avaliar presença de retinopatia diabética é determinada pela presença de retinopatia; portanto, não é interessante que seja realizada neste paciente, que é assintomático do ponto de vista oftalmológico.
- (D) a biópsia do tecido nervoso se faz necessária neste caso para excluir outras causas de neuropatia, determinar as alterações patológicas predominantes e fazer a escolha do tratamento.

— QUESTÃO 15 —

Paciente de 22 anos, com antecedente de rinite alérgica, apresenta-se com quadro de disfagia súbita por impactação alimentar. Após a retirada do corpo estranho, observou-se presença de fissuras longitudinais, anéis esofagianos e nodulações esbranquiçadas na mucosa esofagiana.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) anel de Schatzki.
- (B) monilíase esofagiana.
- (C) esofagite eosinofílica.
- (D) esofagite de refluxo.

— QUESTÃO 16 —

As alterações nos níveis séricos de gastrina e da secreção gástrica de ácido em casos de anemia megaloblástica, associada à diminuição da vitamina B12 sérica e à presença de anticorpos anticélula parietal, são, respectivamente,

- (A) hipogastrinemia e hipercloridria.
- (B) hipergastrinemia e acloridria.
- (C) hipogastrinemia e acloridria.
- (D) hipergastrinemia e hipercloridria.

— QUESTÃO 17 —

As alterações da mucosa gastroduodenal que favorecem o surgimento de úlcera duodenal em pacientes com infecção por *Helicobacter pylori* são:

- (A) metaplasia gástrica no bulbo duodenal e pangastrite atrófica.
- (B) metaplasia intestinal no antro gástrico e gastrite crônica antral.
- (C) metaplasia gástrica no bulbo duodenal e gastrite crônica antral.
- (D) metaplasia intestinal no antro gástrico e duodenite atrófica.

— QUESTÃO 18 —

Os parasitas intestinais que podem estar associados à colestase obstrutiva e à invasão da mucosa duodeno-jejunal são, respectivamente,

- (A) *Ascaris lumbricoides* e *Strongyloides stercoralis*.
- (B) *Strongyloides stercoralis* e *Giardia lamblia*.
- (C) *Entamoeba histolytica* e *Ascaris lumbricoides*.
- (D) *Enterobius vermicularis* e *Entamoeba histolytica*.

— QUESTÃO 19 —

A região do trato gastrointestinal mais acometida na tuberculose intestinal é:

- (A) antro gástrico e duodeno.
- (B) cólon descendente.
- (C) íleo distal e ceco.
- (D) reto e sigmoide.

— QUESTÃO 20 —

Qual das seguintes patologias cursa com hiperbilirrubinemia não conjugada?

- (A) Atresia de vias biliares.
- (B) Doença de Wilson.
- (C) Colangite esclerosante primária.
- (D) Síndrome de Gilbert.

— QUESTÃO 21 —

De acordo com a portaria vigente do Ministério da Saúde para o tratamento da Hepatite Viral C, qual é o tratamento de escolha para um paciente portador de hepatite C crônica, Genótipo 1b, com estadiamento 3 de fibrose (F3)?

- (A) Associação de Interferon peguilado com Ribavirina e um inibidor de protease (Boceprevir ou Telaprevir).
- (B) Associação de Interferon peguilado com Ribavirina.
- (C) Associação de Interferon peguilado com um inibidor de protease (Boceprevir ou Telaprevir).
- (D) Associação de Interferon peguilado com dois inibidores de protease (Boceprevir + Telaprevir).

— QUESTÃO 22 —

A anemia megaloblástica:

- (A) pode ser causada por aleitamento exclusivo com leite de cabra.
- (B) tem a presença de atrofia de papilas linguais (língua "careca") como fator patognomônico.
- (C) apresenta neuropatia periférica como manifestação avançada da deficiência de vitamina B₁₂ e de ácido fólico.
- (D) pode ser causada por gastrectomia a B-I.

— QUESTÃO 23 —

Qual é a trombofilia hereditária mais comum entre caucasianos?

- (A) Heterozigose para o gene da metilenotetrahidrofolato redutase (MTHFR).
- (B) Síndrome do anticorpo antifosfolípide.
- (C) Deficiência de proteína S.
- (D) Fator V de Leiden.

— QUESTÃO 24 —

Em anemia falciforme, a seguinte situação é indicativa de regime de hipertransfusão:

- (A) mais de três crises de falcização por ano.
- (B) gestação.
- (C) velocidade de doppler transcraniano acima de 200 cm/s.
- (D) crise aplástica.

— QUESTÃO 25 —

Qual dos seguintes critérios é considerado como falha terapêutica ao uso de Imatinibe na leucemia mieloide crônica?

- (A) Ausência de resposta hematológica nas primeiras três semanas.
- (B) Determinação quantitativa de BCR-ABL maior que 10% aos três meses.
- (C) Ausência de resposta molecular maior aos dezoito meses.
- (D) Ausência de resposta citogenética completa aos doze meses.

— QUESTÃO 26 —

Na lesão renal aguda ocorre:

- (A) um aumento da creatinina maior ou igual a 0,5 mg/dl em 48 horas.
- (B) um aumento da creatinina maior que 1,5 vezes a creatinina basal ou presumida em sete dias.
- (C) um débito urinário menor que 0,6 ml/Kg/h por seis horas.
- (D) um aumento da creatinina de duas vezes em 36 horas.

— QUESTÃO 27 —

Um paciente do sexo masculino, de 22 anos, recebeu 100.000UI de colecalciferol diariamente durante 30 dias. Após isso apresentou oligúria, edema, fraqueza, confusão mental. Os exames mostraram: cálcio sérico = 19 mg/dl, creatinina = 12 mg/dl, ureia = 230 mg/dl, potássio = 7,6 mEq/l.

Qual o melhor tratamento, neste caso?

- (A) Hidroclorotiazida
- (B) Hemodiálise
- (C) Furosemida
- (D) Hidratação

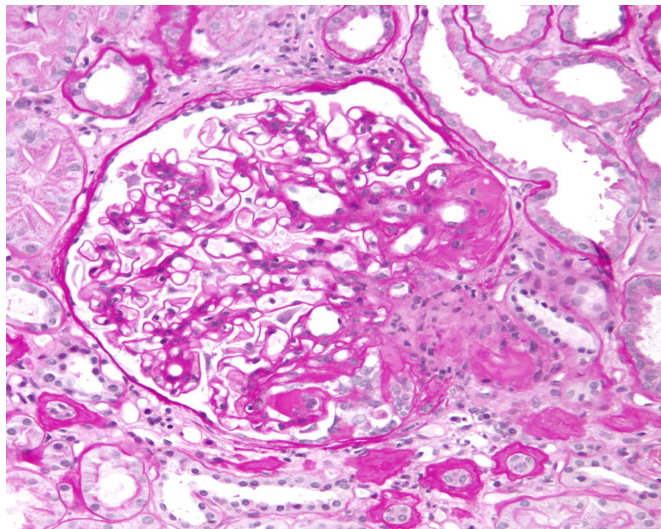
— QUESTÃO 28 —

Um paciente com lesão renal aguda estágio III de AKIN, necessitando de hemodiálise. Apresentou também hemorragia pulmonar. A biópsia renal mostrou imunofluorescência positiva. Este paciente, provavelmente, apresenta

- (A) anticorpos circulantes contra domínio da cadeia do colágeno tipo IV da membrana glomerular.
- (B) anticorpos circulantes contra domínio da cadeia do colágeno tipo II da membrana alveolar.
- (C) ANCA-p positivo.
- (D) ANCA-c positivo.

— QUESTÃO 29 —

Considere o caso de um paciente de 35 anos, do sexo masculino com síndrome nefrótica primária, em que as causas secundárias foram excluídas. Biópsia renal, ilustrada na figura abaixo.



A microscopia óptica demonstra colapso segmentar de alças capilares, expansão da matriz mesangial e aderência à capsula de Bowman.

Neste caso, o diagnóstico e o tratamento são, respectivamente,

- (A) lesões mínimas e ciclofosfamida.
- (B) glomerulosclerose segmentar e focal e corticosteroide.
- (C) glomerulonefrite membranosa e corticoide mais ciclofosfamida.
- (D) glomerulonefrite membranoproliferativa e ciclosporina.

— QUESTÃO 30 —

Paciente do sexo masculino, de 62 anos, diabético tipo 2, com diagnóstico recente de nefropatia diabética e doença renal crônica em estágio 3b. Veio à consulta em uso de metformina. Quanto ao tratamento do diabetes, deve-se:

- (A) manter metformina.
- (B) suspender metformina e iniciar glitazona.
- (C) suspender metformina e iniciar linagliptina.
- (D) suspender metformina e iniciar glibenzclamida.

— QUESTÃO 31 —

A proteinúria, além de ser um marcador de lesão renal na doença renal crônica, também contribui para a perda progressiva da função renal, devido à:

- (A) formação de cilindros intratubulares.
- (B) ativação de PAI1 (inibidor ativador de plasminogênio).
- (C) produção de mediadores inflamatórios como endotelina1.
- (D) perda da seletividade da membrana.

— QUESTÃO 32 —

Paciente do sexo feminino, de 46 anos, com peso atual de 62 kg. Foi submetida a cirurgia bariátrica para tratamento de obesidade, evoluindo com litíase renal bilateral três meses após a cirurgia. A etiologia mais provável e o resultado de exame esperado são:

- (A) hipocitratúria, citrato urinário de 120 mg/dia.
- (B) hipercalcúria, cálcio urinário de 210 mg/dia.
- (C) hiperuricosúria, ácido úrico urinário de 700 mg/dia.
- (D) hiperoxalúria, oxalato urinário de 65 mg/dia.

— QUESTÃO 33 —

Paciente de 77 anos, do sexo feminino, inicia quadro de alteração do comportamento há seis meses, tornando-se apática, indiferente ao ambiente. Antes era muito cuidadosa com a higiene corporal e agora não quer tomar banho. O exame neurológico não apresenta déficits motores, mas há sinal de roda dentada, tremor de repouso discreto e bradicinesia. Exames de imagem por ressonância magnética não evidenciaram anormalidades estruturais.

No caso dessa paciente, trata-se de:

- (A) paralisia bulbar progressiva, caracterizada por degeneração de neurônios bulbares.
- (B) demência de Alzheimer em fase inicial, caracterizada por achados histopatológicos de emaranhados fibrilares.
- (C) complexo-demência Parkinson, caracterizado por achados histopatológicos de corpos de Levy.
- (D) afasia motora progressiva em fase inicial, caracterizada por achados histopatológicos de acúmulo de substância beta-amiloide.

— QUESTÃO 34 —

A síndrome do encarceramento é caracterizada por:

- (A) infarto medular com tetraplegia, mas conservação da fala, da consciência e da deglutição.
- (B) infarto cerebelar maciço com ataxia importante de tronco e membros.
- (C) infarto de gânglios da base com surgimento de distonia generalizada bilateral.
- (D) infarto pontino com tetraplegia, afasia, disfasia e preservação da consciência.

— QUESTÃO 35 —

A neurite óptica da doença neuromielite óptica é geralmente

- (A) bilateral, com perda visual importante e de instalação subaguda, acompanhada de dor e de recuperação pobre ao tratamento com corticoides.
- (B) unilateral, com perda visual leve e de instalação lenta, acompanhada de dor e com boa recuperação com tratamento com corticoides.
- (C) unilateral, com perda visual total, de instalação aguda, sem sintomas dolorosos e sem resposta ao tratamento com corticoides.
- (D) bilateral, com perda visual total, de instalação aguda, com sintomas dolorosos e sem resposta ao tratamento com corticoides.

— QUESTÃO 36 —

Um jovem de 21 anos, do sexo masculino, apresentou episódio de crise epiléptica, caracterizada por parada das atividades, olhar parado e arregalado, palidez e, em seguida, notam-se automatismos em membro superior direito e mastigatórios e posição distônica do membro superior esquerdo. Durante esta fase, o paciente permanecia irresponsivo e, ao retornar da crise, não se recordava de nada.

A descrição apresentada é diagnóstico de crise parcial complexa do

- (A) lobo frontal.
- (B) lobo temporal.
- (C) lobo parietal.
- (D) lobo occipital.

— QUESTÃO 37 —

Paciente do sexo masculino, de 68 anos, ex-tabagista 20 anos/maço. Há dois meses, quando diagnosticado adenocarcinoma de cólon em estágio II-A (T3/N0/M0), parou de fumar. Hoje é o quarto dia de pós-operatório por colectomia. Assintomático respiratório até a manhã de hoje, quando apresentou quadro súbito de dispneia durante o banho no leito, tosse improdutiva, frequência respiratória de 38 mrpm, frequência cardíaca de 130 bpm, cianose de extremidades, dor torácica ventilatório-dependente em hemitórax esquerdo. Ao exame físico, lícido, consciente, apreensivo e apresentando estertores crepitantes na base do hemitórax esquerdo, dor na mobilização da panturrilha. Edema de +++/4 no membro inferior esquerdo. ECG com taquicardia sinusal e onda P pulmonale. Radiografia de tórax PA/Perfil com elevação da hemicúpula diafragmática esquerda.

O médico assistente elaborou a hipótese diagnóstica de tromboembolismo pulmonar agudo e solicitou a dosagem sérica do Dímero-D (ELISA) duas horas após o início dos sintomas, obtendo um resultado qualitativo positivo. Nesse caso,

- (A) o resultado da dosagem do Dímero-D confirma a hipótese diagnóstica de tromboembolismo pulmonar.
- (B) o resultado da dosagem do Dímero-D afasta a hipótese diagnóstica de tromboembolismo pulmonar.
- (C) a dosagem do Dímero-D não contribui para o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar.
- (D) a dosagem quantitativa do Dímero-D é necessária para confirmar a hipótese diagnóstica de tromboembolismo pulmonar.

— QUESTÃO 38 —

Paciente do sexo masculino, de 18 anos, chega ao consultório médico com queixa de crises diárias de dispneia de início há duas semanas, desencadeadas pela inalação de poeira doméstica, com piora noturna, duração de aproximadamente duas horas. O paciente traz consigo um exame de espirometria realizado por ele há quatro dias, laudado como normal. Ao exame físico, se encontra lícido, orientado, ansioso, com frequência respiratória 28 mrpm, frequência cardíaca 108 bpm, ausência de tiragens, acianótico, apresentando na ausculta pulmonar murmúrio vesicular reduzido globalmente e sibilos expiratórios difusos. O médico assistente formula a hipótese diagnóstica de asma e prescreve Formoterol (cápsulas contendo 12 microgramas) por via inalatória, de 12 em 12 horas.

Para esse paciente,

- (A) o uso isolado de Formoterol está contraindicado, visto tratar-se de um provável caso de asma.
- (B) a história clínica, associada à presença de sibilos na ausculta pulmonar, confirma o diagnóstico de asma.
- (C) a confirmação do diagnóstico de asma deve ser feita por uma radiografia de tórax com sinais de hiperinsuflação pulmonar.
- (D) a presença de espirometria normal exclui o diagnóstico de asma.

— QUESTÃO 39 —

Na suspeita clínica da pneumonia adquirida na comunidade, os pacientes devem ser avaliados de acordo com a gravidade da doença, o que orientará o local de tratamento, a intensidade da investigação etiológica e a escolha do antibiótico, que normalmente ocorre de forma empírica. Na decisão de pesquisar antígenos urinários para tentar determinar a etiologia da pneumonia, deve-se considerar que este método

- (A) compreende exames simples, rápidos e não influenciáveis pelo uso de antibióticos.
- (B) apresenta como vantagem adicional aos exames de cultura de escarro, que podem ser contaminados pela flora da orofaringe, a não ocorrência de resultados falso-positivos.
- (C) apresenta utilidade em estudos epidemiológicos, visto que a titulação torna-se positiva em média duas semanas após o início dos sintomas.
- (D) apresenta baixa especificidade na etiologia mais comum das pneumonias adquiridas na comunidade que é o Pneumococo, o que limita muito a sua utilidade.

— QUESTÃO 40 —

O uso de medicamentos é um recurso adicional no tratamento do tabagismo quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina. Nessa perspectiva,

- (A) a terapia de reposição nicotínica, o Cloridrato de Bupropiona e a Nortriptilina são considerados os fármacos de primeira linha para o tratamento da dependência nicotínica.
- (B) a administração simultânea da associação de duas formas de terapia de reposição nicotínica (liberação lenta + liberação rápida) é contraindicada devido ao risco de intoxicação por nicotina.
- (C) o uso do Cloridrato de Bupropiona no tratamento da dependência nicotínica é contraindicado em caso de diagnóstico de transtorno depressivo maior, devido ao risco de aumento na ocorrência de ideação suicida associado a esta classe de medicamento.
- (D) as apresentações de liberação rápida da terapia de reposição nicotínica são mais efetivas no controle da fissura, porém, apresentam maior risco de dependência.

— QUESTÃO 41

Na madrugada do dia 27 de janeiro de 2013, 232 vítimas adultas jovens faleceram imediatamente durante o incêndio em uma boate na cidade de Santa Maria, RS. Dos sobreviventes, 88 pacientes foram admitidos em UTIs com graves lesões inalatórias e extensões variáveis de superfície corporal queimada, além de outros traumatismos de gravidade moderada, na sua maioria. Esse foi o segundo maior incêndio em número de vítimas fatais na história brasileira.

JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2013. 39(3):373-381.

Além das medidas de suporte e oxigenação, recomenda-se tratamento pela utilização de antídoto, com a seguinte substância de eleição:

- (A) azul de metileno
- (B) atropina
- (C) hidroxibalamina
- (D) nitrito de sódio

— QUESTÃO 42

F.H.I.S., de 55 anos, apresenta um quadro de tosse crônica com secreção esbranquiçada e dispneia no grau 1 pela escala mMRC (0-4). Dentre os hábitos de vida, apresentava a história de fumar quatro cigarros de palha por dia há 20 anos. Diante desse quadro, a investigação diagnóstica contemplou a realização de uma espirometria, cujos resultados mostraram uma capacidade vital forçada (CVF) normal e volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) = 76% e a relação VEF1/CVF de 0,65, sem alteração após a prova bronco-dilatadora.

A classificação da dispneia do sr. F.H.I.S. em grau 1 pela escala mMRC (0-4) baseou-se na seguinte queixa expressa pelo paciente:

- (A) “Doutor, tenho falta de ar quando tento acompanhar a caminhada da minha esposa que tem a minha idade.”
- (B) “Doutor, tenho falta de ar quando tenho que correr.”
- (C) “Doutor, tenho falta de ar quando caminho de maneira apressada, no plano.”
- (D) “Doutor, tenho falta de ar quando caminho no plano, no meu próprio passo.”

— QUESTÃO 43

Micose sistêmica endêmica de grande interesse para os países da América Latina, a paracoccidiodomicose (PCM) é causada pelo fungo termo-dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Nesse tipo de micose,

- (A) o comprometimento do sistema nervoso central é muito raro, no entanto, linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia e lesões cutâneas são comuns.
- (B) a ocorrência de acúmulo de colágeno pode se dar nas formas crônicas, levando à formação de fibrose não granulomatosa.
- (C) o padrão-ouro para o diagnóstico é o encontro de títulos de anticorpos séricos anti-*Paracoccidioides brasiliensis*, realizado preferencialmente pela técnica de ELISA.
- (D) a não relação com doenças imunodepressoras tem frequência superior que a das demais micoses sistêmicas.

— QUESTÃO 44

Uma paciente de 48 anos, sem histórico patológico pregresso, procurou atendimento médico para avaliação de densitometria óssea realizada, a qual mostrou os seguintes resultados:

Região	BMD (g/cm ²)	T-Score	Z-Score
Neck	0,920	- 0,5	0,7
Wards	0,798	- 0,9	0,9
Troch	0,776	- 0,1	0,5
Shaft	1,138	----	----
Total	0,959	- 0,3	0,6

Região	BMD (g/cm ²)	T-Score	Z-Score
L1	0,940	- 1,6	0,0
L2	0,990	- 1,8	- 0,2
L3	0,959	- 2,0	- 0,4
L4	0,956	- 2,0	- 0,5
L1-L2	0,965	- 1,5	0,0
L1-L3	0,963	- 1,7	- 0,2
L1-L4	0,961	- 1,8	- 0,3
L2-L3	0,974	- 1,9	- 0,3
L2-L4	0,967	- 1,9	- 0,4
L3-L4	0,958	- 2,0	- 0,5

Após a análise destes resultados, pode-se concluir que a paciente tem

- (A) osteoporose, pois o T-score da região L3-L4 é -2,0.
- (B) massa óssea normal para a faixa etária, pois o Z-score está maior do que -2,0.
- (C) perda de 5% da massa óssea na região do colo do fêmur.
- (D) osteopenia, pois tanto o T-score da coluna quanto do fêmur estão menores do que -2,5.

— QUESTÃO 45 —

Na espondilite anquilosante, que método de avaliação está associado com a atividade da doença?

- (A) BASFI
- (B) DAS-28
- (C) BASDAI
- (D) BILAG

— QUESTÃO 46 —

Em 2012, o Grupo SLICC (Systemic Lupus International Collaboration Clinics) realizou a revisão dos critérios de classificação para o lúpus eritematoso sistêmico (LES). De acordo com essa revisão, para um paciente ser classificado como LES, deve apresentar quatro critérios, sendo pelo menos um clínico e um imunológico. Fazem parte dos novos critérios:

- (A) úlceras nasais e alopecia; anti-Ro e FAN positivos.
- (B) alopecia e paniculite lúpica; anti- β 2 glicoproteína 1 e FAN positivos.
- (C) xerostomia e alopecia; anti-La e FAN positivos.
- (D) artrite erosiva e xeroftalmia; anticoagulante lúpico e FAN positivos.

— QUESTÃO 47 —

A síndrome do anticorpo antifosfolípideo é a trombofilia adquirida mais comum, e suas manifestações clínicas são heterogêneas, podendo ocorrer em qualquer órgão ou sistema. Nesta síndrome, a manifestação neurológica mais comum é

- (A) a enxaqueca.
- (B) o infarto cerebelar.
- (C) a demência.
- (D) o acidente vascular encefálico.

— QUESTÃO 48 —

A introdução dos agentes biológicos anti-TNF α no tratamento da artrite reumatoide representou um importante avanço terapêutico. No entanto, o uso destas medicações predispõe a várias infecções. Em nosso meio, devido à alta prevalência de determinada infecção, recomenda-se, antes do início da terapia anti-TNF, a realização dos seguintes exames:

- (A) radiografia do tórax e PPD.
- (B) cultura de secreção em meio ágar-Sabouraud e USG do abdome.
- (C) teste cutâneo com esferulina e radiografia do tórax.
- (D) teste de Widal e radiografia do crânio.

— QUESTÃO 49 —

No exame físico do paciente com queixas de reumatismo de partes moles, a descrição de determinados testes ou a realização de manobras auxiliam na localização da origem do processo doloroso. Sendo assim, o relato de um teste de Neer positivo indica acometimento tendinoso na região do

- (A) quadril.
- (B) joelho.
- (C) ombro.
- (D) punho.

— QUESTÃO 50 —

A osteoporose está presente em cerca de 30 a 50% dos pacientes com artrite reumatoide e está relacionada, dentre outros fatores, com a liberação no tecido ósseo das seguintes citocinas circulantes pró-inflamatórias:

- (A) IL-2 e IL-10
- (B) IL-1 e IL-6
- (C) TNF- α e IL-8
- (D) IL-4 e TGF- β