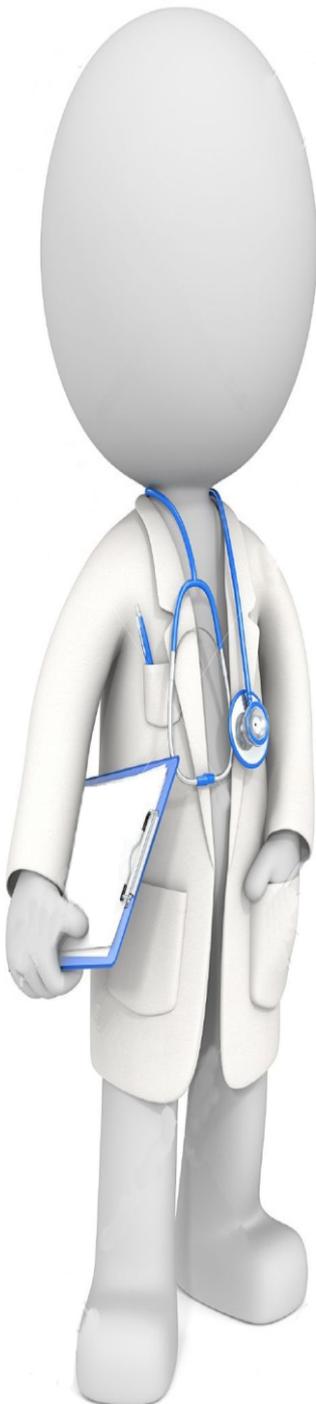


# CLÍNICA MÉDICA

08/11/2015

## 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 ou AZUL, 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 —**

O infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST necessita de uma conduta adequada para um melhor prognóstico. No tratamento desta condição, a melhor abordagem é:

- (A) iniciar e continuar com altas doses de estatina até a alta hospitalar.
- (B) utilizar stent coronário como dispositivo percutâneo na finalização da angioplastia primária.
- (C) indicar cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea de urgência em caso de pericardite pós-infarto.
- (D) iniciar enoxaparina via subcutânea, na dose de 1 mg/kg de peso a cada 12 horas, até a alta hospitalar.

**— QUESTÃO 02 —**

O tratamento farmacológico da doença arterial coronariana estável visa reduzir sintomas e melhorar a sobrevida. A abordagem dos sintomas deve incluir:

- (A) antagonistas de aldosterona.
- (B) inibidores da enzima conversor de angiotensina.
- (C) diuréticos de alça.
- (D) betabloqueadores.

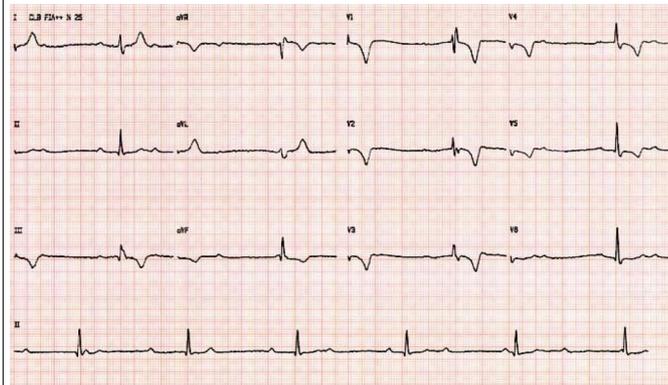
**— QUESTÃO 03 —**

Paciente de 43 anos com estenose mitral moderada associada à fibrilação atrial persistente. Qual é a melhor opção terapêutica de anticoagulação oral?

- (A) Dabigatrana.
- (B) Rivaroxabana.
- (C) Varfarina.
- (D) Apixabana.

**— QUESTÃO 04 —**

Paciente de 42 anos é admitido no pronto-socorro de um hospital cardiológico após quadro de síncope. À admissão, apresenta-se consciente e orientado e sem déficit motor, hemodinamicamente estável. Refere ser portador de doença de Chagas, sem tratamento. Realizado eletrocardiograma, que segue abaixo.



Qual é a conduta para esse paciente?

- (A) Atropina 1 mg EV em bolus.
- (B) Dopamina em bomba de infusão.
- (C) Marca-passo definitivo.
- (D) Cardiodesfibrilador implantável.

**— QUESTÃO 05 —**

Q.P.: "pressão alta em exame admissional".

H.M.A.: ABF, homem, afrodescendente, 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/m<sup>2</sup>, 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 é a conduta clínica, nesta fase?

- (A) Agendar controle com dois meses para reavaliação de PA. Nenhuma intervenção está indicada.
- (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 06 —**

Um dado de anamnese que reforça a probabilidade de causa secundária em um paciente que tem o diagnóstico de hipertensão arterial antes dos 30 anos é:

- (A) hipertensão refratária.
- (B) diabetes tipo 2 associado.
- (C) história de tabagismo.
- (D) cefaleia matinal em região occipital.

**— QUESTÃO 07 —**

A definição de síndrome metabólica pelo International Diabetes Federation (IDF) contém os mesmos critérios estabelecidos pelo Adult Treatment Panel – National Cholesterol Education Program (ATP). A IDF prioriza, no entanto, como presença obrigatória:

- (A) PA  $\geq$  130/80 mmHg.
- (B) hipertrigliceridemia.
- (C) obesidade central.
- (D) glicemia de jejum alterada.

**— QUESTÃO 08 —**

P.E.C., 50 anos, foi diagnosticado com diabetes tipo 2 há seis anos. Como comorbidades apresenta HAS e obesidade grau 2; não detectadas complicações micro ou macrovasculares. Está em uso de Metformina 2 g/d, sitagliptina 100 mg/d e Losartana 100 mg/d. Traz os seguintes exames para a avaliação: HBA1C = 6,5%, CT = 200 mg/dL, HDL = 35 mg/dL, LDL = 110 mg/dL, TG = 170 mg/dL, creatina = 1,0 mg/dL e ureia = 30 mg/dL.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, qual droga deveria ser acrescentada ao tratamento do paciente em questão?

- (A) Rosuvastatina.
- (B) Fenofibrato.
- (C) Glimpirida.
- (D) Ácido acetilsalicílico.

**— QUESTÃO 09 —**

Uma das alterações cardiovasculares do hipotireoidismo é:

- (A) aumento do débito cardíaco.
- (B) hipertensão diastólica.
- (C) redução da resistência vascular periférica.
- (D) aumento da contratilidade cardíaca.

**— QUESTÃO 10 —**

De acordo com o *Endocrine Society Clinical Practice Guideline 2010*, que versa sobre o tratamento de homens com síndrome de deficiência androgênica, constitui sintoma específico de hipogonadismo masculino:

- (A) humor depressivo.
- (B) aumento da gordura corporal.
- (C) redução da massa e da força muscular.
- (D) redução da massa óssea.

**— QUESTÃO 11 —**

I.A.D., 20 anos, do sexo feminino, está em acompanhamento ambulatorial com antecedente de candidíase mucocutânea de repetição na infância. No momento, queixa-se de câimbras, fraqueza generalizada, astenia, emagrecimento de 8 kg e amenorreia há um ano. Traz os seguintes exames:

Cálcio total = 6 mg/dL (VR = 8,4 – 10,2)  
fósforo = 5mg/d (VR = 2,3 – 4,3)  
PTH = 6mg/dL (VR = 2,3 - 4,3)  
albumina = 4g/dL (VR=3,5-4,5)  
LH = 30 mUI/ml  
FSH = 70 mUI/ml  
Estradiol = 3 ng/dL  
cortisol às 8h = 2mcg/dL (5,4-25)  
ACTH = 300pg/mL (10 – 60)

Qual é o diagnóstico mais provável dessa paciente?

- (A) Síndrome poliglandular tipo 1.
- (B) Síndrome poliglandular tipo 2.
- (C) Neoplasia endócrina múltipla tipo 1.
- (D) Neoplasia endócrina múltipla tipo 2A.

**— QUESTÃO 12 —**

M.F.J., de 32 anos, do sexo feminino, foi encaminhada pelo ginecologista por galactorreia. Tem ciclos menstruais irregulares (oligomenorreia, ficando até quatro meses em amenorreia), com galactorreia bilateral há um ano. Apresentou fratura de vértebra lombar após trauma há um ano e seis meses, com dor importante, o que a faz usar diariamente diclofenaco de sódio, até três vezes ao dia, desde então. Refere também edema de membros inferiores e hipertensão arterial há seis meses, em uso de Anlodipina 5 mg, duas vezes ao dia. Traz duas dosagens de prolactina: 46 nd/dL e 52 ng/dL (VR: 15 – 33).

Qual é a conduta mais apropriada para investigação da causa da hiperprolactinemia desta paciente?

- (A) Suspender anlodipina e diclofenaco e dosar novamente a prolactina em 72 horas.
- (B) Solicitar ressonância de hipófise.
- (C) Solicitar pesquisa de macroprolactinemia.
- (D) Avaliar a função renal.

**— QUESTÃO 13 —**

Paciente do sexo masculino, de 45 anos, há três meses com dor abdominal alta recorrente e icterícia leve. Havia elevação de amilase sérica. A tomografia computadorizada mostrava aumento difuso da glândula pancreática. Houve acentuada melhora com o uso de prednisona.

Neste caso, o diagnóstico mais provável e o exame complementar útil à sua confirmação são, respectivamente,

- (A) hepatite e pancreatite alcoólicas / biópsia hepática.
- (B) pancreatite autoimune / dosagem de IgG4.
- (C) pancreatite crônica biliar / colangiografia.
- (D) cirrose biliar primária e fibrose cística / biópsia pancreática.

**— QUESTÃO 14 —**

Paciente do sexo feminino, de 16 anos, com diarreia crônica desde a infância associada a lesões cutâneas tipo dermatite herpetiforme. Neste caso, a investigação complementar mais indicada é:

- (A) ileocolonoscopia com biópsias seriadas.
- (B) pesquisa de ASCA (Anticorpo anti-Saccharomyces cerevisiae) e pANCA.
- (C) endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais.
- (D) pesquisa de gordura fecal (Sudam III) e de fator antinuclear (FAN).

**— QUESTÃO 15 —**

Uma paciente do sexo feminino, de 18 anos, foi encaminhada ao hepatologista com história de elevação persistente de transaminases, até três vezes o limite superior da normalidade, iniciado após um quadro de dengue clássica há seis meses. Negava uso de medicações ou chás caseiros desde o episódio de dengue. Ao exame físico, apresentava-se anictérica, sem sinais clínicos de hepatopatia crônica, sem ascite ou esplenomegalia. Os exames laboratoriais mostravam AST: 89 (40) / ALT: 132 (41) / BT: 1,2 / Plaquetas: 260.000 / GGT: 46 (30) / FA: 106 (105) / IGG: 1750 (1500) / Albumina: 3,5 / HBsAg negativo / Anti-HBc positivo / Anti-HBs positivo / Anti-HCV negativo / IMC: 28 kg/m<sup>2</sup>. USG abdome superior normal.

No caso dessa paciente,

- (A) a hipótese de hepatite autoimune não deve ser descartada, visto que há maior prevalência em mulheres jovens. A realização de antimúsculo liso e FAN poderia auxiliar no diagnóstico.
- (B) a hipótese de hepatite crônica pelo vírus B deve ser considerada, mesmo na ausência de icterícia e hepatoesplenomegalia.
- (C) o quadro de hepatite medicamentosa pelo paracetamol, mesmo após seis meses do episódio de dengue, não deve ser descartado.
- (D) a hipótese de esteatohepatite não alcoólica deve ser considerada pela presença de sobrepeso e elevação de ALT>AST e de GGT, mesmo com USG normal. Está indicado o início de vitamina E.

**— QUESTÃO 16 —**

Um paciente cirrótico foi atendido em um hospital de urgências, após o primeiro episódio de hematêmese iniciado há uma hora. Apresentava-se estável clinicamente. Glasgow: 15, PA: 110 × 70 mmHg e FC: 90 bpm.

Com base no consenso de BAVENO VI, no caso clínico apresentado,

- (A) o tempo de atividade de protrombina é um bom indicador do status de coagulação e pode ser usado para contraindicar a ligadura elástica.
- (B) o uso de Ceftriaxona 1g EV/24h deve ser considerado em pacientes com cirrose avançada e uso prévio de norfloxacino, como profilaxia de infecções bacterianas.
- (C) a endoscopia digestiva alta, após o primeiro episódio de hemorragia digestiva, deve ser feita nas primeiras 24 horas, com realização de escleroterapia ou ligadura elástica.
- (D) a utilização de propranolol/nadolol ou ligadura de varizes esofageanas encontra-se como primeira linha para profilaxia secundária de hemorragia digestiva.

**— QUESTÃO 17 —**

Uma paciente de 56 anos chega ao ambulatório de gastroenterologia geral, com quadro de icterícia flutuante, associado a dor em epigastro e hipocôndrio direito, com emagrecimento de 6 kg nos últimos três meses. Os exames apresentam: hemograma normal; TGO: 35 (40); TGP: 30 (40); BT: 3,6; BD: 2,8; BI:0,8; GGT: 105 (30); FA: 145 (105). USG normal.

Dentre as hipóteses, a que mais se associa ao quadro clínico é:

- (A) colelitíase alitiásica.
- (B) neoplasia de vesícula biliar.
- (C) neoplasia de papila duodenal.
- (D) colangiocarcinoma.

**— QUESTÃO 18 —**

Um paciente de 19 anos, acompanhado pela mãe, procurou um clínico geral com queixa de quadros diarreicos desde a infância, 3 a 4x/dia, sem sangue ou muco, com distensão abdominal associada. Segundo a mãe do paciente, na escola, ele sempre foi considerado o de mais baixa estatura da turma.

**Exames:** Hb: 9,2  
Ht: 28%  
Leucócitos: 5300  
Plaquetas: 200.000  
VHS: 6 mm/h (<15)  
PCR: 0,8 mg/dL (>0,1).

Nessa situação clínica,

- (A) os exames de hemograma, antiendomísio IgA e endoscopia digestiva alta com biópsia de segunda porção duodenal podem contribuir para a definição diagnóstica.
- (B) a hipótese de síndrome do intestino irritável deve ser considerada e iniciado o uso de antiespasmódicos/anticolinérgicos, com antidepressivos tricíclicos para tratamento dos sintomas.
- (C) o início imediato de dieta pobre em lactose e o uso de enzimas são indicados devido à alta prevalência de intolerância à lactose em nosso meio.
- (D) a prova terapêutica com metronidazol 500 mg 8/8horas por sete dias, pela suspeita de supercrescimento bacteriano intestinal, pode ser realizada e, se houver melhora clínica, conclui-se o diagnóstico e o tratamento.

**— QUESTÃO 19 —**

É uma indicação de transfusão de plaquetas:

- (A) coleta de mielograma em paciente com leucemia linfóide aguda e contagem plaquetária de 25.000/uL.
- (B) aplasia de medula óssea com contagem plaquetária de 8.000/uL, e presença de petéquias e equimoses disseminadas.
- (C) infecção pelo vírus da dengue e contagem plaquetária de 35.000/uL.
- (D) leucemia mieloide aguda com contagem plaquetária de 18.000/uL e um pico de temperatura de 38,5 °C.

**— QUESTÃO 20 —**

Na anemia da gestação,

- (A) a deficiência de ferro está relacionada à maior prevalência de deficiência de ferro nos conceptos.
- (B) o tamanho uterino e o do concepto têm relação diretamente proporcional com o grau de anemia.
- (C) a queda fisiológica dos níveis de hemoglobina é progressiva e tem seu nadir no início do segundo trimestre, desaparecendo após a segunda metade do segundo trimestre.
- (D) o uso profilático de ácido fólico e sulfato ferroso impede a queda nos níveis de hemoglobina durante a gestação.

**— QUESTÃO 21 —**

Paciente do sexo masculino, caucasiano, de 50 anos, assintomático, com quadro de anemia leve como achado incidental em exames de rotina:

Eritrócitos: 6,2 milhões/uL  
Hb: 11,0 g/dL  
VCM: 59,0  
RDW: 12%  
GB: 7200/uL, diferencial normal  
Plaquetas: 250.000/uL

Com base nos dados, qual dos exames levará ao diagnóstico correto?

- (A) Quantificação de hemoglobinas.
- (B) Determinação da ferritina sérica.
- (C) Índice de saturação da transferrina.
- (D) Pesquisa de sideroblastos em medula óssea.

**— QUESTÃO 22 —**

Na anemia falciforme,

- (A) o traço falciforme é responsável por um quadro clínico mais brando e crises de falcização esporádicas.
- (B) o tratamento das crises de falcização consiste em hiperidratação endovenosa, tratamento da dor, oxigenoterapia e alcalinização da urina.
- (C) a osteomielite causada por *Salmonella* sp é típica, embora o germe mais comumente envolvido seja o *Estafilococcus aureus*.
- (D) a esplenomegalia leve é observada até os dez anos de idade, na modalidade clássica.

**— QUESTÃO 23 —**

Paciente do sexo masculino, de 19 anos, deu entrada no pronto-socorro com queixa de febre não diária, apresentando anasarca, lesões eritemato-papulares em região palmo-plantar. Os exames laboratoriais mostraram albumina = 2,8 g/dL, colesterol = 250 mg/dL, EAS com PTN +++/4+, hemácias 12.000, proteinúria de 24 horas 3,7 g/24 h, creatinina = 0,9 mg/dl, C3 e C4 normais, VDRL reagente 1/64, FTA-ABS positivo, FAN reagente 1/40, padrão nuclear pontilhado fino, anti-DNA negativo. Realizada biópsia renal, que mostrou espessamento de membrana basal e presença de espículas na microscopia óptica. A imunofluorescência foi positiva apenas para IgG e C3, com padrão granular.

O diagnóstico síndrome, etiológico e histológico, respectivamente, é:

- (A) síndrome nefrótica, LES, glomerulonefrite proliferativa difusa classe IV.
- (B) síndrome nefrítica, LES, glomerulonefrite proliferativa focal classe III.
- (C) síndrome nefrótica, sífilis, glomerulonefrite membrano-proliferativa.
- (D) síndrome nefrótica, sífilis, glomerulonefrite membranosa.

**— QUESTÃO 24 —**

Quanto ao acometimento renal, no mieloma múltiplo (MM),

- (A) a amiloidose primária (AA) é a manifestação renal mais frequente com presença de proteinúria nefrótica.
- (B) a nefropatia por cilindros resulta da filtração de cadeias leves monoclonais pelos glomérulos, da sua precipitação com a proteína de Tamm-Horsfall no néfron distal e obstrução.
- (C) a depleção de volume é um fator agravante, pois ela aumenta o fluxo tubular e diminui a concentração de cadeia leve.
- (D) a hipercalemia deve ser tratada com diurético tiazídico e hidratação.

**— QUESTÃO 25 —**

A doença renal policística autossômica dominante é causada por mutação no cromossoma 16 em 85% dos casos. Essa mutação pode ser identificada por teste de ligação de genes ou por identificação direta da mutação, que são exames caros. Clinicamente, o diagnóstico pode ser feito quando uma pessoa de risco para a doença tipo 1, com 50 anos, apresenta à ultrassonografia, pelo menos,

- (A) dois cistos renais no total (unilateral ou bilateralmente).
- (B) dois cistos em cada rim.
- (C) três cistos em cada rim.
- (D) quatro cistos em cada rim.

**— QUESTÃO 26 —**

Paciente de 17 anos, do sexo masculino, apresenta história de múltiplos cálculos urinários desde os 12 anos de idade. Após investigação do cálculo por cristalografia, foi observada a presença predominante de cristais de cistina.

Essa alteração é caracterizada por

- (A) doença hereditária autossômica dominante.
- (B) mutação nos genes SLC3A1 e SLC7A9.
- (C) defeito no transporte tubular renal dos aminoácidos cistina, ornitina, lisina e alanina.
- (D) maior formação de cálculos quando a urina indicar pH mais alcalino.

**— QUESTÃO 27 —**

No tratamento dos distúrbios minerais e ósseos da doença renal crônica,

- (A) a monitorização e reposição de vitamina D estão contraindicadas.
- (B) o uso de cinacalcete é contraindicado no tratamento do hiperparatireoidismo com hipercalemia associada à hiperfosfatemia.
- (C) a presença de calcificação vascular contraindica o uso de quelantes à base de cálcio.
- (D) o controle da fosfatemia sérica não demonstrou impacto na progressão do hiperparatireoidismo secundário.

**— QUESTÃO 28 —**

Paciente de 72 anos, com 70 kg, com antecedentes de diabetes e insuficiência cardíaca, apresenta quadro de sepse grave de foco urinário com necessidade de internação em unidade de terapia intensiva. No terceiro dia de internação, apresenta-se consciente e orientado, com pressão arterial 110 x 090 sem necessidade de uso de drogas vasoativas, dependente de ventilação não invasiva nas últimas 24 horas, edema periférico 3+/4+, diurese de 400 mL em 24 horas. O balanço hídrico acumulado é 6000 mL positivo. O raio X de tórax apresenta cardiomegalia e congestão pulmonar.

A evolução dos exames laboratoriais está apresentada na tabela a seguir.

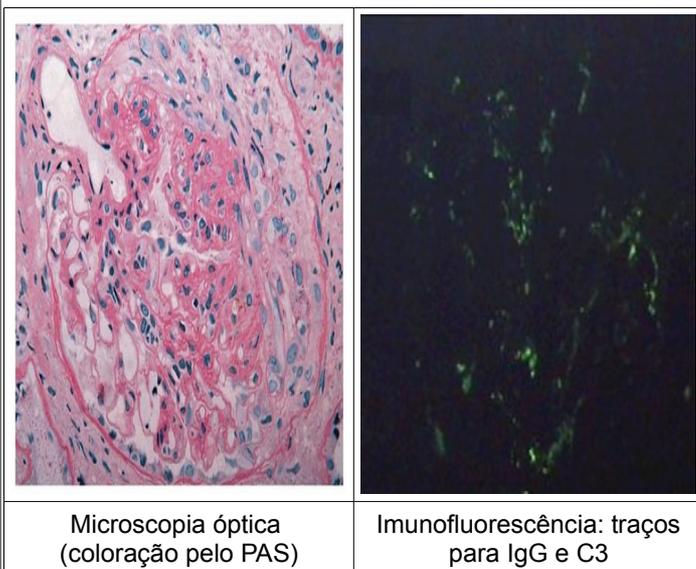
	1º DIH	2º DIH	3º DIH
Creatinina (mg/dL)	1,1	1,4	1,9
Uréia (mg/dL)	76	84	90
Na (mEq/L)	142	135	130
K (mEq/L)	4,5	4,7	5,0
pH	7,35	7,34	7,28
Bicarbonato (mEq/L)	19	18	15
BE (mEq/L)	-9	-8	-10

A classificação da injúria renal aguda e a conduta mais apropriada para este caso são:

- (A) KDIGO 3 e hemodiálise.
- (B) KDIGO 2 e furosemda endovenosa.
- (C) KDIGO 3 e hemodiafiltração contínua.
- (D) KDIGO 2 e hemodiálise.

**— QUESTÃO 29 —**

Paciente do sexo masculino, de 55 anos, admitido na unidade de emergência do Hospital das Clínicas com quadro de diminuição do volume urinário há três dias, edema nas pálpebras, mãos e pés, acompanhados de fadiga, mialgia e hemoptise. Refere antecedente de hipertensão arterial e uso de anlodipina. Os exames iniciais revelaram ureia 85 mg/dL, creatinina 2,7 mg/dL, exame de urina D 1015 Ph 6,0 proteínas +++/4, hemoglobina ++/4, leucócitos 12.000/mL, hemácias 100.000/mL. Dosagens séricas de complemento, FAN, VDRL, sorologias para vírus B, C e HIV negativos. Ultrassonografia do aparelho urinário: rins de tamanho normal. Dosagem sérica de ANCA-MPO positiva. Foi submetido à biópsia renal, demonstrada nas figuras a seguir.

**Biópsia renal**

O provável diagnóstico e o tratamento, para o caso, são:

- (A) glomerulonefrite por anticorpo membrana basal; plasmáfereze.
- (B) granulomatose com poliangiíte; pulsoterapia com solumedrol.
- (C) poliangiíte microscópica; pulsoterapia com ciclofosfamida.
- (D) Churg-Strauss; rituximabe.

**— QUESTÃO 30 —**

Um homem de 45 anos tem inicialmente dificuldades para dormir e depois, evolui com lentificação dos movimentos e diminuição da expressão facial. Anteriormente, havia tido duas quedas e foi diagnosticada síncope. Ainda no interrogatório sintomatológico, referiu mudança no hábito intestinal, com obstipação, só evacuando com uso de laxantes. Ao exame neurológico, havia discreto tremor, bradicinesia e rigidez. A medida da pressão arterial deitado, após 10 minutos de repouso, foi 140 x 90 mmHg e, um minuto após levantar-se, 110 x 70 mmHg.

A respeito da investigação, uma das alterações da ressonância magnética que justifica este quadro é:

- (A) deposição de ferro no putamem e globo pálido.
- (B) diminuição da substância negra do mesencéfalo.
- (C) atrofia ao nível da ponte, evidenciando o sinal da cruz.
- (D) atrofia cerebelar ao nível do núcleo rubro.

**— QUESTÃO 31 —**

Uma adolescente de 12 anos apresenta subitamente quadro convulsivo e evolui para confusão mental e torpor. De antecedente pessoal, a mãe referiu quadro respiratório viral ocorrido há 14 dias. Ao exame neurológico, está torporosa, mas com pupilas isocóricas e reagentes. Nota-se discreta rigidez de nuca e hemiparesia à direita. Exame de imagem por ressonância magnética demonstra lesões da substância branca e cortical de aparência grosseira em lobo frontal, tronco e cerebelo. O exame do liquor apresentou-se com discreto aumento de proteína (55 mg/dl), sem outras alterações.

Nessas condições, o diagnóstico é:

- (A) encefalomielite desmielinizante aguda (ADEM).
- (B) surto de esclerose múltipla infantil (EM).
- (C) surto de neuromielite óptica (NMO).
- (D) adrenoleucodiatofria metacromática (ADL).

**— QUESTÃO 32 —**

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) apresenta desafios diagnósticos e terapêuticos importantes. Qual das condições é um alerta (Red Flag) para o diagnóstico da ELA, em sua instalação?

- (A) Início assimétrico com presença do sinal de pé caído e marcha escarvante.
- (B) Início com sintomas bulbares, caracterizados por disfagia e disartia progressiva.
- (C) Início simétrico, acompanhado de sintomas sensitivos ascendentes.
- (D) Início caracterizado por fasciculação da língua e dos músculos proximais dos membros.

**— QUESTÃO 33 —**

O liquor é um aliado do clínico para o diagnóstico das doenças infecciosas do sistema nervoso central. Em quadro clínico suspeito de tuberculose, que achado indica fortemente a presença dessa doença?

- (A) Aumento dos níveis de proteína, com valores acima de 60 mg/dl.
- (B) Aumento dos níveis de adenosina desaminase (ADA).
- (C) Diminuição dos níveis de glicose, com valores abaixo de 30 mg/dl.
- (D) Diminuição dos níveis de lactato, com níveis abaixo de 0,5 mg/dl.

**— QUESTÃO 34 —**

Paciente do sexo masculino, de 31 anos, procedente da zona rural, tabagista há 10 anos, de 10 cigarros por dia, procura atendimento médico com queixa de dispneia aos mínimos esforços há três anos, tosse seca e sibilância diária. Espirometria mostra distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado, com prova broncodilatadora negativa, e a tomografia do tórax, um enfisema panacinar de predomínio nos lobos inferiores e algumas áreas de bronquiectasias.

A principal hipótese diagnóstica a ser aventada para este paciente é:

- (A) pneumonite de hiper-sensibilidade crônica.
- (B) doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (C) asma brônquica com remodelamento.
- (D) deficiência de alfa 1-antitripsina.

**— QUESTÃO 35 —**

Paciente do sexo feminino, de 45 anos, com antecedente de tuberculose pulmonar tratada na adolescência. Desde então, apresenta infecções respiratórias de repetição e tosse produtiva diária, predominante no período matutino. A tomografia do tórax de alta resolução confirmou presença de bronquiectasias difusas.

A principal medida farmacológica para evitar nova descompensação respiratória nessa paciente é:

- (A) roflumilaste 150 mcg, diários.
- (B) broncodilatador de longa ação associado a corticoide inalado, diários.
- (C) azitromicina 500 mg, três vezes por semana.
- (D) ciprofloxacino 500 mg, duas vezes por semana.

**— QUESTÃO 36 —**

Paciente do sexo feminino, de 25 anos, chega ao pronto-socorro referindo ser portadora de asma desde a infância. Há dois dias, reiniciou sintomas de descompensação. Apresenta-se com dispneia moderada, falando frases incompletas, com retrações subcostais, sibilos difusos, frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto e saturação de 91% ao ar ambiente.

A classificação da crise de asma dessa paciente é:

- (A) grave.
- (B) moderada.
- (C) muito grave.
- (D) leve.

**— QUESTÃO 37 —**

Paciente do sexo masculino, de 65 anos, ex-tabagista com carga tabágica de 15 maços/ano procura atendimento médico com queixa de dispneia progressiva aos mínimos esforços, iniciada há quatro anos, associada a tosse diária intensa. Ao exame físico, observa-se baquetamento digital. A radiografia do tórax mostra redução volumétrica dos pulmões e infiltrado reticular difuso, e a tomografia computadorizada de alta resolução apresenta espessamento irregular de septos interlobulares, distorção arquitetural pulmonar, bronchiolectasias de tração, bronquiectasias e faveolamento.

A principal hipótese diagnóstica para o caso exposto é:

- (A) linfangite carcinomatosa.
- (B) pneumonia intersticial não específica.
- (C) fibrose pulmonar idiopática.
- (D) sarcoidose.

**— QUESTÃO 38 —**

Nas doenças respiratórias do sono,

- (A) a cirurgia de uvulopalatofaringoplastia apresenta eficácia acima de 80% no tratamento do ronco.
- (B) as medicações da classe dos benzodiazepínicos são auxiliares no tratamento da apneia obstrutiva do sono.
- (C) os aparelhos intraorais atuam fazendo a retração da mandíbula, impedindo o fechamento da via aérea durante o sono.
- (D) o ronco é um fator de risco para infarto cerebral durante o sono e nas primeiras horas da manhã.

**— QUESTÃO 39 —**

Paciente em investigação de dispneia retorna à consulta com espirometria contendo os seguintes valores:

Resultado	Previsto	Limite inferior	Pré BD	% pré BD	Pós BD	% pós BD	% variação
CVF (L)	5,12	4,15	4,70	91	5,00	98	6
VEF1 (L)	4,59	3,76	3,20	69	3,79	82	12
VEF1/CVF	0,94	0,76	0,69	71	0,75	80	6

O resultado da espirometria indica

- (A) distúrbio ventilatório restritivo leve com prova broncodilatadora positiva.
- (B) distúrbio ventilatório obstrutivo leve com prova broncodilatadora positiva.
- (C) distúrbio ventilatório inespecífico leve com prova broncodilatadora positiva.
- (D) distúrbio ventilatório obstrutivo leve com prova broncodilatadora negativa.

**— QUESTÃO 40 —**

Mulher de 51 anos, professora, portadora de artrite reumatoide há seis anos, procura o ambulatório com queixas de dor e inchaço nas juntas. No primeiro ano do diagnóstico, fez tratamento com metotrexato e prednisona. Há cinco anos, está em uso de metotrexato 25 mg/semana, prednisona 10 mg/dia e leflunomida 20 mg/dia. Ao exame físico, observa-se artrite nos punhos, metacarpofalangeanas, cotovelos e joelhos. DAS 28 = 6,75. Os exames complementares mostram: hemograma normal; função renal e hepática normal; VHS = 67 mm; PCR = 34 mg/dl; radiografia do tórax normal e PPD não reator.

Qual é a conduta mais adequada, nesse caso?

- (A) Suspender o metotrexato e a leflunomida e iniciar hidroxiquina e sulfasalazina.
- (B) Suspender o metotrexato e a leflunomida e iniciar o rituximabe.
- (C) Suspender a leflunomida, manter o metotrexato e iniciar o adalimumabe.
- (D) Suspender a leflunomida, manter o metotrexato e iniciar a ciclosporina.

**— QUESTÃO 41 —**

Mulher de 22 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico há sete anos, procura assistência médica com relato de edema dos membros inferiores e hematúria. Há um ano, em atividade renal, com antecedente de pulsoterapia combinada com metilprednisolona e ciclofosfamida durante seis meses, sem atingir os critérios de remissão parcial ou completa. Há seis meses, em uso de micofenolato de mofetil 3 g/dia, hidroxiquina 400 mg/dia e prednisona 20 mg/dia. Os exames complementares mostram: hemograma normal; C3 e C4 indetectáveis; anti-DNA positivo; EAS = hematúria + leucocitúria + proteinúria; proteinúria 24 h = 3,8 g; função renal normal. A biópsia renal revelou nefrite lúpica classe IV (proliferativa difusa) em franca atividade inflamatória. Após a avaliação da biópsia, a paciente foi submetida à pulsoterapia com metilprednisolona, durante três dias e, em seguida, medicada com prednisona, VO, 1 mg/Kg/dia.

Considerando-se a fase de indução para o tratamento da nefrite, a conduta deve ser:

- (A) manter a hidroxiquina e iniciar com azatioprina.
- (B) manter a hidroxiquina e iniciar com ciclofosfamida.
- (C) suspender a hidroxiquina e iniciar com rituximabe.
- (D) suspender a hidroxiquina e iniciar com plasmaferese.

**— QUESTÃO 42 —**

Adolescente do sexo masculino, de 16 anos, estudante do ensino médio, queixa-se de dor na planta dos pés, bilateralmente, há seis meses, contínua, com piora ao despertar pela manhã, dificultando a deambulação. Há dois meses, apresenta dor nas nádegas, insidiosa, que piora durante a noite e pela manhã, ao acordar, e melhora ao longo do dia, com a realização de atividade física. Antecedentes: psoríase diagnosticada há um ano; tio e primo com "reumatismo na coluna". Ao exame físico, apresenta dor à palpação da inserção da fâscia plantar no calcâneo, bilateralmente, e dor à palpação dos processos espinhosos posteriores lombares.

Qual manobra de exame físico contribuirá para a conclusão diagnóstica, nesse caso?

- (A) Lasegue.
- (B) Trendelenburg.
- (C) Mingazzini.
- (D) Schober.

**— QUESTÃO 43 —**

O exame laboratorial incluído como critério classificatório do grupo ASAS para espondiloartrite axial e periférica, de 2009, é:

- (A) HLA-B27
- (B) VHS
- (C) FAN
- (D) anti-CCP

**— QUESTÃO 44 —**

Mulher de 28 anos, assintomática, procura assistência médica especializada para avaliação de resultados de exames laboratoriais: hemograma normal; FAN negativo; anticardiolipina IgG = 60 UGPL e IgM = 40 UMPL; anticoagulante lúpico negativo; EAS normal. Nega histórias prévias de trombose. G0 P0 A0. Nega doenças pessoais ou uso de contraceptivo oral.

Qual é a conduta para essa paciente?

- (A) Iniciar AAS, 100 mg/dia, imediatamente.
- (B) Iniciar cumarínico, imediatamente, e manter INR entre 2,0 e 3,0.
- (C) Repetir a dosagem de anticardiolipina, com quatro semanas, para confirmação do diagnóstico de SAF.
- (D) Orientar sobre a não necessidade de tratamento em paciente assintomática e sem fatores de risco.

**— QUESTÃO 45 —**

Na esclerose sistêmica, os corticoides sistêmicos em altas doses não devem ser utilizados pelo risco aumentado de favorecerem a ocorrência de

- (A) crise renal.
- (B) fibrose pulmonar.
- (C) crise convulsiva.
- (D) hipertensão pulmonar.

**— QUESTÃO 46 —**

Homem de 23 anos, durante o exame físico osteoarticular, é submetido ao teste de Patrick Fabere. Na realização desse teste, o paciente referiu dor no lado direito com a realização da manobra à esquerda, indicando acometimento

- (A) do quadril direito.
- (B) da sacroilíaca direita.
- (C) do quadril esquerdo.
- (D) da sacroilíaca esquerda.

**— QUESTÃO 47 —**

De acordo com a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, em 2012, o câncer de maior incidência no mundo, em homens e mulheres é, respectivamente,

- (A) pulmão e mama.
- (B) pulmão e pulmão.
- (C) próstata e mama.
- (D) próstata e cólon e reto.

**— QUESTÃO 48 —**

No carcinoma hepatocelular,

- (A) a ocorrência é semelhante em regiões menos e mais desenvolvidas.
- (B) o vírus da hepatite B atua na fase de iniciação da célula.
- (C) a dosagem da alfafetoproteína é indicada para prevenção primária.
- (D) a disseminação neoplásica peritoneal é frequente.

**— QUESTÃO 49 —**

Mulher de 62 anos, com história de episódios de diarreia, sem muco ou sangue, que se iniciou há aproximadamente dois anos e vem se tornando frequentes. Apresenta fraqueza geral e emagrecimento de  $\pm 6$  kg nesse período e anemia ( $Hb = 7,2$ ).

Neste caso, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) câncer de reto.
- (B) câncer de cólon ascendente.
- (C) doença de Chron.
- (D) síndrome do cólon irritável.

**— QUESTÃO 50 —**

Mulher de 34 anos queixa inapetência, emagrecimento e pirose. A endoscopia digestiva dessa paciente revelou: elasticidade da parede gástrica comprometida; edema difuso de pregas e pequena lesão ulcerada em antro. A área de ulceração e outras áreas foram biopsiadas. O laudo histopatológico foi gastrite, sem sinais de malignidade.

Neste caso, a conduta mais adequada para o diagnóstico é:

- (A) nova endoscopia com coloração especial.
- (B) biópsia com fragmentos mais profundos.
- (C) imunohistoquímica do atual resultado.
- (D) radiografia do estômago com duplo contraste.