

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROCESSO SELETIVO – EDITAL N.º 11/2015**

PROVA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MÉDICA – ISCMC / HUC / HMSB

30 DE NOVEMBRO DE 2015

PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

**LEIA ATENTAMENTE AS
INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES ABAIXO:**

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Esta PROVA contém 50 questões numeradas de 01 a 50. 2. Confira se sua PROVA contém a quantidade de questões correta. Caso negativo, comunique imediatamente ao fiscal de sala para a substituição da prova. 3. Verifique, no CARTÃO-RESPOSTA, se os seus dados estão registrados corretamente. Caso encontre alguma divergência, informe imediatamente ao fiscal de sala. 4. Após a conferência, <u>assine seu nome</u> no local indicado. 5. Para as marcações do CARTÃO-RESPOSTA, utilize apenas caneta esferográfica, escrita normal, tinta azul ou preta. 6. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 05 opções identificadas com as letras A, B, C, D e E. Apresenta-se uma resposta corretamente à questão. 7. Para o preenchimento do CARTÃO-RESPOSTA, observe: <ol style="list-style-type: none"> a. Para cada questão, preencher apenas uma resposta. b. Preencha totalmente o espaço compreendido no retângulo correspondente à opção escolhida para resposta. A marcação em mais de uma opção anula a questão, mesmo que uma das respostas esteja correta. <p style="margin-top: 10px;">  Preenchimento correto;
  Preenchimento incorreto;
  Preenchimento incorreto. </p> | <ol style="list-style-type: none"> 8. O tempo disponível para esta prova é de 03 (três) horas, com início às 14 horas e término às 17 horas. 9. Você poderá deixar o local de prova somente após as 15 horas. 10. O caderno de PROVA NÃO poderá ser levado pelo candidato. 11. Você poderá ser eliminado da PROVA, a qualquer tempo, no caso de: <ol style="list-style-type: none"> a. Ausentar-se da sala sem o acompanhamento do fiscal; b. Ausentar-se do local de provas antes de decorrida 1 (uma) hora do início da PROVA; c. Ausentar-se da sala de provas levando CARTÃO-RESPOSTA da Prova Objetiva e/ou caderno de PROVA; d. Ser surpreendido, durante a realização da PROVA, em comunicação com outras pessoas ou utilizando-se de livro ou qualquer material não permitido; e. Fazer uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação, bem como protetores auriculares; f. Perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos, incorrendo em comportamento indevido; g. Não cumprir com o disposto no edital do Exame. |
|--|--|

X-----

RESPOSTAS

1 .	2 .	3 .	4 .	5 .	6 .	7 .	8 .	9 .	10 .
11 .	12 .	13 .	14 .	15 .	16 .	17 .	18 .	19 .	20 .
21 .	22 .	23 .	24 .	25 .	26 .	27 .	28 .	29 .	30 .
31 .	32 .	33 .	34 .	35 .	36 .	37 .	38 .	39 .	40 .
41 .	42 .	43 .	44 .	45 .	46 .	47 .	48 .	49 .	50 .

EMBRANCO

1. Mulher de 60 anos, hipertensa, dislipidêmica e portadora de obesidade grau II, busca atendimento médico após detectar esteatose hepática moderada em ultrassom abdominal de rotina. Admite sedentarismo e erros alimentares, como comer pizzas no café da manhã, frituras no almoço e macarronada ou lasanha no jantar. Nega etilismo. Em seu exame físico, observa-se circunferência abdominal de 112 cm. Traz também os seguintes exames:

Exame	Valor encontrado	Valor de referência
AST	42	36 UI/mL
CALT	60	42 UI/mL
FA	100	126 UI/mL
GGT	234	72 UI/mL
BT	1,0	1,2 mg/dL
BD	0,6	0,8 mg/dL
BI	0,4	0,4 mg/dL
TAP	12 s	12 s
RNI	1,0	1
Albumina	4,5	3,5-5 gd/dL

Frente ao quadro clínico, leia as assertivas a seguir e assinale a alternativa **CORRETA**.

- I. Essa paciente deve ser orientada a iniciar atividade física, corrigir os erros alimentares e perder peso.
 - II. Essa paciente possui quadro de esteato-hepatite não alcoólica (NASH).
 - III. Essa paciente deve iniciar metformina 850 mg no almoço e jantar para iniciar a redução do depósito de gordura em seu fígado e reduzir o processo de fibrose.
- A) Apenas a I e II estão corretas.
 B) I, II e III estão corretas.
 C) Apenas a I e III estão corretas.
 D) Apenas a II e III estão corretas.
 E) Apenas a I está correta.
2. Paciente feminina, de 39 anos de idade, foi submetida a transplante renal (doador vivo) há cerca de 18 meses. Atualmente, faz uso de corticoide e ciclosporina. No seu acompanhamento, vem apresentando anemia progressiva, com necessidade transfusional e eventuais episódios febris. Nega exteriorização de sangramento. Não há no seu exame físico adenomegalias ou visceromegalias palpáveis. A função renal está normal. Foi realizado aspirado de medula óssea que evidenciou hipoplasia do setor eritroide com a presença de proeritroblastos gigantes. O diagnóstico é:
- A) infecção por parvovírus B19.
 B) hemólise microangiopática secundária à ciclosporina.
 C) anemia ferropênica.
 D) anemia megaloblástica.
 E) anemia hemolítica autoimune.
3. A dor no ombro corresponde a aproximadamente 16% das queixas musculoesqueléticas. Com o exame clínico adequado, é possível identificar as principais causas, permitindo que a maioria dos casos possa ser tratada na atenção primária. Dessa forma, leia as assertivas a seguir e assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) A presença de dor no ombro à elevação ativa do membro superior em rotação interna contra resistência oferecida pelo examinador indica tendinopatia de cabo longo do bíceps.
 B) O paciente com artrose acromioclavicular apresentará dor desencadeada pela rotação externa do ombro.
 C) A presença de dor no ombro à elevação ativa do membro superior em rotação interna contra resistência oferecida pelo examinador indica tendinopatia de supraespinhoso.
 D) O paciente com capsulite adesiva apresentará limitação da mobilização ativa, mas não da mobilização passiva do ombro.
 E) Todos os pacientes com dor no ombro, independente do exame físico, devem ser submetidos à ressonância magnética para elucidar o diagnóstico.

4. Paciente do sexo masculino, 65 anos, apresenta perda de consciência enquanto aguardava triagem na UPA (Unidade de Pronto Atendimento). Não apresentou trauma craniocéfálico. É colocado rapidamente na maca e levado à sala de emergência. Percebe-se que o paciente tem respiração agônica e não apresenta pulso carotídeo. A alternativa **CORRETA** para o seu tratamento é:

- A) iniciar compressões torácicas, com ritmo de 30 compressões / 2 ventilações, análise de ritmo cardíaco assim que desfibrilador estiver acessível.
- B) iniciar compressões torácicas, com ritmo de 15 compressões / 2 ventilações, análise de ritmo cardíaco assim que desfibrilador estiver acessível.
- C) iniciar compressões torácicas, com ritmo de 30 compressões / 2 ventilações, análise de ritmo cardíaco após 4 minutos de reanimação cardiopulmonar.
- D) iniciar compressões torácicas, com ritmo de 30 compressões / 2 ventilações, análise de ritmo cardíaco após 5 minutos de reanimação cardiopulmonar.
- E) intubação endotracheal, seguido de compressões torácicas com ritmo de 30 compressões / 2 ventilações, seguido por análise do ritmo cardíaco.

5. Mulher de 52 anos possui histórico de hipertensão arterial sistêmica há 10 anos em tratamento com captopril 50 mg de 8/8 horas, anlodipina 10 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. Queixa-se que seus níveis tensionais estão sempre elevados. Nega uso de medicamentos diferentes dos anteriores e diz que está tomando medicações de forma correta. A pressão arterial (PA) aferida em ambos os braços possui valor médio de 172/122 mmHg. Apresenta também índice de massa corpórea de 42, peso de 99 kg e creatinina 1,4 mg/dL. Com relação ao quadro clínico apresentado, é **CORRETO** afirmar que:

- A) o paciente tem hipertensão do avental branco (ou hipertensão de consultório) e deve fazer automedida da PA em domicílio para definir novos exames.
- B) a aderência ao tratamento não deve ser considerada importante para o diagnóstico diferencial.
- C) o paciente tem hipertensão arterial resistente e deve ser descartada síndrome da apneia obstrutiva do sono.
- D) o paciente tem hipertensão arterial resistente e esse quadro provavelmente é secundário à insuficiência renal crônica.
- E) o paciente é portador de hipertensão secundária e deve realizar doppler de artérias renais com urgência.

6. A nefrolitíase (ou cálculo renal) é uma condição comum, com prevalência estimada ao longo da vida de 10% entre os homens e de 5% entre as mulheres, além de apresentar altas taxas de recorrência. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação a essa condição.

- A) Intervenções urgentes para a retirada do cálculo são indicadas em pacientes com infecção do trato urinário superior associada à obstrução, dor ou vômitos intratáveis, deterioração da função renal, anúria ou obstrução renal (em rim único ou rim transplantado).
- B) A urografia excretora é uma boa alternativa em relação à tomografia computadorizada na investigação da nefrolitíase. Possui uma acurácia semelhante e o risco adicional relacionado à exposição ao contraste não deve ser considerado uma desvantagem.
- C) A restrição dietética de sódio é uma medida importante no tratamento dos cálculos renais à base de cálcio por reduzir a reabsorção de cálcio no túbulo proximal e, consequentemente, diminuir a hipercalcíuria.
- D) Doenças renais como rim esponjoso medular, doença renal policística e rim em ferradura não são consideradas fatores de risco para cálculo renal.
- E) Hipercalciúria, baixo volume urinário e hipercitratúria predispõem ao desenvolvimento de cálculo renal à base de cálcio.

7. Paciente do sexo masculino, 42 anos, médico, procurou o seu colega cirurgião após ganho de peso excessivo. Deseja realizar uma cirurgia bariátrica no mês seguinte, quando estará de férias. Refere que tinha peso normal há oito anos, quando parou de fumar. Desde então, passou a se alimentar em grandes quantidades. Após a separação conjugal, há seis anos, passou a preferir alimentos calóricos, como sanduíches, pizzas, doces e sorvetes, devido à praticidade e falta de tempo para cozinhar. Alimenta-se com frequência nas madrugadas em que está de plantão. Não pratica atividade física desde a sua graduação, aos 25 anos de idade, pois alega que o trabalho consome todo o seu tempo e a sua energia. Tentou seguir algumas dietas nos últimos anos, mas a rotina de trabalho não permitiu que as seguisse por mais de duas semanas. Ao exame físico, apresenta peso = 117 kg, altura = 1,75m, pressão arterial = 145/90 mmHg, abdome volumoso e com estrias esbranquiçadas. Sem outras particularidades no exame. Os exames laboratoriais estão todos normais, com exceção de uma glicemia = 101mg/dL e hipertrigliceridemia leve.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A cirurgia bariátrica é a melhor opção inicial para o caso em questão, visto que não há espaço para mudanças radicais no estilo de vida, que a perda de peso deve ocorrer imediatamente devido ao risco de diabetes tipo 2, alteração da pressão arterial e dislipidemia.

- B) A cirurgia bariátrica está indicada imediatamente, por se tratar de obesidade grau 2 associada a comorbidades (hipertensão, dislipidemia, hiperglicemias).
- C) Trata-se de obesidade grau 3 (mórbida). Se não houver resposta à mudança de estilo de vida, deve-se indicar a cirurgia bariátrica.
- D) Mudança de estilo de vida, com dieta balanceada e atividade física regular é a primeira conduta a ser tomada. Pode-se necessitar do auxílio de drogas antiobesidade, como a sibutramina (após o controle da pressão arterial) e o orlistate.
- E) Por se tratar de uma obesidade grau 1, prefere-se um tratamento conservador com dieta com baixo teor de carboidratos, associada à atividade física e uso de medicação antiobesidade somente nos casos refratários.
8. Paciente de 65 anos, sexo masculino, raça negra, procurou atendimento com quadro de nucalgia e pressão alta. Apresenta antecedentes de asma brônquica, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 associado à retinopatia em acompanhamento oftalmológico. Trouxe tabela com várias medidas pressóricas realizadas na sua empresa com valores elevados. Médico do trabalho iniciou hidroclortiazida 25 mg ao dia há cerca de duas semanas. No controle, percebe-se que o paciente não atingiu metas pressóricas recomendadas. Optou-se por associar ao tratamento enalapril 20 mg/dia. Uma semana após iniciar o novo medicamento, o paciente procura atendimento decorrente de aumento importante e progressivo do volume de língua. Refere ausência de dor e prurido local. Não apresentou quadro de rash, urticária ou outros sintomas. Não houve melhora com anti-histamínicos e corticoide. Marque a alternativa **CORRETA** sobre o tratamento desse paciente.
- A) Monitorização de vias aéreas rigorosamente, suspender enalapril e iniciar anlodipina.
- B) Monitorização de vias aéreas rigorosamente, suspender enalapril e iniciar losartana.
- C) Monitorização de vias aéreas rigorosamente, suspender enalapril e iniciar propranolol.
- D) Monitorização de vias aéreas rigorosamente, suspender enalapril e iniciar gradativamente lisinopril.
- E) Monitorização de vias aéreas rigorosamente, suspender enalapril e iniciar clortalidona associado.
9. Em relação à neutropenia febril, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) O grau de neutropenia não tem relação com a gravidade e rapidez da infecção.
- B) Febre e dor à evacuação, com ou sem enduração local, podem caracterizar abscesso perianal em pacientes neutropênicos.
- C) O paciente neutropênico tem particularidades na sua abordagem diagnóstica e terapêutica, pois os sinais e sintomas de infecção são ricos, sendo frequente o tratamento antibiótico direcionado a um foco determinado.
- D) O objetivo da terapia antibiótica empírica é evitar o óbito nas primeiras 48 a 72 horas, portanto, as culturas têm pouca importância nestes pacientes.
- E) A suspensão da terapia antibiótica depende da melhora clínica do paciente e não da recuperação medular ou documentação da infecção.
10. Mulher, enfermeira, 53 anos, internou com história de dor no flanco direito, intermitente, com irradiação para o quadrante inferior do abdome há cerca de quatro meses. Refere perda ponderal e febre ocasional. História preegressa de tabagismo. Exame físico sem anormalidade aparente. A análise de urina revelou: pH 6.0; leucócitos 20/campo; hemácias 10/campo; proteína: negativo; presença de cilindros leucocitários. Não foram observadas hemácias dismórficas ou cilindros hemáticos. Cultura de urina negativa. A tomografia abdominal revelou: rim direito 7,5 x 4,5 x 5,8 cm; rim esquerdo 12 x 5,8 x 5,8 cm, sem evidência de hidronefrose. Baseado nessas informações, assinale a alternativa **CORRETA** em relação à principal hipótese diagnóstica.
- A) Glomerulonefrite aguda.
- B) Nefrolitíase.
- C) Tuberculose renal.
- D) Pielonefrite enfisematosas.
- E) Leucocitúria estéril.
11. Homem de 33 anos foi doar sangue e resultado veio positivo para HIV. Foi até uma consulta com o médico da Unidade Básica de Saúde e perguntou sobre o que seria feito para seu caso. Foram solicitados exames de primeira consulta, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em adultos. Com base nos resultados, o jovem retornou à consulta perguntando se precisaria realizar tratamento. Com base nesse assunto, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Iniciar tratamento antirretroviral apenas se CD4+ < 200.
- B) Iniciar tratamento antirretroviral apenas se CD4+ < 350.
- C) Iniciar tratamento antirretroviral apenas se CD4+ < 500.
- D) Estimular início imediato do tratamento antirretroviral, independente da contagem de linfócitos T CD4+.
- E) Iniciar tratamento antirretroviral apenas se CD4+ < 500 ou > 500 com comorbidades.

12. Mulher de 54 anos, portadora de hepatite C crônica genótipo 1a, carga viral de 600.000 UI/mL, busca atendimento médico para avaliar indicação de tratamento medicamentoso para sua doença. Refere estar assintomática e nunca realizou tratamento prévio. Nega qualquer descompensação de sua doença de base. Ao exame físico, apresenta aranhas vasculares no tórax e traube ocupado. Sua ultrassonografia abdominal confirma esplenomegalia de 16 cm, veia porta de 14 mm e fígado de aspecto cirrótico. Traz exame de HIV negativo, albumina de 4,2 g/dL, bilirrubina total de 0,8 mg/dL, RNI de 1, plaquetas de 80.000/mm³ e o cálculo do seu APRI (índice de AST e plaquetas) é de 2,5. Frente ao caso clínico, é **CORRETO** afirmar que:

- A) o tratamento para hepatite C estará indicado apenas após a realização de uma biópsia hepática.
- B) o tratamento para hepatite C está contraindicado, pois a paciente possui sinais clínicos e ultrassonográficos de cirrose hepática.
- C) o tratamento para hepatite C estará indicado apenas após a realização de uma biópsia hepática, endoscopia digestiva para rastrear varizes de esôfago e de alfafetoproteína para rastrear hepatocarcinoma.
- D) o tratamento para hepatite C estará indicado apenas após a realização de uma biópsia hepática ou de uma elastografia hepática evidenciando fibrose METAVIR F3 ou F4.
- E) o tratamento para hepatite C está indicado, pois a paciente possui APRI com valor > 1,5, além de possuir sinais clínicos e ultrassonográficos de cirrose hepática.

13. Você está atendendo a uma paciente com fibromialgia. Ela abandonou o tratamento devido à piora da constipação intestinal, mas gostaria de voltar a se tratar. Você já se certificou que a paciente realmente tem fibromialgia. Assinale a alternativa **CORRETA** quanto a esse assunto.

- A) A melhor abordagem terapêutica inclui educação sobre a doença, orientação de atividade física, terapia cognitivo-comportamental e pregabalina.
- B) A melhor abordagem terapêutica inclui educação sobre a doença, orientação de atividade física, terapia cognitivo-comportamental e amitriptilina.
- C) A melhor abordagem terapêutica inclui educação sobre a doença, orientação de atividade física, terapia cognitivo-comportamental e anti-inflamatórios não esteroidais.
- D) A melhor abordagem terapêutica inclui educação sobre a doença, orientação de atividade física, terapia cognitivo-comportamental e prednisona em dose baixa.
- E) A melhor abordagem terapêutica inclui educação sobre a doença, orientação de atividade física, terapia cognitivo-comportamental e opioides de alta potência, como a morfina.

14. Homem de 66 anos está em acompanhamento ambulatorial devido à cirrose hepática de origem alcóolica (ingeriu um litro de destilados ao dia durante 46 anos de sua vida). Está abstêmio há cinco meses. Diz estar assintomático e sente-se muito bem. Em seu exame físico, mostrava-se lúcido e orientado e apresentava ginecomastia, rarefação de pelos e eritema palmar. Seus dados vitais são normais. Não se detecta ascite ao exame físico. Nesta consulta, trouxe também os seguintes exames (todos realizados esta semana):

- Ultrassom de abdome total: fígado de aspecto cirrótico, baço de 20 cm e pequena ascite.
- Endoscopia digestiva alta com varizes de esôfago de médio calibre.
- Sódio em urina de 24 horas: 300 mmol/L
- Bilirrubina total: 1,9 g/dL.
- Albumina: 3,1 g/dL.
- RNI: 1,50

Frente a esse quadro clínico, leia as assertivas a seguir e assinale a alternativa **CORRETA**.

- I. Este paciente pode ser classificado como Child-Pugh C.
- II. Este paciente deve iniciar profilaxia de sangramento varicoso com propranolol.
- III. Este paciente deve ser orientado a seguir dieta hipossódica.

- A) Apenas a assertiva III está correta.
- B) Apenas as assertivas I e II estão corretas.
- C) Apenas as assertivas II e III estão corretas.
- D) As assertivas I, II e III estão corretas.
- E) Apenas a assertiva II está correta.

15. Mulher de 78 anos, diabética e hipertensa, é portadora de angina classe III aos esforços há oito meses. Nega outros sintomas (além dos anginosos). Está em uso correto de AAS 100 mg/dia, enalapril 5 mg de 12/12horas, metformina 850 mg de 12/12horas e simvastatina 40 mg/noite. Sua pressão arterial é de 122/76 mmHg e sua frequência cardíaca de 82 spm. Seu cateterismo cardíaco demonstrou lesão de 80% em ramo marginal da artéria circunflexa. O ecocardiograma demonstrou fração de ejeção de 54%. A conduta mais apropriada para a paciente é:

- A) paciente deve ser encaminhada para realização de angioplastia de urgência devido à lesão crítica de artéria coronariana.
- B) paciente deve, inicialmente, receber tratamento clínico com bloqueador de canais de cálcio diidropiridínico para controle dos sintomas, sem angioplastia.
- C) paciente deve receber nitratos de longa duração para tratamento de longo prazo da angina.
- D) paciente deve realizar angioplastia eletiva antes de otimizar tratamento clínico.
- E) paciente deve inicialmente receber tratamento clínico com betabloqueadores para controle dos sintomas, sem angioplastia.

16. Você internou quatro pacientes com ascite esta semana, solicitou exames complementares e realizou paracentese de todos. Os resultados que já ficaram prontos estão apresentados na tabela a seguir:

	Paciente A	Paciente B	Paciente C	Paciente D
Albumina (sangue)	3,2	2,8	2,8	3,5
Albumina (ascite)	1,2	1,6	1,6	3,0
Leucócitos/mm ³	800	800	100	400
Neutrófilos	50%	50%	10%	10%
Cultura da ascite	Positiva para <i>E. coli</i>	Negativa	Positiva para <i>E. coli</i>	Negativa

Com base nesses exames, é **CORRETO** afirmar que:

- A) o paciente A possui critérios de peritonite bacteriana espontânea e seu GASA (Gradiente de Albumina Soro-ascite) é de 2.
- B) o paciente B possui critérios de ascite neutrocítica e seu GASA (Gradiente de Albumina Soro-ascite) é de 1,75.
- C) o paciente C possui critérios de bacteraascite e seu GASA (Gradiente de Albumina Soro-ascite) é de 1,75.
- D) o paciente A possui critérios de ascite neutrocítica e seu GASA (Gradiente de Albumina Soro-ascite) é de 2,66.
- E) o paciente D possui critérios de ascite neutrocítica e seu GASA (Gradiente de Albumina Soro-ascite) é de 1,16.

17. A injúria renal aguda (IRA) é uma condição comum em pacientes hospitalizados e na comunidade. Está associada à significativa morbidade e mortalidade. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação às medidas de prevenção para IRA.

- A) Considerando que a IRA oligúrica possui pior prognóstico que a não oligúrica, o uso de diuréticos para a prevenção e tratamento da IRA é recomendado.
- B) É recomendado o uso da N-acetilcisteína na prevenção da IRA pós-cirúrgica, sobretudo nos pacientes que serão submetidos à cirurgia cardíaca.
- C) O uso de formulações lipídicas de anfotericina B em vez de formulações convencionais está associado ao menor risco de nefrotoxicidade.
- D) O emprego de múltiplas doses diárias de aminoglicosídeos é considerado uma boa estratégia para minimizar a sua nefrotoxicidade por limitar a captação do antibiótico pelas células tubulares renais.
- E) Deve-se dar preferência para o uso de coloides, como albumina, no manuseio inicial da expansão volêmica intravascular em pacientes com IRA.

18. Paciente de 54 anos, sexo feminino, apresenta púrpura palpável em membros inferiores, artralgia e neuropatia periférica. Na admissão, apresentou os seguintes exames laboratoriais: creatinina 3,4 mg/dL, ureia 110 mg/dL, parcial de urina com proteinúria de 1.000 mg/L, hemácias 40/campo e leucócitos 2/campo. Proteinúria de 24 horas: 4,6 g. Foram solicitados alguns exames de investigação e realizada biópsia renal. Sobre o caso, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A manifestação renal da paciente é considerada uma indicação para início de terapia imunossupressora ao invés de se utilizar isoladamente a terapia direcionada para a doença de base.
- B) O achado histológico renal mais frequente é a glomeruloesclerose segmentar e focal, caracterizada pelo aspecto em duplo contorno da alça capilar glomerular devido ao espessamento da membrana basal.
- C) A detecção de crioglobulinas séricas é essencial para o correto diagnóstico do caso, havendo uma associação estreita entre criocrito e manifestações clínicas.

- D) Possível infecção pelo vírus da hepatite C e B e infecção pelo HIV devem ser investigadas juntamente com a dosagem de complemento, que se apresenta tipicamente com níveis normais.
- E) A doença renal na crioglobulinemia ocorre em menos de 10% dos pacientes, porém, não influencia o prognóstico do paciente.
- 19.** Homem de 54 anos, portador de hepatite C crônica genótipo 3, carga viral de 1.232.000UI/mL, busca atendimento médico para realizar retratamento medicamentoso para sua doença. Refere estar assintomático. Realizou tratamento prévio com Interferon Peguilado 180 mcg/semana e Ribavirina 1 g/dia há quatro anos, mas não teve resposta ao final do tratamento. Disse ter apresentado inúmeros efeitos colaterais com o uso do Interferon (como depressão e neutropenia) e não deseja realizar retratamento com esse fármaco. Apresenta exame físico normal. Sua ultrassonografia abdominal também é normal. Traz biópsia hepática, realizada há quatro anos, evidenciando METAVIR F2. Seu HIV é negativo. Frente ao caso clínico e baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Cointfecções do Ministério da Saúde, publicado em 2015, é **CORRETO** afirmar que:
- A) o tratamento para este paciente pode ser feito com Sofosbuvir e Simeprevir durante 24 semanas.
- B) o tratamento para este paciente pode ser feito com Sofosbuvir e Daclatasvir durante 12 semanas.
- C) o tratamento para este paciente pode ser feito com Sofosbuvir, Paritaprevir e Ribavirina durante 12 semanas.
- D) o tratamento para este paciente pode ser feito com Simeprevir e Daclatasvir durante 24 semanas.
- E) o tratamento para este paciente pode ser feito com Paritaprevir, Omibitasvir e Ritonavir durante 16 semanas.
- 20.** A doença renal crônica (DRC) leva a um conjunto de alterações em diferentes órgãos e sistemas, cujo conjunto de sinais e sintomas compõe a síndrome urêmica. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação a essas manifestações.
- A) A DRC está associada a um risco aumentado de fratura óssea, tanto de colo de fêmur como de vértebra. Assim como na população geral, a densitometria óssea pode ser usada, pois estima adequadamente o risco de fratura ao longo dos diferentes estágios da DRC.
- B) A hipocalemia é frequentemente observada na DRC avançada, podendo se manifestar por meio de diarreia, disfunção muscular e arritmia cardíaca.
- C) A anemia na DRC, caracteristicamente microcítica e hipocrômica, é secundária a diferentes fatores, como deficiência de eritropoetina, deficiência de ferro, toxicidade alumínica e hiperparatiroidismo secundário.
- D) A prevalência de hipotireoidismo subclínico aumenta com o declínio da função renal, sendo o nível baixo de T3 a anormalidade mais precoce e comum observada.
- E) A deficiência de vitamina D, condição rara entre os pacientes renais crônicos, têm sido associada à maior mortalidade, disfunção imune e ao hiperparatiroidismo secundário nessa população.
- 21.** Mulher de 45 anos, sem outras comorbidades, buscou investigação devido à elevação isolada de AST e Gama-GT. Após rastreio negativo de doenças hepáticas crônicas, submeteu-se à biópsia hepática guiada por ultrassom. Hoje vem a consulta para trazer o laudo da biópsia hepática, a qual revela a presença de esteato-hepatite não alcoólica (NASH). O fármaco que consegue melhorar a histologia hepática em adultos não diabéticos, com biópsia comprovando a presença de NASH, devendo ser considerado primeira linha de farmacoterapia nesta população, é:
- A) ácido ursodeoxicólico 15 mg/Kg/dia.
- B) vitamina E (alfa-tocoferol) 800 UI/dia.
- C) metformina 500 mg/dia.
- D) ômega 3, 6 e 9.
- E) rosiglitazona 2,5 mg/dia.
- 22.** Paciente de 78 anos, com quadro de cansaço e mal-estar para realizar atividades simples do dia a dia, como tomar banho ou cozinhar, há cinco dias. Refere certa dificuldade para dormir, necessitando três travesseiros para ficar mais confortável. Associado, refere início de tosse predominante noturna, sem expectoração. Nega febre. Histórico de hipertensão arterial em uso de losartana 50 mg duas vezes ao dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. Nega outras comorbidades. Apresentava-se em regular estado geral, pouco dispneica, PA 150/100 mmHg e FC: 98 bpm. Ao exame físico, apresentava jugulares em turgidez. Ausculta pulmonar simétrica com estertores bibasais e roncos esparsos. Bulhas cardíacas arrítmicas sem sopros. Eletrocardiograma: ritmo de fibrilação atrial, FC: 98 bpm e sinais de sobrecarga ventricular esquerda. Ecocardiograma com fração de ejeção 61%, com dilatação discreta de átrio esquerdo. Ventrículo esquerdo sem dilatações, somente hipertrofia leve a moderada. Com relação ao diagnóstico e conduta, podemos afirmar que a alternativa **CORRETA** é:
- A) o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada é improvável e infecção pulmonar é o diagnóstico mais provável. Uso de antibióticos é mais indicado para o caso.
- B) o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada é bastante provável. O uso de betabloqueadores ou bloqueadores de canais de cálcio é indicado para controle da fibrilação atrial.

- C) o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada é improvável por causa da fração de ejeção normal e devendo a crepitantes em bases serem comuns em idosos. Conduta expectante.
- D) o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada é improvável e a doença pulmonar obstrutiva crônica é mais comum nestes casos clínicos. Inalação com beta2-agonista é a melhor conduta.
- E) o diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada é bastante provável. Uso de vasodilatadores endovenosos e diuréticos de alça são mais indicados para compensação.
23. Durante o atendimento de pré-natal, uma gestante procurou seu obstetra levando consigo os exames de primeiro trimestre. Dentre os exames, o de toxoplasmose veio reagente. O resultado era um IgM reagente e o IgG não reagente. O obstetra preferiu internar a paciente e solicitou um pedido de consulta para a equipe de Clínica Médica. Você, como clínico responsável pela interconsulta, atendeu a paciente e fez as orientações corretas. Assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Diagnóstico de toxoplasmose gestacional aguda. Iniciar esquema de espiramicina, intercalando a cada três semanas com sulfadiazima + espiramicina + ácido folínico.
- B) Toxoplasmose adquirida no passado. Orientar que não é necessário nenhum cuidado específico e não é necessário repetir exames.
- C) Diagnóstico de toxoplasmose aguda. Iniciar sulfametoxazol/trimetoprim e, após 24 semanas, intercalar a espiramicina com derivado de sulfa.
- D) Não é possível confirmar a toxoplasmose aguda. Deve-se repetir o exame de IgG dentro de uma a três semanas. Se persistir IgG negativo, é um falso positivo.
- E) Não é possível descartar toxoplasmose aguda; pedir um teste de avidez para IgM.
24. Paciente masculino de 65 anos, internado para avaliação de sopro cardíaco. Nega sintomas. Ao exame: acianótico, corado, afebril, com pressão arterial de 120x 50 mmHg, frequência cardíaca de 98 spm e frequência respiratória de 16 rpm. Jugulares ingurgitadas (bilateral), com tireoide impalpável. Pulmões com exame normal. *Ictus cordis* palpável e visível no sexto espaço intercostal esquerdo e na linha axila anterior. Presença de sopro diastólico auscultado em todos os focos e mais audível em borda esternal esquerda baixa. Nota-se pulsos radiais amplos. O eletrocardiograma revelou sinais de sobrecarga de ventrículo esquerdo. A radiografia de tórax revelou importante aumento do ventrículo esquerdo. No ecocardiograma: fração de ejeção de 48%, diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo de 59 mm e diâmetro sistólico final de 49 mm e contratilidade normal. Válvula aórtica com formato tricúspide e com insuficiência importante. Refluxo mitral discreto. Sobre o tratamento desse paciente, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Deve-se iniciar medicações vasodilatadoras.
- B) Deve-se indicar tratamento cirúrgico, devido à fração de ejeção apresentada.
- C) Deve-se indicar tratamento cirúrgico, devido ao diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo.
- D) Deve-se iniciar medicações betabloqueadoras para controle de frequência cardíaca.
- E) Deve-se seguir o paciente clinicamente e realizar ecocardiogramas periódicos.
25. Uma mulher de 35 anos apresenta-se com queixa de amenorreia. Sua menarca ocorreu aos 14 anos de idade e, desde o início, os seus ciclos menstruais eram regulares. Há quatro anos, realizou tratamento para infertilidade através de fertilização *in vitro* sem sucesso. O espermograma do seu marido era normal na época. Há dois anos, começou a apresentar aumento da duração dos ciclos menstruais até que, há um ano, surgiu a amenorreia. Outras queixas: ondas de calor e secura vaginal. A paciente não se exercita, não apresenta galactorreia, não tem sinais de hiperandrogenismo, nega cefaleia ou perda da visão periférica. Nega exposição à radiação, quimioterapia ou cirurgias prévias. Apresenta quadro de hipotireoidismo tratado e compensado com levotiroxina 88 µg/dia. Sua mãe entrou em menopausa aos 52 anos de idade e mede 1,64 m. A altura do seu pai é 1,79 m. Ao exame físico, a pressão arterial é de 110/70 mmHg, altura = 1,47m, peso = 50 Kg. Não apresenta acne, hirsutismo ou vitílico. Os achados no exame de cabeça e pescoço são normais. A palpação de pescoço revela uma tireoide difusamente reduzida de tamanho. O exame pélvico era normal, sem massas palpáveis. Exames laboratoriais: FSH = 39,6 mIU/mL ; Estradiol = < 20 pg/mL ; Prolactina = 5.7 ng/mL (VR = 2 a 25ng/mL); TSH = 0.99 mIU/L (VR = 0,5 a 5,0 mIU/L) ; β-hCG = < 6 mIU/mL ; Anticorpos antiadrenal: indetectáveis. O exame **ADICIONAL** necessário para o diagnóstico etiológico é:
- A) dosagem de GH e IGF-1.
- B) ressonância magnética de hipófise.
- C) cariótipo.
- D) ultrassonografia pélvica.
- E) tomografia computadorizada de suprarrenais.

26. Paciente do sexo feminino, 50 anos, chega ao pronto socorro com quadro de dor epigástrica de início há três horas, associada com tonturas e náuseas. Pressão arterial de 75x40 mmHg, frequência cardíaca de 38 spm, frequência respiratória de 20 rpm, saturação periférica de oxigênio de 94% em uso de cateter nasal 4L/min. Exame físico segmentar mostra campos pulmonares com estertores finos em bases e bulhas cardíacas sem sopros. Abdome, membros e sistema nervoso normais. O eletrocardiograma revela supradesnível do segmento ST nas derivações D2, D3 e aVF, dissociação entre ondas p e QRS e infradesnível de segmento ST em V1, V2, V3 e V4. Sobre o tratamento inicial desse paciente, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) AAS 200 mg, clopidogrel 600 mg, norepinefrina 0,1 mcg/Kg/min e cateterismo de emergência.
- B) AAS 200 mg, clopidogrel 600 mg, 1-2 L de solução salina e cateterismo de emergência.
- C) AAS 200 mg, clopidogrel 600 mg, atropina 0,5 mcg/Kg/min e cateterismo de emergência.
- D) AAS 200 mg, clopidogrel 600 mg, dopamine 2-10 mcg/Kg/min e cateterismo de emergência.**
- E) AAS 200 mg, clopidogrel 600 mg, epinefrina 1 mg em bolus e cateterismo de emergência.

27. Paciente masculino de 50 anos de idade procurou o pronto atendimento com quadro de hipertensão de início recente, associado a edema em membros inferiores e urina espumosa, evoluindo com oligúria nas últimas 24 horas. Refere que, há cerca de um ano, vem apresentando episódios de rinorreia sanguinolenta, sempre tratando como sinusite com anti-bióticos, porém sem melhora do quadro. Sobre o caso, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O quadro clínico atual do paciente sugere uma síndrome nefrítica (hipertensão, edema e urina espumosa sugerindo proteinúria) associada à sinusite de repetição. Pode se tratar de uma granulomatose com poliangeite. Os exames mais importantes a serem pedidos no pronto atendimento incluem radiografia de seios da face e ANCA.
- B) O quadro clínico atual do paciente sugere uma síndrome nefrítica (hipertensão, edema e urina espumosa sugerindo proteinúria) associada à sinusite de repetição. Pode se tratar de lúpus eritematoso sistêmico e o exame mais importante a ser solicitado no pronto atendimento é o fator antinúcleo.
- C) O quadro clínico atual do paciente sugere uma síndrome nefrítica (hipertensão, edema e urina espumosa sugerindo proteinúria) associada à sinusite de repetição. Pode se tratar de uma granulomatose com poliangeite. Nesse caso, o paciente deve ser orientado a procurar um reumatologista, pois não há nada que possa ser feito no pronto atendimento.
- D) O paciente pode receber alta do pronto atendimento e ser encaminhado para unidade básica de saúde, onde deverá ser iniciado tratamento para hipertensão arterial e para rinite alérgica, para evitar os episódios de sinusite.
- E) O quadro clínico atual do paciente sugere uma síndrome nefrítica (hipertensão, edema e urina espumosa sugerindo proteinúria) associada à sinusite de repetição. O quadro de oligúria pode indicar uma insuficiência renal aguda. Pode se tratar de granulomatose com poliangeite. Os exames mais importantes a serem pedidos no pronto atendimento incluem creatinina, ureia, potássio e parcial de urina.**

28. Paciente do sexo feminino, de 47 anos, branca, procura atendimento médico devido à adinamia, perda de peso e disfunção renal. Trouxe exames laboratoriais atuais que revelaram creatinina de 4,0 mg/dL (seis meses atrás possuía creatinina de 0,8 mg/dL) e cálcio iônico de 2,40 mmol/L. A investigação complementar revelou ainda a presença de anemia e hormônio paratireoideano (PTH) de 10 pg/mL. Baseado nos dados clínicos e laboratoriais, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A hipercalcemia pode levar à injúria renal aguda por vários mecanismos, como vasoconstrição intrar-renal e obstrução tubular por cristais de cálcio e nefrocalcinose.**
- B) O diagnóstico diferencial da hipercalcemia inclui doenças granulomatosas, como sarcoidose e tuberculose, doenças malignas, como mieloma múltiplo, além do hipoparatireoidismo, que é uma das possibilidades no caso da paciente devido aos níveis baixos do PTH.
- C) O manuseio inicial da hipercalcemia deve ser feito por meio de expansão volêmica e uso de diuréticos tiazídicos para aumentar a excreção urinária do cálcio.
- D) Bisfosfonatos endovenosos de alta potência, como o pamidronato, o ibandronato e o zoledronato, são agentes efetivos para o tratamento da hipercalcemia relativamente livres de efeitos colaterais, e não necessitam de ajuste dose na IRA, pois sua via de excreção não é predominantemente renal.
- E) A hemodiálise não é uma alternativa para o tratamento da hipercalcemia associada à IRA oligúrica, pois a concentração de cálcio na solução de diálise é alta.

29. Três irmãos fazem acompanhamento médico devido a hepatites virais. Você repetiu esta semana os exames de sorologias virais das hepatites (já realizados também seis meses antes) para confirmar os resultados e obteve a seguinte tabela:

	Pedro	Cláudio	Osmar
Anti-HBc IgG	Reagente	Reagente	Negativo
HBsAg	Reagente	Negativo	Negativo
Anti-HBs	Negativo	Reagente	Reagente
Anti-HCV	Negativo	Reagente	Negativo
Anti-HAV IgG	Reagente	Negativo	Reagente
Anti-HAV IgM	Negativo	Negativo	Negativo

Com base nestas sorologias, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Pedro possui hepatite A e B crônicas. Cláudio teve contato com a hepatite B e se curou e apresenta hepatite C crônica. Osmar foi vacinado contra hepatite B e possui hepatite A crônica.
- B) Pedro possui hepatite B crônica e já se curou da hepatite A. Cláudio teve contato com a hepatite B e se curou, mas apresentou contato também com a hepatite C. Osmar foi vacinado contra hepatite B e já teve contato com a hepatite A.
- C) Pedro teve contato com a hepatite B e com a hepatite A e curou ambas. Cláudio possui hepatite B e C crônicas. Osmar foi vacinado contra hepatite B e contra hepatite A.
- D) Pedro teve contato com a hepatite B e se curou. Cláudio possui hepatite B crônica e já teve contato com a hepatite C. Osmar foi vacinado contra hepatite B e contra hepatite A.
- E) Pedro e Cláudio foram vacinados contra hepatite B. Osmar possui hepatite B crônica. Pedro e Osmar já tiveram hepatite A e se curaram. Cláudio teve contato com a hepatite C.

30. A terapia renal substitutiva (TRS) compreende a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Esses métodos visam substituir, pelo menos parcialmente, a perda da função renal, seja no caso de doença renal crônica ou na injúria renal aguda. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação a essa terapia.

- A) Deve-se esperar o início de manifestações urêmicas, como pericardite, e a presença de distúrbios eletrolíticos, como a hipercalemia, para iniciar a TRS.
- B) O transplante renal é a modalidade de TRS associada com o maior custo para o sistema de saúde e pior sobrevida e qualidade de vida para o paciente renal crônico.
- C) A diálise peritoneal é um procedimento dialítico que pode ser utilizado nos casos de injúria renal aguda, particularmente naqueles pacientes com comprometimento hemodinâmico, anormalidades na coagulação ou, ainda, quando outras modalidades não estão prontamente disponíveis.
- D) A taxa de filtração glomerular (TFG) é ainda hoje considerada um critério maior para indicação de TRS. Desta forma, pacientes com TFG < 15 ml/min devem ser encaminhados para início de TRS, independentemente da presença de sinais e/ou sintomas urêmicos.
- E) Por requerer um aparato tecnológico sofisticado e equipe especializada, a hemodiálise não pode ser realizada na residência do paciente, como a diálise peritoneal.

31. Paciente de 54 anos vem à consulta médica querendo fazer um “check-up”. Assintomático do ponto de vista cardiovascular. Refere fazer uso de anlodipina 5 mg/dia para tratamento de hipertensão arterial e sua glicose de jejum é 114 mg/dL. Circunferência abdominal de 101 cm. Pressão arterial de 142/92 mmHg. Colesterol total = 230mg/dL. HDL = 34mg/dL. LDL = 144mg/dL. Triglicerídeos = 260mg/dL.

Frente a este quadro clínico, é **CORRETO** afirmar que:

- A) o paciente tem indicação de fibratos como primeira terapia pelo risco de desenvolver pancreatite aguda.
- B) o colesterol não HDL pode fornecer melhor estimativa do risco em comparação com o LDL-C, principalmente nos pacientes com síndrome metabólica.
- C) o paciente deve usar como primeira escolha o ácido nicotínico como único medicamento capaz de elevar o HDL com baixo risco de efeitos colaterais.
- D) o uso de estatinas está contraindicado pelo risco de desenvolver diabetes em indivíduos em uso de diuréticos tiazídicos.
- E) o paciente é portador de hipercolesterolemia isolada e deve usar estatina como primeira opção.

- 32.** Paciente masculino, 60 anos de idade, encontra-se em avaliação na UDT (Unidade de Dor Torácica) decorrente de quadro anginoso típico ao repouso, com 45 minutos de duração e alívio com nitrato sublingual. O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal e infradesnível de segmento ST nas derivações V1 até V4. Recebeu enoxaparina, antiagregação plaquetária dupla, betabloqueador e está em uso de nitrato endovenoso. Não apresenta mais sintomas. Os marcadores de necrose miocárdica foram os seguintes na chegada: troponina I de 0,04 ng/dL (normal até 0,04 ng/dL). No entanto, seis horas após o início da dor, os novos resultados foram: troponina I de 20ng/dl.

Assinale a alternativa com o tratamento mais adequado para esse paciente.

- A) Estratificação invasiva precoce em 48 horas.
- B) Estratificação conservadora em 24 horas.
- C) Trombólise ou angioplastia primária.
- D) Estratificação conservadora em 48 horas.
- E) Estratificação invasiva precoce em 24 horas.**

- 33.** Assinale a alternativa **CORRETA** em relação ao tratamento das glomerulopatias primárias:

- A) o tratamento inicial recomendado para a nefropatia membranosa é a terapia imunossupressora, baseada no uso de corticosteroides alternado com um agente alquilante, como o clorambucil, independente do grau de proteinúria e da função renal.
- B) a amidialectomia está indicada na nefropatia por IgA (ou doença de Berger) nos casos de recaídas frequentes ou de não resposta ao tratamento imunossupressor convencional.
- C) o bloqueio do sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA), por meio do uso de um inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou de um bloqueador do receptor da angiotensina II (BRA), é recomendado apenas para os pacientes com proteinúria não nefrótica.
- D) os corticosteroides devem ser usados para o tratamento inicial da síndrome nefrótica secundária à doença de lesão mínima tanto em crianças como em adultos.**
- E) a ciclosporina é efetiva na indução da remissão da proteinúria em pacientes com glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF), sendo pouco frequente a ocorrência de relapso após sua retirada.

Este caso é referência para as questões 34 e 35:

Sr. Osnir, 65 anos, é tabagista desde os 15 anos. Fuma em média duas carteiras por dia (40 cigarros). Relata que precisa acender o primeiro cigarro assim que abre os olhos de manhã (diz ser o cigarro mais gostoso do dia!). Nem mesmo doente ele deixa de fumar. Sua esposa o obrigou a procurar um pneumologista para parar de fumar. Durante a consulta, ele falou para o médico que há alguns anos tinha falta de ar para subir uma ladeira ou andar rápido no plano e que todo dia tinha um “pigarro” do cigarro, mais intenso pela manhã. Nega história prévia de asma, nega sibilância. Ao exame físico apresentava saturação de oxigênio em ar ambiente de 95% e redução do murmúrio vesicular mais proeminente em ápices, sem outros sons adventícios. O médico solicitou uma espirometria, cujo resultado é apresentado a seguir.

	Valor previsto	Limite inferior	Pré-broncodilatador	Pós-broncodilatador	% variação
CVF	4,61	3,66	4,05 (88%)	4,05 (88%)	0
VEF1	3,77	3,02	2,80 (74%)	2,78 (73%)	-1
VEF1/CVF	0,82	0,74	0,69	0,68	

- 34.** O laudo da espirometria e o diagnóstico da doença do Sr. Osnir são, respectivamente:

- A) distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com resposta broncodilatadora e DPOC.
- B) distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta broncodilatadora e DPOC.**
- C) distúrbio ventilatório restritivo leve sem resposta broncodilatadora e DPOC.
- D) distúrbio ventilatório restritivo leve sem resposta broncodilatadora e asma.
- E) distúrbio ventilatório obstrutivo moderado sem resposta broncodilatadora e asma.

35. O grau de adição à nicotina, segundo a escala de Fageström, e a fase da motivação, segundo escala de DiClemente, para suspensão do tabagismo do Sr. Osnir são, respectivamente:

- A) elevado, pré-contemplação.
- B) elevado, contemplação.
- C) médio, ação (ativa).
- D) médio, contemplação.
- E) baixo, contemplação.

36. Homem de 66 anos possui histórico de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia e tabagismo. Apresentou, há duas horas, quadro de dor torácica opressiva, de forte intensidade (nota 9 em 10), ao repouso, seguida de sudorese e dispneia. Eletrocardiograma de chegada era normal. A primeira dosagem de troponina I também foi normal. De acordo com a história clínica, assinale a alternativa **CORRETA**?

- A) Podemos afirmar que a enzima cardíaca negativa confirma o diagnóstico de angina instável.
- B) O eletrocardiograma normal é raro no infarto agudo do miocárdio.
- C) O eletrocardiograma normal indica necessidade de teste ergométrico, independente do resultado das enzimas cardíacas.
- D) Não há necessidade de repetir o eletrocardiograma na avaliação da dor torácica.
- E) A troponina I pode estar normal nas primeiras horas do infarto, portanto, deve ser repetida.

37. Leia as alternativas a seguir e assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A púrpura de Henöch-Schonlein é caracterizada pelo aparecimento de lesões purpúricas avermelhadas, com áreas de necrose isquêmica, acompanhada de sintomas de artrite, dores abdominais, cefaleia e hematúria. Ocorre com maior frequência em adultos.
- B) A doença de Osler-Rendu-Weber é uma doença genética, autossômica dominante, que leva ao aparecimento de telangiectasias na região perioral. Epistaxe recorrente e sangramento gastrointestinal são achados infreqüentes.
- C) Pacientes que apresentam sangramentos aos pequenos traumas, na ausência de alterações das plaquetas ou de fatores de coagulação, possuem defeitos na parede vascular. Esses defeitos podem ser decorrentes de vasculites ou doenças do colágeno.
- D) A púrpura senil, apesar do nome, tem origem psicogênica.
- E) O uso crônico de corticóide pode ocasionar púrpura vascular, relacionada à diminuição do funcionamento plaquetário, apesar de a contagem plaquetária numérica estar adequada.

38. Paciente de 75 anos, sexo feminino, dá entrada no pronto-socorro decorrente de dor intensa na região dorsal de início súbito. Apresenta antecedente de hipertensão arterial sistêmica e amputação de segundo e terceiro pododáctilos há dois meses. Ao exame: pressão arterial de 180x100 mmHg, frequência cardíaca de 98 spm, frequência respiratória de 18 rpm e saturação de 96% em ar ambiente. O exame físico segmentar é normal, exceto pela cicatriz de amputação dos dedos. A radiografia de tórax revelou discreto alargamento mediastinal e calcificação aórtica. A tomografia é mostrada a seguir. O diagnóstico **CORRETO** da causa da dor torácica dessa paciente é:



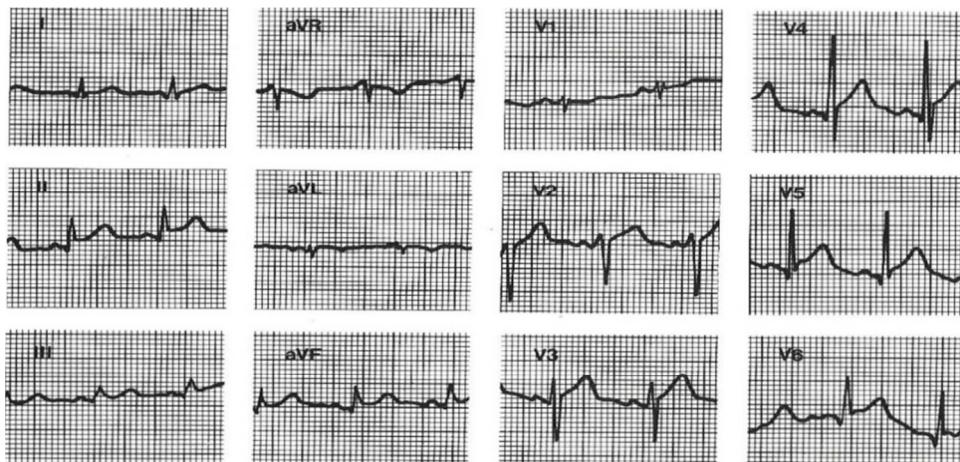
Tomografia contrastada de tórax, destacando-se a aorta descendente (a) e a lesão encontrada (seta branca).

- A) dissecção aórtica.
- B) hematoma intramural aórtico.
- C) pseudoaneurisma aórtico.
- D) coarcação aórtica.
- E) úlcera penetrante de aorta.

39. Paciente do sexo masculino, 30 anos de idade, procura atendimento decorrente de dor precordial de início há 24 horas, de forte intensidade, a qual piora com a respiração e deglutição e não alivia com o uso de Paracetamol 750 mg. Não referiu irradiação da dor. Nega outras doenças. Ao exame: eupneico, corado e afebril. Pressão arterial de 140x80 mmHg, frequência cardíaca de 108 spm, frequência respiratória de 16 rpm, temperatura axilar de 37 °C e saturação de 95% em ar ambiente. Exame segmentar normal. Eletrocardiograma impresso baixo.

Os marcadores de necrose (0-6-9 horas) apresentaram discreta elevação.

A radiografia de tórax foi normal. Assinale a alternativa **CORRETA** para o tratamento inicial desse paciente.



- A) AAS e tenecteplase.
 - B) AAS e clopidogrel.
 - C) Ibuprofeno e colchicina.**
 - D) AAS e heparina.
 - E) Ibuprofeno e prednisona.
40. Paciente feminina, de 19 anos de idade, previamente hígida, vem notando hematomas espontâneos em membros superiores e inferiores há cerca de três semanas. Refere também aumento importante do fluxo menstrual e epistaxe. Nos últimos dias, passou a apresentar cansaço aos mínimos esforços. Seu hemograma evidencia: leucometria de 12.000/mm³; hemoglobina de 6,2 g/dL; contagem de plaquetas 21.000/mm³. Função renal, hepática e eletrólitos normais. TAP e KPTT alargados. Ao avaliar a hematoscopia, observa-se presença de células blásticas hipergranulares, algumas contendo múltiplos bastonetes de Auer. O diagnóstico mais provável é:

- A) leucemia promielocítica (LMA-M3).**
- B) aplasia de medula óssea.
- C) Leucemia Linfonoblástica Aguda (LLA).
- D) anemia megaloblástica.
- E) Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT).

41. Paciente de 55 anos, feminina, é atendida no pronto-socorro com quadro de dor súbita, palidez e esfriamento na perna direita, com sensibilidade diminuída e motricidade preservada. Ausência dos pulsos femorais, poplíteo, tibiais e fibular no MID. A conduta mais apropriada é:

- A) revascularização sem estudo prévio por exame de imagem, pois o paciente é de risco imediato de isquemia irreversível.
- B) eco-doppler e revascularização por risco marginal de isquemia irreversível.**
- C) amputação por perda de viabilidade da extremidade.
- D) trombolíticos.
- E) tratamento clínico, pois a extremidade é viável.

42. São indicadores clínicos para cuidados terminais em idosos, **EXCETO**:

- A) incapacidade para tomar medicamentos orais.**
- B) confinamento em UTI.
- C) dificuldade para os médios esforços.
- D) agressividade.
- E) dor neuropática.

43. Quanto à fisiopatologia dos aneurismas da aorta, é **CORRETO** afirmar que:

- A) as lesões ateroscleróticas são a etiologia principal para os aneurismas.
- B) os aneurismas da aorta abdominal são mais frequentes nas mulheres.
- C) o aumento da elastina é indispensável para o aumento do diâmetro do aneurisma.
- D) a aorta torácica tem maior número de camadas do que a aorta abdominal.**
- E) a nutrição da aorta abdominal é basicamente feita pela *vasa vasorum*.

44. Durante a consulta à beira do leito, pode-se observar, com frequência, na demência frontotemporal:

- A) compaixão e empatia.
- B) inibições.
- C) diminuição da ingestão alimentar.
- D) aumento do discernimento.
- E) hiperoralidade.**

45. Em relação à dissecção aórtica, o tratamento cirúrgico é mais bem indicado para os pacientes:

- A) tipo II de DeBakey, crônica, com aneurisma de 4,5 cm.
- B) tipo B de Stanford, aguda, sem dor.
- C) tipo A de Stanford, aguda, com insuficiência aórtica.**
- D) tipo B de Stanford, crônica, com aneurisma de 5,5 cm
- E) tipo A de Stanford, crônica, sem dilatação.

46. Em relação aos pacientes terminais, deve-se disponibilizar como cuidado básico, **EXCETO**:

- A) comunicação com os familiares.
- B) cuidado espiritual.
- C) reavaliação nutricional.
- D) comunicação com o paciente sempre.**
- E) reconhecimento de que o paciente está morrendo.

47. Na doença de Parkinson:

- A) o paciente apresenta distúrbio cognitivo precoce.
- B) a disfonia é rara.
- C) há uma hiperplasia das glândulas sublinguais.
- D) há distúrbio de comportamento precocemente.
- E) o tremor é, em geral, unilateral ou assimétrico.**

48. Mulher de 34 anos, violinista da orquestra sinfônica, apresenta, há três meses, dor no membro superior esquerdo, localizada na face interna do braço e irradiada até a mão. Notou que, há três semanas, durante uma turnê de inverno, apresentou alterações na coloração nos dedos da mão esquerda, que tornaram-se pálidos, cianóticos e avermelhados. O possível diagnóstico é:

- A) síndrome do desfiladeiro cervicotorácico, com compressão de C5 e C6.
- B) síndrome do desfiladeiro cervicotorácico, com compressão de C8 e T1.**
- C) síndrome do desfiladeiro cervicotorácico, com compressão de C6 e C7.
- D) síndrome do desfiladeiro cervicotorácico, com compressão pelo músculo axilopeitoral.
- E) síndrome da arcada de Langer, com compressão da artéria subclávia.

49. Sobre a demência frontotemporal, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- A) Está comumente associada ao parkinsonismo.
- B) O tratamento é de suporte.
- C) Ocorre diminuição volumétrica desproporcional dos lobos frontal e temporal.
- D) A Ressonância Magnética Cerebral pode reforçar o diagnóstico.**
- E) O início do quadro clínico, em geral, ocorre após os 85 anos de idade.**

50. Paciente submetido à correção de convencional de aneurisma de aorta abdominal com prótese aorto-bi-ilíaca, apresentando infecção na prótese. O procedimento indicado é:

- A) retirada da prótese + derivação arterial extra-anatômica.
- B) retirada cirúrgica simples.
- C) preservação da prótese + debridamento e drenagem.
- D) reconstrução *in situ*.
- E) tratamento clínico.

EMBRAMCO

EMBRAMCO