

**GRUPO D****Pré-requisito em Clínica Médica (Cancerologia Clínica e Nefrologia)**

Nome do Candidato: _____
Nº de Inscrição: _____
_____
Assinatura

**INSTRUÇÕES AO CANDIDATO**

- 1. Confira se a prova que você recebeu corresponde ao grupo/pré-requisito ao qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão resposta. Caso contrário comunique imediatamente ao fiscal de sala.**
2. Confira se, além deste BOLETIM DE QUESTÕES, você recebeu o CARTÃO RESPOSTA, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
3. Este BOLETIM DE QUESTÕES contém 50 (cinquenta) questões objetivas de Clínica Médica. Caso exista alguma falha de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala. Na prova há espaço reservado para rascunho. Esta prova terá duração de 04 (quatro) horas, tendo seu início às 8:00h e término às 12:00h (horário local).
4. Cada questão objetiva apresenta 04 (quatro) opções de resposta, identificadas com as letras (A), (B), (C) e (D). Apenas uma responde adequadamente à questão, considerando a numeração de 01 a 50.
5. Confira se seu nome, número de inscrição, grupo/pré-requisito e data de nascimento, consta na parte superior do CARTÃO RESPOSTA que você recebeu. Caso exista algum erro de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala, a fim de que o fiscal registre na Ata de Sala a devida correção.
6. É obrigatório que você assine a LISTA DE PRESENÇA e o CARTÃO RESPOSTA do mesmo modo como está assinado no seu documento de identificação.
7. A marcação do CARTÃO RESPOSTA deve ser feita somente com caneta esferográfica de tinta preta ou azul, pois lápis não será considerado.
8. A maneira correta de marcar as respostas no CARTÃO RESPOSTA é cobrir totalmente o espaço correspondente à letra a ser assinalada, conforme o exemplo constante no CARTÃO RESPOSTA.
9. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO RESPOSTA por erro do candidato. A substituição só será autorizada se for constatada falha de impressão.
10. O CARTÃO RESPOSTA é o único documento válido para o processamento de suas respostas.
11. O candidato deverá permanecer, obrigatoriamente, na sala de realização da prova por, no mínimo, uma hora após o início da prova. A inobservância acarretará a eliminação do concurso.
12. O candidato deverá devolver no final da prova, o BOLETIM DE QUESTÕES e o CARTÃO RESPOSTA.
13. Será automaticamente eliminado o candidato que durante a realização da prova descumprir os procedimentos definidos no Edital do Processo Seletivo à Residência Médica Hospital Ophir Loyola 2012.

**Boa prova.**



## CLINICA MÉDICA

**01.** O refluxo hepatojugular é um sinal semiológico encontrado nos pacientes com:

- (A) Insuficiência ventricular esquerda com hipertensão pulmonar secundária
- (B) Síndrome da veia cava superior
- (C) Infarto do ventrículo direito
- (D) Regurgitação tricúspide

**02.** Uma mulher de 33 anos, se apresenta na emergência com piora progressiva de dispneia. Ela está dispneica em repouso. Ela se sufoca se não dormir com três travesseiros. Edema depressível se desenvolveu em suas pernas. Ela não tem histórico de doença coronariana ou hipertensão arterial. Ela não bebe álcool e nunca engravidou. Relata quadro tipo gripal há várias semanas. Sua pressão arterial é 110 x 80mmHg e o pulso 108 batimentos/minuto. Estertores estão presentes em ambos os campos pulmonares até o terço médio. Na ausculta observa-se um galope com B<sub>3</sub> e B<sub>4</sub>, porém sem sopros. Seu fígado está levemente aumentado. Ela tem um edema depressível ++ em membros inferiores. Um ECG não mostra alterações agudas em ST ou nas ondas T. A radiografia de tórax mostra edema pulmonar alveolar e intersticial bilateral e cardiomegalia. A creatinoquinase (CPK) e a fração MB da CPK estão levemente elevadas. A causa mais provável de seus sintomas é:

- (A) Pericardite aguda com tamponamento
- (B) Cardiomegalia dilatada idiopática
- (C) Sarcoidose cardíaca.
- (D) Doença coronariana secundária vasculite

**03.** Um usuário de droga endovenosa é internado com febre e esplenomegalia, na ausculta verificamos sopro diastólico de 2+/6+ em foco mitral. Sobre o diagnóstico de endocardite bacteriana podemos afirmar que:

- (A) a presença de 1 critério maior de Dukes e 2 menores permite o diagnóstico
- (B) é estabelecido com certeza somente quando obtido em material de cirurgia cardíaca, autópsia e êmbolos examinados na histologia e microbiologia
- (C) são critérios maiores de Dukes uso de drogas endovenosas e condições cardíacas predisponentes
- (D) Fenômenos imunológicos e aparecimento de novo sopro são critérios maiores de Dukes.

**04.** Todas as alternativas em relação à hipertensão renovascular são corretas, *exceto*:

- (A) A hipertensão renovascular é a causa mais comum de hipertensão curável.
- (B) Dois terços dos pacientes com hipertensão renovascular apresentam estenose aterosclerótica da artéria renal.
- (C) Pacientes com displasia fibromuscular têm menor probabilidade de apresentar complicações cardiovasculares que aqueles com doença aterosclerótica.
- (D) Os sopros abdominais estão presentes em menos de 20% dos pacientes com hipertensão renovascular.

**05.** Com relação às leucemias, assinale a verdadeira:

- (A) em cerca de 90% dos casos de leucemias agudas temos a presença de uma alteração genética (translocação recíproca do braço longo do cromossomo 22), conhecida como cromossoma Ph.
- (B) o tratamento de escolha da leucemia linfocítica crônica é inicialmente o interferon alfa.
- (C) nas leucemias agudas temos geralmente a presença de febre, anemia, esplenomegalia, emagrecimento e episódios trombóticos.
- (D) a leucemia linfocítica crônica é o tipo mais frequente de leucemia que ocorre em múltiplos membros da família.

**06.** Os principais exames que devem ser solicitados para avaliação da hemostasia primária incluem:

- (A) Tempo de sangria, tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial.
- (B) Tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial e contagem de plaquetas.
- (C) Tempo de sangramento, contagem de plaquetas e avaliação da função plaquetária.
- (D) Tempo de protrombina, tempo de coagulação e contagem de plaquetas.

- 07.** As anemias hemolíticas microangiopáticas podem ser causadas por todas as condições, exceto:
- (A) Purpura trombocitopênica trombótica
  - (B) Síndrome hemolítica urêmica
  - (C) Veneno botrópico
  - (D) Coagulação intravascular disseminada
- 08.** Qual das combinações pode ser utilizada para diagnóstico da síndrome metabólica?
- (A) Obesidade abdominal - Intolerância a glicose - Hipertrigliceridemia.
  - (B) Hipertensão arterial - Hiperuricemia - Hipercolesterolemia
  - (C) Obesidade pélvica - Dislipidemia mista - Intolerância a glicose
  - (D) Hipertrigliceridemia - Hiperuricemia - Xantomas tendinosos
- 09.** Mulher de 27 anos de idade, que trabalha como secretária no departamento ambulatorial de um hospital local, submete-se a ultrassonografia de tireoide para demonstrar um novo equipamento. A cintilografia mostra um nódulo sólido de 0,5cm no polo inferior esquerdo da glândula tireoide. A paciente não tem história pessoal prévia ou história familiar de doença tireoideia. Não apresenta história de exposição significativa à radiação. Sente-se bem, e uma revisão detalhada de sistemas não revelou nada digno de nota. Seus períodos menstruais são regulares. Ao exame físico, parece estar bem; a frequência cardíaca é de 64/min e regular, e a pressão sanguínea é de 110/70mmHg. Os exames da cabeça, olhos, ouvidos, nariz e garganta não são dignos de nota e não existem anormalidades visíveis ou palpáveis no pescoço. Não há adenopatia. Os exames de tórax e cardíaco são normais. Estudos laboratoriais: hormônio sérico estimulante da tireoide de 0,95 $\mu$ U/ml (normal 0,5 a 5,0 $\mu$ U/ml). Qual das seguintes seria o melhor curso de ação?
- (A) Encaminhar a paciente para a biópsia com punção de agulha fina guiada por ultrassonografia do nódulo tireoidiano
  - (B) Medir os anticorpos antitireoidianos e o T4 sérico
  - (C) Pedir captação de iodo radioativo e cintilografia
  - (D) Examinar novamente a paciente e repetir a ultrassonografia em seis meses
- 10.** Um homem de 18 anos, diabético há 5 anos, em uso de insulina NPH 50 UI/dia foi encontrado inconsciente. Ao exame físico encontrava-se em coma aperceptivo arreativo, com pupilas isocóricas e fotorreagentes. Pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória encontravam-se dentro dos limites de normalidade. A conduta inicial mais adequada será:
- (A) Dosagem de glicemia e iniciar imediatamente o tratamento com insulina simples
  - (B) Dosagem da glicemia e imediatamente administrar glicose por via intravenosa
  - (C) Colher sangue para dosagem de glicemia e aguardar o resultado para uma conduta mais apropriada
  - (D) Tomografia computadorizada de crânio
- 11.** Uma mulher de 50 anos com história longa de insuficiência renal crônica em consequência de nefropatia diabética é levado ao pronto socorro por causa de náusea, letargia e confusão mental. O exame físico mostra aumento da pressão venosa jugular, campos pulmonares limpos e ruído rude sistólico na região precordial. Os exames laboratoriais iniciais mostraram: potássio = 5,2 mEq/l, bicarbonato = 17 mEq/l, ureia = 300 mg/dl, creatinina = 9,8mg/dl e glicemia de 220mg/dl. Qual o tratamento mais adequado.
- (A) Administrar insulina e glicose IV
  - (B) Administrar bicarbonato de sódio IV
  - (C) Realizar hemodiálise urgente
  - (D) Administrar manitol IV associado a altas doses de furosemida

**12.** Um paciente obeso de 55 anos, fumante crônico e sedentário, tem queixas de dispneia aos esforços, tosse crônica produtiva e chiado no peito há três anos. Relata que nos últimos três dias sua expectoração tornou-se esverdeada. No momento da consulta encontrava-se cianótico, taquipnéico, pletórico e com edema de membros inferiores, mas estável hemodinamicamente. Após administrar O<sub>2</sub> por cateter 5 l/min, a gasometria arterial mais provável será:

- (A) pH- 7,18, pCO<sub>2</sub>- 70, pO<sub>2</sub>- 85, HCO<sub>3</sub>- 35
- (B) pH- 7,48, pCO<sub>2</sub>- 50, pO<sub>2</sub>- 48, HCO<sub>3</sub>- 30
- (C) pH- 7,40, pCO<sub>2</sub>- 45, pO<sub>2</sub>- 48, HCO<sub>3</sub>- 33
- (D) pH- 7,15, pCO<sub>2</sub>- 65, pO<sub>2</sub>- 80, HCO<sub>3</sub>- 10

**13.** Um rapaz de 17 anos de idade chega ao pronto socorro queixando-se de “inchaço” da face e das pernas durante as últimas semanas. Tinha boa saúde até o início desse problema e não ia a um médico há 3 anos, exceto para os exames escolares de rotina. Negava uso de quaisquer medicações ou outros problemas médicos. Ao exame físico, o rapaz não parece ter outros problemas médicos. Sua PA é de 110/80mmHg, seu pulso é de 60bpm, sua frequência respiratória é de 15 e sua temperatura é de 37°C. As únicas anormalidades relacionam-se com edema periférico, visível acima do meio da coxa, e algum inchaço facial. Ao exame laboratorial, a ureia sanguínea é de 10mg/dl e a creatinina é de 1,1mg/dl. Os demais exames laboratoriais estão normais. O EAS revela apenas proteinúria de 4+. A microscopia do sedimento urinário revela vários cilindros hialinos, mas nenhum outro elemento celular. Que doença melhor se enquadra nesse distúrbio clínico?

- (A) Nefropatia com alteração mínima
- (B) Glomerulonefrite membranosa
- (C) Nefropatia por síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA)
- (D) Vasculite sistêmica

**14.** Um homem negro, de 34 anos, sabe ser hipertenso há 02 anos. Faz uso irregular de medicação e encontra-se há 40 dias sem anti-hipertensivo. Queixa-se de emagrecimento, adinamia, cefaleia constante que não melhora com analgésicos. Sua pressão arterial é de 210x140mmHg, seu pulso é de 64bpm. Na ausculta cardíaca a B2 encontra-se hiperfonética em foco aórtico. O exame do fundo do olho revela edema de papila bilateral, com focos hemorrágicos retinianos e exsudatos. A conduta deve ser:

- (A) Prescrever medicação anti-hipertensiva sublingual e solicitar avaliação do oftalmologista.
- (B) Internar o paciente para controle pressórico com medicações anti-hipertensivas intravenosas e por via oral, concomitantemente.
- (C) Prescrever medicação anti-hipertensiva sublingual e encaminhar para o acompanhamento em UBS
- (D) Manter o paciente em observação, retornando a prescrição das medicações anti-hipertensivas.

**15.** Um homem branco de 50 anos de idade é transferido da unidade de emergência para o hospital com diagnóstico presuntivo de tuberculose. A radiografia do tórax revela lesões cavitárias nodulares nos dois campos pulmonares. O EAS revela 50 eritrócitos por campo de grande aumento e proteinúria 3+. Agenda-se uma broncoscopia com biópsia pulmonar transbrônquica pela manhã. À tarde, ele apresenta piora súbita com hemoptise maciça e insuficiência renal progressiva. A intervenção terapêutica mais adequada nesta ocasião consistiria em tratamento de suporte e:

- (A) Pulso de corticosteroides
- (B) Medicação antituberculosa
- (C) Ciclofosfamida VO
- (D) Pulso combinado de corticosteroides e ciclofosfamida

**16.** Um homem de 38 anos, branco, apresenta artrite de joelho esquerdo, tornozelos e punho direito há dois dias, com febre de 38° C. Nega queixas urinárias atuais e patologia articular prévia. De positivo no exame, mostra pequenas pústulas com base eritematosa em membros inferiores, sinovite importante com derrame e dor incapacitante no joelho esquerdo e dor em tornozelo e punho direito, com tenossinovite associada no punho. A punção do joelho deu saída a líquido turvo, de viscosidade diminuída, com 42.000 leucócitos/mm<sup>3</sup> (89% polimorfonucleares). A bacterioscopia pelo Gram foi negativa. A principal etiologia para a artrite apresentada pelo paciente é:

- (A) Síndrome de Reiter
- (B) Estafilocócica
- (C) Gonocócica
- (D) Gota

**17.** Uma mulher de 32 anos de idade apresenta dor na região inguinal e na virilha esquerda, há uma semana, que se agrava com a sustentação do peso e deambulação. O exame físico revela amplitude de movimento plena do quadril esquerdo. Ela deambula com dificuldade. Essa paciente foi medicada previamente com vincristina, ciclofosfamida e prednisona para a doença de Hodgkin. A radiografia da pelve (incidência anteroposterior) não revela nenhuma anormalidade óssea. Qual dos seguintes exames complementares seria mais útil na realização do diagnóstico?

- (A) Anti-Ro e amilase sérica pela possibilidade de síndrome de Sjögren secundário
- (B) Ressonância magnética do quadril esquerdo
- (C) Calcitonina e cálcio ionizável
- (D) Ultrassonografia do quadril esquerdo

**18.** Um homem, de 53 anos, em pós-operatório de cirurgia cardíaca está sob ventilação mecânica com oxigênio a 100% e apresenta a seguinte gasometria arterial 18 horas após a cirurgia: pH 7,40; PaCO<sub>2</sub>, 39 mmHg; PaO<sub>2</sub>, 62 mmHg. Qual é o mecanismo mais provável de hipoxemia?

- (A) Desequilíbrio ventilação-perfusão
- (B) Shunt intrapulmonar
- (C) Anormalidades da difusão pulmonar
- (D) Hipoventilação

**19.** Uma mulher, de 20 anos, cai durante o treinamento militar e é trazida ao serviço de emergência. Sua temperatura é medida e encontra-se em 41,6°C. Qual das alternativas deveria ser o tratamento inicial?

- (A) Líquidos intravenosos frios
- (B) Lavagem gástrica com solução salina gelada associada
- (C) Lavado peritoneal
- (D) Molhar e ventilar o paciente

**20.** Um executivo, de 52 anos de idade se apresenta no serviço de clínica médica para avaliação de disfagia intermitente, que começou dois anos atrás. Ao alimentar-se, ele reclama de sensação de comida prendendo na garganta após a deglutição, além de desconforto torácico e hipersalivação. Por vezes esta sensação se resolve espontaneamente, porém, em pelo menos duas ocasiões, o desconforto obrigou a levantar da mesa e regurgitar a comida não digerida. Ele afirma que isto acontece mais frequentemente em ocasião de um almoço de negócios ou um jantar farto. O paciente aumentou de peso 2,3kg nos últimos seis meses. A exploração física é completamente normal. O diagnóstico mais provável é?

- (A) Acalasia do esôfago
- (B) Espasmo esofágico difuso
- (C) Adenocarcinoma do esôfago distal
- (D) Anel de Schatzki

**21.** Em quais dos seguintes pacientes sendo tratados com drogas anti-inflamatórias não-esteroides (AINEs) está a co-terapia profilática indicada para reduzir o risco de hemorragia gastrointestinal induzida pelos AINEs?

- (A) uma mulher de 40 anos de idade com artrite reumatóide que está também tomando metotrexato
- (B) um homem de 55 anos de idade com ataque agudo de gota que está tomando alopurinol
- (C) um homem de 75 anos de idade com osteoartrite e fibrilação atrial que está tomando warfarina
- (D) uma mulher de 50 anos de idade com fibromialgia que tem teste sorológico positivo para *Helicobacter pylori*

**22.** Todos os seguintes pacientes têm história de exposição ao vírus da hepatite C (HCV) 20 a 25 anos atrás e têm inflamação moderada e fibrose em ponte (F2 na classificação Metavir). Em que paciente a terapia com base no interferon é apropriada?

- (A) Um homem ativamente alcoólico de 42 anos de idade com história de adesão pobre ao tratamento médico
- (B) Uma mulher de 46 anos de idade com remota história de depressão
- (C) Um homem de 35 anos de idade com diabetes mellitus insulino dependente mal controlado e psoríase
- (D) um homem de 45 anos de idade que atualmente usa drogas intravenosas

**23.** Qual dos aspectos melhor distingue colite ulcerativa da doença de Crohn?

- (A) Úlceras orais
- (B) Sangramento retal
- (C) Granulomas não-caseosos
- (D) Comprometimento colônico difuso na endoscopia

**24.** Em quais dos indivíduos seguintes é apropriado tratar o *Helicobacter pylori*?

- (A) Um homem de 39 anos de idade com úlcera péptica
- (B) Uma mulher assintomática de 48 anos de idade com história familiar de câncer gástrico
- (C) Um paciente de 48 anos de idade com dor abdominal, mas sem úlcera (dispepsia-ulcerosa)
- (D) Um paciente de 62 anos de idade com doença de refluxo gastroesofágico

**25.** Assinale a correlação INCORRETA?

- (A) Vancomicina – Hemorragias por hipoprotrombinemia
- (B) Ciprofloxacina – Alterações na cartilagem de crescimento
- (C) Tetraciclina – Distúrbios da calcificação dentária
- (D) Anfotericina – Nefrotoxicidade com hipocalcemia

**26.** Paciente do sexo feminino, 60 anos, com antecedentes de fibrilação atrial e valvopatia mitral, apresenta subitamente diminuição de força em membros superior e inferior esquerdos, além de desvio de rima para a direita. Ao chegar ao hospital, uma hora após o início dos sintomas, apresenta pressão arterial de 150x100 mmHg, e está consciente, orientada, obedecendo a ordens verbais. Apresenta hemiparesia esquerda completa proporcionada, com força muscular grau 4 em membro superior e inferior esquerdos, reflexos profundos vivos à esquerda, presentes à direita, reflexo cutâneo-plantar em flexão bilateral. O restante do exame neurológico está normal. A tomografia de crânio é normal. Neste momento, a conduta adequada para o caso deve incluir:

- (A) Captopril 25mg sublingual até pressão arterial normalizar.
- (B) Dexametasona 4mg IV 6/6h
- (C) Furosemida 40mg IV 12q12h
- (D) Não administração de drogas anti-hipertensivas

**27.** Homem negro de 56 anos, hipertenso mal controlado, deu entrada no Pronto-Socorro com história de quadro súbito de hemiparesia à esquerda acompanhado de cefaleia, vômitos e diminuição do nível de consciência. O exame clínico do PS revelava: PA = 250 x 180 mmHg; coma, hemiparesia completa e proporcionada à esquerda. Qual a sua principal hipóteses diagnóstica para o quadro e qual o primeiro exame a ser pedido?

- (A) Acidente vascular encefálico isquêmico, tomografia de crânio.
- (B) Acidente vascular encefálico isquêmico, ressonância magnética de crânio.
- (C) Hemorragia cerebral intraparenquimatosa, tomografia de crânio.
- (D) Hemorragia subaracnóidea, tomografia de crânio.

**28.** Homem de 45 anos é atendido num centro de saúde estadual e tem suspeita diagnóstica de tuberculose pulmonar. O melhor procedimento médico-sanitário será:

- (A) Iniciar imediatamente o tratamento do paciente com o esquema RIPE; realizar pesquisa de foco domiciliar, introduzindo esquema terapêutico idêntico para os comunicantes com quadro sugestivo de tuberculose; notificar ao sistema de vigilância epidemiológica todos os casos confirmados ao final da investigação.
- (B) Confirmar o diagnóstico de tuberculose por meio de baciloscopia de escarro ou outros recursos clínico-laboratoriais pertinentes; aguardar confirmação diagnóstica para notificar o SVE e iniciar esquema RIPE; realizar quimioprofilaxia de comunicantes, conforme idade e situação clínica e imunológica.
- (C) Iniciar imediatamente quimioprofilaxia para o caso suspeito e seus comunicantes domiciliares; realizar pesquisa de foco domiciliar para confirmação diagnóstica do caso índice e comunicantes; concluir quimioprofilaxia nos casos não confirmados e substituí-la pelo esquema RIPE nos casos confirmados, comunicar ao SVE todos os casos ao final da investigação.
- (D) Notificar o caso suspeito ao SVE; iniciar esquema RIPE apenas em caso de confirmação diagnóstica por meio de baciloscopia de escarro ou outros recursos clínico-laboratoriais pertinentes; introduzir quimioprofilaxia para todos comunicantes até esclarecimento diagnóstico; vacinação dos comunicantes menores de 4 anos de idade não infectados.

**29.** Paciente do sexo masculino, com 34 anos de idade, bancário, apresenta história de tosse seca há 12 meses. Nega perda de peso, dispneia e dor torácica. Refere tabagismo (20 maços-ano). Não tem epidemiologia para AIDS e a sorologia para HIV foi negativa. Sem outras queixas, inclusive articulares. Hemograma normal. Glicose, ureia e creatinina normais. Mantoux não reator. O RX de tórax mostrou doença cística pulmonar e a tomografia do tórax demonstrou a presença de imagens císticas de paredes finas e tamanhos variáveis distribuídos uniformemente em ambos os pulmões; ausência do sinal do sinete. A principal suspeita diagnóstica é:

- (A) Histiocitose X
- (B) Sarcoidose
- (C) Pneumonia intersticial aguda
- (D) Tuberculose cavitária

**30.** Paciente de 50 anos, cardiopata crônico (chagásico), controlado com digital, diurético e dieta hipossódica é admitido no pronto socorro devido ao aparecimento de dispneia a médios e pequenos esforços, acompanhada de edema de membros inferiores há 10 dias. Apresenta algumas horas mais tarde, dor de forte intensidade em hemitórax esquerdo de início súbito, acompanhada de tontura e dispneia. Exame físico: taquipneico ++, PA = 90 x 70mmHg, pulso = 140bpm, frequência respiratória = 32 irpm; a ausculta evidenciava bulhas hipofonéticas e rítmicas, com roncos e sibilos em ambos os hemitórax. Fígado a 5 cm do reborda costal direita, doloroso e edema de membros inferiores. Pulso periférico radial diminuído. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Infarto agudo do miocárdio
- (B) Aneurisma dissecante
- (C) Tromboembolismo pulmonar
- (D) Choque cardiogênico por ruptura de aneurisma da ponta do ventrículo esquerdo

**31.** Um paciente de 20 anos com o diagnóstico conhecido de asma se apresenta ao seu consultório reclamando de episódios frequentes de respiração curta e ofegante. Ele tem estes sintomas mais ou menos três vezes por semana e durante o mês passado acordou três noites com dispneia, a qual melhorou após a inalação do agonista Beta2. Qual das alternativas é a melhor abordagem terapêutica para a paciente?

- (A) Aumentar a frequência de inalação de agonista Beta2
- (B) Iniciar antagonista de leucotrieno com corticoide oral
- (C) Iniciar baixa dose de corticoide inalatório
- (D) Iniciar agonista Beta2 de longa duração

**32.** Mulher de 62 anos de idade chega ao consultório médico para avaliação clínica. Não tem problemas médicos sérios, embora comente que parece estar ficando “mais lenta” no último ano; atribui a alteração de seu nível de atividade ao fato de estar ficando mais velha. Não se exercita regularmente, mas executa todas as tarefas domésticas sem dificuldade. Fuma cigarro desde os 22 anos de idade e atualmente fuma 1,5 maços de cigarros por dia. Tem tosse produtiva de aproximadamente 15 a 20ml (uma a duas colheres das de chá) de escarro esbranquiçado a cada manhã. Não há história de asma e pneumonia. O exame físico mostra uma fase expiratória prolongada da respiração e roncos respiratórios esparsos à ausculta do tórax, que clareiam com a tosse. O teste de função pulmonar (espirometria) mostra os seguintes resultados:

Capacidade vital forçada (CVF) - 3,131 (92% do previsto)

Volume expiratório forçado em 1seg. (VEF1) -1,081 (40% do previsto)

Razão de VEF1 para CVF - 0,35 (46% do previsto)

Fluxo expiratório forçado, fase mesoexpiratória (FEF 25%-75%) - 0,471/seg (18% do previsto)

Qual das seguintes intervenções tem maior probabilidade de preservar a função pulmonar da paciente ao longo dos próximos cinco anos?

- (A) Supressão do tabagismo.
- (B) Uso regular de agonistas  $\beta$ -adrenérgicos inalatórios
- (C) Uso regular de antagonista de leucotrienos
- (D) Uso regular de glicocorticoides inalatórios

**33.** No tratamento do status epilepticus deve se considerar o seguinte esquema cronológico de terapia anticonvulsivante:

- (A) Fenitoina, diazepam, tionembutal, curarização
- (B) Diazepam, fenitoina, valproato, tionembutal
- (C) Diazepam, fenobarbital, fenitoina, halonato
- (D) Diazepam, fenitoina, fenobarbital, tionembutal, curarização

**34.** Das seguintes afirmativas sobre a malária:

I - Com relação às gestantes a cloroquina é a droga de primeira escolha para tratamento de todos os tipos de malária.

II - Os eritrócitos positivos para o antígeno do grupo sanguíneo duffy são resistentes ao *Plasmodium vivax*.

III - A insuficiência renal é um fator prognóstico grave na malária falciparum.

IV - O *Plasmodium malariae* pode causar a nefropatia imunomediada.

V - A esplenomegalia maciça pode resultar de surtos repetidos da infecção.

Estão corretas:

- (A) I - II - III
- (B) I - III - V
- (C) II - IV - V
- (D) I - III - IV - V

**35.** Um adolescente de 15 anos dá entrada na UTI com febre alta e mialgias generalizadas há quatro dias, queda do estado geral progressiva e confusão mental nas últimas 12 horas. Ao exame físico: temperatura axilar = 39,5°C, toxemiado, hipotenso, taquicárdico, com rigidez de nuca e estertoração em terço médio de pulmão direito e base do hemitórax esquerdo. Há lesão purulenta, com sinais inflamatórios, em tornozelo direito. Os pais referem que há 8 dias o paciente caiu da bicicleta e machucou o tornozelo. Qual a conduta inicial neste caso:

- (A) Debridamento do foco infeccioso, metronidazol por via oral, soro antitetânico ou imunoglobulina humana antitetânica por via intramuscular.
- (B) Colheita de sangue para cultura, realização de ecocardiograma transtorácico e introdução de penicilina cristalina e gentamicina, por via endovenosa.
- (C) Colheita de sangue, líquor e material da lesão para cultura e introdução de oxacilina EV.
- (D) Debridamento do foco infeccioso com colheita de material para cultura, introdução de penicilina cristalina por via endovenosa e aguardar resultado da cultura para introdução de antitoxina tetânica.

**36.** Na meningoencefalite bacteriana aguda, encontramos no líquor:

- (A) Celularidade elevada, proteína baixa, glicose baixa.
- (B) Celularidade elevada, proteína elevada, glicose baixa.
- (C) Celularidade elevada, proteína elevada, glicose elevada.
- (D) Celularidade elevada, proteína baixa, glicose elevada.

**37.** Qual das combinações de parasitas e respectivos sintomas não está indicada corretamente?

- (A) *Ancilostoma duodenale* – Anemia megaloblástica
- (B) *Tricocephalus trichurus* – Prolapso retal
- (C) *Giardia lamblia* – Síndrome disarbsortiva
- (D) *Strongyloides stercoralis* – Infestação grave com sepse em desnutridos

**38.** Um paciente com diagnóstico de SIDA apresentou insuficiência respiratória aguda com escarro positivo para *Pneumocystis carinii*. Foi indicado tratamento com pentamidina devido a atopia a sulfas. No 5º dia de tratamento, o paciente apresentou taquicardia, sudorese profusa, palidez cutaneomucosa e rebaixamento do nível de consciência. Deve-se adotar como conduta inicial à administração de:

- (A) Corticosteróides
- (B) Soro fisiológico a 0,9%
- (C) Glicose hipertônica a 50%
- (D) Heparina em dose plena pela possibilidade tromboembolia pulmonar

**39.** Paciente com SIDA, em tratamento com AZT, 3TC e indinavir, apresenta dor lombar à direita irradiada para o flanco, sem febre. O diagnóstico relacionado à terapêutica em uso é:

- (A) Nefrolitíase
- (B) Necrose de papila
- (C) Trombose da veia renal direita
- (D) Vasculite renal

**40.** Uma mulher, de 40 anos, procura atendimento queixando-se de fraqueza generalizada e fadiga fácil há sete meses. Ela não tem outros sintomas. Sua pressão arterial é de 118/76mmHg e o exame físico nada revela de notável, com exceção de um discreto bócio. Os exames laboratoriais revelam o seguinte: sódio sérico = 142 mEq/l, potássio sérico = 2,2 mEq/l, cloreto sérico = 86 mEq/l e bicarbonato sérico = 44 mEq/l. A causa mais provável de alcalose hipopotassêmica nesse paciente é:

- (A) Aldosteronismo primário
- (B) Abuso de espironolactona
- (C) Vômitos subreptícios
- (D) Síndrome de Cushing

**41.** Um paciente está sendo investigado para insuficiência renal aguda e apresenta concentração urinária de sódio de 15 mmol/l e osmolalidade urinária de 510 mosmol/kg/H<sub>2</sub>O. Essas alterações seriam compatíveis com todas as seguintes condições, com EXCEÇÃO de:

- (A) Glomerulonefrite pós-estreptocócica aguda
- (B) Embolização de colesterol nos rins
- (C) Rabdomiólise
- (D) Cirrose hepática com ascite

**42.** Uma mulher, de 20 anos, apresenta VDRL positivo (1:16) ao exame de rotina. Qual sua conduta?

- (A) Tratar com penicilina benzatina
- (B) Colher uma história epidemiológica apurada e tratá-la com penicilina benzatina
- (C) Colher uma história epidemiológica apurada e confirmar com o FAT-ABS
- (D) Caso não tenha sido tratada anteriormente devemos tratá-la com penicilina benzatina

**43.** Uma mulher, de 55 anos, com histórico de mama localmente avançado, não tratado, apresenta uma queixa de dor lombar baixa progressiva por três semanas. Sua dor irradia para o quadril esquerdo, e ela observou uma fraqueza ao deambular, mas não existe histórico de incontinência fecal ou urinária nem perda de força em ambas as pernas. Uma radiografia simples da coluna tóraco-lombar revela diversas lesões líticas. Posteriormente, a paciente apresentou uma compressão de medula em L2. Todas as alternativas são verdadeiras em relação ao tratamento da paciente, exceto:

- (A) A paciente deve receber quimioterapia de emergência para tratar a doença
- (B) A paciente deve ser encaminhada para um neurocirurgião para avaliar uma cirurgia para descompressão
- (C) A paciente deve iniciar tratamento de emergência com dexametasona em altas doses
- (D) A paciente deve ser avaliada por um radioterapeuta

**44.** Associe o local de metástases de malignidade gastrointestinal ao nome adequado:

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1 – Prateleira de Blumer         | A – Linfonodo axilar esquerdo                   |
| 2 – Linfonodo de Virchow         | B – Implante peritoneal palpável no exame retal |
| 3 – Linfonodo irlandês           | C – Grande metástase ovariana                   |
| 4 – Linfonodo da irmã Maria José | D – Linfonodo supraclavicular esquerdo          |
| 5 – Tumor de Krukenberg          | E – Linfonodo periumbilical                     |

- (A) 1B, 2D, 3A, 4E, 5C
- (B) 1E, 2D, 3A, 4C, 5B
- (C) 1C, 2E, 3B, 4D, 5A
- (D) 1D, 2A, 3C, 4B, 5E

**45.** Um pedreiro, de 36 anos, chega à emergência com um histórico de fezes escuras, melena, por dois dias. Ele não possui outros problemas médicos. Ele ingere com frequência naproxeno para cefaleia sem prescrição. Sua pressão arterial é de 90/50mmHg, com pulso em repouso de 105 batimentos/minuto. Amostra de sangue é coletada e enviada para estudo. O próximo passo deveria se:

- (A) Aguardar os resultados do hemograma antes de qualquer procedimento.
- (B) Colocar dois cateteres periféricos de grande calibre e bolus com cristaloides IV.
- (C) Transfundir duas unidades de concentrado de hemácias já que o paciente apresenta sinais de anemia grave.
- (D) Determinar a pressão arterial e o pulso nas posições sentado e em pé, para determinar a necessidade de transfusão de sangue.

**46.** Um homem de negócios, de 42 anos, vem ao seu consultório pela primeira vez. Ele apresenta um histórico de infarto do miocárdio. Seu exame clínico se mostra normal com uma pressão arterial de 120/70mmHg. Ele está atualmente tomando atenolol, 50mg duas vezes ao dia, e aspirina 100mg diariamente. Seu perfil lipídico em jejum mostra: colesterol total, 210mg/dl; HDL 40mg/dl; LDL 150mg/dl e triglicérides, 110mg/dl. Ele está seguindo uma dieta adequada orientada por nutricionista para hipercolesterolemia. Qual alternativa seria a mais apropriada nesta situação?

- (A) Aconselhá-lo a aumentar o nível de atividade física para aumentar seu HDL.
- (B) Interromper o betabloqueador por seu efeito desfavorável sobre o perfil lipídico.
- (C) Iniciar terapia com fibrato associado a ezetimiba.
- (D) Iniciar vastatina para reduzir o nível de LDL.

**47.** Erosões e ulcerações na mucosa oral são comumente vistas em qual das seguintes doenças cutâneas?

- (A) Lúpus eritematoso cutâneo subagudo
- (B) Pênfigo vulgar
- (C) Pênfigo vulgar e raramente no pênfigo foliáceo
- (D) Ectima gangrenoso

**48.** São fatores de risco para o desenvolvimento de trombose venosa profunda (TVP):

- (A) Deficiência de anticoagulante lúpico
- (B) Deficiência de anticardiolipina
- (C) Deficiência de proteína C e S
- (D) Hiperfibrinólise

**49.** Em um paciente com diagnóstico clínico laboratorial de icterícia obstrutiva, foi realizada ultrassonografia abdominal, que revelou dilatação das vias biliares. Para o diagnóstico etiológico, o exame indicado é:

- (A) Tomografia computadorizada do abdome superior
- (B) Colangiografia venosa com dose dupla de contraste
- (C) Colangiografia retrógrada endoscópica
- (D) Colangiografia transparietohepática

**50.** Uma pessoa idosa que vinha tomando digitálicos para a insuficiência cardíaca foi trazida ao hospital devido à anorexia e a náuseas. Ao exame, é observado um bigeminismo ventricular. O nível de digoxina é de 1,5 pg/L. Espera-se que todos os seguintes fatores contribuam com a intoxicação digitalica, EXCETO:

- (A) Doença pulmonar obstrutiva crônica com hipoxemia
- (B) Acréscimo de quinidina ao esquema terapêutico
- (C) Tratamento diurético com diuréticos de alça
- (D) Hipertireoidismo

RASCUNHO