

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**UNIRIO**

HUGG - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle



# **RESIDÊNCIA MÉDICA – 2016**

## **CLÍNICA MÉDICA**

### **Programas**

Alergia e Imunologia

Endocrinologia

Gastroenterologia

Reumatologia

- 1) Pode-se afirmar que acerca de Endocardite Infecçiosa que
- a) a febre é considerada um critério principal, considerando os critérios de Duke.
  - b) a ecografia nem sempre necessita ser realizada no paciente com diagnóstico clínico de endocardite.
  - c) três conjuntos de três frascos de hemoculturas devem ser colhidos na suspeita clínica de Endocardite Infecçiosa.
  - d) o primeiro exame de imagem a ser realizado é o Ecocardiograma Transesofágico, em paciente de alto risco inicial para endocardite.
  - e) a presença de êmbolos arteriais que ocorrem mais tardiamente, durante ou após o tratamento eficaz, não constituem por si só evidência de falha de tratamento antimicrobiano.
- 2) Em relação à osteomielite, é **CORRETO** afirmar que
- a) propionibactéria não está envolvido como etiologia.
  - b) *acinetobacter sp* é causa comum de Osteomielite por Gram negativo.
  - c) estafilococos coagulase-negativos associam-se à produção de biofilme.
  - d) o vírus do Sarampo pode dar forma grave de Osteomielite de ossos longos.
  - e) osteomielite por *Bartonella henselae* é relacionada à ingestão de leite não pasteurizado.
- 3) Na avaliação de um paciente com um nódulo da tireoide, a abordagem propedêutica inicial, mais adequada, é
- a) realização de punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassonografia.
  - b) realização de punção aspirativa por agulha fina pela palpação do nódulo.
  - c) ressecção do nódulo para análise histopatológica.
  - d) avaliação das provas de função tireoidianas.
  - e) realização de cintilografia da tireoide.
- 4) As massas suprarrenais incidentalmente descobertas, comumente denominadas “incidentalomas”, são comuns, com prevalência em 2% da população geral. A conduta no paciente com massa suprarrenal incidentalmente descoberta na tomografia computadorizada ou ressonância magnética deve incluir
- a) aspiração com agulha fina para diagnóstico histopatológico.
  - b) triagem para excesso de hormônios relacionados à adrenal.
  - c) apenas o acompanhamento, já que foi um achado incidental.
  - d) suprarrenalectomia unilateral em massa de 1,5 cm em decorrência da elevada possibilidade de neoplasia maligna.
  - e) a realização somente de triagem para excesso de metanefrinas e/ou catecolaminas nos pacientes com histórico de hipertensão.

Leia o caso clínico descrito a seguir e responda às questões nºs 5 e 6.

Você atende um paciente em seu consultório de 74 anos, masculino, sabidamente com o diagnóstico de mieloma múltiplo. Sua esposa refere que há cerca de 3 semanas ele apresenta quadro de sonolência, fadiga, constipação, náuseas e vômitos. Ao exame apresenta-se desidratado 2+/4+, hipocorado 1+/4+, prostrado. Exames de sangue evidenciam: Ureia: 98 mg/dL, Creatinina: 2.1 mg/dL, Sódio: 138 mEq/L, Potássio: 4,3 mEq/L, Cálcio: 14,6 mg/dL, Fósforo: 1,8 mg/dL, Albumina: 2,8 g/dL, Paratormônio Molécula Intacta: 350 pg/mL, 25-Hidroxi Vitamina D: 25 ng/mL.

- 5) Diante deste quadro clínico, pode-se afirmar que o diagnóstico **CORRETO** é
- a) hiperparatireoidismo primário.
  - b) hipercalcemia por osteólise.
  - c) hipercalcemia humoral dos cânceres.
  - d) hiperparatireoidismo secundário à insuficiência renal.
  - e) hiperparatireoidismo secundário à deficiência de Vitamina D.

- 6) Um tratamento que pode agravar o distúrbio eletrolítico evidenciado é
- uso de bifosfonatos.
  - uso de diurético de alça.
  - uso de diurético tiazídico.
  - hidratação com solução salina.
  - administração de fósforo via oral.
- 7) Interna na enfermaria do seu hospital, um paciente de 45 anos, com quadro de dor abdominal tipo cólica, poliartralgia, e manchas vermelho-arroxeadas na pele das nádegas e membros inferiores. Exames complementares mostraram leucocitose discreta e eosinofilia, dosagem de IgA sérica elevada, complemento sérico normal, sedimento urinário com cilindros hemáticos e proteinúria. O diagnóstico, mais provável, é
- Síndrome de Behçet.
  - Vasculite secundária.
  - Vasculite crioglobulinêmica.
  - Púrpura de Henoch-Schönlein.
  - Púrpura trombocitopênica idiopática.
- 8) Em relação ao tratamento da Artrite Reumatoide, pode-se afirmar que
- o Metotrexate é droga cardiotoxica.
  - a Sulfasalazina pode causar lesão irreversível da retina.
  - o uso de Rituximabe pode aumentar o risco de infecções virais.
  - a Hidroxicloroquina se mostrou eficiente em retardar a progressão radiográfica da doença.
  - doses baixas de glicocorticoide devem ser mantidas mesmo quando a atividade de doença está controlada com uso de Rituximabe.
- 9) Sobre as doenças do sistema respiratório nos pacientes infectados pelo HIV, é possível afirmar que
- pneumonia bacteriana recidivante não é doença definidora de AIDS.
  - a bronquite e a sinusite agudas são prevalentes durante todos os estágios da infecção pelo HIV.
  - a vacina pneumocócica é mais eficaz quando administrada com contagem de células T CD4+ < 200/ $\mu$ L.
  - o risco de desenvolver pneumonia por *Pneumocystis* é maior nos indivíduos com contagem de células T CD4+ < 500/ $\mu$ L.
  - os pacientes infectados pelo HIV tem a mesma suscetibilidade de infecção por germes encapsulados que a população geral.
- 10) A correlação **CORRETA** para algumas manifestações de deficiências vitamínicas e minerais é
- gengivas inchadas e sangrantes: deficiência de tiamina.
  - glossite e língua despapilada: deficiência de vitamina K.
  - insuficiência cardíaca de alto débito: deficiência de vitamina B12.
  - hipogeuestesia, hiposmia e queda de cabelo: deficiência de zinco.
  - ataxia de marcha, oftalmoplegia e confabulação: deficiência de vitamina C.

**11)** O peso corporal é regulado por componentes endócrinos e neurais que, em última análise, determinam o consumo e o gasto energético de um indivíduo. A obesidade, condição cada vez mais frequente, é uma doença heterogênea cujos fatores genéticos, ambientais, psicológicos, culturais, hormonais e neurais interferem em sua gênese. Por isso, muitos estudos tentam encontrar substâncias, sejam hormônios ou peptídeos, que favoreçam o consumo de nutrientes em excesso em relação ao reduzido gasto energético. A substância incriminada no ganho de peso, especialmente pelo aumento de apetite, é denominada

- a) Grelina.
- b) Leptina.
- c) Insulina.
- d) Peptídeo relacionado ao glucagon (GLP-1).
- e) Hormônio estimulador do melanócito-  $\alpha$  (MSH- $\alpha$ ).

**12)** Um indivíduo obeso vai ao seu consultório para redução do peso. Como médico, você pesquisa as possibilidades medicamentosas do tratamento da obesidade, não se esquecendo de enfatizar as mudanças comportamentais, dietoterapia e atividade física sob orientação. Entre as assertivas abaixo, aquela que está **CORRETA** é:

- a) Sibutramina é medicação segura em cardiopatas, pois inibe a recaptção de noradrenalina e serotonina.
- b) Orlistat é um inibidor da recaptção de dopamina e noradrenalina, dificultando hidrólise de ácidos graxos e monoacilgliceróis. Seus principais efeitos são flatulência e diarreia.
- c) Fentermina é uma medicação anorexígena de ação central, pois aumenta liberação de catecolaminas. Já está sendo comercializada em associação ao topiramato nos Estados Unidos.
- d) Rimonabanto é um antagonista dos opióides, antagonizando os efeitos orexígenos do tetrahydrocannabinóide e suprimindo o apetite. Foi retirado do mercado por aumentar a circunferência abdominal e o risco cardiovascular.
- e) Bupropiona e Naltrexona foram associados em formulação para obesidade. O primeiro é um inibidor sintético de lipases, enquanto o segundo é antagonista opióide. Com isso, reduzem o impulso, o prazer e a palatabilidade de se alimentar.

**13)** O médico da emergência recebe paciente masculino de 40 anos irresponsivo e trazido por vizinhos, os quais sabem que o paciente possui alguma doença psiquiátrica e que já tentou suicídio tomando suas medicações. Ao examinar, o médico percebe que ele está hipertenso, taquicárdico, dispneico com sibilância e com sudorese e salivação profusas. Apresentou episódio emético, além de perda de urina e fezes. Ao exame neurológico constatam-se fasciculações, tetraparesia e miose. Sobre o caso, verifique as assertivas e marque a alternativa **CORRETA**.

Analise as assertivas em relação ao caso descrito

- I) Suporte respiratório com oxigênio é medida indicada.
- II) Descontaminação gastrointestinal com carvão ativado é o método preferencial.
- III) Atropina pode melhorar rapidamente todos os sinais e sintomas do paciente.
- IV) Pralidoxina costuma controlar os sintomas nicotínicos da intoxicação por organofosforados.

Estão **CORRETAS**, apenas, as assertivas

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) III e IV.
- d) I, II e III.
- e) I, II e IV.

**14)** Sobre o tema carcinoma broncogênico, analise as assertivas, inserindo **C** (certo) ou **E** (errado).

- ( ) Paciente com carcinoma broncogênico e síndrome paraneoplásica, o estadiamento sempre será de pior prognóstico.
- ( ) Elevação de fosfatase alcalina pode sugerir, apenas, metástase hepática.
- ( ) Tomografia de tórax deve ser complementada com TC de abdome superior no estadiamento do câncer de pulmão.
- ( ) O escore TNM do estadiamento do câncer de pulmão é usado para todos os tipos de carcinomas Broncogênicos.
- ( ) O tamanho do tumor, bem como, a extensão por contiguidade e por proximidade com outros órgãos no tórax são avaliados no escore T para o câncer de pulmão não pequenas células.

A ordem **CORRETA** é

- a) E-E-C-E-C
- b) E-C-C-E-C
- c) E-E-E-C-C
- d) C-E-C-C-C
- e) C-E-C-E-E

**15)** Sobre as metástases no carcinoma broncogênico, pode-se afirmar que

- a) um indivíduo com lesão pulmonar maligna central e derrame pleural neoplásico só terá estadiamento IV (M1a) se possuir outras lesões metastáticas à distância.
- b) o mediastino confere local de disseminação linfática de tumores broncogênicos. O PET é o melhor exame para o mediastino, mesmo nos casos de nodos hipometabólicos.
- c) os pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão não pequenas células devem ser submetidos ao screening de doença oculta disseminada seguindo a ordem: tomografia, PET, ressonância, e por último, toracoscopia.
- d) caso o paciente com suspeita de câncer de pulmão apresente cefaleia de forte intensidade piorando ao deitar, o exame de escolha para investigação de possível metástase cerebral é tomografia computadorizada de crânio.
- e) com o chamado PET-CT (PET integrado à tomografia), podem-se detectar lesões metastáticas à distância. Simultaneamente, é possível estabelecer tamanho e acessibilidade cirúrgica do tumor, aumentando a acurácia no estadiamento do câncer de pulmão.

**16)** Vários fatores contribuem para a lesão renal do portador de mieloma múltiplo, cuja ocorrência é em torno de 25% a 50% dos pacientes. Se o paciente com essa gamopatia monoclonal começa a apresentar no exame de urina: glicosúria, aminoacidúria, bicarbonatúria e dificuldade na concentração urinária, a principal hipótese diagnóstica é

- a) hipercalcemia.
- b) hiperuricemia.
- c) acidose tubular renal tipo 2.
- d) depósito glomerular de proteína amilóide.
- e) necrose tubular aguda por cadeias leves.

**17)** Durante o ambulatório, o residente de clínica médica inicia a investigação de anemia de um paciente com doença renal crônica. Ele está assintomático e seus exames demonstram: hemoglobina 8,5 g/dl; hematócrito 25%; taxa de reticulócitos corrigido 1,0%; ferritina sérica 50 µg/L (normal: 50 a 200) ; Ferro sérico 40 µg/dl (normal: 50 a 150 µg/dl); TIBC 280 µ/dl (normal: 300 a 360) e saturação de transferrina 15% (normal: 30% a 50%). No retorno ao ambulatório, fez o cálculo do *clearance* de creatinina (taxa de filtração glomerular), estimado em 30 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup> de superfície corporal. Com esses exames, ele indicou uso de eritropoietina (EPO) 3 vezes por semana calculada pelo peso do paciente. Sobre a conduta do médico residente, é **CORRETO** afirmar que está

- a) equivocada porque a dose de eritropoietina nos pacientes anêmicos e com doença renal crônica é constante, independente do *clearance* de creatinina e do peso.
- b) errada, pois a dose de eritropoietina deve ser calculada, de acordo com o nível de hemoglobina e hematócrito do paciente com doença renal crônica e anêmico.
- c) equivocada, pela necessidade de investigar anemia ferropriva e pela prescrição de eritropoietina antes de repor os estoques de ferro.
- d) acertada, pois o paciente estava anêmico e eritropoietina deve ser usada em pacientes com doença renal crônica e anemia.
- e) errada, porque a dose de eritropoietina deveria ser calculada pelo *clearance* de creatinina do paciente.

**18)** Paciente feminina de 20 anos retorna à consulta com ginecologista/obstetra para acompanhamento e para investigação de anemia. O médico observa os exames (a seguir) e repara em duas alterações no exame físico: icterícia e esplenomegalia. A paciente traz consigo ultrassom que confirma a esplenomegalia moderada e detecta cálculos em vesícula biliar. Exames: Hemoglobina 9,0 g/dl (12,5 a 14g/dl); Hematócrito 27% (35% a 42%); VCM: 90 fl (82 a 98 fl); HCM 35 pg (Normal: 2 a 32 pg/cel); CHCM: 40% (normal: 32 a 36%); Leucócitos 10 mil/mm<sup>3</sup>; plaquetas 150 mil/mm<sup>3</sup>; LDH 380 U/L (normal: 115 a 221 U/L); bilirrubina total 4,0 mg/dl (normal 0,4 a 1,3 mg/dl); bilirrubina indireta 3 mg/dl (0,2 a 0,9 mg/dl); taxa de reticulócito corrigido 2,9. De acordo com os achados e com os exames iniciais de investigação, o médico obstetra pensa na seguinte hipótese provável:

- a) anemia falciforme
- b) anemia ferropriva
- c) anemia sideroblástica
- d) esferocitose hereditária
- e) leucemia mieloide aguda

**19)** Paciente masculino de 10 anos interna com dor abdominal, fraqueza e mal estar. A mãe relata que seu filho sempre foi saudável, exceto por icterícia neonatal com 3 dias de vida (sic). Há 3 dias apresentou quadro sugestivo de faringite, sendo medicado com sulfametoxazol e trimetoprim. Efetuando o restante do exame físico e exames complementares, o médico constatou: icterícia com elevações de LDH e bilirrubina total e indireta; anemia importante com hemoglobina 5g/dl; urina escura com hemoglobinúria; plaquetas 150 mil/mm<sup>3</sup>; esfregaço de sangue periférico com macroalócitos, esferócitos, policromasia e anisocitose. Também foram observadas hemácias distribuídas de maneira desigual e algumas sugerindo "mordidas" (bite cells). O provável diagnóstico é

- a) esferocitose hereditária.
- b) porfiria intermitente aguda.
- c) síndrome hemolítico-urêmica.
- d) crise hemolítica da anemia falciforme.
- e) anemia hemolítica por deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase.

**20)** É **CORRETO** afirmar que, em relação à Pressão Arterial,

- aproximadamente, 15 a 20% dos pacientes com hipertensão estágio 1 (PAS 140-159 mmHg x PAD 90-99 mmHg), com base nas pressões de consultório, apresentam pressões ambulatoriais médias pela MAPA inferiores a 135 x 85 mmHg, fenômeno chamado de hipertensão do jaleco branco.
- pressão arterial sistólica (PAS) abaixo de 120 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) abaixo de 80 mmHg são classificadas, de acordo com as sociedades americana, europeia e brasileira, como níveis normais de pressão arterial. Os pacientes que apresentarem níveis de pressão arterial maiores que 120 x 80 mmHg devem receber medicações anti-hipertensivas.
- independentemente do sistema de classificação e do número de visitas ambulatoriais, a hipertensão arterial sistêmica é definida clinicamente quando os valores de pressão arterial sistólica são maiores ou iguais a 140 mmHg e/ou os valores de pressão arterial diastólica são maiores ou iguais a 90 mmHg.
- de acordo com as evidências atuais, as medidas de pressão arterial em casa, incluindo os registros de 24h, não preveem confiavelmente lesões de órgão-alvo, e por isso, não devem ser utilizadas.
- em pacientes com outros fatores de risco, como diabetes, doença arterial coronariana e doença renal crônica, são recomendados alvos de pressão arterial (PA) semelhantes à população em geral, ou seja, PA < 140 x 90 mmHg.

**21)** Um paciente de 60 anos, previamente hipertenso, chega à emergência francamente dispneico, desorientado e com níveis de PA: 220 x 120 mmHg. Ao exame, estava combativo, mas o médico percebeu ritmo regular, B3 e sopro sistólico +3 em foco mitral. Constatou-se também murmúrio vesicular reduzido em bases e estertores crepitantes até terço médio de ambos os hemitórax. A conduta **CORRETA** pelos preceitos médicos é a seguinte:

- deve-se administrar captopril sublingual e mantê-lo na emergência sob monitorização hemodinâmica.
- devido à suspeita de acidente vascular encefálico, deve-se manter a pressão arterial nos níveis da internação.
- o tratamento da dispneia se resolve, apenas, com o uso de máscara facial com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP).
- além da terapêutica direcionada ao edema agudo de pulmão, encefalopatia hipertensiva é um diagnóstico provável com necessidade de reduzir a pressão arterial em minutos a horas.
- realizar eletrocardiograma, fundoscopia e Rx de tórax. Posteriormente, deve-se coletar sangue para análise de enzimas cardíacas e bioquímica, direcionada à função renal. Em seguida, inicia-se o tratamento com medicações venosas (nitrito, diurético e morfina).

**22)** A associação adequada do anti-hipertensivo aos seus efeitos adversos e contraindicações está contemplada na seguinte assertiva:

- disfunção sexual, fadiga e depressão são conhecidos efeitos colaterais dos alfa bloqueadores.
- os beta bloqueadores seletivos são efetivos na inibição dos receptores B1 cardíacos, sendo absolutamente seguros no uso em pessoas com doença arterial periférica grave e doença pulmonar obstrutiva crônica com broncoespasmos.
- os diuréticos mais usados são hidroclorotiazida e furosemida, os quais podem gerar alterações hidroeletrólíticas (hipocalemia e hipernatremia), além de hiperuricemia e hipoglicemia.
- devido à ligação aos receptores de progesterona e de androgênios, a hidralazina pode levar a ginecomastia, anormalidades menstruais e impotência sexual.
- os bloqueadores de canais de cálcio dihidropiridínicos costumam cursar com cefaleia, flushing e edema de membros inferiores. Enquanto o principal efeito adverso do verapamil (não dihidropiridínico) é a constipação.

**23)** É muito comum encontrar telangiectasias em pacientes com cirrose hepática e na síndrome CREST (telangiectasias, esclerodactilia, dismotilidade esofágica, fenômeno de Raynaud e calcinose cutânea). No entanto, as telangiectasias podem surgir em outras condições. As possíveis causas de telangiectasias são

- mastocitose, gravidez e anemia ferropriva.
- acne rosácea, *diabetes mellitus* e hipotireoidismo.
- esclerose tuberosa, tumor carcinoide e doença celíaca.
- dermatomiosite, *lupus* eritematoso sistêmico e linfoma cutâneo de células T.
- doença de Osler-Weber-Rendu, telangiectasia hemorrágica hereditária e pênfigo vulgar.

- 24)** Sobre a hipercalemia humoral maligna, uma frequente síndrome paraneoplásica, é **CORRETO** afirmar que
- é mais comum nos tumores de pulmão, pele, esôfago, mama, mieloma múltiplo, linfoma, trato genitourinário e tumores de cabeça e de pescoço.
  - baseia-se o tratamento para esta síndrome paraneoplásica na redução dos níveis de cálcio utilizando-se em todos os pacientes: fósforo oral, hidratação com salina, bisfosfonatos, diuréticos de alça e corticoides.
  - a hipercalemia humoral maligna só ocorre pela produção do peptídeo relacionado ao paratormônio, ao contrário da hipercalemia pelas metástases ósseas, encontrada em tumores como pulmão, mama e próstata.
  - é comum a hipercalemia humoral maligna manifestar-se antes do conhecimento da condição maligna subjacente e gerar sintomas com níveis discretamente elevados (abaixo de 14 mg/dl).
  - a calcitonina não é um tratamento útil neste tipo de hipercalemia maligna, pois o peptídeo relacionado ao paratormônio, apesar de estruturalmente semelhante, não se liga aos receptores do paratormônio (PTH).
- 25)** A síndrome paraneoplásica da pessoa rígida tem sido relacionada a outras síndromes não paraneoplásicas. Acerca da síndrome da pessoa (ou homem) rígido é **CORRETO** afirmar que
- o tratamento da síndrome requer o tratamento do tumor, corticoide e sintomáticos para os espasmos. Nos casos não associados à síndrome paraneoplásica, infelizmente, apenas, os sintomáticos são ministrados.
  - a síndrome caracterizada por rigidez muscular progressiva e espasmos dolorosos propiciados por estímulos sensitivos, auditivos e emocionais. O envolvimento ocorre, apenas, nos membros inferiores.
  - a GAD (descarboxilase do ácido glutâmico) é uma enzima biossintética do GABA e um dos alvos de anticorpos na síndrome do homem rígido e no *diabetes mellitus*.
  - os anticorpos relacionados à síndrome inibem sinapses de neurotransmissores como ácido gama aminobutírico (GABA) ou glicina. No entanto, não são usados medicamentos com efeito GABAérgicos que estimulam o neurotransmissor.
  - o anticorpo anti-anfifisina foi associado apenas à síndrome do homem rígido pelo câncer de pulmão pequenas células e pelo câncer de mama, enquanto, o anti receptor de glicina foi relacionado apenas à encefalomielite pelo câncer de pulmão.
- 26)** Homem, 42 anos, é atendido no ambulatório com diagnóstico de epilepsia e está em uso de anticonvulsivante cujo nome não sabe informar. Um familiar médico disse que ele deveria trocar esta medicação por ser portador de glaucoma e múltiplos cálculos renais. Diante desta história, o anticonvulsivante que, provavelmente, este paciente está usando é
- carbamazepina.
  - levetiracetam.
  - lamotrigina.
  - topiramato.
  - fenitoína.
- 27)** Na pneumonia por hipersensibilidade, depois da exposição aguda a um antígeno, os pacientes comumente apresentam
- neutrofilia e linfopenia.
  - monocitose e basofilia.
  - leucopenia e linfocitose.
  - eosinofilia e neutropenia.
  - bastonemia e plaquetopenia.

**28)** Paciente com história de taquicardia ventricular realizou ecocardiograma que evidenciou aumento do ventrículo direito, com anormalidade da parede e formação de aneurisma apical deste ventrículo. Diante da possibilidade de displasia arritmogênica do ventrículo direito. Espera-se encontrar as seguintes alterações eletrocardiográficas:

- a) elevação do segmento ST e onda T apiculada em D1 e aVL.
- b) intervalo PR curto e onda delta no complexo QRS de várias derivações.
- c) aumento do intervalo QT e presença de onda U em algumas derivações.
- d) entalhe terminal do complexo QRS e inversão da onda T em V1, V2 e V3.
- e) infradesnívelamento do segmento ST e inversão da onda T em D2, D3 e aVF.

**29)** Dissecção aguda da aorta ascendente pode causar infarto agudo do miocárdio. A despeito de ser raro, a artéria coronariana ou o ramo coronariano mais provavelmente envolvida(o) é

- a) ramo diagonalis.
- b) coronária direita.
- c) artéria circunflexa.
- d) ramo marginal obtuso.
- e) artéria descendente anterior.

**30)** Mulher de 25 anos, com diagnóstico de fibrose cística, vem apresentando vários episódios de infecções respiratórias de repetição relacionadas às bronquiectasias pulmonares. Entre outras medidas, uma proposta profilática, neste caso, seria o uso crônico de

- a) Ceftriaxone 500 mg intramuscular, uma vez ao dia, três vezes na semana.
- b) Amicacina 500 mg intramuscular, duas vezes ao dia, três vezes na semana.
- c) Azitromicina 500 mg via oral, uma vez ao dia, três vezes na semana.
- d) Clindamicina 300 mg via oral, três vezes ao dia, diariamente.
- e) Amoxicilina 875 mg via oral, três vezes ao dia, diariamente.

**31)** O exame mais adequado para avaliação de viabilidade miocárdica é

- a) ecocardiografia com Doppler tecidual.
- b) cintilografia miocárdica com tecnécio-99m.
- c) ultrassonografia intravascular coronariana.
- d) angiografia coronária com análise da reserva de fluxo coronariano.
- e) tomografia com emissão de pósitron utilizando fluorodesoxiglicose.

**32)** Na tetralogia de Fallot, a apresentação clínica é determinada, principalmente, de acordo com a gravidade do (a)

- a) regurgitação pulmonar.
- b) dilatação do anel valvar tricúspide.
- c) fluxo por comunicação interventricular.
- d) obstrução da via de saída do ventrículo direito.
- e) remodelamento concêntrico do ventrículo esquerdo.

**33)** Mulher, 51 anos, com alteração do comportamento, distúrbio da função executiva e dos movimentos dos membros superiores sugestivos de coreia. Ao exame, apresenta apatia e prejuízo da atenção, porém sem alterações significativas da memória. A principal hipótese diagnóstica é

- a) doença de Pick.
- b) doença de Huntington.
- c) demência frontotemporal.
- d) degeneração corticobasal.
- e) doença de Creutzfeldt-Jakob.

**34)** Entre as medicações abaixo, aquela que atua no aumento da meia-vida de eliminação da levodopa e sua disponibilidade no cérebro é

- a) clonazepam.
- b) amantadina.
- c) seleginina.
- d) quetiapina.
- e) entacapona.

**35)** Mulher, 26 anos, procura serviço de emergência com queixa de impactação alimentar. Relata episódios de disfagia e pirose, sem melhora com o uso de pantoprazol 20 mg ao dia há 1 mês. História de rinite, provavelmente alérgica. Realizada endoscopia digestiva alta de urgência, com remoção de alimento sólido impactado no terço distal do esôfago. Também foi observada a presença de vários anéis esofágicos, depressões lineares e exudatos puntiformes. Foram realizadas biópsias da mucosa do esôfago. A principal hipótese diagnóstica é

- a) doença de refluxo gastroesofágico.
- b) megaesôfago chagásico.
- c) esofagite eosinofílica.
- d) esofagite herpética.
- e) atresia esofágica.

**36)** O maior risco de câncer de cólon em paciente com colite ulcerativa ocorre em

- a) pancolite com 10 anos de doença.
- b) história de pólipos colônicos na família.
- c) colite esquerda com 5 anos de doença.
- d) gravidade do sangramento retal na última crise.
- e) presença de manifestações extraintestinais da doença.

**37)** Paciente é internado com síndrome de insuficiência cardíaca. Exames complementares mostram eletrocardiograma com complexos QRS de baixa voltagem e ecocardiograma com espessamento das paredes do ventrículo esquerdo, presença de brilho refrativo no septo interventricular e significativo aumento biatrial. Este quadro sugere

- a) endomiocardiofibrose.
- b) cardiomiopatia amiloide.
- c) hemocromatose cardíaca.
- d) cardiomiopatia hipertrófica.
- e) cardiomiopatia por irradiação.

**38)** Algumas medicações podem beneficiar pacientes com síndrome das pernas inquietas. A droga mais indicada nestes pacientes que permanecem sintomáticos apesar da terapia não farmacológica é

- a) zolpidem.
- b) clozapina.
- c) memantina.
- d) pramipexol.
- e) risperidona.

**39)** As manifestações clínicas comuns na Síndrome de Marfan mais destacadas são

- a) comunicação interatrial, ectasia das carótidas comuns e miopia.
- b) estenose tricúspide, aneurisma de aorta torácica e hipermetropia.
- c) forame oval patente, coarctação da aorta e deslocamento da retina.
- d) regurgitação aórtica, estenose de artérias coronárias e catarata precoce.
- e) prolapso da valva mitral, dilatação dos seios de Valsalva e luxação do cristalino.

**40)** A causa de Síndrome de Cushing que independe do ACTH é

- a) câncer de pulmão de pequenas células.
- b) carcinoma medular da tireoide.
- c) carcinoma adrenocortical.
- d) adenoma hipofisário.
- e) feocromocitoma.

**41)** Indivíduo com quadro de hematúria glomerular e proteinúria leve evolui desenvolvendo glomeruloesclerose crônica e DRC em associação com surdez neurosensorial e comprometimento ocular. O diagnóstico mais provável é

- a) síndrome de Alport.
- b) doença de Berger.
- c) doença de Fabry.
- d) glomerulopatia fibrilar.
- e) síndrome de Goodpasture.

**42)** Em paciente infectado pelo vírus HIV que desenvolve doença renal glomerular, a lesão mais prevalente e característica, definida pela biópsia renal, é

- a) glomerulonefrite membranosa.
- b) glomerulonefrite por lesão mínima.
- c) glomeruloesclerose segmentar e focal.
- d) glomerulonefrite membranoproliferativa.
- e) glomerulonefrite crioglobulinêmica.

**43)** A manifestação pulmonar mais comum na artrite reumatoide é

- a) doença intersticial.
- b) nódulo pulmonar.
- c) doença pleural.
- d) bronquiectasia.
- e) bronquiólite.

**44)** Das causas de obstrução mecânica do trato urinário, a que predominantemente acomete o ureter é a/o

- a) câncer vesical.
- b) necrose de papila.
- c) neuropatia diabética.
- d) doença da medula espinhal.
- e) uso de agentes anticolinérgicos.

**45)** É causa de nefrite túbulo intersticial aguda o uso de

- a) lítio.
- b) fenacetina.
- c) ciclosporina.
- d) vancomicina.
- e) ácido aristolóquico.

**46)** É causa de hipercalcemia por síntese excessiva de  $1,25(OH)^2D$ :

- a) hiperparatireoidismo primário.
- b) metástases osteolíticas.
- c) nutrição parenteral total.
- d) doença granulomatosa.
- e) hipertireoidismo.

**47)** O fármaco capaz de causar hirsutismo é

- a) butirofenonas.
- b) minoxidil.
- c) clofibrato.
- d) clonidina.
- e) lítio.

**48)** A doença que frequentemente se associa à esplenomegalia maciça é

- a) malária.
- b) cirrose.
- c) policitemia vera.
- d) endocardite bacteriana subaguda.
- e) insuficiência cardíaca congestiva.

**49)** Paciente de 24 anos, sexo feminino, chega ao consultório com queixa de episódios recorrentes de dor torácica, dispneia, taquicardia e sensação de morte iminente há aproximadamente 12 meses. Não é possível identificar nenhum fator precipitante. Estes episódios têm aproximadamente 20 minutos de duração e apresentam resolução espontânea. Nada digno de nota ao exame físico, na história familiar ou história patológica pregressa. Traz alguns eletrocardiogramas realizados durante suas diversas idas à emergência. Todos se encontram dentro da normalidade. Entretanto, a paciente está muito preocupada com seu quadro e evita sair de casa devido ao medo de passar mal na rua. Após se afastar etiologia clínica, a melhor conduta terapêutica inicial é

- a) inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS) associado à clonazepam.
- b) monoterapia com inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS).
- c) amitriptilina devido à alta eficácia e tolerabilidade.
- d) ácido valpróico associado à psicoterapia.
- e) benzodiazepínicos de baixa potência.

**50)** Sobre a Medicina Baseada em Evidências (MBE) podemos afirmar que

- a) em estudos observacionais, o uso de controles históricos é preferível ao de controles concomitantes.
- b) estudos observacionais encontram-se sob maior risco de viés de seleção comparados aos ensaios clínicos randomizados.
- c) relatos de casos e séries de casos apresentam elevada validade, tendo importante papel na formulação de padrões modernos de prática.
- d) o melhor ponto de partida para a uma pesquisa conforme preceitos da MBE consiste na identificação de revisões sistemáticas recentes sobre o tema.
- e) as vantagens dos ensaios clínicos incluem a capacidade de abranger uma população mais ampla do que em estudos observacionais, apresentando assim maior validade externa.