



SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

CADERNO DE QUESTÕES

DATA: 16 DE NOVEMBRO DE 2014.

PROGRAMA COM PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADES: Cancerologia Clínica; Cardiologia; Clínica Médica (R3); Endocrinologia; Endoscopia; Gastroenterologia; Medicina Intensiva; Hematologia e Hemoterapia; Nefrologia; Pneumologia; Reumatologia

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 50 (cinquenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber o Cartão-Resposta, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure o Cartão-Resposta.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. Os participantes poderão solicitar cópia de seu Cartão-Resposta, digitalizado, conforme previsto no subitem 14.12 do Edital da SURCE.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e o Cartão-Resposta no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e o Cartão-Resposta ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente após a assinatura da Ata de aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

Seleção Residência Médica 2015

- 01.** Homem de 32 anos chega à emergência do hospital com queixa de palpitação. Traz consigo eletrocardiograma feito há 1 mês, como exame admissional, que mostrava intervalo PR curto e onda delta em VI. Ao exame, você observa frequência cardíaca de 168 bpm, irregular. Ele está normotenso, alerta e apenas com leve taquipneia. O ECG mostra fibrilação atrial com complexos QRS largos. Qual das drogas abaixo deve ser usada para controle dessa arritmia?
- A) Verapamil.
 - B) Cedilanide.
 - C) Propanolol.
 - D) Propafenona.
- 02.** Homem de 58 anos comparece para reavaliação de angina estável, após 03 meses do início do tratamento. Tem diagnóstico de *diabetes melitus*, hipertensão arterial e dislipidemia, há cinco anos. Seu eletrocardiograma mostra discretas ondas Q em parede inferior (igual ao antigo), e novo Ecocardiograma permanece normal. Sua queixa de dor permanece inalterada com o tratamento adequado (limita suas caminhadas e o dia a dia do trabalho). Qual dos exames abaixo é indicação classe 1, com base nas diretrizes mais atuais, para esse paciente?
- A) Coronariografia.
 - B) Teste ergométrico.
 - C) Ecocardiograma com estresse farmacológico.
 - D) Cintilografia miocárdica de perfusão com estresse farmacológico.
- 03.** Paciente portador de insuficiência renal crônica, em tratamento conservador (clearance de creatinina 22mL/min), chega à emergência por dor precordial há 1h. Você faz um ECG que mostra infarto agudo do miocárdio com supra de ST. Por questões de logística, você opta por reperfusão química com Alteplase. Qual das opções abaixo é a melhor terapia antitrombótica adjunta?
- A) Abciximab.
 - B) Bivalirudina.
 - C) Fondaparinux.
 - D) Enoxaparina.
- 04.** Paciente retorna ao seu ambulatório para reavaliação de insuficiência cardíaca congestiva. Ele está em uso de Enalapril, Furosemida, Espironolactona e Carvedilol. Ao exame, a pressão arterial é de 110x60 mmHg, a frequência cardíaca é de 64 bpm. No eletrocardiograma, o ritmo é regular e o complexo QRS tem duração de 100ms. Traz ecocardiograma revelando disfunção sistólica global e fração de ejeção de 30%. Ele permanece como classe funcional III (NYHA). Qual das intervenções abaixo deve ser adicionada ao tratamento do paciente?
- A) Warfarin.
 - B) Digoxina.
 - C) Ressincronização cardíaca.
 - D) Revascularização miocárdica.
- 05.** Paciente portador de insuficiência cardíaca por doença coronariana comparece para reavaliação. Está em classe funcional III (NYHA). Suas medicações são Captopril 25mg 12/12h, Carvedilol 25mg 12/12h, Furosemida 60mg/dia e Aldactone 25mg/dia. Sua pressão arterial é 110x60 mmHg, e sua creatinina é 1,8 mg/dL. Qual o ajuste do esquema terapêutico que deve ser feito?
- A) Associar Verapamil.
 - B) Diminuir o Carvedilol.
 - C) Aumentar o Captopril.
 - D) Encaminhar para ressincronização.

06. Mulher de 80 anos portadora de insuficiência renal crônica, em tratamento conservador (clearance de creatinina 12mL/min), apresenta-se para avaliação de fibrilação atrial. Ela é hipertensa em tratamento. Traz um ecocardiograma que revela leve aumento do átrio esquerdo, hipertrofia do ventrículo esquerdo e boa função sistólica. Com base nas diretrizes mais recentes, qual das intervenções abaixo deve ser realizada?

- A) Aspirina.
- B) Warfarin.
- C) Clopidogrel.
- D) Rivaroxaban.

07. Paciente comparece para avaliação de manchas brancas na pele. Não há dor, prurido ou qualquer outro sintoma. Você observa lesões hipopigmentadas na região superior do tórax (figura 1). Essas lesões assumem um aspecto descamativo após tração da pele local pelo examinador (figura 2). Qual o diagnóstico mais provável?

FIGURA 1



FIGURA 2

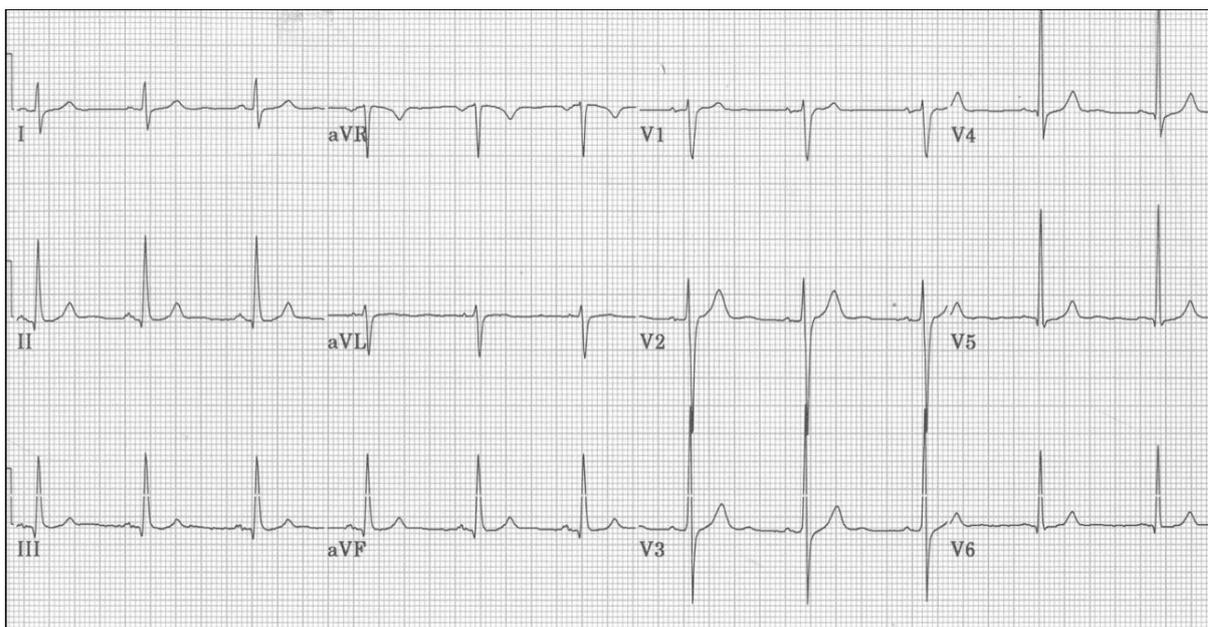


Conferir figuras correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURAS 1 e 2)

- A) Vitiligo.
- B) Tinea corporis.
- C) Líquen simples.
- D) Pitiríase versicolor.

08. Mulher de 32 anos comparece com queixa de prurido e lesões na face anterior dos joelhos. Ela é portadora de enteropatia sensível ao glúten. Você observa rashpapulo-vesicular nas áreas citadas e faz biópsia. No retorno, o histopatológico revela depósitos granulares de IgA. Qual o melhor tratamento para o caso?
- A) Dapsona.
 - B) Cloroquina.
 - C) Prednisona.
 - D) Fexofenadina.
09. Homem de 32 anos comparece para avaliação de promoção à saúde. Ele é assintomático, tem índice de massa corporal (IMC) de 36kg/m^2 . A análise laboratorial mostra hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 6,0% e Índice HOMA 3,8. Com base nas evidências científicas mais recentes, qual intervenção terapêutica é a mais efetiva na prevenção do diabetes, nesse paciente?
- A) Acarbose.
 - B) Sitagliptina.
 - C) Metformina.
 - D) Rosiglitazona.
10. Mulher de 40 anos comparece para avaliação de perda de peso há 1 ano. Ela refere também astenia importante, anorexia, náuseas e vômitos. Ela fez tratamento para tuberculose há 03 anos. Durante o exame físico, você observa hiperpigmentação de joelhos, cotovelos, mamilos e pregas palmares. Há também rarefação de pelos axilares e pubianos. A pressão arterial é 90x60 mmHg. Exames laboratoriais mostram eosinofilia, sódio sérico de 128 mEq/L e potássio 6,0 mEq/L. A dosagem de qual hormônio é mais importante nesse caso?
- A) Cortisol.
 - B) Glucagon.
 - C) Tireo-estimulante (TSH).
 - D) Foliculo-estimulante (FSH).
11. Mulher de 56 anos comparece para reavaliação do Diabetes Melitus. Ela retorna pouco sintomática, mas referindo dificuldades de perder peso. Seu Índice de Massa Corporal (IMC) é 35 kg/m^2 (mantido em relação à última consulta). Seus exames atuais mostram glicemia de jejum 132 mg/dL e hemoglobina glicosilada (HbA1c) 10%. Qual a melhor intervenção terapêutica adicional para essa paciente?
- A) Repaglinida.
 - B) Sitagliptina.
 - C) Glimeperida.
 - D) Insulina Lantus.
12. Em seu consultório, você atendeu um paciente de 17 anos por tendinite das mãos. Você então informa, sem que o paciente pergunte, que sua doença é relacionada ao trabalho. Ele traz o receituário de um hospital público para que seja feito o atestado. Você faz o documento no formulário trazido pelo paciente e não coloca o Código Internacional de Doença (CID) referente ao diagnóstico. Após a saída do paciente, entra a mãe dele pedindo informações sobre o caso, o que você se nega a fazer, pois paciente é capaz. Qual das situações caracterizou ilícito ético?
- A) Realizar o atestado conforme solicitado pelo paciente.
 - B) Não anotar o CID, já que se trata de doença ocupacional.
 - C) Negar informação à mãe do mesmo, já que ela é sua responsável legal.
 - D) Informar relação da doença com o trabalho, sem que o paciente tenha perguntado.
13. Um jovem é levado à emergência, pela polícia, devido seu comportamento tumultuador, durante a festa de sua formatura. Apresentava-se agressivo e um pouco paranoide. O acompanhante mencionou que o paciente não tem dormido bem. Seu amigo, estudante de medicina, desconfia que ele esteja intoxicado por anfetamina, mas não tem certeza. Quais sintomas confirmariam a hipótese diagnóstica do seu amigo?
- A) Anorexia, diaforese, midríase.
 - B) Miose, fala arrastada, sonolência.
 - C) Hiperfagia, conjuntiva injetada, taquicardia.
 - D) Alucinações evidentes, midríase, falta de coordenação.

14. Paciente de 50 anos procura a emergência com queixa de dor subesternal com aperto, há 30 minutos. É administrado nitroglicerina sublingual e oxigênio. Sua pressão arterial é 120/80 mmHg. O ECG evidencia o traçado abaixo. Qual a conduta inicial mais indicada?



- A) Angiotomografia das artérias coronárias.
B) Angiografia coronariana.
C) Iniciar aspirina.
D) Ecocardiografia.
15. Paciente 59 anos, hipertensa, em uso de anti-hipertensivos, preocupada com a leitura que fez sobre a associação entre o aumento do risco de doenças cardiovasculares e síndrome metabólica, procurou seu médico para saber se era portadora dessa síndrome. A alternativa que permite estabelecer esse diagnóstico por meios dos critérios do III Painel de Tratamento do Adulto do Programa Educacional Nacional de Colesterol (CEP/ATP III) ou Federação Internacional de Diabéticos (IDF), em relação ao caso relatado é:
- A) Pressão arterial de 135/90 mmHg, HDL 50 mg/dL, glicemia de jejum 99 mg/Dl, triglicerídeos 150 mg/d.
B) Pressão arterial de 140/90 mmHg, LDL-colesterol 160 mg/dL, HDL 50 mg/dL, LDL-colesterol 160 mg/dL glicemia de jejum 110 mg/Dl.
C) Pressão arterial de 120/80 mmHg, LDL-colesterol 150 mg/dL, HDL 50 mg/dL, glicemia de jejum 99 mg/dL e circunferência abdominal 102 cm.
D) Pressão arterial de 120/80 mmHg, HDL 50 mg/dL, glicemia de jejum 90 mg/Dl, triglicerídeos 160 mg/dL e circunferência abdominal 86 cm.
16. Paciente, masculino, 70Kg, portador de insuficiência renal crônica queixa-se de adinamia e anorexia. Ao exame, apresenta palidez cutaneomucosa (+++/4), pressão arterial de 150/100mmHg sem demais alterações. Os exames complementares evidenciam: creatinina 3,25 mg/dL, hemoglobina 9,0 g/dL, ferritina 90 ng/mL, saturação de transferrina de 18%, fósforo 6,7 mg/dL, paratormônio 100 pg/mL. Diante do caso relatado, a conduta inicial de eleição é:
- A) Otimização da pressão arterial, ferro via oral e quelante de fósforo.
B) Otimização da pressão arterial, ferro via oral, quelante de fósforo e calcitriol.
C) Otimização da pressão arterial, eritropoietina, quelante de fósforo e calcitriol.
D) Otimização da pressão arterial, eritropoietina, calcitriol, quelante de fósforo e terapia de substituição renal.

17. Um homem, 60 anos, chega à emergência com história de febre e expectoração. Ao exame, apresenta PA 150/90 mmHg e temperatura de 38°C. Exames laboratoriais evidenciam leucocitose com desvio à esquerda, função renal e eletrólitos normais. Evoluiu sem melhora da temperatura 39,5° C, FC: 125 bpm, PA 90/70 mmHg, sendo realizado, assim, esquema antibiótico que incluiu gentamicina. No dia seguinte, apresentou creatinina de 3,1 mg/dL, cilindros granulosos pigmentares e sódio urinário de 25 mEq/L. Diurese de 24 h: 800 ml. Frente ao quadro clínico-laboratorial, o diagnóstico mais provável é:
- A) Azotemia pré-renal.
 - B) Necrose tubular aguda.
 - C) Necrose cortical bilateral.
 - D) Nefrotoxicidade pela gentamicina.
18. Paciente do sexo masculino foi internado para investigação de proteinúria em níveis subnefróticos. Ao exame físico, encontrava-se icterico (+/4) com sopro cardíaco sistólico no segundo e terceiro espaços intercostais. Os exames complementares mostraram; Hb: 7,4 g/dL, Ht: 22,5%, hemácias em foice e complemento sérico normal. Sumário de urina: proteínas(++), hemoglobina(+), glicose (++). A glomerulopatia mais provável, no caso em questão, é:
- A) Glomerulonefrite membranosa.
 - B) Glomerulonefrite difusa mesangial.
 - C) Glomerulosclerose segmentar e focal.
 - D) Glomerulonefrite por endocardite bacteriana subaguda.
19. Rita tem 65 anos e procura o ambulatório com queixa de dor articular em mãos e joelhos e rigidez matinal que melhora em menos de 20 minutos com as atividades da manhã. Ao exame das mãos, observa-se, deformidade nas articulações interfalangeanas distais além de redução do espaço articular e presença de osteófitos na radiologia. O diagnóstico mais provável e tratamento inicial indicado são, respectivamente:
- A) Artrite reumatoide, corticoide.
 - B) Osteoartrite, acetaminofen.
 - C) Osteocondromatose sinovial, sinovectomia.
 - D) Artropatia por depósito de pirofosfato de cálcio, anti-inflamatórios não esteroides.
20. Paciente feminina de 25 anos foi internada com um quadro de glomerulonefrite. Os exames complementares evidenciaram um FAN em célula Hep-2, com padrão homogêneo acima dos valores de referência, creatinina sérica de 3,0 mg/dL. Sumário de urina proteína (++), hemoglobina (+++), leucocitúria e cilindros hemáticos. A biópsia renal realizada foi compatível com lúpus. De posse desses dados, podemos interpretar:
- A) O diagnóstico está estabelecido, segundo a interpretação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1997). O estudo anatomopatológico renal mais provável é do tipo IV.
 - B) O diagnóstico está estabelecido, segundo a interpretação dos critérios do Systemic International Collaborating Clinics (2012) (SLICC). O estudo anatomopatológico renal mais provável é do tipo IV.
 - C) O diagnóstico está indefinido, segundo a interpretação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia. Para o diagnóstico, necessita-se de quatro ou mais critérios dentre o total de onze. O estudo anatomopatológico renal mais provável é do tipo V.
 - D) O diagnóstico está indefinido, segundo a interpretação dos critérios do SLICC. Para o diagnóstico, necessita-se de quatro critérios, dentro de um total de dezessete, pelo menos um clínico e um imunológico. O estudo anatomopatológico renal mais provável é do tipo III.
21. Homem, 27 anos, usuário de cocaína, é trazido à emergência por agitação psicomotora. Queixa-se de fraqueza muscular difusa. A urina apresenta pH 7,0, cor de chá escuro e disptick positivo para hemoglobina. Potássio sérico de 6,8 mEq/L e ECG normal. Diante do diagnóstico presumível, a conduta mais adequada inicial é:
- A) Gluconato de cálcio endovenoso e hemodiálise.
 - B) Furosemida endovenosa e restrição de líquidos.
 - C) Reposição volêmica com solução de cloreto de sódio (0,9%) e hemodiálise.
 - D) Reposição volêmica com bicarbonato de sódio em solução isotônica e glicoinulina.

22. Paciente de 60 anos, sexo masculino, é avaliado por perda de memória recente. Durante a anamnese, percebe-se que a alteração vem ocorrendo ao longo dos últimos 6 meses. Exame físico não mostra alterações relevantes. Exames laboratoriais solicitados (hemograma, avaliação hormonal, eletrólitos, função renal e hepática, vitamina B12 e sorologias virais) são normais. Entretanto, o VDRL é reagente 1:64. Qual o próximo passo na terapêutica desse paciente?
- A) Prescrever penicilina procaina 10 dias EV.
 - B) Prescrever penicilina benzatina 3 doses IM.
 - C) Solicitar FTA-Abs sérico para confirmação.
 - D) Realizar punção lombar para VDRL líquido.
23. Paciente de 79 anos, sexo feminino, é avaliada no setor de emergência por dor em região proximal de coxa direita. Refere que o quadro iniciou subitamente, ao levantar-se de uma cadeira após o almoço. Nega quedas ou outros traumas. É acompanhada por hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e osteoporose. Faz uso regular de hidroclorotiazida 12,5mg/dia há 8 anos, ácido acetilssalicílico (AAS) 100mg/dia há 15 anos, sinvastatina 40mg/dia há 5 anos e alendronato sódico 70mg/semana há 10 anos. Exame físico mostra deformidade coxofemoral direita, com dor à movimentação passiva. A radiografia pélvica está disponível. Qual das medicações em uso pode estar implicada nesta condição?

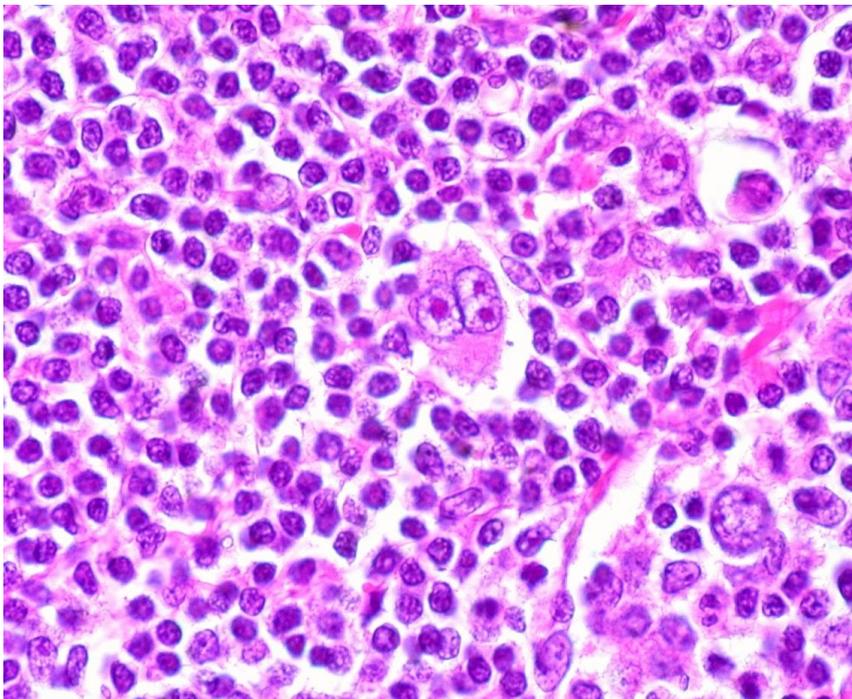


- A) AAS
 - B) Sinvastatina
 - C) Alendronato.
 - D) Hidroclorotiazida.
24. Quinze dias após início de tratamento para tuberculose pulmonar, com esquema de primeira linha, paciente é admitido com quadro convulsivo seguido de persistente rebaixamento do nível de consciência. Familiares negam uso de outros medicamentos ou drogas. Negam patologias associadas. Exame físico é inespecífico. Exames laboratoriais evidenciam acidose metabólica grave sem outras alterações relevantes. Qual das drogas abaixo é responsável por esse quadro?
- A) Isoniazida.
 - B) Etambutol.
 - C) Rifampicina.
 - D) Pirazinamida.

25. Paciente de 50 anos, sexo masculino, é avaliado ambulatorialmente por anemia. A anamnese não sugere sangramentos. É acompanhado por diabetes melitus tipo 2, dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica; todos sabidamente há 15 anos. Desde então, está em uso regular de metformina, atorvastatina, hidroclorotiazida e AAS. Exame físico evidencia icterícia (++)/4, atrofia de papilas em língua, com demais aspectos normais. Apresenta os seguintes exames laboratoriais: Hb=7,4g/dL VCM=119fL Leuco=3900 (bastões=0%, segmentados=60%, basófilos=2%, eosinófilos=3%, linfócitos=30%, monócitos=5%) Plaquetas=180.000 Ferritina=65 LDH=1200 Bilirrubina Total=5 (Dir=2 Ind=3) TSH=2,5 Teste de Coombs=negativo Cobalamina=140 Ácido metil-malônico=25mcmol/L (normal <0,5) Homocisteína=370mcmol/L (normal <14). Qual das drogas em uso tem relação causal com a etiologia da anemia desse paciente?

- A) AAS.
- B) Metformina.
- C) Atorvastatina.
- D) Hidroclorotiazida.

26. Paciente de 32 anos, sexo feminino, procura atendimento ambulatorial por queixa de massa cervical. Refere que a mesma foi percebida há dois meses e, em nenhum momento, foi dolorosa. Nega outras queixas. O exame físico evidencia linfonodo cervical anterior direito, endurecido e aderido a planos profundo, com diâmetro aproximado de 3cm. Foi indicada biópsia excisional e o histopatológico evidencia o seguinte achado: (vide imagem) Qual o diagnóstico da paciente?



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

- A) Linfoma Burkitt.
- B) Linfoma Hodgkin.
- C) Linfoma linfoblástico.
- D) Linfoma anaplásico de grandes células.

27. Paciente avaliado por febre e dor no corpo há 3 dias. Baseado em dados clínicos e laboratoriais, é aventada a possibilidade de dengue. Qual dos exames abaixo é capaz de realizar confirmação laboratorial de dengue, de forma rápida?

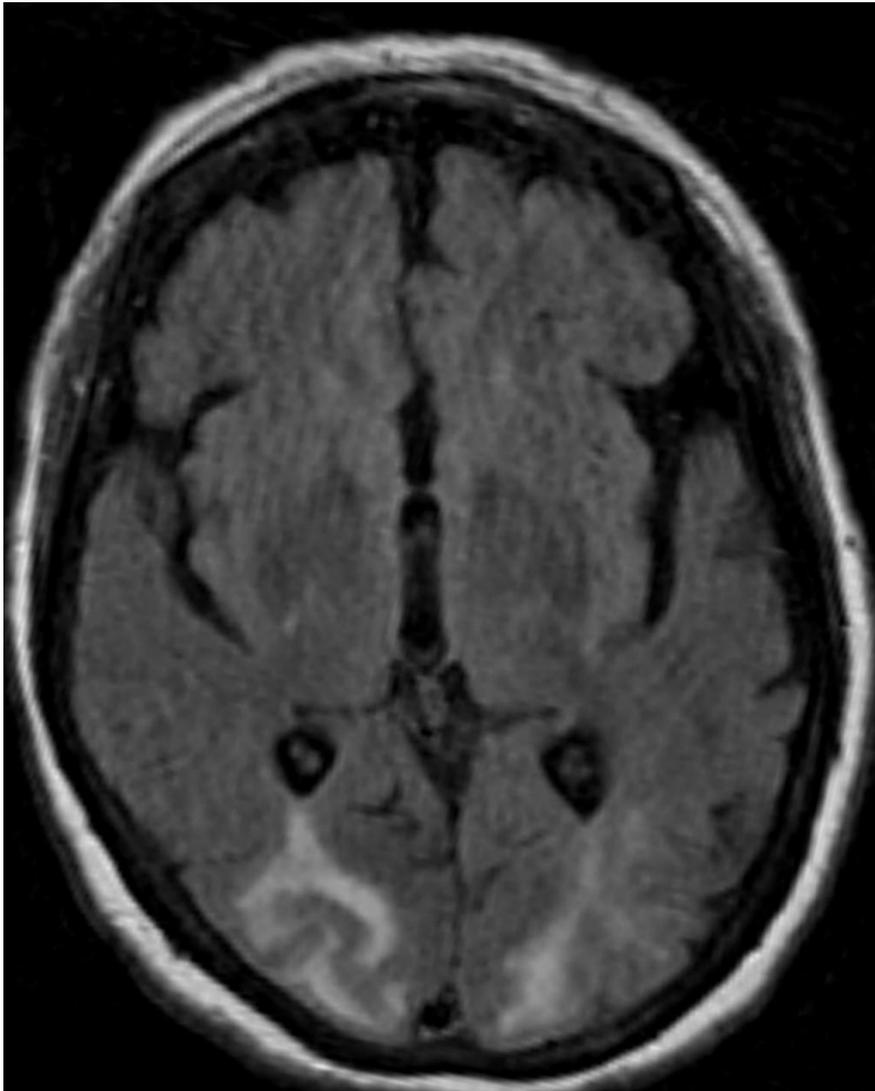
- A) Cultura viral.
- B) IgG específico.
- C) IgM específico.
- D) Antigenemia NS1.

28. Paciente de 25 anos, sexo feminino, procura atendimento por tosse seca e dispneia há 2 semanas. Relata que o quadro iniciou cerca de 10 dias após passeio em caverna com morcegos. Procurou serviço médico há 4 dias, tendo sido prescrito levofloxacina, a qual fez uso sem modificação do quadro. Nega uso de outros medicamentos ou drogas. Nega tabagismo. O exame físico é normal. Realizou radiografia de tórax (veja imagem). Qual o mais provável diagnóstico dessa paciente?



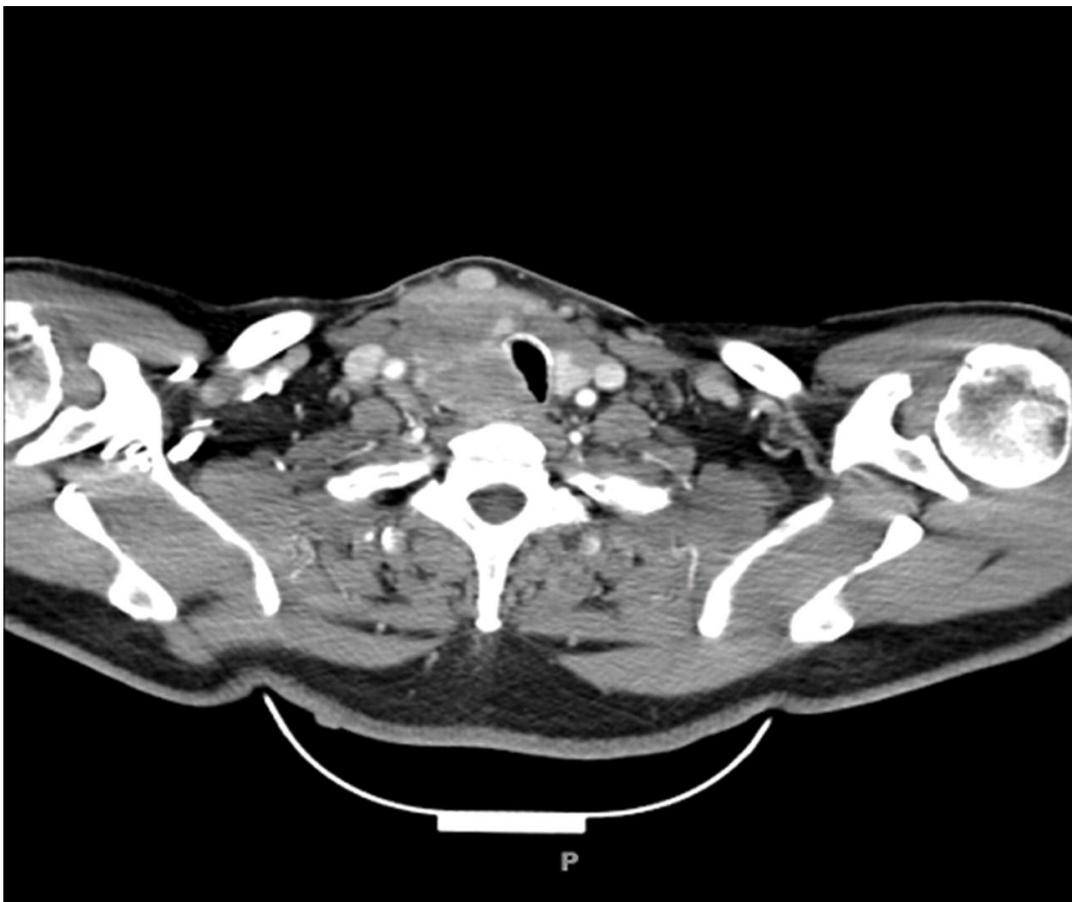
- A) Aspergilose.
B) Criptococose.
C) Histoplasmose.
D) Coccidioidomicose.
29. Paciente de 50 anos, sexo feminino, é avaliada por queixa de dores articulares. Relata que o quadro iniciou há 3 meses e vem progredindo. Nega febre. Exame físico evidencia artrite em interfalangianas proximais, metacarpofalangianas, punhos, cotovelos e joelhos; todas bilateralmente. Apresenta, ainda, esplenomegalia palpável 8cm abaixo do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais evidenciam: Hb=10,8g/dL VCM=87fL Leuco=1700 (bast=0% segmentados=10% eosinófilos=8% basófilos=5% linfócitos=70% monócitos=7%) Plaquetas=210.000 Fator reumatoide=950UI/mL (reagente>80) Sorologias negativas VHS>100. Todas as culturas solicitadas foram negativas. Foi realizada biópsia óssea que evidenciou medula levemente hiper celular, sem células anômalas. Qual a medicação mais apropriada para essa paciente?
- A) Filgrastim.
B) Sais de ouro.
C) Metotrexate.
D) Ciclofosfamida.

30. Após episódio de eclâmpsia resolvido com cesareana, paciente apresenta seguinte neuroimagem (Ressonância Nuclear Magnética, RNM, ponderada em FLAIR - veja foto). Qual das alterações clínicas abaixo é mais tipicamente correlata aos achados na imagem de RNM da paciente?



- A) Ataxia.
B) Atetose.
C) Anosmia.
D) Amaurose.
31. Paciente de 25 anos, sexo feminino, procura atendimento ambulatorial por queixa de dor de cabeça. Refere que o quadro começou 8 anos antes e que ocorre em crises de cefaleia unilateral, pulsátil, com duração de 12 a 48 horas. Durante as crises, apresenta náuseas, mas nega fotofobia e fonofobia. No início, a frequência era mensal (principalmente no período menstrual), mas nos últimos 3 anos apresenta 1 crise por semana. Refere uso somente de dipirona 1g por semana. Nega outras patologias. Exame físico normal. Qual dos itens abaixo representa conduta correta para esse caso?
- A) Solicitar tomografia de crânio.
B) Iniciar tratamento profilático.
C) Solicitar ressonância de encéfalo.
D) Aumentar frequência de dipirona.

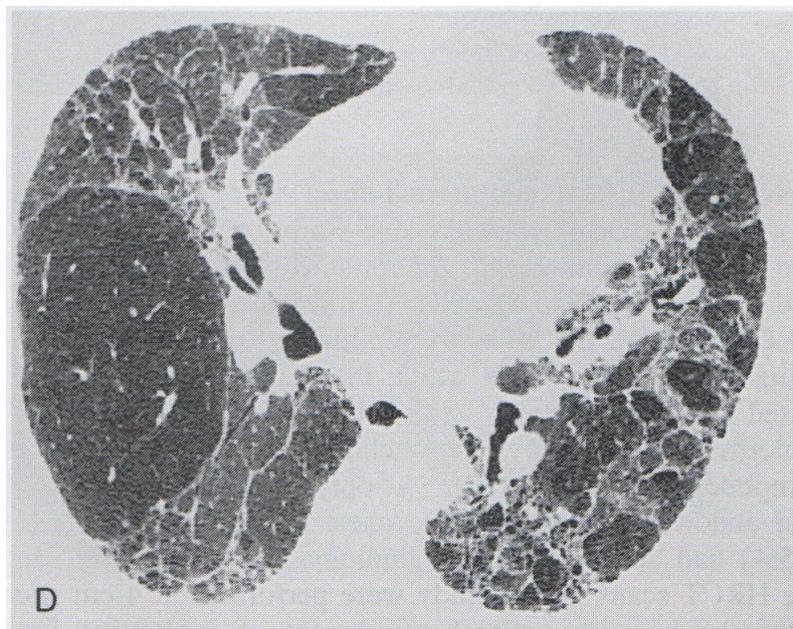
32. Um determinado paciente queixa-se de sensação de pressão nos ouvidos, zumbido e perda de audição flutuante; tudo isso associado a episódios repetidos de tontura vertiginosa. O quadro tem mais de 12 meses. Devido à persistência, decidiu procurar ajuda médica. Qual das drogas abaixo é de primeira linha para o tratamento dessa condição?
- A) Diuréticos.
 - B) Antiinflamatórios.
 - C) Anticonvulsivantes.
 - D) Benzodiazepínicos.
33. Paciente de 18 anos, sexo masculino, procura atendimento por dificuldade para deglutir sólidos. Refere que o quadro começou há menos de 1 mês e vem progredindo. Nega uso de medicações ou patologias prévias. Refere que vários familiares apresentam feocromocitoma e “câncer no pescoço”. O exame físico demonstra paciente com proporções corpóreas normais e massa cervical ântero-inferior com consistência endurecida e aderida a planos profundos. Sem outras alterações. Realizou TC cervical (veja imagem). Qual dos marcadores tumorais abaixo é fundamental no diagnóstico da patologia cervical desse paciente?



- A) Calcitonina.
 - B) Metanefrinas.
 - C) Tireoglobulina.
 - D) Alfafetoproteína.
34. Ainda em relação ao caso anterior (questão 33), o paciente manifesta forte desejo de saber se é acometido pela síndrome genética da qual seus familiares são suspeitos. Que gene deve ser analisado (em busca de mutações) nesse caso?
- A) p53
 - B) RET
 - C) HER-2
 - D) BRCA

35. Homem de 55 anos, com hepatite C crônica e cirrose, estava bem quando apresentou hematêmese. Foi admitido em um serviço de emergência e fez endoscopia com ligadura elástica de varizes esofágicas de grosso calibre. A seguir, se queixava apenas de fraqueza. PA 120x 60 mmHg, pulso 82 bpm, orientado, com esplenomegalia, sem edema ou ascite. Hb 9,2g/dl, plaquetas 65.000/mm³, TGO 84 U/l, TGP 75 U/l, bilirrubinas totais 1,2 mg/dl, albumina 3 g/dl, INR 1,2. Ultrassom abdominal sem tumor hepático, com esplenomegalia, sem ascite e com veia porta patente.
Qual a conduta recomendada agora?
- A) Ceftriaxona.
 - B) Interferon pegilado e ribavirina.
 - C) Derivação portosistêmica intrahepática.
 - D) Transfusão de concentrados de hemácias.
36. Uma paciente caucasiana, de 24 anos será submetida à quimioterapia por linfoma. Ela apresenta uma história de hepatite B sem complicações. Sua progenitora também relatou hepatite B. Ao exame: adenomegalia cervical, sem estigmas de hepatopatia crônica. Plaquetas 348.000/mm³, TGP 17 U/l, bilirrubinas totais 0,6 mg/dl, HBsAg e HBeAg não reagentes, anti-HBc IgG não reagente, PCR para o vírus da hepatite B indetectável. Qual a melhor conduta neste momento?
- A) Lamivudina.
 - B) Inteferon pegilado.
 - C) Vacina para hepatite B.
 - D) Rastreamento para hepatocarcinoma.
37. Paciente portadora de doença de Crohn, com fístula perianal, apresentou nódulos subcutâneos com um halo eritematoso na região pré-tibial. Procurou atendimento médico devido ao quadro dermatológico e piora do quadro intestinal com a presença de diarreia e dores articulares.
Baseado no caso descrito, marque o item correto.
- A) O diagnóstico é de pioderma, e o quadro se relaciona com a piora dos sintomas articulares.
 - B) O diagnóstico é de eritema nodoso, e o quadro se relaciona com a piora dos sintomas intestinais.
 - C) O diagnóstico é de eritema nodoso, entretanto é um quadro atípico, pois classicamente predomina no gênero masculino.
 - D) O diagnóstico é de pioderma, entretanto é um quadro atípico, pois classicamente não se relaciona com a atividade da doença de Crohn.
38. Sra. 36 anos, casada, bancária, procurou seus cuidados com quadro de indisposição, há pelo menos 8 meses, quando na ocasião realizou exames que evidenciaram AST: 400 ui/l, ALT: 600 ui/l, INR: 1,5, Bt: 4 mg/dl, Bd:3 mg/dl, realizou exames: Anti-HVA IgG (+) e IgM (-), anti-HBs (+), anti-HBc IgG (-), HBsAg (-), anti-HVC (-). Evoluiu desde então com oscilação das aminotransferases (200 a 800 ui/l) mas nunca normalizaram, e icterícia intermitente, com adinamia, indisposição, artralguas, e passou a apresentar manchas equimóticas após pequenos traumas, sem epistaxes e sem sangramento gengival. Dez meses após os primeiros exames e como persistia sem diagnóstico, procurou novo colega sendo realizados novos exames: AST: 600 ui/l, ALT: 550 ui/l, Pt.:7 g/dl, albumina: 2,5, INR: 1,5, FA:120 (nl< 100), gama-GT:80 (nl <40), Bt.: 5 mg/dl, Bd:4, FAN e anti-músculo liso negativos, ceruloplasmina: 50 mg/dl (nl 20 a 40), plaquetas:130.000/mm³, leucócitos 8.000/mm³, diferencial nl, Htc: 36%, Hg:11,5 g%. Anti-HVC (-), ferritina 100 ng/ml (nl< 200 ng/ml). Ultrassom abdominal com doppler: fígado com borda romba e ecotextura heterogênea, lóbulo direito: 15 cm, fluxo hepatoportal, veia porta: 11 mm (nl<12 mm), Baço: 14 cm (nl<12 cm), sem ascite. Optou-se por biópsia hepática percutânea que evidenciou: alteração arquitetura hepática, infiltrado inflamatório no espaço porta linfo-plasmocitário, formação de pseudorosetas, e hepatite de interface, sem esteatose, coloração de Perls negativa.
Com base nesses dados, assinale o correto.
- A) Trata-se de doença hepática crônica provavelmente NASH.
 - B) Trata-se de doença hepática crônica provavelmente doença de Wilson.
 - C) Trata-se de doença hepática crônica provavelmente cirrose biliar primária.
 - D) Trata-se de doença hepática crônica provavelmente hepatite autoimune.

39. Uma mulher de 35 anos é admitida na emergência com dor epigástrica intensa, de instalação insidiosa há 1 hora, com náuseas e vômitos. Relata 3 outras crises semelhantes nos últimos seis meses. Pior com ansiedade. As crises anteriores não melhoravam com evacuação nem com omeprazol. Usa fluoxetina para depressão. Relata constipação alternada com diarreia pastosa 2-3 vezes ao dia há cinco anos, com períodos de normalização do hábito intestinal. Traz uma colangiorressonância e uma ecoendoscopia biliar normais. Pesquisa de sangue oculto nas fezes há 2 meses foi negativo. Na emergência, realizou um ultrassom abdominal que foi normal, a amilase foi de 87 U/l (normal 20-96 UI/l), lipase 20 U/l (normal 3-43 U/l), ALT 68 (normal 7-41 U/l), AST 49 U/l (normal 12-38 U/l), gamaglutamil transferase 454 U/l (normal 9-58 U/l). Qual o melhor diagnóstico, conforme os critérios de Roma III?
- A) Dispepsia funcional.
 B) Distúrbio funcional da vesícula biliar.
 C) Distúrbio funcional do esfíncter de Oddi biliar.
 D) Síndrome do intestino irritável com padrão misto.
40. Um homem de 57 anos, etilista, apresenta distensão abdominal, edema de membros inferiores e dispneia há 2 meses. Exame físico: turgência jugular, bulhas cardíacas abafadas, ascite de grande volume, edema de membros inferiores. RX de tórax: leve cardiomegalia. Bilirrubinas totais 1,5 mg/dl, albumina 3,5 g/dl, INR 1,2. Ultrassom com *doppler* mostra ascite, ecotextura hepática grosseira, veias hepática e porta patentes. No líquido ascítico: proteínas 3,9 g/dl e albumina 2,1 g/dl. Qual sua próxima conduta?
- A) Venografia hepática.
 B) Ecocardiografia.
 C) Biópsia hepática.
 D) Laparoscopia.
41. Paciente feminina, 42 anos, com queixas de dispneia progressiva aos esforços e tosse seca há cerca de 5 anos. Nega outros sintomas. História de tratamento com quimioterapia e radioterápico por neoplasia em mama direita há 6 anos. Não tabagista. Nega criação de cachorro ou gato. Cria um papagaio há 10 anos. Ao exame: dispneica, SpO₂: 90% em ar ambiente e ausculta respiratória com sibilos ins e expiratórios. Considerando esse contexto clínico e a imagem da Tomografia de Tórax de Alta Resolução (TCAR), mostrada abaixo, o diagnóstico mais provável é:



- A) Pneumoniteactínica.
 B) Linfangoileiomatose.
 C) Fibrose Pulmonar Idiopática.
 D) Pneumonia de Hipersensibilidade.

42. Um paciente masculino de 20 anos, assintomático, com história familiar de pai portador de polipose colônica, procura-o com um teste de investigação genética positivo para mutação do gene APC. A conduta de triagem mais adequada para esse paciente, nesse contexto, seria:

- A) Colonoscopia flexível bianual.
- B) Sigmoidoscopia flexível anual.
- C) Pesquisa de sangue oculto nas fezes anual.
- D) Pesquisa de mutações do proto-oncogene RET pontual.

43. Na avaliação de dispneia em um paciente obeso, não fumante e sem outras comorbidades, os valores das provas de função pulmonar (espirometria e pletismografia) são mostrados na tabela abaixo. Nesse contexto, a interpretação mais adequada da função pulmonar seria:

	% do valor previsto após broncodilatador
Capacidade Vital Forçada (CVF)	62
Volume expiratório 1 segundo (VEF ₁)	58
Relação VEF ₁ /CVF	90
Capacidade Pulmonar Total (CPT)	130
Volume Residual (VR)	140

- A) Distúrbio ventilatório misto.
- B) Distúrbio ventilatório restritivo.
- C) Distúrbio ventilatório inespecífico.
- D) Distúrbio ventilatório obstrutivo.

44. Paciente masculino, 70 anos, internado para quimioterapia por Carcinoma pulmonar Não Pequenas Células, queixando-se de súbito inchaço no pescoço. Nega tosse, disfagia ou síncope. Ao exame, paciente encontra-se acamado por estar com cateter venoso central em subclávia esquerda, mas apresenta-se sem dor e eupneico. Nota-se abaulamento na fossa supraclavicular esquerda e aumento da rede venosa superficial na região torácica anterior. Sem turgência jugular ou edema facial. A ausculta cardiopulmonar é normal. Após propedêutica diagnóstica e reavaliação da linha venosa central, a abordagem mais adequada, considerando a condição mais provável seria:

- A) Enxerto venoso.
- B) Radioterapia localizada.
- C) Anticoagulação plena.
- D) Drenagem torácica fechada.

45. Paciente feminina, 50 anos, asmática e diabética, em uso de Fluticasona 500mcg 3 vezes ao dia, associada a Salmeterol 50mcg 2 vezes ao dia e a Montelukaste 10mg ao dia e bom controle ambiental, necessitando do uso diário de Salbutamol spray e com história de idas à emergência, por crise, pelo menos uma vez por mês. Foi iniciado Prednisona 30mg/dia há 8 semanas com melhora dos sintomas, sem conseguir reduzir a dose. Apresenta hemograma com eosinofilia, glicemia de jejum de 280mg/dl e IgE sérica de 50UI/ml. Nesse momento, a abordagem farmacológica mais adequada seria:

- A) Azatioprina.
- B) Deflazacort.
- C) Roflimulaste.
- D) Omalizumabe.

46. Paciente feminina, 70 anos, queixando-se de fadiga excessiva, insônia e perda do interesse pelas atividades diárias, mantendo-se triste a maior parte do dia, há duas semanas. Seu histórico médico revela apenas uma hipertensão arterial recente tendo sido iniciado Anlodipina há cerca de um mês. Não há outras comorbidades, seus níveis pressóricos estão controlados e o exame neurológico é normal. Nesse contexto, a intervenção mais adequada, baseada na hipótese diagnóstica mais provável, seria:

- A) Iniciar Psicoterapia.
- B) Associar Paroxetina.
- C) Trocar Anlodipina.
- D) Acrescentar Venlafaxina.

47. Na abordagem farmacológica da cessação de tabagismo em uma paciente com anorexia nervosa, com grave dependência nicotínica e fracasso anterior com uso de terapia cognitivo-comportamental por intensos sintomas de abstinência. A prescrição mais adequada seria:
- A) Bupropiona.
 - B) Vareniclina.
 - C) Bupropiona + Goma de Nicotina.
 - D) Adesivo de Nicotina + Goma de Nicotina.
48. Paciente masculino, 40 anos, em acompanhamento ambulatorial por síndrome nefrótica, procura a emergência por dispneia há cerca de 12 horas. Negou outros sintomas. O exame físico mostrava o paciente em anasarca, com PA: 150 x 100mmHg, Fc: 95bpm, SpO₂: 92% e frequência respiratória: 24irm. A ausculta cardíaca era normal e a ausculta respiratória mostrava crepitações nas bases. Gasometria arterial: pH: 7,47; PaO₂: 65 mmHg; PaCO₂: 33 mmHg. Eletrocardiograma: normal. Radiografia de tórax: acentuação da trama vascular e derrame pleural a direita. Nesse contexto, o próximo passo na abordagem diagnóstica seria:
- A) Dosagem de dímero D.
 - B) Doppler de membros inferiores.
 - C) Cintilografia pulmonar perfusional.
 - D) Angiotomografia helicoidal de tórax.
49. Paciente feminina, 34 anos, previamente hígida, com quadro agudo de febre alta, cefaleia e vômitos. Evoluiu com agitação e sonolência, tendo sido encaminhada para UTI. Não havia outras queixas e a diurese estava preservada. Chamava a atenção no exame físico: PA: 120 x 70 mmHg FC: 100 bpm frequência respiratória: 24irm. Temp.: 38,4° C. Escore de Glasgow: 13. Sinais de irritação meníngea presentes. Laboratório mostrava Hb: 9,0g/dL; Leucócitos: 15.000/mm³; Plaquetas: 170.000/mm³; Proteína C reativa: 11mg/dL; Gasometria arterial: pH: 7,45; PaCO₂: 35mmHg; PaO₂: 88mmHg; HCO₃: 24mEq/l; SaO₂: 97% em ar ambiente. Líquor: diplococos gram negativos. Nesse momento, a conduta terapêutica mais adequada seria:
- A) Suporte vasoativo.
 - B) Reposição Volêmica.
 - C) Antibioticoterapia.
 - D) Transfusão sanguínea.
50. Paciente internado na UTI por exacerbação de DPOC apresenta intenso desconforto respiratório, sonolência e uso de musculatura acessória 24 horas após extubação eletiva. A gasometria arterial mostra pH: 7,30; PaCO₂: 60mmHg; PaO₂:65mmHg; HCO₃: 30mEq/L; SaO₂: 93% sob oxigenoterapia com cateter nasal 2L/min. Nesse momento, a estratégia mais adequada seria:
- A) Ventilação Mecânica Invasiva.
 - B) Ventilação Não Invasiva com CPAP.
 - C) Ventilação Não invasiva com Bilevel.
 - D) Oxigenoterapia com Máscara de Venturi 50%.