

EDITAL n. 019/2019

RESIDÊNCIA MÉDICA - SES/2020

PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

15/11/2019

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

ATENÇÃO: Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Lágrimas não são argumentos.

1. Quando for permitido abrir o caderno de provas, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de prova.
2. Este caderno consta de 50 questões objetivas de conhecimentos em Clínica Médica. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com emenda, corretivo, rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.
5. Esta prova terá **quatro horas** de duração, incluídos, nesse tempo, os avisos, a coleta de impressão digital e a transcrição das respostas para o cartão-resposta. Iniciada a prova, você somente poderá retirar-se do ambiente de realização da prova após decorridas **três horas** de seu início e mediante autorização do aplicador de prova.
6. Os três últimos candidatos, ao terminarem a prova, deverão permanecer no recinto, sendo liberados após a entrega do material utilizado por todos eles, e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual irão colocar suas respectivas assinaturas.

— QUESTÃO 01 —

Qual dos seguintes medicamentos reduz morte súbita em pacientes com miocardiopatia isquêmica e FEVE = 35%?

- (A) Ivabradina.
- (B) Enalapril.
- (C) Sacubitril / Valsartana.
- (D) Digoxina.

— QUESTÃO 02 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente com ICFEr crônica e FEVE = 35% vai ao ambulatório em consulta de rotina e NYHA III. Ao exame, observam-se ritmo de fibrilação atrial, FC = 88 BPM, PA = 95x65 mmHg e perfil quente e seco. Está em uso de bisoprolol 10 mg ao dia, sacubitril / valsartana 97/103 mg duas vezes ao dia, espironolactona 25 mg ao dia e Rivaroxabana 20 mg ao dia.

A conduta, nesse caso, seria:

- (A) aumentar a dose do bisoprolol.
- (B) acrescentar ivabradina 5 mg, duas vezes ao dia.
- (C) reduzir a dose do sacubitril / valsartana.
- (D) acrescentar digoxina 0.125mg ao dia.

— QUESTÃO 03 —

Qual das seguintes anormalidades eletrolíticas comumente não promove alterações eletrocardiográficas?

- (A) Hipomagnesemia.
- (B) Hipopotassemia.
- (C) Hipernatremia.
- (D) Hipercalemia.

— QUESTÃO 04 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente de 60 anos, em fase de recuperação de IAM, apresentou quadro súbito de dispneia. Ao exame, foram observadas congestão pulmonar e PA 80x50 mmHg. O eco revelou insuficiência mitral aguda por ruptura de cordoalha. O paciente foi encaminhado para a UTI e chamada a equipe cirúrgica.

Para estabilização do paciente, foi implantado balão intra-aórtico de contrapulsção e iniciada terapia medicamentosa constituída de:

- (A) nitroprussiato de sódio e dobutamina.
- (B) noradrenalina e dobutamina.
- (C) noradrenalina e digoxina.
- (D) noradrenalina e captopril.

— QUESTÃO 05 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma paciente de 62 anos, hipertensa e dislipidêmica, vai ao pronto-socorro referindo episódio de dor precordial em aperto de forte intensidade, uma hora atrás. A dor durou 20 minutos, foi desencadeada por um stress no trânsito e esteve associada a leve náusea. Mesmo estando sem queixas, no momento, a paciente quis ser avaliada por um médico. Ao exame apresentava ritmo regular, FC = 65 BPM, PA = 120x80 mmHg e sem nenhuma outra anormalidade. O ECG, o raio X de tórax e a dosagem de Troponina realizados no PS foram normais. A paciente recebeu alta e, seis horas depois, teve uma parada cardíaca súbita em casa.

Nessa situação clínica,

- (A) a internação era realmente dispensável e a paciente teve uma morte súbita em decorrência de outra causa, uma vez que se descartou a possibilidade de síndrome coronariana aguda.
- (B) a paciente deveria ter sido internada para investigar outras causas de dor no peito, uma vez que se descartou a possibilidade de síndrome coronariana aguda.
- (C) a paciente deveria ter sido internada para investigação e tratamento de síndrome coronariana aguda.
- (D) a paciente deveria ter realizado ecocardiograma de urgência, ainda no pronto-socorro, para afastar doenças congênitas do coração.

— QUESTÃO 06 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um paciente de 80 anos dá entrada no pronto-socorro com forte dor no peito há 30 minutos, associada a sudorese. À admissão, observam-se um ritmo regular, FC = 80 BPM, PA 80x55 mmHg e Sat. O₂ = 95%. O ECG mostrou supradesnivelamento do segmento ST de V1 a V4.

Nesse caso, a conduta imediata é:

- (A) dosar enzimas cardíacas.
- (B) avaliar função renal.
- (C) iniciar noradrenalina.
- (D) realizar revascularização percutânea.

— QUESTÃO 07 —

Qual das seguintes medicações está associada a maior recorrência de miocardite viral?

- (A) Corticosteroides.
- (B) Aspirina.
- (C) Colchicina.
- (D) Ibuprofeno.

— QUESTÃO 08 —

Leia o caso clínico a seguir.

Em um paciente de 19 anos, durante investigação de taquicardia associada a bócio difuso, são observadas as seguintes alterações laboratoriais: T4 livre: 2,53 ng/dL (VR: 0,7-1,8), T3 total: 231 ng/dL (VR: 72-214), TSH: 12,7 mUI/L (VR: 0,3-5,0), anticorpos antiperoxidase e antitireoglobulinas negativos. Ressonância magnética de sela túrcica normal.

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Síndrome de Pendred.
- (B) Produção excessiva de TBG.
- (C) Síndrome de resistência aos hormônios tireoidianos.
- (D) Microadenoma hipofisário secretor de TSH.

— QUESTÃO 09 —

Leia o caso clínico a seguir.

Adolescente de 15 anos, do sexo masculino, com quadro súbito de cefaleia intensa associada a ptose palpebral e desvio da rima labial, ambos à esquerda. Ao exame, pressão arterial de 250x160 mmHg. A tomografia computadorizada de crânio mostra hemorragia intraparenquimatosa e periventricular à esquerda, sem efeito de massa nas estruturas adjacentes. Na história pregressa, o pai relata que, aos três anos de idade, a paciente apresentou ginecomastia, acompanhada de pubarca e axilarca precoces. Aos seis anos, acne exuberante em tronco, persistente até os dias atuais. Durante investigação para hipertensão secundária, apresentou os seguintes exames laboratoriais: ACTH 498 pg/ml (VR: < 60), cortisol 8 h: 3,5 (4,3 a 25 mg/dl), 17-oh-progesterona: 109 ng/dl (VR: 50 a 300), 11-deoxicortisol: 41 ng/ml (VR: 0 a 0,8 ng/ml), SDHEA: 421 mg/dl (VR: 4 a 68), androstenediona: 28 ng/ml (VR: 0,4 a 2), testosterona total: 789 ng/dl (VR: 241 a 827).

Nesse caso, qual é o diagnóstico?

- (A) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 11 β -hidroxilase.
- (B) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase.
- (C) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 17-hidroxilase.
- (D) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 3 β -hidroxiesteróide desidrogenase.

— QUESTÃO 10 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente com quadro de irregularidade menstrual (espaniomenorreia) procurou serviço de reprodução humana com queixa de infertilidade. Apresentava, como antecedente, refluxo gastroesofágico, já em acompanhamento com gastroenterologista há vários anos, em uso de pantoprazol 40 mg/dia e domperidona 30 mg/dia. Na investigação laboratorial, observado nível elevado de prolactina (92 ng/mL) e normal de TSH (2,7 mUI/L).

Qual é a conduta indicada, nesse caso?

- (A) Iniciar tratamento com agonista dopaminérgico, cabergolina na dose de 0,5 mg duas vezes por semana.
- (B) Solicitar RNM de sela túrcica para avaliar presença de possível microprolactinoma.
- (C) Suspender domperidona e reavaliar após dois meses sem medicação.
- (D) Solicitar pesquisa de macroprolactina.

— QUESTÃO 11 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 23 anos, IMC: 27 kg/m², com aumento de pelos, principalmente em face e região mentoniana (escore de Ferriman e Gallwey de 11), associada a irregularidade menstrual (sete ciclos/ano). Ultrassonografia pélvica transvaginal normal. Avaliação laboratorial: glicemia de jejum: 103 mg/dl (VR: 70 a 99), testosterona: 87 ng/dL (VR: 12 a 60), androstenediona: 5,1 ng/mL (VR: 0,3 a 3,7), 17-alfa hidroxiprogesterona: 70 ng/dL (VR: fase folicular: até 80, fase lútea: 60 a 230), cortisol livre na urina de 24 horas: 103 mcg/24h (VR: 9,5 a 136,2). TSH: 2,3 mUI/L (VR: 0,3-5,0) e prolactina: 17 ng/mL (VR: 2,8 a 29,2).

Qual é o diagnóstico mais provável para essa paciente?

- (A) Síndrome de ovários policísticos.
- (B) Síndrome de Cushing.
- (C) Hiperplasia adrenal congênita, forma não clássica.
- (D) Hirsutismo idiopático.

— QUESTÃO 12 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma paciente de 43 anos, do sexo feminino, é admitida no pronto-socorro com quadro de taquiarritmia. Medicação em uso: enalapril-20mg/dia, fórmula manipulada para perda de peso. No exame físico, tireoide normopalpável. Eletrocardiograma: fibrilação atrial de alta resposta. Função tireoidiana: TSH: 0,01 mUI/L (VR: 0,3-5,0), T4 livre: 2,9 ng/dL (VR: 0,7-1,8) e T3 total: 1,7ng/mL (VR: 0,6 a 1,71). Uma das hipóteses diagnósticas foi tireotoxicose factícia.

Qual exame definiria o diagnóstico?

- (A) Ultrassonografia de tireoide.
- (B) Cintilografia de tireoide.
- (C) Dosagem de anticorpo antirreceptor de TSH.
- (D) Dosagem de tireoglobulina sérica.

— QUESTÃO 13 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente procurou o dermatologista com queixa de queda de cabelo há seis meses. Já em uso de medicação à base de vitaminas e biotina, porém sem resposta. Negava outros sintomas e se apresentava ao exame clínico completamente normal, com FC: 68 BPM, PA: 110/70 mmHG. Tireoide: normopalpável, sem bócio. Temperatura e umidade da pele normais. Sem tremores de extremidades. Avaliação laboratorial: TSH de 0,2 mUI/L (VR: 0,3-5,0) e T4 livre: 1,9 ng/dL (VR: 0,7-1,8). Ultrassonografia cervical: tireoide homogênea, sem nódulos, com volume total de 12 cm³.

Nesse caso, qual é a conduta indicada?

- (A) Solicitar cintilografia da tireoide para confirmar hipertireoidismo.
- (B) Iniciar tratamento com tapazol em baixa dose.
- (C) Solicitar T3 e anticorpos antitireoidianos para confirmar tireotoxicose.
- (D) Suspende biotina e reavaliar função tireoidiana após 72 horas sem a medicação.

— QUESTÃO 14 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 44 anos, com nódulo tireoidiano palpável durante consulta de rotina com ginecologista. Solicitada ultrassonografia da região cervical, que evidenciou a presença de nódulo sólido, hipoecóico, bem circunscrito, com 2,3 cm.

O exame de cintilografia tireoidiana está indicado em qual situação?

- (A) Bethesda categoria V (suspeito para malignidade) na punção aspirativa com agulha fina guiada pelo ultrassom.
- (B) Bethesda categoria I (não diagnóstica) na punção aspirativa com agulha fina guiada pelo ultrassom.
- (C) Dosagem de anticorpo antirreceptor de TSH (TRAB) positiva.
- (D) Presença de TSH suprimido.

— QUESTÃO 15 —

O linfoma da zona do manto é:

- (A) uma doença curável com poliquimioterapia.
- (B) uma doença incurável com transplante autólogo de medula óssea.
- (C) CD5 negativo.
- (D) uma neoplasia comum em jovens.

— QUESTÃO 16 —

Durante o período de transfusão de concentrado de hemácia, um técnico em hemoterapia deverá observar o tempo de infusão de cada bolsa prescrita pelo médico. Este tempo não deverá exceder a

- (A) 2 horas.
- (B) 3 horas.
- (C) 4 horas.
- (D) 5 horas.

— QUESTÃO 17 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um homem de 72 anos com fibrilação atrial tem recebido dabigatrana 75 mg duas vezes ao dia, nos últimos seis meses. Ele não teve complicações trombóticas ou hemorrágicas desde o início do uso da medicação. Tem histórico de pólipos colônicos, e precisa ser submetido a uma colonoscopia com possível polipectomia. Além de pulsos irregulares, seus achados no exame físico são normais. O hemograma e os testes de função renal e hepática são normais. A depuração de creatinina é de 38 mL/min.

Quanto tempo antes da colonoscopia, o uso de dabigatrana deverá ser descontinuado?

- (A) 12 horas.
- (B) 24 horas.
- (C) 48 horas.
- (D) 7 dias.

— QUESTÃO 18 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma mulher de 50 anos vem à consulta com queixa de aumento de mama direita com presença de implantes mamários realizados há dez anos por preferência estética. Ela desenvolveu edema e dor na mama direita, cuja ressonância magnética revelou cápsula fibrosa com efusão ao redor do implante. A paciente foi vista posteriormente pelo cirurgião plástico e submetida à remoção e capsulectomia do implante. Não foram observadas massas na ressonância magnética ou no momento da cirurgia. A revisão patológica revelou um linfoma CD30 (+) confinado à cápsula.

Qual é o diagnóstico provável?

- (A) Linfoma de Hodgkin clássico.
- (B) Linfoma difuso de células B grandes CD30 (+).
- (C) Linfoma anaplásico de células grandes.
- (D) Linfoma de células B primário de mediastino.

— QUESTÃO 19 —

A hemoglobínúria paroxística noturna (HPN) é uma doença com risco de mortalidade. Qual é a causa mais comum de morte na HPN?

- (A) Insuficiência renal aguda.
- (B) Trombose.
- (C) Hemorragia.
- (D) Insuficiência hepática.

— QUESTÃO 20 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma mulher de 32 anos teve uma trombose venosa profunda (TVP) há três anos, após permanecer imobilizada por uma ruptura do tendão de Aquiles. Ela foi tratada com varfarina até seis semanas após a remoção do gesso da perna. Agora, está esperando seu primeiro filho, grávida na décima segunda semana. Ela levanta a questão sobre profilaxia de trombose e diz que um amigo médico recomendou heparina de baixo peso molecular.

Nesse caso, qual seria a conduta?

- (A) Profilaxia com ácido acetilsalicílico (AAS) durante toda a gravidez.
- (B) Profilaxia, a partir do parto e seis semanas após o parto.
- (C) Profilaxia, no último trimestre da gestação e seis semanas após o parto.
- (D) Profilaxia, durante a gravidez e durante o puerpério.

— QUESTÃO 21 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 55 anos com artrite reumatoide (AR) foi encaminhada ao ambulatório de hematologia por causa de anemia. Ela tem AR há cerca de cinco anos e seu nível de hemoglobina vem diminuindo gradualmente de 14 g/dL para 9,5 g/dL. São solicitados exames e observam-se os seguintes parâmetros: hemoglobina de 9,6 g/dL, leucócitos de 8500 com diferencial normal, plaquetas de 450 mil, ferritina de 240 ng/mL, saturação da transferrina de 14%, proteína C reativa de 50 mg/mL.

Nesse caso, qual é o mecanismo fisiopatológico causador da anemia?

- (A) O aumento da hepcidina induzida por citocinas aumentou a ferroportina e reduziu a absorção de ferro e saturação da transferrina.
- (B) A eritropoese ineficaz aumentou a degradação de glóbulos vermelhos, a diminuição da hepcidina, a diminuição da ferroportina e a saturação da transferrina.
- (C) O aumento da hepcidina induzida por citocinas diminuiu a ferroportina, reduziu a absorção de ferro e a saturação da transferrina.
- (D) O aumento da hepcidina induzida por citocinas diminuiu a ferroportina e aumentou a absorção de ferro.

— QUESTÃO 22 —

No paciente com injúria renal aguda (IRA), quanto à diálise peritoneal (DP),

- (A) a hipercalemia, em qualquer nível, é contraindicação absoluta.
- (B) o uso de cicladora com grandes volumes de solução de diálise e de maneira contínua tem indicação preferencial.
- (C) a modalidade (DP) tem o uso contraindicado em paciente crítico hipervolêmico.
- (D) a solução tampão preferencial é a de lactato, em pacientes com acidose metabólica grave e insuficiência hepática.

— QUESTÃO 23 —

Com relação ao potássio de pacientes que estão em diálise peritoneal (DP),

- (A) os pacientes em DP frequentemente apresentam hiperpotassemia, portanto a restrição dietética de alimentos fontes de potássio é recomendada.
- (B) os alimentos fontes de potássio apresentam baixo valor nutricional, por isso a exclusão do consumo desses alimentos não traz prejuízo ao paciente.
- (C) os fatores acidose metabólica, medicamentos, resistência insulínica e obstipação, além da alimentação, devem ser investigados, na hiperpotassemia.
- (D) a peritonite por translocação não tem relação com a constipação induzida pelas alterações no potássio.

— QUESTÃO 24 —

O risco de trombose venosa renal (TVR) está aumentado nos pacientes portadores de nefropatia membranosa (NM). Em relação a esse fato, deve-se levar em conta que:

- (A) o risco de TVR é diretamente relacionado com o grau de proteinúria, aumentando exponencialmente com níveis superiores a 7,5 g/24 h.
- (B) os pacientes com NM que evoluem com tromboembolismo pulmonar apresentam, com frequência maior que 50%, TVR crônica assintomática.
- (C) a TVR aguda pode causar IRA, hematúria micro ou macroscópica e aumento de desidrogenase láctica.
- (D) o padrão-ouro para diagnóstico da TVR é angiorressonância de abdome.

— QUESTÃO 25 —

Qual das reações adversas não está relacionada com o uso de agentes alquilantes para tratamento de glomerulonefrites?

- (A) Falência ovariana.
- (B) Cistite hemorrágica.
- (C) Síndrome mielodisplásica.
- (D) Tamponamento cardíaco.

— QUESTÃO 26 —

Do ponto de vista do transplante renal, na nefropatia diabética,

- (A) o transplante deve ser reservado a pacientes com dificuldade de acesso para hemodiálise ou impossibilidade de diálise peritoneal.
- (B) a alta recorrência de nefropatia pós-transplante faz com que o transplante com doador vivo seja contraindicado como primeira escolha.
- (C) o transplante preemptivo é recomendado sempre que possível, pois pode influenciar positivamente na sobrevivência do paciente.
- (D) o transplante de doador com critério expandido deve ser contraindicado em razão de seu pior resultado.

— QUESTÃO 27 —

Com relação à epidemiologia e à clínica dos cálculos renais, considera-se o seguinte:

- (A) a calcificação difusa do parênquima renal é denominada nefrocalcinose e, geralmente, é atribuída à deposição de carbonato de cálcio na pelve renal.
- (B) a gravidade da nefrolitíase independe de patogênese, tamanho, tipo e localização do cálculo.
- (C) a apneia do sono está associada a um risco aumentado de desenvolvimento de nefrolitíase.
- (D) a incidência anual é maior em mulheres do que em homens, e é incomum nos países industrializados.

— QUESTÃO 28 —

No tratamento com agentes estimulantes da eritropoiese (AEE),

- (A) a principal causa de resistência nos pacientes em hemodiálise é a aplasia pura de hemácias.
- (B) os estados inflamatórios crônicos podem perpetuar a anemia por aumento na produção de hepcidina.
- (C) o uso adjuvante de andrógenos reduz a incidência de resistência.
- (D) a resistência deve ser confirmada pela dosagem dos níveis séricos de eritropoietina.

— QUESTÃO 29 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 47 anos, do sexo masculino, é levado ao pronto atendimento por apresentar rápida deterioração do estado mental. À admissão, dosagem de sódio plasmático se encontrava em 110 mEq/L. Demais exames laboratoriais sem alteração. Após 24 horas, foi solicitada avaliação do neurologista, pois o paciente apresentava tetraparesia grave e discurso incoerente, apesar da dosagem de sódio plasmático se encontrar mais próxima do fisiológico (142 mEq/L). Reflexos osteotendíneos aumentados foram percebidos ao exame físico.

Qual exame complementar é mais adequado para elucidar as alterações motoras manifestadas por este paciente?

- (A) Estudo eletrofisiológico (eletroneuromiografia) para avaliar polineuropatia e/ou miopatia do doente crítico.
- (B) Ressonância nuclear magnética, para avaliar desmielinização do trato corticoespinal.
- (C) Tomografia de crânio, para avaliar hemorragia lobar bilateral.
- (D) Repetição de dosagem de eletrólitos, pois o sódio plasmático provavelmente voltou a níveis diminuídos novamente.

— QUESTÃO 30 —

Qual dos fatores a seguir melhor prediz prognóstico para pacientes com hemorragia subaracnóidea aguda?

- (A) Localização do aneurisma roto.
- (B) Nível de consciência do paciente à admissão hospitalar.
- (C) Idade do paciente.
- (D) Presença de outras comorbidades clínicas.

— QUESTÃO 31 —

Leia o caso clínico a seguir.

Esposa de um senhor de 62 anos leva o paciente ao neurologista, pois ele está mais irritado que de costume, gritando com ela e com os filhos, “sem nenhum motivo”. A esposa tem percebido desleixo no vestir e menos preocupação dele com banho e higiene. Exame neurológico dentro da normalidade, incluindo o miniexame do estado mental. Exames laboratoriais sem alteração.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) doença de Wilson.
- (B) paralisia supranuclear progressiva.
- (C) epilepsia do lobo temporal.
- (D) degeneração frontotemporal.

— QUESTÃO 32 —

Qual sintoma é considerado cardinal para o diagnóstico da doença de Parkinson idiopática?

- (A) Tremor de repouso.
- (B) Rigidez muscular.
- (C) Bradicinesia.
- (D) Instabilidade postural.

— QUESTÃO 33 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 64 anos, do sexo feminino, com funcionalidade neurológica preservada até então, que estava em Barra do Garças-MT, apresentou quadro súbito de hemiplegia esquerda, heminegligência, desvio tônico do olhar, sem perda de consciência. Antecedente de hipertensão arterial sistêmica, bem controlada, e tabagismo. Chega ao pronto atendimento em Goiânia-GO com nove horas de início dos sintomas. Ao exame físico: NIHSS 16 e estabilidade hemodinâmica (PA 145x92mmHg); hemoglicoteste 110 mg/dL. Tomografia computadorizada de crânio sem contraste não evidencia lesões agudas. Há disponibilidade de neuroimagem multimodal.

Diante do caso, a conduta de urgência mais associada à reversão de sintomas e melhora de prognóstico em 90 dias é:

- (A) neuroimagem multimodal e, se presença de oclusão de grandes vasos, trombectomia mecânica.
- (B) cuidados de UTI e craniectomia descompressiva em até 24 horas de início de sintomas.
- (C) neuroimagem multimodal e, se presença de oclusão de grandes vasos, trombólise endovenosa.
- (D) observação em sala de urgência e manejo pressórico e glicêmico rigorosos.

— QUESTÃO 34 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 52 anos, do sexo masculino, vem ao consultório com queixa de diminuição de força muscular progressiva há vários meses, iniciada com paresia em membro inferior direito e, há poucos meses, com acometimento em membros superiores. Refere também dificuldade para engolir e percebe que alguns de seus músculos "tremem". Ao exame físico neurológico: arreflexia em membro inferior esquerdo e hiperreflexia em membros superiores, resposta extensora de hálux direito, fasciculações em coxas, sensibilidade preservada.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) polineuropatia inflamatória desmielinizante crônica.
- (B) mononeurite multiplex.
- (C) estenose do canal medular cervical.
- (D) esclerose lateral amiotrófica.

— QUESTÃO 35 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 46 anos, do sexo masculino, chega ao pronto atendimento com história de cefaleia súbita, inédita, de fortíssima intensidade, associada à hemiparesia esquerda e obnubilação. Há suspeita de que estes sintomas foram causados por uma hemorragia subaracnóidea.

Nesse caso, qual das seguintes características pode estar associada à ruptura de aneurisma como causa da hemorragia?

- (A) Pressão arterial baixa à admissão.
- (B) História de tabagismo prévio.
- (C) Doença do tecido conjuntivo.
- (D) Ascendência caucasiana.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de 36 a 38.

Paciente do sexo masculino, de 67 anos, alega, há cerca de oito anos, dispneia progressiva até em pequenos esforços, associada com tosse seca diária. Refere tabagismo há 50 anos, cerca de 20 cigarros ao dia. Refere ter sido internado há dois meses por pneumonia. Procurou atendimento médico para avaliação após quadro de pneumonia. Fez espirometria (VEF1/CVF 66% pós-broncodilatador, CVF 85% previsto, VEF1 45% previsto pós-broncodilatador). Raio X de tórax com hiperinsuflação pulmonar, hemograma com hb 12, eosinófilos 2% (150). Ecocardiograma: FE 65%, sem alterações. Após avaliação de exames, foi confirmado o diagnóstico de DPOC.

— QUESTÃO 36 —

Qual é a conduta inicial indicada para esse paciente?

- (A) Iniciar medicação inalatória.
- (B) Solicitar tomografia de tórax.
- (C) Repassar orientações sobre cessar tabagismo.
- (D) Indicar vacinação.

— QUESTÃO 37 —

Qual é a classificação do paciente?

- (A) Gold A.
- (B) Gold B.
- (C) Gold C.
- (D) Gold D.

— QUESTÃO 38 —

Qual é o tratamento indicado para esse paciente?

- (A) Beta-agonistas inalatórios de curta ação e corticoide inalatório.
- (B) Beta-agonistas inalatórios de longa ação (LABA).
- (C) Beta-agonistas inalatórios de curta ação.
- (D) Beta-agonistas inalatórios de longa ação (LABA) e anticolinérgicos inalatórios de longa ação (LAMA).

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de 39 a 41.

Paciente do sexo masculino, de 67 anos, ex-tabagista. Refere, há cerca de dois anos, dispneia progressiva até com moderados esforços, sem outros sintomas associados. Apresentava ao exame físico bom estado geral, saturação periférica de oxigênio a 94% em ar ambiente, ausculta pulmonar com estertores finos bibasais, sem outras alterações. Espirometria normal. Tomografia de tórax com espessamento de septos inter e intralobulares, com predomínio basal e subpleural, associado com bronquiectasias de tração e faveolamento, caracterizando PIU (pneumonia intersticial usual) típica. Sem história de exposições a aves, a mofo ou ocupacionais. Exames laboratoriais sem alterações, sorologias reumatológicas negativas.

— QUESTÃO 39 —

Qual é o diagnóstico mais provável para esse paciente?

- (A) DPOC.
- (B) Fibrose pulmonar idiopática.
- (C) Asma.
- (D) Pneumonite de hipersensibilidade.

— QUESTÃO 40 —

Para confirmação diagnóstica, qual é a conduta indicada para esse paciente?

- (A) Discussão multidisciplinar.
- (B) Biópsia pulmonar cirúrgica.
- (C) Lavado broncoalveolar.
- (D) Função pulmonar completa.

— QUESTÃO 41 —

Após confirmação diagnóstica, qual é o tratamento indicado para esse paciente?

- (A) Corticoide.
- (B) Imunobiológicos.
- (C) Antifibróticos.
- (D) Medicação inalatória.

— QUESTÃO 42 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 36 anos, morador de rua. Refere há cerca de oito meses mal-estar, febre vespertina não aferida, sudorese, dispneia aos moderados esforços, tosse seca esporádica e perda de 7 kg no período. Nega tabagismo. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, eufórico, consciente. Ausculta pulmonar com redução de murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax esquerdo associado com frêmito toracovocal diminuído e percussão com macicez no mesmo local. O raio X de tórax mostra velamento no terço inferior do hemitórax esquerdo, sem outras alterações.

Qual é a conduta indicada para diagnóstico desse caso?

- (A) Tomografia de tórax.
- (B) Biópsia pulmonar.
- (C) Toracocentese diagnóstica.
- (D) Broncoscopia.

— QUESTÃO 43 —

No monitoramento terapêutico das doenças osteometabólicas, podem ser utilizados os marcadores bioquímicos da remodelação óssea, os quais podem ser divididos em marcadores da reabsorção óssea e marcadores da formação óssea. Respectivamente, constituem exemplos destes marcadores:

- (A) telopeptídeo carboxiterminal do colágeno tipo 1 (CTX) e propetídeo do colágeno tipo 1 N terminal (P1NP).
- (B) osteocalcina e piridinolina.
- (C) fosfatase alcalina e fosfatase ácida tartarato-resistente.
- (D) hidroxiprolina e deoxipiridinolina.

— QUESTÃO 44 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma paciente de 40 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico há três anos, em uso de hidroxiquina 400 mg/dia e fotoprotetor solar, diariamente, vem ao ambulatório com relato de ulcerações orais; cefaleia grave, persistente, e não responsiva à analgesia narcótica; artrite das mãos, punhos, joelhos e tornozelos; distúrbio visual; e dor torácica pleurítica de forte intensidade. Segundo o acompanhante, esse quadro se iniciou há uma semana.

Dentre os índices para avaliação da atividade da doença, encontra-se o SLEDAI-2K. De acordo com este índice, qual o número de manifestações pontuadas com a maior pontuação (8 pontos) a paciente apresenta?

- (A) Cinco.
- (B) Três.
- (C) Duas.
- (D) Uma.

— QUESTÃO 45 —

A doença mista do tecido conjuntivo é uma doença autoimune crônica, que acomete primordialmente mulheres, com início mais frequente entre a quarta e a sexta décadas de vida. Conforme os critérios de classificação, propostos por Kasukawa et al. (1987), a doença será diagnosticada quando três condições forem preenchidas. Dentre estas condições, inclui-se:

- (A) presença de, pelo menos, um dos sintomas comuns, representados por fenômeno de Raynaud e reabsorção digital.
- (B) presença de um ou mais achados clínicos em duas ou três categorias de doença, representadas por esclerose sistêmica, síndrome de Sjögren e dermatomiosite.
- (C) presença de dois sintomas obrigatórios, representados por xerostomia e livedo reticular.
- (D) presença de anticorpos anti-RNP em títulos superiores a 1:1000.

— QUESTÃO 46 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma paciente de 53 anos apresenta secura da boca e dos olhos, há seis meses, acompanhada de poliartralgia e fadiga. Encaminhada ao oftalmologista, foi submetida aos testes de lisamina verde e Shirmer, os quais se mostraram positivos. Apresenta os seguintes resultados de exames laboratoriais: FAN: padrão nuclear pontilhado fino, título > 1/640; anti-Ro e anti-La: positivos; C3 e C4: normais.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para esta paciente, dentre as manifestações renais associadas, a mais frequente é:

- (A) glomerulonefrite proliferativa mesangial.
- (B) nefrite tubular intersticial.
- (C) microangiopatia trombótica.
- (D) nefroesclerose arteriolar hipertensiva.

— QUESTÃO 47 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma paciente de 54 anos apresenta fenômeno de Raynaud, fraqueza muscular simétrica e proximal dos membros, artrite das mãos e dos pés, e espessamento da pele das mãos, de aparência escamosa, hiperqueratótica, eritematosa e fissurada na borda lateral dos dedos e na palma das mãos. A tomografia do tórax de alta resolução mostra pneumonia intersticial não específica.

Do ponto de vista laboratorial, o autoanticorpo associado a esta condição clínica é:

- (A) anti-centrômero.
- (B) anti-PM-Scl.
- (C) anti-Sm.
- (D) anti-Jo 1.

— QUESTÃO 48 —

A artrite reativa é uma enfermidade sistêmica, caracterizada por sintomas gerais e manifestações articulares. Tem um pico de incidência dos 20 aos 40 anos e é incomum em indivíduos menores de 15 anos e em idosos. Vários fatores de risco podem influenciar o prognóstico dos pacientes em relação à cronificação da doença. Dentre estes fatores, cita-se:

- (A) presença de manifestações viscerais.
- (B) sexo feminino.
- (C) etiologia intestinal, associada à *Shigella flexneri*.
- (D) presença do HLA-DR4.

— QUESTÃO 49 —

No exame da coluna vertebral, é fundamental avaliar a força muscular e os reflexos. Os reflexos profundos devem ser testados em todos os membros, pesquisando-se as raízes nervosas acometidas. Nesse contexto, a associação entre o reflexo testado e a integridade da raiz dos nervos acometida é representada por:

- (A) reflexo bicipital = integridade da raiz de C7.
- (B) reflexo patelar = integridade da raiz de L4.
- (C) reflexo braquiorradial = integridade da raiz de C7.
- (D) reflexo calcâneo = integridade da raiz de L4.

— QUESTÃO 50 —

Em 2016, o Colégio Americano de Reumatologia publicou uma nova revisão dos critérios de classificação da fibromialgia. De acordo com esta revisão, deve ser considerado como critério de classificação:

- (A) índice de dor generalizada ≥ 7 e escore de intensidade dos sintomas ≥ 9 .
- (B) dor generalizada, ou seja, em, pelo menos, quatro de cinco localizações, incluindo-se dores na mandíbula, no tórax e no abdome.
- (C) presença dos sintomas por, pelo menos, sessenta dias.
- (D) exclusão de outras doenças concomitantes, principalmente enfermidades reumáticas.