

# CONCURSO 2013 PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

UFF – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
HUAP – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO  
COREME – COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA



## 1ª ETAPA – PROVA B1

Prova a ser realizada pelos candidatos aos seguintes Programas de Residência Médica:

- **Cardiologia**
- **Endocrinologia**
- **Gastroenterologia**
- **Geriatria**
- **Hematologia e Hemoterapia**
- **Nefrologia**
- **Pneumologia**

- Além deste caderno, você deverá ter recebido o cartão destinado às respostas das questões formuladas na prova; caso não tenha recebido o cartão, peça-o ao fiscal. Em seguida, verifique se este caderno contém enunciadas oitenta questões.
- Verifique se o número do seu documento de identificação e seu nome conferem com os que aparecem no CARTÃO DE RESPOSTAS; em caso afirmativo, assine-o e leia atentamente as instruções para seu preenchimento; caso contrário, notifique imediatamente ao fiscal.
- Cada questão proposta apresenta cinco alternativas de resposta, sendo apenas uma delas a correta. No cartão de respostas, atribuir-se-á pontuação zero a toda questão com mais de uma alternativa assinalada, ainda que dentre elas se encontre a correta.
- Não é permitido portar ou fazer uso de aparelhos de recebimento central de mensagens (*paggers*), aparelho de telefonia celular, qualquer tipo de aparelho que permita intercomunicação, nem material que sirva para consulta.
- Não é permitido copiar as alternativas assinaladas no cartão de respostas.
- O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do cartão de respostas, é de quatro horas.
- Reserve os quinze minutos finais para preencher o cartão de respostas usando, exclusivamente, lápis com grafite preto (tipo 2B) ou caneta de ponta média com tinta azul ou preta (preferencialmente, com tinta azul).
- Certifique-se de ter assinado a lista de presença.
- Quando terminar, entregue ao fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO DE RESPOSTAS, que poderá ser invalidado se você não o assinar.

**APÓS O AVISO PARA INÍCIO DA PROVA, VOCÊ  
DEVERÁ PERMANECER NO LOCAL DE REALIZAÇÃO  
DA MESMA POR, NO MÍNIMO, NOVENTA MINUTOS.**





**01** O pulso arterial BISFERIENS é geralmente encontrado em pacientes com:

- (A) regurgitação aórtica.
- (B) regurgitação mitral.
- (C) hipertensão arterial pulmonar.
- (D) estenose aórtica.
- (E) estenose mitral.

**02** As doenças valvares, que fazem parte do cotidiano do médico clínico, podem ser estenoses ou regurgitações. Para seu diagnóstico inicial, necessita-se:

- (A) ecocardiograma.
- (B) eletrocardiograma.
- (C) ausculta cardíaca.
- (D) ressonância magnética cardíaca.
- (E) raios X de tórax.

**03** Paciente portador de prótese valvar em posição mitral evolui com febre. Há suspeita clínica de endocardite de prótese. O melhor meio de comprovar tal diagnóstico e evitar as complicações da doença é:

- (A) ecocardiograma transtorácico.
- (B) raios X de tórax.
- (C) ecocardiograma de estresse farmacológico.
- (D) ecocardiograma transesofágico.
- (E) ressonância magnética.

**04** Paciente, 46 anos, com diagnóstico prévio de válvula aórtica bicúspide, procura cardiologista queixando-se de “desmaio” ao correr para pegar o ônibus. Novo ecocardiograma mostra estenose aórtica com gradiente médio de 53 mmHg. Com base nisso, conclui-se que se trata de uma estenose aórtica:

- (A) importante, sintomática, porém sem indicação cirúrgica ainda, pois o gradiente é menor que 60 mmhg.
- (B) ainda não importante, apesar de sintomática, pois é de uma válvula bicúspide.
- (C) moderada, embora a sintomatologia nada tenha a ver com a valvopatia.
- (D) importante, sintomática, sendo porém extremamente importante o diâmetro da raiz da aorta para completar os critérios de indicação cirúrgica.
- (E) importante, sintomática e, portanto, com indicação cirúrgica.

**05** Em paciente com suspeita clínica de endocardite infecciosa, os dois itens ditos maiores a considerar para confirmação diagnóstica são:

- (A) embolia periférica e tomografia de tórax.
- (B) hemocultura e ecocardiograma transtorácico.
- (C) febre maior que 38 °C e hemocultura.
- (D) ecocardiograma e infarto septicopulmonar.
- (E) uso de droga ilícita endovenosa e ecocardiograma.

**06** Paciente, 30 anos, internado com pneumonia comunitária grave, é medicado com cefuroxime eazitromicina. Quatro dias depois, contudo, permanece com febre e dor pleurítica na base pulmonar direita. Radiografia de tórax revela obliteração do seio costofrênico à direita, com “sinal da parábola” ocupando cerca de um terço desse hemitórax. Toracocentese mostra líquido pleural turvo. Gram e cultura negativos, pH: 7,10, glicose: 35 mg/dl, proteínas totais: 4,0 g/dl, albumina: 1,0 g/dl e LDH: 510 UI/L. Exames séricos mostram leucometria: 13.200 céll/mm<sup>3</sup> (10% bastões), glicose: 130 mg/dl, proteínas totais: 5,0 g/dl, albumina: 1,8 g/dl e LDH: 320 UI/L. Tendo em vista esse quadro, a conduta apropriada é:

- (A) encaminhar para pleuroscopia com decorticação pleural.
- (B) trocar antibiótico para piperacilina com tazobactam.
- (C) realizar broncoscopia com coleta de lavado broncoalveolar.
- (D) indicar drenagem pleural em selo d’água.
- (E) solicitar tomografia de tórax com cortes em alta resolução e uso de contraste venoso não iônico.

**07** Paciente, 92 anos, é atendido em consulta de “risco cirúrgico” para cirurgia oftalmológica de catarata. Está assintomático, tem boa capacidade funcional e realiza acompanhamento médico regular por apresentar hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito. Tem histórico de infarto agudo do miocárdio de parede inferior ocorrido três anos antes, ocasião na qual realizou coronariografia e colocou, com sucesso, um *stent* não farmacológico na artéria coronária direita. Novo exame revela que, atualmente, a coronária esquerda está livre de lesões obstrutivas e a função ventricular esquerda, normal. Faz uso de ácido acetilsalicílico 100 mg/dia, sinvastatina 40 mg/dia, atenolol 50 mg/dia, losartana 100 mg/dia e metformina 2.000 mg/dia. Considerada essa situação clínica, deve-se:

- (A) solicitar teste ergométrico para decidir se o paciente está pronto para a intervenção.
- (B) manter, com vistas à cirurgia, o uso diário da metformina, dado o baixo risco de hipoglicemia do paciente.
- (C) descartar a necessidade de testes funcionais, como cintilografia do miocárdio, pois o paciente está apto à cirurgia.
- (D) suspender o ácido acetilsalicílico 10 dias antes do ato cirúrgico e a metformina na noite anterior.
- (E) suspender o ácido acetilsalicílico cinco dias antes da intervenção e a metformina e a sinvastatina, dois dias antes.

**08** Na enfermaria de clínica médica, está internada eletivamente mulher de 55 anos, hipertensa, para investigação de massa na base direita do pulmão descoberta em radiografia de tórax realizada no periódico de sua empresa. O mesmo exame revela, ainda, imagens líticas das vértebras lombares. A paciente faz uso de anlodipino, 5 mg/dia, e losartana, 100 mg/dia, e é tabagista de 70 maços-ano, ainda sem interrupção. No terceiro dia de internação, apresenta sonolência, com lentidão e dificuldade em atender a comandos, mas sem sinais de irritação meníngea, febre ou déficit neurológico motor em membros. Exames laboratoriais mostram hemoglobina 9,6 g/dl, leucometria  $8500 \text{ cél/mm}^3$ , plaquetas  $150 \text{ mil/mm}^3$ , glicose 75 mg/dl, ureia 50 mg/dl, creatinina 1,2 mg/dl, TGP 32 UI/L, TGO 38 UI/L, proteína C reativa 4,5 mg/dl, sódio 128 mEq/L e potássio 4,0 mEq/L. A conduta mais apropriada, tendo em vista o quadro descrito, é:

- (A) realizar punção lombar para avaliar carcinomatose meníngea.
- (B) iniciar reposição de sódio para obter nível sérico normal.
- (C) coletar material para culturas a fim de dar eventual início a antibiótico empírico.
- (D) iniciar dexametasona e fenitoína, encaminhando para ressonância magnética do crânio.
- (E) solicitar tomografia computadorizada de crânio.

**09** Mulher, 45 anos, é acompanhada no ambulatório de clínica médica devido a lúpus eritematoso sistêmico. Ela não apresenta comorbidades, não fuma e ainda está na menacme. Atualmente, a doença se encontra em fase de remissão. A paciente faz uso regular, há dois anos, de prednisona 7,5 mg/dia, hidroxicloroquina 400 mg/dia e azatioprina 100 mg/dia. Sua densitometria óssea mostra coluna vertebral lombar com Z-score de -1,6 e T-score de -2,0, e colo do fêmur com Z-score -2,0 e T-score -2,6. Sobre esse cenário clínico, marque a afirmativa correta.

- (A) Há indicação de uso de alendronato, 70 mg semanais, devendo-se garantir, por dieta e/ou suplementos, a ingestão adequada de cálcio e vitamina D.
- (B) A azatioprina e a hidroxicloroquina, se usadas, podem potencializar o risco de osteoporose induzida por corticoide.
- (C) De imediato, há indicação apenas de reposição de cálcio e vitamina D, devendo-se adiar a prescrição dos bifosfonatos para o período pós-menopausa.
- (D) O PTH recombinante aumenta a massa óssea e reduz o risco de fraturas em pacientes usuários crônicos de corticoide, independentemente do resultado da densitometria óssea.
- (E) A prednisona deve ser reduzida para menos que 5 mg/dia, o que permite de momento apenas o uso da reposição de cálcio e vitamina D.

**10** Homem de 56 anos é internado com suspeita de ascite de instalação insidiosa. Ele não tem outras queixas clínicas, nega comorbidades prévias e não faz uso de medicação regular. Ao exame físico, está lúcido, levemente hipocorado, com mucosas hidratadas e turgência jugular patológica a 45 graus. O ritmo cardíaco é regular, em dois tempos, e sem sopros. A ausculta pulmonar é normal. O abdômen está globoso, indolor, peristáltico e com macicez móvel de decúbito; não se palpam visceromegalias, mas o exame está prejudicado pela possível ascite. Há edema frio e simétrico em membros inferiores, sem sinais flogísticos, até a altura dos joelhos. Os pulsos periféricos são simétricos e de amplitude preservada. A pressão arterial é de 114 x 70 mmHg, a frequência cardíaca de 98 bpm e a respiratória de 20 irpm. O médico que o atende, para firmar um diagnóstico, solicita o seguinte procedimento complementar:

- (A) ultrassonografia com doppler da veia porta.
- (B) tomografia computadorizada do abdômen e pelve.
- (C) endoscopia digestiva alta.
- (D) ecocardiograma transtorácico.
- (E) exame direto, cultura e dosagem de ADA (adenosina deaminase) do líquido peritoneal.

**11** Sobre a miastenia *gravis*, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na presença de crise miastênica, os melhores resultados têm sido obtidos com pulso com ciclofosfamida, e os corticoides, nessa situação, podem piorar a miopatia, devendo ser usados com cautela.
- (B) A presença do anticorpo antirreceptor de acetilcolina é fundamental para o diagnóstico e está presente em todos os pacientes miastênicos.
- (C) A timectomia pode estar indicada mesmo nos pacientes sem timoma, pois esse procedimento promove a melhora clínica em até 85% deles, dentre os quais 35% conseguem manter-se sem medicação.
- (D) O quadro clínico é caracterizado por fraqueza muscular predominantemente em região proximal de membros, sendo o acometimento bulbar muito raro.
- (E) O mecanismo fisiopatológico principal é a redução dos receptores pré-sinápticos de acetilcolina, que diminuem sua biodisponibilidade na junção neuromuscular.

**12** Em relação às demências, assinale a afirmativa correta.

- (A) A demência frontotemporal é caracterizada por alterações comportamentais e da personalidade, sendo causa importante de demência em pacientes com menos de 65 anos.
- (B) O fenômeno de Capgras ocorre quando o paciente não reconhece a si próprio no espelho e passa a evitá-lo, além de relaxar no trato da aparência pessoal.
- (C) A demência vascular é universalmente a mais comum, relacionando-se com fatores de risco para aterosclerose, como hipertensão, diabetes e dislipidemia.
- (D) A memantina, um dos inibidores da colinesterase, reduziu, em ensaios clínicos, a progressão da perda de memória e melhorou a performance dos pacientes nos cuidados da vida diária, como higiene e alimentação.
- (E) A encefalopatia de Korsakoff, comum em alcoólatras, ocorre por desnutrição e deficiência de tiamina (vitamina B6).

**13** Homem de 60 anos, hipertenso, dislipidêmico e tabagista, apresenta angina estável, classe funcional 1, há três anos. No último mês, os episódios de dor vêm ocorrendo também em situações que demandam esforços menores, como pequenas caminhadas e atividade sexual. Faz uso regular de ácido acetilsalicílico 100 mg/dia, sinvastatina 80 mg/dia, anlodipino 5 mg/dia, mononitrato de isossorbida 80 mg/dia, clortalidona 12,5 mg/dia, atenolol 100 mg/dia e losartana 100 mg/dia. O exame físico e o eletrocardiograma de repouso não apresentam alterações significativas, a pressão arterial é de 120 x 74 mmHg e a frequência cardíaca, de 60 bpm. Teste ergométrico realizado há uma semana detecta, no segundo minuto, angina e infradesnivelamento do segmento ST de 3,0 mm, de padrão horizontal, em três derivações, o que motivou a interrupção do teste. A conduta mais apropriada para esse paciente é:

- (A) iniciar trimetazidina 25 mg/dia, clopidogrel 75 mg/dia e trocar sinvastatina por atorvastatina 80 mg/dia.
- (B) solicitar cintilografia do miocárdio para confirmação e avaliação da extensão da isquemia miocárdica.
- (C) aumentar ácido acetilsalicílico para 200 mg/dia, associar clopidogrel 75 mg/dia e aumentar o nitrato para 120 mg/dia (40 mg, três vezes ao dia).
- (D) trocar atenolol e sinvastatina, respectivamente, por carvedilol e atorvastatina, associar clopidogrel 75 mg/dia e solicitar ecocardiograma transtorácico.
- (E) encaminhar para coronariografia e ventriculografia esquerda.

**14** Mulher de 18 anos é atendida em unidade básica de saúde com calafrios, vômitos, polaciúria e disúria. Não tem comorbidades e não faz uso de medicação regular. Disse que não aferiu a temperatura axilar por não ter termômetro em casa. Nega relações sexuais. O exame físico é normal, a pressão arterial é de 120 x 80 mmhg, a frequência cardíaca, de 84 bpm, e a respiratória, de 14 irpm. Em vista desse quadro, deduz-se que se está diante de um caso de:

- (A) sepse urinária, devendo a paciente ser internada, com início de antibioticoterapia venosa em até uma hora após admissão.
- (B) infecção urinária alta (pielonefrite), não complicada, sendo opção terapêutica adequada ciprofloxacina oral 400 mg de 12/12 horas por 14 dias.
- (C) infecção urinária baixa (cistite) não complicada, sendo a sulfametoxazol-trimetoprima oral 400/80 mg de 12/12 horas por 3 dias a opção terapêutica adequada.
- (D) infecção urinária alta complicada por abscesso, havendo indicação de exame de imagem, tal como ultrassonografia.
- (E) doença sexualmente transmissível, como uretrite não gonocócica, devendo a terapia incluir ceftriaxone, 1 grama, venoso, associado à azitromicina, 1 grama, oral, em dose única.

**15** Em relação às doenças reumatológicas em geral, assinale a afirmativa verdadeira.

- (A) A polimiosite acomete com mais frequência mulheres na quarta e quinta décadas de vida e está fortemente associada com neoplasias malignas, sendo, inclusive, indicado rastreamento daquelas mais comuns, como mama, pulmão e cólon.
- (B) A espondilite anquilosante comumente se apresenta por dor lombar em paciente jovem do sexo masculino e, em geral, o FAN e o fator reumatoide são negativos, mas o HLAB27 pode estar presente em até 90% dos casos.
- (C) A síndrome de Sjögren é mais comum em mulheres, sendo o infiltrado inflamatório com predomínio de linfócitos T tipo CD4 o achado mais recorrente na histopatologia das lesões salivares.
- (D) As artrites reativas são comuns após infecções intestinais e/ou uretrais, podendo o quadro ser recorrente, situação na qual os corticoides são minimamente eficazes, o que torna preferível a terapêutica por imunobiológicos mais modernos, como infliximab e rituximab.
- (E) Na artrite reumatoide, o anticorpo anti-CCP tem maior sensibilidade e menor especificidade em relação ao fator reumatoide (FR), servindo, desse modo, o anti-CCP como rastreamento da doença e devendo os casos positivos ser confirmados pelo FR.

- 16** Pacientes portadores de hipertensão arterial pulmonar idiopática que não respondem aos testes realizados com vasodilatadores de ação curta, como o óxido nítrico, não devem ser tratados, durante a realização do cateterismo cardíaco, com o seguinte fármaco:
- (A) bomsentana.
  - (B) sildenafil.
  - (C) nifedipina.
  - (D) iloprost.
  - (E) epoprostenol.
- 17** Paciente apresenta angioceratomas, acroparestesia, córnea verticilata, cardiopatia, proteinúria que resulta de mutações no gene da alfa-galactosidase tem como diagnóstico doença de:
- (A) Pompe.
  - (B) Gaucher.
  - (C) Scheie.
  - (D) Fabry.
  - (E) Niemann-Pick.
- 18** A doença autoinflamatória caracterizada por apresentar episódios recorrentes de febre, inflamação das serosas e das sinóvias, lesões cutâneas semelhantes à erisipela e que pode ter como complicação amiloidose denomina-se:
- (A) artrite reumatóide.
  - (B) esclerose sistêmica.
  - (C) lúpus eritematoso sistêmico.
  - (D) síndrome de Sjögren.
  - (E) febre familiar do Mediterrâneo.
- 19** A redução de mortalidade na crise renal esclerodérmica a curto prazo está relacionada com advento dos:
- (A) inibidores da enzima conversora da angiotensina.
  - (B) bloqueadores dos canais de cálcio.
  - (C) betabloqueadores.
  - (D) nitratos.
  - (E) bloqueadores alfa-adrenérgicos.
- 20** Os anticorpos presentes na esclerose sistêmica considerados como fator de risco para o desenvolvimento de crise renal esclerodérmica:
- (A) PM/Scl.
  - (B) U3 RNP.
  - (C) anti-RNA polimerase I e III.
  - (D) Th/T0.
  - (E) anticentrômero.
- 21** A síndrome caracterizada por sinovite, acne, pustuloses, hiperostose e osteíte é a:
- (A) Parry-Romberg.
  - (B) de ativação macrofágica.
  - (C) antifosfolipídio.
  - (D) PAPA.
  - (E) SAPHO.
- 22** A síndrome de proliferação bacteriana compreende um grupo de distúrbios que cursam com diarreia e esteatorreia com níveis elevados de ácido fólico. Nela, a anemia macrocítica está relacionada principalmente com a deficiência de:
- (A) vitamina B12.
  - (B) ferro.
  - (C) ácido fólico.
  - (D) tiamina.
  - (E) ácidos biliares conjugados.
- 23** O vasodilatador antagonista não seletivo dos receptores da endotelina I é tratamento aprovado para hipertensão:
- (A) arterial sistêmica.
  - (B) portal.
  - (C) intracraniana.
  - (D) arterial pulmonar.
  - (E) intraocular aguda.
- 24** Os anticorpos séricos contra peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP) têm valor prognóstico e diagnóstico na:
- (A) esclerose sistêmica.
  - (B) lúpus eritematoso sistêmico.
  - (C) artrite reumatóide.
  - (D) policondrite recidivante.
  - (E) doença de Behçet.
- 25** Na síndrome de Sjögren, a presença de concentração sérica de C4 baixa, de aumento persistente da glândula parótida, leucopenia, púrpura e crioglobulinemia são manifestações que sugerem o desenvolvimento de:
- (A) leucemia mieloide aguda.
  - (B) leucemia mieloide crônica.
  - (C) mielodisplasia.
  - (D) mielofribose.
  - (E) linfoma.

**26** Paciente, 18 anos, é admitida em Unidade Coronariana de hospital público devido a infarto agudo do miocárdio. No terceiro dia de internação, apresenta temperatura axilar de 38°C e leucometria de 16.000/mm<sup>3</sup> com 10% de bastões. Ao exame físico, é detectada área de hiperemia, calor e dor em trajeto de veia periférica relacionada à inserção de cateter vascular. Para investigação diagnóstica, são enviadas duas amostras de sangue para hemoculturas. Estas detectaram crescimento de *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina e vancomicina. Dentre os antimicrobianos citados abaixo, a principal opção terapêutica para tratamento da infecção causada por esse micro-organismo é:

- (A) vancomicina.
- (B) oxacilina.
- (C) linezolid.
- (D) teicoplanina.
- (E) sulfametoxazol/trimetoprim.

**27** Paciente, 40 anos, morador do Estado do Rio de Janeiro, apresenta como queixa principal episódios de calafrio e tremores intensos, seguidos de febre (temperatura axilar variando entre 40°C e 39°C) e sudorese, iniciados há cerca de cinco dias. Ao exame físico, apresenta-se hipocorado, icterico, com hepatomegalia e esplenomegalia dolorosas à palpação. Relata ter retornado de viagem à África há aproximadamente 14 dias. Considerando os dados clínicos e epidemiológicos descritos, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) malária.
- (B) leptospirose.
- (C) febre amarela.
- (D) infecção por H1N1.
- (E) endocardite.

**28** Paciente masculino, 32 anos, é atendido no Serviço de Emergência devido a febre e astenia há cinco dias. Ao exame físico, apresenta febre (T<sub>ax</sub>: 38°C), taquicardia (FC: 100 bpm), sopro sistólico (2+/6+) em foco mitral. Durante a anamnese, relata ter-se submetido a tratamento dentário há cerca de duas semanas. Considerando a história epidemiológica e os dados clínicos relatados, a hipótese diagnóstica principal é:

- (A) endocardite infecciosa aguda por *Staphylococcus aureus*.
- (B) pneumonia por *Streptococcus pneumoniae*.
- (C) sepse por *Escherichia coli*.
- (D) sepse por *Streptococcus pneumoniae*.
- (E) endocardite infecciosa por *Streptococcus viridans*.

**29** Paciente feminina, 18 anos, chega ao Serviço de Emergência com otalgia há cinco dias, associada a cefaleia e febre há 24 horas. Ao exame físico, encontra-se sonolenta, com temperatura axilar de 38,5° C e rigidez de nuca. Para investigação microbiológica, realiza-se punção lombar, que revela: líquido turbido; citometria: 500/cm<sup>3</sup>; células com predomínio de polimorfonucleares; proteína: 500 mg%; glicose: 20 mg/dL e coloração pelo método de Gram com cocos Gram-positivos em forma de lanças. Considerando esses dados clínicos e laboratoriais, a hipótese diagnóstica e agente etiológico prováveis são, respectivamente:

- (A) meningite bacteriana por *Haemophilus influenzae*.
- (B) meningite bacteriana por *Streptococcus pneumoniae*.
- (C) meningoencefalite por herpes simples.
- (D) meningoencefalite por *Mycobacterium tuberculosis*.
- (E) meningite com meningococemia por *Neisseria meningitidis*.

**30** Paciente, 32 anos, casada, professora, é admitida no Serviço de Emergência com crise convulsiva. Durante anamnese, acompanhante relata que paciente não tinha doenças prévias, exceto por episódio de pneumonia há dois meses. Ao exame físico, desorientada, febril (T<sub>ax</sub>: 37,8°C), placas esbranquiçadas com base eritematosa em palato, sugestivas de candidose oral. Ao exame neurológico, sem sinais de irritação meníngea, com redução de força em membro superior esquerdo. Tomografia de crânio evidencia lesão hipodensa temporal à direita circundada por edema, com intenso reforço anelar após administração de contraste. A hipótese diagnóstica provável é infecção pelo vírus HIV com doença oportunista definidora de AIDS, acrescida de:

- (A) meningite criptocócica.
- (B) linfoma do sistema nervoso central.
- (C) neurotoxoplasmose.
- (D) leucoencefalopatia multifocal progressiva.
- (E) acidente vascular cerebral.

**31** Paciente, masculino, 35 anos, apresenta quadro agudo caracterizado por febre com calafrio, mialgia intensa e cefaleia. Ao exame físico, destaca-se febre (T<sub>ax</sub> 39°C) e intensa dor à palpação de panturrilhas. Há história epidemiológica de limpeza de esgoto domiciliar há cerca de 10 dias. Nega viagem nos seis meses anteriores. Considerando os dados clínicos e epidemiológicos descritos, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) malária.
- (B) febre amarela.
- (C) infecção por H1N1.
- (D) leptospirose.
- (E) endocardite.

**32** Paciente, 60 anos, moradora de área rural do Estado do Rio de Janeiro, chega ao Serviço de Emergência com queixa de dificuldade de deambular há 2 dias, que evoluiu rapidamente com dificuldade de engolir e episódios de “convulsão”. Ao exame físico, apresenta-se lúcida, orientada, mas febril, com rigidez de nuca e hipertonia muscular generalizada. Questionada sobre a ocorrência de traumatismos, a paciente refere que três dias antes de iniciar os sintomas “espetou alguma coisa no pé” enquanto caminhava no quintal. A hipótese diagnóstica principal, condutas diagnóstica e terapêutica são, respectivamente:

- (A) tétano generalizado leve, sedação, soro antitetânico, penicilina cristalina e desbridamento do foco infeccioso.
- (B) tétano generalizado grave, sedação, soro antitetânico, penicilina cristalina e desbridamento do foco infeccioso.
- (C) tétano localizado, sedação, antibiótico e desbridamento do foco.
- (D) meningite bacteriana, tomografia de crânio, raquicentese e ceftriaxona.
- (E) tétano generalizado gravíssimo, sedação, soro antitetânico, desbridamento do foco, penicilina cristalina.

**33** Homem, 64 anos, procura atendimento médico ambulatorial devido a febre, coriza, mal-estar e tosse seca. Após avaliação médica, são prescritos apenas medicamentos sintomáticos. Três semanas depois do atendimento inicial, ele procura emergência, devido à piora progressiva dos sintomas respiratórios, queixando-se, além disso, de tosse seca persistente associada a vômitos que provocam dificuldade de beber, comer e respirar. Relata “aperto” no peito e dificuldade de dormir. À inspeção, observa-se que a tosse finaliza com inspiração forçada e prolongada. Considerando essa descrição clínica, a hipótese diagnóstica principal é:

- (A) coqueluche.
- (B) sinusite.
- (C) doença pulmonar obstrutiva crônica descompensada.
- (D) pneumonia.
- (E) asma.

**34** Homem, 30 anos é admitido em Unidade de Terapia Intensiva devido a doença respiratória aguda caracterizada por febre (T<sub>ax</sub>: 40°C), tosse, taquipneia (FR: 28 ipm), dispneia e hipotensão (PA: 80 x 50 mmHg). Não apresenta comorbidade. Hemograma com discreta leucopenia e radiografia de tórax com infiltrado intersticial difuso. Sorologia para HIV negativa. Há história de viagem recente para o Rio Grande do Sul. Considerando os dados clínicos e epidemiológicos apresentados, a principal hipótese diagnóstica para o caso acima é:

- (A) infecção por *Pneumocystis jiroveci*.
- (B) tuberculose.
- (C) infecção respiratória grave por H1N1.
- (D) pneumonia bacteriana.
- (E) asma descompensada.

**35** Paciente, 19 anos, é admitido para investigação de febre, hepatoesplenomegalia e pancitopenia. Após exames laboratoriais, verifica-se que ele é HIV-positivo e que sua contagem de linfócitos T CD4+ é de 179/mm<sup>3</sup>. Biópsia de medula óssea revela pobreza das séries eritrocítica, megacariocítica e granulocítica, com presença de numerosas células fagocitárias contendo em seu interior formas parasitárias dotadas de núcleo e cinetoplasto sugestivos do diagnóstico de:

- (A) tuberculose.
- (B) micobacteriose atípica.
- (C) histoplasmose.
- (D) linfoma.
- (E) leishmaniose.

**36** Paciente jovem, previamente saudável, com queixa de hipermenorreia há seis meses, procura atendimento médico, durante o qual são encontrados vários sinais e sintomas sugestivos de anemia ferropriva. A alternativa que contém sinal e sintoma compatíveis com esse diagnóstico é:

- (A) hepatomegalia e dispneia aos esforços.
- (B) coiloníquia e diarreia.
- (C) bócio e palidez.
- (D) glossite e fissuras no canto da boca.
- (E) nistagmo vertical e fraqueza.

**37** Anemias megaloblásticas são um grupo de distúrbios que se caracterizam pela presença de aspectos morfológicos distintos dos eritrócitos em desenvolvimento na medula óssea, cuja causa:

- (A) é atribuída a defeitos genéticos.
- (B) costuma ser a deficiência de cobalamina ou folato.
- (C) costuma ser a deficiência combinada de ferro e vitamina B12.
- (D) relaciona-se à deficiência de eritropoietina.
- (E) relaciona-se à deficiência de absorção de tiamina.



**38** A leucemia mieloide crônica (LMC) faz parte do grupo de doenças mieloproliferativas crônicas. Quando não tratada, ela se caracteriza pela transição inevitável de fase crônica para acelerada, seguida de crise blástica em tempo médio de quatro anos. Sobre essa doença, afirma-se que:

- (A) leucocitose, plaquetopenia e esplenomegalia são suficientes para o diagnóstico.
- (B) adenomegalia generalizada, leucocitose e trombocitose são achados clássicos.
- (C) o diagnóstico se define pela detecção do cromossoma Filadélfia ou a mutação BCR/ABL.
- (D) esplenomegalia discreta, anemia, leucopenia e trombocitopenia são achados clássicos.
- (E) o tratamento de escolha é o transplante autólogo de medula óssea.

**39** Para jovem portador de linfoma não Hodgkin de grandes células B difuso prescreve-se tratamento de oito ciclos de quimioterapia a cada 21 dias com as seguintes drogas: rituximab, ciclofosfamida, adriamicina, vincristina e prednisona. Doze dias após o quinto ciclo, paciente apresenta febre, diarreia, mucosite e hipotensão postural. Procura atendimento no Serviço de Emergência, onde colhe sangue para hemocultura e hemograma completo que revelam: Ht<sup>o</sup>: 30%, Hb: 10g/dL, WBC: 1.600 células/mm<sup>3</sup> (neutrófilos: 30%) e contagem de plaquetas: 45.000/mm<sup>3</sup>. Nessa situação, indica-se:

- (A) cefalexina + vancomicina + transfusão de hemácias.
- (B) cefepime + hidratação venosa + transfusão de plaquetas.
- (C) amoxicilina/clavulanato + cindamicina + hidratação venosa.
- (D) metronidazol + amicacina + transfusão de plaquetas.
- (E) cefepime + vancomicina + hidratação venosa.

**40** Paciente de 30 anos, previamente hígida, apresenta queixa de cansaço progressivo nos últimos 15 dias. Procura atendimento médico que constata palidez, icterícia e baço palpável a 5 cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma revela anemia, hemoglobina baixa, volume corpuscular médio bem como reticulócitos aumentados. Estudo bioquímico mostra bilirrubina aumentada com predomínio da forma não-conjugada, LDH aumentada e haptoglobina reduzida. Esses dados sugerem diagnóstico de anemia de natureza:

- (A) hemolítica.
- (B) falciforme.
- (C) megaloblástica.
- (D) aplástica.
- (E) sideroblástica.

**41** Para homem adulto com febre, polaciúria, disúria, dor perineal e toque retal doloroso, o diagnóstico mais provável é prostatite aguda e o tratamento preferencial são, respectivamente:

- (A) prostatite aguda / fluoroquinolona por 30 dias.
- (B) pielonefrite aguda / fluoroquinolona por 20 dias.
- (C) prostatite aguda / fluoroquinolona por 10 dias.
- (D) pielonefrite aguda / ampicilina por 10 dias.
- (E) prostatite aguda / ampicilina por 30 dias.

**42** A forma mais típica de apresentação do hiperaldosteronismo secundário é hipertensão arterial com:

- (A) hipocalemia, alcalose metabólica, cloro urinário baixo, aldosterona elevada mas relação aldosterona/renina inalterada.
- (B) hipocalemia, alcalose metabólica e relação aldosterona/renina elevada.
- (C) hipernatremia, hipocalemia, aldosterona elevada mas relação aldosterona/renina inalterada.
- (D) hipocalemia, acidose metabólica hiperclorêmica e relação aldosterona/renina elevada.
- (E) hipercalemia, hipernatremia, acidose metabólica hiperclorêmica, aldosterona elevada mas relação aldosterona/renina inalterada.

**43** Em relação ao tratamento da insuficiência renal aguda no paciente crítico, é correto afirmar que:

- (A) a diálise precoce melhora o prognóstico (estágios R ou F de RIFLE).
- (B) a diálise contínua é superior à intermitente.
- (C) a diálise peritoneal deve ser descartada.
- (D) o controle da volemia é indicação frequente de diálise.
- (E) doses de filtração > 35 mL/Kg/h mostram-se mais eficazes na sepse.

**44** São fatores de risco para nefrolitíase:

- (A) dieta rica em cálcio, baixo volume urinário, hipercalcúria, hiperuricosúria, hipercitraturia.
- (B) dieta rica em cálcio, hipercalcúria, hiperuricosúria, hipocitraturia e pH urinário alto.
- (C) dieta pobre em cálcio, baixo volume urinário, hipercalcúria, hiperoxalúria, hipocitraturia, pH urinário baixo.
- (D) dieta hiperproteica, hipercalcúria, hiperuricosúria, hipercitraturia e pH urinário baixo ou alto.
- (E) dieta rica em cálcio, hipercalcúria, hipeorxalúria, hiperuricosúria, hipocitraturia e pH urinário baixo.

**45** A taxa de filtração glomerular pode ser estimada a partir da creatinina sérica. Em algumas situações clínicas, nas quais a creatinina sérica tem valor limitado para esse fim, como nos casos de pacientes tetraplégicos, pode-se estimar essa taxa através da dosagem de:

- (A) microcistina E.
- (B) beta 2 microglobulina.
- (C) policistina.
- (D) amiloide A.
- (E) cistatina C.

**46** Sobre o transtorno depressivo maior, uma das principais causas de incapacidade laborativa, é correto afirmar que:

- (A) a presença de psicose exclui a possibilidade de se chegar a esse diagnóstico.
- (B) homens são duas vezes mais acometidos do que mulheres.
- (C) a idade média de surgimento é 18 anos.
- (D) A eletroconvulsoterapia deixou de ser opção terapêutica para os casos graves, por estar proibida no Brasil.
- (E) o tempo médio de um episódio depressivo não tratado é de seis a 13 meses, caindo para três quando tratado corretamente.

**47** O elemento semiológico essencial para o diagnóstico de *delirium* é:

- (A) rebaixamento do nível de consciência.
- (B) agitação psicomotora.
- (C) nistagmo.
- (D) alucinações visuais.
- (E) tremores.

**48** Quando administrados simultaneamente, mesmo em doses terapêuticas, os psicofármacos que resultam como mais perigosos para a vida do paciente são:

- (A) paroxetina e midazolam.
- (B) ácido valpoico e risperidona.
- (C) sertralina e imipramina.
- (D) fluoxetina e tranilcipromina.
- (E) topiramato e clorpromazina.

**49** O benzodiazepínico que apresenta a menor meia-vida plasmática e, conseqüentemente, maior chance de causar síndrome de descontinuação ao ser suspenso é o:

- (A) diazepam.
- (B) clonazepam.
- (C) alprazolam.
- (D) clordiazepóxido.
- (E) flurazepam.

**50** Os medicamentos de primeira linha para o controle dos sintomas de abstinência do álcool são os:

- (A) antipsicóticos atípicos.
- (B) benzodiazepínicos.
- (C) inibidores seletivos da recaptação da serotonina.
- (D) opioides.
- (E) oxibarbítúricos.

**51** Nos pacientes atendidos com dor torácica de origem indeterminada, descartadas as causas cardiovasculares, as principais hipóteses de dor de origem esofágica são:

- (A) acalasia, esofagite medicamentosa e divertículo esofágico.
- (B) membrana esofágica, divertículo de Zenker e esôfago de Barrett.
- (C) síndrome de Mallory-Weiss, hérnia de hiato por deslizamento e corpo estranho esofágico.
- (D) doença do refluxo gastroesofágico, esôfago em 'quebra nozes' e espasmo esofágico difuso.
- (E) acalasia, esclerodermia do esôfago e hérnia de hiato por deslizamento.

**52** Paciente feminina, 32 anos, procura atendimento ambulatorial devido a diarreia crônica iniciada há seis meses e caracterizada por dois a três episódios diários de evacuação, fezes amareladas em grande volume, odor característico, acompanhada de cólica periumbilical e emagrecimento de 7 kg no período. Nega febre e artralguas. Seu exame físico é normal, exceto por palidez cutaneomucosa 2+/4+ e dor abdominal à palpação profunda de mesogastro. Exames laboratoriais demonstram anemia hipocrômica e microcítica, linfopenia ao hemograma, ferritina de 5,0 mg/dl, albumina de 2,3 mg/dl, TAP com INR de 1,4 e gordura fecal acima de 6% em 24 horas. Dado o quadro, as complicações clínicas que podem ocorrer são:

- (A) desenvolvimento de linfoma, pólipos colônicos e dislipidemia.
- (B) osteoporose, deficiência de vitaminas lipossolúveis e anemia ferropriva por absorção prejudicada.
- (C) edema de membros inferiores, osteoporose e anemia ferropriva por perda do trato gastrointestinal.
- (D) anemia por deficiência de vitamina B12 devido a redução de fator intrínseco, distúrbios eletrolíticos e anasarca.
- (E) desenvolvimento de tumores do trato digestivo, desnutrição proteico-calórica e dislipidemia.

**53** A presença de úlceras em localizações atípicas como segmentos distais do duodeno, úlceras refratárias ao tratamento clínico, úlceras complicadas por hemorragia digestiva alta, perfuração e obstrução e sem fatores como infecção por *Helicobacter pylori* ou uso de anti-inflamatórios, pode sugerir:

- (A) vipomas de duodeno.
- (B) anemia perniciosa.
- (C) síndrome de Zollinger-Ellison causada por gastrinomas.
- (D) glucagonomas.
- (E) doença de Menétrier.

**54** Paciente masculino, 45 anos, apresenta, há quatro meses, dor abdominal de forte intensidade em epigástrico e hipocôndrio esquerdo, associada a alimentação rica em gordura, sem náuseas ou emagrecimento. Nega pirose, regurgitação e disfagia. Exame físico normal e exames laboratoriais sem alterações, exceto por discreta elevação de gamaglutamil transferase (1,5 X valor normal). Ultrassom de abdome demonstra fígado normal, vesícula biliar sem cálculos, baço e rins normais. Pâncreas apresenta imagem hipoeoicoica de 0,4 cm, sem linfonodomegalias abdominais ou obstrução de vias biliares. O método complementar imediato a ser solicitado para elucidação do caso é:

- (A) endoscopia digestiva alta.
- (B) colangiografia endoscópica retrógrada.
- (C) teste da D-Xylose.
- (D) biópsia pancreática guiada por tomografia computadorizada.
- (E) ecoendoscopia.

**55** Paciente masculino com cirrose alcoólica diagnosticada há cinco anos, após episódio de hemorragia digestiva por varizes de esôfago, apresenta ascite mal controlada com diuréticos (espirolactona e furosemida) e inversão do ciclo sonovigília. Relata piora recente da ascite e febre não aferida na última semana. Exames laboratoriais demonstram TAP com INR de 1,6, albumina de 2,8, bilirrubina de 2,4, AST e ALT normais, sódio sérico de 125mg/dl, potássio sérico de 3,7, ureia de 52 e creatinina de 1,4. A hipótese diagnóstica e o exame confirmatório a ser solicitado são, respectivamente:

- (A) peritonite bacteriana espontânea / paracentese diagnóstica demonstrando celularidade aumentada acima de 250 polimorfonucleares e cultura positiva no líquido ascítico.
- (B) peritonite bacteriana espontânea / paracentese diagnóstica com proteína do líquido ascítico abaixo de 1 mg/dl.
- (C) infecção urinária em paciente com cirrose / urinocultura.
- (D) encefalopatia hepática precipitada por uso de diuréticos e distúrbio eletrolítico / urinocultura.
- (E) peritonite bacteriana espontânea / gradiente soro-ascite de albumina > 1,1.

**56** Homem dá entrada em Serviço de Emergência com náuseas e vômitos, apresentando ao exame físico icterícia ++/4. Exames laboratoriais evidenciam Bb total 6mg/dl com predomínio de Bb direta, TGO (Ast) 15/valor normal (VN) e TGP (Alt) 5x VN, fosfatase alcalina 2x VN, GGT 8x VN. Para o quadro, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) hepatite aguda bacteriana.
- (B) colidocolétiase.
- (C) hepatite aguda alcoólica.
- (D) esteato-hepatite não alcoólica.
- (E) hepatite aguda por vírus da dengue.

**57** Paciente com doença crônica causada por vírus B, cujos exames revelam HBs Ag positivo, HB e Ag negativos, anti-Hb positivo e DNA – HBV > 600.000 UI, deve ser diagnosticado como:

- (A) em fase de imunotolerância do vírus B.
- (B) portador de vírus selvagem replicativo.
- (C) portador crônico não replicativo.
- (D) portador de vírus mutante pré-core.
- (E) em fase de janela imunológica.

**58** O exame imprescindível para diagnóstico diferencial de colestatases intra e extra-hepática é o seguinte:

- (A) fosfatase alcalina.
- (B) gamaglutamil transferase.
- (C) bilirrubinas.
- (D) transaminases.
- (E) ultrassonografia abdominal.

**59** A alternativa em que se aponta exame indicado para avaliar função biossintética do fígado em paciente cirrótico é:

- (A) fosfatase alcalina.
- (B) albumina.
- (C) gamaglutamil transferase.
- (D) transaminases.
- (E) de plaquetas.

**60** Em relação às complicações do Diabetes *Mellitus* (DM), é correto afirmar que:

- (A) o controle rigoroso do DM tipo 1 não mostra benefício quanto ao desenvolvimento de retinopatia diabética.
- (B) os IECAS e os BRAS devem ser descartados no tratamento da hipertensão arterial no paciente diabético, pois agravam a função renal.
- (C) no paciente com DM tipo 2, a pesquisa de microalbuminas deve ser feita a partir da primeira consulta.
- (D) a hiperglicemia é o único fator de risco implicado no desenvolvimento da neuropatia diabética.
- (E) a DM é a segunda maior causa de cegueira adquirida.

**61** Assinale a alternativa correta em relação às complicações agudas no Diabete Mellitus (DM).

- (A) Na cetoacidose diabética, os níveis baixos da glucagon são fundamentais ao seu desenvolvimento;
- (B) A cetoacidose diabética não é uma complicação exclusiva do DM tipo 1;
- (C) No estado hiperosmolar não cetótico, caracteristicamente, os níveis glicêmicos não estão muito elevados;
- (D) O estado hiperosmolar não cetótico acomete mais indivíduos com DM tipo 1 do que os portadores de DM tipo 2;
- (E) Na cetoacidose diabética o bicarbonato deve ser sempre usado.

**62** A síndrome do enfermo eutireoideo pode ser caracterizada por níveis de T3 total:

- (A) baixos, com TSH elevado.
- (B) elevados, com TSH suprimido.
- (C) elevados, com TSH elevado.
- (D) baixos, com TSH abaixo do normal.
- (E) baixos, com TSH baixo.

**63** O tratamento da arritmia cardíaca com amiodarona causa efeitos deletérios que devem ser monitorados. Sobre esse fármaco, largamente utilizado na prática clínica, é possível afirmar que:

- (A) desenvolve eventualmente o carcinoma papilífero da tireoide.
- (B) aumenta a incidência de tireoidite autoimune.
- (C) pode levar a uma tireotoxicose caracterizada por captação de iodo radioativo bem aumentada.
- (D) pode causar tireoidite destrutiva, levando a uma tireotoxicose de modo semelhante à doença de Graves.
- (E) provoca duas formas de tireotoxicose passíveis de diferenciação por ultrassonografia.

**64** Na prática clínica, ao se detectar nódulo tireoideo palpável, pode-se afirmar que:

- (A) se o TSH estiver suprimido, está indicada a punção do nódulo por agulha fina.
- (B) ausência de microcalcificações à ultrassonografia diminui a chance de malignidade do nódulo.
- (C) a fotocintilografia com iodo radioativo não deve ser utilizada para dar prosseguimento à investigação.
- (D) a punção aspirativa por agulha fina deve ser descartada se os níveis de TSH estiverem suprimidos.
- (E) punção por agulha fina negativa afasta totalmente a possibilidade de neoplasia maligna.

**65** No que concerne à avaliação laboratorial de paciente com suspeita de hipotireoidismo, pode-se afirmar que:

- (A) a dosagem de T3 livre é o exame mais importante para a confirmação da doença.
- (B) TSH suprimido e T4 livre normal caracterizam hipotireoidismo subclínico.
- (C) os níveis de TSH normais ou baixos não excluem a possibilidade da doença.
- (D) TSH suprimido e T3 livre normal são sinais de hipotireoidismo subclínico.
- (E) o TSH estará sempre elevado em qualquer forma de hipotireoidismo.

**66** No que diz respeito às neoplasias tireoidianas, pode-se afirmar que:

- (A) o carcinoma papilífero responde mal a doses ablativas com iodo radioativo.
- (B) no câncer tireoideo, antes de se submeter o paciente a dose ablativa de iodo radioativo, é requerida dieta rica em iodo.
- (C) o carcinoma anaplásico responde mal a doses ablativas com iodo radioativo, mas tem excelente resposta com a quimioterapia.
- (D) o carcinoma papilífero é responsável pela maioria das doenças malignas tireoidianas.
- (E) o microcarcinoma papilífero, tumor muito agressivo, deve ser tratado com tireoidectomia total e doses ablativas de iodo radioativo.

**67** Conforme recomendações da *American Diabetes Association*, é meta do tratamento de adultos com diabete *mellitus*:

- (A) pressão arterial igual ou inferior a 130 X 85 mmHg.
- (B) hemoglobina A1C, em geral, inferior a 7%.
- (C) lipoproteína de baixa densidade igual ou inferior a 130 mg/dl.
- (D) pico de glicose pó prandial (2 horas) sempre inferior a 120 mg/dl.
- (E) triglicerídeos igual ou inferior a 200 mg/dl.

**68** No que concerne ao tratamento do diabetes, é correto afirmar que:

- (A) o análogo GLP-1 aumenta a secreção de insulina estimulada pela glicose e suprime o glucagon.
- (B) as biguanidinas aumentam a produção hepática de glicose e reduzem a resistência à insulina.
- (C) os secretagogos de insulina interagem com o canal de sódio sensível ao ATP na célula beta.
- (D) os inibidores de DPP-IV causam aumento da degradação do GLP-1 nativo.
- (E) as insulinas reduzem a utilização periférica de glicose e levam ao ganho de peso.

**69** Paciente, 35 anos, após três dias de quadro febril, relata fraqueza, de início nos membros inferiores e, em seguida, nos superiores. Mostra, ao exame, dificuldade em fechar as pálpebras. O quadro se instalou há sete dias e permanece estacionário. Observam-se, ainda, reflexos profundos abolidos e sensibilidade normal. A hipótese diagnóstica provável é:

- (A) síndrome de Guillain-Barré.
- (B) mielite transversa.
- (C) neuropatia diabética.
- (D) poliomielite.
- (E) infarto pontino.

**70** A doença de Charcot-Marie-Tooth é uma:

- (A) polineuropatia autonômica-sensitiva hereditária.
- (B) paraplegia espástica familiar.
- (C) ataxia espinocerebelar de herança autossômica dominante.
- (D) amiotrofia espinhal progressiva autossômica recessiva.
- (E) polineuropatia hereditária sensitivo-motora.

**71** Mulher, 58 anos, portadora de SIDA, submette-se a esquema "HART" e utiliza verapamil. Há um mês passou a manifestar, progressivamente, tremor de repouso e postural de ambas as mãos, rigidez dos membros superiores, lentificação dos movimentos da face e dos membros superiores e movimentos de lateralização, de protrusão e retração da língua. Para esse quadro, o diagnóstico e a conduta são, respectivamente:

- (A) parkinsonismo medicamentoso / suspender verapamil.
- (B) doença de Parkinson / utilizar levodopa.
- (C) tremor essencial / administrar propranolol.
- (D) AVE de tronco cerebral / substituir verapamil por ácido acetilsalicílico.
- (E) síndrome inflamatória da reconstituição imune / indicar esquema RIP.

**72** A esclerose múltipla é uma doença:

- (A) degenerativa, que afeta o nervo periférico.
- (B) metabólica, que afeta a musculatura esquelética.
- (C) inflamatória e desmielinizante, que afeta o sistema nervoso central.
- (D) infecciosa, que afeta as raízes nervosas.
- (E) degenerativa, que afeta os neurônios motores superior e inferior.

**73** A miastenia *gravis* acomete:

- (A) o nervo periférico, afetando raramente a musculatura ocular extrínseca.
- (B) a junção neuromuscular, podendo levar à fraqueza muscular flutuante.
- (C) o sistema nervoso central, ocasionando alterações difusas na sensibilidade superficial.
- (D) o neurônio motor inferior, levando à síndrome piramidal.
- (E) a circulação cerebral, originando déficits neurológicos focais, tais como afasias ou hemiplegias.

**74** Dentre as medicações ou classes de medicações abaixo, aquelas que estão indicadas no tratamento da demência da doença de Alzheimer são:

- (A) rivastigmina e vasodilatadores.
- (B) vasodilatadores e hemorreolíticos.
- (C) AINEs e galantamina.
- (D) anticolinesterásicos e memantina.
- (E) donepezila e anticolinérgicos.

**75** A rotina laboratorial a ser seguida na investigação das demências é:

- (A) pesquisa do gene da APOE4.
- (B) dosagem da proteína tau fosforilada e da proteína betaamiloide no líquido.
- (C) dosagem da insulina no líquido.
- (D) dosagem de vitamina B12, ácido fólico; ressonância magnética e provas de função hepática.
- (E) dosagem de TSH, VDRL, vitamina B12; ressonância magnética ou TC do crânio.

**76** A mais frequente pancreatite crônica morfológicamente definida tem origem:

- (A) biliar.
- (B) etílica.
- (C) traumática.
- (D) idiopática.
- (E) iatrogênica.

**77** De acordo com pesquisas atualizadas, o abscesso hepático tem como causa mais comum:

- (A) idiopatia.
- (B) neoplasia.
- (C) infecção da árvore biliar.
- (D) traumatismo.
- (E) cirurgia.

**78** Mulher, 45 anos, queixa-se de pirose, regurgitação ácida e disfagia intermitente para sólidos. Desde o último ano, vem apresentando telangiectasias nos membros, fenômeno de Raynaud e depósitos calcificados no subcutâneo. Ao exame de esofagomanometria, os achados mais prováveis são:

- (A) motilidade ineficaz nos 2/3 inferiores do corpo esofágico e hipotensão do esfíncter inferior.
- (B) ondas peristálticas de alta amplitude nos 2/3 inferiores do corpo esofágico e déficit de relaxamento do esfíncter inferior.
- (C) motilidade ineficaz nos 2/3 superiores do corpo esofágico e hipotensão do esfíncter superior.
- (D) contrações simultâneas no corpo esofágico em  $\geq 20\%$  das deglutições e hipotensão do esfíncter inferior.
- (E) ausência de peristalse em todo o corpo esofágico com déficit de relaxamento do esfíncter superior.

**79** O melhor exame para documentar e quantificar o refluxo ácido é:

- (A) videoendoscopia digestiva alta.
- (B) videoesofagografia.
- (C) cintilografia para pesquisa de refluxo gastroesofágico.
- (D) pHmetria esofagiana de 24 horas.
- (E) esofagomanometria.

**80** O esôfago de Barrett se caracteriza por:

- (A) hiperplasia e paraceratose do esôfago inferior.
- (B) displasia de alto grau da cárdia.
- (C) mucosa gástrica ectópica no esôfago.
- (D) carcinoma *in situ* da junção esofagogástrica.
- (E) metaplasia intestinal.

