

CONCURSO 2014 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**

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- 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 na FOLHA 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 na folha de respostas.
- O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento da folha de respostas, é de quatro horas.
- Reserve os quinze minutos finais para preencher a folha 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 a FOLHA 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 Paciente feminina, 10 anos, é atendida em um Serviço de Emergência Pediátrica com febre há 24 horas. Ao exame físico, apresenta febre (temperatura axilar 39°C), taquicardia (frequência cardíaca: 120bpm), sopro sistólico (3+/6+) em foco mitral; lesões petequiais cutâneas e subconjuntivais; sem outras lesões cutâneas ativas. Mãe relata que ela teve “furúnculo” em coxa direita há cerca de 10 dias, com resolução mediante expressão manual. Considerando a história epidemiológica e os dados clínicos relatados, a hipótese diagnóstica principal é:

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

02 Paciente masculino, 45 anos, etilista, sem história de tabagismo, relata febre vespertina esporádica (temperatura axilar: 37,9°C), astenia e tosse com expectoração amarelo-esverdeada há seis semanas, associado a emagrecimento de 5 kg no mesmo período. A radiografia de tórax revela lesão em cavidade associada à área de consolidação em 1/3 médio de hemitórax direito. Considerando a história clínica e epidemiológica apresentada, assinala, respectivamente, as principais hipóteses diagnósticas, os exames que deveriam ser realizados para investigação microbiológica e etiológica destas hipóteses.

- (A) Pneumonia bacteriana comunitária / Exame direto de escarro com coloração de Gram e cultura quantitativa de escarro
- (B) Abscesso pulmonar e câncer de pulmão / Exame direto de escarro com coloração de Gram; cultura quantitativa de escarro e broncoscopia com biopsia transbrônquica
- (C) Traqueobronquite / Exame direto de escarro com coloração de Gram
- (D) Tuberculose e abscesso pulmonares / Exame direto de escarro com coloração de Ziehl Neelsen e de Gram; cultura quantitativa de escarro para germes comuns, além de cultura de escarro para *Mycobacterium tuberculosis*
- (E) Tuberculose pulmonar e câncer de pulmão / Exame direto de escarro com coloração de Ziehl Neelsen; cultura de escarro para *Mycobacterium tuberculosis*; broncoscopia com biopsia transbrônquica

03 A infecção urinária (ITU) é causa comum de atendimento em ambulatórios e Serviços de Emergência. As mulheres são especialmente susceptíveis a essa infecção, sendo comuns os episódios de ITU de repetição nessa população. O conhecimento do perfil microbiológico de tais infecções é fundamental para o atendimento adequado das pacientes com ITU. Dos patógenos citados abaixo, o mais

frequentemente envolvido nos episódios de ITU adquiridos na comunidade é:

- (A) *Klebsiella pneumoniae*
- (B) *Escherichia coli*
- (C) *Enterococcus faecalis*
- (D) *Proteus mirabilis*
- (E) *Candida albicans*

04 Paciente masculino, 32 anos, é admitido em Unidade de Pronto Atendimento com dispneia e tosse seca. Relata episódio de pneumonia há dois meses. Ao exame físico, febril (38 °C), cianose central, frequência respiratória igual a 28 ipm; presença de placas brancas com base eritematosa em língua, sugestivo de candidíase oral e ausculta torácica com estertores inspiratórios em 1/3 médio de ambos os hemitórax. Radiografia de tórax demonstra discreto infiltrado intersticial difuso bilateral e gasometria arterial com pO₂ 60 mmHg. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) infecção pelo vírus HIV com doença oportunista definidora de AIDS, além de pneumonia pneumocócica
- (B) pneumonia por *Mycobacterium tuberculosis*
- (C) Infecção pelo vírus HIV com doença oportunista definidora de AIDS, além de tuberculose pulmonar
- (D) pneumonia por *Staphylococcus aureus*
- (E) infecção pelo vírus HIV com doença oportunista definidora de AIDS, além de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*

05 Paciente masculino, 22 anos, é admitido em enfermaria de doenças infecciosas para investigação e tratamento de síndrome diarreica de início há cinco dias. Relata dor abdominal intensa e diarreia, inicialmente aquosa, que evolui de forma sanguinolenta. Após três dias de internação, paciente evolui com insuficiência renal aguda e necessidade de hemodiálise. Na história epidemiológica, refere ter chegado de viagem da Europa três dias antes do início dos sintomas. Considerando os dados clínicos e epidemiológicos descritos, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) diarreia por E. colientero-hemorrágica com síndrome hemolítico-urêmica.
- (B) diarreia por *Shigelladysenteriae*.
- (C) colite pseudomembranosa por *Clostridium difficile*.
- (D) amebíase.
- (E) doença de Chron.

06 Dentre as condições nomeadas abaixo, destaque aquela que é causa de diarreia secretória:

- (A) giardíase.
- (B) enterocolopatia actínica.
- (C) síndrome do supercrescimento bacteriano intestinal.
- (D) diarreia dos viajantes por *E.coli* enterotoxigênica.
- (E) uso de laxantes à base de magnésio.

07 Tomando-se como base o item T da classificação TNM, o método aconselhável para estadiamento do carcinoma epidermoide esofágico no pré-operatório é:

- (A) esofagografia.
- (B) ecoendoscopia.
- (C) tomografia computadorizada de tórax.
- (D) broncoscopia.
- (E) biópsia de esôfago e estudo histopatológico.

08 Dentre as alternativas seguintes, aquela em que se nomeia fator de risco para o adenocarcinoma gástrico é:

- (A) úlcera péptica gástrica.
- (B) alcoolismo.
- (C) síndrome de Zollinger-Ellison.
- (D) uso prolongado de inibidores de bomba de prótons.
- (E) pólipos gástricos adenomatosos.

Com base no quadro clínico a seguir, responda as questões 9 e 10.

Homem, 70 anos, portador de DPOC, é internado com febre, tosse produtiva e dispneia. Faz uso de salmeterol, tiotrópio e fluticasona. Nunca esteve internado, mas fez tratamento para pneumonia com amoxicilina/clavulanato há um mês. Pressão arterial é de 110 x 70 mmHg, oximetria de pulso está em 92%, frequência cardíaca em 110 bpm e respiratória em 26 irpm. No exame físico, há roncos e sibilos difusos na área pulmonar. Gasometria arterial tem pH 7,40, pCO₂ 58 mmHg, pO₂ 68 mmHg, HCO₃ 30 mEq/L, BE +6 e lactato 2,0 mmol/L. Radiografia de tórax mostra condensação no lobo médio do pulmão direito com pequeno derrame pleural adjacente. Nos exames laboratoriais, há leucograma com 14500 cél/mm³ com 20% bastões, hemoglobina de 16 g/dl e plaquetas de 600 mil/mm³. As funções renais e hepáticas estão normais.

09 A escolha de antibióticos apropriada para esse paciente é:

- (A) piperacilina/tazobactam com azitromicina.
- (B) levofloxacina com sulfametoxazol / trimetoprim.
- (C) rifampicina, isoniazida e pirazinamida
- (D) cefepime com linezolida
- (E) ampicilina / sulbactam com claritromicina.

10 A conduta ventilatória mais apropriada, para o paciente, nesse cenário clínico é:

- (A) iniciar suporte ventilatório não invasivo (VNI).
- (B) ofertar oxigênio suplementar por máscara de Venturi.
- (C) realizar intubação orotraqueal para início de ventilação mecânica.
- (D) mantê-lo em ar ambiente e com respiração espontânea.
- (E) ofertar oxigênio através de nebulização com n-acetilcisteína.

11 Mulher de 40 anos, tabagista, na menopausa, realiza EAS urinário como parte de exame admissional. Está assintomática, nega comorbidades e não faz uso de medicações diárias. O EAS mostra 20 a 30 eritrócitos por campo com presença de hemácias dismórficas. Restante do exame está normal. Dentre as alternativas que seguem, a causa mais provável para essa alteração é:

- (A) tumor nas vias urinárias.
- (B) nefrolitíase.
- (C) infecção urinária.
- (D) sangramento genital.
- (E) nefropatia por IGA.

12 De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, o exame que deve ser solicitado na avaliação inicial de rotina de um paciente com hipertensão primária (essencial) não complicada é:

- (A) ureia.
- (B) sódio.
- (C) ecocardiograma transtorácico.
- (D) radiografia de tórax.
- (E) ácido úrico.

13 Homem de 60 anos, tabagista, é portador de hipertensão arterial sistêmica e faz uso de anlodipino 5 mg/dia e valsartana 80 mg/dia. Está assintomático e seu exame físico é normal. Pressão arterial está em 146 x 104 mmHg. Seu peso é de 72 kg e sua altura de 1,60m. Exames complementares mostram glicemia 105 mg/dl, ureia 60 mg/dl, creatinina 2,0 mg/dl, ácido úrico 7,5 mg/dl, colesterol total 250 mg/dl, colesterol HDL 30 mg/dl e triglicerídeos 300 mg/dl. Com base nesse cenário clínico, marque a afirmativa verdadeira.

- (A) O colesterol LDL estimado pela equação de Friedewald é de 160 mg/dl, devendo-se iniciar estatina.
- (B) A taxa de filtração glomerular estimada pela equação de Cockcroft-Gault permite diagnosticar doença renal crônica estágio 4.
- (C) Seu índice de massa corporal é compatível com obesidade (entre 30 e 35 kg/m²) e deve ser iniciada metformina.
- (D) Há indicação para início de alopurinol com colchicina.
- (E) A associação de um diurético tiazídico é a melhor opção para obter maior controle da pressão arterial, cuja meta é estar abaixo de 130 x 80 mmHg.

14 Mulher de 80 anos está em avaliação clínica (“risco cirúrgico”) para tireoidectomia total por tumor folicular. É tabagista e portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito. Não tem outras comorbidades, nem alergias, e o exame físico é normal. Faz uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia, losartana 100 mg/dia, metformina 1.500 mg/dia e glibenclamida 5 mg/dia. O eletrocardiograma é normal e os exames laboratoriais mostram hemoglobina 12 g/dl, ureia 60 mg/dl, creatinina 1,5 mg/dl e glicemia 120 mg/dl. O índice de risco cardíaco modificado (também chamado índice de risco cardíaco revisado ou algoritmo de Lee) dessa paciente é de:

- (A) zero.
- (B) um.
- (C) dois.
- (D) três.
- (E) quatro.

15 Paciente de 25 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico cutâneo-articular, está internada em pós-operatório imediato de correção de fratura da pelve após acidente automobilístico. Ela desenvolve trombose venosa profunda da veia femoral comum direita. Cirurgião autoriza início de heparina venosa em dose plena. Exames laboratoriais mostram anticoagulante lúpico negativo, VDRL positivo 1:8, anticardiolipina IgM 25 MPL U/ml e IgG 32 GPL U/ml (valor de referência < 10 U/ml). Frente a esse cenário clínico, marque a afirmativa verdadeira.

- (A) A paciente é portadora de síndrome do anticorpo antifosfolípido, devendo fazer uso de anticoagulação plena a vida toda.
- (B) A paciente é portadora de síndrome do anticorpo antifosfolípido e, caso haja um segundo episódio de trombose, deve fazer uso de anticoagulação plena a vida toda.
- (C) Deve ser iniciada varfarina, com alvo de INR entre 3,0 e 4,0, por prazo mínimo de seis meses.
- (D) Deve ser prescrito um dos novos anticoagulantes orais, como dabigatrana ou rivaroxabana, pois estes têm farmacodinâmica mais estável e dispensam a monitorização do INR.
- (E) Os marcadores laboratoriais de trombofilia devem ser repetidos com intervalo mínimo de 12 semanas, devendo a paciente, nesse período, ser mantida com anticoagulação plena.

16 Homem de 30 anos apresenta febre alta (39°C), mialgias e prostração. Não há sintomas de problemas respiratórios. Após quatro dias, a febre e as mialgias cedem, mas paciente passa a apresentar dor abdominal mais intensa em hipocôndrio direito, vômitos e prostração. Levado a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), seu exame físico revela pressão arterial de 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm e respiratória de 20 irpm. Exames laboratoriais mostram hemoglobina 18 g/dl, leucocitose 2500 cel/mm³ e plaquetas 55 mil/mm³. De

acordo com as orientações do Ministério da Saúde, a conduta apropriada nesse caso é:

- (A) iniciar terapia de hidratação oral com 80 ml/kg/dia, solicitando reavaliação em 48 horas na unidade básica de saúde.
- (B) internar em unidade de terapia intensiva para obtenção de acesso venoso profundo e reposição volêmica com solução cristaloide de 30 ml/kg em 30 minutos.
- (C) realizar hidratação venosa com 30 ml/kg em duas horas e dar alta ao final, com reavaliação em 48 horas na UPA.
- (D) dar início a hidratação venosa com solução cristaloide (fisiológica ou Ringer) 20 ml/kg em duas horas, procedendo a reavaliação clínica e de hematócrito ao final.
- (E) administrar 20 ml/kg de solução cristaloide e 20 ml/kg de soro glicosado em quatro horas, com reavaliação clínica ao final.

17 De acordo com o protocolo de tratamento de Influenza 2013 do Ministério da Saúde, é correto afirmar que:

- (A) em adultos, o período de incubação da doença é de uma a duas semanas. A transmissibilidade começa cinco dias antes do início dos sintomas e dura, em média, 10 a 14 dias.
- (B) o oseltamivir está indicado em todos os pacientes com síndrome gripal e portadores de fatores ou condições de risco para complicações, mesmo que já tenham sido vacinados.
- (C) grávidas, crianças de até 5 anos e idosos com mais de 65 anos são considerados grupos mais susceptíveis a complicações.
- (D) a síndrome gripal é definida como a presença de tosse e/ou dor de garganta associada a, pelo menos, um dos seguintes sintomas: cefaléia, mialgia ou artralgia, havendo ainda a possibilidade de febre.
- (E) em pacientes com síndrome respiratória aguda grave, o oseltamivir só está indicado se puder ser administrado em até 48 horas após o início dos sintomas.

18 Homem de 50 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito, apresenta angina estável refratária ao tratamento clínico. Faz uso de ácido acetilsalicílico, metoprolol, mononitrato de isossorbida, ramipril, atorvastatina e metformina. O ecocardiograma mostra fração de ejeção do ventrículo esquerdo, pelo método de Simpson, de 35%. Na coronariografia, observa-se lesão aterosclerótica obstrutiva > 90% no tronco da coronária esquerda e no segmento proximal da artéria descendente anterior. A conduta para esse paciente é:

- (A) angioplastia com *stent* farmacológico das lesões críticas.

- (B) angioplastia com *stent* convencional das lesões críticas.
- (C) cirurgia de revascularização do miocárdio.
- (D) manutenção do tratamento clínico, com indicação de repouso absoluto por quatro semanas e, posteriormente, início de reabilitação cardíaca.
- (E) transplante cardíaco.

19 Sobre doença celíaca, tem-se como afirmativa correta que:

- (A) é também conhecida como enteropatia sensível ao glúten ou espru tropical.
- (B) os anticorpos antiendomisial (IgA e IgM), antitransglutaminase (IgG e IgM) e anti-gliadina (IgA) têm acurácia acima de 95% e permitem o diagnóstico mesmo em pacientes assintomáticos.
- (C) seu tratamento é baseado na restrição ao glúten na dieta e na administração de sulfasalazina ou mesalazina via oral.
- (D) o padrão ouro para o diagnóstico é a melhora histológica das lesões no intestino proximal após um período de dieta sem glúten.
- (E) há um risco aumentado de linfoma intestinal, mas não de outros tipos de tumores, como o adenocarcinoma de cólon.

20 Mulher de 75 anos, tabagista com carga estimada em 120 maços/ano, é trazida a Unidade de Pronto Atendimento devido a torpor, vômitos e constipação. Sinais vitais estão estáveis. No exame físico, observa-se paciente emagrecida e hipocorada. Exames laboratoriais iniciais mostram hemoglobina 10,0 g/dl, leucometria 5.000 cél/mm³, plaquetas 550.000/mm³, glicose 75 mg/dl, ureia 50 mg/dl, creatinina 1,3 mg/dl, sódio 140 mEq/L, potássio 5,1 mEq/L, TGP 35 U/L, fosfatase alcalina 1210 U/L, gamaGT 30 U/L, bilirrubina total 1,0 mg/dl, cálcio total 13,5 mg/dl, proteínas totais 5,0 g/dl, albumina 3,9 g/dl, fósforo 3,0 mEq/L, 25-OH-vitamina D 35 ng/ml e PTH 5 pg/ml. À vista do quadro, o diagnóstico mais provável é:

- (A) mieloma múltiplo.
- (B) câncer de pulmão.
- (C) hiperparatireoidismo.
- (D) intoxicação pelo chumbo.
- (E) sarcoidose.

21 Paciente de 50 anos é atendido na emergência de um hospital universitário com febre, calafrios, icterícia, dor no hipocôndrio direito e torpor. Pressão arterial é de 80 x 40 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm e respiratória de 34 irpm. Ultrassom à beira do leito mostra dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas com colédoco de 15 mm de diâmetro. A conduta a ser seguida para esse paciente é:

- (A) realizar a terapia precoce guiada por metas ("early goal directed-therapy"), iniciar ampicilina, metronidazol e ciprofloxacino e indicar

drenagem biliar de urgência através de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada começar infusão de noradrenalina, antibióticos (clindamicina e ciprofloxacino) e indicar drenagem biliar de urgência por laparotomia exploradora.

- (B) drenagem biliar de urgência através de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada começar infusão de noradrenalina, antibióticos (clindamicina e ciprofloxacino) e indicar drenagem biliar de urgência por laparotomia exploradora.
- (C) prescrever amoxicilina/clavulanato e aguardar 72 horas, devendo-se indicar cirurgia se não houver resposta clínica.
- (D) administrar tigeciclina e indicar colocação de dreno biliar via radiologia intervencionista.
- (E) iniciar solução cristaloide a 30 ml/kg em uma hora, seguida de infusão de noradrenalina, prescrever ampicilina com sulbactam e realizar colangioressonância para avaliar necessidade de drenagem da via biliar.

Leia o caso clínico a seguir e responda as questões 22 e 23.

Homem de 40 anos apresenta febre alta, dispneia, epistaxe e tosse com hemoptóicos. O quadro teve início há duas semanas e vem piorando progressivamente. Ele nega comorbidades prévias, tendo feito uso apenas de dipirona para alívio da febre. O exame físico mostra estertores crepitantes em bases pulmonares e moderada tiragem intercostal. O paciente está visivelmente desconfortável para respirar e tolera mal o decúbito dorsal. Pressão arterial = 126 x 74 mmHg, frequência cardíaca = 110 bpm e respiratória = 30 irpm. Exames laboratoriais: hemoglobina = 11,5 g/dl, leucometria = 15.000 cél/mm³ (80% segmentados), plaquetas = 600 mil/mm³, glicose = 96 mg/dl, ureia = 120 mg/dl, creatinina = 2,5 mg/dl, sódio = 140 mEq/L, potássio = 5,0 mEq/L, VHS = 110 mm/h, proteína C reativa = 9,5 mg/dl, proteínas totais = 7,0 g/dl, albumina = 3,0 g/dl. Coagulograma normal. Gasometria artéria: pH = 7,35, pO₂ = 50 mmHg, pCO₂ = 25 mmHg, HCO₃ = 15 mEq/L, BE = -8,0, lactato = 1,9 mmol/L. EAS com hematúria (30 p/c) e relação proteinúria/creatinúria = 400 mg/g. Radiografia de tórax com área cardíaca normal, infiltrado pulmonar em vidro fosco bilateralmente predominando nos 2/3 inferiores, sem derrame pleural ou alargamento do mediastino e presença de duas lesões nodulares no pulmão direito, em lobo médio e inferior, essa última com escavação central.

22 A alternativa em que se indica o melhor exame a ser solicitado para confirmação diagnóstica é a seguinte:

- (A) pANCA
- (B) FAN e anti-DNA
- (C) BAAR do escarro
- (D) cANCA
- (E) Cultura do lavado broncoalveolar

23 Tendo em vista esse quadro clínico, é correto afirmar que:

- (A) há indicação de pulsoterapia com metilprednisolona 1 g/dia.
- (B) deve ser iniciada prednisona 1 mg/kg seguida de azatioprina 2 a 3 mg/kg.
- (C) há indicação de hemodiálise de urgência.
- (D) deve-se iniciar esquema RIPE até resultado da cultura do material respiratório, mesmo se o BAAR do escarro for negativo.
- (E) deve-se iniciar cefepime e claritromicina até resultado da cultura do material respiratório.

24 A classificação dos cânceres linfoides evoluiu constantemente durante o século XX. A distinção entre leucemia e linfoma foi estabelecida desde o início, e criaram-se sistemas separados de classificação para cada um deles. A princípio, as leucemias foram classificadas em subtipos agudo e crônico, com base na sobrevida média dos pacientes. As leucemias crônicas foram subdivididas em leucemia de origem linfóide ou mieloide. Sobre as leucemias linfóides crônicas (LLC), indique a alternativa correta.

- (A) Trata-se da leucemia mais prevalente na infância e entre adultos jovens.
- (B) Considera-se a de Burkitt como uma de suas formas raras.
- (C) É tida como a leucemia mais prevalente no ocidente.
- (D) Pode ser confundida com a síndrome de mononucleose pelo vírus Epstein Barr.
- (E) Consiste em distúrbio policlonal de linfócitos B maduros.

25 O mieloma múltiplo representa uma proliferação maligna dos plasmócitos derivados de um único clone. O tumor, os seus produtos e a resposta do hospedeiro ao tumor resultam em várias disfunções orgânicas e sintomas. O sintoma mais comum nesse tipo de mieloma é:

- (A) anemia microcítica.
- (B) dor óssea.
- (C) anemia de doença crônica.
- (D) insuficiência renal.
- (E) distúrbio de coagulação.

26 Na avaliação inicial de paciente com Doença de Hodgkin, além da anamnese e exame físico, a determinação de um estadiamento anatômico exato é parte importante. Considerando paciente de 15 anos que apresenta adenomegalia cervical esquerda e supraclavicular direita, sem evidência tomográfica de doença no mediastino e no abdome, referindo sudorese noturna, mas sem emagrecimento. Os

dados apresentados nos permitem estabelecer que o estadiamento pelo sistema Ann Harbor é:

- (A) I – A.
- (B) II – A.
- (C) II – B.
- (D) III- B.
- (E) IV – A.

27 As anemias megaloblásticas são um grupo de distúrbios que se caracterizam pela presença de aspectos morfológicos distintos dos eritrócitos em desenvolvimento na medula óssea. A causa costuma ser a deficiência de cobalamina (vitamina B12) e folato, mas a enfermidade pode surgir de anormalidades genéticas ou adquiridas que afetam o metabolismo dessas vitaminas ou por defeitos na síntese de DNA. Em geral, a medula óssea é celular e a anemia deve-se a eritropoese ineficaz. Sobre a anemia megaloblástica, assinale a alternativa correta.

- (A) A absorção de vitamina B12 ocorre exclusivamente na presença de fator intrínseco.
- (B) A anemia perniciosa tem origem na ausência grave de fator intrínseco decorrente da atrofia gástrica.
- (C) Os folatos são absorvidos principalmente na parte final do intestino delgado.
- (D) A quantidade de cobalamina presente num alimento é influenciada pelo tempo de cozimento no seu preparo.
- (E) A deficiência de folato é mais pronunciada em vegetarianos que não ingerem carne, ovos, leite, queijo e outros produtos de origem animal.

28 De modo geral, 50% das anemias são atribuíveis à deficiência de ferro. O diagnóstico da deficiência de ferro baseia-se tipicamente em resultados laboratoriais, anamnese e exame físico. Com relação à anemia ferropriva, indique a alternativa correta.

- (A) Queilose e coiloníquia constituem sinais de deficiência de ferro de início recente.
- (B) O ferro sérico representa a quantidade de ferro livre circulante no sangue.
- (C) A microcitose com hipocromia é uma manifestação exclusiva da deficiência de ferro.
- (D) A capacidade total de ligação do ferro representa o nível de saturação da transferrina e está aumentada em mais de 50%.
- (E) O nível sérico de ferritina é o teste laboratorial mais conveniente para estimar as reservas de ferro.

29 Diabético, com doença renal prévia, creatinina sérica = 3,2 mg/dl, será submetido a exame radiológico com necessidade do uso de contraste iodado. Apesar do risco conhecido de nefrotoxicidade, a indicação do exame foi considerada essencial. As medidas visando minimizar o dano renal pelo contraste são:

- (A) programar sessão única de hemodiálise imediatamente após o exame radiológico; usar diurético de alça conforme o estado de hidratação e administrar N-acetilcisteína por uma semana.
- (B) programar duas ou três sessões de hemodiálise antes da realização do exame e administrar bicarbonato de sódio e N-acetilcisteína oral.
- (C) administrar bicarbonato de sódio por cerca de três dias antes do exame radiológico e, imediatamente após este, empregar contraste não iônico de baixa osmolaridade e administrar diurético de alça.
- (D) empregar contraste não iônico de baixa osmolaridade, fazer hidratação vigorosa e administrar N-acetilcisteína por dois dias, iniciando-se antes da realização do exame.
- (E) propor outro exame de imagem com acurácia similar, como a ressonância magnética com gadolínio, que não expõe o paciente ao elevado risco de piora da função renal.

30 *Tracolimus* é um imunossupressor muito utilizado no transplante renal, cujos efeitos adversos mais frequentes são:

- (A) leucopenia, diarreia, hirsutismo.
- (B) leucopenia, dislipidemia, hipertensão.
- (C) anemia, edema, diarreia.
- (D) anemia, hirsutismo, hipertensão.
- (E) nefrotoxicidade, neurotoxicidade, diabetes pós-transplante.

31 A atrofia de eminência tenar faz parte do acometimento do nervo:

- (A) ulnar.
- (B) radial.
- (C) músculo-cutâneo.
- (D) axilar.
- (E) mediano.

32 Sobre a miastenia *gravis*, é correto afirmar que se trata de:

- (A) tipo raro de polineuropatia periférica que provoca fraqueza muscular generalizada e flutuante.
- (B) doença desmielinizante do sistema nervoso central que evoluiu em surtos e remissões.

- (C) doença da raiz nervosa que provoca parestesias e dor neuropática nos quatro membros.
- (D) doença imunomediada da junção neuromuscular, levando a fadiga muscular e comprometimento frequente da musculatura ocular extrínseca.
- (E) doença benigna e autolimitada, na maioria dos casos, que não compromete a qualidade de vida.

33 A esclerose múltipla é uma doença:

- (A) majoritariamente benigna, que não compromete as funções motoras ou sensitivas.
- (B) disseminada no espaço, mas não no tempo, já que quase sempre é monofásica.
- (C) exclusiva da substância branca e tem caráter exclusivamente degenerativo.
- (D) de origem multifatorial, para o surgimento da qual aspectos genéticos e ambientais concorrem.
- (E) que nunca afeta a cognição.

34 Causas de déficit cognitivo potencialmente reversível pelo tratamento adequado são:

- (A) doença de Parkinson e neurosífilis.
- (B) leucoencefalopatia multifocal progressiva e anemia perniciosa.
- (C) pelagra e doença de Pick.
- (D) síndrome de Marchiafava-Bignami e encefalopatia espongiiforme.
- (E) hipotireoidismo e hipovitaminose B12.

35 Homem destro, 55 anos, manifesta tremor há 10, inicialmente fino e muito rápido. Com o passar do tempo, esse tremor torna-se mais lento, porém, de maior amplitude. O movimento anormal surgiu na mão direita, especialmente nos quirodáctilos e, após dois anos, passou a acometer a mão esquerda. O paciente tem notado sua letra trêmula, por vezes ilegível, mas sem modificação quanto ao seu tamanho. Durante o exame, percebe-se tremor de repouso muito leve que se intensifica com a ação. O tremor se acentua muito quando o enfermo mantém mãos estendidas, contra a gravidade, diante do corpo. Nota-se também, na mobilização passiva dos punhos, o fenômeno de roda denteada. O restante do exame clínico apresenta-se normal. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) tremor essencial.
- (B) doença de Parkinson.
- (C) tremor de Holmes.
- (D) síndrome cerebelar.
- (E) ataxia propriocéptica.

36 Entende-se como acatisia o seguinte:

- (A) fobia de gatos.
- (B) inquietação motora e necessidade manter-se em movimento.
- (C) perda da habilidade de calcular.
- (D) perda da sensação da existência física.
- (E) incapacidade de reconhecer estímulos sensoriais.

37 Dentre os sinais e sintomas a seguir, aquele que pode ser observado na síndrome de abstinência de cocaína é:

- (A) hipertensão arterial.
- (B) midríase.
- (C) taquicardia.
- (D) anedonia.
- (E) impulsividade.

38 Dentre os citados abaixo, o indivíduo que se apresenta com maior risco de suicídio é:

- (A) Sr. João, 60 anos, viúvo, com depressão.
- (B) Sra. Ana, 32 anos, casada, com depressão ansiosa.
- (C) Sr. André, 42 anos, solteiro, com dependência de álcool.
- (D) Sra. Emília, 48 anos, solteira, com esquizofrenia.
- (E) Sr. Jorge, 35 anos, casado, comportamento violento.

39 O fármaco classificado como inibidor da colinesterase é:

- (A) haloperidol.
- (B) fluoxetina.
- (C) midazolam.
- (D) carbamazepina.
- (E) donepezil.

40 Ataques inesperados de intenso temor ou desconforto, frequentemente associados a taquicardia, sudorese, tremor, sensação de falta de ar ou sufocamento fazem parte do diagnóstico de:

- (A) fobia simples.
- (B) transtorno de pânico.
- (C) fobia social.
- (D) esquizofrenia.
- (E) distímia.

41 A alteração fisiológica resultante de uma vagotomia troncular é:

- (A) aumento do estímulo colinérgico nas células parietais.
- (B) aumento da gastrina em jejum.
- (C) diminuição do esvaziamento de líquidos.
- (D) aumento da sensibilidade à histamina.
- (E) aumento da secreção exócrina pancreática.

42 Com relação à esplenectomia nas anemias hemolíticas, pode-se afirmar que:

- (A) proporciona remissão completa da doença em 80% dos casos.
- (B) deve ser indicada somente nas doenças que cursam sem hiperesplenismo.
- (C) está contraindicada nas afecções secundárias a defeitos da membrana celular.
- (D) deve realizar-se em todos os casos das doenças que cursam com esplenomegalia.
- (E) deve ser realizada, na anemia hemolítica autoimune, somente quando a doença é controlada com corticoide.

43 Com relação às respostas fisiológicas ao estresse cirúrgico, pode-se afirmar que:

- (A) a secreção de insulina e a diminuição das concentrações de glucagon e hormônio do crescimento geralmente ocorrem.
- (B) a aldosterona é um potente estimulador para a retenção de cloro e potássio nos túbulos renais.
- (C) os níveis de cortisol circulante aumentam devido a uma maior secreção de ACTH a partir da hipófise posterior.
- (D) a vasopressina estimula a reabsorção de água nos túbulos renais.
- (E) a associação de nutrição inadequada e alteração do meio hormonal, geralmente dura de dez a 30 dias, na ausência de complicações pós-operatórias.

44 O fármaco de escolha para o tratamento de infecções causadas por estafilococos resistentes à meticilina denomina-se:

- (A) imepenen.
- (B) vancomicina.
- (C) meropenen.
- (D) ceftriaxona.
- (E) aztreonam.

45 Sobre a reposição hidroeletrólítica pós-operatória em uma cirurgia abdominal eletiva sem complicações, pode-se afirmar que:

- (A) a necessidade de água diária total para um homem de 70 kg é, aproximadamente, de quatro litros.
- (B) as necessidades de potássio são aproximadamente de 0,5 a 1 mEq/kg/dia.
- (C) como estimativa geral, 8 a 10 mEq/kg/dia de sódio são necessários para um tratamento de manutenção.
- (D) a reposição de cálcio e magnésio deve ser feita rotineiramente, mesmo em pacientes que necessitem de tratamento de curto prazo.
- (E) das soluções cristaloides disponíveis, deve-se evitar o uso rotineiro de soro fisiológico a 0,33 %, devido ao seu alto conteúdo de sódio (156 mEq/l).

46 A tireoglobulina sérica pode ser utilizada no acompanhamento pós-operatório de pacientes com:

- (A) neoplasia endócrina múltipla tipo I.
- (B) tireoidite de Hashimoto.
- (C) tireoidite granulomatosa.
- (D) carcinoma de paratireoide.
- (E) neoplasia bem diferenciada de tireoide.

47 O fármaco que diminui o fluxo sanguíneo esplâncnico, indiretamente, pela redução dos níveis de outros fatores, como glucagon, peptídeo vasoativo intestinal e substância P, e não por vasoconstrição direta, sendo hoje considerado de escolha no tratamento de hemorragia aguda por varizes, é:

- (A) vasopressina.
- (B) propranolol.
- (C) octreotídeo
- (D) 5-mononitrato de isosorbida.
- (E) nadolol.

48 A condição mórbida associada à hipergastrinemia denomina-se:

- (A) síndrome do intestino curto.
- (B) tumor carcinoide.
- (C) carcinoma da suprarrenal.
- (D) adenocarcinoma gástrico.
- (E) hérnia hiatal por deslizamento.

49 O adenocarcinoma gástrico se apresenta em dois subtipos histológicos distintos: intestinal e difuso. Quanto ao subtipo intestinal, afirma-se que:

- (A) a atrofia da mucosa gástrica e a gastrite crônica ocorrem com menor frequência.
- (B) as células malignas tendem a formar glândulas.
- (C) o acometimento de mulheres, particularmente acima dos 60 anos, é mais frequente.
- (D) a invasão linfática é mais frequente do que no difuso.
- (E) sua incidência é menor em população de alto risco, como a japonesa.

50 A cintilografia com metiodobenzilguanidina pode ser útil na localização pré-operatória de:

- (A) carcinoma medular da tireoide.
- (B) insulinoma.
- (C) gastrinoma.
- (D) vipoma.
- (E) feocromocitoma.

51 O uso de warfarina oral está indicado para o tratamento de manutenção do tromboembolismo venoso. Esse fármaco interfere com os fatores de coagulação dependentes da vitamina K, que são:

- (A) II, VII, IX e X.
- (B) III, V, VIII e IX.
- (C) II, III, VIII e X.
- (D) III, IV, IX e XII.
- (E) IV, VII, IX e XI.

52 A sepse bacteriana Gram-negativa é uma doença letal que produz atualmente morbidade e mortalidade substanciais, tanto nos pacientes normais, quanto nos imunocomprometidos, apesar da intervenção terapêutica com substâncias antimicrobianas, monitorização hemodinâmica agressiva, reposição hídrica e suporte metabólico. Embora muitos micro-organismos diferentes provoquem este tipo de sepse, aquele que predomina na frequência global, como agente etiológico, é:

- (A) *Klebsiella*.
- (B) *Escherichia coli*.
- (C) *Enterobacter*.
- (D) *Proteus mirabilis*.
- (E) *Pseudomonas aeruginosa*.

53 Na fase tardia do choque séptico, os níveis do débito cardíaco, da resistência vascular e do consumo de oxigênio pelo miocárdio encontram-se, respectivamente:

- (A) aumentado, aumentado e diminuído.
- (B) diminuído, diminuído e aumentado.
- (C) diminuído, aumentado e diminuído.
- (D) aumentado, diminuído e aumentado.
- (E) diminuído, aumentado e aumentado.

54 Identifique a substância que, por intoxicação, é causa de alcalose respiratória secundária à estimulação direta do centro respiratório.

- (A) Ácido acetilsalicílico
- (B) Etilenoglicol
- (C) Metanol
- (D) Etanol
- (E) Organofosforados

55 A principal complicação da síndrome de Peutz-Jeghers é:

- (A) neoplasia de intestino delgado.
- (B) neoplasia de cólon.
- (C) gastrite erosiva aguda.
- (D) estenose do esôfago distal.
- (E) obstrução intestinal.

56 A colite ulcerativa é afecção frequentemente associada à:

- (A) sarcoidose
- (B) colangite esclerosante primária.
- (C) doença de Whipple.
- (D) histiocitose X.
- (E) artrite reumatoide.

57 Sobre as tireoidites, pode-se afirmar que:

- (A) na forma granulomatosa, verifica-se a presença de um infiltrado linfocítico e, com frequência, a tireoide torna-se fibrótica.
- (B) a de Quervain é uma doença autoimune comum que resulta em aumento difuso da tireoide.
- (C) na forma aguda, causada por infecção bacteriana, a via usual de entrada é a orofaringe infeccionada.
- (D) uma incidência maior de linfoma associa-se à tireoidite de Riedel.
- (E) a de Hashimoto pode associar-se com a fibrose retroperitoneal.

58 Um dos achados clínicos mais característicos dos glucagonomas é a presença de:

- (A) diarreia aquosa.
- (B) doença ulcerosa péptica grave.
- (C) esteatorreia.
- (D) dor no quadrante superior direito.
- (E) eritema necrolítico migratório.

59 A presença de ceratose familiar plantar e palmar associa-se a uma incidência aumentada de carcinoma de:

- (A) estômago.
- (B) pâncreas
- (C) esôfago.
- (D) fígado.
- (E) cólon.

60 Com relação aos pólipos gástricos, é correto afirmar que:

- (A) os pólipos adenomatosos não têm potencial neoplásico.
- (B) o risco de desenvolvimento de carcinoma é de 80 a 90% em portadores de pólipos hiperplásicos com diâmetro acima de um centímetro.
- (C) a remoção endoscópica está contraindicada para as lesões pediculadas múltiplas, devido ao risco de sangramento.
- (D) a maioria dos indivíduos com pólipos hiperplásicos apresenta dispepsia e desconforto epigástrico que necessitam de terapêutica medicamentosa.
- (E) a excisão cirúrgica é recomendada para as lesões sésseis acima de dois centímetros.

61 A função exócrina do pâncreas pode ser avaliada através do teste:

- (A) com arginina intravenosa.
- (B) de tolerância oral à glicose.
- (C) da resposta à tolbutamida.
- (D) de tolerância à glicose intravenosa.
- (E) da dimetadiona.

62 Indique o agente etiológico mais frequente da erisipela.

- (A) Estreptococo beta-hemolítico do grupo A
- (B) *Bacteroides fragilis*
- (C) *Stafilococcus aureus*
- (D) Enterococos
- (E) Estreptococos anaeróbicos

63 Com relação à doença de Crohn, pode-se afirmar que:

- (A) o granuloma não caseoso é patognomônico dessa afecção, indicando atividade da doença.
- (B) dados epidemiológicos sugerem que a patogenia dessa doença está ligada à presença de um fator infeccioso.
- (C) a inflamação acomete a mucosa e a submucosa, poupando a serosa, particularmente, do jejuno proximal.
- (D) a primeira manifestação macroscopicamente evidente dessa doença é a ocorrência de ulcerações longitudinais na mucosa.
- (E) o acometimento do íleo terminal, com ou sem comprometimento do ceco, é o padrão mais comum da doença.

64 No exame físico de paciente com quadro de abdome agudo, a presença, quando da inspeção abdominal, de sinal de Grey Turner sugere:

- (A) apendicite aguda.
- (B) colecistite aguda.
- (C) pancreatite necrohemorrágica.
- (D) diverticulite perfurada.
- (E) perfuração gástrica.

65 Paciente masculino, 30 anos, apresenta-se no Serviço de Emergência com dor abdominal intensa acompanhada de distensão abdominal e sudorese profusa. Na investigação radiológica do abdome, observa-se espessamento da parede do cólon e perda de austrações. O contorno da mucosa possui aspecto em mosaico e há enorme dilatação do cólon transversal. Esses achados são descritos como complicação de:

- (A) colite ulcerativa.
- (B) doença de Crohn.
- (C) colite amebiana.
- (D) doença de Hirschprung.
- (E) enterite regional.

- 66** Paciente masculino, 63 anos, fumante desde os 18 anos de cerca de um maço/dia, apresenta ptose palpebral, enoftalmia e dor no terço superior do hemitórax esquerdo que não cede com analgésico. A radiografia de tórax demonstra massa apical com erosão de arco costal e do processo transverso de vértebra dorsal em correspondência. O diagnóstico mais provável é de:
- (A) mesotelioma pleural.
 - (B) tumor de Pancoast.
 - (C) condrossarcoma.
 - (D) tumor carcinoide.
 - (E) fibrossarcoma.
- 67** A deficiência da enzima urodescarboxilase está presente na seguinte porfiria hepática:
- (A) cutânea tardia.
 - (B) sideroblástica.
 - (C) aguda intermitente.
 - (D) variegada.
 - (E) juvenil.
- 68** O pulso dicrótico, em geral, indica:
- (A) comprometimento grave da função ventricular direita.
 - (B) volume sistólico muito baixo.
 - (C) insuficiência aórtica com ou sem estenose associada.
 - (D) alteração regular da amplitude no pulso de pressão.
 - (E) dissociação atrioventricular por bloqueio parcial.
- 69** Assinale o efeito maior (que implica interrupção ou alteração de tratamento) passível de associação ao uso do etambutol no tratamento da tuberculose.
- (A) Mioglobinúria
 - (B) Artralgia
 - (C) Neurite óptica
 - (D) Febre
 - (E) Trombocitopenia
- 70** A droga de escolha no tratamento do eritema nodoso hansênico denomina-se:
- (A) dapsona.
 - (B) clofazemina.
 - (C) rifampicina.
 - (D) talidomida.
 - (E) pentoxifilina.
- 71** Pneumonia eosinofílica aguda, com infiltrados pulmonares migratórios e manifestações clínicas mínimas, são características da síndrome de:
- (A) Löffler.
 - (B) Churg-Strauss.
 - (C) Lemierre.
 - (D) Kartagener.
 - (E) Caplan.
- 72** Os critérios maiores de Framingham para o diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva são os seguintes:
- (A) cardiomegalia e derrame pleural.
 - (B) dispneia de esforço e hepatomegalia.
 - (C) galope B3 e refluxo hepatojugular positivo.
 - (D) estertores e edemas de membros.
 - (E) tosse noturna e edema pulmonar agudo.
- 73** Assinale a afecção que, em sua evolução clínica, pode cursar com derrame pleural transudativo.
- (A) lúpus eritematoso sistêmico.
 - (B) sarcoidose.
 - (C) mesotelioma.
 - (D) mixedema.
 - (E) síndrome de Sjögren.
- 74** As dissecções que, segundo a classificação de Stanford, envolvem a aorta ascendente, independentemente do local de ruptura e extensão distal, correspondem ao tipo:
- (A) A.
 - (B) B I.
 - (C) B II.
 - (D) C I.
 - (E) C II.
- 75** Em pacientes portadores de leucemia, a opacidade grosseiramente nodular, cavitada, com sinal do crescente, geralmente de lobo superior do pulmão, é sinal sugestivo de:
- (A) tuberculose.
 - (B) criptococose.
 - (C) pneumonia eosinofílica.
 - (D) blastomicose .
 - (E) aspergilose pulmonar invasiva.
- 76** Em paciente masculino, 45 anos, com nódulo pulmonar no lobo inferior do pulmão direito que, na Tomografia Computadorizada, apresenta densidades mistas de partes moles, gordura e cálcio, a principal hipótese diagnóstica é:
- (A) metástase de adenocarcinoma mucinoso.
 - (B) hamartoma.
 - (C) granuloma.
 - (D) carcinoma epidermoide.
 - (E) adenocarcinoma.
- 77** Em paciente com dispneia, dor torácica ou aperto, tosse, hemoptise, hipóxia, arritmia e hipotensão, sem história de doença cardiopulmonar, cuja radiografia de tórax apresenta atelectasia subsegmentar e opacidades definidas, deve-se considerar a seguinte hipótese diagnóstica:
- (A) edema agudo de pulmão.
 - (B) pneumonia estafilocócica.
 - (C) embolia pulmonar.
 - (D) processo específico incipiente.
 - (E) paralisia diafragmática.

78 A reação de Jarisch-Herxheimer, que consiste em cefaleia, mialgia, febre, taquicardia e taquipneia, ocorre nas primeiras 24 horas após tratamento de:

- (A) linfogranuloma venéreo com doxiciclina.
- (B) gonorreia com ceftriaxone.
- (C) cancroide com penicilina.
- (D) cancroide com ciprofloxacina.
- (E) sífilis com penicilina.

79 A infecção sexualmente transmissível causada pelo *Haemophilus ducreyi* e o respectivo tratamento de escolha são:

- (A) cancroide / doxiciclina 200 mg via oral.
- (B) cancroide / sulfametoxazol – trimetoprima via oral.
- (C) cancro duro / doxiciclina 200 mg via oral.
- (D) cancroide / ceftriaxona 250 mg via intramuscular.
- (E) cancro duro / sulfametoxazol – trimetoprima via oral.

80 A presença de vasculite necrosante de pequenas artérias e veias, juntamente com a formação de granulomas intra ou extravasculares, são características histopatológicas de:

- (A) síndrome de Reiter.
- (B) doença de Felty.
- (C) poliarterite nodosa.
- (D) artrite reumatoide.
- (E) granulomatose de Wegener.

