

# CONCURSO 2020 PARA RESIDÊNCIA MÉDICA



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



## 1ª ETAPA – PROVA B1

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

- Cardiologia
- Endocrinologia e Metabologia
- 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 sessenta 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 três horas.
- Reserve os quinze minutos finais para preencher o CARTÃO DE RESPOSTAS usando, exclusivamente, caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul (preferencialmente) ou preta.
- 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.





1 Homem, 80 anos, portador de insônia, hipertensão arterial e hipertrofia prostática benigna, sofre queda ao ir ao banheiro de madrugada. Faz uso de vários medicamentos: mesilato de doxazosina, hidroclorotiazida, cloridrato de clonidina e bromazepam. Tendo em vista essas informações, é **correto** afirmar que a queda é resultado de

- (A) estenose aórtica comumente acompanhada de B3 na ausculta cardíaca.
- (B) polifarmácia, causando hipotensão ortostática.
- (C) doença de Parkinson caracterizada por anosmia, bradicinesia, tremor e macrografia.
- (D) disautonomia com alteração da salivação (hiper-hidrose ou hipo-hidrose).
- (E) *delirium*.

2 Uma jovem, portadora de fenômeno de Raynaud's se apresenta em investigação para doença do colágeno. Escolha a alternativa **correta**.

- (A) A resposta ao frio desencadeia: palidez, cianose e petéquias nos dedos.
- (B) Usualmente é uma desordem maligna.
- (C) Na doença de Raynaud's o sintoma manifesta-se após os 50 anos.
- (D) Investigação clínica pode ser descartada.
- (E) Suspeita-se de fenômeno de Raynaud's secundário quando há necrose tecidual.

3 Paciente, 38 anos, chega ao Serviço de Emergência do Hospital Universitário Antonio Pedro com queixa de diplopia e fraqueza assimétrica em dimidio esquerdo há quatro horas. A melhor conduta para o caso é

- (A) observação clínica já que os sintomas podem ser transitórios.
- (B) tomografia computadorizada de crânio já que a presença de hiperreflexia indica lesão de neurônio motor superior.
- (C) ressonância magnética, posto que achado de miofasciculações é compatível com lesão de neurônio motor superior.
- (D) biópsia muscular deve ser considerada se a fraqueza muscular for proximal acompanhada de perda de sensibilidade.
- (E) punção líquórica para afastar meningite.

4 Paciente, 65 anos, diabético, com passado de Infarto Agudo do Miocárdio e ecocardiograma com disfunção sistólica moderada, apresenta creatinina = 2,3mg/dL e hemoglobina glicada = 7,5%. Assinale a alternativa que apresenta o medicamento hipoglicemiante **mais adequado** para esse caso.

- (A) Linagliptina
- (B) Glibenclamida

- (C) Metformina
- (D) Glimiperirida
- (E) Pioglitazona

5 Paciente, 76 anos, tabagista de 60 maços/ano, é admitido no Serviço de Emergência com rebaixamento do nível de consciência. Tomografia de tórax evidencia massa no lobo superior esquerdo e tomografia de crânio apresenta-se sem alterações. Nível de cálcio sérico = 14,5mg/dL e albumina = 4,2g/dL. Assinale a alternativa com o tratamento farmacológico da hipercalcemia **mais apropriado** para esse caso.

- (A) Hidratação venosa associada com diurético tiazídico
- (B) Calcitonina inalatória
- (C) Metilprednisolona
- (D) Ácido Zoledrônico
- (E) Teriparatide

6 Paciente, 56 anos, história de etilismo e episódios de pancreatite alcoólica recorrentes é admitido com estado de desnutrição e fezes com características sugestivas de esteatorreia, cuja presença é mais bem confirmada por

- (A) ânion gap fecal.
- (B) dosagem de alfa1 antitripsina nas fezes.
- (C) dosagem de elastase-1 nas fezes.
- (D) dosagem de lipase nas fezes.
- (E) dosagem de triglicerídeos nas fezes.

7 Paciente, 67 anos, encontra-se internado na unidade coronariana com infarto agudo do miocárdio de parede anterior há 24 horas, com boa evolução hemodinâmica. No momento, apresenta-se estável, porém com diarreia e sem episódios de arritmias. Durante os exames de rotina, apresenta hipomagnesemia (magnésio = 1,1mg/dL). Tendo em vista esse caso, o procedimento **correto** é fazer reposição de

- (A) sulfato de magnésio 50% em *bolus*.
- (B) sulfato de magnésio via oral.
- (C) magnésio venosa, precedida por hidratação com cristaloides.
- (D) magnésio venosa em 24 horas.
- (E) magnésio oral, juntamente com vitamina B1.

**8** Mulher, 58 anos, com história de prurido generalizado há mais ou menos dois anos, apresenta elevação das enzimas hepáticas e anticorpo antimitocôndria positivo. Assinale a alternativa **correta** sobre as alterações laboratoriais frequentemente encontrada em pacientes com esse tipo de colestase.

- (A) Aumento da fosfatase alcalina, hipercolesterolemia e aumento dos níveis de IgM
- (B) Aumento da fosfatase alcalina, hiperuricemia e aumento dos níveis de IgG
- (C) Aumento da amilase, hipocomplementemia e aumento dos níveis de IgM
- (D) Aumento de fosfatase alcalina, hipertrigliceridemia e aumento dos níveis de IgG4
- (E) Aumento das bilirrubinas, hipercolesterolemia e aumento dos níveis de IgA

**9** Paciente, 38 anos, tetraparético por seqüela de encefalite, bexiga neurogênica, necessitando de cateterismo intermitente domiciliar, é internado com febre, úlceras de pressão trocântéricas e tomografia do quadril sugestiva de osteomielite. Realizada cultura de fragmento ósseo, com isolamento de *Acinetobacter* e *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina. Considerando esse caso, assinale a alternativa **correta** sobre o melhor esquema antibiótico.

- (A) Ampicilina com Sulbactam
- (B) Meropenem com Teicoplanina
- (C) Ertapenem com Linezolid
- (D) Piperacilina-Tazobactam com Teicoplanina
- (E) Tigeciclina com Meropenem

**10** Paciente, 23 anos, portador de epilepsia, é admitido pelo Setor de Emergência com relato pelos familiares de ter apresentado três crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas na última hora. Ao exame: Glasgow = 13, SatO<sub>2</sub> = 97% respirando em ar ambiente, pressão arterial = 120x70mmHg, glicemia capilar = 87mg/dL. Com esse quadro, é **correto** afirmar que a fenitoína deve ser

- (A) considerada como provável causa da Síndrome de Mononucleose *like*.
- (B) usada somente em acesso venoso central.
- (C) administrada em *bolus* sem necessidade de diluição.
- (D) diluída preferencialmente em soro glicosado.
- (E) descartada em pacientes em uso de valproato de sódio.

**11** Paciente, 62 anos, é admitido com dor lombar, astenia, história de emagrecimento, hipotensão postural, sódio = 125mEq/L, potássio = 5,4 mEq/L,

apresentando episódios de hipoglicemia após dois dias da sua admissão. A tomografia de abdome identifica aumento bilateral das suprarrenais, com aspecto sugestivo de neoplasia maligna. Considerando a hipótese de insuficiência adrenal, o teste **mais apropriado**, nesse caso, é dosagem

- (A) do cortisol livre na urina de 24 horas.
- (B) do pico de cortisol sérico após estímulo com ACTH sintético.
- (C) de cortisol sérico após estímulo com 1mg de dexametasona.
- (D) da atividade plasmática da renina.
- (E) da aldosterona.

**12** Paciente, 62 anos, portador de cirrose hepática secundária a hepatite C crônica, procura atendimento de emergência com ascite de grande volume, inapetência, astenia e apatia. Ao exame está com PA = 80x50mmHg, FC = 60bpm, hipocorado (+2/4+), icterico (+2/4+). Ritmo cardíaco regular em dois tempos; pulso jugular sem alterações, murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. Abdome com ascite volumosa e dor leve à palpação profunda, difusamente. Volumosa hérnia umbilical redutível e indolor. Membros inferiores com edema (+2/4), frio, mole e indolor. O paciente faz uso de Espironolactona 200mg/dia, furosemida 40mg/dia, propranolol 80mg/dia, metformina 2g/dia e Insulina NPH 20UI 1x/dia. Há cerca de dois meses ficou internado com Hemorragia Digestiva Alta por ruptura das varizes de esôfago e realizou ligadura elástica. Exames laboratoriais revelam: Ht = 28%, Hb = 9,6g/dL, leucócitos = 3.420mm<sup>3</sup> (6% bastões); plaquetas = 45.000 mm<sup>3</sup>; PCR = 3,56 (<0,5) TGO = 166U/L; TGP = 78U/L; INR = 1,8; glicemia = 244mg/dL; Na<sup>+</sup> = 125mEq/L; ureia = 86mEq/L; creatinina = 2,5mg/dL; potássio = 5,6mEq/L. Considerando a hipótese de síndrome hepatorenal, o tratamento farmacológico mais adequado é iniciar albumina com

- (A) octreotida e midodrina.
- (B) dopamina.
- (C) propranolol.
- (D) adrenalina.
- (E) nitroglicerina

**13** Paciente, 62 anos, diabético, hipertenso, em uso de losartana e glibenclâmida, comparece a consulta ambulatorial de rotina assintomático, apresentando os seguintes resultados no exame de sangue: ureia = 56mg/dL, creatinina = 1,8mg/dL, potássio = 6,3mEq/L. Assinale a alternativa com a conduta **mais adequada**.

- (A) Iniciar furosemida, manter a losartana e retornar com novos exames em sete dias.

- (B) Suspender a losartana, iniciar dieta com restrição alimentos ricos em potássio e retornar em sete dias.
- (C) Suspender losartana e solicitar ecodoppler de artérias renais.
- (D) Suspender a losartana e iniciar amilorida.
- (E) Infundir solução de glicose com insulina na Emergência.

**14** Homem, 53 anos, procura Serviço de Emergência com queixa de colúria e icterícia, que surgiram após dois dias com náuseas e desconforto abdominal. Na Emergência, realiza os seguintes exames: TGO = 2332U/L, TGP = 3123U/L, bilirrubina total = 8,2mg/dL (direta = 5,8), HbsAg positivo, Anti-HBsAg negativo, Anti-HBcAg IgM positivo. Considerando esse quadro, assinale a alternativa **correta**.

- (A) É esperado que o HBeAg seja negativo e Anti-HBeAg positivo na infecção aguda.
- (B) A hepatite B em adultos tem alta probabilidade de evoluir para hepatite crônica.
- (C) O tempo de protrombina alterado indica a necessidade de iniciar tratamento antiviral.
- (D) É esperado encontrar fígado de volume reduzido e bordos rombos no ultrassom.
- (E) O HBsAg é o primeiro antígeno a desaparecer na evolução para cura espontânea.

**15** Homem, 54 anos, procura atendimento médico com queixa de astenia e plenitude pós-prandial há 30 dias. Ao exame, apresenta-se hipocorado, com linfonodomegalias palpáveis nas cadeias cervicais, axilares e inguinais, bilateralmente, além de esplenomegalia. Exames laboratoriais revelam pancitopenia e gamopatia monoclonal. A alternativa com a hipótese diagnóstica **mais provável** é de

- (A) mieloma múltiplo.
- (B) linfoma não Hodgkin.
- (C) síndrome de POEMS.
- (D) leucemia linfocítica crônica.
- (E) macroglobulinemia de Waldstrom.

**16** Paciente, 18 anos, é trazida ao Serviço de Emergência do HUAP/UFF com náuseas e vômitos, dor abdominal difusa de moderada intensidade e taquipneia. Relata ainda, no último mês, poliúria e polidipsia. Ao exame físico, hipohidratada (2+/4+), com hálito cetônico, respiração de Kussmaul, pressão arterial = 88x56mmHg, frequência cardíaca = 115bpm, dor abdominal difusa sem sinais de irritação peritoneal. Sobre o tratamento dessa paciente, é **correto** afirmar que deve ser

- (A) feita a reposição de bicarbonato caso o pH seja menor que 7,3.

- (B) iniciada hidratação venosa com solução salina a 0,9%.
- (C) iniciada insulina venosa imediatamente.
- (D) descartada a reposição de potássio caso este esteja normal.
- (E) interrompida a infusão de insulina tão logo haja normalização da glicemia.

**17** Mulher, 62 anos, realiza tomografia computadorizada (TC) de abdome para avaliação de dor abdominal. O exame revela nódulo de suprarenal direita de 2,2cm. A lesão apresenta margens regulares e coeficiente de atenuação menor que 10UH. É diabética e hipertensa fazendo uso regular de metformina, glicazida, enalapril e hidroclorotiazida. Ao exame físico, IMC = 32Kg/m<sup>2</sup>, pressão arterial = 124x82mmHg, inexpressivo. Sobre esse caso, é **correto** afirmar que

- (A) é desnecessária a investigação de secreção autônoma de cortisol visto que a paciente não apresenta estigmas da síndrome de Cushing.
- (B) para excluir malignidade, é necessária a avaliação da eliminação do contraste na TC.
- (C) a lesão é benigna, mas deve ser avaliada quanto à sua funcionalidade.
- (D) o tratamento cirúrgico está indicado após exclusão de feocromocitoma.
- (E) caso o potássio esteja normal, é desnecessário solicitar aldosterona e atividade plasmática de renina.

**18** Ao chegar à recepção do ambulatório do HUAP, encontra-se adolescente aguardando consulta. Observa-se que ele apresenta batimentos arteriais cervicais visíveis e o pé balança de forma rítmica. Na pré-consulta de enfermagem, afere-se PA = 140x40x0mmHg. Antes mesmo de qualquer abordagem semiótica, levanta-se a hipótese diagnóstica de

- (A) insuficiência aórtica.
- (B) estenose aórtica.
- (C) insuficiência mitral.
- (D) coartação da aorta.
- (E) cardite reumática.

**19** Homem, 67 anos informa ter hipertensão arterial sistêmica, pré-diabetes e asma, sem acompanhamento regular. Relata descompensações frequentes da asma para as quais faz uso por conta própria de glicocorticoides orais por períodos prolongados. Utiliza irregularmente enalapril e não faz nenhuma restrição alimentar. Consome diariamente grande quantidade de leite e derivados. Exames laboratoriais e densitometria óssea revelam, no segmento L1-L4, escore T -3,6 e, no colo de fêmur, escore T -3,8. Laboratório pertinente: 25 OH vitamina D = 22ng/mL;

função renal normal. Em relação ao tratamento desse paciente,

- (A) a reposição de vitamina D será suficiente para prevenir a osteoporose.
- (B) indica-se tratamento caso haja evidência de fratura de baixo impacto, uma vez que se trata de osteoporose induzida por glicocorticoide.
- (C) deve-se indicar teriparatida, pela gravidade da osteoporose, associada à reposição de vitamina D.
- (D) a medicação de escolha para o tratamento é o denosumabe por ser mais eficaz.
- (E) deve ser iniciada a reposição de vitamina D e um bisfosfonato para tratar a osteoporose.

**20** Assinale a alternativa que apresenta paciente com indicação de tratamento com levotiroxina, cujos exames laboratoriais foram todos confirmados num intervalo de três meses e se mantiveram com o mesmo padrão, tendo em vista as seguintes observações: ATPO = anticorpo antitireoperoxidase; valor de referência do TSH = 0,4-4,0mUI/mL e do T4 livre = 0,8-1,8ng/dL).

- (A) Idade = 51 anos, com queixa de pele seca, TSH = 5,5; T4 livre = 1,0 e ATPO negativo.
- (B) Idade = 87 anos, com queixa de cansaço, TSH = 6,5; T4 livre = 1,2.
- (C) Idade = 53 anos, com queixa de queda de cabelos e bócio, TSH = 2,3; T4 livre = 1,0 e ATPO positivo.
- (D) Idade = 27 anos, em tratamento de infertilidade, TSH = 5,3; T4 livre = 1,1 e ATPO positivo.
- (E) Idade = 34 anos com queixa de amenorreia, TSH = 1,4; T4 livre = 1,2 e ATPO positivo.

**21** Mulher, 32 anos, casada e previamente hígida, é encaminhada ao ambulatório por amenorreia há três meses e galactorreia à expressão de início mais recente. Relata menarca aos 13 anos com ciclos menstruais regulares, sem uso de contraceptivos orais. Realiza por conta própria os seguintes exames laboratoriais: TSH = 0,8mUI/mL (Valor de referência - VR: 0,4-4,0); T4 livre = 1,5ng/dL (VR: 0,8-1,8); Prolactina = 64ng/dL (VR: até 25). Considerando a hipótese diagnóstica **mais provável**, o próximo exame a ser solicitado é

- (A) dosagem de  $\beta$ hCG.
- (B) pesquisa de macroprolactina.
- (C) ressonância magnética de sela túrcica.
- (D) pesquisa de efeito gancho da prolactina.
- (E) dosagem de GH, IGF-I e cortisol.

**22** Homem, 68 anos, procura atendimento com queixa de poliúria, polidipsia, perda de peso e

turvação visual. Dados relevantes do exame físico: IMC = 28,3Kg/m<sup>2</sup>; pressão arterial = 144x92mmHg. Apresenta os seguintes exames laboratoriais recentes: glicemia de jejum = 386mg/dL; hemoglobina glicada = 13,2%; ureia = 42mg/dL; creatinina = 1,0mg/dL. Sobre esse caso, assinale a alternativa **correta**.

- (A) O diagnóstico de diabetes *mellitus* depende de confirmação com um novo exame laboratorial.
- (B) O paciente tem diabetes *mellitus*, devendo receber orientações para mudança de estilo de vida, e seu tratamento deve ser iniciado com metformina.
- (C) Os dados são suficientes para concluir pelo diagnóstico de diabetes *mellitus* e está indicado o uso de insulina e metformina para o tratamento inicial.
- (D) O paciente deve ser internado para hidratação e tratamento com insulina venosa.
- (E) O paciente tem diabetes *mellitus*, e seu tratamento inicial deve envolver mudança de estilo de vida, metformina e sulfonilureia.

**23** Em relação à asma brônquica, assinale a alternativa **incorreta**.

- (A) Candidíase oral e disfonia por irritação das vias aéreas superiores podem ser observadas com o uso de corticoide inalatório. Há redução do risco de ocorrência destes efeitos adversos, se a recomendação de realizar higiene oral após o uso for seguida.
- (B) Os sintomas podem começar em qualquer faixa etária.
- (C) A espirometria apresenta frequentemente resposta significativa ao broncodilatador.
- (D) Os principais pilares do tratamento de exacerbação são os beta 2 agonistas de curta duração e os corticosteroides sistêmicos.
- (E) A espirometria normal descarta o diagnóstico de asma.

**24** Em relação à tomografia computadorizada do tórax na DPOC, é **correto** afirmar que esse exame

- (A) deve ser realizado em todos os casos.
- (B) deve ser solicitado quando houver planejamento de transplante, cirurgia redutora ou como parte do rastreamento do câncer de pulmão em fumantes.
- (C) deve ser indicado quando a DPOC estiver associada à asma.
- (D) é recomendado para que o tratamento só deva ser iniciado após a realização do exame.
- (E) é essencial, pois avalia o diâmetro ântero-posterior do tórax, confirmando os dados da espirometria.

25 Sabendo-se que há uma associação entre tuberculose (TB) e pacientes com HIV, todas as assertivas a seguir são verdadeiras, **exceto**:

- (A) a apresentação da doença com padrão miliar é esperada.
- (B) o uso de terapias antirretrovirais pode exacerbar os sintomas de TB.
- (C) a apresentação de forma disseminada é esperada na associação TB/HIV.
- (D) a forma cavitada em paciente com HIV é improvável.
- (E) a disseminação hematogênica é responsável pelo padrão miliar.

26 Sabendo-se da dificuldade de fazer o fumante abandonar o seu vício pela nicotina, é **correto** afirmar que

- (A) a prescrição da vareniclina é a mais adequada para os pacientes sabidamente com depressão.
- (B) a participação da família no abandono do tabagismo não é tão importante quanto o apoio do médico.
- (C) a clonidina e a nortriptilina se mantêm como fármacos de primeira linha de tratamento.
- (D) os cigarros eletrônicos não levam à dependência como os cigarros comuns.
- (E) o uso de terapia medicamentosa deve ser sempre recomendado.

27 Na prática clínica, deparamo-nos frequentemente com pacientes portadores de bronquiectasias. Diante disso, marque a opção **correta**.

- (A) Em 25% a 50% dos casos o diagnóstico etiológico pode ser determinado.
- (B) A dispneia é o principal sintoma observado em pacientes portadores de bronquiectasias.
- (C) O diagnóstico é realizado pela confirmação das bronquiectasias na espirometria.
- (D) Exacerbações infecciosas agudas das bronquiectasias devem ser tratadas com antibióticos que contemplem *H. influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa*.
- (E) Aproximadamente 80% das bronquiectasias são curadas com o uso de antibioticoterapia.

28 Na prática clínica, deparamo-nos frequentemente com pacientes com derrame pleural. Diante disso e considerando os critérios de Light, pode-se afirmar que o derrame pleural é classificado como exsudativo quando

- (A) a razão da proteína total (PTN) pleural sobre a dosagem no plasma é maior do que 0,5 (PTN pleural/PTN sangue >0,5).

- (B) tem como causas principais a insuficiência cardíaca e cirrose hepática.
- (C) a razão da proteína total (PTN) pleural sobre a dosagem no plasma é menor do que 0,5 (PTN pleural/PTN sangue <0,5).
- (D) a razão do LDH pleural sobre a dosagem do LDH no plasma é menor do que 0,6 (LDH pleural/LDH sangue <0,6).
- (E) a razão do LDH pleural sobre a dosagem do LDH no plasma é menor do que 0,5 (LDH pleural/LDH sangue <0,5).

29 Com relação ao *delirium*, é **incorreto** afirmar que

- (A) ser comumente o único sinal inicial de doença grave na população idosa.
- (B) pneumonia, sepse urinária ou infarto do miocárdio são diagnósticos comuns em idosos com esse distúrbio.
- (C) estratégias não farmacológicas como a manutenção de um ambiente calmo e a não interrupção no sono noturno não se mostraram eficazes, não devendo ser implantadas.
- (D) demência é um fator de risco importante para esse transtorno.
- (E) prevenção e tratamento são fundamentais, já que sua ocorrência prolonga e onera as internações.

30 Sobre a abstinência alcoólica, é **incorreto** afirmar que

- (A) ela apresenta sintomas de hiperexcitabilidade, já que o álcool é um depressor do sistema nervoso central.
- (B) ela pode ocorrer quando indivíduos que fazem uso regular reduzem o consumo de álcool ou o interrompem por completo.
- (C) o *delirium tremens* é uma forma inicial e branda.
- (D) anormalidades da percepção, incluindo alucinações visuais e auditivas e agitação psicomotora, são manifestações comuns da abstinência moderada a grave do álcool.
- (E) crises convulsivas do tipo "grande mal" são comuns na síndrome de abstinência alcoólica.

31 Paciente masculino, 65 anos, entra no Hospital com queixa de febre, prostração e dispneia. Ao exame físico, exhibe dentes em mau estado de conservação e emagrecimento. O hemograma demonstra anemia e leucocitose. Nas radiografias de tórax em PA e perfil se caracteriza escavação com nível líquido no segmento superior do lobo inferior direito. O diagnóstico principal para esse caso é

- (A) carcinoma broncogênico.
- (B) metástase.

- (C) infarto pulmonar.
- (D) abscesso pulmonar.
- (E) bronquiectasia.

**32** Homem adulto realiza radiografias de tórax que evidenciam infiltração micronodular difusa. Tomografia Computadorizada de tórax demonstra padrão micronodular predominante nos lobos superiores, associado a linfonodos mediastinais e hilares calcificados, alguns com calcificações em casca de ovo. Diante desses achados, o diagnóstico principal é

- (A) silicose.
- (B) sarcoidose.
- (C) tuberculose.
- (D) asbestose.
- (E) pneumonia por hipersensibilidade.

**33** Mulher, 23 anos, apresenta quadro clínico de dor abdominal, diarreia e emagrecimento. A Tomografia Computadorizada realizada demonstra áreas de espessamento parietal de alças ileais com realce mucoso intercaladas por segmentos intestinais poupados, com acometimento do íleo terminal. Tendo em vista esse quadro, o diagnóstico principal é

- (A) amebíase.
- (B) linfoma.
- (C) doença de Crohn.
- (D) tuberculose.
- (E) retocolite ulcerativa.

**34** Idoso, 75 anos, apresenta constipação intestinal crônica e relato de recente dor na fossa ilíaca esquerda, associada a febre. A palpação abdominal revela massa palpável na fossa ilíaca esquerda. Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve demonstra divertículos cólicos, com predomínio no sigmoide, associados neste a espessamento parietal concêntrico, infiltração da gordura peritoneal adjacente com focos gasosos de permeio. O diagnóstico correto para esse caso é de

- (A) diverticulite aguda com formação de abscesso.
- (B) carcinoma intestinal obstrutivo.
- (C) retocolite ulcerativa perfurada.
- (D) colite amebiana com necrose.
- (E) diverticulite aguda perfurada.

**35** Homem, 78 anos, apresenta perda de memória de caráter progressivo associada a hemiparesia esquerda recente. Tomografia computadorizada do crânio demonstra múltiplas lacunas periventriculares e nos centros semiovais, além de lesão hipodensa núcleocapsular direita com

dilatação ex-vácuo do ventrículo lateral direito. O diagnóstico principal para esse caso é de

- (A) hidrocefalia de pressão normal.
- (B) demência frontotemporal.
- (C) doença de Alzheimer.
- (D) demência vascular.
- (E) demência dos corpúsculos de Lewy.

**36** Mulher, 60 anos, apresenta dorsalgia persistente, com sensibilidade à palpação local e progressão para paraparesia. Ressonância magnética da coluna dorsal revela massa sólida no corpo da 7ª vértebra dorsal com extensão aos pedículos, determinando compressão medular e sem evidência de envolvimento discal. O diagnóstico principal para esse caso é de

- (A) tuberculose.
- (B) metástase.
- (C) espondilodiscite aguda.
- (D) hérnia discal.
- (E) fratura vertebral.

**37** Tendo em vista paciente feminina com eritema nodoso, linfonodomegalias hilares pulmonares e monoartrite, a principal hipótese diagnóstica é de

- (A) sarcoidose.
- (B) linfangite tumoral.
- (C) metástase.
- (D) linfoma.
- (E) hanseníase.

**38** Mulher, 35 anos, apresenta cefaleia e hemianopsia bitemporal. Ressonância Magnética da Sela Turca demonstra lesão nodular hipocaptante de 2,5 cm de maior diâmetro, de localização selar, com extensão suprasselar, e compressão do quiasma óptico. O diagnóstico principal para esse quadro é

- (A) craniofaringeoma.
- (B) macroadenoma hipofisário.
- (C) cordoma.
- (D) meningioma selar.
- (E) cisto hipofisário.

**39** Sobre diagnóstico, classificação e evolução da doença renal crônica nos adultos é **correto** afirmar que

- (A) o início de terapia renal substitutiva está indicado quando o paciente alcança o estágio 5 da doença (TFG abaixo de 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> de superfície corporal).
- (B) a melhor estimativa da TFG em adultos, sem necessidade da coleta de urina, é feita pela equação de Cockcroft-Gault a partir da

- creatinina sérica, que também considera o peso, idade e sexo.
- (C) a classificação da dessa doença nos estágios 3 ou 4 somente é possível se, além da TFG, também a albuminúria ou proteinúria forem conhecidas.
- (D) a taxa de filtração glomerular (TFG) abaixo de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> de superfície corporal, persistente por mais de 3 meses, é considerada anormal, independentemente da faixa etária.
- (E) o diagnóstico e acompanhamento da proteinúria ou albuminúria devem ser feitos preferencialmente através da medida na urina de 24 horas, enquanto fitas reagentes e a medida da relação albumina sobre creatinina em amostra de urina devem ser utilizadas como testes de triagem inicial.

40 Sobre investigação de proteinúria na faixa nefrótica, é **correto** afirmar que

- (A) para um paciente de 58 anos, com redução moderada da taxa de filtração glomerular (TFG), proteinúria de 8,5 gramas na urina de 24 horas e fita reagente de urina normal, deve-se fazer pesquisa para imunoglobulina monoclonal.
- (B) a nefropatia diabética raramente cursa com síndrome nefrótica, mas quando presente, costuma associar-se com pressão arterial mais baixa.
- (C) lesão mínima é uma causa rara de síndrome nefrótica no adulto, mas, quando presente, costuma ter uma evolução clínica desfavorável, não raramente evoluindo para falência renal.
- (D) um paciente HIV+, com elevada carga viral e que ainda não iniciou tratamento antirretroviral, que cursa com síndrome nefrótica, o diagnóstico mais provável é nefropatia membranosa secundária.
- (E) para pacientes com lúpus eritematoso sistêmico há anos, sem acometimento renal prévio, o surgimento de proteinúria nefrótica não é indicação para biópsia renal, pois o diagnóstico de nefrite lúpica é presumido na ausência de indícios que sugiram outra causa.

41 Consideram-se associados ao aumento do risco de formação de cálculos renais os seguintes fatores:

- (A) dieta rica em cálcio, pH urinário excessivamente baixo e baixa ingestão de água.
- (B) dieta rica em fosfato, deficiência de vitamina D e baixa ingestão de água.
- (C) dieta rica em cálcio, hiperparatireoidismo e excesso de vitamina D.

- (D) dieta rica em sódio, hiperuricemia e uso de diuréticos tiazídicos.
- (E) dieta rica em sódio, síndromes de má absorção intestinal, excesso de vitamina D.

42 Mulher, 34 anos, é submetida a endoscopia digestiva alta na qual se observa redução do pregueado mucoso no corpo gástrico. O exame anatomopatológico mostra Gastrite crônica autoimune. Esse achado está frequentemente associado a

- (A) hipercloridria.
- (B) infecção pelo *H. pylori*.
- (C) anemia perniciosa.
- (D) FAN positivo.
- (E) linfoma gástrico de células B.

43 Mulher, 36 anos, há uma semana queixa-se de dor no hipocôndrio direito e aumento do volume abdominal. Ao exame, apresenta ascite e hepatomegalia dolorosa. Exames laboratoriais apresentam os seguintes resultados: (a) no sangue: proteína total = 6,5g/dL, albumina = 3,6g/dL, LDH = 240U/L, glicose = 86mg/dL; (b) no líquido ascítico: proteína total = 2,8g/dL, albumina = 2,1g/dL, LDH = 230U/L, glicose = 80mg/dL. O diagnóstico mais provável para o caso é de

- (A) síndrome nefrótica.
- (B) síndrome de Budd-Chiari.
- (C) carcinomatose peritoneal.
- (D) cirrose hepática.
- (E) peritonite tuberculosa.

44 A causa de disfagia orofaríngea é conhecida como

- (A) estenose péptica.
- (B) acalasia.
- (C) esofagite eosinofílica.
- (D) esclerose lateral amiotrófica.
- (E) esclerodermia.

45 Paciente de 25 anos, ginasta, é admitido na emergência hipotenso e taquicárdico, com relato de melena. Ao exame físico, mostra-se apenas hipocorado 3+/4+. Em relação ao quadro do paciente, pode-se afirmar que

- (A) o uso de anti-inflamatório não-hormonal deve ser questionado e considerado como fator de risco.
- (B) o primeiro passo do atendimento é a realização de endoscopia digestiva alta (EDA).
- (C) a aspiração por sonda nasogástrica negativa exclui sítio alto de sangramento.

- (D) a etiologia mais provável para o caso é varicosa.
- (E) na falta de endoscopia digestiva alta (EDA), a radiografia contrastada com bário confirma a fonte do sangramento.

**46** Paciente, 75 anos, constipada crônica e coronariopata, é atendida no Serviço de Emergência do HUAP com quadro de enterorragia. Encontra-se hemodinamicamente estável. Sobre a abordagem da paciente descrita, é **correto** afirmar que

- (A) o exame proctológico (inspeção e toque retal) não é necessário.
- (B) a doença diverticular deve ser considerada como principal etiologia do sangramento.
- (C) o exame de escolha para o caso é a tomografia computadorizada de abdome e pelve.
- (D) a arteriografia tem alta sensibilidade para sangramentos a partir de 0,1mL/min.
- (E) a cintilografia é excelente opção pela sua possibilidade terapêutica.

**47** Paciente masculino, 57 anos, procura Unidade Básica de Saúde com queixas de dispneia progressiva aos esforços e edema simétrico, indolor, depressível de membros inferiores (MMII) com piora vespertina. Refere histórico de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* há 20 anos sem tratamento regular. Ao exame físico, apresenta-se com PA = 152x92mmHg; FC = 112bpm; FR = 24irpm; turgência jugular a 90°; *ictus cordis* no 6° espaço intercostal e desviado lateralmente da linha hemiclavicular esquerda; estertores pulmonares em ambas as bases; hepatomegalia dolorosa e edema de MMII. Diante da hipótese diagnóstica mais provável, a conduta baseada em evidências é iniciar

- (A) furosemida, atenolol, captopril e digoxina, e avaliar início de espironolactona após ecocardiograma e aferição da função renal.
- (B) hidroclorotiazida, carvedilol e bislato de amlodipina, e avaliar início de enalapril após ecocardiograma, aferição da função renal.
- (C) bisoprolol, enalapril, ivabradina e digoxina, e aguardar ecocardiograma para então iniciar nitrato com hidralazina.
- (D) furosemida, nitrato, hidralazina e carvedilol, e aguardar avaliação da função renal para iniciar espironolactona.
- (E) furosemida, carvedilol e enalapril, e avaliar início de espironolactona após ecocardiograma e aferição da função renal.

**48** Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) apresentam reinternações frequentes por descompensação. Com objetivo de diminuir tais

descompensações, deve-se recomendar aos pacientes com IC, especialmente os mais graves,

- (A) prescrever preferencialmente diltiazem ou verapamil para controle de hipertensão arterial.
- (B) indicar o uso de anti-inflamatório não-hormonal quando houver quadros álgicos.
- (C) vacinar contra *influenza* e pneumococo.
- (D) usar rotineiramente ácido acetilsalicílico e sinvastatina como medidas de prevenção primária.
- (E) recomendar descongestionantes nasais quando em quadro de virose respiratória.

**49** Idosa, 92 anos, é trazida por familiares com descrição de quadro compatível com síncope ao levantar-se da cama. Na sala de emergência, encontra-se assintomática no leito. Ao exame, apresentava-se lúcida, orientada, com PA = 136x82mmHg; FC = 30bpm; FR = 22irpm. O ritmo cardíaco era regular com bulhas normofonéticas, sem sopros. Presença de onda “a em canhão” no pulso venoso. O primeiro exame complementar a ser solicitado e a alteração esperada são, respectivamente,

- (A) eletrocardiograma → bloqueio atrioventricular total (terceiro grau).
- (B) eletrocardiograma → supradesnivelamento do segmento ST compatível com infarto agudo do miocárdio.
- (C) radiografia do tórax → pneumotórax hipertensivo.
- (D) gasometria arterial → alcalose respiratória.
- (E) ecocardiograma → tamponamento cardíaco.

**50** Homem, 62 anos, comparece a consulta agendada no ambulatório de clínica médica. Hipertenso há 25 anos sob tratamento irregular. Assintomático. Exame físico sem alterações exceto PA = 220x110mmHg em duas aferições repetidas com intervalo de 10 minutos. Ao ser indagado, paciente informa ter suspenso a medicação por conta própria há duas semanas. A conduta adequada para o caso é

- (A) encaminhar para Serviço de Emergência para medicação anti-hipertensiva venosa pois se trata de emergência hipertensiva.
- (B) encaminhar para Serviço de Emergência para medicação anti-hipertensiva via oral pois se trata de urgência hipertensiva.
- (C) administrar captopril 25mg sublingual no ambulatório, pois se trata de urgência hipertensiva.
- (D) reiniciar a medicação habitual, via oral, e reforçar a necessidade de adesão à terapêutica, pois trata-se de hipertensão crônica.

(E) administrar captopril 25mg sublingual no ambulatório e, se não houver controle da pressão, encaminhar para serviço de emergência e administrar furosemida venosa, pois se trata de urgência hipertensiva.

**51** Quanto às medicações de uso no paciente com insuficiência cardíaca (IC), pode-se afirmar que

- (A) ivabradina pode ser usada como alternativa aos betabloqueadores independentemente do ritmo ou frequência cardíaca.
- (B) digoxina é fármaco de primeira linha, indicado a todos os pacientes com IC independentemente da presença de sintomas.
- (C) propranolol, carvedilol, atenolol e bisoprolol são todos betabloqueadores recomendados para o tratamento da IC.
- (D) betabloqueadores são indicados em pacientes com IC sintomáticos ou assintomáticos.
- (E) a combinação nitrato + hidralazina é uma alternativa aos intolerantes aos betabloqueadores.

**52** Homem, 50 anos, com miocardiopatia alcoólica, em fase dilatada, com disfunção sistólica grave é admitido no Serviço de Emergência do HUAP, apresentando dispneia, taquipneia, turgência jugular patológica, crepitação pulmonar bibasal, pulsos amplos, extremidades aquecidas, enchimento capilar satisfatório, edema de membros inferiores, PA = 110x74mmHg, FC = 108bpm, FR = 28irpm. Considerando o perfil hemodinâmico apresentado, o paciente deve receber

- (A) diurético e vasodilatador, por tratar-se de perfil B (quente e úmido).
- (B) inotrópico e vasodilatador, por tratar-se de perfil C (frio e úmido).
- (C) reposição de volume, por tratar-se de perfil L (frio e seco).
- (D) inotrópico e diurético, por tratar-se de perfil A (quente e seco).
- (E) vasodilatador e inotrópico, por tratar-se de perfil D (quente e úmido).

**53** Mulher, 78 anos, afrodescendente, comparece em consulta agendada no ambulatório de clínica médica e refere tratamento para hipertensão arterial há 15 anos. Refere também estar sob uso de clortalidona 25mg, um comprimido à noite, e captopril 25 mg, um comprimido pela manhã. PA = 180x110mmHg em medidas repetidas, sem outras alterações no exame físico. Apresenta exames de laboratório com glicemia = 82mg/dL, creatinina = 0,8mg/dL, Potássio = 4,0mEq/L. Fundamentado no perfil farmacológico, deve-se proceder ao seguinte ajuste na receita para melhor resultado terapêutico:

- (A) suspender a clortalidona pela resposta ineficiente em afrodescendentes e idosos, ajustar o captopril para três vezes ao dia e prescrever monoterapia com clonidina 0,200 à noite.
- (B) alterar o horário da clortalidona para a manhã e aumentar o captopril para três vezes ao dia, pois o captopril tem meia-vida curta, além de associar losartana potássica 50mg, duas vezes ao dia.
- (C) trocar o horário da clortalidona para a manhã e aumentar o captopril para três vezes ao dia, pois o captopril tem meia-vida curta.
- (D) substituir clortalidona por furosemida, um comprimido pela manhã pelo melhor efeito anti-hipertensivo, e também o captopril por anlodipino.
- (E) suspender a medicação e iniciar a associação de nitrato com hidralazina por se tratar de paciente afrodescendente.

**54** Paciente hipertenso retorna à consulta queixando-se de efeitos adversos atribuídos aos anti-hipertensivos sob uso. Refere que, desde que iniciou o tratamento, observou edema perimaleolar e artrite gotosa. Esses efeitos adversos podem ser atribuídos, respectivamente, as seguintes substâncias:

- (A) captopril e atenolol.
- (B) hidroclorotiazida e hidralazina.
- (C) metildopa e nifedipina.
- (D) clonidina e losartana.
- (E) anlodipina e hidroclorotiazida.

**55** A fibrilação atrial (FA) é arritmia frequente em cardiopatas e pneumopatas. Com relação arritmia, assinale a alternativa correta.

- (A) O ácido acetilsalicílico é eficaz na prevenção de fenômeno tromboembólico em pacientes com CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc maior que 2.
- (B) O escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc é utilizado para avaliar o risco de fenômeno tromboembólico e a prescrição de anticoagulação profilática.
- (C) A propafenona é utilizada em pacientes com fibrilação atrial e insuficiência cardíaca.
- (D) Ivabradina pode ser utilizada para controle da frequência nos pacientes com FA.
- (E) Após cardioversão elétrica deve-se manter anticoagulação por 48 horas.

**56** Em relação ao tratamento de infecções estafilocócicas, todas as alternativas estão corretas, **exceto** uma. Indique.

- (A) Coleções supurativas devem ser drenadas. A emergência de estafilococos resistentes à oxacilina na comunidade reforça a importância de coleta de material para cultura e antibiograma.
- (B) Em endocardite de válvula nativa, recomenda-se beta lactâmico para *S. aureus* sensível à oxacilina e vancomicina ou daptomicina para *S. aureus* resistente.
- (C) Para infecções por estafilococos resistentes a penicilina, a oxacilina não é uma opção segura.
- (D) Em endocardite de prótese valvar, a cirurgia é frequentemente indicada em conjunto com tratamento antimicrobiano.
- (E) Para infecção de pele e partes moles não complicada, o tratamento por ser administrado por via oral.

**57** Paciente, 35 anos, dá entrada na emergência do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) após quadro de diarreia com episódios de cinco evacuações diárias por vários dias. Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é

- (A) alcalose metabólica, hipocalemia e cloro urinário baixo.
- (B) alcalose metabólica, hipocalemia e cloro urinário alto.
- (C) alcalose metabólica, hipercalemia e cloro normal.
- (D) acidose metabólica, hiperclorêmica e hipocalemia.
- (E) acidose metabólica, hipoclorêmica e hipocalemia.

**58** Idosa, 75 anos, apresenta fratura de colo femoral ao tropeçar sem cair na saída da escada rolante de um *shopping*. A fratura não traumática é fator revelador de doença osteometabólica silenciosa que pode ser antecipada nas mulheres após a menopausa. Assinale a alternativa que apresenta essa doença e o que é **verdade** a seu respeito.

- (A) Osteopenia, aonde a maior reabsorção óssea permeia a formação de ossos frágeis.
- (B) Osteoporose, na qual a densitometria óssea com desvio padrão acima de - 2,5 (T Score) revelará o diagnóstico laboratorial.
- (C) Osteoporose, para a qual a idade avançada não é fator de risco.
- (D) Osteopenia, para a qual o sexo feminino é considerado fator de risco menor.

(E) Osteopenia, na qual a densitometria óssea com desvio padrão acima de -1,5 (T Score) não revelará o diagnóstico laboratorial.

**59** Paciente, 72 anos, com septicemia secundária à infecção urinária, apresenta confusão mental aguda na internação sendo medicada com haloperidol, configurando caso de *delirium*, o que é comum no idoso internado. Em relação ao diagnóstico diferencial do *delirium* no idoso, assinale a alternativa correta.

- (A) Ao contrário da depressão, no *delirium*, a cognição é globalmente prejudicada.
- (B) Ao contrário da demência e da depressão, no *delirium* a consciência é clara.
- (C) Seu principal diagnóstico diferencial são as psicoses funcionais.
- (D) Tanto no *delirium* como na demência a linguagem é normal.
- (E) No *delirium*, a estimulação cognitiva nunca ajuda.

**60** Paciente, 90 anos, internada devido a pneumonia há 20 dias. Apresenta-se com perda ponderal e dificuldade de ir ao banheiro porque sair do leito sem auxílio se tornou complexo, apesar de ter dado entrada no hospital sem qualquer dificuldade locomotora. Essa situação clínica expressa a perda de massa, força e função muscular na internação apontando a fragilidade da idosa. A denominação dessa situação clínica e um de seus fatores associados ao envelhecimento são

- (A) fragilidade e aumento de apetite no envelhecimento.
- (B) fragilidade e perda da massa gordurosa no envelhecimento
- (C) sarcopenia e diminuição da saciedade no envelhecimento
- (D) sarcopenia e diminuição da velocidade de marcha no envelhecimento.
- (E) sarcopenia e aumento da produção de escórias renais

