

CONCURSO 2021 PARA RESIDÊNCIA MÉDICA



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

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

1ª ETAPA – PROVA B1

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

- Cardiologia
- Clínica Médica – ano adicional
- 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 quarenta 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 opções de resposta, sendo apenas uma delas a correta. No cartão de respostas, atribuir-se-á pontuação zero a toda questão com mais de uma opção 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 opções assinaladas no CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O tempo máximo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do cartão de respostas, é de duas horas e o tempo mínimo é de uma hora.
- 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.

FRASE A SER TRANSCRITA PARA O CARTÃO DE RESPOSTAS NO QUADRO
“EXAME GRAFOTÉCNICO”

Saúde não é tudo, mas tudo é nada sem saúde.

Sócrates

01 Homem, 45 anos, em tratamento para hanseníase multibacilar com poliquimioterapia (PQT MB), após a terceira dose supervisionada queixa-se de febre e lesões cutâneas. Ao exame, apresenta febre de 38,5°C, lesões eritemato nodulares dolorosas disseminadas e linfadenomegalia generalizada. Não há evidência de neurite. Tendo em vista esse quadro, assinale a opção correta quanto ao diagnóstico e tratamento.

- (A) Insuficiência terapêutica / introduzir PQT alternativa.
- (B) Reação tipo 1 / suspender PQT e introduzir talidomida.
- (C) Reação tipo 2 / manter PQT e introduzir talidomida.
- (D) Reação tipo 1 / manter PQT e introduzir prednisona.
- (E) Reação de Jarisch-Herxheimer / introduzir PQT alternativa.

02 Mulher, 40 anos, queixa-se de lesões cutâneas com evolução de três semanas. Nega prurido, parestesias, uso de medicamentos ou qualquer outro sintoma. Ao exame observam-se lesões eritemato-papulosa disseminadas, acometendo face, tronco e regiões palmoplantares com aspecto monomorfo, linfadenomegalias cervicais e epitrocleares. A hipótese diagnóstica mais provável e o exame para comprovação são, respectivamente,

- (A) sífilis secundária / VDRL.
- (B) psoríase / biopsia cutânea.
- (C) hanseníase tuberculoide / pesquisa de BAAR.
- (D) farmacodermia / biopsia cutânea.
- (E) tuberculose cutânea / pesquisa de BAAR.

03 Mulher, 42 anos, procura atendimento pois deseja fazer cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. Informa história de “excesso de peso” desde a adolescência, já tendo procurado auxílio médico em diversas ocasiões para tratamentos que envolveram modificações de estilo de vida e o uso de medicações, porém resultaram em recuperação do peso perdido. Atualmente, apresenta diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, para os quais faz uso de glibenclamida 15 mg, metformina XR 1500 mg, hidroclorotiazida 25 mg e losartana 50 mg. Últimos exames revelam

hemoglobina glicada 8,5% e, ao exame físico, IMC = 37,2 kg/m² e PA = 147 x 98 mmHg. Sobre essa paciente, é correto afirmar que

- (A) o insucesso dos tratamentos anteriores para a obesidade sugere a presença de causa secundária que deve ser investigada antes de ser indicada a cirurgia bariátrica.
- (B) há indicação de cirurgia bariátrica apesar de o IMC estar abaixo de 40 kg/m².
- (C) a paciente deverá ser orientada a alcançar o IMC de 40 kg/m² para ter indicação cirúrgica.
- (D) não há indicação de cirurgia bariátrica em virtude do risco operatório (comorbidades sem controle adequado).
- (E) ainda que a paciente seja submetida a cirurgia bariátrica, não é esperada uma melhora expressiva no controle das comorbidades.

04 Homem, 51 anos, informa diagnóstico de diabetes *mellitus* e hipotireoidismo por tireoidite de Hashimoto há quatro anos. Faz uso regular de glicazida 120 mg/dia, metformina XR 2000 mg/dia e levotiroxina 125 mcg/dia. Faz atividade física regularmente (150 min/sem) e segue as orientações nutricionais corretamente. Trouxe exames laboratoriais recentes que revelam HbA1c 9,3%. Ao exame físico, IMC = 23,8 kg/m². Sem outros achados relevantes. Assinale a opção que relaciona corretamente a classificação do diabetes *mellitus* deste paciente e o exame complementar que poderia auxiliar nesta confirmação.

- (A) Diabetes relacionado à doença do pâncreas exócrino / tomografia computadorizada de abdome.
- (B) Diabetes *mellitus* tipo 2 / nenhum exame complementar necessário.
- (C) Diabetes tipo MODY (maturity onset diabetes of the young) / pesquisa genética de mutação.
- (D) Diabetes *mellitus* tipo 1 / anticorpo anti-descarboxilase do ácido glutâmico (Anti-GAD).
- (E) Diabetes tipo LADA (autoimune latente do adulto) / anticorpo antedescarboxilase do ácido glutâmico (Anti-GAD).

05 Mulher, 38 anos, procura atendimento com queixa de emagrecimento (4 kg nos últimos três meses), tremores finos de extremidades e aumento do volume cervical anterior. Ao exame físico não apresenta alterações oculares e palpa-se nódulo tireoidiano de 3,5 cm em lobo direito, de consistência elástica, indolor e móvel à deglutição. Trouxe exames laboratoriais que revelaram TSH = 0,1 (VR: 0,4-4,0) mUI/mL e T4 livre = 2,0 (VR: 0,8 – 1,8) ng/dL. Assinale a opção que relaciona corretamente o diagnóstico provável e exame complementar para confirmação para esse quadro.

- (A) Carcinoma folicular hiperfuncionante de tireoide / punção aspirativa por agulha fina (PAAF)
- (B) Doença de Graves / dosagem de TRAb (anticorpo antirreceptor de TSH)
- (C) Tireoidite subaguda / cintilografia de tireoide
- (D) Adenoma tóxico / cintilografia de tireoide
- (E) Bócio multinodular tóxico / ultrassonografia de tireoide

06 Na Esclerose Lateral Amiotrófica podem ocorrer

- (A) sinal de Babinski, disfagia e miórritmia.
- (B) hiperreflexia profunda, amiotrofia e miofasciculação.
- (C) hipertonia elástica, hipertonia plástica e assinergia do tronco.
- (D) sinal de Romberg, sinal de Brudzinski e diplopia.
- (E) alteração da motilidade ocular e surdez.

07 Na prática clínica, deparamo-nos frequentemente com pacientes com derrame pleural. Diante disso, marque a opção correta.

- (A) De acordo com os Critérios de Light, um derrame pleural é classificado como exsudativo quando a razão da proteína total (PTN) pleural sobre a dosagem no plasma é menor que 0,6 (PTN pleural/PTN sangue <0,5).
- (B) A Insuficiência cardíaca e cirrose hepática são as principais causas de derrame pleural exsudativo.
- (C) De acordo com os Critérios de Light, um derrame pleural é classificado como exsudativo quando a razão da proteína total (PTN) pleural sobre a dosagem no plasma é maior que 0,5 (PTN pleural/PTN sangue >0,5).

(D) De acordo com os Critérios de Light, um derrame pleural é classificado como exsudativo quando a razão do LDH pleural sobre a dosagem do LDH no plasma é menor que 0,6 (LDH pleural/LDH sangue <0,6).

(E) De acordo com os Critérios de Light, um derrame pleural é classificado como exsudativo quando a razão do LDH pleural sobre a dosagem do LDH no plasma é menor que 0,5 (LDH pleural/LDH sangue <0,5).

08 Sobre a prova tuberculínica (PT), é correto afirmar que

- (A) PT > ou = a 5 mm identifica os casos de tuberculose latente em pacientes com HIV.
- (B) PT reator define necessidade de tratamento no Brasil.
- (C) PT não reator afasta a possibilidade de tuberculose doença.
- (D) pacientes com PT > ou = a 5mm devem ser retestados após nova exposição.
- (E) pacientes com PT < 5 mm afastam a possibilidade de tuberculose latente.

09 Em relação à asma brônquica, assinale a opção **incorreta**.

- (A) Pode haver períodos em que a espirometria se apresenta normal.
- (B) A maioria dos portadores de asma começa a apresentar sintomas na infância.
- (C) Asmáticos frequentemente são atópicos e têm rinite associadamente.
- (D) Exercícios podem desencadear sintomas de asma, que geralmente começam imediatamente após o início do exercício.
- (E) Asmáticos não atópicos frequentemente iniciam sintomas quando adultos.

10 Assinale a opção **incorreta** para o tratamento da endocardite infecciosa.

- (A) A escolha do esquema antimicrobiano empírico se baseia em fatores epidemiológicos como uso de drogas IV ou procedimentos relacionados a assistência à saúde.
- (B) Se o paciente se mantém febril após sete dias de tratamento é importante investigar abscessos cardíacos ou extracardíacos.
- (C) Na suspeita de endocardite aguda, é importante iniciar a terapia antimicrobiana logo após a coleta das três amostras de hemocultura, já na suspeita de endocardite subaguda podemos aguardar a confirmação diagnóstica para iniciar o tratamento.
- (D) O nível sérico de vancomicina deve ser monitorado, sempre que disponível, durante sua utilização no tratamento da endocardite.
- (E) A ação bactericida não é uma característica importante na escolha dos antimicrobianos para o tratamento da endocardite.

11 Em relação ao sarampo, marque a opção **incorreta**.

- (A) O tratamento é feito com aciclovir endovenoso ou oral por 10 a 14 dias.
- (B) O exantema é maculopapular, não pruriginoso, iniciando atrás das orelhas e se espalhando pelo tronco e membros.
- (C) O sinal de Koplick é patognomônico da doença e consiste de lesão esbranquiçada de mais ou menos 1mm de diâmetro, com eritema em volta, aparecendo dois dias antes do exantema e desaparecendo após o início dele.
- (D) Pacientes com alterações da imunidade podem não desenvolver exantema e evoluir de forma mais grave.
- (E) A encefalite pós sarampo pode ocorrer dentro de dois meses após início do exantema e se caracteriza por febre, convulsões dentre outras anormalidades neurológicas.

12 São sinais e sintomas do tétano:

- (A) diminuição do nível de consciência, espasmos musculares e disúria.
- (B) trismo, espasmos musculares e dificuldade de deglutir.
- (C) trismo, espasmos musculares e disúria.
- (D) diminuição do nível de consciência, espasmos musculares e trismo.
- (E) mioclonias, trismo e disúria.

13 Sobre o diagnóstico diferencial entre situações orgânicas e psiquiátricas, pode-se afirmar que

- (A) ao avaliar um paciente com alterações de comportamento, é preciso levar em conta que doença orgânica e psiquiátrica dificilmente se apresentam em conjunto.
- (B) início insidioso, em pacientes jovens, e a associação a alteração do estado mental ou outros sinais neurológicos devem chamar atenção para uma possível causa orgânica do quadro.
- (C) um terço das condições médicas se apresenta com manifestações psiquiátricas.
- (D) se há alterações proeminentes do estado mental, é pouco provável que a causa seja orgânica.
- (E) para o atendimento de urgências psiquiátricas, os exames complementares não são importantes, sendo suficiente a anamnese psiquiátrica..

14 Aterosclerose é uma doença sistêmica que afeta artérias de forma difusa sendo hoje apontada com patologia inflamatória vascular. Essa enfermidade possui vários fatores de risco. Sendo assim, assinale abaixo a afirmativa correta sobre aterogênese e seus fatores de risco.

- (A) Situações como hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemia e história familiar de AVC e AIT não têm influência no surgimento da aterosclerose.
- (B) Hipertensão arterial e diabetes *mellitus* não são fatores propiciadores de risco específicos para acidente vascular cerebral lacunar e hemorragia intraparenquimatosa.
- (C) Identificação de fatores de risco modificáveis e intervenções profiláticas não reduzem o risco para o AVC.

- (D) Fatores de risco cardioembólicos, como fibrilação e *flutter* atrial, doença cardíaca valvar e cardiomiopatia, estão desvinculados da proteção aterogênica.
- (E) Fumar é um fator de risco potente para todos os mecanismos vasculares causais de AVC.

15 A síndrome metabólica é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* tipo 2. Sobre ela, assinale **Verdadeiro ou Falso** nas afirmativas abaixo e, em seguida, marque a sequência de respostas corretas da questão.

- () a síndrome metabólica consiste numa constelação de anormalidades metabólicas incluindo obesidade periférica, resistência à insulina, hipertensão, dislipidemia, triglicerídeos altos e HDL baixo.
- () são seus sinônimos: síndrome X ou síndrome de resistência insulínica.
- () na síndrome metabólica os níveis de triglicerídeos em jejum devem ser >150 mg / dL; colesterol HDL <40 mg / dL para homens e <50 mg / dL para mulheres e a glicose plasmática de jejum ≥ 100 mg / dL.
- () limiares de circunferência de cintura na síndrome metabólica são ≥ 80 cm para mulheres brancas e afroamericanas e ≥ 94 cm para homens brancos e afroamericanos.

- (A) F, F, V, V
(B) F, V, V, V
(C) V, V, F, F
(D) F, V, F, V
(E) F, V, V, F

16 Síndrome mielodisplásica também chamada de pré-leucemia ou leucemia oligoblástica é causada por anomalias clonais de células da medula óssea caracterizadas por vários graus de citopenias que afetam uma ou mais linhas celulares. Das assertivas abaixo, assinale a única correta e que corresponde à etiopatogenia dessa síndrome.

- (A) A exposição ao benzeno, radiação e agentes quimioterápicos pode propiciar o aparecimento da mielodisplasia.

- (B) A mielodisplasia acomete principalmente pessoas < 50 anos.
- (C) Os sintomas da síndrome mielodisplásica dependem das linhagens afetadas, sendo 85% dos pacientes anêmicos, 50% com neutropenia e um terço com trombocitopenia.
- (D) Prognóstico é definido por porcentagem de blastos de medula, cariótipo e linhagens afetadas.
- (E) Anormalidades cromossômicas ocorrem em menos de 40% dos casos.

17 Constipação intestinal é comum entre mulheres e homens. Assinale a afirmativa que aponta a interferência entre a percepção do paciente e o dado de literatura científica, situação que revela má compreensão do paciente, podendo levar o profissional a erro diagnóstico, se não houver uma anamnese detalhada.

- (A) Dentro das doenças do adulto e das drogas que permeiam a constipação, temos principalmente diabetes *mellitus*, lesão da medula espinhal, esclerose múltipla, doença de Chagas, agentes anticolinérgicos, opiáceos e aquelas à base de alumínio ou cálcio.
- (B) São fatores contribuintes para a constipação a inatividade física, a dieta pobre em fibras e a alocação inadequada de tempo para a defecação.
- (C) A constipação pode apresentar-se clinicamente com dor abdominal, distensão e impactação fecal, a qual pode evoluir para obstrução, mas, raramente, leva a perfuração intestinal.
- (D) Entre suas causas específicas mais comuns, observa-se redução da motilidade colônica devido à disfunção neurológica, esclerodermia e drogas.
- (E) Considera-se constipação a diminuição da frequência de fezes para <1 por semana ou dificuldade de defecar, sendo esta uma frequente reclamação subjetiva.

18 Homem, 27 anos, há dois meses queixa-se de pirose, regurgitação ácida e alimentar, pigarro e rouquidão. A endoscopia está indicada em caso de haver

- (A) disfagia.
(B) asma.
(C) tosse.
(D) ganho de peso.
(E) dispneia.

19 Mulher, 22 anos, há oito meses queixa-se de constipação intestinal e ganho de peso, o qual atribui a uma vida mais sedentária na quarentena. Refere também dor abdominal difusa que ocorre de uma a duas vezes por semana e é aliviada pela defecação, mas tem sensação de evacuação incompleta, flatulência e muco nas fezes. Realiza exame parasitológico que resulta negativo. A conduta mais indicada é:

- (A) enterotomografia.
- (B) colonoscopia.
- (C) calprotectina fecal.
- (D) nitazoxanida.
- (E) psyllium e dieta com baixo teor de FODMAP.

20 Paciente, 38 anos, assintomático e sem história prévia de icterícia, hepatites, hemotransfusões, cirurgias ou uso de drogas ilícitas. Apresenta os seguintes exames: HBsAg positivo, AntiHBc total positivo, AntiHBc IgM negativo, HBeAg negativo, AntiHBe positivo, AntiHBs negativo, ALT = 29 UI/ml (LSN 40UI/ml), AST = 33 UI/ml (LSN 40UI/ml). Com base somente nesses exames, pode-se afirmar que se trata de

- (A) HBsAg falso-positivo.
- (B) hepatite B resolvida.
- (C) hepatite B crônica.
- (D) hepatite crônica B replicativa
- (E) hepatite B aguda.

21 Assinale a opção correta referente às causas de hipertensão porta pré-sinusoidal.

- (A) Trombose portal, cirrose hepática por hepatite C
- (B) Trombose portal, esquistossomose hepatoesplênica
- (C) Insuficiência cardíaca congestiva, trombose portal
- (D) Compressão extrínseca portal, insuficiência cardíaca congestiva
- (E) Esquistossomose hepatoesplênica, síndrome de Budd Chiari

22 Paciente, 75 anos apresenta histórico de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica com tratamento irregular, sem história de etilismo, uso de drogas, hemotransfusões ou icterícia. Ele procura auxílio médico devido a aumento progressivo do volume abdominal e

edema de MMII. À análise do líquido ascítico temos 500 células, com 55% de polimorfonucleares, 45% de mononucleares, proteína de 2,3 g/L e albumina de 1,0 g/L. A albumina sérica é de 2,2g/L Com base somente nesses dados, pode-se afirmar que a causa da ascite é a

- (A) carcinomatose peritoneal.
- (B) peritonite bacteriana espontânea.
- (C) insuficiência cardíaca congestiva.
- (D) síndrome nefrótica.
- (E) hipertensão portal.

23 Sobre as glomerulopatias, assinale a opção correta.

- (A) O HIV pode estar associado ao desenvolvimento de glomerulopatia colapsante que é uma variante da glomeruloesclerose segmentar e focal.
- (B) Doença de lesão mínima é a principal causa de síndrome nefrótica em crianças, mas é bastante rara (menos de 1% dos casos de síndrome nefrótica) nos adultos.
- (C) Doença de lesão mínima é a principal causa de síndrome nefrótica em crianças e a proteinúria apresenta baixa seletividade para albumina.
- (D) A glomerulopatia membranosa pode ser primária e secundária e frequentemente cursa com hipertensão arterial e acelerada perda de função renal.
- (E) A glomeruloesclerose segmentar e focal pode ser primária e secundária e cursa frequentemente com evolução lenta, sem perda significativa de função renal.

24 Sobre a nefropatia diabética (doença renal diabética), é correto afirmar que

- (A) haverá indicação de biópsia renal quando evoluir para síndrome nefrótica.
- (B) a retinopatia diabética quase invariavelmente estará presente nos diabéticos do tipo 2 com acometimento renal, porém, mais raramente nos diabéticos do tipo 1.
- (C) a história natural da doença é bem definida no diabético do tipo 1, raramente evoluindo com declínio da função renal em menos de 10 anos após o surgimento do diabetes.

- (D) o controle intensivo da glicemia é a forma mais efetiva de retardar a progressão da doença no estágio mais avançados.
- (E) a doença histologicamente se caracteriza pelo afilamento da membrana basal glomerular e pelo aumento da celularidade mesangial.

25 Idosa, 78 anos, comparece em consulta agendada no ambulatório de insuficiência cardíaca do HUAP/UFF. Assintomática, exceto por palpitações episódicas iniciadas em março de 2020, entretanto, refere que a pandemia da COVID-19 limitou sua procura por auxílio médico. É hipertensa e diabética há 20 anos, sob controle e tratamento regulares. Nega outras doenças ou alcoolismo. Funções renal e hepática normais. Sob uso de carvedilol, enalapril, espironolactona e furosemida. Ao exame: pulso radial irregular com aproximadamente 92bpm; PA = 122x82mmHg. É realizado eletrocardiograma, que se encontra a seguir (DII/N):



Além da manutenção da medicação usual, deve-se acrescentar

- (A) varfarina e manter INR alvo entre 2,0 e 3,0.
- (B) ácido acetilsalicílico 100mg/dia e amiodarona oral.
- (C) ácido acetilsalicílico 100mg/dia associado ao clopidogrel 75mg/dia .
- (D) rivaroxabana 20mg/dia e amiodarona venosa.
- (E) rivaroxabana 15mg/dia e ivabradina.

26 Você foi designado a estabelecer um protocolo de uso prioritário de anti-hipertensivos na Unidade Básica de Saúde. Dessa forma, listou indicações prioritárias dos fármacos aos hipertensos com as seguintes condições associadas, **exceto**:

- (A) inibidores da enzima conversora de angiotensiva para os diabéticos e pacientes com disfunção ventricular esquerda.

- (B) hidralazina para gestantes e pacientes com insuficiência cardíaca.
- (C) antagonistas dos canais de cálcio para os idosos e aqueles com angina *pectoris*.
- (D) betabloqueadores para aqueles com disfunção erétil e insuficiência arterial periférica.
- (E) diuréticos para os com insuficiência cardíaca e idosos.

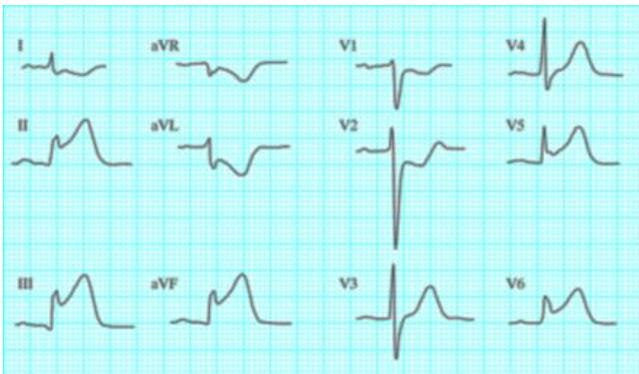
27 Você atende paciente masculino, 58 anos, no ambulatório, que tem diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (28%) e classe funcional New York Heart Association (CF NYHA) III à época do diagnóstico. Mantém-se em CF NYHA II. Ao exame, PA = 128x82mmHg; FC = 64bpm; Peso = 68Kg; Estatura = 1,72m; FR = 12irpm. Creatinina = 0,8mg; Potássio = 3,8mEq/L. Ele traz e apresenta a seguinte receita:

	Universidade Federal Fluminense Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Antonio Pedro	
Sr. XXXXXXXXXXXXXXXX, 58 anos		
Uso oral contínuo:		
(1)	Carvedilol 25mg	Tomar 1 comprimido 2 vezes ao dia.
(2)	Maleato de enalapril 10mg	Tomar 1 comprimido 2 vezes ao dia.
(3)	Furosemida 40mg	Tomar 1 comprimido pela manhã.
(4)	Digoxina 0,25mg	Tomar meio comprimido pela manhã.
Niterói-RJ, 10 de novembro de 2020.		

Baseado nas evidências científicas, você faz a seguinte adequação nessa receita:

- (A) dobra a dose do carvedilol para 50 mg duas vezes ao dia.
- (B) acrescenta espironolactona 25 mg ao dia.
- (C) aumenta a dose da furosemida para dois comprimidos ao dia.
- (D) aumenta a dose da digoxina para 0,5 mg duas vezes ao dia.
- (E) associa ivabradina 5 mg duas vezes ao dia.

28 Homem, 64 anos, é admitido em unidade de pronto atendimento no interior do RJ com forte dor precordial em aperto, com duração superior a 30 minutos, irradiação para ombro esquerdo e sudorese. Refere ser diabético e tabagista de 40 maços/ano. Ao exame, PA = 144x92 mmHg; FC = 102 bpm; FR = 20 irpm; SatO₂ = 96%. A Central de Regulação informa que o centro de referência para cardiologia intervencionista mais próximo e disponível só poderá receber o paciente daqui a quatro horas. Realiza-se eletrocardiograma cujo resultado se encontra a seguir.



A conduta que reduz morbimortalidade para esse caso é

- (A) aguardar o primeiro resultado de troponina e CK-MB para então traçar o plano terapêutico.
- (B) administrar oxigenioterapia, betabloqueador, morfina, nitroglicerina e aguardar duas dosagens de troponina com intervalo de quatro horas para então traçar a conduta.
- (C) transferir para realizar angioplastia coronariana primária.
- (D) transferir para centro de cirurgia cardíaca pois o quadro clínico sugere dissecação aguda da aorta.
- (E) administrar fibrinolítico venoso após descartadas as contraindicações.

29 Você atendeu dois pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida, ambos sob uso de maleato de enalapril, com demais tratamentos otimizados. O primeiro paciente queixou-se de tosse seca, persistente, todavia sem outros sinais de congestão. O segundo paciente mantém-se em

classe funcional II-III da New York Heart Association e tem excelente nível socioeconômico. As alternativas terapêuticas ao enalapril para os pacientes citados são, respectivamente,

- (A) trocar por inibidor da renina no primeiro e por ivabradina no segundo.
- (B) trocar por BRA no primeiro e por diltiazem no segundo.
- (C) trocar por inibidor da renina no primeiro e nitrato e hidralazina no segundo.
- (D) trocar por bloqueador do receptor de angiotensina (BRA) no primeiro e por sacubitril-valsartana no segundo.
- (E) suspender o enalapril em ambos os casos, sem acréscimos de outras medicações.

30 Paciente do sexo feminino com 30 anos de idade apresenta poliartrite simétrica das mãos e punhos. As radiografias das mãos e punhos demonstram erosões ósseas nas margens articulares dos ossos do carpo e articulações metacarpofalangianas e interfalangianas proximais. Qual seu diagnóstico?

- (A) Síndrome de Reiter
- (B) Artrose
- (C) Artrite reumatoide
- (D) Lupus eritematoso sistêmico
- (E) Espondilite anquilosante

31 A Ressonância Magnética da esclerose múltipla demonstra:

- (A) Lesões isquêmicas cerebrais múltiplas com tempos evolutivos diferentes
- (B) Atrofia cerebelar difusa
- (C) Agenesia focal do corpo caloso
- (D) Apagamentos das cisternas da base com realce meníngeo pelo meio de contraste
- (E) Múltiplos focos de sinal alto em T2 na substância branca periventricular

32 Uma ultrassonografia de abdome superior demonstra, em paciente com dor aguda intensa no hipocôndrio direito, vesícula biliar sobredistendida, de paredes espessadas, com cálculo impactado na região infundibular. Qual seu diagnóstico?

- (A) Colelitíase
- (B) Coledocolitíase
- (C) Pancreatite aguda
- (D) Colecistite aguda
- (E) Ileo biliar

33 Em um paciente que já recebeu os primeiros cuidados, incluindo reposição volêmica inicial, o parâmetro que indica uma forma grave de sepse é

- (A) pressão arterial sistólica 90 mmHg (basal era 150 mmHg).
- (B) plaquetas 120 mil/mm³ (basal era 200 mil/mm³).
- (C) diurese 0,8 ml/kg/hora.
- (D) relação pO₂/FiO₂ de 280.
- (E) lactato 2,3 mmol/L (normal até 2,0 mmol/L).

34 Homem, 50 anos, acorda com hemiparesia direita. Na avaliação, apresenta PA 190x110 mmHg e TC com hipodensidade parietal esquerda, sem desvio da linha média. O tratamento inicial desse paciente deve ser realizado com

- (A) nitroprussiato de sódio.
- (B) estatina apenas.
- (C) AAS e estatina.
- (D) alteplase.
- (E) AAS e dose de ataque de clopidogrel.

35 Com relação ao lúpus eritematoso sistêmico, marque a opção verdadeira.

- (A) O anti-DNA está presente em 90% dos casos e tem correlação com atividade de doença, nefropatia e miocardite.
- (B) Na síndrome do anticorpo antifosfolípido com trombozes arteriais recorrentes, há benefício em manter o INR na faixa 3,0 a 3,5.
- (C) Anti-histona e anti-RNP são marcadores da forma “doença mista do tecido conjuntivo”.

- (D) Poliartrite não erosiva e fotossensibilidade são as duas manifestações clínicas mais comuns.
- (E) Micofenolato é a droga de manutenção de escolha nas gestantes com lúpus.

36 Paciente com HIV e tratamento irregular é internado com febre, tosse seca e dispnéia. Na avaliação, PA = 110 x 70mmHg, FC = 100 bpm e FR = 28 irpm; oximetria = 85%. Radiografia de tórax mostra infiltrado difuso bilateral, sem derrame pleural nem adenomegalia. O tratamento de escolha inicial deve ser

- (A) esquema RIPE por seis meses.
- (B) ceftriaxone e azitromicina.
- (C) levofloxacino e clindamicina-primaquina.
- (D) sulfametoxazol-trimetoprima, fluconazol, oseltamivir e RIPE.
- (E) sulfametoxazol-trimetoprima, oseltamivir, ceftriaxone e azitromicina.

37 Sobre úlcera péptica, marque a opção verdadeira.

- (A) Cerca de 50% dos pacientes com *H.pylori* desenvolvem doença ulcerosa péptica.
- (B) O tratamento triplo para *H.pylori* (inibidor de bomba de prótons com dois antibióticos) por 14 dias é superior ao de apenas sete dias de duração.
- (C) O *H.pylori* está presente em mais de 90% dos casos de úlcera duodenal, mas em apenas 10-20% das úlceras gástricas.
- (D) Tabagismo, estresse, café e dieta com muitos alimentos cítricos são fatores de risco para doença ulcerosa péptica.
- (E) As complicações da doença ulcerosa são, em ordem decrescente, hemorragia digestiva, obstrução pilórica e perfuração.

38 Homem, 60 anos, apresenta alteração do hábito fecal e, ao realizar uma colonoscopia, é diagnosticado com câncer de reto a 10 cm da margem anal. TC de abdome mostra metástase única no lobo esquerdo do fígado. A orientação mais adequada para o tratamento é

- (A) quimioterapia associada à radioterapia com 5-fluoracil.
- (B) cuidados paliativos e suporte de fim de vida.
- (C) cirurgia precoce, com posterior quimio e radioterapia.

- (D) radioterapia pélvica e posterior ressecção do tumor intestinal e a metástase hepática.
- (E) quimioterapia com bevacizumab e irinotecan.

39 Homem, 60 anos apresenta perda de 10 kg em dois meses, sem outras queixas associadas. Na avaliação, está nitidamente emagrecido, pesando agora 45 kg (IMC 17 kg/m²), mas não há outras alterações. Na história pregressa, é etilista e tabagista de 50 maços-ano e não faz uso de medicações regulares. Além dos exames de patologia clínica, está recomendado

- (A) TC tórax.
- (B) PET-CT scan.
- (C) PPD.
- (D) Hemoculturas.
- (E) TC de crânio, cervical, tórax e abdome.

40 Homem, 50 anos, hipertenso e diabético em uso de insulina, com passado de AVC, está em pré-operatório de cirurgia vascular: *bypass* aortobifemoral, devido à doença arterial periférica. Apresenta boa capacidade funcional, está com tratamento clínico otimizado e não apresenta angina. Considerando o índice de risco cardíaco modificado, a conduta recomendada é

- (A) coronariografia.
- (B) liberação para cirurgia.
- (C) cintilografia de perfusão miocárdica.
- (D) ecocardiograma transtorácico.
- (E) angioTC de coronárias e vasos cervicais.