



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - COREME

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

# PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM 2019

Programas credenciados e autorizados pela  
Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM/SESU/MEC - BRASÍLIA/DF,

EDITAL nº 02/2018 – COREME/HUUFMA

# Caderno de Prova

## Instruções

- A prova terá duração de duas horas e meia.
- Não rasure sua folha de resposta, pois será anulada a questão que contiver emenda, rasura ou, ainda, que apresentar mais de uma alternativa assinalada.
- Verifique, na folha de resposta, se seu nome, número de inscrição e número de documento de identidade estão corretos.
- Use, ao marcar a alternativa na folha de resposta, caneta esferográfica de tinta preta (preferencialmente) ou azul, ponta grossa, seguindo o modelo ao lado
- Marque, em cada questão, somente uma das alternativas.
- Verifique se este caderno contém todas as questões.
- Os gabaritos provisório e oficial e uma cópia deste caderno de provas, em formato pdf, serão disponibilizados no endereço <http://www.concursos.ufma.br>, no dia seguinte ao dia da aplicação da prova, de acordo com cronograma estabelecido no Edital nº 02/2018 - COREME/HUUFMA.

	CERTO	ERRADO
1	(A) ● (C) (D) (E)	1 (A) ● (C) (D) ●
2	(A) (B) (C) ● (E)	2 (X) (B) (C) (D) (E)
3	● (B) (C) (D) (E)	3 (A) ● (C) (D) (E)
4	(A) (B) (C) (D) ●	4 (A) ● (C) (D) (E)
5	(A) (B) ● (D) (E)	5 (A) (B) ● (D) (E)

# Programas com pré-requisito em CLÍNICA MÉDICA

**NECEN**  
Núcleo de Eventos e Concursos

Anote aqui o seu gabarito, em seguida, dobre e destaque na linha pontilhada.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

- 1) Suponhamos a seguinte situação clínica: homem, 72 anos, com história de dor em articulações de joelhos e coxofemorais, notadamente à direita, principalmente no início dos movimentos, com melhora ao repouso, rigidez matinal de 5 a 10 minutos, com períodos de edema em joelhos. O exame físico mostra dor e diminuição de mobilidade de articulações coxofemorais e joelhos, sem edemas, além de crepitações em joelhos. Qual a alternativa **MAIS PLAUSÍVEL** em relação a essa situação?
- Os osteófitos, os cistos subcondrais e a sinovite discreta fazem parte dos elementos patológicos encontrados nessa doença.
  - A radiografia simples da articulação acometida, apesar de ter boa acurácia e ser segura, não é o método de escolha para o diagnóstico radiológico.
  - Os processos bioquímicos, metabólicos e fisiológicos ocorrem predominantemente na sinóvia.
  - Diacereína, sulfato de glucosamina/condroitina podem ser drogas usadas no tratamento e apresentam resposta rápida e sustentada em mais de 80% dos pacientes.
- 2) Paciente de 70 anos, com histórico de tabagismo por 50 anos (30 cigarros por dia), evoluindo com dispneia progressiva e sibilância eventual há 10 anos. Sabidamente portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e em uso de salmeterol 50 mcg + fluticasona 500 mcg (2 vezes ao dia) e de tiotrópio 2,5mcg (2 doses sequenciadas, 1 vez ao dia). Refere que apresentou 2 exacerbações no último ano e mMRC = 3. A espirometria atual deste paciente é demonstrada abaixo. Qual é a classificação da avaliação combinada de DPOC (associação entre sintomas/classificação espirométrica/e risco futuro de exacerbação), segundo o GOLD?

Parâmetro	Linha de Base			Pós		Mudar
	Melhor	Pred	%Pred	Melhor	%Pred	
FVC[L]	1.31*	3.33	39	1.53*	46	17%*
FEV1[L]	0.59*	2.65	22	0.64*	24	8%
FEV1/FVC[%]	45.1*	79.6	57	41.6*	52	
PEF[L/s]	1.51*	9.63	16	1.86*	19	23%*
MEF25-75[L/s]	0.23*	2.76	8	0.20*	7	-12%
MEF75[L/s]	0.50	---	--	0.64	--	
MEF50[L/s]	0.27*	3.69	7	0.24*	7	
MEF25[L/s]	0.13*	0.92	14	0.11*	12	
FET[s]	8.03	---	--	8.97	--	

\* Indica abaixo da LLN ou mudança pós significativa

- A
  - B
  - C
  - D
- 3) Uma paciente do sexo feminino, com 62 anos de idade, apresentou derrame pleural de moderado volume unilateral e foi submetida à toracocentese. A análise do líquido pleural demonstrou uma dosagem de adenosina deaminase igual a 58 UI/L. Qual das alternativas diagnósticas abaixo **NÃO** apresentaria esse resultado?
- Empiema pleural.
  - Embolia Pulmonar.
  - Tuberculose.
  - Artrite Reumatoide.
- 4) Uma paciente de 32 anos, em tratamento para tuberculose pulmonar com esquema RIPE, evoluiu com sensação de queimação nos pés. A conduta **ADEQUADA** seria:
- Iniciar Piridoxina 50 mg/dia.
  - Suspender tratamento RIPE.
  - Solicitar ressonância de coluna.
  - Solicitar eletroneuromiografia.

- 5) Os pacientes portadores da pneumopatia demonstrada na imagem abaixo e que apresentam infecções bacterianas de repetição se beneficiam do uso de terapia oral imunomoduladora prolongada, diminuindo a frequência das exacerbações, com uso de:



- a) Isoniazida 150mg em dias alternados.  
b) Levofloxacino 500 mg três vezes por semana.  
c) Azitromicina 500mg três vezes por semana.  
d) Amoxicilina 500mg diário.
- 6) De acordo com os estudos sobre os antidiabéticos orais do grupo dos inibidores da SGLT2, qual das afirmações abaixo sobre este grupo de medicações é a **INCORRETA**?
- a) Promovem redução de peso.  
b) Não promovem depleção de volume.  
c) Diminuem risco cardiovascular.  
d) Podem desencadear cetoacidose diabética.
- 7) Homem, 70 anos de idade, portador de diabetes melitus tipo 2, desde os 30 anos de idade, faz uso das seguintes medicações: insulina NPH 42U/manhã e 24U/noite; insulina regular 6U antes de cada refeição principal; losartana 50mg/dia e sinvastatina 20mg/dia. No momento, refere nictúria, perda de peso (2 kg/3 meses, apesar de não modificar a dieta), parestesias em extremidades e turvação visual. Ao exame físico, apresenta-se com IMC=27,2kg/m<sup>2</sup>, pressão arterial de 145x85 mmHg e úlcera no pé direito. Traz exames laboratoriais: HbA1c 9,7%, glicemia de jejum 164 mg/dL, creatinina 1,8mg/dL. Nesse momento, qual seria a **MELHOR** conduta do caso?
- a) Solicitar frutosamina.  
b) Internação hospitalar.  
c) Associar metiformina.  
d) Monitorização glicêmica para ajustar doses de insulina.
- 8) Qual dos achados ultrassonográficos abaixo demonstra **MAIOR** risco de malignidade em um nódulo tireoidiano?
- a) Hiperecogenicidade.  
b) Microcalcificações.  
c) Nódulo espongiforme.  
d) Ausência de vascularização ao doppler.

- 9) Homem de 56 anos foi encaminhado ao serviço de saúde por apresentar um exame de TSH alterado. No momento, ele faz tratamento para hipertensão arterial, diabetes melitus tipo 2, dislipidemia e possui história prévia de infarto do miocárdio. As medicações em uso são: carvedilol, enalapril, rosuvastatina e metformina. Quando ao contexto familiar, este paciente tem uma irmã com diagnóstico de hipotireoidismo e que faz tratamento com levotiroxina. Os exames laboratoriais do referido paciente demonstram: glicemia em jejum de 117 mg/dL; colesterol total de 171 mg/dL; HDL de 28 mg/dL; LDL=96 mg/dL; TSH=10,9 µm/L (VR 0,5-4,5) e T4 livre=0,86 ng/dL (VR 0,8-1,7). Sobre a conduta do caso, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Este homem tem indicação de reposição hormonal com levotiroxina.
  - Não há qualquer relação entre dislipidemia, hipertensão arterial e doença coronariana com a sua disfunção tireoidiana.
  - Pela idade e as morbidades associadas, o resultado do TSH deve ser considerado normal, refletindo uma adaptação fisiológica benéfica para evolução do seu quadro.
  - Novas dosagens de TSH e T4 livre devem ser feitas em 3 meses para uma correta definição diagnóstica.
- 10) Mulher, 24 anos de idade, solteira, foi ao ginecologista para fazer exames de rotina. Negava doenças prévias ou atuais. Nunca havia usado qualquer medicamento contínuo; não referia tabagismo, nem etilismo, tampouco uso de drogas ilícitas. Não estava usando anticoncepcional hormonal. Seus exames laboratoriais: hemograma, glicemia de jejum, eletrólitos, função renal, função hepática e perfil lipídico, todos foram normais. Apresentava prolactina sérica de 76 ng/mL (VR < 20), beta-hCG negativo e TSH = 0,8 mUI/mL (VR 0,5-5,0). Entre as opções abaixo listadas, qual seria o **PRIMEIRO PASSO** na abordagem diagnóstica desse caso?
- Pesquisar macroprolactina.
  - Solicitar ressonância magnética de hipófise.
  - Avaliar a presença de sintomas/sinais relacionados à hiperprolactinemia.
  - Solicitar dosagem de prolactina em amostra diluída de soro.
- 11) Sobre a hipertensão maligna (HM), assinale a alternativa **INCORRETA**.
- A nefroesclerose hipertensiva faz parte dessa síndrome, que é uma emergência hipertensiva, havendo lesões retinianas e, por vezes, comprometimento de outros órgãos, podendo levar a quadro de edema agudo de pulmão e até encefalopatia hipertensiva.
  - Na nefroesclerose maligna, podem ocorrer as formas de lesão vascular: necrose fibrinoide ou arterioesclerose hiperplásica ou lesão arteriolar "em bulbo de cebola".
  - Ocorre Insuficiência Renal Aguda (IRA) devido à isquemia glomerular difusa acentuada, muitas vezes com necessidade de diálise.
  - O diagnóstico da nefroesclerose maligna se dá na presença de paciente com quadro de hipertensão maligna associada à insuficiência renal, exame de urina simples sem alterações e lesões retinianas – retinopatia hipertensiva graus 3 e 4 - com exsudatos, papiledema e sem hemorragia.
- 12) Sobre a glomerulopatia membranosa (GPM), **NÃO** podemos dizer que:
- A GPM tem como sítio primário de lesão *os podócitos*, evoluindo com espessamento da membrana basal glomerular.
  - Histopatologicamente, ao contrário da glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF), na GPM há o comprometimento uniforme dos glomérulos – padrão difuso e homogêneo.
  - Na maioria dos casos, a GPM é secundária. Dentre as causas temos: medicações, neoplasias, infecções virais (ex: hepatite B ou C), LUES, Lúpus, etc.
  - São fatores de risco para progressão da GPM: nível elevado de creatinina no momento do diagnóstico, gênero masculino, hipertensão, fibrose túbulo-intersticial extensa na biópsia renal e proteinúria grave.

**13)** Em relação à glomerulonefrite Membranoproliferativa (GN MP), assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) A GN MP é menos frequente, pode ser primária ou secundária a várias doenças sistêmicas e observa-se, à microscopia óptica (MO), proliferação mesangial e espessamento em *duplo contorno* da parede do capilar glomerular.
- b) A GN MP idiopática pode se apresentar como *síndrome nefrótica ou nefrítica isolada e como síndrome nefrótico-nefrítica* e os níveis de complemento são normais.
- c) A GN MP pode estar associada a infecções pelos vírus da hepatite B e C, esquistossomose, malária, sífilis, HIV, neoplasias e a outras condições clínicas.
- d) Não há diferenças importantes na apresentação clínica da GN MP de diferentes tipos – I, II ou III - mas a GN MP tipo II costuma apresentar-se mais frequentemente com síndrome nefrítica clássica.

**14)** Em relação à Doença Renal Crônica (DRC), assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) A DRC é secundária a múltiplas causas e seu curso depende da sua etiologia, sendo que as doenças glomerulares tendem a progredir com menor velocidade que os distúrbios tubulointersticiais ou a doença hipertensiva.
- b) A progressão da DRC está associada a mudanças estruturais renais, caracterizadas por fibrose tubulointersticial, glomeruloesclerose e esclerose vascular.
- c) Dentre os fatores que aceleram a progressão da DRC estão: idade avançada, gênero masculino, hiperglicemia, hipertensão arterial, proteinúria, agentes nefrotóxicos, alcoolismo, síndrome metabólica, obesidade e hiperuricemia.
- d) O rim responde à lesão/agressão com mudanças adaptativas, as quais levam ao remodelamento, podendo resultar tanto em reparação do dano e cura, quanto em fibrose e perda de função.

**15)** Com relação à doença falciforme (DF), assinale com (V) as afirmativas verdadeiras e com (F) as alternativas falsas.

- ( ) A doença falciforme (DF) é uma condição genética autossômica recessiva resultante de defeitos na estrutura da hemoglobina (Hb). A mutação genética ocorre por substituição da base nitrogenada timina (T) por adenina (A), ocasionando a substituição do aminoácido ácido glutâmico por valina, na posição seis da cadeia  $\beta$ , com produção de hemoglobina S (HbS).
- ( ) A doença falciforme é prevalente no Brasil, sendo a maior incidência da doença nas regiões Norte e Nordeste.
- ( ) O genótipo da doença falciforme pode ser homocigótico (SS), ou heterocigótico composto, ou seja, a doença é causada pela herança de hemoglobina S (HbS) em combinação com outro defeito (estrutural ou de síntese) na Hb (SC, SD, SE, S beta-talassemia (SBetaTAL) ou (S alfa-talassemia).
- ( ) A HbS, na forma desoxigenada, perde sua complexa estrutura quaternária e adquire uma estrutura primária (polimerização hemoglobínica). A partir da sua polimerização, a HbS torna-se insolúvel, alterando a forma eritrocitária (que normalmente é um disco bicôncavo) para uma estrutura que lembra uma foice: fenômeno da eritrofalcoformação.
- ( ) As manifestações clínicas são decorrentes da anemia e de fenômenos vaso-oclusivos, gerando dor e lesão orgânica.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA** de cima para baixo.

- a) V - V - F - V - V
- b) V - F - F - V - F
- c) V - F - V - V - F
- d) V - V - V - V - V

**16)** Qual das seguintes afirmações referentes ao cateterismo cardíaco é **VERDADEIRA**?

- a) O risco de complicação grave decorrente do exame é de 2 a 2,5%.
- b) Uma unidade *french* (f) é equivalente a 0,33 mm.
- c) A incidência de nefrotoxicidade induzida por contraste em pacientes com disfunção renal diminui com a administração intravenosa de manitol antes e depois do procedimento.
- d) Contrastes não iônicos de alta osmolaridade mostram menor incidência de reações hemodinâmicas quando comparados a contrastes iônicos de baixa osmolaridade.

- 17) Qual das seguintes afirmações sobre pulso paradoxal está **CORRETA**?
- a) O pulso paradoxal é comum em pacientes com cardiomiopatia hipertrófica.
  - b) A inspiração em indivíduos normais resulta em diminuição da pressão arterial sistólica em até 15 mmHg.
  - c) O pulso paradoxal no tamponamento cardíaco é tipicamente acompanhado por sinal de Kussmaul.
  - d) É improvável que o pulso paradoxal esteja presente em pacientes com significativa regurgitação aórtica, mesmo em presença de tamponamento cardíaco.
- 18) Cada uma das seguintes condições é uma contraindicação ao teste de estresse com exercício, **EXCETO**:
- a) Aneurisma aórtico-abdominal com diâmetro transverso de 5,5 cm.
  - b) Miocardite aguda.
  - c) Angina instável.
  - d) Estenose aórtica avançada.
- 19) Qual das seguintes afirmações referentes à avaliação de cálcio coronariano por tomografia por feixe de elétrons (EBT) é verdadeira?
- a) A interpretação do escore de cálcio é independente da idade e sexo do paciente.
  - b) A quantidade de cálcio pela EBT se correlaciona fortemente com a gravidade da doença coronariana detectada pela angiografia.
  - c) Um escore de cálcio-coronário acima da média confere um maior risco de infarto do miocárdio e morte.
  - d) A ausência de cálcio-coronariano exclui completamente a presença de estenose grave de artéria coronária.
- 20) Durante a ausculta cardíaca, o momento de um sopro inocente geralmente é:
- a) Telediastólico.
  - b) Mesossistólico.
  - c) Protosistólico.
  - d) Holossistólico.
- 21) Assinale qual das medicações listadas abaixo **NÃO** fornece melhora sintomática da doença do refluxo gastroesofágico.
- a) Benzodiazepínicos.
  - b) Agonistas GABA-B.
  - c) Inibidores da bomba de próton.
  - d) Antiácidos.
- 22) Assinale qual das seguintes afirmações abaixo sobre *Helicobacter pylori* é **FALSA**.
- a) Coloniza as células epiteliais de superfície do antro gástrico.
  - b) A maioria das pessoas adquire a infecção durante a infância.
  - c) Causa diminuição do número de células G no antro.
  - d) O esquema atual para sua erradicação deve ser feito por 14 dias.
- 23) Qual dos fatores de risco listados abaixo é o mais fortemente associado ao desenvolvimento da síndrome do intestino irritável?
- a) Uso de corticoides orais.
  - b) Intolerância alimentar.
  - c) Depressão.
  - d) Gastroenterite bacteriana.

- 24) Paciente feminina de 28 anos, com história de doença de Crohn ileal, usuária crônica de corticoide, apresentou dor abdominal, náuseas e vômitos há 2 dias. A enterografia por ressonância magnética revelou estenose fibrótica no íleo com cerca de 20cm de comprimento e dilatação à montante. Não apresentava evidência de abscesso ou fístulas. Qual a **MELHOR** opção de tratamento para esta paciente?
- Terapia biológica com infliximabe ou adalimumabe.
  - Ajustar dose de corticoide e iniciar azatioprina.
  - Ressecção cirúrgica.
  - Enteroscopia e dilatação com balão pneumático.
- 25) Paciente masculino, 60 anos de idade, tabagista crônico e com diagnóstico de pancreatite crônica alcoólica. Evolui com perda de peso nos últimos dois meses. Faz reposição de enzima pancreática devido à esteatorreia. Apresenta-se caquético e com bioquímica hepática alterada. Realizou tomografia computadorizada de abdome que evidenciou calcificações na cabeça e corpo do pâncreas, além de ducto biliar com diâmetro de 8mm comparado com 5mm do estudo prévio feito há 2 anos. Qual dos exames abaixo é o **MELHOR** para prosseguimento da investigação?
- Biópsia hepática guiada por ultrassonografia.
  - Biópsia da cabeça do pâncreas guiada por tomografia.
  - Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
  - Ecoendoscopia.
- 26) Paciente com 68 anos de idade do sexo feminino é admitido no hospital às 8:15h da manhã, trazido por familiares. Há relato destes familiares que o paciente apresentou por volta das 7h10min da manhã, do mesmo dia, quadro de dificuldade de fala e fraqueza em hemicorpo direito. Na admissão, apresentava-se com abertura ocular espontânea, localizava estímulos dolorosos, porém não obedecia a comandos, estava afásica e hemiplégica à direita. Ao exame: PA 160x90 mmHg, ritmo cardíaco irregular ao monitor, glicemia capilar=110 mg/dL e NIH=16. A paciente tem antecedentes de hipertensão e diabetes, em uso de anti-hipertensivo, hipoglicemiante oral e aspirina 100mg/dia. Após admissão, fora encaminhada ao serviço de imagem, sendo realizado TC de crânio que não evidenciava lesão isquêmica ou hemorrágica. Na angiotomografia de crânio, fora demonstrada oclusão do ramo M1 da artéria cerebral média esquerda. Diante do quadro, é **CORRETO** afirmar:
- A trombólise endovenosa deve ser iniciada na dose de 0,9mg/kg, em seguida encaminhada para realização de trombectomia mecânica.
  - Está indicado uso de alteplase na dose de 0,6mg/kg.
  - A primeira conduta a ser tomada é a realização de angiografia cerebral.
  - Paciente deve ser encaminhada apenas para tratamento endovascular.
- 27) Em qual das situações abaixo **HÁ INDICAÇÃO** de diureticoterapia respaldada por evidências científicas?
- Portador de cardiomiopatia chagásica, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 27% no último ecocardiograma realizado há 2 meses, internado com hipotensão arterial (PA 80x50mmHg) e congestão pulmonar. Gasometria com hipóxia e hiperlactatemia arteriais.
  - Idosa com quadro diarreico agudo e pesquisa fecal para rotavírus positiva, apresentando-se oligúrica, sonolenta, com ritmo sinusal, FC de 116bpm e PA em 100x50mmHg.
  - Jovem do sexo feminino, 19 anos, com quadro de oligúria e edema progressivos nos últimos 3 dias, após quadro de amigdalite na semana anterior. Ao exame, com edema periorbitário e de membros inferiores e PA de 160x90mmHg. Laboratório mostrando cilindros hemáticos no sedimento urinário, creatinina sérica em 2,1mg/dL e ureia em 59mg/dL.
  - Portador de insuficiência hepática crônica de etiologia alcoólica evolui com piora da ascite nas últimas semanas, associada a aumento progressivo de escórias nitrogenadas. Sódio urinário é de 8mEq/L.

- 28) Uma das dúvidas mais recorrentes para os médicos internistas é a diferenciação entre quadro infeccioso e atividade de doença reumatológica. Supondo uma paciente lúpica, em uso de prednisona 20mg/dia, que evolua com quadro febril agudo e infiltrado pulmonar novo, haverá indicação indiscutível de antibioticoterapia em caso de:
- Procalcitonina abaixo de 0,1ng/mL.
  - Queda de 15 para 11 pontos na escala de coma de Glasgow.
  - Leucocitose no hemograma.
  - Títulos de FAN abaixo de 1:1280.
- 29) É fator **PROTETOR** para adenocarcinoma de cólon:
- Uso recorrente de anti-inflamatório não esteroidal.
  - Tabagismo.
  - Ingesta frequente de carne vermelha.
  - Doença inflamatória intestinal.
- 30) Paciente de 19 anos de idade, estudante, trazido pela mãe ao ambulatório de clínica médica com quadro de diarreia há 3 meses. Trata-se de 3 a 6 episódios diários de evacuações volumosas, sem melhora com jejum, sem tenesmo, sem muco, pus ou sangue macroscopicamente. Acompanha o quadro uma perda de 8% do peso basal do paciente. A mãe traz uma série de exames realizados ao longo do período, incluindo 3 exames parasitológicos de fezes negativos, um teste Sudan III positivo para gordura fecal, 3 pesquisas negativas para sangue oculto fecal, e uma ferrocinética com ferro sérico baixo, ferritina reduzida e saturação de transferrina reduzida. A causa **MAIS PROVÁVEL**, entre as apresentadas abaixo, para a diarreia, é:
- Adenoma viloso de cólon.
  - Intolerância à lactose.
  - Doença celíaca.
  - Tuberculose intestinal.
- 31) Paciente de 35 anos, sexo feminino, procura o serviço de emergência relatando a “pior cefaleia da vida”, iniciada há 20 minutos. Dá entrada extremamente inquieta no pronto-socorro, graduando a dor com nota 10 em escala analógica visual de dor. A tomografia computadorizada de crânio não revela quaisquer anomalias. É realizada então uma punção lombar. Nesse contexto, assinale o achado de líquido que falaria a favor de hemorragia subaracnoide, em detrimento de acidente de punção:
- Xantocromia do sobrenadante.
  - Formação de coágulo.
  - Contagem decrescente de eritrócitos na prova dos três tubos.
  - Bandas oligoclonais.
- 32) Esposa de paciente recentemente diagnosticado com tuberculose pulmonar procura unidade básica de saúde para avaliação médica. Encontra-se assintomática. Realizou PPD, com induração de 7mm, e radiografia de tórax normal. A **MELHOR** conduta para esse contato é:
- Isoniazida por 3 meses.
  - Repetir prova tuberculínica entre 5 e 8 semanas.
  - Orientar retorno em caso de sintomas.
  - Isoniazida por 6 meses.



- 33) Paciente idoso, 74 anos, destro, hipertenso, diabético tipo II e com seqüela de AVE isquêmico, é trazido à emergência por cuidadora por ter acordado “confuso e esquisito”. Ao exame neurológico, o paciente apresenta uma hemiparesia esquerda, desorientação direita-esquerda, agrafia, acalculia, agnosia digital e afasia motora, além de uma discreta paralisia facial, com movimentação ocular e palpebral preservadas. Por ser recentemente contratada, a cuidadora hesita em descrever o *status* neurológico prévio do paciente, não conseguindo dar pistas de quais desses sinais poderiam ser novos. A glicemia capilar é de 82mg/dL e a pressão arterial é de 160x80mmHg. A tomografia de crânio revela uma área hipodensa frontal direita, compatível com lesão antiga. A respeito desse caso, pode dizer-se que:
- Os achados do exame neurológico são todos justificáveis pela lesão isquêmica antiga.
  - O paciente apresenta mais provavelmente nova lesão isquêmica.
  - Trata-se mais provavelmente de encefalopatia metabólica.
  - Está indicada punção liquórica para esclarecimento diagnóstico.
- 34) As doenças psiquiátricas vêm ganhando destaque ao longo da última década, com alguns levantamentos epidemiológicos apontando inclusive prevalência de transtorno de ansiedade superior a 25% em populações adultas. Nesse contexto, passa a ser importante para o clínico saber abordar alguns sintomas, que passaram a se tornar mais frequentes nos ambulatórios. Referente à semiologia da insônia, podemos afirmar que:
- Insônia inicial é mais sugestiva de depressão, sendo a terminal mais sugestiva de ansiedade.
  - Insônia inicial é mais sugestiva de fatores ambientais, enquanto a terminal sugere transtorno de ansiedade.
  - Insônia terminal é mais sugestiva de fatores ambientais, enquanto a insônia inicial sugere transtorno de ansiedade.
  - Insônia terminal é mais sugestiva de depressão e insônia inicial mais sugestiva de ansiedade.
- 35) Além de conhecer o espectro de atividade, ter boas noções sobre o perfil de efeitos colaterais dos antimicrobianos é fundamental para uma boa prescrição. Por exemplo, temos alguns antimicrobianos que classicamente rebaixam o limiar convulsivo, aumentando o risco de crises epiléticas, entre eles o (a):
- Amicacina.
  - Vancomicina.
  - Imipenem.
  - Tigeciclina.
- 36) Ao avaliar um paciente com dor torácica aguda, escores de risco como o TIMI ou o GRACE se prestam a definir:
- Candidatos à estratificação invasiva precoce num contexto de provável síndrome coronariana sem supra ST.
  - Necessidade de realizar eletrocardiograma na sala de emergência.
  - Revascularização cirúrgica *versus* percutânea em pacientes com IAM com supra de ST.
  - O tipo de dor torácica (definitivamente anginosa, definitivamente não-anginosa, provavelmente anginosa ou provavelmente não-anginosa).
- 37) Comparando os contextos clínicos abaixo, em qual deles o início imediato da infusão de solução salina hipertônica a 3% para correção da hiponatremia seria a conduta com, **PROVAVELMENTE**, o melhor benefício?
- Natremia em 125 mEq/L (exame de cinco dias atrás mostrava Sódio sérico de 131 mEq/L). História de diarreia e vômitos frequentes nos últimos 7 dias. Ureia e creatinina atuais de 95mg/dL e 1,6 mg/dL, respectivamente. Sem edemas e apresentando hipotensão ortostática. No momento, Glasgow 13.
  - Natremia de 125 mEq/L (exame de um mês atrás mostrava Sódio sérico de 127 mEq/L). História de sonolência progressiva há várias semanas. No momento, Glasgow 10. Ureia atual de 20 mg/dL. Edema facial. Hipotérmico. Bradicárdico. TSH 70 mUI/L.
  - Sódio sérico de 119 mEq/L (exame de um mês antes mostrava natremia em 120 mEq/L). DRC estágio V. Anasarca. No momento, Glasgow 15.
  - Natremia em 122 mEq/L (exame do dia anterior mostrava Sódio sérico de 135 mEq/L). Diagnóstico recente de neoplasia de pulmão. Ureia atual de 20mg/dL. Sem edemas. No momento, Glasgow 9.

- 38) Paciente de 30 anos, apresentando quadro clínico compatível com cirrose hepática. Apresenta ainda anéis de Kayser-Fleischer. Qual o exame de rastreio para a **PRINCIPAL HIPÓTESE** diagnóstica de base desse paciente?
- Ferritina.
  - Antimitocôndria.
  - Ceruloplasmina.
  - Antimúsculo liso.
- 39) Sobre a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido, é **CORRETO** afirmar:
- O infarto agudo do miocárdio é o evento arterial mais frequente nos pacientes com a síndrome.
  - Embora seja uma doença trombótica, é comum elevar o tempo de tromboplastina parcial ativada.
  - Pacientes com tromboembolismo venoso mais comumente se apresentam com trombose do seio sagital superior.
  - A doença mista do tecido conjuntivo é a colagenose mais classicamente associada à síndrome.
- 40) Em relação à pancreatite aguda, é **CORRETO** afirmar:
- Em pacientes com quadro leve, não há necessidade de total resolução da dor ou total normalização das enzimas para início de dieta oral.
  - A etiologia mais comum é o uso excessivo de álcool, seguida por litíase biliar. Outra causa bastante relevante é a hipertrigliceridemia, especialmente a partir de valores séricos acima de 300 mg/dL.
  - A obesidade e diabetes mellitus tipo 2 não são considerados causas diretas e nem fatores de risco.
  - O uso de antibiótico é recomendado na maioria dos casos, de forma profilática (ou seja, mesmo na ausência de indícios de infecção), devido ao alto risco de choque séptico.
- 41) Em relação à síndrome hemofagocítica, é correto afirmar, **EXCETO**:
- São critérios diagnósticos: febre, esplenomegalia, citopenias afetando duas ou mais séries, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia, entre outros.
  - São etiologias comuns na forma secundária da doença: infecção por vírus Epstein-Barr, calazar, neoplasias hematológicas e colagenoses.
  - Nível de ferritina superior a 10.000 ng/mL tem alta especificidade para o diagnóstico, além de ser importante marcador de atividade da doença, resposta terapêutica e prognóstico.
  - A presença de hemofagocitose no aspirado ou biópsia de medula óssea é condição obrigatória para concluir o diagnóstico.
- 42) Esplenomegalia e pancitopenia, associadas a um aspirado de medula óssea "seco", suscitam como **PRINCIPAL** hipótese:
- Mielodisplasia.
  - Anemia hemolítica extravascular.
  - Leucemia de células pilosas.
  - Anemia aplásica.
- 43) Homem, 62 anos de idade, etilista, internado para avaliação de ascite, apresenta albumina sérica de 3,8 g/dL (N: 3,5-4,7 g/dL), proteína total sérica de 6,8 g/dL (N: 6-8 g/dL), albumina do líquido ascítico em 2,2 g/dL e proteína total do líquido ascítico em 3,2 g/dL (N: até 2,5g/dL). A etiologia de ascite **MAIS COMPATÍVEL** com esses valores, nesse contexto clínico, é:
- Insuficiência hepática crônica.
  - Insuficiência cardíaca congestiva.
  - Síndrome nefrótica.
  - Tuberculose peritoneal.

- 44) Paciente do sexo masculino, soldado do exército, estava acampado há 10 dias em treinamento para titulação como paraquedista e é trazido por seus companheiros ao pronto-atendimento, com relato de mialgia intensa e ausência de eliminação urinária no dia de hoje. Ao exame, o paciente encontra-se desidratado e apresenta edema importante da coxa esquerda, com bastante dor à palpação. Não há edema de membro inferior contralateral. Ausculta cardiorrespiratória é normal. Laboratório revela creatinina de 6,9 mg/dL, ureia de 220 mg/dL, CK total de 12.000 U/L, ácido úrico de 8,5 mg/dL, potássio de 5,9 mg/dL, cálcio de 7,8 mg/dL. EAS com cilindros hialinos, com hemoglobinúria e sem hematúria. Nesse momento, **ESTÁ INDICADO**:
- Hidratação vigorosa com soro fisiológico.
  - Infusão de bicarbonato de sódio.
  - Administração intravenosa de manitol.
  - Hemodiálise.
- 45) São fatores de risco para úlcera gástrica associada ao estresse, **EXCETO**:
- Ventilação mecânica prolongada.
  - Instabilidade hemodinâmica.
  - Jejum prolongado.
  - Traumatismo cranioencefálico.
- 46) Paciente de 35 anos, sexo feminino, apresentando queixa de palpitações há alguns dias. História pregressa de febre reumática. À ausculta, ritmo cardíaco irregular. Realizado ECG que mostrou: QRS estreito, intervalos R-R variáveis e ausência de onda P identificável. A arritmia **MAIS PROVÁVEL** para essa paciente é:
- Flutter atrial.
  - Fibrilação atrial.
  - Taquicardia por reentrada nodal atrioventricular.
  - Taquicardia ortodrômica por via acessória.
- 47) Considerando a relação entre a prática de atividade física com a redução do risco da incidência de câncer, pode-se **AFIRMAR** que:
- O efeito da prática regular de atividade física sobre a obesidade, apesar de benéfico, não está relacionado com a redução de risco de câncer.
  - A incidência de câncer de cólon tanto distal como proximal é menor em pessoas que praticam atividade física regular do que em pessoas sedentárias.
  - A prática de atividade física regular reduz o risco de câncer de mama apenas para mulheres na pré-menopausa.
  - A prática regular de atividade física reduz a incidência de neoplasia maligna do cólon, mas não de lesões benignas com potencial evolução para neoplasia maligna, como adenomas.
- 48) Paciente internado com quadro de insuficiência cardíaca descompensada. Está edemaciado, dispneico ao decúbito horizontal e apresenta diurese com bom volume. Pressão arterial e frequência cardíaca dentro da normalidade. Rotina laboratorial demonstra ureia e creatinina séricas ligeiramente aumentadas, glicemia normal, sódio sérico de 129 mEq e potássio normal. Quanto ao tratamento da hiponatremia do caso em questão, a **OPÇÃO TERAPÊUTICA MAIS ADEQUADA** é:
- Restrição de água e solução salina a 3% para reposição de sódio.
  - Hidratação venosa vigorosa e solução salina a 3% para reposição de sódio.
  - Restrição de sódio e água, pode usar-se diurético de alça.
  - Restrição de sódio e água, pode usar-se diurético tiazídico.

- 49) Paciente com 58 anos de idade, hipertensa e diabética, evoluindo com quadro de tosse produtiva há 5 dias com piora progressiva, associada à febre e, posteriormente, a quadro de edema ascendente e dispneia. Chega à emergência em dispneia franca (fr = 36 ipm), saturação de O<sub>2</sub> = 92% (com máscara de Venturi a 50%), cianose central, PA = 98 x 62 mmHg (média = 72 mmHg), Glasgow = 15. A radiografia de tórax evidencia hipotransparência difusa bilateral, relação PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> = 130 (com máscara de Venturi a 50%), BNP = 210, enzimas cardíacas s/alterações. A ecocardiografia transtorácica evidenciou função sistólica e diastólica preservadas e sem déficit segmentar. Transferida para a UTI. Dentre as opções que se seguem, qual o diagnóstico e a conduta **MAIS ADEQUADOS**, neste momento?
- Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) moderada – proceder à intubação orotraqueal e iniciar antibiótico imediatamente.
  - Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) grave – instalar ventilação não-invasiva e administrar diurético.
  - Edema agudo cardiogênico – instalar ventilação não-invasiva, administrar diuréticos, em caso de falha, proceder à intubação orotraqueal com estratégia protetora.
  - Edema agudo cardiogênico – realizar a intubação imediata e solicitar a realização de cateterismo/angioplastia.
- 50) Paciente de 50 anos idade, tabagista, hipertenso, renal crônico não dialítico, indisciplinado quanto ao tratamento, chega ao pronto-socorro com piora do estado geral, sonolento, pouco responsivo, hipertenso com pressão arterial de 220x160 mmHg, taquipneico e taquicárdico. Os exames laboratoriais iniciais mostram ureia sérica de 240 mg/dL, creatinina sérica de 8,2 mg/dL e potássio sérico de 8,5 mEq/L. Após 30 minutos da chegada, cursa com bradicardia seguida de parada cardiorrespiratória em assistolia. Como proceder o atendimento a esse caso?
- Iniciar a reanimação cardiopulmonar com compressões de alta qualidade, providenciar o acesso venoso, aplicar gluconato de cálcio e atropina, encaminhar o paciente imediatamente para a terapia dialítica.
  - Iniciar a reanimação cardiopulmonar com compressões de alta qualidade, providenciar o acesso venoso, aplicar adrenalina e atropina, preparar marca-passo transvenoso.
  - Iniciar a reanimação cardiopulmonar com compressões de alta qualidade, providenciar o acesso venoso, controle da pressão arterial com nitroprussiato de sódio e preparar terapia dialítica emergencial.
  - Iniciar a reanimação cardiopulmonar com compressões de alta qualidade, providenciar o acesso venoso e aplicar adrenalina, gluconato de cálcio e bicarbonato de sódio em ciclos de 5 minutos até o retorno ao ritmo espontâneo, avaliar indicação de marca-passo transcutâneo.