



**PROCESSO SELETIVO PARA MÉDICO
RESIDENTE 001/2011/HU**



**ESPECIALIDADES: Clínica Médica – R3 em Cuidados Paliativos, Endocrinologia,
Gastrenterologia e Pneumologia**

I N S T R U Ç Õ E S

1. O tempo total concedido para a resolução desta prova é de **3 (três) horas**, incluindo o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
2. Confira, no cartão-resposta, seu nome, número de inscrição e a especialidade para a qual se inscreveu. Assine-o. Transcreva os dados nos quadros abaixo e assine no local indicado. Verifique no cartão-resposta se há marcações indevidas nos campos destinados às respostas. Se houver, reclame imediatamente ao fiscal.
3. Depois de autorizado pelo fiscal, verifique se faltam folhas no caderno de prova, se a sequência de questões, no total de **40 (quarenta)**, está correta e se há imperfeições gráficas que possam causar dúvidas. Comunique imediatamente ao fiscal qualquer irregularidade.
4. Cada questão objetiva é apresentada com **5 (cinco)** alternativas diferentes de respostas (de “**A**” a “**E**”), das quais apenas **1 (uma)** é **correta**.
5. A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo permitidas perguntas aos fiscais. Utilize os espaços e/ou páginas em branco para rascunho. **Não destaque folhas do caderno de prova.**
6. Transcreva com **caneta esferográfica transparente**, de tinta **preta (preferencialmente)** ou **azul**, as respostas da prova objetiva para o cartão-resposta. Este será o único documento válido para efeito de correção. **Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro de preenchimento ou qualquer dano causado pelo(a) candidato(a).**
7. Durante a realização da prova não será permitida comunicação entre candidatos ou pessoas estranhas ao Processo Seletivo, bem como consulta a livros, revistas, folhetos ou anotações, nem uso de relógio de qualquer espécie, telefones celulares ou qualquer outro equipamento eletrônico, uso de bonés, chapéus ou qualquer outra cobertura. É vedada também a ingestão de alimentos e bebidas, com exceção de água acondicionada em embalagem plástica transparente, sem rótulo e/ou etiquetas.
8. Os telefones celulares e demais equipamentos devem ser entregues desligados aos fiscais da sala, antes do início da prova. Serão acondicionados em embalagens plásticas e deverão ser solicitados ao fiscal, pelo candidato, ao sair da sala onde realizou a prova.
9. Ao terminar, entregue ao fiscal o seu caderno de prova e o cartão-resposta. Você só poderá entregar este material e se retirar definitivamente do seu grupo após **1 (uma)** hora do início da prova.
10. Os **3 (três)** últimos candidatos que restarem em cada sala de prova somente poderão entregar as suas provas e o cartão-resposta e retirar-se do local simultaneamente.
11. Para conferir suas respostas com o gabarito oficial, anote-as no quadro constante da última folha do caderno de prova, o qual poderá ser destacado e levado com você.

ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)

INSCRIÇÃO

NOME DO(A) CANDIDATO(A)

ESPECIALIDADE

01) Paciente masculino, branco, 28 anos de idade, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) em tratamento com antirretroviral, apresenta há 4 semanas diminuição do apetite associada a perda de peso de 8 kg; há 2 semanas tem febre diária, sem predominância de horário, e cefaleia. Já teve tratamentos prévios para neurotoxoplasmose, neurocriptococose e pneumocistose pulmonar. Atualmente sem uso de profilaxia. Feita tomografia computadorizada de crânio com contraste sem alterações compatíveis com doença em atividade e apresenta líquido com as seguintes características:

• pressão de abertura 28 cm de H ₂ O	• tinta da China negativo
• glicose 18 mg/dl	• antígeno criptocócico (látex) positivo
• proteínas totais 198 mg/dl	• BAAR negativo
• hemácias 3 células/mm ³	• pesquisa de bactérias negativa
• celularidade 220 com 98% de linfócitos	

Assinale a alternativa que apresenta **CORRETAMENTE** a terapia inicial para este caso.

- A. () Fluconazol 400 mg ao dia.
- B. () Ceftriaxone 2 g EV 12/12 h.
- C. () Anfotericina B 25 mg/kg ao dia.
- D. () Anfotericina B 50 mg/kg ao dia.
- E. () Isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida, associados a corticoide.

02) Paciente masculino, 24 anos de idade, negro e previamente hígido, sem comorbidades, tem IMC 22, refere que há 1 dia iniciou com quadro de dor pelo corpo, febre, tosse sem expectoração, chegou a ter sensação de falta de ar, porém agora eupneico, sem dispneia. Paciente não imunizado para H1N1. Ao exame físico: bom estado geral (BEG), corado, hidratado, ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas sem sopros, murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios, frequência respiratória 16. Exames complementares: raio X de tórax normal, LDH 780 UI/l, Hb 13,7 g/dl, leucócitos de 2.020. Saturação em ar ambiente 98%.

A conduta **ADEQUADA** consiste em:

- A. () liberar paciente e iniciar oseltamivir para tratamento domiciliar.
- B. () liberar paciente com orientação e sintomáticos.
- C. () internar paciente e iniciar oseltamivir.
- D. () solicitar eletrocardiograma, d-dímero, iniciar clexane na dose de 1 mg/kg de peso 12/12 horas.
- E. () internar paciente e iniciar sulfametoxazol-trimetropim.

03) Paciente masculino, 78 anos de idade, branco, com síndrome do pânico, em uso de paroxetina e clonazepam, há 1 dia iniciou com quadro de confusão mental e agitação psicomotora. Trazido à emergência, onde se apresenta confuso, agitado, icterício +/4 em escleras, pupilas isofotorreagentes, murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios, ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas taquicárdicas e sopro sistólico pancardiaco em ejeção +/4, abdome sem alterações, sem sinais meníngeos, pupilas isofotorreagentes, PA 128/88 mmHg, FC 120 bpm. Exames complementares:

• TC de crânio normal	• plaquetas 8.000/µl
• Hb 5,9 g/dl	• RNI 0,98
• Ht 26,7%	• fibrinogênio 300 mg/dl (normal de 200 a 300)
• VCM 90	• LDH 1.100 U/l
• HCM 32	• creatinina 0,5 mg/dl
• haptoglobina 0,2 g/l (normal de 0,5 a 3,8)	• ureia 40 mg/dl
• TGO 38	• Coombs negativo
• TGP 40	

O tratamento da doença do paciente **CONSISTE** em:

- A. () transfusão de *pool* de plaquetas.
- B. () plasmaférese.
- C. () transfusão de 2 concentrados de hemáceas.
- D. () metilprednisolona 1,5 g EV.
- E. () ácido aminocaproico.

04) Paciente feminina, 72 anos de idade, trazida pelo SAMU a emergência por insuficiência respiratória. Tem antecedente de hipertensão em uso de hidroclorotiazida, há 2 horas evoluindo progressivamente com dispneia; ao exame apresenta-se em regular estado geral, taquipneica, com ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas taquicárdicas, FR 145, murmúrio vesicular presente com estertores crepitantes difusos até ápices pulmonares, estase jugular +/4, ictus propulsivo palpado com 2 polpas digitais em quarto espaço intercostal em linha hemiclavicular, membros inferiores sem edema, PA 220/130 mmHg, saturando 88% com macronebulização em máscara a 10 litros/minuto.

O tratamento para a causa de dispneia **CONSISTE** em:

- A. () nitroprussiato de sódio EV.
- B. () nitroglicerina EV.
- C. () levofloxacino 750 mg EV.
- D. () terbutalina SC.
- E. () clexane 1 mg/kg SC 12/12 horas.

Para responder às questões 05 e 06, leia atentamente o quadro abaixo:

Paciente feminina, 65 anos de idade, diabética e com insuficiência renal crônica estágio 3 de provável etiologia diabética, está assintomática, nunca fez tratamento para anemia, traz resultado de endoscopia e colonoscopia normais, está com PA 148/86 mmHg e apresenta os seguintes exames laboratoriais:

- proteinúria de 24 horas com 2,2 g
- hemoglobina de 8,9 g/dl
- hematócrito 28%
- VCM 88
- índice de saturação de transferrina de 12%
- ferritina de 60 µg/l

05) O tratamento inicial da anemia **CONSISTE** em administrar:

- A. () sulfato ferroso.
- B. () eritropoetina.
- C. () transfusão sanguínea.
- D. () ácido fólico.
- E. () vitamina B12.

06) A meta a ser atingida de pressão arterial é:

- A. () 130/80 mmHg
- B. () 140/90 mmHg
- C. () 125/75 mmHg
- D. () 130/85 mmHg
- E. () 120/80 mmHg

07) Em relação ao exame clínico e diagnóstico de lombalgias e lombociatalgias, é **CORRETO** afirmar que:

- A. () no teste de elevação do membro inferior, dor até 30 graus de elevação é característica de estiramento de raízes nervosas.
- B. () no teste de Patrick-Fabere, dor sentida na articulação do quadril ipsolateral ao joelho fletido é indicativo de sacroileíte.
- C. () em lombociatalgias da raiz de L5, há alteração de reflexo patelar e alterações sensitivas são irradiadas até os joelhos.
- D. () lesões no piriforme podem mimetizar lombociatalgia de L5-S1.
- E. () em lombociatalgia da raiz de L3, o paciente não consegue andar na ponta do calcanhar do lado acometido.

08) Em relação à hipertensão arterial secundária, leia as afirmativas abaixo.

- I. Hipercalemia é uma característica presente em todos os pacientes com hiperaldosteronismo primário.
- II. O exame de melhor especificidade para feocromocitoma é o ácido vanilmandélico urinário.
- III. A investigação de hipertensão arterial secundária de causa suprarrenal deve ter como primeiro exame complementar ultrassonografia ou tomografia computadorizada das suprarrenais.
- IV. Existem evidências científicas de que os betabloqueadores são superiores a outras classes de anti-hipertensivos no tratamento da hipertensão associada a apneia do sono.
- V. Pacientes com estenose significativa de artéria renal por lesões ateroscleróticas e longa história de hipertensão arterial sistêmica (HAS) podem apresentar pouca ou nenhuma melhora após procedimento de correção de estenose.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () Somente as afirmativas I, II e V são corretas.
- B. () Somente as afirmativas II, III e IV são corretas.
- C. () Somente as afirmativas II e V são corretas.
- D. () Somente as afirmativas II, IV e V são corretas.
- E. () Somente as afirmativas I, IV e V são corretas.

09) Paciente com insuficiência cardíaca sistólica, em uso de caverdilo 12,5 mg 12/12 horas, furosemida 40 mg 2 comprimidos 12/12 horas e captopril 50 mg 8/8 horas, retorna hoje para consulta ambulatorial. Na última consulta, há 15 dias, apresentava ortopneia e edema de membros inferiores de ++/4, por isso, na época, aumentou-se o captopril, que estava em 50 mg de 12/12 horas, para a dose atual e a furosemida, que estava em 40 mg 2 comprimidos pela manhã e 1 comprimido de 40 mg à tarde, para a dose atual. A creatinina e a ureia eram 1,8 mg/dl e 58 mg/dl, respectivamente. Retorna assintomático, sem queixas e com creatinina de 3,0 mg/dl e ureia de 102 mg/dl.

A conduta para este paciente **CONSISTE** em:

- A. () diminuir a dose de captopril.
- B. () introduzir espironolactona, pois a piora de função renal está relacionada ao baixo débito cardíaco.
- C. () associar hidroclorotiazida 25 mg.
- D. () diminuir a dose de furosemida.
- E. () estimular hidratação para o paciente.

10) Paciente masculino refere que há 3 dias iniciou com dor em região lombar e uso de anti-inflamatório não hormonal. Relata que evoluiu com melhora completa da dor, porém há 2 dias iniciou quadro cutâneo de máculas eritematosas e purpúricas dolorosas, além de alvos atípicos, em tronco, face e membros. Apresenta ainda, no momento, mucosite oral e genital e perda de cerca de 40% da epiderme.

O **DIAGNÓSTICO** desse paciente é de:

- A. () síndrome de Stevens-Johnson.
- B. () eritema polimorfo.
- C. () eritrodermia esfoliativa.
- D. () psoríase pustulosa.
- E. () necrólise epidérmica tóxica.

11) A respeito de profilaxia de trombose venosa profunda (TVP) em pacientes clínicos, analise as afirmativas abaixo.

- I. Todos os pacientes clínicos internados em hospitais devem receber profilaxia.
- II. A profilaxia para TVP em pacientes com função renal preservada pode ser feita com heparina não fracionada em doses de 5.000 UI 8/8 horas ou 5.000 UI 12/12 horas e também com enoxaparina em doses de 20 mg/dia ou 40 mg/dia.
- III. São candidatos a receber profilaxia os pacientes com fatores de risco clínico para TVP e com mobilidade reduzida.
- IV. Considera-se mobilidade reduzida se o paciente permanece metade do dia sentado ou deitado à beira do leito, excluindo o período de sono.
- V. Heparina fracionada é a profilaxia de escolha para pacientes com insuficiência renal.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () Somente as afirmativas III e IV são corretas.
- B. () Somente as afirmativas II, III, IV e V são corretas.
- C. () As afirmativas I, II, III, IV e V são corretas.
- D. () Somente as afirmativas II, III e IV são corretas.
- E. () Somente as afirmativas III, IV e V são corretas.

12) Paciente feminina, 56 anos de idade, apresenta quadro de dispneia progressiva no último ano, inicialmente aos grandes esforços, e no momento tem dispneia aos moderados esforços. Refere também que há 3 meses vem tendo episódios de síncope associados ao exercício. Paciente relata ficar assintomática em repouso. Ao exame físico, apresenta pulso arterial de ascensão lenta, de pequena amplitude e sustentado. Frêmito sistólico é palpado no segundo espaço intercostal. Tem ritmo cardíaco regular em três tempos com presença de quarta bulha e sopro cardíaco sistólico ejetivo, de alta frequência, audível em foco aórtico com irradiação para o foco mitral. Pressão arterial de 102/80 mmHg e frequência cardíaca de 80 bpm. A ausculta pulmonar é limpa.

Em relação a este caso clínico e ao **provável diagnóstico** da paciente, é **CORRETO** afirmar que:

- A. () caso a paciente apresentasse angina, teria um prognóstico pior do que a síncope.
- B. () os betabloqueadores são o tratamento de escolha.
- C. () a prostaciclina é o tratamento de escolha.
- D. () o tratamento cirúrgico de substituição é o mais eficaz para os pacientes sintomáticos.
- E. () os diuréticos são as medicações mais seguras neste caso, no sentido de evitar hipotensão ortostática.

13) Sobre disfunção diastólica e insuficiência cardíaca diastólica, analise as afirmativas abaixo.

- I. O tratamento sintomático consiste em medicações para controle de frequência cardíaca.
- II. A hipertensão arterial é a maior causa da disfunção e da insuficiência, sendo a lesão cardíaca, em geral, uma hipertrofia assimétrica ventricular.
- III. Estudos clínicos randomizados apoiam o uso de espironolactona para diminuir a progressão da doença.
- IV. Doenças de depósito são outras causas de disfunção diastólica e insuficiência cardíaca diastólica.
- V. Pacientes com disfunção diastólica podem ter edema agudo de pulmão, caso entrem em fibrilação atrial ou façam pico hipertensivo.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () Somente as afirmativas I, II, IV e V são corretas.
- B. () As afirmativas I, II, III, IV e V são corretas.
- C. () Somente as afirmativas I, IV e V são corretas.
- D. () Somente as afirmativas I, II e V são corretas.
- E. () Somente as afirmativas II, III e IV são corretas.

14) Em relação à síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS), é **CORRETO** afirmar que:

- A. () o CPAP não tem relação com a melhora dos níveis pressóricos em pacientes hipertensos com SAHOS.
- B. () o diagnóstico é confirmado pelo achado de 10 ou mais episódios de hipopneia ou apneia por hora – índice de apneia/hipopneia – na polissonografia.
- C. () o questionário de Berlim e a medida da circunferência cervical são métodos de baixa acurácia para o diagnóstico de SAHOS.
- D. () a SAHOS pode contribuir para o surgimento de lesões em órgãos-alvo e para a aceleração do processo de aterosclerose nos pacientes hipertensos.
- E. () homens e mulheres têm risco semelhante para desenvolver SAHOS.

15) A respeito de câncer metastático de sítio primário oculto (CPO), é **CORRETO** afirmar que:

- A. () na presença de linfonodos cervicais altos com diagnóstico anatomopatológico de carcinoma espinocelular, a nasofaringolaringoscopia é o único exame a ser realizado.
- B. () o carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais encontrado nos casos de CPO.
- C. () marcadores tumorais como CEA, CA 125, CA 19.9 e CA 15.3 devem ser usados rotineiramente na investigação de CPO.
- D. () pacientes com carcinoma espinocelular em linfonodos supraclaviculares devem ser submetidos a tomografia computadorizada de tórax e a broncoscopia, mesmo com exame de imagem normal.
- E. () em carcinoma espinocelular metastático para linfonodos inguinais, o sítio primário geralmente não é conhecido.

16) São causas de insuficiência renal com hipocalemia.

- I. Crise renal de esclerodermia.
- II. Anfotericina B.
- III. Gentamicina.
- IV. Síndrome hepatorenal.
- V. Leptospirose.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () As afirmativas I, II, III, IV e V são corretas.
- B. () Somente as afirmativas II, III e V são corretas.
- C. () Somente as afirmativas II e V são corretas.
- D. () Somente as afirmativas I, II, III e V são corretas.
- E. () Somente as afirmativas I, II e V são corretas.

17) Paciente feminina, 46 anos de idade, diabética tipo 1 em uso de insulino terapia e AAS, tem microalbuminúria positiva e retinopatia diabética; não faz uso de outras medicações e não é hipertensa. Em exames laboratoriais, foi verificado potássio de 5,7 mEq/l, creatinina de 0,4 mg/dl e ureia de 28 mg/dl. Estava programada a introdução de IECA por causa da microalbuminúria, que foi suspensa.

Em relação à hipercalemia da paciente, é **CORRETO** afirmar que:

- A. () pode estar associada à acidose tubular do tipo 4, que poderia ser confirmada através de gasometria arterial e cálculo de *anion gap*.
- B. () deve estar associada ao uso de AAS, comum causa de acidose e hipercalemia em pacientes diabéticos.
- C. () pode estar associada à acidose tubular do tipo 1, com lesão de túbulo distal, característica do diabetes, que poderia ser confirmada através de gasometria arterial e cálculo de *anion gap*.
- D. () a ureia e a creatinina ficam falsamente normais em pacientes diabéticos, sendo a hipercalemia provocada por provável insuficiência renal crônica avançada.
- E. () trata-se de acidose tubular do tipo 3, única que cursa com hipercalemia, podendo ser confirmada por gasometria arterial e cálculo de *anion gap*.

18) Paciente masculino, 58 anos de idade, cirrótico por vírus C, apresenta ascite refratária a 300 mg/dia de espironolactona associada a 120 mg/dia de furosemida. Paciente traz exames laboratoriais com creatinina de 0,4 mg/dl, ureia de 38 mg/dl e excreção urinária de sódio em 24 horas de 120 mEq/l.

A **MELHOR CONDOTA** para o controle da ascite é:

- A. () aumentar a dose de espironolactona para 400 mg.
- B. () aumentar a dose de furosemida para 160 mg.
- C. () indicar paracentese de alívio.
- D. () aumentar a furosemida para 160 mg e a espironolactona para 400 mg.
- E. () orientar sobre a importância da dieta hipossódica e restringir o sal na alimentação, pois a dose de diuréticos está adequada.

19) Paciente feminina, 20 anos de idade, refere que há 2 semanas percebeu mancha rosada em abdome seguida do aparecimento de outras lesões em tronco e raiz de membros muito pruriginosas. Paciente nega uso de qualquer medicação antes e depois do surgimento das lesões. Nega outras doenças, contato com animais ou com outras pessoas doentes. Ao exame, apresenta lesão em mácula em abdome de cerca de 5 cm no maior diâmetro, ovalada, de coloração rosada, com centro descamativo e várias outras lesões em dorso e raiz de membros, porém de menor tamanho.

O **DIAGNÓSTICO** da paciente é:

- A. () pitíriase versicolor.
- B. () pitíriase rósea.
- C. () urticária.
- D. () dermatite herpetiforme.
- E. () doença de Sézary.

20) Paciente masculino, 26 anos de idade, há 1 dia iniciou com dor abdominal seguida de náuseas e vômitos, evoluindo com rebaixamento do nível de consciência. Trazido à emergência, sonolento com períodos de agitação psicomotora, nuca rígida, presença de petéquias em tronco, PA 98/68 mmHg, feita punção lombar compatível com meningite bacteriana e bacterioscopia com diplococos gram-negativos.

Em relação ao diagnóstico e à evolução da doença, é **CORRETO** afirmar que:

- A. () a bacterioscopia fica positiva sempre no primeiro dia, mesmo após o início da antibioticoterapia.
- B. () a artrite é uma manifestação que pode ocorrer durante a evolução da doença, que pode ser séptica ou imunomediada.
- C. () quadros sépticos são sempre acompanhados de acometimento do sistema nervoso central.
- D. () o isolamento respiratório deve permanecer até o final do tratamento.
- E. () somente pessoas expostas à secreção do paciente devem receber profilaxia.

21) Sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), é **CORRETO** afirmar que:

- A. () o linfogranuloma venéreo tem características clínicas semelhantes no homem e na mulher, com disseminação linfonodal semelhante.
- B. () na donovanose, há sempre adenite acompanhando as lesões em “espelho”.
- C. () no cancro mole, a lesão é uma papulopústula que rapidamente se ulcera e que possui bordas irregulares, com fundo purulento, podendo aparecer, quase que exclusivamente no sexo masculino, linfonodos inguinocrurais.
- D. () é indicada a incisão com drenagem ou excisão de linfonodos acometidos no cancro mole.
- E. () não ocorre adenopatia inguinal em pacientes com herpes genital.

22) Paciente feminina, branca, 18 anos de idade, vem a consulta pois tem anemia. Não apresenta sintomas, tem fluxo menstrual regular, menstrua por três dias em média, com fluxo abundante. Hemograma mostra 5,2 milhões de hemácias por mm^3 , hemoglobina 11,2 g/dl, VCM 59 fl.

O **DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL** é:

- A. () talassemia maior.
- B. () traço falciforme.
- C. () anemia falciforme.
- D. () anemia megaloblástica.
- E. () anemia por deficiência de ferro.

23) Em relação à pneumonia adquirida na comunidade (PAC) grave, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () A presença de insuficiência cardíaca como comorbidade contraindica o emprego de ventilação não invasiva no tratamento da PAC grave.
- B. () Os critérios de gravidade CURB-65 são: creatinina ≥ 2 mg/ml, uremia > 20 mg/dl, FR > 30 rpm, PAM < 65 mmHg, idade ≥ 65 anos.
- C. () O uso de corticosteroides na pneumonia causada por *Pneumocystis jiroveci* contribui de maneira significativa para a redução da resposta inflamatória do hospedeiro, sendo que é recomendação do Ministério da Saúde o seu uso a partir do terceiro dia de tratamento específico para este tipo de pneumonia com sulfametoxazol e trimetoprim.
- D. () *Streptococcus pneumoniae* e bactérias anaeróbias são os agentes infecciosos mais comuns da PAC grave, respondendo por 60 a 70% dos casos.
- E. () Pacientes residentes em casas de repouso e pacientes em regime de hemodiálise crônica são excluídos do diagnóstico de PAC.

24) Paciente masculino, 27 anos de idade, branco, previamente hígido e sem uso de medicações, vem ao ambulatório referindo que há 5 dias iniciou com lesões na pele em membros superiores e posteriormente em membros inferiores, associadas a febre, diminuição do apetite e artralgia, inicialmente nos joelhos, acometendo também cotovelos e punhos. Ao exame físico, paciente apresenta nódulos eritemato-violáceos dolorosos em membros inferiores e membros superiores; apresenta também pequenas máculas hipocrômicas, numerosas, mal delimitadas e difusas que o paciente refere já ter há alguns meses, linfonodos cervicais, axilares e inguinais de até 1 cm, móveis, fibroelásticos e dolorosos que o paciente percebeu nos últimos 5 dias e incapacidade de distinguir temperatura em membros. O restante do exame físico é normal.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () O diagnóstico do paciente é reação do tipo 1 ou reação reversa, que geralmente acomete pacientes dimorfos.
- B. () O diagnóstico do paciente é de hanseníase tuberculoide, uma vez que apresenta alteração de sensibilidade térmica, que costuma ser a primeira sensibilidade alterada na hanseníase.
- C. () O diagnóstico é de tuberculose ganglionar, pois a presença de eritema nodoso difuso é indicador de infecção por tuberculose.
- D. () O diagnóstico do paciente é reação do tipo 2 ou eritema nodoso hansênico, que acomete pacientes Mitsuda negativos. O diagnóstico desse paciente pode ser feito por baciloscopia.
- E. () O diagnóstico é de hanseníase indeterminada e o paciente apresenta reação conhecida como Fenômeno de Lucius.

25) Em relação ao diagnóstico e tratamento da endocardite bacteriana, é **CORRETO** afirmar que:

- A. () duas hemoculturas positivas colhidas simultaneamente, mas em sítios diferentes, caracterizam-se como critério maior.
- B. () na endocardite causada por *Streptococcus viridans*, é possível o tratamento com antibioticoterapia por via oral, ao contrário das causadas por *Staphylococcus aureus*, para as quais a antibioticoterapia parenteral é obrigatória.
- C. () a penicilina cristalina tem hoje papel secundário no tratamento da endocardite bacteriana, sendo as cefalosporinas de terceira geração as principais drogas no tratamento das endocardites infecciosas.
- D. () o ecocardiograma transtorácico só deve ser utilizado como método diagnóstico na impossibilidade de realizar o ecocardiograma transesofágico.
- E. () a gentamicina possui papel importante no tratamento das endocardites bacterianas causadas tanto por *Streptococcus viridans* quanto por *Staphylococcus aureus*.

26) Paciente masculino, 42 anos de idade, chega à emergência apresentando há 1 mês quadro de diarreia líquida, 3-4 episódios dia, sem produtos patológicos, astenia, náuseas, vômitos, anorexia e tontura ao se levantar. Há 2 semanas com dor abdominal difusa. Tem como antecedente vitiligo. Sem outras comorbidades, não faz uso de medicações. No momento, apresenta-se confuso, desidratado ++++/4, com pressão arterial deitado 88/62 mmHg, sentado 66/44 mmHg; frequência cardíaca 126 bpm, temperatura axilar 36,0 °C. Laboratório apresenta sódio 119 mEq/l, potássio 4,5 mEq/l, creatinina 1,0 mg/dl, ureia 40 mg/dl, hemoglobina 13,0 g/dl; leucócitos 12.500 com 10.500 segmentados e 1.500 linfócitos sem formas jovens, glicemia 56 mg/dl.

A **MELHOR CONDOTA** para este caso é:

- A. () hidratação com solução salina isotônica; solicitação de cortisol sérico e ACTH; administração de hidrocortisona e glicose.
- B. () hidratação com solução salina isotônica; solicitação de coprocultura; início de ciprofloxacino; administração de glicose.
- C. () hidratação com solução salina hipertônica; solicitação de pesquisa de isospora, *Cryptosporidium* e *Microsporidium* nas fezes e anti-HIV; início de sulfametoxazol trimetropam e administração de glicose.
- D. () hidratação com solução salina hipertônica; solicitação de raio X de tórax, tomografia computadorizada de crânio, sódio urinário, osmolalidade sérica; administração de glicose.
- E. () hidratação com solução salina hipertônica e glicose; solicitação de tomografia computadorizada de abdome.

27) Paciente feminina, 28 anos de idade, há 10 dias iniciou com quadro de diarreia líquida, 5 episódios dia, sem produtos patológicos, associado a febre nos dois primeiros dias de 38 °C. Sintomas melhoraram espontaneamente após três dias. Há 2 dias iniciou com diplopia e dificuldade em deambular. Refere que no momento não consegue deambular por perda do equilíbrio e tem sua visão prejudicada. Ao exame físico: bom estado geral, corada, hidratada, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros; murmúrio vesicular presente bilateralmente sem ruídos adventícios. Pupilas: paralisia pupilar bilateral. Movimentação ocular extrínseca: oftalmoplegia. Força muscular preservada globalmente com arreflexia nos membros. Ausência de Babinsk, marcha de base alargada, Romberg negativo e dismetria presente bilateralmente. Líquor com 3 células/mm³ e proteínas 90 mg/dl.

A **CONDUTA** neste caso é:

- A. () pesquisar a toxina botulínica sérica e iniciar antitoxina botulínica trivalente.
- B. () transferir a paciente para a Unidade de Terapia Intensiva e iniciar plasmáfereze.
- C. () solicitar ressonância magnética de crânio para investigar lesões cerebelares.
- D. () solicitar VDRL e iniciar penicilina cristalina para neurosífilis.
- E. () iniciar imediatamente fisostigmina e prednisona para a paciente.

28) Paciente feminina, 35 anos de idade, queixa-se de epigastralgia em queimação, que piora com o jejum e melhora com a alimentação, há cerca de 4 meses. Está preocupada, pois seu pai faleceu de câncer gástrico há 6 meses. Nega perda de peso, comorbidades ou uso de medicamentos. Nega cirurgias prévias, tabagismo ou etilismo. Ao exame físico, apresenta índice de massa corporal de 20, abdome plano e doloroso à palpação de epigástrico, sem dor à descompressão brusca. Sem visceromegalias e sem outras alterações. Traz uma endoscopia digestiva alta normal com pesquisa de Hp positiva, por urease.

Sobre o caso clínico acima, de acordo com o Segundo Consenso Brasileiro sobre *Helicobacter pylori* (Hp) [Arq Gastroenterol 2005; 42(2):128-32], assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () Após a falência do tratamento de erradicação do Hp inicialmente utilizado, recomendam-se mais duas tentativas de tratamento, com duração de 10 a 14 dias, não se repetindo ou estendendo o esquema inicial.
- B. () São indicações para erradicação do Hp: úlcera gastroduodenal, ativa ou cicatrizada e linfoma MALT de baixo grau e pós-cirurgia para câncer gástrico avançado, em pacientes submetidos à gastrectomia total.
- C. () O controle de erradicação do Hp é obrigatório para todos os pacientes e pode ser feito por teste respiratório com ureia marcada ou por endoscopia digestiva alta, associada a dois métodos (urease e histologia). O intervalo entre o fim do tratamento de erradicação e o controle deve ser de, no mínimo, 4 semanas.
- D. () O esquema de erradicação inicial, mundialmente recomendado, é omeprazol 10mg 12/12h + amoxicilina 500 mg 8/8h + claritromicina 500 mg 12/12h, durante 14 dias.
- E. () A pesquisa de Hp é rotineiramente recomendada na doença de refluxo gastroesofágico (DRGE). O Hp não é causa de DRGE, mas influencia a sua evolução: quando erradicado, melhora os sintomas de refluxo em mais de 2/3 dos casos.

29) Mulher, 28 anos de idade, é admitida na Unidade de Emergência com quadro de enterorragia. Refere diarreia com sangue vivo há 10 dias, cerca de 5 a 6 vezes ao dia, associada a astenia intensa e fortes dores abdominais difusas, tipo cólica, que não aliviam com a evacuação. Refere febre não aferida. Relata ter apresentado quadro semelhante anterior há 6 e 3 anos, com duração de um a três meses, que remitiu após medicação prescrita no Posto de Saúde, mas não lembra o nome. Às vezes apresenta diarreia com cólica, sem sangue. Nega comorbidades ou uso de medicamentos, cirurgias ou internações. Nega etilismo, tabagismo ou uso de drogas. Ao exame físico, apresenta-se descorada ++/4, com hipotensão postural, taquicardia e temperatura axilar = 37,2 °C. Abdome plano, timpânico à percussão, difusamente doloroso à palpação profunda, sem dor à descompressão brusca. Membros inferiores com edema ++/4+.

Sobre o caso clínico acima, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () O achado de ileíte no trânsito de delgado é patognomônico de doença de Crohn.
- B. () Um trânsito de delgado normal exclui o diagnóstico de doença de Crohn, pois não existe doença de Crohn sem acometimento de delgado.
- C. () Trata-se de diarreia crônica inflamatória e o diagnóstico diferencial inclui doenças infecciosas (ex.: amebíase, strongiloidíase e tuberculose), inflamatórias (ex.: retocolite ulcerativa e doença de Crohn) e neoplásicas (ex.: câncer de cólon e linfoma).
- D. () Se os autoanticorpos ANCA e ASCA forem negativos, pode-se excluir o diagnóstico de retocolite ulcerativa e doença de Crohn.
- E. () Na retocolite ulcerativa, os sintomas predominantes são: enterorragia, dor abdominal e perda de peso. Embora a retocolite ulcerativa não acometa o intestino delgado, na pancolite grave pode ocorrer ileíte terminal com ulcerações. Na biópsia, a presença de granulomas não caseosos sugere retocolite ulcerativa.

30) Mulher, 50 anos de idade, procura o médico porque realizou um ultrassom de abdome para avaliação de quadro dispéptico (plenitude pós-prandial, saciedade precoce e eructação) e foi evidenciada esteatose hepática. Nega dor abdominal, febre ou icterícia. Refere ser portadora de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e hipercolesterolemia em uso crônico de metformina 850 mg 2x/dia, enalapril 20 mg 2x/dia, ácido acetilsalicílico 100 mg no almoço e sinvastatina 40 mg à noite. Nega cirurgias prévias, tatuagens, uso de drogas injetáveis, transfusão, etilismo, tabagismo ou promiscuidade sexual. Pai faleceu de infarto e mãe é portadora de diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e artrose. Ao exame físico, apresenta índice de massa corporal de 33, pressão arterial = 145 x 95 mmHg, abdome em avental de difícil palpação profunda devido a panículo adiposo espesso. Apresenta varizes de membros inferiores, sem edemas. Sobre o caso clínico acima e sobre a doença hepática esteatótica não alcoólica (DHENA), assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () A biópsia hepática é o padrão-ouro para diagnosticar se o paciente tem esteato-hepatite alcoólica ou não alcoólica.
- B. () Os valores das enzimas hepáticas apresentam má correlação com a gravidade da doença hepática subjacente e não permitem prever quais pacientes têm esteatose ao invés de esteato-hepatite, com ou sem cirrose.
- C. () A DHENA tem como principal causa a síndrome metabólica (diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade) e não pode ser causada pelo uso de medicamentos.
- D. () Nesse caso, como a paciente apresenta síndrome metabólica, não é necessário solicitar sorologias para hepatites virais.
- E. () Por ser o único método diagnóstico que permite diferenciar esteatose de esteato-hepatite, a biópsia hepática está indicada em todos os indivíduos com síndrome metabólica e esteatose à ultrassonografia, independentemente do nível das aminotransferases.

31) No que concerne aos cuidados paliativos, é **CORRETO** afirmar que:

- A. () a hidratação parenteral traz conforto ao paciente e deve ser estimulada.
- B. () a administração de morfina deve ser evitada em todos os pacientes com insuficiência respiratória.
- C. () a administração de oxigênio através de cateter nasal traz conforto ao paciente e sempre deve ser feita nas últimas 48 horas de vida.
- D. () as vias preferenciais de administração dos fármacos são a via oral e a subcutânea.
- E. () a retirada de suporte ventilatório invasivo é considerada eutanásia e não pode ser praticada.

32) Assinale a alternativa que responde **CORRETAMENTE** à pergunta abaixo.

Um paciente necessita ser submetido a cardioversão elétrica. É hipertenso e refere ter história de asma na infância. Qual a sedoanalgesia de escolha para este paciente?

- A. () Propofol + morfina.
- B. () Propofol + fentanil.
- C. () Midazolam + morfina.
- D. () Etomidato + dipirona.
- E. () Ketamina.

33) Homem, 47 anos de idade, procura a Unidade de Emergência com quadro de hematêmese e melena de início há cerca de 6 horas, em grande quantidade, cerca de 3 episódios. Refere nunca ter apresentado quadro semelhante. Está em acompanhamento ambulatorial com equipe da gastroenterologia. Já fez tratamento para hepatite C com interferon peguilado e ribavirina, mas não respondeu. Nega internação ou descompensação prévia pela hepatopatia. Nega uso de propranolol ou tratamento endoscópico de varizes de esôfago. Recebeu transfusão sanguínea aos 15 anos, após apendicectomia. Etilista de 2 a 3 doses de uísque por dia nos últimos 10 anos. Tabagista 30 anos/maço. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 90 x 60 mmHg e frequência cardíaca de 108 bpm. Encontra-se pálido, com fala pastosa e lentificado. Apresenta *flapping* e telangiectasias em tórax. Abdomen plano, traube ocupado, fígado e baço não palpáveis, sem ascite. Sem edema de membros inferiores. Traz uma endoscopia digestiva alta feita há um ano e meio sem varizes e uma biópsia hepática feita há dois anos com o seguinte laudo descritivo: “Arquitetura lobular parcialmente preservada, com septos porta-porta e porta-centro, por vezes esboçando nódulos e necrose em saca-bocados em extensas áreas de muitos espaços-porta. Classificação: Hepatite Crônica Estadiamento 3 e Atividade Periportal 4”.

Sobre o caso clínico acima, considerando o Consenso Baveno V [J Hepatol 2010; 53(4):762-8], sobre hipertensão portal, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () A terapia endoscópica é de fundamental importância no controle do sangramento agudo por varizes de esôfago e deve ser realizada imediatamente à admissão, independentemente do quadro hemodinâmico ou do hematócrito.
- B. () Como os indivíduos portadores de cirrose hepática habitualmente apresentam coagulopatia, a expansão volêmica no sangramento agudo por varizes deve ser feita com plasma fresco congelado, estando contraindicado o soro fisiológico, que pode precipitar quadro de ascite e anasarca.
- C. () Na suspeita de sangramento de varizes, drogas vasoativas (terlipressina, somatostatina octreotide) devem ser iniciadas após a endoscopia digestiva alta para pacientes que não receberam tratamento endoscópico.
- D. () A endoscopia digestiva alta com escleroterapia é recomendada nas primeiras 12 horas de admissão aos indivíduos com sangramento por varizes de esôfago. Nesses casos, a ligadura elástica está contraindicada em virtude da dificuldade técnica e do risco de agravar o sangramento.
- E. () A profilaxia antibiótica é parte fundamental na terapia de portadores de cirrose hepática com hemorragia digestiva alta e deve ser instituída desde a admissão, mesmo em indivíduos que não apresentam ascite.

34) Com relação às intoxicações exógenas, é **CORRETO** afirmar que:

- A. () nas intoxicações por opioides, pode-se usar flumazenil como antídoto.
- B. () nas intoxicações por cumarínicos, o uso de protamina é útil para a rápida reversão da anticoagulação.
- C. () nas intoxicações por *paraquat*, o uso de oxigênio acelera a fibrose pulmonar e piora o prognóstico.
- D. () pralidoxina está indicada nas intoxicações por carbamatos.
- E. () pralidoxina está indicada nas intoxicações por organofosforados.

35) Com relação à insuficiência coronariana aguda/infarto agudo do miocárdio (IAM), é **CORRETO** afirmar que:

- A. () a troponina é a única enzima útil para verificar a agressão ao miocárdio.
- B. () o eletrocardiograma é exame fundamental para definir a indicação de terapia trombolítica, porque detecta a presença e quantifica o supradesnível do segmento ST.
- C. () o ecocardiograma é essencial para a indicação de angioplastia e tratamento cirúrgico.
- D. () nos pacientes mais jovens (< 50 anos), o tratamento conservador, sem angioplastia, deve ser preferido porque, com mais reserva fisiológica, toleram melhor a necrose do miocárdio.
- E. () os pacientes diabéticos costumam apresentar dor mais intensa por hiperexcitação do *vasa nervorum* das artérias coronárias.

36) Sobre o suporte nutricional na pancreatite aguda grave, é **CORRETO** afirmar que:

- A. () deve ser iniciado nas primeiras 72 horas.
- B. () a nutrição parenteral é a preferida.
- C. () a alimentação enteral aumenta o risco de complicações infecciosas.
- D. () deve-se manter o jejum durante 10 dias objetivando diminuir o estímulo para a secreção pancreática.
- E. () a progressão da dieta até atingir o aporte calórico total deve ser lenta.

37) Paciente portador de insuficiência cardíaca congestiva chega à emergência com queixa de diarreia profusa há 2 dias. Ao exame, encontra-se sonolento, desidratado, PA = 90/50 mmHg, FC = 120 bpm. A diurese encontra-se reduzida, PVC = 5 mmHg. Após infusão de 2 litros de solução fisiológica, o paciente permanece hipotenso, com baixa diurese, PVC = 12 mmHg. Assinale a alternativa que apresenta a conduta **MAIS ADEQUADA**.

- A. () Manter a infusão de soro fisiológico.
- B. () Iniciar dobutamina.
- C. () Aguardar um pouco para a acomodação do líquido.
- D. () Estímulo diurético.
- E. () Iniciar vasopressor.

38) Assinale a alternativa que completa **CORRETAMENTE** a frase abaixo.

A hiponatremia é um distúrbio comum no hepatopata crônico. Nesta situação clínica, o distúrbio do sódio pode ser causado por...

- A. () hipoaldosteronismo secundário.
- B. () aumento das perdas renais de sódio.
- C. () aumento das perdas extrarrenais de sódio.
- D. () retenção renal de água livre.
- E. () expansão do volume circulatório efetivo.

39) Em relação à insuficiência renal aguda (IRA), assinale a alternativa **CORRETA**.

- A. () O uso de diuréticos de alça melhora o prognóstico da IRA, tanto por retardar o início da terapia dialítica quanto por permitir maior intervalo entre as sessões de diálise.
- B. () A hidratação endovenosa vigorosa associada ao uso de diuréticos diminui o risco de IRA associada ao uso de contrastes endovenosos.
- C. () As preparações lipídicas de anfotericina B estão associadas a uma menor indução de IRA.
- D. () Em pacientes com alto risco de desenvolvimento de IRA, é recomendada a infusão endovenosa de noradrenalina em doses baixas (0,5 a 3 mg/kg/min) com o objetivo de estimular o aumento do ritmo de filtração glomerular.
- E. () Na IRA de origem pós-renal, a conduta padrão é a associação de hidratação endovenosa vigorosa, uso de diuréticos e desobstrução do trato urinário.

40) Paciente do sexo masculino, 48 anos de idade, é admitido na emergência com quadro de cefaleia súbita de forte intensidade iniciada há aproximadamente 3 horas. O paciente não apresenta história prévia de cefaleia. No momento da admissão, apresenta escala de coma de Glasgow de 15, pressão arterial de 150/95 mmHg e frequência cardíaca de 102 bpm. Uma hora após a admissão, o paciente encontra-se desorientado e apresenta vômitos. Foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) de crânio cujo laudo foi normal.

Assinale a alternativa **CORRETA** em relação ao quadro clínico descrito.

- A. () Analgesia não deve ser oferecida até o esclarecimento diagnóstico.
- B. () Uma TC de crânio com laudo normal não exclui o diagnóstico de hemorragia subaracnoidea.
- C. () O diagnóstico mais provável é de enxaqueca.
- D. () A punção lombar é redundante diante da TC de crânio normal.
- E. () Antibióticos de amplo espectro devem ser iniciados imediatamente.

✂-----

GRADE DE RESPOSTAS (Somente esta parte poderá ser destacada)

QUESTÕES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
RESPOSTAS																					
QUESTÕES	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
RESPOSTAS																					