

RESIDÊNCIA MÉDICA

2024

UFRJ	CGABEG	HCA	HCE	HFAG	INCA
------	--------	-----	-----	------	------

PROVA DE CLÍNICA MÉDICA

INSTRUÇÕES

1. Verifique se o N° DE INSCRIÇÃO e o seu NOME coincidem com os impressos na FOLHA DE RESPOSTAS.
2. Esta prova compõe-se de **50 questões**, escolha múltipla, de conhecimentos em Clínica Médica.
3. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
4. A maneira correta de marcar a sua opção encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize caneta azul ou preta. Assine a folha de repostas NA ÁREA CORRETA, DEMARCADA. NÃO rasure a folha de respostas.**
5. A prova terá a duração de 2 horas (das 9:00h às 11:00h), **incluindo o tempo de marcação na folha de respostas**.
6. Ao ser dado o sinal para início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo, 9 páginas (frente e verso)**.
7. Os últimos 03 (três) candidatos, ao terminarem a prova, só poderão retirar-se da sala juntos.
8. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
9. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE RESPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

1. Homem, 68 anos, com hipertensão arterial sistêmica (HAS), faz uso regular de: losartana 100mg/dia e hidroclorotiazida 25mg/dia. Queixa-se de episódios de náuseas e vômitos, fadiga e lipotimia nos últimos 6 meses. Exame físico: orientado; regular estado geral; hipocorado (2+/4+); hidratado; acianótico; anictérico; peso = 52kg; altura = 1,73cm; pressão arterial sistêmica (PA) sentado = 100 x 70mmHg; PA (em pé) = 70 x 50mmHg, frequência cardíaca (FC) = 80bpm/minuto. Suspeita-se de insuficiência adrenal. Dosagem de cortisol basal sérico coletado às 08:00h = 6,5mcg/dL. Pode-se afirmar que o próximo passo na investigação diagnóstica desta condição é a realização do teste de:

- tolerância à insulina (ITT)
- estímulo com hormônio adrenocorticotrófico sintético
- Liddle 1
- supressão com 1mg de dexametasona

2. Pode-se afirmar, após a recuperação da circulação espontânea em parada cardíaca intra-hospitalar ou na rua, que:

- a aplicação de hipotermia terapêutica precoce não retarda a avaliação neurológica funcional
- a pressão sistólica sistêmica (PS) deve ser mantida acima 100mmHg e a arterial média (PAM) > que 60mmHg
- uma temperatura alvo constante, entre 32-36°C, ao menos 24 horas, é recomendada nos pacientes comatosos
- não há justificativa para a realização de eletroencefalografia (EEG) contínua ou mesmo periódica

3. Mulher, 70 anos, refere cefaleia temporal, unilateral, de início há dois meses. Concomitantemente, começou a apresentar polimialgia e emagrecimento, e há mais ou menos um mês passou a ter alteração visual. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- cefaléia trigeminal
- migrânea com aura
- migrânea sem aura
- arterite de células gigantes

4. Mulher, 25 anos, com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* (DM) tipo 1, apresenta, há 6 meses, quadro de diarreia (4 evacuações/dia, de grande volume, com aspecto de esteatorreia, sem sangue ou pus), associado à perda ponderal de 6kg (peso habitual = 51kg). Exame físico: rash papulovesicular em cotovelos. Exames laboratoriais: anemia ferropriva e anticorpo anti-transglutaminase tecidual positivo. Pode-se afirmar, com relação ao quadro dermatológico da paciente, que:

- a ausência de prurido é uma característica típica desse acometimento dermatológico
- sua presença está associada a maior incidência de gastrite atrófica e anticorpos anti-célula parietal
- o rash vesicular é mediado por depósitos de imunoglobulinas (Ig) M e G
- ao contrário dos sintomas gastrointestinais, lesões dermatológicas não têm relação com a dieta com glúten

5. Mulher, 35 anos, com queixa de retenção urinária e amaurose bilateral súbita. Exame físico: nível sensitivo em T10 ao teste com agulha. TC de coluna vertebral: mielite longitudinal de C7 a L1 e hipersinal nos nervos ópticos em FLAIR (*Fluid-Attenuated Inversion Recovery sequences*). Pode-se afirmar que o exame complementar que poderia confirmar o diagnóstico final desta paciente é:

- teste da compressa de gelo ocular
- eletroneuromiografia demonstrando desmielinização
- dosagem de anti-receptor de acetilcolina sérico
- dosagem de anti-aquaporina 4 IgG sérica

6. Mulher, 85 anos, relata perda de peso não intencional nos últimos meses. Diagnóstico: sarcopenia do envelhecimento. Pode-se afirmar que, com objetivo de aumentar a sobrevida livre de dependência funcional, a melhor conduta é recomendar:

- testosterona
- exercício físico
- hormônio do crescimento
- vitamina D

7. Mulher, 35 anos, apresenta quadro de dor abdominal, diarreia e flatulência, que ela associa à ingestão de derivados do leite. Considerando-se a hipótese diagnóstica de intolerância à lactose, pode-se afirmar que:

- a) o esvaziamento gástrico pode alterar o resultado do teste respiratório de intolerância à lactose
- b) a diarreia por intolerância à lactose é um exemplo clássico de diarreia secretória
- c) na intolerância à lactose, a diarreia costuma persistir mesmo após períodos longos de jejum
- d) a adesão inadequada à dieta sem lactose é um fator de risco para o surgimento de adenocarcinoma de intestino delgado

8. Homem, 40 anos, com DM, apresenta perda ponderal progressiva nos últimos 20 meses. No início do quadro, observou surgimento de nódulo único em região submandibular bilateralmente. Há 4 meses, evoluiu com dor abdominal em andar superior, esteatorreia, icterícia, colúria, acolia e prurido. Tomografia computadorizada (TC) de abdome: pâncreas em salsicha. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) adenocarcinoma de pâncreas
- b) doença relacionada à IgG4
- c) colangite esclerosante primária
- d) doença de *Caroli*

9. Mulher, 49 anos, recém diagnosticada com carcinoma de células renais, desenvolve quadro de aumento de fosfatase alcalina previamente à abordagem cirúrgica. Não há evidência de metástases à distância pelo estadiamento clínico. A etiologia mais provável da alteração descrita é:

- a) colestase intra-hepática por síndrome paraneoplásica
- b) hemólise intravascular por autoimunidade
- c) lise tumoral por alto *turnover* celular
- d) proliferação leucocitária por reação leucemoide

10. Pode-se afirmar que, nos pacientes em uso crônico de inibidor da angiotensina, o antimicrobiano que deve ser evitado, pelo risco de cardiotoxicidade é:

- a) sulfametoxazol-trimetoprim
- b) vancomicina
- c) amicacina
- d) ceftriaxona

11. Pode-se afirmar, na avaliação de vertigem aguda, que o mais sugestivo de etiologia labiríntica é:

- a) nistagmo para baixo (*downbeating*)
- b) teste do impulso da cabeça anormal (*head impulse test*)
- c) presença de desalinhamento vertical dos olhos (*skew deviation*)
- d) ausência do sinal de *Romberg*

12. Pode-se afirmar que a meralgia parestésia é uma condição relacionada ao sofrimento do nervo:

- a) ciático, que provoca parestesia na região posterior da coxa, que melhoram na postura de pé
- b) femoral cutâneo lateral, que provoca parestesia na região posterior da coxa, que melhora na postura de pé
- c) ciático, que provoca parestesia na região lateral da coxa, que melhoram na postura sentada
- d) femoral cutâneo lateral, que provoca parestesia na região lateral da coxa, que melhora na postura sentada

13. Homem, 69 anos, comparece ao setor de emergência ortopédica queixando de claudicação e dor no quadril direito. Radiografia: lesão lítica insuflante na metáfise proximal do fêmur com aspecto de agressividade. Investigação diagnóstica subsequente: predomínio de plasmócitos neoplásicos no exame histopatológico da lesão lítica; ausência de tumor primário na TC do tórax e abdome; ausência de proteína M no plasma e na urina; exames laboratoriais sem alterações. Biópsia de medula óssea: sem evidência de plasmócitos neoplásicos. Pode-se afirmar que se trata de:

- a) mieloma múltiplo
- b) gamopatia monoclonal de significado indeterminado
- c) plasmocitoma
- d) mieloma assintomático

14. Pode-se afirmar, ao se comparar os anticoagulantes orais diretos, que o de menor excreção renal é a:

- a) edoxabana
- b) rivaroxabana
- c) apixabana
- d) dabigatrana

15. No contexto de fibrilação atrial, segundo os sistemas de classificação de risco para sangramento (HAS-BLED) e acidente vascular encefálico (CHA2DS2-VASc), pode-se afirmar que possui indicação para anticoagulação:

- a) mulher, 68 anos, com fibrilação atrial não valvar paroxística e insuficiência cardíaca (fração de ejeção do ventrículo esquerdo = 32%)
- b) mulher, 45 anos, com fibrilação atrial não valvar persistente, refere fumar maconha e tomar vinho diariamente
- c) homem, 52 anos, tabagista, obeso e sedentário, com fibrilação atrial não valvar paroxística
- d) homem, 50 anos, com fibrilação atrial não valvar persistente e cirrose hepática, obeso e ex-tabagista

16. Nos Estados Unidos da América, há uma verdadeira crise de abuso de opioides. Apesar de no Brasil o quadro não ser tão calamitoso, é preciso que todo médico esteja preparado para rapidamente reconhecer e tratar uma overdose de opioide. Pode-se afirmar, neste contexto, que:

- a) apesar de raro, quadros convulsivos podem ocorrer com uso de doses altas de tramadol
- b) respiração superficial e lenta, hipertermia, midríase e bradicardia estão tipicamente presentes
- c) lacrimejamento, rinorreia, dores musculares, inquietação e diarreia são frequentes nos jovens
- d) a monitorização cardíaca, isquemia miocárdica e intervalo QT encurtado são eventualmente observados

17. Mulher, 50 anos, com diagnóstico recente de adenoma de paratireoide, é admitida no setor de emergência com quadro de letargia. Eletrocardiograma (ECG) de repouso: bradicardia sinusal. Exames laboratoriais: cálcio sérico (Ca^{++}) = 13mg/dL; sódio sérico (Na^+) = 142mEq/L; potássio sérico (K^+) = 4,5mEq/L. Pode-se afirmar que, inicialmente, o tratamento mais adequado é:

- a) bifosfonado intravenoso
- b) diurético de alça intravenoso
- c) solução salina intravenosa
- d) hidrocortisona intravenosa

18. Pode-se afirmar, sobre o papel da ultrassonografia (US) realizada à beira do leito (Point-Of-Care Ultrasound - POCUS) na avaliação e direcionamento da terapêutica no estado de choque, que:

- a) a análise da função valvar à beira do leito pelo emergencista não substitui um futuro exame formal pelo cardiologista
- b) sua realização aumenta a taxa de sobrevivência em 30 dias e possibilita uma alta hospitalar mais precoce
- c) a taxa de administração de fármacos vasoativos e fluidos venosos diminui quando sua realização é precoce
- d) a observação do espaço pleural por esse método é menos sensível do que a radiografia de tórax para identificar um pneumotórax hipertensivo

19. Homem, 60 anos, hipertenso controlado, com insuficiência cardíaca de fração reduzida (ICFER), apresenta cansaço aos pequenos esforços. Está em uso de sacubitril-valsartana, carvedilol e espirolactona. Pode-se afirmar que o fármaco a ser associado, com propriedade de reduzir a progressão da insuficiência cardíaca, ou risco de morte de causa cardiovascular, é:

- a) hidralazina
- b) anlodipina
- c) dapaglifozina
- d) furosemida

20. Médica, 28 anos, chega ao setor de emergência queixando-se de febre e dores abdominais. Anamnese: como estava sobrecarregada de trabalho e sem tempo para praticar exercícios físicos, começou a utilizar para emagrecer fórmula com sibutramina 25mg + clonazepam 1,6mg + hidroclorotiazida 40mg. Ademais, por estar muito ansiosa com a aproximação do processo seletivo para residência de especialidade, iniciou fluoxetina 20mg/dia e, como não alcançou o resultado desejado, aumentou a dose para 40mg/dia. Exame físico: PA = 170x100mmHg; temperatura axilar = 38,3°C. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) hipertermia maligna
- b) síndrome neuroléptica maligna
- c) crise aguda de feocromocitoma
- d) síndrome serotoninérgica

21. Homem, 54 anos, vai a consulta com seu clínico e este, ao examiná-lo, suspeita de síndrome de *Cushing*. A confirmação inicial para esta hipótese diagnóstica pode ser feita por meio de:

- a) tomografia computadorizada das adrenais
- b) teste da dexametasona com altas doses
- c) dosagem de cortisol urinário de 24 horas
- d) teste do hormônio liberador de corticotrofina

22. Pode-se afirmar que a condição clínica relacionada ao aumento da intensidade do sopro cardíaco na fase de esforço da manobra de *Valsalva* é:

- a) cardiomiopatia hipertrófica
- b) estenose aórtica
- c) insuficiência mitral
- d) estenose mitral

23. Homem, 53 anos, assintomático, apresentou níveis aumentados de amilase sérica nos exames de rotina. Investigação diagnóstica: amilase urinária normal. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) pseudocisto pancreático
- b) pancreatite intersticial
- c) macroamilasemia
- d) doença relacionada a IgG4

24. Pode-se afirmar que a medicação com dupla ação no tratamento da osteoporose (aumenta a formação óssea e também diminui sua reabsorção) é:

- a) denusomabe
- b) romosozumabe
- c) abaloparatida
- d) zolendronato

25. Homem, 25 anos, há 2 dias com febre, confusão mental e crises epiléticas. Exame físico: paresia no dimídio direito e sinais piramidais ipsilateralmente. Ressonância magnética (RM) de crânio: lesão hiperintensa na região temporal esquerda com efeito de massa e leve captação de contraste. Exame do líquido cefalorraquidiano: 80 células (80% linfócitos, 20% neutrófilos); proteínas = 160mg/dL; glicose = 40mg/dL. Pode-se afirmar que o melhor tratamento empírico, para esse paciente, é com:

- a) dexametasona
- b) ceftriaxone + vancomicina
- c) aciclovir
- d) rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol

26. Mulher, 35 anos, queixa-se polaciúria e noctúria. Exame de urina de 24 horas sem restrição hídrica: volume urinário > 40mL/kg; osmolaridade urinária < 3.00mosm/L. Prosseguida a investigação com dosagem de vasopressina sérica: > 1pg/mL (aumentada). A hipótese diagnóstica mais provável, para esta paciente, é:

- a) diabetes insipidus hipofisário
- b) diabetes insipidus nefrogênico
- c) polidipsia primária
- d) hiperglicemia secundária

27. Homem, 60 anos, queixa-se de cansaço há 6 meses, com piora nos últimos 2 meses. Relata ter feito uma avaliação médica há 1 ano que foi normal, incluindo a realização de uma colonoscopia, também, normal. Exame físico: hipocorado; presença de icterícia amarelo-limão (1+/4+); língua despapilada. Exames laboratoriais recentes: hematócrito = 21%; reticulócitos = 1%; ferritina = 250 µg/L; creatinina = 1,3g/dL; lactato desidrogenase = 750 UI/L. Descrição do sangue periférico feita pelo laboratório: anisopoiquilocitose; macrocitose; policromatofilia; pontilhado basofílico e hipersegmentação neutrofílica. A principal hipótese diagnóstica é anemia:

- a) hemolítica extravascular
- b) ferropriva
- c) hemolítica intravascular
- d) megaloblástica

28. Paciente com quadro de microangiopatia trombótica sistêmica tem a medida da atividade da ADAMTS13 (*A Disintegrin And Metalloprotease with eight Thrombo Spondin-1-like*) < 10%. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) síndrome hemolítica urêmica atípica
- b) síndrome hemolítica urêmica
- c) púrpura trombocitopênica trombótica
- d) trombocitopenia induzida por heparina

29. Pode-se afirmar que, entre os métodos de imagem não invasivos, o que possui a maior acurácia para o diagnóstico de doença arterial coronariana é:

- a) PET-TC de perfusão miocárdica
- b) angio tomografia de artérias coronarianas
- c) ecocardiograma de estresse com dobutamina
- d) ressonância magnética de perfusão

30. Mulher, 47 anos, relata ter identificado “caroço” no pescoço há 6 meses. Sem comorbidades ou queixas no momento. Exame físico: nódulo de 2cm, móvel, elástico, em polo inferior de lobo direito da tireoide; sem linfadenomegalias associadas. Função tireoidiana normal. US de tireoide: parênquima tireoidiano normal, exceto pela presença de nódulo sólido e hipoecoico de 1,7cm em seu maior diâmetro em terço inferior do lobo direito, bem definido, mais largo do que alto e sem calcificações (ACR TI-RADS 4). Pode-se afirmar que a melhor conduta é:

- a) tireoidectomia parcial
- b) punção aspirativa por agulha fina guiada por US
- c) dosagem de calcitonina
- d) acompanhamento com nova US em 6 meses

31. Paciente com doença de *Hodgkin* procurou o setor de emergência com queixa de náuseas, desidratação e redução do volume urinário. Exames laboratoriais: Cr = 2,2 mg/dL; ureia = 150 mg/dL; fósforo = 6,8mEq/L; K⁺ = 6,0mEq/L; cálcio = 6 mg/dL e ácido úrico = 10,5 mg/dL. Diagnosticou-se síndrome de lise tumoral (SLT) e foi iniciado o tratamento adequado. Pode-se afirmar, sobre essa a síndrome, que:

- a) após a correção da disfunção renal e dos distúrbios hidroeletrólíticos, a ocorrência da SLT passa a ser uma contraindicação absoluta à reintrodução do protocolo de tratamento sistêmico que levou a sua ocorrência
- b) sua profilaxia não é possível, uma vez que ela é decorrente da interação das neoplasias com os tratamentos implementados, por isso sua ocorrência só pode ser suspeitada após o protocolo sistêmico ser instituído
- c) para prevenção da piora sustentada da disfunção renal, a alcalinização da urina é fundamental depois de hidratação venosa abundante e do uso de alopurinol
- d) a base do tratamento consiste em hidratação venosa vigorosa, alopurinol e correção de distúrbios hidroeletrólíticos; eventualmente, hemodiálise é necessária

32. Mulher, 56 anos, queixa-se que há um ano perdeu o terço distal das sobrelhas, em ambos os lados. Exame físico: infiltração do lóbulo das orelhas e placas eritemato-acastanhadas com a bordas infiltradas de tamanhos variados, localizadas no tronco e membros. Há redução de sensibilidade das lesões. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) hanseníase tuberculóide
- b) hanseníase virchowiana
- c) reação hansênica tipo 2
- d) hanseníase indeterminada

33. Mulher, 38 anos, há 4 semanas refere fadiga e artralguas em joelhos e ombros. Na última semana, evoluiu com lesões cutâneas sugestivas de eritema nodoso em membros inferiores. TC de tórax: adenomegalias hilares bilateral, paratraqueal direita e de mediastino anterior. Biópsia por mediastinoscopia: granuloma não caseoso e coloração para tuberculose e fungo negativas. Pode-se afirmar, a respeito da principal hipótese diagnóstica, que:

- a) a TC por emissão de pósitrons (PET-TC) é fundamental para acompanhar a resposta terapêutica ao corticosteroide
- b) o rastreo para hipertensão de artéria pulmonar deve ser realizado em todos os pacientes devido à alta prevalência
- c) níveis séricos elevados da enzima de conversão da angiotensina são altamente específicos
- d) arritmias ventriculares são, geralmente, multifocais, portanto não há indicação de ablação cardíaca

34. Pode-se afirmar que o critério considerado ideal para transplante hepático, nos casos de hepatocarcinoma, é a presença de:

- a) quatro nódulos de até, no máximo, 3cm de diâmetro
- b) três nódulos de até, no máximo, 3cm de diâmetro
- c) um nódulo de até, no máximo, 10cm de diâmetro
- d) um nódulo de até, no máximo, 6cm de diâmetro

35. Algumas doenças hereditárias monogênicas renais com variante genética patogênica já determinada podem ter seu fenótipo mimetizado por ação de fármacos que atuam diretamente nas mesmas proteínas. Pode-se afirmar que representa corretamente um fármaco, seus efeitos hidroeletrólíticos e uma doença hereditária com a mesma apresentação fenotípica, respectivamente:

- a) acetazolamida / hiperpotassemia, alcalose metabólica, hipertensão arterial sistêmica / acidose tubular renal proximal
- b) furosemida / hipopotassemia, acidose metabólica, hipotensão arterial sistêmica / síndrome de *Bartter*
- c) amiloride / hiperpotassemia, acidose metabólica, hipotensão arterial sistêmica / síndrome de *Liddle*
- d) hidroclorotiazida / hipopotassemia, alcalose metabólica, hipotensão arterial sistêmica / síndrome de *Gitelman*

36. Pode-se afirmar que, dentre os pacientes a seguir listados, o que tem maior potencial em desenvolver cardiotoxicidade e insuficiência cardíaca relacionada a quimioterapia é:

- a) mulher, 40 anos, com de taquicardia supraventricular em uso de inibidores de *check point*
- b) homem, 50 anos, com DM em uso de inibidores de HER2 e radioterapia associada
- c) homem, de 70 anos, com infarto agudo do miocárdio prévio utilizando ciclofosfamida
- d) mulher, 75 anos, em uso de antraciclina e realizando radioterapia associada

37. Pode-se afirmar que a melhor medicação imunobiológica, bloqueadora específica do fator de necrose tumoral (anti-TNF), indicada idealmente em mulheres grávidas com doença de *Crohn*, em razão de não atravessar a barreira placentária é:

- a) certolizumabe
- b) infliximabe
- c) adalimumabe
- d) vedolizumabe

38. Homem, 68 anos, que já apresentou um episódio de cólica biliar não complicada, tem indicação de colecistectomia eletiva por cálculos na vesícula. No momento, assintomático. É hipertenso controlado com losartana. Refere apendicectomia aos 25 anos, sem intercorrências. Na consulta para

avaliação do risco cirúrgico, exame físico normal. Radiografia de tórax e ECG em repouso normais; hemograma, glicemia e bioquímica, normais. Coagulograma: tempo de atividade da protrombina (TAP) = 11 segundos; índice internacional normalizado (INR) = 0,96; tempo de tromboplastina parcial ativado (PTTa) = 46 segundos (paciente)/31 segundos (controle); relação paciente/controle= 1,48. Pode-se afirmar que, neste momento, a conduta mais adequada é:

- a) liberá-lo para realizar o procedimento cirúrgico com a orientação de prescrição intraoperatória de plasma fresco congelado
- b) realizar pesquisa de anticoagulante lúpico e dos fatores da coagulação da via extrínseca
- c) solicitar pesquisa de anticardiolipinas e dosagem de todos os fatores da coagulação
- d) solicitar pesquisa de anticoagulante lúpico e dos fatores da coagulação da via intrínseca

39. Homem, 42 anos, é admitido no setor de emergência após episódio de mal súbito em treinamento militar. Exame físico: sonolento; desidratado; mialgia difusa e com urina escura. Exames laboratoriais: creatinoquinase (CK) = 12.000 UI/L. Pode-se afirmar que no tratamento desse quadro é necessário:

- a) administrar bicarbonato de sódio venoso quando há hipocalcemia e acidose metabólica
- b) indicar furosemida venosa em todos os casos após um bolus inicial de 20mL/kg de ringer lactato
- c) hidratação venosa precoce e agressiva, podendo-se chegar a reposição de 10L/dia
- d) indicar imediatamente hemodiálise devido aos níveis séricos de CK observados neste caso

40. Mulher, 75 anos, com febre, adinamia, anorexia e emagrecimento. Exames laboratoriais: anemia de doença crônica e velocidade de hemossedimentação (VHS) aumentada. Evoluiu com dores na musculatura das cinturas escapular e pélvica, de forte intensidade acompanhada de rigidez matinal de uma hora. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) polimialgia reumática
- b) artrite reumatoide
- c) polimiosite
- d) espondiloartrite

41. Homem, 70 anos, com dor óssea, hepatoesplenomegalia, espessamento cutâneo e ginecomastia. Radiografias ósseas: várias lesões escleróticas. Eletroforese de proteínas: pico monoclonal. Pode-se afirmar que um “achado” característico no exame neurológico desse paciente seria:

- a) mononeurite múltipla
- b) radiculopatia
- c) neuropatia periférica
- d) ganglionopatia

42. Homem, 35 anos, apresenta diagnóstico recente de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e tuberculose pulmonar (baciloscopia positiva). Pode-se afirmar que o melhor tratamento para esse paciente deve ser com:

- a) antirretrovirais e tuberculostáticos concomitantemente
- b) antirretrovirais e aguardar duas semanas para tratamento de tuberculose
- c) tuberculostáticos e aguardar o fim do tratamento para iniciar antirretrovirais
- d) tuberculostáticos e aguardar duas semanas para início dos antirretrovirais

43. Mulher, 24 anos, refere cansaço progressivo nos últimos 4 meses. Exame físico: palidez cutaneomucosa e abdome discretamente doloroso. Exames laboratoriais: hemoglobina (Hb) = 7,0g/dL; leucócitos = 2.000/mm³ e plaquetas = 25.000/mm³. US com *Doppler* de abdome: trombose parcialmente recanalizada da veia porta com aspecto subagudo; características do fígado normais. A paciente é encaminhada a um hematologista que realiza uma biópsia de medula óssea, onde se observou aplasia da medula óssea. A principal hipótese diagnóstica e o exame específico mais adequado a ser solicitado

Mulher, 37 anos, altura = 160cm:

- a) hemoglobinúria paroxística noturna / imunofenotipagem leucocitária
- b) trombofilia / pesquisa da mutação do gene da protrombina
- c) trombofilia / imunofenotipagem leucocitária
- d) leucemia aguda / imunofenotipagem leucocitária

44. Menino, 15 anos, apresenta abalos generalizados, mioclônicos, que ocorrem principalmente ao acordar. A pediatra explica à família que os abalos podem ser desencadeados pela privação de sono e que este tipo de epilepsia, o tipo mais comum na adolescência, na maioria das vezes, responde bem ao anticonvulsivante apropriado. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) síndrome de *West*
- b) síndrome de *Lennox-Gastaut*
- c) epilepsia mesial temporal
- d) epilepsia mioclônica juvenil

45. A *Miastenia Gravis* é uma doença da junção neuromuscular que se caracteriza por fraqueza e fadigabilidade dos músculos esqueléticos. Pode-se afirmar que ela decorre de:

- a) diminuição de acetilcolina na membrana pós-sináptica
- b) diminuição de acetilcolina na membrana pré-sináptica
- c) aumento de acetilcolina na membrana pós-sináptica
- d) aumento de acetilcolina na membrana pré-sináptica

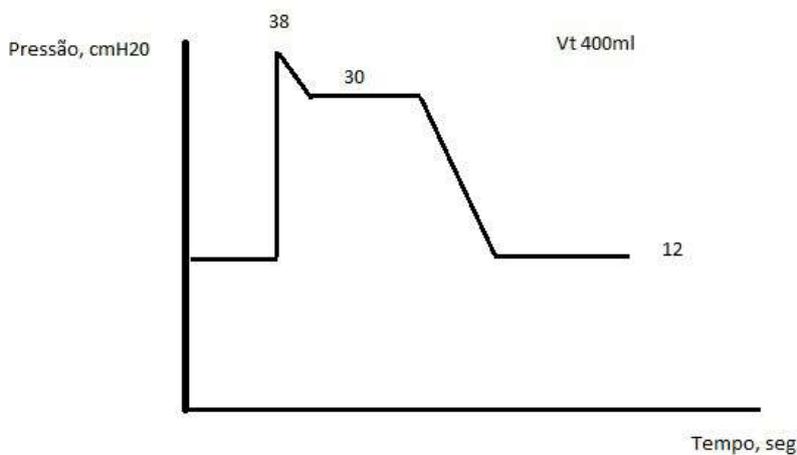
46. Pode-se afirmar que o principal benefício da ressecção do linfonodo sentinela em pacientes com câncer de pele é:

- a) encurtar o tempo de recuperação desses pacientes
- b) melhorar o prognóstico desses pacientes
- c) reduzir a necessidade de dissecação linfática radical
- d) diminuir o custo do seu tratamento

47. Mulher, 72 anos, com DM há 15 anos, sem uso de insulina, relata urina “espumosa”. Exames laboratoriais: taxa de filtração glomerular = 20 mL/min/1,73m² ; albuminúria = 350 mg/g na amostra de urina. Pode-se afirmar que, entre os estágios de doença renal crônica, ela se encontra no:

- a) G5 e A2
- b) G4 e A3
- c) G3 e A3
- d) G2 e A2

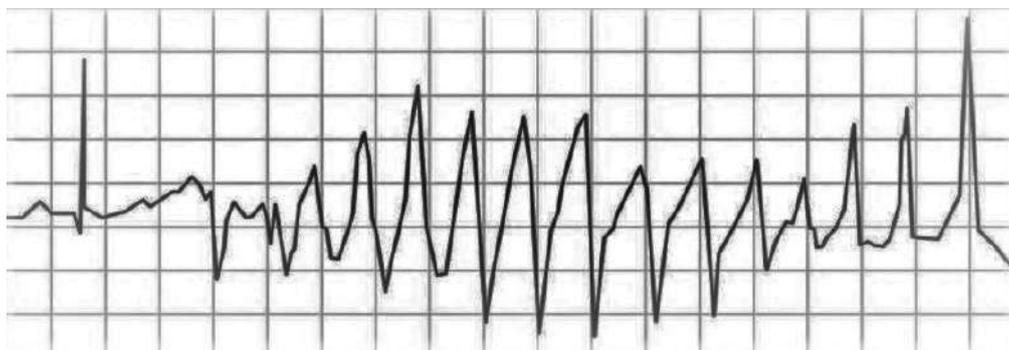
48. Mulher, 37 anos, está internada na unidade de tratamento intensivo (UTI) após politrauma (atropelamento). Sob ventilação mecânica, apresenta o padrão de curva a seguir na monitorização da mecânica pulmonar:



Pode-se afirmar que a complacência estática do sistema respiratório é:

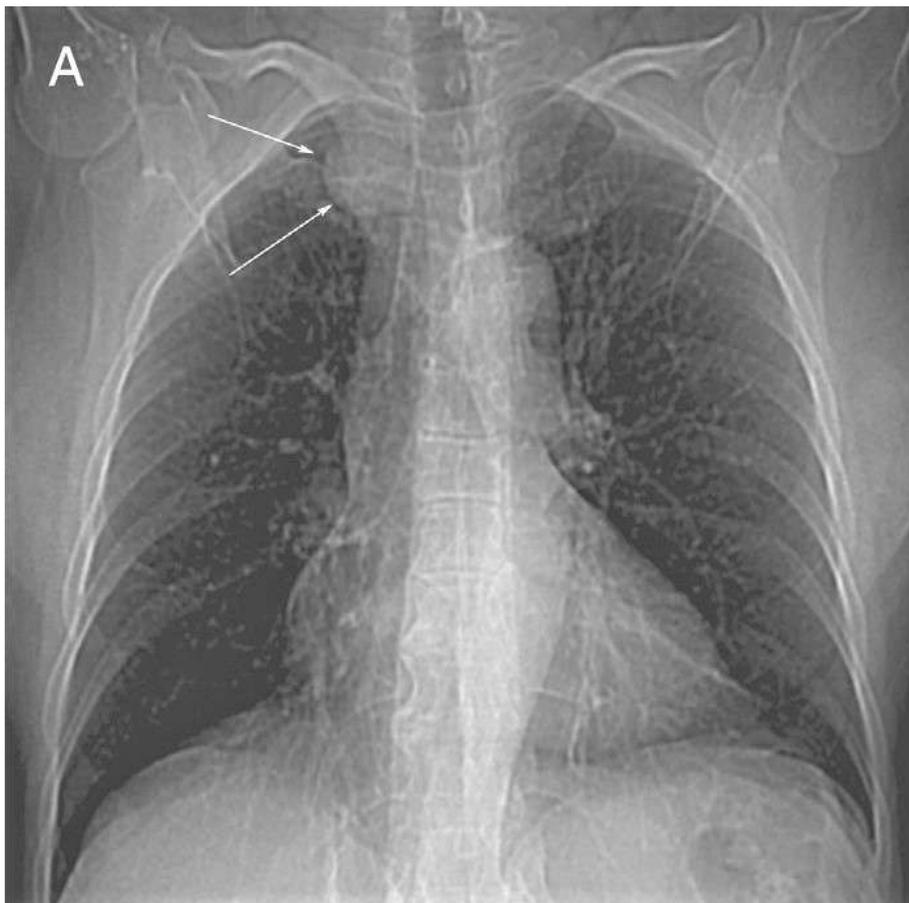
- a) 22mL/cmH₂O
- b) 25mL/cmH₂O
- c) 33mL/cmH₂O
- d) 13mL/cmH₂O

49. Pode-se afirmar que a condição pré-existente associada a arritmia observada é:



- a) intervalo PR prolongado
- b) intervalo QT prolongado
- c) hipertrofia ventricular esquerda
- d) bloqueio do ramo esquerdo

50. Homem, 68 anos, apresentou a alteração assinalada no escanograma de tórax.



Nesse contexto, analise as afirmativas a seguir:

I) Os “achados” clínicos de miose e ptose palpebral, enoftalmia e anidrose aumentariam a possibilidade de tumor de *Pancoast*.

II) A TC do tórax não seria útil para avaliação da densidade da lesão apical e da sua relação com as estruturas adjacentes.

III) Este tumor representa um tipo diferenciado do estágio III da doença.

Pode-se afirmar que está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s):

- a) I e III
- b) I
- c) II
- d) II e III