



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 17/2017

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO REUMATOLOGIA

DATA: 26/11/2017

HORÁRIO: das 08 às 10 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✎ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ✎ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✎ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta ou azul, escrita grossa.**
- ✎ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

01. Na suspeita de hipertensão renovascular, é correto afirmar, EXCETO:
- (A) A hipertensão resistente levanta a suspeita do diagnóstico.
 - (B) Na presença de alta probabilidade do diagnóstico, a arteriografia renal é o teste definitivo.
 - (C) Em pacientes jovens com doença fibromuscular, a angioplastia é pouco efetiva.
 - (D) Na estenose de artéria renal aterosclerótica, a colocação de *stent* não é superior à terapia medicamentosa.
 - (E) Drogas moduladoras do sistema renina angiotensina aldosterona são bem indicadas para o controle dos níveis pressóricos.
02. Na miocardiopatia hipertrófica obstrutiva, os fatores abaixo podem aumentar o gradiente intraventricular, EXCETO:
- (A) estimulação simpática.
 - (B) digoxina.
 - (C) batimento pós-extrassistólico.
 - (D) manobra de valsalva.
 - (E) beta-bloqueadores.
03. Em relação à febre reumática, é CORRETO afirmar:
- (A) Os salicilatos influenciam o curso natural da doença.
 - (B) O uso de corticoides previne ou minimiza o dano cardíaco.
 - (C) A ceftriaxona é o agente de escolha para erradicar a infecção estreptocócica.
 - (D) A recorrência dos surtos é mais comum nos acometidos de cardite no episódio inicial.
 - (E) A eritromicina pode ser a opção nos alérgicos à penicilina.
04. Em relação à pericardite inflamatória aguda, é correto afirmar, EXCETO:
- (A) A etiologia tuberculosa é incomum em nosso meio.
 - (B) O lúpus eritematoso sistêmico pode ser um fator etiológico.
 - (C) Dentre as drogas etiológicas, o minoxidil é um dos agentes.
 - (D) A forma urêmica pode apresentar-se de maneira assintomática.
 - (E) A forma mixedematosa deve-se ao hipotireoidismo.
05. No tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, assinale a opção que contém todas as drogas que aumentam a sobrevida:
- (A) digoxina – furosemida
 - (B) lisinopril – bisoprolol
 - (C) propatilnitrato – hidroclorotiazida
 - (D) losartana – furosemida
 - (E) hidralazina – hidroclorotiazida
06. Um paciente do sexo masculino com 62 anos, jornalista, natural de Teresina (PI), diabético e hipertenso há 10 anos, comparece à consulta para controle metabólico. Ele faz uso de valsartana 160mg + anlodipina 5mg e metformina 1,5g/dia. Ao exame físico, o I.M.C. = 32Kg/m² e a P.A. = 130x90mmHg. Sua glicemia em jejum = 170mg/dl, glicemia pós-prandial = 260mg/dl e a hemoglobina glicada =8,3%. A alternativa terapêutica mais adequada considerando o perfil do paciente é:
- (A) Associar uma insulina basal.
 - (B) Aumentar a dose da metformina para 2,55g/dia.
 - (C) Associar um análogo de GLP-1.
 - (D) Associar pioglitazona.
 - (E) Associar uma sulfonilureia.
07. Uma paciente do sexo feminino com 33 anos faz uso de Metimazol para tratamento de Doença de Graves há 18 meses. Ao exame, apresenta tireoide discreta e difusamente aumentada mas não apresenta oftalmopatia. Seus últimos exames revelam TSH=0,9mcUI/ml (normal 0,35-4,7), T4 livre=1,3ng/dl (normal 0,7-1,8) e T3=118ng/dl (normal 70-220), Anti-TPO negativo e TRAb =129UI/L (normal < 1,75). A opção CORRETA é:

- (A) Se o hipertireoidismo não recidivar após 24 meses de suspensão do metimazol, pode-se considerá-la curada.
- (B) Considera-se remissão da Doença de Graves a ocorrência de TSH, T4L e T3 normais por pelo menos 1 ano após suspensão do antitireoideano.
- (C) O tratamento deverá ser mantido no mínimo 24 meses pelo risco de elevada taxa de recidiva após a suspensão.
- (D) As chances de remissão neste caso são baixas porque se trata de paciente do sexo feminino com função tireoideana normal, sem doença ocular e com TRAb positivo.
- (E) Todas as opções estão incorretas.
08. Uma mulher de 43 anos de idade é encaminhada com suspeita clínica de Síndrome de Cushing. Relatava ganho ponderal (20Kg) nos últimos 12 meses, além de oligomenorreia. Apresentava-se com I.M.C. =33,2Kg/m², P.A. = 150x90mmHg (em uso de valsartana + anlodipina), hirsutismo de face, giba dorsal, cintura=90cm e ausência de estrias. O cortisol às 8 horas era 16,4mcg/dl (normal 5-25), cortisol após supressão noturna com 1mg de dexametasona = 6,4mcg/dl, cortisol após supressão com 0,5mg de dexametasona 6/6 horas por 48 horas = 1,6mcg/dl. O ACTH era 18,4pg/ml (normal 5-46). O diagnóstico mais provável é:
- (A) Obesidade.
- (B) Tumor adrenal secretor de cortisol.
- (C) Síndrome de Cushing exógena.
- (D) Síndrome de ACTH ectópico.
- (E) Doença de Cushing.
09. Uma mulher de 46 anos de idade, com I.M.C. = 23,9Kg/m² e sintomas de deficiência estrogênica (fogachos noturnos, insônia, fadiga física e psíquica) procura assistência médica. Foi submetida a histerectomia há 2 anos por miomas múltiplos. Sem história de Câncer de mama ou doença cardiovascular. Apresenta FSH = 43,2UI/L, Estradiol = 22,0 pg/ml, glicemia em jejum = 96mg/dl, Triglicerídeos = 325mg/dl, Colesterol total = 210mg/dl, LDL colesterol = 124mg/dl e Densitometria óssea com osteopenia em coluna lombar. A melhor opção terapêutica para esta paciente é:
- (A) Estradiol transdérmico diário + progesterona natural micronizada via oral por 7-10 dias por mês.
- (B) Estradiol transdérmico contínuo.
- (C) Contraceptivo oral contínuo.
- (D) Estradiol oral contínuo.
- (E) Estrogênios conjugados + medroxiprogesterona 5 dias /mês.
10. Uma mulher de 53 anos de idade, com I.M.C.=26,2Kg/m², sem história familiar de doença arterial coronariana, realizou exames de rotina: Colesterol total=404mg/dl, LDL colesterol=320mg/dl. HDL colesterol 40mg/dl e Triglicerídeos=220mg/dl. A glicemia em jejum=102mg/dl, a hemoglobina glicada=5,7%, T4 livre=0,52ng/dl (normal 0,7-1,8) e TSH=64mcUI/ml(normal 0,35-5,5). A melhor opção terapêutica para o caso é:
- (A) Iniciar ciprofibrato ou fenofibrato.
- (B) Iniciar rosuvastatina.
- (C) Iniciar fenofibrato + rosuvastatina.
- (D) Iniciar levotiroxina.
- (E) Iniciar rosuvastatina + fenofibrato + levotiroxina.
11. Representa uma glomerulonefrite mediada por imunocomplexos circulantes.
- (A) Doença anti-MBG (membrana basal glomerular).
- (B) lesão mínima.
- (C) nefrite lúpica.
- (D) nefropatia da amiloidose.
- (E) glomerulonefrite membranosa.
12. Costuma cursar com proteinúria superior a 3,5 g/dia/1,73m²:
- (A) Doença renal policística do adulto.
- (B) Nefrite intersticial aguda.
- (C) Nefroesclerose hipertensiva.
- (D) Glomeruloesclerose segmentar focal.
- (E) Glomerulonefrite difusa aguda.

13. Com relação à Glomerulopatia Membranosa, NÃO é correto afirmar:
- (A) Síndrome nefrótica é uma apresentação ocasional.
 - (B) Anticorpos anti-receptor da fosfolipase A2 podem estar presentes.
 - (C) Pode ser secundária ao lúpus.
 - (D) É menos frequente na infância.
 - (E) Pode estar associada à hepatite C.
14. Uma mulher de 50 anos de idade, portadora de enfermidade crônica há 20 anos, apresenta quadro de deficiência visual, síndrome nefrótica e polineuropatia periférica. Ela mais provavelmente tem
- (A) Doença de Berger.
 - (B) Síndrome de Alport.
 - (C) Lesão mínima.
 - (D) Glomerulosclerose nodular intercapilar.
 - (E) Glomerulonefrite pós-infecciosa.
15. Característica que sugere menos o diagnóstico de doença renovascular:
- (A) Simetria e tamanho renal preservados ao ultrassom.
 - (B) Insuficiência Renal surgida com a supressão do sistema renina angiotensina.
 - (C) Hipertensão Arterial antes dos 30 anos, sem fator de risco.
 - (D) Hipertensão Arterial resistente à terapêutica.
 - (E) Hipertensão Arterial de Início abrupto em idosos.
16. Em relação ao uso e à aplicabilidade dos testes de função pulmonar, é INCORRETO afirmar:
- (A) Investigação diagnóstica em pacientes com tosse crônica (> 8 semanas).
 - (B) Investigação diagnóstica em pacientes com dispneia crônica.
 - (C) Estabelecimento de condição funcional, prognóstico e resposta terapêutica em pacientes com doença intersticial pulmonar. Nesse contexto, o volume expiratório do primeiro segundo (VEF1) é a variável mais útil.
 - (D) Detecção de anormalidades funcionais em doenças sistêmicas como colagenoses e doenças neuromusculares.
 - (E) Detecção de bronquiolite obliterante em receptores de transplantes pulmonar e de medula.
17. Em relação ao teste tuberculínico (PPD), é INCORRETO afirmar:
- (A) O amplo programa de vacina BCG não alterou o valor diagnóstico do exame
 - (B) Um PPD reator forte indica que o paciente tenha sido infectado por alguma micobactéria em um passado recente ou remoto.
 - (C) O PPD pode mostrar-se falso negativo nas formas graves de tuberculose, em presença de desnutrição severa, doenças anergizantes e em tratamentos que deprimem a imunidade celular.
 - (D) A alta prevalência de micobactérias ambientais não tuberculosas (MNT), em zonas tropicais e subtropicais, ao infectar indivíduos normais, podem determinar reações cruzadas, falsamente positivas ao PPD.
 - (E) Um PPD reator forte em paciente menor de 5 anos, não vacinado, basta para fazermos o diagnóstico de primo-infecção ativa, aparente ou inaparente.
18. Em relação ao tratamento da asma, é INCORRETO afirmar:
- (A) Os corticoides sistêmicos são medicamentos de 1ª linha no tratamento das exacerbações moderadas ou graves de asma.
 - (B) A definição diagnóstica e a avaliação do impacto da asma são fundamentais no manejo da doença.
 - (C) Os corticosteróides inalados em baixa dose são medicamentos de escolha para o início do tratamento de manutenção da asma.
 - (D) O uso recorrente de corticoide em crianças pode causar eventos adversos severos.
 - (E) A budesonida usada em aerosolterapia não pode ser adicionada ao ipratrópio ou fenoterol.

19. São indicações de quimioprofilaxia no manejo da tuberculose, EXCETO:
- (A) Contato de enfermos bacilíferos não conversores recentes do PPD.
 - (B) Contato de casos bacilíferos, infectados pelo *M. tuberculosis*.
 - (C) Portadores de lesão radiológica residual de origem tuberculosa.
 - (D) Silicose.
 - (E) Tratamento com anti-TNF- alfa.
20. Considerando as características da pneumonia relacionada aos cuidados de saúde, é INCORRETO afirmar:
- (A) Acomete residentes em asilo ou tratados em sistema de internação domiciliar.
 - (B) Pacientes que receberam antibioticoterapia IV, ou quimioterapia nos 30 dias precedentes à atual infecção.
 - (C) Pacientes em terapia renal substitutiva.
 - (D) Pacientes que foram internados em caráter de urgência por 2 dias ou mais nos 90 dias antes da infecção
 - (E) Ocorre em indivíduos em uso de ventilação mecânica há mais de 48 h
21. Sobre os linfomas não Hodgkin, assinale a opção INCORRETA.
- (A) No Linfoma folicular, um tipo raro de linfoma indolente, é frequente o envolvimento da medula óssea.
 - (B) A apresentação clínica mais evidente do linfoma de zona marginal esplênico é a esplenomegalia que pode trazer sintomas compressivos associados a citopenias.
 - (C) Entre os Linfomas tipo MALT, o mais comum é o gástrico e sua etiologia está associada à presença da bactéria *Helicobacter pylori*.
 - (D) O Linfoma de Células T do Adulto está associado à infecção pelo retrovírus HTLV-I.
 - (E) O Linfoma Difuso de Grandes Células B é o subtipo de linfoma mais frequente e clinicamente o paciente se apresenta com doença rapidamente progressiva.
22. Em relação às anemias hemolíticas hereditárias, é INCORRETO afirmar:
- (A) A maioria dos indivíduos com deficiência de G6PD permanece assintomática durante toda a vida.
 - (B) O excesso de ferro nos pacientes talassêmicos tem duas origens: maior absorção intestinal e o ferro liberado das hemácias recebidas nas transfusões.
 - (C) A retinopatia é mais frequente em pacientes com hemoglobinopatia SC do que nos pacientes com anemia falciforme (SS).
 - (D) A esplenectomia está indicada em todos os pacientes com esferocitose hereditária, proporcionando remissão completa.
 - (E) Em pacientes com anemia falciforme, a complicação osteoarticular mais comum é a necrose asséptica da cabeça do fêmur, mas pode acometer outras regiões, como corpos vertebrais e cabeça do úmero.
23. Situações nas quais se pode suspeitar de Púrpura Trombocitopênica Trombótica:
- (A) Paciente com febre, manifestações neurológicas, pancitopenia e contagem de reticulócitos baixa.
 - (B) Paciente com manifestações neurológicas, plaquetopenia e anemia hemolítica com coombs direto positivo.
 - (C) Paciente com anemia, plaquetopenia e prolongamento dos Tempos de Protrombina (TAP) e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPA).
 - (D) Paciente com febre, anemia hemolítica com esquizócitos e plaquetopenia.
 - (E) Paciente com manifestações neurológicas, febre, disfunção renal, anemia hemolítica com coombs direto positivo e plaquetopenia.
24. Paciente com pancitopenia e esplenomegalia (baço palpável a 6 cm do rebordo costal esquerdo) pode apresentar as patologias abaixo, EXCETO:
- (A) Tricoleucemia.
 - (B) Leucemia Linfóide Aguda.
 - (C) Doença de Gaucher.
 - (D) Anemia Aplásica.
 - (E) Calazar.

25. Homem, 30 anos, diagnosticado com leucemia mieloide crônica, apresenta-se com queixa de dor em hipocôndrio esquerdo e plenitude pós-prandial, com baço palpável a 7 cm do rebordo costal esquerdo e o seguinte hemograma: Hemoglobina = 11 g/ dl; VCM = 88; Leucócitos = 100 mil (Blastos: 4 %; Promielócito: 6 %; Mielócito:10%; Metamielócito:7 %; Bastão: 18%; Segmentado: 30%; Eosinófilo: 9%; Basófilo: 5%; Monócito: 3 %; Linfócito: 8%); plaquetas 900.000. Assinale a opção CORRETA.
- (A) A presença de basofilia e trombocitose indicam que a doença está em fase acelerada.
 - (B) O paciente tem blastos no sangue periférico o que indica que a doença encontra-se em crise blástica.
 - (C) O cariótipo do paciente demonstra a presença da translocação cromossômica recíproca t(8,21).
 - (D) O mesilato de imatinibe, um inibidor específico da tirosinocinase, é capaz de induzir resposta hematológica, citogenética e molecular no paciente.
 - (E) O transplante de células tronco hematopoiéticas é o tratamento de escolha para o paciente.
26. A presença de neutropenia e esplenomegalia em um paciente soropositivo com artrite reumatoide de longa duração sugerem
- (A) Síndrome de Caplan.
 - (B) Síndrome de Felty.
 - (C) Síndrome de Sjögren.
 - (D) Síndrome de Budd-Chiari.
 - (E) Vasculite reumatoide.
27. Todas as três linhas de células sanguíneas podem ser afetadas pelo lupus eritematoso sistêmico. As contagens baixas da série vermelha podem ser devidas às seguintes condições, EXCETO:
- (A) Anemia de doença crônica (mais comum).
 - (B) Anemia hemolítica autoimune.
 - (C) Hemorragia.
 - (D) Hipertensão pulmonar.
 - (E) Insuficiência renal.
28. Com base nos critérios de New York modificados, achado que é condição *sine qua non* para a classificação da espondilite anquilosante estabelecida é:
- (A) Dor e rigidez na região lombar baixa há mais de três meses que melhoram com a atividade física, mas não são aliviadas com repouso.
 - (B) Evidência radiográfica de sacroileite.
 - (C) Limitação da mobilidade da coluna lombar nos planos sagital e frontal.
 - (D) Limitação da expansibilidade torácica a 2,5cm ou menos, conforme medição no nível do quarto espaço intercostal.
 - (E) Presença de HLA-B27.
29. Em pacientes com síndrome de Sjögren com resquício de função das glândulas salivares, as opções terapêuticas preferidas são pilocarpina oral e cevimeлина. Nos pacientes com intolerância ou contraindicações a esses fármacos, uma alternativa pode ser:
- (A) colchicina.
 - (B) ciclofosfamida.
 - (C) hidroxicloroquina.
 - (D) agentes biológicos, principalmente inibidores do fator de necrose tumoral.
 - (E) N-acetilcisteína.
30. Sobre os nódulos reumatoides, é INCORRETO afirmar:
- (A) Ocorrem em 20 a 35% dos pacientes com artrite reumatoide (AR).
 - (B) Geralmente são indolores, firmes à palpação e têm diâmetro igual ou menor que 1cm.
 - (C) Estudos epidemiológicos recentes demonstraram que os pacientes fumantes com AR estão mais sujeitos a desenvolver esses nódulos.
 - (D) Os paciente com fator reumatoide fracamente positivo com nodulose tendem a ter prognóstico mais desfavorável.
 - (E) Nos pacientes acamados, os nódulos podem desenvolver-se no sacro, na tuberosidade isquiática, na região occipital do couro cabeludo ou nas bordas da escápula.

31. Paciente 70 anos, hipertenso e tabagista, foi levado ao pronto-atendimento por familiares com história de ter iniciado há pouco mais de 24h quadro agudo de alteração na fala e fraqueza no lado direito do corpo. O quadro foi precedido por cefaleia com náusea e vômito. Ao exame físico: PA 210x120mmHg, paciente vigil, consciente, disártrico (disartria leve), hemiparético à direita (hemiparesia grau 4). O exame que deve ser solicitado de imediato no pronto-atendimento é:
- (A) Tomografia computadorizada do crânio sem contraste.
 - (B) Tomografia computadorizada do crânio com contraste.
 - (C) Angiorressonância cerebral.
 - (D) Angiografia digital.
 - (E) Doppler de carótidas e vertebrais.
32. Migrânea é uma importante causa de cefaleia recorrente, muitas vezes incapacitante devido à intensidade das crises, ocasionando importante impacto no dia-a-dia dos seus portadores, como falta à escola ou ao trabalho e redução da produtividade. São medicações utilizadas rotineiramente no tratamento profilático da migrânea, EXCETO:
- (A) Propranolol.
 - (B) Topiramato.
 - (C) Divalproato de sódio.
 - (D) Selegilina.
 - (E) Flunarizina.
33. Com relação à Doença de Parkinson idiopática, considere as afirmações:
- I. Rigidez, tremor de repouso e bradicinesia são considerados achados cardinais da doença;
 - II. O tremor de repouso geralmente se inicia de forma simétrica nos membros;
 - III. Sintomas não-motores, como depressão, hiposmia e alteração comportamental do sono, podem preceder os sintomas motores;
 - IV. O exame de ressonância magnética do encéfalo é fundamental para o diagnóstico;
 - V. Quadro demencial ocorre nas fases precoces da doença.

Estão CORRETAS as afirmações:

- (A) Somente I, II e III.
 - (B) Somente I, II e IV.
 - (C) Somente I, II, IV e V.
 - (D) Somente I e III.
 - (E) Somente II e III.
34. Paciente sexo masculino, 20 anos, sem comorbidades, deu entrada no pronto-atendimento com quadro de fraqueza muscular e parestesias nos membros inferiores de caráter progressivo e ascendente. Há relato de febre e diarreia 15 dias antecedendo o quadro atual. Ao exame físico: Taquicardia, tetraparesia flácida, hipoestesia padrão “bota e luva”. Foi estabelecida hipótese diagnóstica de polirradiculoneuropatia inflamatória aguda (síndrome de Guillain-Barré). Com relação a esta patologia, analise as afirmações:
- I. Os reflexos tendinosos, de forma característica, apresentam-se reduzidos ou abolidos;
 - II. Imunoglobulina endovenosa ou plasmaférese são as principais opções terapêuticas;
 - III. Pulsoterapia com corticoide é uma importante alternativa de tratamento na fase aguda;
 - IV. Exame do líquido com dissociação proteíno-citológica (elevação das proteínas e celularidade normal) é um achado característico dessa doença;
 - V. Tomografia computadorizada do crânio é uma importante ferramenta no diagnóstico diferencial.

Estão CORRETAS as afirmações:

- (A) Apenas I e II.
- (B) Apenas I, II e III.
- (C) Apenas II e IV.
- (D) Apenas I, II, IV e V.
- (E) Apenas I, II e IV.

35. Em consulta neurológica, uma paciente do sexo feminino de 45 anos referiu queixa de fraqueza muscular, engasgos frequentes, visão dupla e queda das pálpebras (ptose). Também referiu que os sintomas eram melhores de manhã e pioravam ao longo do dia, com dificuldade para escovar os dentes, subir escadas, pentear os cabelos, em decorrência de acentuada fadiga. Os exames laboratoriais foram normais. A partir do quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica para o caso em questão é:
- (A) Esclerose múltipla.
 - (B) Esclerose lateral amiotrófica.
 - (C) Polimiosite.
 - (D) Distrofia muscular.
 - (E) Miastenia gravis.
36. Paciente do sexo masculino, 26 anos, proveniente de sua residência, chega ao serviço médico com história de febre e tosse seca, de início há aproximadamente 3 dias. Ao exame físico, estava emagrecido, taquipneico (frequência respiratória de 40 irpm), com cianose de extremidades. Ausculta cardíaca: ritmo regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Ausculta pulmonar: sibilos discretos bilaterais. Saturação de O₂ de 69%. Pressão arterial: 110x 80mmHg. Frequência cardíaca: 96 bpm. O médico plantonista solicitou teste rápido para HIV, que se mostrou reagente. O RX de tórax realizado na entrada era o seguinte:



<https://infectotropical.wordpress.com/2016/10/16/>

O médico plantonista então iniciou tratamento clínico específico imediatamente e encaminhou o paciente para a UTI. A conduta inicial não foi modificada pelo intensivista e, após 72 horas, o paciente já apresentava melhora clínica e a frequência respiratória estava em 28irpm, sem necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Diante da história descrita, pode-se afirmar que a medicação iniciada pelo plantonista e que reverteu o quadro clínico do paciente foi:

- (A) Rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol.
 - (B) Sulfametoxazol + trimetoprim.
 - (C) Carvedilol + furosemida.
 - (D) Meropenem + vancomicina.
 - (E) Levofloxacina + Nebulização com fenoterol.
37. “No começo eu apresentei febre muito alta, com calafrios muitas dores no corpo. Percebi então que meus pés estavam inchando e muito quentes e vermelhos. No dia seguinte meu corpo ficou todo empolado e eu já não conseguia caminhar de tanta dor. A febre desapareceu no quarto dia, mas as dores permaneceram muito intensas, principalmente nos meus ombros, tornozelos e pés. Fiquei acamada e com movimentos limitados por causa da dor. Consegui voltar às minhas atividades normais depois de 15 dias que tudo começou, mas sempre com uma dor ainda incômoda nos tornozelos e pés. Até hoje, depois de quase 5 meses do início, se fico muito tempo de pé, os tornozelos ainda incham e doem. Nem posso mais calçar os sapatos de salto como antes, porque as dores aumentam. Agora só uso sapatilhas e sandálias”. (AMS, feminino, 65 anos)

De acordo com a história relatada pela senhora, pode-se afirmar que o que a acomete é:

- (A) Dengue.
- (B) Zika.
- (C) Chikungunya.

- (D) Febre amarela.
- (E) Febre do Oeste Do Nilo.

38. Paciente do sexo feminino, 32 anos, procura serviço médico de infectologia encaminhada pelo clínico da sua cidade, dizendo estar com hepatite B. Refere não ter sintoma algum e que os exames foram realizados porque seu esposo tem diagnóstico recente de hepatite B. Veio com os seguintes exames em mãos:

HBsAg	Não reagente
ANTI-HBc IgM	Não reagente
ANTI-HBc total	Reagente
HBeAg	Não reagente
ANTI-HBe	Não reagente
ANTI-HBs	Reagente

Com base nos exames, pode-se dizer que a paciente:

- (A) Está na fase pré-sintomática da hepatite B.
 - (B) Está na fase aguda da hepatite B.
 - (C) Tem hepatite B crônica.
 - (D) Tem imunidade para hepatite B após infecção.
 - (E) Tem imunidade para hepatite B após vacinação.
39. A patogênese da pneumonia relacionada à assistência à saúde envolve a interação entre patógeno, hospedeiro e outras variáveis epidemiológicas. O risco de pneumonia aumenta com a necessidade de ventilação mecânica. São medidas recomendadas para a prevenção de pneumonias associadas a assistência à saúde:
- (A) Manter o paciente em decúbito elevado e preferir ventilação mecânica não invasiva à invasiva.
 - (B) Preferir intubação nasotraqueal à orotraqueal e não utilizar sonda enteral.
 - (C) Manter o *cuff* do tubo desinsuflado e manter o paciente em posição supina reta.
 - (D) Não realizar higiene oral no paciente e preferir intubação orotraqueal à nasotraqueal.
 - (E) Preferir ventilação mecânica invasiva à não invasiva e manter o *cuff* do tubo insuflado em pressão máxima.
40. Mulher de 35 anos relata constipação crônica desde a adolescência. Refere uma evacuação a cada 5 dias, com fezes Bristol 2. Nega perda ponderal, sangramento digestivo, comorbidades e histórico familiar de câncer. O exame inicial recomendado para essa paciente é:
- (A) Ileocolonoscopia.
 - (B) Defecograma.
 - (C) Manometria anorretal.
 - (D) Tempo de Trânsito colônico.
 - (E) Clister Opaco.
41. O consenso de Roma VI definiu uma série de recomendações para o diagnóstico e tratamento dos distúrbios gastrointestinais funcionais. De acordo com os critérios de Roma VI, o tratamento de primeira linha para a síndrome do desconforto pós-prandial da dispepsia funcional é o uso de:
- (A) Pró-cinéticos.
 - (B) Bloqueadores H2.
 - (C) Antiespasmódicos.
 - (D) Inibidores da bomba de prótons.
 - (E) Antidepressivos.
42. Homem de 40 anos, com relato de hematêmese e melena, realiza endoscopia digestiva alta na urgência. O endoscopista descreve a existência de lesão ulcerada em antro gástrico. Não foi mais observado sangramento ativo, mas ainda era possível visualizar vaso sanguíneo roto na base da ulceração. A classificação de Forrest, para esse paciente, é:
- (A) Forrest Ia
 - (B) Forrest Ib
 - (C) Forrest IIa
 - (D) Forrest IIb
 - (E) Forrest IIc

43. Homem de 35 anos refere que, há cerca de 2 dias, vem apresentando quadro de dor em andar superior do abdome, de forte intensidade, associado a vômitos. Ao exame físico, apresenta abdome globoso e doloroso à palpação, mas sem sinais de defesa peritoneal. A frequência cardíaca é 110 bpm e a frequência respiratória é de 25 irpm. Encontra-se desidratado ++/4+ e icterícia +/4+. Apresenta os seguintes exames laboratoriais iniciais: Leucócitos - 18.500; bastões - 5%; Glicose - 230; TGO - 300; TGP - 160; Ureia – 65. Com relação a este caso, é CORRETO afirmar:
- (A) Os achados do exame abdominal são típicos de volumoso pseudocisto pancreático.
 - (B) A principal causa do quadro clínico do paciente é o uso abusivo de álcool.
 - (C) O valor da amilase maior que 3 vezes o normal confirma o diagnóstico de pancreatite aguda.
 - (D) O primeiro exame a ser realizado pelo paciente deve ser a colangiorressonância.
 - (E) A leucocitose confirma a existência de necrose infectada neste caso.
44. Pólipos em vesícula podem ser precursores de adenocarcinoma de vesícula. São indicações de colecistectomia em pacientes com pólipos de vesícula, EXCETO:
- (A) Vesícula em porcelana.
 - (B) Idade menor que 30 anos.
 - (C) Colangite esclerosante primária.
 - (D) Litíase biliar maior que 3 cm.
 - (E) Pólipo maior que 1 cm.
45. Paciente masculino, 52 anos, portador de diabetes tipo II, dislipidemia e tabagismo é internado com abdome agudo, operado de emergência e submetido a uma colectomia esquerda. Condição que predispõe este paciente à lesão renal aguda é:
- (A) Laparotomia exploradora, cirurgia de emergência e dislipidemia.
 - (B) Idade acima de 40 anos, laparotomia exploradora e cirurgia de emergência.
 - (C) Idade acima de 40 anos, diabetes melitus e laparotomia exploradora.
 - (D) Tabagismo, idade acima dos 40 anos e laparotomia exploradora.
 - (E) Diabetes melitus, cirurgia de emergência e tabagismo.
46. Paciente mulher, 30 anos, deu entrada no serviço de emergência com quadro de dispneia aguda. Em investigação complementar, realizou TC de Tórax que não evidenciou embolia pulmonar, mas observou-se uma dilatação da aorta ascendente de 3,8 cm. Todas as condições abaixo estão relacionadas a este achado, EXCETO:
- (A) Sífilis.
 - (B) Arterite de Takayasu.
 - (C) Arterite de células gigantes.
 - (D) Arterite reumatoide.
 - (E) Lúpus Eritematoso Sistêmico.
47. Paciente mulher, 52 anos, foi internada com rebaixamento do nível de consciência e hiponatremia. É causa de hiponatremia isovolêmica:
- (A) Hperproteinemia.
 - (B) Uso abusivo de diuréticos.
 - (C) Secreção inapropriada de ADH.
 - (D) Diarreia aguda.
 - (E) Insuficiência Cardíaca.
48. NÃO é uma causa de acidose metabólica com anion gap aumentado:
- (A) Acidose tubular renal distal.
 - (B) Acidose láctica.
 - (C) Cetoacidose diabética.
 - (D) Intoxicação por metanol.
 - (E) Uremia.

49. Paciente masculino, portador de insuficiência cardíaca em uso de aldactone, deu entrada no serviço de emergência com dispnéia, hipercalemia ($K = 6,6 \text{ mEq/L}$) e eletrocardiograma normal. A conduta é:
- (A) Glicoinsulinoterapia.
 - (B) Gluconato de cálcio.
 - (C) Resina de troca.
 - (D) Salbutamol.
 - (E) Furosemida endovenosa.
50. Paciente de 23 anos, sexo feminino, casada, vendedora, apresentando há 8 dias quadro de febre de até $38,5^\circ \text{ C}$, sem calafrios associados, além de dores articulares e mal estar. Ao exame físico, não há manifestação de artrite. Observa-se erupção cutânea papular difusa e indolor envolvendo também regiões palmares e plantares, além de placas mucosas em cavidade oral e lesões em comissura labial, todas iniciadas também há 8 dias. Com base na história clínica e nas características das lesões, a hipótese diagnóstica mais provável para esta paciente é:
- (A) Rubéola.
 - (B) Varicela.
 - (C) Dengue.
 - (D) Sífilis.
 - (E) Chikungunya.