

1. Um homem de 45 anos, apresenta história de aproximadamente um ano de perda progressiva da visão associada perda da capacidade de perceber odores. Não se lembra qual o olho mais afetado, mas disse que antes tinha visão de túnel. Uma semana antes da internação, começou a apresentar soluços persistentes que limitava a ingestão de alimentos. Na fundoscopia foi observada palidez do nervo óptico direito e papiledema no olho esquerdo, mas não foram visualizadas hemorragias retinianas, o restante do exame físico estava normal. Entre as situações abaixo, o provável diagnóstico é:
- a) Doença de Refsum
 - b) Rinite associada a polipose nasal
 - c) Síndrome de Kallmann
 - d) Síndrome de Foster Kennedy
 - e) Síndrome de Sjogren
2. Todo indivíduo com 40 anos ou mais de idade e com história de exposição a fatores de risco para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC (tabaco, biomassa, vapores ou poeira ocupacional), ainda que assintomático deve ser avaliado. Para estabelecer o diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é necessária a realização de:
- a) radiografia do tórax em inspiração e expiração máximas com sinais de hiperinsuflação.
 - b) gasometria arterial com saturação de oxigênio < 92%
 - c) espirometria com resultado de VEF1/CVF < 0.70 e persistente após broncodilatador.
 - d) capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO) diminuída.
 - e) índice BODE > 4
3. A Hipertensão Arterial Resistente (HAR) é definida como a pressão arterial (PA) de consultório não controlada apesar do uso de três ou mais anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo se preferencialmente um diurético, ou em uso de quatro ou mais medicamentos com controle pressórico. As causas secundárias são comuns na HAR. A causa secundária mais prevalente é:
- a) hiperaldosteronismo primário
 - b) estenose da artéria renal
 - c) Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS)
 - d) doença renal crônica
 - e) hipotireoidismo
4. A doença de Wilson é uma hepatopatia incomum, mas seu diagnóstico apresenta grande impacto, uma vez que há tratamento específico disponível, comprovadamente eficaz e sem o qual é invariavelmente fatal. Dentre os pacientes abaixo é MENOR a probabilidade da existência dessa doença no/na:
- a) adolescente de 18 anos que tem icterícia, dor abdominal, prurido, colúria, febre, relação fosfatase alcalina / AST > 3.0
 - b) menina de 14 anos que tem insuficiência hepática fulminante e um exame oftalmológico com lâmpada de fenda normal.
 - c) homem de 25 anos de idade internado com sintomatologia polimorfa típica das afecções dos gânglios da base, associada a manifestações psiquiátricas e elevação das enzimas hepáticas..
 - d) mulher de 29 anos de idade com hepatite crônica, varizes de esôfago e coloração positiva com rodanina na biopsia hepática.
 - e) homem de 42 anos que apresenta poliúria, acidose tubular renal, hipopotassemia e rabdomiólise.
5. Considere as afirmativas a seguir, relacionadas a infecção urinária.
- I. Na atualidade menos de 50% dos episódios de infecção urinária não complicada em mulheres são causadas pela Escherichia coli.
 - II. Em mulheres na pós-menopausa, o estrogênio oral é mais efetivo que o intravaginal na redução do risco de ITU recorrente.
 - III. A prostatite crônica bacteriana é geralmente tratada com antibióticos por 30 dias. A fluoroquinolona é normalmente a terapia de primeira linha.
 - IV. Os polimorfismos no gene do receptor específico de interleucina-8 CXCR'1 estão associados a um aumento da suscetibilidade.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a) I e II
 - b) I, II e IV
 - c) I e III
 - d) III e IV
 - e) II e IV

6. Em uma consulta de rotina você detecta em mulher de 32 anos um sopro de ejeção 2+/6+, mais intenso 2º espaço intercostal esquerdo, com desdobramento fixo e amplo de B2, além de impulsões sistólicas na borda esternal esquerda. Você suspeita de uma comunicação interatrial (CIA). Os pulsos carotídeos são palpáveis e simétricos. O restante do exame físico é normal. Se sua suspeita estiver correta, dentre os itens a seguir o que tem menor probabilidade de estar presente é:
- um eletrocardiograma com complexos QRS de morfologia rsR'
 - uma radiografia do tórax normal
 - rítmo cardíaco irregular, pois pode haver fibrilação atrial associada
 - rufar mesodiastólico presente na borda esternal inferior esquerda.
 - aumento do átrio direito no ecocardiograma
7. Um homem de 68 anos no 2º dia de pós-operatório de cirurgia biliopancreática, queixa-se de câimbras, dores musculares e prostração. No exame clínico ele está consciente, orientado, sem déficits motores, estável hemodinamicamente, ausculta cardíaca e pulmonar sem anormalidades significativas; após avaliação minuciosa foram observados abalos musculares. Ocorreu drenagem de 2.200ml de líquido gástrico pela sonda nasogástrica nas últimas 24 horas. Os resultados de gasometria arterial: pH= 7,62; PaCO₂= 40mmHg; bicarbonato real (BR) = 37mM/L; BE= +8,0. Dosagem de ureia e creatinina normal. O(s) distúrbio(s) acidobásico(s) apresentado(s), outros exames importantes e conduta, respectivamente, são:
- alcalose metabólica isolada – dosagem de potássio e cloro – solução salina + cloreto de potássio
 - alcalose metabólica e respiratória – dosagem de glicose e magnésio – solução salina
 - alcalose metabólica e acidose metabólica – dosagem de lactato e amilase – solução salina + cloreto de potássio
 - alcalose metabólica isolada – dosagem de glicose e magnésio – solução de ringer simples
 - alcalose metabólica e acidose respiratória – dosagem de lactato e Dímero-d – suplementação de oxigênio e enoxiparina
8. Um homem de 60 anos com histórico de diabetes tipo 2 há 15 anos, em uso de glicazida 30mg, 2 x dia e metformina 1g 2 x dia, durante consulta de rotina é diagnosticada hipertensão arterial, os valores de ureia, creatinina são normais, sua hemoglobina glicada 7,0%, o exame de urina rotina normal, e a microalbuminúria é 24mg nas 24 horas. Foi medicado com enalapril 20mg/dia. No seu retorno após 30 dias, houve um aumento significativo nos níveis de ureia e creatinina, no exame de urina rotina presença de glicosúria ++, sem hematúria e leucocitúria. A causa mais provável, nesse caso, é:
- Nefrite intersticial aguda
 - Nefropatia diabética
 - Insuficiência renal pré-renal
 - Trombose da veia renal
 - Estenose da artéria renal
9. Uma mulher de 35 anos de idade, é encaminhada ao ambulatório de neurologia apresentando sintomas comportamentais, psiquiátricos, cognitivos e de disfunção de memória com evolução de 6 meses. Ela tem antecedente de tumor de ovário há 5 anos, foi submetida a cirurgia e tratamento quimioterápico. Seus exames laboratoriais incluindo função tireoidiana, renal, hepática, CA-125 e eletrólitos são normais. Após realização de ressonância magnética do crânio e estudo do LCR, é realizado o diagnóstico de encefalite límbica de origem autoimune. Doentes com anticorpos dirigidos contra antígenos específicos podem ter apresentações particulares de encefalite límbica. O anticorpo associado com tumores do ovário, e que tem uma apresentação rápida e dramática, como nessa paciente é:
- Anti-Yo (PCA-1)
 - Anti-nAChR
 - anti-NMDA
 - Anti-CV2/CRMP-5
 - Anti-LGI1
10. Uma mulher com 50 anos de idade necessita iniciar tratamento para trombose venosa profunda com cumarínico. Todas as combinações de drogas abaixo podem potencializar o efeito desses medicamentos, aumentando o risco de sangramento, **EXCETO**:
- Antifúngicos azólicos - Carbamazepina
 - Omeprazol - Cimetidina
 - Ranitidina - Losartana
 - Amiodarona - Fluoxetina
 - Metronidazol - Rifampicina

- 11.** Uma mulher de 60 anos está na UTI em pós-operatório de colectomia esquerda devido diverticulite complicada. Como ela não apresenta peristalse efetiva, um cateter intravenoso foi instalado há 6 dias para que ela recebesse líquidos e nutrição parenteral. A temperatura da paciente eleva-se para 39,5°C no nono dia de pós-operatório. Nenhuma fonte de infecção é aparente, de modo que se inicia o tratamento com piperacilina-tazobactam em dose plena. No dia seguinte, duas hemoculturas coletadas separadamente demonstram o crescimento de *Acinetobacter baumannii*. Entre as alternativas abaixo o antibiótico que **NÃO** seria apropriado nesta situação é:
- a) Sulfametoxazol-trimetropin
 - b) Cefepime
 - c) Sulbactam
 - d) Amicacina
 - e) Polimixina B
- 12.** Considere as afirmativas a seguir, relacionadas ao tratamento das fases iniciais do choque:
- I. Em geral a ressuscitação volêmica é iniciada para todos os pacientes com 1 a 1,5 litros de solução de ringer com lactato e volumes adicionais são realizados com solução fisiológica (NaCl a 0.9%).
 - II. A dobutamina é uma catecolamina sintética utilizada como primeira opção para pacientes em choque.
 - III. A noradrenalina por causar vasoconstricção renal e diminuição da filtração glomerular não é recomendada como primeira opção para pacientes que permanecem hipotensos após reposição volêmica.
 - IV. O uso de dopamina se associa a maior incidência de taquiarritmias e maior mortalidade quando comparada com a noradrenalina, não sendo mais a primeira opção para restauração rápida da PAM
 - V. A vasopressina pode ser indicada no choque séptico, nos pacientes que persistem hipotensos com doses moderadas de noradrenalina e iniciaram a hidrocortisona.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a) I e II
 - b) I e IV
 - c) II e V
 - d) III e V
 - e) IV e V
- 13.** Um homem, com 55 anos de idade, procura o serviço de urgência por causa de dor epigástrica súbita com intensidade 8, numa escala de 0 a 10, em que 10 indica a dor mais severa, acompanhada de náuseas e vômitos, que vem piorando nas últimas 18 horas. Ele nega ingestão alcoólica, mas fuma 10 cigarros por dia e tem diabetes melito tipo 2 há 6 anos, fazendo uso regular de metformina 500mg 3 x dia. No último ano apresentou episódios semelhantes com menor intensidade sem relação com a alimentação. No exame abdome existe dor á palpação superficial e profunda no quadrante superior direito e discreta rigidez epigástrica, sinal de Jobert negativo, espaço de Traube livre, ruídos hidroaéreos discretamente diminuídos. A temperatura axilar é de 38,5°C, ele corado, anictérico e hemodinamicamente estável. Nesse caso é correto afirmar que:
- a) penetração de uma úlcera duodenal para o pâncreas.
 - b) a história negativa para ingestão alcoólica descarta pancreatite.
 - c) é provável que seja uma úlcera péptica perfurada e está indicada endoscopia de urgência.
 - d) é improvável que exista colecistite aguda, pois não existe icterícia.
 - e) é provável que seja um quadro de colecistite aguda e está indicada uma ultrassonografia abdominal de urgência.
- 14.** A alteração mais importante das fibras musculares com o processo de envelhecimento é:
- a) Um aumento de fibras do tipo I e perda de fibras do tipo II
 - b) Um aumento de fibras do tipo II e perda de fibras do tipo I
 - c) Redução apenas do tamanho da fibra do tipo I
 - d) Aumento de fibras do tipo I e II
 - e) Uma conversão líquida de fibras tipo I em tipo II
- 15.** Todas as condições a seguir são características da policondrite recorrente, **EXCETO**:
- a) Condrite auricular bilateral
 - b) Episclerite e esclerite
 - c) Fenômeno de Raynaud
 - d) Artrite
 - e) Deformidade em sela da cartilagem nasal

- 16.** Paciente de 37 anos, sexo masculino, pesando 84 kg, deu entrada na unidade de emergência em virtude de acidente automobilístico. Ao exame físico apresentou múltiplas lesões em tórax e abdômen, com sinais clínicos de fratura femoral esquerda, há perda de consciência. Recebeu primeiro atendimento no local do acidente, não sendo observado obstrução de vias aéreas. Em relação a resposta metabólica sistêmica ao trauma, é correto afirmar que:
- a) o processo de liberação insulínica e consequente gliconeogênese, como mecanismo de produção energética, ocorrerá somente após as primeiras 24 horas pós-trauma.
 - b) hormônios como aldosterona, insulina, TSH, T3 e T4 são liberados de forma imediata como tentativa de manutenção volumétrica e de energia necessária para os processos imunológicos/inflamatórios de defesa orgânica.
 - c) anorexia e perda ponderal estão relacionadas exclusivamente à liberação de citocinas como a IL-4 e IL-10 e representam uma forma de resposta imediata do sistema imune ao trauma.
 - d) procedimentos como laparotomia induzem maiores alterações metabólicas quando comparadas a técnicas como a videolaparoscopia.
 - e) cirurgias como a laparotomia não influenciam liberação de hormônios como a aldosterona pois o controle da volemia não depende da ação desse hormônio.
- 17.** A Síndrome de Crohn é uma doença inflamatória que pode afetar qualquer porção do aparelho digestivo, mas em geral é clinicamente caracterizada por sintomas gerais como dores abdominais, diarreia, febre e perda ponderal. A patogenia é multifatorial, e incluem fatores ambientais, imunológicos, microbianos e genéticos. Na evolução clínica do processo, quais dos sintomas abaixo estão relacionados a apresentação fibroestenotante da doença:
- a) perda ponderal e diarreia
 - b) diarreia sanguinolenta ou purulenta
 - c) dilatação acelerada do cólon
 - d) oclusão ou suboclusão do intestino
 - e) presença de abscessos perianais
- 18.** Paciente de 32 anos de idade, procedente de Recife-PE, procura atendimento médico apresentando sintomas de cefaléia intensa retroorbital, febre, mialgia, exantema morbiliforme e dores articulares. Sua pressão arterial é de 120x80 mmHg com pulsação de 80 bpm, temperatura de 37° C. Baseado na sintomatologia clínica, quais das alternativas abaixo mais se adequa aos possíveis diagnósticos a serem considerados:
- a) Dengue, febre Chikungunya, infecção pelo vírus Zika
 - b) Malária, dengue e febre amarela
 - c) Infecção pelo vírus Zika, febre Chikungunya, malária
 - d) Dengue e infecção pelo vírus Zika
 - e) Dengue e malária
- 19.** O pulso paradoxal é sintoma comumente característico e associado a:
- a) persistência do canal arterial
 - b) insuficiência aórtica
 - c) prolapso valvar mitral com regurgitação
 - d) insuficiência cardíaca congestiva
 - e) pericardite constrictiva
- 20.** Na hanseníase, os quadros reacionais podem ocorrer antes, durante ou após o início do tratamento poliquimioterápico. Em relação a estes quadros clínico-evolutivos da doença, é correto afirmar que:
- a) a reação do tipo I ou reação reversa está associada a um aumento súbito dos mecanismos relacionados à imunidade humoral.
 - b) o eritema nodoso hansênico pode ocorrer em decorrência de uma síndrome de reconstituição imune em pacientes com AIDS que iniciaram o tratamento antiretroviral.
 - c) intumescimento e dor espontânea ou à palpação dos troncos nervosos são sintomas sugestivos de neurite aguda.
 - d) no eritema nodoso hansênico o acometimento é limitado à pele, e está representado por pápulas, nódulos e placas eritematosas e dolorosas.
 - e) o fenômeno de Lúcio está relacionado à hanseníase de Lúcio e à hanseníase tuberculóide.

- 21.** Em relação às doenças auto-imunes é correto afirmar que:
- a** a polimiosite é mais frequente em pacientes brancos e podem evoluir primordialmente sob a forma infantil e a forma adulta.
 - b** no lúpus eritematoso discóide, fenômenos de auto-agressão podem ser corroborados pelo depósito de complemento, IgG, IgA e IgM na junção dermoepidérmica.
 - c** a endocardite de Libman-Sacks abacteriana está relacionada predominantemente ao lúpus eritematoso discóide.
 - d** o lúpus eritematoso sistêmico é uma doença eminentemente de homens brancos na segunda a sexta década de vida.
 - e** a doença do enxerto versus hospedeiro está associada a transplante de medula óssea onde os anticorpos do doador reagem contra os tecidos do receptor.
- 22.** Dentre as seguintes condições clínicas, as que estão relacionadas a um quadro de Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva são:
- a** Granulomatose de Wegener e Síndrome de Churg-Strauss
 - b** Nefropatia diabética e Granulomatose de Wegener
 - c** Nefropatia por IgA, Granulomatose de Wegener
 - d** Amiloidose e Síndrome de Alport
 - e** Glomerulonefrite Difusa Aguda Pós-Infecciosa e Amiloidose
- 23.** Paciente de 17 anos, com história de crise convulsiva e afebril. Os familiares informam que o paciente nunca apresentou quadro semelhante e negam uso de algum tipo de medicamento e drogas. Não há história familiar pregressa de epilepsia. Na avaliação clínica do paciente, o mesmo apresentou-se afebril, pressão arterial de 120x80 mmHg, 80 bpm, sem sinais meningeos. O neurologista conclui que se tratou de crise convulsiva tônico-clônica clássica com convulsão generalizada. Solicitado eletroencefalograma e ressonância nuclear magnética que não identificou alterações. Frente a este quadro, a conduta mais adequada é:
- a** Solicitar tomografia computadorizada
 - b** Exame de líquido
 - c** Clonazepam 0,5 mg 3 vezes/dia
 - d** Observação e acompanhamento
 - e** Difenilhidantoína 3 a 4 mg/kg/dia
- 24.** Paciente do sexo masculino, 32 anos, ribeirinho, evolui a óbito após apresentar quadro febril com dores no corpo e mal estar, acompanhado de icterícia, fenômenos hemorrágicos em conjuntiva ocular e gengivas, com insuficiência renal e hepática. Dos itens abaixo, o que melhor corresponde ao provável diagnóstico da doença e seu principal achado histopatológico é:
- a** Hantavirose, necrose médio-zonal no fígado.
 - b** Dengue hemorrágica, septos fibrosos porto-portais no fígado.
 - c** Febre amarela, necrose médio-zonal no fígado.
 - d** Infecção pelo Zika Virus, glomerulonefrite necrosante do rim.
 - e** Malária, congestão e necrose hepática confluyente.
- 25.** A tireotoxicose é um estado hipermetabólico associado a níveis elevados circulantes de T3 e T4 livres, podendo evoluir associada a hiper ou hipotireoidismo. Das condições abaixo, a que associa-se mais comumente a esta condição clínica com quadro de hipertireoidismo é:
- a** Tireoidite granulomatosa de Quervain
 - b** Tireotoxicose por ingestão exógena de tiroxina ou tireotoxicose factícia
 - c** Teratoma ovariano com tireóide ectópica
 - d** Bócio multinodular hiperfuncionante
 - e** Tireoidite linfocítica aguda
- 26.** Tem-se observado que cerca de 10% dos pacientes que apresentam quadro de pancreatite aguda não se associam a nenhum outro processo patológico, ou é denominada comumente de idiopática. Evidências crescentes têm apontado para uma base genética associada a quadro de pancreatite recorrente sem causa aparente. Das possíveis alterações genéticas abaixo, as que podem estar associadas a este quadro de pancreatite é:
- a** alteração da função da p53
 - b** mutação pontual de KRAS
 - c** mutação nos genes do tripsinogênio catiônico (PRSS1) e inibidores de tripsina (SPINK1)
 - d** alterações do gene CDKN2A/p16
 - e** Nenhuma das alternativas acima

- 27.** Sobre a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), é correto afirmar que:
- acometimento dermatológico é raro na síndrome de soroconversão.
 - lesões dermatológicas extensas, dolorosas, ulceradas, com mais de 30 dias, localizadas geralmente em regiões anorretais e genitais estão associadas à infecção secundária pelo HPV.
 - infecções bacterianas como a norcardiose, salmoneloses disseminadas e micobacterioses atípicas como as causadas pelo *Mycobacterium leprae* são infecções oportunistas clássicas definidoras de AIDS.
 - linfomas relacionados à aids podem ser divididos, de acordo com sua localização, em 3 grupos distintos: sistêmicos, primário do sistema nervoso central, linfomas das cavidades corporais.
 - o HIV é a causa viral primária e preponderante do sarcoma de Kaposi associado à AIDS.
- 28.** Paciente apresenta avaliação de colesterol com os seguintes resultados: Colesterol Total de 140 mg/dl, Colesterol HDL 29 mg/dl, Colesterol LDL 70 mg/dl, Colesterol VLDL 25 mg/dl. Segundo a V Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os fatores que podem contribuir para a correção dos valores de colesterol para níveis adequados são:
- Fumo, Estatinas, Progesterona, Dieta gordurosa
 - Bebida alcoólica, Fenofibrato, Atividade Física, Hormônio estrogênio
 - Rosuvastatina, Niacina, Dieta pobre em gordura, Hormônio estrogênio
 - Fenobribato, Gorduras insaturadas, Bebida alcoólica, Rosuvastatina
 - Propranolol, Bebida alcoólica, Atividade física, Niacina
- 29.** São causas de anemia normocrômica normocítica, hipocrômica microcítica e normocrômica macrocítica, respectivamente:
- anemia aplástica, anemia sideroblástica, anemia megaloblástica
 - anemia da insuficiência renal crônica, anemia hemolítica, anemia do hipotireoidismo
 - anemia induzida por fármacos, anemia sideroblástica, anemia ferropriva
 - talassemia, anemia de doença crônica, anemia megaloblástica
 - anemia ferropriva, anemia hemolítica, talassemia
- 30.** Em relação a fisiopatologia do diabetes melito tipos 1 e 2 é correto afirmar que:
- múltiplas populações de linfócitos, como os linfócitos T CD8+ citolíticos e linfócitos T CD4+ Th1, além de citocinas como o IFN- γ e TNF- α , foram implicadas na indução de lesão das células β das ilhotas na diabetes melito tipo 1.
 - o principal mecanismo subjacente à patogênese da diabetes melito tipo 2 são as disfunções das células T regulatórias (Treg) com perda da autotolerância aos autoantígenos das ilhotas.
 - insulite caracterizada por infiltração inflamatória de linfócitos e macrófagos são um achado característico na diabetes melito do tipo 2.
 - alterações genéticas ligadas ao MHC de classe I e II estão fortemente relacionadas à diabetes melito tipo 2.
 - autoanticorpos circulantes anti-insulina é um marcador característico na diabetes melito do tipo 2.
- 31.** O provável diagnóstico associado a quadro clínico caracterizado pela tríade constituída por: Granulomas necrosantes agudos que acometem o trato respiratório superior ou inferior ou ambos; Vasculite necrosante ou granulomatose de vasos pequenos ou médios; Glomerulonefrite necrosante focal, por vezes rapidamente progressiva (crescêntica) é:
- Granulomatose de Wegener
 - Síndrome de Churg-Strauss
 - Tromboangiíte obliterante ou doença de Buerger
 - Doença de Kawasaki
 - Poliarterite nodosa
- 32.** Mulher de 43 anos, sem outras queixas, compareceu ao atendimento ambulatorial com história de tosse seca há 2 semanas, sem outros sintomas ou achados de exame físico. Trouxe radiografia de tórax sem alterações. Não é fumante, nega exposição ocupacional, uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina ou episódios de infecções de vias aéreas recentes. As principais causas de tosse nessa situação são:
- tuberculose, gotejamento pós-nasal e doença do refluxo gastroesofágico
 - gotejamento pós-nasal, asma brônquica e doença do refluxo gastroesofágico
 - insuficiência cardíaca congestiva classe I, gotejamento pós-nasal e doença do refluxo gastroesofágico
 - bronquiectasia, tuberculose e doença do refluxo gastroesofágico
 - tuberculose, insuficiência cardíaca congestiva classe I e asma brônquica

- 33.** Paciente com dispneia dá entrada em serviço de emergência e recebe como diagnóstico provável Tromboembolia Pulmonar. A principal modalidade radiológica para confirmação do diagnóstico é:
- a) ressonância magnética contrastada do tórax
 - b) cintilografia pulmonar
 - c) angiotomografia de tórax
 - d) doppler dos membros inferiores
 - e) radiografia de tórax PA e perfil
- 34.** Homem de 38 anos, com palidez cutâneo-mucosa, esplenomegalia discreta e icterícia. Hemograma mostra Hb 8,1 g/dl e VCM = 92 fl. Considerando-se a hipótese de hemólise, assinale a alternativa CORRETA.
- a) O achado de haptoglobina sérica baixa é um marcador de hemólise extravascular.
 - b) Níveis elevados de desidrogenase sérica (DHL) sugerem hemólise.
 - c) A predominância de hiperbilirrubinemia direta reforça a hipótese de hemólise.
 - d) Reticulocitose sugere hemoglobinúria paroxística noturna.
 - e) Na presença de hemólise, o CHCM encontra-se reduzido.
- 35.** Uma paciente de 17 anos queixa-se de "olhos amarelados" e "urina escura" há uma semana. Seus pais, que são primos, referem que o jovem apresenta também piora do aproveitamento escolar e dificuldades para escrever nos últimos meses. Exames complementares mostraram os seguintes resultados: hemoglobina sérica 9,5 g/dL, VCM e HCM normais, AST 970 U/L (normal até 38 U/L), ALT 780 U/L (normal até 41 U/L), Fosfatase Alcalina 90 U/L (normal até 130 U/L), bilirrubina total 7,8 mg/dL (normal até 1,2 mg/dL), bilirrubina conjugada 1,2 mg/dL (normal até 0,4 mg/dL), anti-HCV negativo, HBsAg negativo, anti-HBc total negativo e anti-HAV total positivo, anti-HAV IgM negativo. Assinale a alternativa que contém o diagnóstico mais provável.
- a) Hepatite A
 - b) Doença de Wilson
 - c) Hepatite alcoólica
 - d) Intoxicação por paracetamol
 - e) Cirrose biliar primária
- 36.** Um paciente de 63 anos de idade, com história de infecção crônica pelo vírus da hepatite C, com escore MELD de 18, em uso de propranolol há 6 meses após a identificação de varizes esofágicas de médio calibre, é levado ao pronto socorro com relato de vários episódios de hematêmese nas últimas 24 horas. Neste contexto, a droga que está associada a impacto positivo na sobrevida é:
- a) Terlipressina
 - b) Octreotide
 - c) Somatostatina
 - d) Vasopressina
 - e) Vapreotide
- 37.** Homem de 74 anos, com IMC de 27,8 kg/m², é acompanhado na Unidade da Saúde para tratamento de hipertensão arterial com enalapril, 10 mg por dia. Estava bem controlado há anos, mas passou a apresentar PA = 160 x 90 mmHg repetidas vezes. O médico solicitou acompanhamento com nutricionista e atenção do agente de saúde. No período de 60 dias, perdeu 2 quilos e houve necessidade de aumento progressivo da medicação. Está tomando enalapril 20 mg, hidroclorotiazida 25 mg e atenolol 50 mg, com pulso de 54 bpm e PA=170x90 mmHg. A avaliação laboratorial de rotina é normal. Nesse caso, o médico deve:
- a) dosar catecolaminas e metanefrinas urinárias.
 - b) dosar atividade de renina plasmática.
 - c) manter a mesma orientação, a menos que a pressão sistólica atinja 180 mmHg ou a diastólica 100 mmHg.
 - d) solicitar Doppler de artérias renais.
 - e) aumentar a dose de atenolol.
- 38.** Dentre as doenças abaixo, a que cursa mais habitualmente com pulso paradoxal é:
- a) Tamponamento cardíaco
 - b) Insuficiência cardíaca diastólica
 - c) Insuficiência aórtica
 - d) Estenose mitral
 - e) Dissecção aórtica

- 39.** A fibrilação atrial é uma das arritmias mais comuns na prática clínica. Escolha a opção CORRETA para o seu tratamento inicial.
- a** A cardioversão elétrica deve ser sempre tentada nos casos que não respondem a medicação oral, independente do momento de início.
 - b** Na FA paroxística a anticoagulação oral é opcional, sendo importante uso de amiodarona para manter ritmo sinusal a maior parte do tempo.
 - c** Na FA aguda temos 24h para reversão para ritmo sinusal sem risco de formação de trombos intracavitários cardíacos.
 - d** Nos casos em que não souber o momento do início da arritmia, a anticoagulação e controle da frequência cardíaca são as condutas de escolha.
 - e** A propafenona não é um antiarrítmico indicado para os pacientes com cardiopatias e contra-indicação ao uso de amiodarona.
- 40.** Sobre as medicações utilizadas no tratamento do Diabetes Mellitus, a sequência que expressa a correlação correta é:
1. Inibidores do SGLT2
 2. Glitazonas
 3. Análogos do GLP1
 4. Inibidores da DPP-4
 5. Biguanidas
- são contra-indicadas em pacientes com Insuficiência Cardíaca classe funcional III ou IV da New York Heart Association.
 - agem reduzindo a resistência hepática à insulina.
 - infecções genitourinárias estão entre os seus principais efeitos colaterais.
 - aumentam a liberação de insulina na presença de glicose, reduzindo assim o risco de hipoglicemias.
 - a pancreatite aguda é um efeito colateral raro, mas potencialmente fatal.
- A sequência correta é:
- a** 1 – 5 – 3 – 4 – 2
 - b** 3 – 1 – 2 – 5 – 4
 - c** 4 – 3 – 2 – 1 – 5
 - d** 2 – 5 – 1 – 4 – 3
 - e** 5 – 2 – 1 – 4 – 3
- 41.** Sobre as disfunções tireoidianas, assinale a alternativa correta:
- a** a ingestão excessiva de hormônios tireoidianos e a Doença de Graves são as causas mais frequentes de hipertireoidismo e ambas podem cursar com a presença de bócio difuso e aumento de captação tireoidiana de iodo radioativo (RAIU) nas 24 horas.
 - b** as drogas antitireoidianas (propiltiouracil e metimazol) agem inibindo a tireoperoxidase tireoidiana, portanto representam o tratamento de escolha nos casos de tireotoxicose decorrente de Tireoidite Subaguda.
 - c** agranulocitose é um efeito colateral muito comum das drogas antitireoidianas e ocorre na maioria dos pacientes que as utilizam.
 - d** o diagnóstico de hipotireoidismo subclínico é confirmado pela presença de concentrações baixas ou suprimidas de TSH associadas a valores normais dos hormônios tireoidianos.
 - e** Na gravidez, a droga antitireoidiana de escolha é o propiltiouracil. O metimazol é proscrito no primeiro trimestre, visto a sua maior concentração transplacentária e sua associação com malformações congênitas como a aplasia cutis.
- 42.** Jovem de 24 anos, vítima de traumatismo de crânio após acidente de moto ao pilotar alcoolizado, dá entrada no pronto atendimento com abertura ocular a estimulação verbal, hemiplégico a direita, localiza estímulo de dor a esquerda e fala palavras incompreensíveis. A avaliação do nível de consciência é imprescindível neste momento. Segundo a Escala de Coma de Glasgow, a sua pontuação no momento desse exame é:
- a** 7
 - b** 8
 - c** 9
 - d** 10
 - e** 11
- 43.** Estivador de 32 anos com um quadro de artrite em joelho esquerdo há 2 dias, refere que há 10 dias apresentou um quadro de poliartralgia migratória assimétrica, milagia, exantema e febre, com melhora nos três últimos dias. O diagnóstico mais provável deste paciente é:
- a** artrite reumatóide
 - b** artrite gonocócica
 - c** espondilite anquilosante
 - d** artrite gotosa
 - e** lupus eritematoso sistêmico

44. São causas de Osteoporose Secundária, **EXCETO**:
- a) Uso de Anticonvulsivantes
 - b) Uso de Glicocorticóides
 - c) Acromegalia
 - d) Hiperparatireoidismo Primário
 - e) Cirrose Biliar Primária
45. Paciente de 76 anos com lentificação dos movimentos, rigidez plástica em dimídio esquerdo e hipomímia facial de início há 3 anos. Há 6 meses apresenta alterações da memória e da atenção. Perdeu-se na rua, próximo à sua casa. Ao exame apresenta bradicinesia, rigidez em membros de predomínio à esquerda, sem tremores e com comprometimento cognitivo. Com base no quadro descrito, o provável diagnóstico deste paciente é:
- a) Doença de Alzheimer
 - b) Doença de Parkinson
 - c) Demência vascular subcortical
 - d) Demência por Corpúsculos de Levy
 - e) Deficiência de Vitamina D
46. Um homem idoso é hospitalizado 3 semanas após terminar 33 sessões de tratamento radioterápico para carcinoma de cordas vocais. Ele refere fraqueza muscular progressiva. Ao exame físico emagrecido, acamado e consciente. A pressão arterial 110/70mmHg; a frequência de pulso 100 por minuto, afebril e anictérico. A ausculta cardíaca e pulmonar e o exame do abdome são normais. Há uma fraqueza demonstrável dos grupos musculares dos ombros e quadríceps. São observados os sinais de Chevostek e Trosseau. Os resultados dos exames laboratoriais iniciais são: sódio= 142mEq/l; potássio= 2,0mEq/l; Cloro= 109mEq/l; HCO₃⁻= 24 mEq/l; glicose: 104 mg/dl, cálcio= 6,8mg/dL; fósforo= 4.1mg/dL, ureia: 40 mg/dL; creatinina: 1.1mg/dL. Nas 24 horas seguintes, ele recebe cloreto de potássio, 200mEq por vias oral e intravenosa, e gluconato de cálcio intravenoso. Os sintomas e anormalidades eletrolíticas persistem. O exame abaixo melhor indicado nesse momento é:
- a) Dosagem sérica de magnésio
 - b) PTH intacto no sangue
 - c) Cistatina C plasmática
 - d) Cálcio na urina de 24 horas
 - e) Albumina sérica
47. Os medicamentos aprovados atualmente para tratamento da obesidade no Brasil são:
- a) Bupropiona, naltrexona e topiramato
 - b) Sibutramina, orlistate e liraglutida
 - c) Bupropiona, naltrexona e topiramato
 - d) Lisdexanfetamina, naltrexona e topiramato
 - e) Sertralina, dapagliflozina e metformina
48. Os novos anticoagulantes orais têm eficácia comprovada para o tratamento da trombose venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP) e prevenção de AVE isquêmico. Dos medicamentos atualmente disponíveis para uso clínico o inibidor direto da trombina é:
- a) Rivaroxabana
 - b) Apixabana
 - c) Edoxabana
 - d) Betrixibana
 - e) Dabigatrana
49. Um homem de 79 anos é internado com úlceras persistentes nas mãos que pioraram após desidratação. As lesões são dolorosas ao toque e à manipulação, com a ulceração estendendo-se até os tendões. Após a biópsia é estabelecido o diagnóstico de pioderma gangrenoso. Entre as alternativas abaixo todas estão associadas com o pioderma gangrenoso, **EXCETO**:
- a) Artrite reumatoide
 - b) Diabetes melito tipo 2
 - c) Doença intestinal inflamatória
 - d) Leucemia mieloide aguda
 - e) Leucemia de células pilosas
50. Um homem de 29 anos de idade procura o ambulatório de clínica médica queixando que sua urina fica escura toda vez que joga futebol. Ela nega sintomas articulares, febre ou prurido, mas se lembra de episódios semelhantes na adolescência. Ao exame físico, sua pressão arterial é normal, exceto pela presença de discreto sopro sistólico em área aórtica, não há edema. A ausculta pulmonar e o restante do exame físico é normal. O hemograma, CH50, complemento C3, ureia, creatinina e eletrólitos são normais. O FAN é positivo 1/40. O exame de urina mostra proteína+, 20 hemácias por campo e cilindros hemáticos. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:
- a) Glomeruloesclerose segmentar e focal
 - b) Nefrite lúpica
 - c) Nefropatia por IgA
 - d) Nefropatia membranoso tipo IV
 - e) Síndrome de Alport