

RESIDÊNCIA MÉDICA

2022

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

PROVA DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS

INSTRUÇÕES

1. Verifique se o Nº 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 9:30h às 11:30h), **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, com 10 (DEZ) 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. É indicação absoluta de punção lombar diagnóstica a suspeita de:

- a) hipertensão intracraniana
- b) neoplasia intracraniana
- c) carcinomatose meníngea
- d) hidrocefalia

2. Os critérios microscópicos no exame histopatológico para diferenciar o adenoma folicular do carcinoma folicular da tireoide são:

- a) invasão capsular e invasão vascular
- b) índice mitótico e invasão vascular
- c) invasão capsular e necrose
- d) índice mitótico e necrose

3. Mulher, 35 anos, com diabetes mellitus (DM) tipo 1 e doença renal crônica estágio IV. Exame físico: hipocorada 2+/4+; frequência cardíaca (FC) = 80bpm. Exames laboratoriais: hematócrito (Ht) = 27%; hemoglobina (Hb) = 9g/dL; cinética de ferro normal. A conduta mais adequada para o tratamento desta anemia é:

- a) suplementação de sulfato ferroso venoso
- b) iniciar terapia dialítica
- c) reposição de eritropoetina exógena
- d) realizar transfusão sanguínea

4. A melhor alternativa, não invasiva, para o diagnóstico de gastroparesia é:

- a) tomografia computadorizada (TC) do abdome
- b) ultrassonografia abdominal
- c) cintilografia de esvaziamento gástrico
- d) radiografia do abdome superior com contraste oral

5. Na escala de 0 a 5 de avaliação da força muscular, o grau 2 significa que o movimento:

- a) não é realizado e existe ausência de contração muscular
- b) avaliado está presente e o músculo consegue vencer a força da gravidade
- c) avaliado está presente, mas o músculo não consegue vencer a força da gravidade
- d) é realizado e o músculo consegue se contrair vencendo forte resistência

6. Homem, 78 anos, foi submetido a uma hemicolecomia direita e evoluiu com peritonite terciária. Iniciou-se nutrição parenteral total por acesso vascular central. Ele apresentou novo processo infeccioso, sendo isolado Candida albicans na hemocultura. A conduta terapêutica mais adequada é:

- a) manter o cateter venoso central e iniciar anfotericina B venosa
- b) retirar o cateter venoso central e aguardar 48 horas
- c) manter o cateter venoso central e iniciar fluconazol venoso
- d) retirar o cateter vascular e iniciar equinocandina

7. Mulher, 58 anos, com diagnóstico de cirrose pelo vírus da hepatite C (HCV), é admitida com dor abdominal, temperatura axilar (TA) = 38°C e desorientação. Faz uso regular de carvedilol (6,25mg; 2 vezes/dia), furosemida (40mg/dia) e espironolactona (100mg/dia). Exame físico: pressão arterial (PA) = 100x60mmHg e FC = 62bpm; abdome doloroso difusamente à palpação; ascite de grande volume; flapping e edema de membros inferiores (2+/4+). Exames laboratoriais: sódio = 131mEq/L; potássio = 3,2mEq/L; ureia = 85mg/dL; creatinina = 2,1mg/dL; Hb = 11,1g/dL; 10.100 leucócitos com 65% de neutrófilos; 58.000 plaquetas; índice internacional normalizado (INR) = 1,5; bilirrubina total = 2,1mg/dL; bilirrubina direta = 1,5mg/dL; albumina = 3,0g/dL. Paracentese diagnóstica: 350 células com 80% de polimorfonucleares; albumina = 0,9g/dL; glicose = 78mg/dL. A abordagem inicial mais adequada é:

- a) suspender diuréticos; iniciar albumina e aguardar resultado da cultura para definir início de antibioticoterapia
- b) suspender diuréticos; iniciar albumina e administrar ceftriaxone
- c) suspender diuréticos; iniciar infusão de terlipressina e administrar ceftriaxone
- d) utilizar diurético venoso associado à albumina e aguardar resultado da cultura para definir início de antibioticoterapia

8. Homem, 89 anos, com cefaleia temporal bilateral há 3 meses, que não o desperta durante a noite. Não é responsiva a analgésicos comuns e é acompanhada por sensibilidade do couro cabeludo ao pentear os cabelos, além de fadiga dos músculos da mastigação. Houve emagrecimento de 4kg neste período. Exames laboratoriais: Hb = 11g/dL e velocidade de hemossedimentação (VHS) = 115mm/h na 1ª hora. Pode-se afirmar que:

- a) este tipo de cefaleia tem caráter recorrente e melhora com a administração de oxigênio por cateter nasal ou máscara
- b) a melhora clínica acentuada com uso de corticosteroíde representa um dado adicional para embasar o diagnóstico deste paciente
- c) tumor de base de crânio com hipertensão intracraniana é o diagnóstico principal considerando a refratariedade da dor e a presença de sintomas constitucionais
- d) a apresentação descrita é sugestiva de neuralgia do trigêmeo devido a alteração da sensibilidade do couro cabeludo e por não responder a analgésicos comuns

9. Homem, 23 anos, com história de engasgos frequentes e pirose, relata um episódio recente de impactação alimentar em um churrasco, com resolução espontânea. História patológica pregressa: asma na infância e amigdalectomia. A conduta mais indicada na sequência e o achado que confirmará a hipótese diagnóstica mais provável, respectivamente, são:

- a) solicitar endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia de esôfago / exibição ≥ 15 eosinófilos por campo de grande aumento
- b) solicitar esofagomanometria de alta resolução / contrações repetitivas, prolongadas e de alta amplitude no esôfago distal
- c) pedir exame de sangue com hemograma e dosagem de

imunoglobulina E total / eosinofilia e aumento dos níveis de imunoglobulina E
d) não solicitar exame complementar e fazer teste de exclusão alimentar de leite e trigo / observação da melhora dos sintomas após 4 semanas de teste

10. Candidato à doação de sangue recebe notificação revelando que não poderá ser doador por apresentar teste anti-HCV positivo. A próxima, e mais adequada, medida a ser tomada é:

- a) repetir teste anti-HCV em seis meses e, caso positivo, iniciar tratamento com fármaco pan-genotípico
- b) pesquisar o genótipo do HCV para definir o tratamento adequado
- c) realizar elastografia hepática para avaliar estágio da fibrose
- d) realizar pesquisa do HCV-RNA para a confirmação da infecção pelo HCV

11. Mulher, 54 anos, realizando quimioterapia para tratamento de câncer de mama metastático com último ciclo há 6 dias. É internada por odinofagia de transição (que impede a ingestão de sólidos) e febre. O exame complementar imediato essencial para definição da conduta terapêutica mais adequada é:

- a) endoscopia digestiva alta
- b) cultura de secreção de orofaringe
- c) tomografia cervical
- d) hemograma completo

12. Homem, 66 anos, foi submetido à artroplastia total de quadril à direita. O procedimento durou 80 minutos e a perda sanguínea foi pequena. Com relação às medidas possíveis para profilaxia de tromboembolismo venoso, pode-se afirmar que a:

- a) rivaroxabana deve ser utilizada na dose de 10mg/dia, por 28 a 35 dias
- b) rivaroxabana deve ser utilizada na dose de 20mg/dia, por 14 dias
- c) apixabana deve ser utilizada na dose de 5mg, de 12/12h, de 28 a 35 dias
- d) apixabana deve ser utilizada na dose de 5mg, de 12/12h, por 14 dias

13. Mulher, 47 anos, com vitiligo, interna para investigação de anemia e cansaço aos esforços, parestesias em membros e dificuldade de deambulação, há 3 meses. Exame físico: mucosas descoradas e língua despapilada; marcha talonante; sinal de *Romberg* positivo; hipertonia e hiperreflexia dos quatro membros; reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral; hipoestesia tátil e dolorosa bilateral; apalestesia e perda da noção de posição segmentar. O exame que, mais provavelmente, pode revelar alterações que apontem para a etiologia do quadro clínico descrito é:

- a) biópsia da medula óssea
- b) endoscopia digestiva alta
- c) punção lombar
- d) eletroforese de proteínas

14. Mulher, 40 anos, procurou médico por apresentar cansaço. Pais e irmãos saudáveis. Exame físico: hipocorada 3+/4+; FC = 100bpm; baço palpável a 5cm do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais: Hb = 6g/dL; lactato desidrogenase, contagem de reticulócitos e haptoglobina normais. Aspirado de medula óssea: não se obtém material (seco). Biópsia de medula óssea: medula hiperclular com hiperplasia das 3 linhagens, além de mielofibrose. Após a indicação de transfusão de concentrado de hemácias, o próximo passo, mais adequado, deve ser:

- a) solicitar tipagem dos antígenos leucocitário humano (HLA) dos irmãos
- b) iniciar quimioterapia
- c) indicar radioterapia
- d) encaminhar o paciente para realização de esplenectomia

15. Homem, 60 anos, é referenciado ao dermatologista pela história pessoal e familiar de adenomas sebáceos múltiplos. Na história familiar, identifica-se, ainda, incidência importante de tumores do trato geniturinário e gastrointestinal. No rastreamento, encontra-se uma lesão de aspecto tumoral na junção reto-sigmoidea. A hipótese diagnóstica mais provável é síndrome de:

- a) *Bourneville*
- b) *Cronkhite-Canada*
- c) *Cowden*
- d) *Muir-Torre*

16. Mulher, 42 anos, apresenta dor abdominal subescapular com irradiação para o epigástrico, de início há 2 dias. Nega comorbidades e procedimentos cirúrgicos prévios. Exame físico: icterícia +/4; sobrepeso; dor a palpação do hipocôndrio direito; sinal de *Murphy* negativo. Exames laboratoriais: bilirrubina total = 3,5mg/dL (direta = 2,5mg/dL); alanina aminotransferase = 550UI/L; aspartato aminotransferase = 80UI/L; fosfatase alcalina = 420UI/L; gama glutamil transferase = 340UI/L; amilase e lipase normais; leucócitos = 10.000 células/mm³. Ultrassonografia (US) abdominal: esteatose leve. Tomografia Computadorizada (TC) do abdome: normal. Colangiografia magnética: ausência de dilatação das vias biliares intra-hepáticas; colédoco de 6mm; ausência de cálculos; vesícula biliar normal. A conduta subsequente, mais adequada, para investigação diagnóstica é solicitar:

- a) colangiografia endoscópica retrógrada
- b) ecoendoscopia
- c) sorologias para desordens autoimunes hepatobiliares
- d) manometria do esfíncter de *Oddi*

17. Mulher, 66 anos, está em avaliação de hipercalcemia assintomática. Exames laboratoriais: cálcio corrigido pela albumina = 10,7mg/dL (valor de referência = 8,5 - 10,5mg/dL); fósforo = 2,6mg/dL (valor de referência = 2,5 - 4,5mg/dL); creatinina = 0,7mg/dL; paratormônio = 102pg/mL (valor de referência = 12 - 65pg/mL). Pode-se afirmar, em relação a esta paciente, que:

- a) está indicada paratireoidectomia total
- b) não há indicação de realização de densitometria óssea
- c) hipercalcúria confirmaria o diagnóstico de hiperparatireoidismo secundário
- d) a pesquisa de nefrolitíase está indicada, apesar de estar assintomática

18. Mulher, 47 anos, durante investigação de nódulo mamário Bi-Rads4 e múltiplas lesões osteolíticas, evolui com fadiga progressiva, poliúria, náuseas e constipação. A causa mais provável destes sintomas é:

- a) hipopotassemia
- b) hipocalcemia
- c) uremia
- d) hipercalcemia

19. A dissociação da resposta pupilar à luz e a contração pupilar de perto pode indicar:

- a) neurosífilis
- b) tuberculose
- c) sarcoidose
- d) toxoplasmose

20. Em indivíduos, a partir da quinta década de vida, os osteossarcomas são mais frequentemente secundários à:

- a) doença de *Paget* e osteomielite
- b) osteocondroma e osteomielite
- c) doença de *Paget* e radioterapia
- d) osteocondroma e radioterapia

21. Mulher, 78 anos, internada por infecção urinária, apresenta quadro agudo e flutuante de confusão mental associado a déficit de atenção importante, além de permanecer grande parte do tempo sonolenta. Exames laboratoriais: leucocitose com desvio à esquerda. A conduta terapêutica mais adequada é:

- a) prosseguir a investigação neurológica
- b) prescrever um sedativo noturno
- c) administrar haloperidol em dose baixa
- d) tratar e resolver o quadro infeccioso

22. Mulher, 70 anos, portadora de doença renal crônica (em hemodiálise regular), teve queda da própria altura, há 1 mês, com fratura de rádio esquerdo. Pode-se afirmar que:

a) não há indicação para pesquisa de causas secundárias de perda de massa óssea

b) o alendronato é uma opção terapêutica

c) a necessidade de medicamentos depende do resultado da densitometria óssea

d) o denosumabe é uma opção terapêutica

23. Homem, 32 anos, tabagista, possui quadro de necrose de segundo quirodáctilo direito associada à dor intensa. Nega comorbidades. Exame físico: pulsos axilares e braquiais amplos bilateralmente, radial e ulnar ausentes bilateralmente; cianose não fixa em quirodáctilos; extremidades frias. A hipótese diagnóstica mais provável é:

a) arterite de *Takayasu*

b) poliarterite nodosa

c) doença de *Buerger*

d) arterite de células gigantes

24. Homem, 69 anos, com neoplasia pulmonar em tratamento clínico, é admitido após quadro de síncope. Exame físico: SpO₂ = 92% em ar ambiente; hipotensão arterial e edema de membros inferiores (> esquerda). Eletrocardiograma: taquicardia sinusal. Ecocardiograma transtorácico: sinal de *McConnell*, ou seja, hipocinesia da parede livre do ventrículo direito com movimento normal ou hiperkinético no ápice do mesmo. A conduta terapêutica mais adequada é:

a) trombólise com 100mg de ativador do plasminogênio tecidual venoso

b) enoxaparina 1mg/Kg de 12/12horas por via subcutânea

c) heparina não fracionada venosa (bolus + manutenção com controle do tempo de tromboplastina ativa)

d) terapia fármaco-mecânica por cateter

25. Pode-se afirmar, sobre os medicamentos usados para tratamento do diabetes mellitus, que:

- a) liraglutide aumenta o risco de cetoacidose euglicêmica
- b) os inibidores de dipeptidil peptidase 4 (DPP4) relacionam-se com alto risco de hipoglicemia
- c) a metformina pode levar à deficiência de vitamina B12
- d) os inibidores de cotransportador 2 de sódio- glicose (SGLT2) podem induzir a aumento de peso

26. A distrofia miotônica se caracteriza por fácies:

- a) em machado
- b) leonina
- c) em máscara
- d) de astrônomo

27. Homem, 52 anos, apresenta tumor gástrico com metástases hepáticas. Após avaliação histopatológica, iniciou-se tratamento com mesilato de imatinibe, com excelente resposta. Nesse contexto, o tipo histológico mais provável é:

- a) tumor estromal gastrointestinal
- b) linfomado tecido linfoide associado à mucosa (MALT)
- c) gastrinoma
- d) adenocarcinoma

28. Homem, 35 anos, apresentada quadro de fraqueza progressiva de início há cerca de 6 meses. Exame neurológico: fraqueza nos quatro membros (> nos superiores); reflexos profundos aumentados nos quatro membros; atrofia das mãos; sensibilidade profunda e superficial preservada; miofasciculação na musculatura da cintura escapular. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) amiotrofia espinhal progressiva
- b) esclerose múltipla
- c) poliomielite
- d) esclerose lateral amiotrófica

29. Mulher, 85 anos, com DM há 30 anos e hipertensa há 2 anos, está em uso de enalapril (10mg/dia), glicazida (30mg/dia) e metformina (850 mg; 2vezes/dia). Apresenta dificuldade importante para caminhar devido à hipoestesia em bota em membros inferiores, gonartrose avançada e baixa acuidade visual (por retinopatia diabética proliferativa). Nos últimos anos, perdeu peso lentamente, por orientação médica. Índice de massa corporal (IMC) atual: 25k/m². Queixa no momento: urge-incontinência. Exames laboratoriais: ureia = 30mg/dL; creatinina = 1,1mg/dL; sódio = 137mEq/L; potássio = 4,8mEq/L; glicose = 135mg/dL; hemoglobina glicada = 7,5g/dL; Ht = 36%; Hb = 12g/dL. Exame de urina (EAS): proteína 2+/4+. A conduta mais adequada é:

- a) retirar a metformina
- b) acrescentar insulina de ação intermediária na ceia
- c) acrescentar dapagliflozina
- d) manter terapia medicamentosa atual

30. O reforço pré-sistólico é um achado clínico característico dos pacientes com estenose valvar mitral reumática (EMR). Seu desaparecimento, no seguimento clínico de um paciente com EMR, decorre do surgimento de:

- a) hipertensão arterial pulmonar
- b) maior comprometimento do aparelho subvalvar
- c) insuficiência mitral associada
- d) fibrilação atrial

31. Homem, 72 anos, previamente hígido, ex-tabagista, há 1 ano apresenta quadro de dispneia progressiva acompanhada de tosse seca. Não tem histórico de exposição ocupacional/ambiental relevante; não faz uso regular de medicamentos. Exame físico: estertores bibasais “em velcro” e baqueteamento digital. TC do tórax: reticulações periféricas de predomínio basal e periférico; algumas áreas de faveolamento. Pode-se afirmar, considerando-se a hipótese diagnóstica mais provável, que:

- a) associação de prednisona, azatioprina e acetilcisteína é a opção terapêutica
- b) nintedanibe ou pirfenidona são opções terapêuticas
- c) esta doença tem evolução benigna e não precisa de tratamento específico
- d) associar formoterol ao tratamento de escolha tem benefício comprovado

32. Pode-se afirmar, sobre insuficiência cardíaca aguda descompensada, que:

- a) os agentes inotrópicos positivos são indicados nos pacientes com sinais clínicos de baixo débito cardíaco, já que reduzem a mortalidade e a taxa de reinternação
- b) mesmo sem evidência de síndrome coronariana aguda associada, a troponina elevada está relacionada a um pior prognóstico nos pacientes internados
- c) nos centros com experiência, o emprego de monitorização invasiva com cateter de artéria pulmonar para guiar o tratamento reduz a mortalidade e o tempo de internação
- d) as melhores evidências indicam que deve-se sempre tentar utilizar baixas doses de diuréticos

33. Mulher, 46 anos, asmática, está em uso de formoterol 12µg/budesonida 400µg, duas vezes ao dia. Apresenta, há dois meses, quadro clínico de tosse produtiva e perda ponderal.

Nega tabagismo e febre neste período. Refere etilismo “social”. Para o esclarecimento diagnóstico, o mais adequado é solicitar:

- a) cultura para micobactéria e TC do tórax
- b) teste rápido molecular para tuberculose e prova tuberculínica
- c) prova tuberculínica e TC do tórax
- d) teste rápido molecular para tuberculose e cultura para micobactéria

34. Mulher, 42 anos, com hemorragia intracraniana devido a aneurisma cerebral roto, em ventilação mecânica na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com pressão positiva expiratória final (PEEP) = 5cmH₂O, será submetida à craniectomia descompressiva. Parâmetros hemodinâmicos: pressão arterial sistêmica média = 60mmHg; pressão intracraniana = 15mmHg; pressão venosa central = 14mmHg. Sua pressão de perfusão cerebral, em mmHg, é igual a :

- a) 46
- b) 45
- c) 40
- d) 55

35. Indivíduos que moram com pacientes receptores precoces de transplante de medula óssea devem evitar serem vacinados contra:

- a) COVID-19 e poliomielite
- b) influenza e sarampo
- c) poliomielite e varicela
- d) rubéola e pneumococo

36. Inicia-se flebotomia para remover o excesso de ferro em um paciente com diagnóstico de hemocromatose. A manifestação clínica que mais provavelmente será revertida, com essa conduta, é:

- a) cirrose
- b) insuficiência cardíaca
- c) artropatia
- d) hipogonadismo

37. Mulher, 25 anos, apresenta quadro de ptose ocular e fraqueza proximal, que piora ao longo do dia, há 3 anos. Teste a beira do leito com pacote de gelo: melhora da ptose. Pode-se afirmar, nessa apresentação da doença, que:

- a) os níveis de anticorpos anti-receptor de acetilcolina se correlacionam com a atividade da doença
- b) a maioria dos pacientes possui anticorpos anti-receptor de acetilcolina positivos
- c) a presença de anticorpos anti-receptor de acetilcolina é virtualmente diagnóstico dessa doença
- d) pacientes que possuem anticorpos anti-receptor de acetilcolina positivos geralmente também tem teste de anticorpos anti tiroquinase músculo específica (anti-MuSK) positivos

38. Homem, 60 anos, refere dor lombar de forte intensidade há 4 meses. Radiografia da coluna lombar: espessamento da cortical superior e inferior, o que confere uma aparência de “moldura”. A dosagem sérica de cálcio e fósforo é normal, porém a fosfatase alcalina está muito elevada. O fármaco mais adequado para o tratamento desta condição é:

- a) teriparatida
- b) corticoide
- c) ácido zoledrônico
- d) calcitonina

39. Mulher, 58 anos, foi submetida à angioplastia coronariana com implante de *stent* farmacológico, há 14 meses. Em uso de AAS e clopidogrel. No consultório, informa que necessita realizar uma colecistectomia por via videolaparoscópica, devido à colelitíase. Quanto à avaliação pré-operatória dessa paciente, a recomendação para a equipe cirúrgica, mais apropriada é agendar:

- a) o procedimento cirúrgico em período superior a 4 meses após a consulta
- b) a colecistectomia; suspender clopidogrel e manter AAS no perioperatório

- c) a colecistectomia; suspender AAS e clopidogrel no perioperatório
- d) a colecistectomia e manter AAS e clopidogrel no perioperatório

40. O fármaco mais adequado para o tratamento da febre familiar do Mediterrâneo é:

- a) antiinflamatório não hormonal
- b) prednisona
- c) colchicina
- d) metotrexate

41. Mulher, 74 anos, sedentária, obesa, com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e DM, está internada na enfermaria, há três dias, com quadro de infecção urinária (início de antibioticoterapia há 36 horas). Nas últimas 3 horas, evoluiu com dispnéia intensa, batimento de asa de nariz, frequência respiratória (FR) = 28bpm, sudorese e cianose central. Exame físico: sibilos expiratórios difusos; roncos bilaterais; murmúrio vesicular abolido em base direita; macicez em base pulmonar direita à percussão. Pode-se afirmar, quanto à fisiopatologia, que a melhor explicação para esse quadro respiratório é:

- a) fístula pulmonar
- b) efeito *shunt*
- c) aumento do espaço morto
- d) hipoventilação

42. Mulher, 18 anos, apresenta quadro de hematúria microscópica sem proteinúria; testes de função renal normais. Biópsia renal: imunofluorescência e microscopia ótica normais. Principal hipótese diagnóstica: hematúria familiar benigna. O resultado à microscopia eletrônica que corrobora esse diagnóstico é a presença de:

- a) membrana basal glomerular fina
- b) depósitos subendoteliais
- c) depósitos subepiteliais
- d) lesão de podócitos

43. Mulher, 63 anos, foi submetida à biópsia de tecido adiposo abdominal para pesquisa de amiloidose. Além da coloração de rotina pela hematoxilina-eosina, a coloração especial que deve ser realizada para detecção de material amilóide no exame histopatológico é:

- a) ácido periódico-*Schiff*-diastase
- b) tricrômico de Masson
- c) vermelho do *Congo*
- d) reticulina de *Gromori*

44. Mulher, 42 anos, refere, há 6 meses, secreção nasal purulenta, episódios de epistaxe, dispneia e dor em pavilhão auricular bilateral com sinais flogísticos preservando os lóbulos. Houve piora nos últimos 2 meses. Exame físico: ulceração da mucosa nasal, perfuração do septo nasal com deformidade do nariz em

sela e estenose traqueal subglótica. O diagnóstico é:

- a) granulomatose com poliangiite
- b) policondrite recidivante
- c) doença relacionada a IgG 4
- d) poliangiite microscópica

45. Mulher, 25 anos, apresenta febre (temperatura axilar = 38°C), “inchaço” de joelho esquerdo e calor local, há 2 dias. Artrocentese diagnóstica: celularidade = 100.000/μL com 90% de polimorfonucleares; bacterioscopia com presença de cocos GRAM positivos. O antibiótico inicialmente melhor indicado é:

- a) ciprofloxacina
- b) ceftriaxone
- c) vancomicina
- d) azitromicina

46. Homem, 67 anos, procurou o setor de emergência queixando-se de dispneia progressiva. Radiografia do tórax: opacidade nas bases de ambos os hemitóraces, maior à direita. Ultrassonografia a seguir.



A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) lesão escavada pulmonar
- b) derrame pleural com atelectasia pulmonar
- c) massa pulmonar parcialmente calcificada
- d) formação cística complexa com nível hidroaéreo no interior

47. Considere os fármacos antipsicóticos listados na coluna 1 e os efeitos adversos listados na coluna 2. A correlação mais adequada entre os antipsicóticos e seus efeitos adversos é:

Coluna 1	Coluna 2
1 - clorpromazina	A - agranulocitose
2 - haloperidol	B - hipotensão arterial ortostática
3 - olanzapina	C - efeitos extrapiramidais
4 - clozapina	D - ganho de peso

- a) 1-B, 2-C, 3-D, 4-A
- b) 1-C, 2-A, 3-B, 4-D
- c) 1-D, 2-A, 3-B, 4-C
- d) 1-C, 2-B, 3-A, 4-D

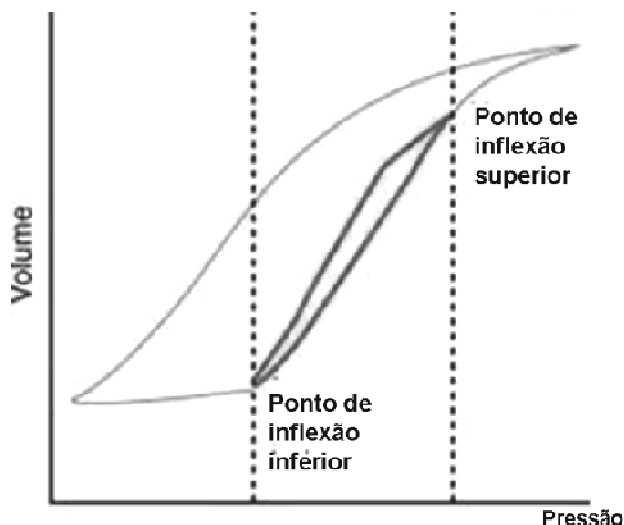
48. Homem, 75 anos, com DM tipo 1 e HAS, coronariopata com *stent* de artéria circunflexa há 2 anos, apresenta quadro de cefaleia, há 1 semana, com melhora parcial após uso de analgésicos. Foi levado, hoje, ao hospital, por familiares com história de diminuição do nível de consciência e crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Exame físico: PA = 260x110mmHg; FC = 105bpm; saturação periférica de oxigênio (SpO₂) = 89% ar ambiente; pupilas anisocóricas (direita > esquerda); ausência de resposta ao estímulo verbal; postura de decorticação à esquerda; roncos pulmonares bilaterais; abdome flácido; sinais de liberação esfinteriana urinária e fecal. Glicemia capilar = 260mg/dL. TC do crânio a seguir:



A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) acidente vascular encefálico isquêmico
- b) hemorragia intraparenquimatosa
- c) hematoma subdural
- d) tumor cerebral

49. Sobre a estratégia de ventilação protetora e baseando-se na imagem abaixo (curva volume-pressão hipotética dos pulmões de um paciente em ventilação mecânica), pode-se afirmar que:



- com pressões de distensão no ponto de inflexão inferior os alvéolos colapsados começam a se abrir
- o valor ideal de cálculo da pressão expiratória final positiva é ligeiramente abaixo do ponto de inflexão inferior
- com pressões de distensão acima do ponto de inflexão superior, os alvéolos tendem a colapsar
- os alvéolos tendem a colapsar com pressões de distensão entre o ponto de inflexão superior e o inferior

50. Homem, 72 anos, submetido à revascularização do miocárdio há 2 anos, queixa-se de dispneia de decúbito, edema de membros inferiores e aumento do volume abdominal, na última semana. Exame físico: extremidades frias; cianose 1+/4+; turgência jugular patológica; presença estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares; $SpO_2 = 89\%$, em ar ambiente; PA = 100x50mmHg; FC = 120bpm com ritmo cardíaco irregularmente irregular; abdome com macicez móvel de decúbito; e edema de membros 2+/4+. Traçado eletrocardiográfico a seguir:



A conduta terapêutica mais apropriada é:

- anticoagulação sistêmica e controle da FC
- antiagregação plaquetária e cardioversão química
- anticoagulação sistêmica e cardioversão elétrica
- antiagregação plaquetária e controle da FC