

NEFROLOGIA E REUMATOLOGIA

ANTES DE COMEÇAR A FAZER AS PROVAS:

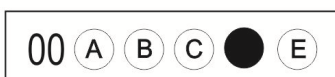
1. Verifique se este caderno contém um total de 50 (cinquenta) questões - sequencialmente numeradas de 01 a 50.
2. Caso haja algum problema solicite ao aplicador a substituição deste caderno, impreterivelmente até 15 minutos após o início da prova.

AO RECEBER A FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

3. Confira seus dados e, havendo erro, solicite ao aplicador a correção na Ata de Sala.
4. Assine à CANETA nos espaços indicados.

AO TRANSFERIR A MARCAÇÃO DAS ALTERNATIVAS PARA A FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

5. Use somente caneta azul ou preta e aplique traços firmes dentro da área reservada à letra correspondente a cada resposta, conforme modelo:



6. Sua resposta NÃO será computada se houver marcação de mais de uma alternativa.
7. A folha de respostas não deve ser dobrada, amassada ou rasurada.

AO TERMINAR AS PROVAS:

8. Você deve chamar a atenção do aplicador levantando o braço. Ele irá até você para recolher sua FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO) este CADERNO DE PROVAS.
9. Recolha seus objetos, deixe a sala, e em seguida o prédio. A partir do momento em que você sair da sala e até sair do prédio, continuam válidas as proibições sobre o uso de aparelhos eletrônicos e celulares, bem como não lhe é mais permitido o uso dos sanitários.

Terá suas provas anuladas e será automaticamente eliminado do processo seletivo o candidato que, durante a sua realização for surpreendido portando (mesmo que desligados) quaisquer aparelhos eletrônicos, tais como bip, telefone celular, relógio de qualquer espécie, walkman, agenda eletrônica, notebook, palmtop, ipod, ipad, tablet, pen drive, receptor, gravador, máquina de calcular, máquina fotográfica, chaves integradas com dispositivos eletrônicos, controle de alarme de carro e moto, controle de portão eletrônico etc., bem como quaisquer acessórios de chapelaria, tais como chapéu, boné, gorro etc., e ainda lápis, lapiseira/grafite, borracha, caneta em material não-transparente, óculos de sol (exceto com comprovação de prescrição médica), qualquer tipo de carteira ou bolsa e armas.

Nome: _____

RG: _____

ATENÇÃO:

Após a prova você poderá levar consigo somente o Gabarito Rascunho.

Duração total destas provas, incluindo o preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

QUATRO HORAS

QUESTÃO 01

A identificação precisa de um sopro cardíaco à beira do leito pode ajudar nas decisões relacionadas com as indicações de exame não invasivo e a necessidade de se encaminhar a um especialista cardiovascular.

Diante de um paciente jovem com um sopro meso-sistólico de ejeção em foco mitral, sem frêmitos e sem irradiação, com uma síndrome hiperkinética, qual é o diagnóstico e conduta mais adequados?

- (A) Anemia; verificar a causa da anemia e tratá-la
- (B) Estenose mitral; prescrever diuréticos e solicitar ecocardiografia
- (C) Insuficiência aórtica; solicitar ecocardiografia
- (D) Comunicação interventricular; encaminhar ao cirurgião cardíaco
- (E) Comunicação interatrial; solicitar ecocardiografia e, se confirmado, encaminhar para serviço de hemodinâmica

QUESTÃO 02

De acordo com o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV (2014), existem diversas situações nas quais o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais recomenda a utilização de Testes Rápidos.

Escolha a alternativa na qual **NÃO É RECOMENDADA** a metodologia de teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV:

- (A) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional.
- (B) Pessoas em situação de violência sexual, para fins de profilaxia da infecção pelo HIV.
- (C) Pacientes com diagnóstico de tuberculose.
- (D) Pacientes com diagnóstico de hepatites virais.
- (E) Diagnóstico em crianças com idade inferior a 18 meses.

QUESTÃO 03

Paciente com 25 anos, universitário, solteiro, procura unidade de pronto socorro com queixa de fadiga e perda de peso aproximado de 10 kg em seis meses, evoluindo com quadro clínico de dispnéia progressiva de surgimento insidioso, acompanhado de tosse não produtiva e febre. Ao exame físico, apresentava taquipneia, taquicardia e estertores finos ao final da expiração e o exame radiográfico evidenciou um infiltrado intersticial peri-hilar e simétrico.

De acordo com o caso clínico acima, escolha a opção correta com relação a hipótese diagnóstica e tratamento adequado: Pneumonia bacteriana por *Staphylococcus aureus* e tratamento com Vancomicina.

- (A) Pneumonia fúngica por *Candida sp.* e tratamento com Fluconazol.
- (B) Pneumonia fúngica por *Pneumocystis jirovecii* e tratamento com Sulfametoxazol + trimetoprima.
- (C) Pneumonia viral por citomegalovírus e tratamento com Aciclovir.
- (D) Pneumonia bacteriana por *Mycoplasma* e tratamento com Azitromicina.

QUESTÃO 04

Paciente morador de zona rural, 55 anos, encaminhado ao serviço de saúde devido queixa inicial de febre, cefaleia, dor lombar, mialgia, fadiga e linfadenopatia há aproximadamente 3 dias, seguido por manifestações de alteração do nível de consciência, desorientação e fraqueza muscular generalizada. Ao exame físico, observou-se tremores, mioclonias e parkinsonismo, evoluindo com quadro de paralisia flácida.

De acordo com o caso clínico acima, escolha a opção **CORRETA** com relação a hipótese diagnóstica principal:

- (A) Dengue
- (B) Malária
- (C) Chikungunya
- (D) Febre do Nilo Ocidental
- (E) Chagas Agudo

QUESTÃO 05

Os distúrbios de coagulação (coagulopatia de consumo e plaquetopenia), hemorragias e uso de hemoderivados apresentam grande importância na história da Infecção pelo Vírus da Dengue.

Considerando o enunciado acima, escolha a alternativa que está **INCORRETA**:

- (A) As manifestações hemorrágicas na Síndrome de Disfunção de Múltiplos Órgãos (SDMO) associadas à dengue são causadas pela fragilidade vascular, plaquetopenia e coagulopatia de consumo, devendo ser investigadas clínica e laboratorialmente, com prova do laço, TAP, TTPA, plaquetometria, produto de degradação da fibrina, fibrinogênio e D-dímero.
- (B) A reposição volêmica precoce e adequada não é um fator determinante para a prevenção de fenômenos hemorrágicos, principalmente ligados à coagulopatia de consumo.
- (C) A transfusão de plaquetas poderá ser indicada para favorecer o tamponamento no local do sangramento e não para o aumento da contagem sanguínea de plaquetas, pois estas sofrem destruição em curto prazo.
- (D) Nos sangramentos com alterações de TAP e TTPA (atividade <40% e INR >1,25), deve-se utilizar plasma fresco e vitamina K, até a estabilização do quadro hemorrágico.
- (E) O uso de concentrado de plaquetas poderá ser indicado nos casos de plaquetopenia menor de 50.000/mm³, com suspeita de sangramento do sistema nervoso central, ou de locais de risco como sangramentos do trato gastrointestinal (hematêmese e enterorragia) e, em caso de plaquetopenia inferior a 20.000/mm³, na presença de sangramentos ativos importantes.

QUESTÃO 06

Paciente feminina, 66 anos, procura unidade de saúde referindo retorno para Palmas, após viagem em Feira de Santana, por 15 dias, com queixa de febre de início súbito, maior que 39°C, e dor articular intensa há aproximadamente 5 dias. Associa outros sintomas como cefaleia, mialgia, náusea e erupção cutânea. Ao exame clínico, apresenta hiperemia conjuntival e hipotensão arterial.

Considerando a hipótese diagnóstica de infecção pelo vírus Chikungunya qual a conduta apropriada:

- (A) Coleta de exame diagnóstico somente por método sorológico, tratamento inicial com paracetamol, hidratação e acompanhamento ambulatorial.
- (B) Coleta de exame diagnóstico somente por método virológico, tratamento inicial com paracetamol, hidratação e internação hospitalar.
- (C) Coleta de exame diagnóstico por método sorológico e virológico, tratamento inicial com paracetamol, hidratação e internação hospitalar.
- (D) Coleta de exame diagnóstico por método sorológico e virológico, tratamento inicial com paracetamol, aspirina, hidratação e internação hospitalar.
- (E) Coleta de exame diagnóstico por método sorológico, tratamento inicial com paracetamol, injeções locais (intra-articulares) de corticosteroides, hidratação e internação hospitalar.

QUESTÃO 07

A medicina baseada em evidência é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) As revisões sistemáticas de estudos de coorte apresentam nível de evidência I para avaliar fatores de risco.
- (B) Nos estudos de coorte, é importante realizar randomização.
- (C) Um resultado estatisticamente significativo pode ser atribuído ao acaso.
- (D) Os estudos de caso controle são muito utilizados para testar o efeito de medicações.
- (E) O risco relativo é medida de associação, se for maior que 1 existirá a possibilidade do fator ser de proteção.

QUESTÃO 08

Um funcionário de uma fábrica de cimento, após 2 meses de trabalho na área de produção, passou a apresentar notadamente em mãos, lesões eritematosas camativas pruriginosas. Usava Epi (luvas) irregularmente.

Considerando o aspecto clínico e epidemiológico, é mais **CORRETO** afirmar:

- (A) Neste caso, a biópsia é imprescindível para o diagnóstico.
- (B) Há evidente nexo causal para se firmar o diagnóstico de dermatose ocupacional.
- (C) Trata-se de uma dermatopatia atópica hereditária.
- (D) Deve-se submeter o paciente ao teste terapêutico com anti-histamínico para o fechamento do diagnóstico.
- (E) Trata-se de uma micose cutânea superficial induzida pelo cromo usado na manipulação do cimento.

QUESTÃO 09

Um dos fatores que podem alterar a resposta aos fármacos é a administração concomitante de outros fármacos.

Sobre o uso dos medicamentos assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) As principais enzimas responsáveis pelo metabolismo oxidativo das drogas pertencem ao sistema do citocromo P450.
- (B) O uso concomitante de Ácido Acetilsalicílico e *Ginkgobiloba* aumenta o risco de sangramento por redução da função plaquetária.
- (C) A amiodarona aumenta a concentração plasmática da digoxina.
- (D) A cinarizina e flunarizina utilizadas no tratamento de vertigens podem levar a sinais extrapiramidais.
- (E) Os anticolinérgicos devem ser prescritos para tratamento do prostatismo, pois melhoram o fluxo urinário.

QUESTÃO 10

É importante que se conheça a epidemiologia das doenças cardiovasculares, no Brasil e no mundo.

A respeito da epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil pode-se afirmar, **EXCETO**:

- (A) As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil.
- (B) Em cerca de 50% dos casos de insuficiência cardíaca crônica, esta ocorre predominantemente por disfunção diastólica, ou seja, com fração de ejeção preservada.
- (C) No Brasil, a doença de Chagas consiste em importante causa de insuficiência cardíaca crônica, mas também pode haver surtos de doença de Chagas aguda, relacionados à ingestão de alimentos contaminados, como caldo-de-cana e açáí.
- (D) A mortalidade por doenças cardiovasculares vem caindo no Brasil.
- (E) A cardiopatia reumática permanece, no Brasil, como a terceira maior causa de doença cardíaca entre crianças e adultos jovens.

QUESTÃO 11

Paciente feminina, 67 anos, portadora de miocardiopatia dilatada de etiologia isquêmica, com Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo = 30% e Classe Funcional II da NYHA (New York Heart Association).

Das drogas a seguir, todas são capazes de reduzir a mortalidade desta paciente, com **EXCEÇÃO** de:

- (A) Inibidor da enzima conversora de angiotensina.
- (B) Bloqueador do receptor de angiotensina.
- (C) Inibidor da Na⁺/K⁺ ATPase.
- (D) Betabloqueador.
- (E) Nitrato + hidralazina.

QUESTÃO 12

Paciente com história de hipertensão de longa data, deu entrada no PS com quadro de insuficiência cardíaca congestiva descompensada. Trouxe exames laboratoriais, que havia realizado ambulatorialmente há cerca de 30 dias, com função renal normal, creatinina: 0,8. A creatinina, no dia que deu entrada no PS, estava 1,5 e após 5 dias de internação, apresentou piora da função renal com creatinina de 2,8, sendo aventada a hipótese diagnóstica de Síndrome Cardiorrenal (SCR).

Baseado na história clínica acima qual é a classificação da SCR deste paciente?

- (A) Síndrome Cardiorrenal Aguda - Tipo 1.
- (B) Síndrome Cardiorrenal Crônica - Tipo 2.
- (C) Síndrome Renocárdica Aguda - Tipo 3.
- (D) Síndrome Renocárdica Crônica - Tipo 4.
- (E) Síndrome Cardiorrenal Secundária - Tipo 5.

QUESTÃO 13

Mulher de 35 anos vai ao consultório do clínico geral com queixa de palpitações e dispnéia aos esforços, nos últimos meses. Ao exame físico, notou-se impulsões sistêmicas na borda esternal esquerda, com segunda bulha (B2), apresentando desdobramento amplo e fixo, bem como sopro sistólico ejetivo de +/4+ no foco pulmonar.

Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Estenose valvar pulmonar associada ao bloqueio completo do ramo direito.
- (B) Hipertensão arterial pulmonar idiopática.
- (C) Miocardiopatia dilatada.
- (D) Comunicação interatrial.
- (E) Pericardite crônica constrictiva.

QUESTÃO 14

Homem de 68 anos, com histórico de alta carga tabágica e diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em estágio avançado, já com critérios para *Cor pulmonale*. A respeito dos métodos diagnósticos utilizados em pacientes com *Cor pulmonale*, considere as assertivas abaixo:

- I. Ecocardiograma com doppler tem valor limitado para avaliar hipertensão arterial pulmonar em pacientes com DPOC enfisematoso, por obter imagens sub-ótimas nestes pacientes.
- II. Eletrocardiograma é um método altamente específico, mas de baixa sensibilidade, para diagnosticar hipertrofia ventricular esquerda
- III. Ressonância nuclear magnética é a técnica de imagem com melhor acurácia na visualização do ventrículo direito

Marque a opção que enumera as assertivas **CORRETAS**:

- (A) Apenas a afirmativa I está correta
- (B) Apenas a afirmativa II está correta.
- (C) Apenas a afirmativa III está correta.
- (D) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
- (E) As afirmativas I, II e III estão corretas.

QUESTÃO 15

Mulher de 60 anos, com diagnóstico de linfoma recém diagnosticado, ainda não tendo iniciado as sessões de quimioterapia. Queixa-se de astenia, mal estar e dispnéia. Ao exame, identifica-se pulso paradoxal e hipofonese de bulhas, com eletrocardiograma evidenciando baixa voltagem e alternância elétrica.

Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Derrame pericárdico com tamponamento cardíaco
- (B) Derrame pericárdico sem tamponamento cardíaco
- (C) Pericardite crônica
- (D) Endomiocardiofibrose
- (E) Tromboembolismo pulmonar

QUESTÃO 16

Paciente com 60 anos, masculino, portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão de longa data, em uso de Hidroclorotiazida 25mg cedo, porém sem controle adequado da pressão arterial com uma única droga. Vem mantendo em média PA: 160x90 mmHg. Exames laboratoriais: Proteinúria de 24h: 250mg/24h Clearance de Creatinina de 24h: 52ml/min Potássio: 3,9

Baseado na história clínica acima, qual seria a medicação anti-hipertensiva mais adequada para ser associada?

- (A) Ramipril
- (B) Anlodipina
- (C) Hidralazina
- (D) Atensina
- (E) Nifedipina

QUESTÃO 17

Paciente do sexo feminino, 68 anos, branca, viúva, do lar, natural de Natividade e procedente de Porto Nacional. Iniciou com disfagia para alimentos sólidos associado à sensação de plenitude pós-prandial e eructações frequentes há aproximadamente 1 ano. Procurou atendimento em Palmas do Tocantins, onde realizou endoscopia digestiva alta na qual foi evidenciado epitélio tipo metaplasia intestinal na porção esofágica inferior. Realizou-se biópsia da lesão com a identificação de esôfago de Barret.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) O esôfago de Barret é uma condição patológica hereditária, caracterizada pela substituição do epitélio estratificado colunar do esôfago por epitélio ciliar especializado do tipo intestinal.
- (B) Na endoscopia digestiva, o esôfago de Barret é caracterizado pela presença de mucosa ciliar no esôfago tubular abaixo da junção esofagogástrica.
- (C) A presença de hérnia de hiato exclui o diagnóstico de esôfago de Barret, logo não dificulta a identificação da junção esofagogástrica e a caracterização do EB.
- (D) O esôfago de Barrett é uma condição benigna e não existe a possibilidade de presença de displasia e nem de evolução para adenocarcinoma.
- (E) O carcinoma epidermóide de esôfago é uma neoplasia esofágica comum no nosso meio, tendo como principais fatores de risco o etilismo e o tabaco. Há um aumento na incidência de casos de adenocarcinoma esofágico em países ocidentais, e a sua associação com o esôfago de Barret é bem estabelecida.

QUESTÃO 18

Doente do sexo masculino de 25 anos de idade, sem antecedentes pessoais de hábitos alcoólicos ou toxicofílicos. Foi atendido em serviço de urgência com febre e tosse com expectoração mucopurulenta com uma semana de evolução. À entrada encontrava-se febril, hemodinamicamente estável e apresentava diminuição do murmúrio vesicular na base do hemitórax direito. Os exames laboratoriais revelavam trombocitopenia (plaquetas de 65 000), prolongamento do tempo de protrombina com INR de 1,94, AST:116 U/L (valor de referencia (v.ref): 15-39 U/L), ALT: 96 U/L (v.ref: 8-37 U/L), bilirrubina total: 1,3 mg/dL (v.ref: 0-1 mg/dL), albumina:1,6 mg/dL (v.ref: 3,4-5,0 mg/dL) e função renal sem alterações. Na radiografia de tórax, apresentava condensação na base do hemitórax direito. Foi iniciado antibioterapia empírica e houve necessidade de ventilação não invasiva por insuficiência respiratória parcial, com melhoria do quadro. Durante a internação, por apresentar epigastralgias e vômitos, realizou endoscopia digestiva alta, que revelou no terço distal do esôfago, variz grande sem manchas vermelhas ou ponto de rotura e mucosa do fundo e corpo com padrão em mosaico. Paralelamente, verificou-se agravamento clínico com aumento do volume abdominal e edema marcado dos membros inferiores. Realizou ecografia abdominal, que revelou fígado pequeno de ecoestrutura heterogênea, compatível com cirrose, esplenomegalia de 17 cm e ascite em moderada quantidade; hipótese diagnóstica de doença hepática crônica (DHC) descompensada (Child Pugh C; MELD 14), tendo sido submetido à paracentese diagnóstica, que excluiu peritonite bacteriana espontânea e revelou um gradiente de albumina soro-ascite > 1,1 g/dL, compatível com hipertensão portal. Da investigação etiológica do quadro de DHC, as sorologias estavam negativas para os vírus da hepatite A, B, C, citomegalovírus, Epstein-Barr, Herpes simplex 1 e 2 e imunodeficiência humana adquirida 1 e 2. Cinética do ferro e função tiroideana sem alterações, alfa 1 antitripsina e alfa fetoproteína dentro dos valores de referência, autoimunidade (ANA, anti-DNA, AMA, ASMA, anti-LKM) negativos e imunoglobulinas sem alterações. O valor do nível sérico da ceruloplasmina foi 3 mg/dL (v.ref: 22-58 mg/dl) e o dosagem urinária de cobre em 24 horas foi 4,4_mol (v.ref < 0,78_mol). Avaliar as alternativas abaixo e decidir qual será seu próximo passo na conduta do paciente do caso clínico apresentado e o diagnóstico correspondente:

- (A) Solicitar PPD/Tuberculose peritoneal.
- (B) Solicitar Biópsia hepática/Porfíria
- (C) Solicitar avaliação da Oftalmologia para visualizar anéis de Kayser-Fleischer/Doença de Wilson.
- (D) Solicitar anti-SSA, anti-SSB e cardioplipinas/Lúpus Eritematoso sistêmico.
- (E) Velocidade de Hemossedimentação/Sarcoidose

QUESTÃO 19

A doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) é uma condição comum, que ocorre em indivíduos sem ingestão etílica significativa.

Sobre a A doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) é **CORRETO** afirmar:

- (A) Depois da obesidade, o *diabetes mellitus* (DM) foi o fator de risco que mais se correlacionou à presença de doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), inclusive

com formas mais graves de lesão histopatológica. Pacientes com DHGNA e DM compartilham vários mecanismos fisiopatológicos, como diminuição da resistência à insulina, de citocinas circulantes e do estresse oxidativo.

- (B) A deposição excessiva de gordura no fígado pode decorrer do aumento da oferta de ácidos graxos (AG) do tecido adiposo, aumento da síntese de novo de AG, aumento da gordura da dieta, aumento da β -oxidação mitocondrial, aumento da exportação de partículas de VLDL (very low density lipoprotein) ou destes fatores em combinação.
- (C) Dentre os métodos de imagem, o ultrassom representa o método mais prático e simples para esse diagnóstico, especialmente quando a esteatose excede 30%. Para esteatoses menos intensas (5 a 30%), a ressonância magnética (RM) com espectroscopia ou a RM de última geração (dual gradient) são métodos mais sensíveis.
- (D) A insulina reduz a captação periférica de glicose, aumenta a gliconeogênese hepática e promove o armazenamento de triglicerídeos no tecido adiposo. A resistência à insulina, que tem papel central no desenvolvimento da doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), leva a efeitos contrários no metabolismo de carboidratos e lipídios.
- (E) O estado de hiperinsulinemia aumenta a sua própria ação ao nível de seus receptores no músculo e no fígado. Por fim, há o aumento da secreção de insulina pela toxicidade das células β do pâncreas e o aparecimento de *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) em indivíduos com predisposição genética.

QUESTÃO 20

No Brasil, houve um aumento significativo na realização de transplantes hepáticos, assim como de centros transplantadores. Porém, houve um aumento diário da lista de espera por um transplante.

Com relação ao transplante hepático podemos afirmar:

- (A) A escala de gravidade de doença hepática, pela pontuação de MELD (Model of End Stage Liver Disease), é baseada na creatinina sérica, bilirrubinas, TAP e ascite.
- (B) A cirrose secundária a hepatite C é a causa mais comum de transplante no Brasil, nos Estados Unidos e na Europa.
- (C) A presença de tumor maligno no fígado contra-indica a realização de transplante hepático no paciente.
- (D) No Brasil, utiliza-se os critérios de Chil-Pugh para a distribuição dos órgãos aos receptores.
- (E) O transplante com doador vivo não está legalizado no Brasil, devido ao risco inaceitável de óbito ou de insuficiência hepática ao doador.

QUESTÃO 21

Paciente do sexo feminino, 50 anos, há 20 anos com história de erima malar, alopecia, poliartrite simétrica recorrente crônica, astenia, com leucopenia e anemia moderada normocrômica. Tem função renal preservada. Exame físico articular: deformidades redutíveis em mãos, com preservação da função articular. Laboratório com FAN positivo 1:640 padrão homogêneo, anti-RNP e Anti-Sm negativos, teste do látex positivo em baixo título. Rx das mãos: deformidades articulares em todas as interfalângianas, sem lesões erosivas osteoarticulares, e osteopenia moderada.

Qual o diagnóstico mais provável deste caso?

- (A) LES e artropatia de Jaccoud.
- (B) Artrite reumatóide não erosiva.
- (C) Doença mista do tecido conjuntivo.
- (D) Síndrome paraneoplásica.
- (E) Osteoartropatia hipertrófica.

QUESTÃO 22

Sharp descreveu, em 1972, a Doença Mista do Tecido Conjuntivo, e a caracterizou como sendo uma mescla clínica de duas conectivopatias distintas em um mesmo paciente, em um mesmo momento, com um marcador sorológico altamente específico, quando detectado em títulos significativos. Dos autoanticorpos abaixo elencados, qual o que se coaduna com a doença em tela?

- (A) Anticorpo anti-TPO
- (B) ANCA
- (C) Anti-U1-RNP
- (D) Anti-Sm
- (E) Anti-Scl 70

QUESTÃO 23

A Fibromialgia é definida como uma síndrome multi-sintomática. Indique dentre as alternativas apresentadas, o achado não encontrado no corolário desta síndrome.

- (A) Fadiga matinal.
- (B) Transtorno do sono.
- (C) Dores músculo-esqueléticas crônicas.
- (D) Bem mais prevalente no sexo feminino.
- (E) Inflamação cutânea ao redor dos clássicos "trigger-points"

QUESTÃO 24

Considerando o laboratório em Reumatologia, nas doenças inflamatórias autoimunes, existem alguns autoanticorpos específicos detectáveis.

Qual a assertiva **CORRETA**?

- (A) O FAN é o autoanticorpo mais específico encontrado no LES.
- (B) O autoanticorpo Jo1 é frequentemente detectado na forma limitada da Esclerose Sistêmica Progressiva.
- (C) São extremamente úteis na fase crônica da Febre Reumática.
- (D) O anti-DNA nativo tem valor diagnóstico no LES e se relaciona com atividade da doença.
- (E) Anti-La positivo numa paciente gestante com LES pode ser preditivo de LES Neonatal.

QUESTÃO 25

Paciente 62 anos, sexo feminino, vem ao Pronto Atendimento (UPA) com dispnéia. Refere tosse matinal há 3 anos e episódios de chiado que melhoram com inalação. É tabagista de 1 maço ao dia há 40 anos. Há 6 dias com dispnéia e há 2 dias com febre aferida em 37,8 °C. Ao exame físico: PA: 140x80; FC:110 bom; T: 37 °C, Sat O2: 78%, FR: 36 irpm; ritmo cardíaco regular, bulhas hipofônicas sem sopros, murmúrios vesiculares diminuídos difusamente, com tiragem intercostal e leve edema de MMII.

Acerca do quadro clínico apresentado assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) Durante as exacerbações do DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), o objetivo da oxigenioterapia é manter saturação de O2 maior que 95%.
- (B) O DPOC é uma doença potencialmente reversível.
- (C) Tipicamente, a dispnéia não ocorre até que o VEF1 seja cerca de 50% do normal, quando a doença já pode estar presente por décadas.
- (D) Neste caso, a interrupção do ato de fumar não alteraria o curso da doença.
- (E) O esfregaço e cultura de escarro em geral são úteis, devendo ser realizados para direcionar a antibioticoterapia.

QUESTÃO 26

Paciente, 55 anos, evolui com febre, dispneia e tosse produtiva após 72h de pós operatório por histerectomia.

Após o diagnóstico pneumonia, considerar a alternativa **CORRETA**.

- (A) Iniciar antibioticoterapia empírica prontamente por se tratar de pneumonia hospitalar.
- (B) A duração do tratamento nunca deve ser reduzido a menos de 10 dias devido ao risco de resistência bacteriana.
- (C) Este caso deve ser classificado como pneumonia hospitalar tardia por ter ultrapassado 48h.
- (D) Sempre realizar cobertura antimicrobiana para anaeróbios.
- (E) A positividade da hemocultura não tem valor prognóstico

QUESTÃO 27

O câncer de pulmão está entre os mais comuns e letais tumores malignos no mundo.

Sobre o câncer de pulmão, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) No câncer de pulmão não-pequenas células (CPNPC), o adenocarcinoma é um tipo histológico pouco frequente, tem sido associado com lesões centrais quando comparados ao carcinoma espinocelular e ao câncer de pulmão pequenas células (CPPC).
- (B) O subtipo bronquioloalveolar do adenocarcinoma do câncer de pulmão não-pequenas células (CPNPC) desenvolve-se mais em tabagistas do que outros subtipos (acinar, papilar e mucinoso).
- (C) Os carcinomas epidermóides originam-se nos brônquios e envolvem os lobos pulmonares e o brônquio fonte por extensão, sendo reconhecidos histologicamente pelas pontes intercelulares, formação perolácea e pelo processo de queratinização celular.
- (D) O carcinoma de grandes células representa cerca de 10% de todas as neoplasias pulmonares, mas sua incidência vem aumentando ao longo dos anos. São tumores bem diferenciados e compostos por grandes células com citoplasma escasso e pequenos nucléolos.
- (E) O carcinoma de pulmão de pequenas células (CPPC) se apresenta como lesões periféricas, frequentemente na mucosa do brônquios e pouco associados a síndromes paraneoplásicas.

QUESTÃO 28

A proteinúria é um importante marcador de lesão renal que pode estar presente em algumas doenças sistêmicas e glomerulares.

Em relação à fisiopatologia da proteinúria, é correto afirmar, **EXCETO**.

- (A) Pode ocorrer devido à presença de "poros" anômalos na parede glomerular.
- (B) Pode ocorrer por perda de cargas positivas na parede glomerular.
- (C) Pode ocorrer devido à falha no processo de reabsorção de proteínas no túbulo proximal.
- (D) A microalbuminúria comumente está presente na fase inicial da nefropatia diabética.
- (E) Pode estar presente na nefroesclerose hipertensiva.

QUESTÃO 29

Paciente de 65 anos de idade, hipertenso há 20 anos, sendo controlada com uso de 3 classes de drogas anti-hipertensivas. Peso: 60 Kg. Apresenta os seguintes exames: Na⁺: 140mEq/L; Creatinina: 3,0 mg/dl; Uréia: 92 mg/dl; Cálcio: 8,7 mg/dl; Fósforo: 5,6 mg/dl; Hemoglobina: 9,2 mg/dl; Hematócrito: 28%; Gasometria Arterial: pH: 7,33, Bicarbonato: 19mmol/L, pCO₂: 33mmHg; Proteinúria de 24h: 1,2g (Vol urinário: 2.300ml/24h).

Em relação ao caso clínico acima, está correto afirmar, **EXCETO**:

- (A) Pode apresentar aumento na concentração plasmática de Paratormônio intacto (PTHi).
- (B) Pode apresentar aumento na concentração plasmática de potássio.
- (C) É possível estimar a taxa de ingestão de sódio através da dosagem de sódio na urina de 24h.
- (D) Não há necessidade de administrar baixas doses de bicarbonato oral, uso contínuo, para corrigir a acidose metabólica.
- (E) A causa da anemia pode ser multifatorial.

QUESTÃO 30

Paciente com 30 anos, masculino, procurou nefrologista com quadro de edema generalizado, PA: 140x80mmHg, Proteinúria de 24h: 8,0g, hipoalbuminemia e dislipidemia, com função renal normal. Uma provável hipótese diagnóstica para este caso é Glomeruloesclerose Segmentar e Focal (GESF) primária.

Em relação a GESF primária, é correto afirmar, **EXCETO**.

- (A) A proteinúria pode ser nefrótica ou não nefrótica.
- (B) Além de proteinúria, pode apresentar também hematuria microscópica, hipertensão arterial e perda da função renal.
- (C) O tratamento de escolha é corticoesteróide em dose elevada.
- (D) Evolui com consumo de complemento (hipocomplementemia).
- (E) Pode ocorrer recorrência em cerca de 30% dos pacientes transplantados.

QUESTÃO 31

Todas as afirmações abaixo relacionadas à anemia hemolítica auto imune são corretas, **EXCETO**:

- (A) São definidas como patologias, nas quais ocorre destruição precoce das hemácias mediada por autoanticorpos fixados a antígenos da membrana eritrocitária.
- (B) Essa fixação imune desencadeia uma série de reações em cascata, que termina na lise dessas células, além da fagocitose pelo sistema macrofagocítico.
- (C) Lúpus eritematoso sistêmico, doença de Hodgkin, alfa metildopa, cimetidina, pneumonia por mycoplasma e câncer de ovário são algumas das causas.
- (D) Os achados laboratoriais mais comuns são teste da antiglobulina direto positivo, DHL (desidrogenase láctica) elevado, haptoglobina elevado, reticulócitos elevado e bilirrubina indireta elevada.
- (E) Em relação à terapia corticóide, anticorpo monoclonal, imunoglobulina, danazol, ciclosporina, esplenectomia são algumas das opções.

QUESTÃO 32

Recém-nascido de dois dias de vida, masculino, nascido a termo de parto normal sem intercorrências, encaminhado de Dianópolis com suspeita de sépsis. Segundo filho de uma prole de dois, sendo o primeiro filho do sexo feminino. História familiar negativa para distúrbios hemorrágicos e outras doenças hereditárias. Ao exame apresentava hematoma no calcanhar direito devido à coleta de sangue para teste do pezinho, vários hematomas nos locais de punção venosa, grande cefalo-hematoma e sangramento no coto umbilical. Nos exames da admissão apresentava: Hemácias-2.200.000/mm³, Hemoglobina-8,2 g/dl, Plaquetas- 335000/mm³ e Leucócitos - 25600/mm³. Testes de Hemostasia com TP (tempo de protrombina) normal, TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativada) prolongado de 82,4 segundos (valor de referência 25-35 segundos) e fibrinogênio dentro da normalidade.

Baseado nos dados acima podemos afirmar:

- (A) Anemia, leucocitose, plaquetas normais, TP (tempo de protrombina) normal, TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativado) alargado e sangramento são alterações encontradas na Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD).
- (B) TP normal e TTPA prolongado sugerem alteração da via extrínseca.
- (C) Hemofilia é a principal hipótese para recém nascidos que apresentam: grande cefalohematoma, TP normal e TTPA alargado.
- (D) TP normal e TTPA prolongado com plaquetas normais sugerem deficiência de Vitamina K.
- (E) TP normal, TTPA prolongado e plaquetas normais são alterações encontradas na deficiência de fator VII.

QUESTÃO 33

Uma mulher negra de 62 anos, sem comorbidades notou o aparecimento súbito de múltiplas petéquias em extremidades e epistaxe leves. Ela não tinha outros sintomas e negava uso de qualquer medicação. O hemograma revelou Hemoglobina-11,5g/dl, Ht- 37%, Leucócitos- 3500 mm³ e Plaquetas-30.000 mm³. Ela foi encaminhada a um hematologista que fez uma extensa investigação laboratorial que não evidenciou alterações significativas. Foi submetida a biópsia de medula óssea que apresentou hiperplasia megacariocítica e série eritrocítica e granulocítica dentro da normalidade.

Qual o diagnóstico da paciente?

- (A) Púrpura trombocitopênica trombótica
- (B) Trombastenia de Glazmann
- (C) Síndrome mielodisplásica
- (D) Púrpura trombocitopênica imunológica
- (E) Mieloma múltiplo

QUESTÃO 34

Homem de 26 anos, apresenta-se ao pronto-socorro com história de fadiga, febre e sangramento gengival durante os últimos três dias. Ao exame físico apresentava-se pálido, equimoses em braços, pernas, abdomen e importante sangramento gengival. Exames laboratoriais Leucócitos-17.000/mm³, hemoglobina 9,4 g/dl, plaquetas é 72000/mm³. O mielograma evidenciou infiltração maciça por blastos e promielócitos que se coravam fortemente na reação de mieloperoxidase e Sudan Black. O estudo de imunofenotipagem

evidenciou blastos com elevada auto-fluorescência, expressando marcadores mielóides precoces como o CD117 com baixa intensidade de fluorescência, CD13 com padrão homogêneo de intensidade de fluorescência e CD33 com padrão heterogêneo. O marcador de células precursoras hematopoéticas CD34 negativo, assim como HLA-DR.

Quadro clínico e laboratorial sugestivo de Leucemia Mielóide Aguda- M3.

Para confirmação diagnóstica se faz necessário:

- (A) biópsia de medula óssea
- (B) citogenética ou qualquer técnica capaz de detectar a t(15;17) ou o gene híbrido PML-RAR
- (C) citogenética para pesquisar a inv(16)
- (D) citogenética para pesquisar t(9;22)
- (E) biópsia óssea e citogenética para pesquisar inv(3)(q21q26)

QUESTÃO 35

Considere as afirmativas sobre Linfoma de Hodgkin, preenchendo os parênteses com V (verdadeiro) ou F (falso).

- () O linfoma de Hodgkin é um linfoma potencialmente curável.
- () A classificação da Organização Mundial da Saúde divide o Linfoma de Hodgkin em 2 tipos principais: Linfoma de Hodgkin nodular predominância linfocítica (NLPHL) e Linfoma de Hodgkin clássico (CHL).
- () Os principais fatores prognósticos utilizados para a estratificação de risco do linfoma de Hodgkin são estágio da doença, sintomas B e doença volumosa (diâmetro de massa > 5-10 cm).
- () O linfoma de Hodgkin nodular predominância linfocítica (NLPHL) é caracterizado pela presença da célula de Reed-Sternberg.
- () São considerados sintomas B: febre (>38°C), sudorese noturna, perda inexplicada de peso de 10% em 6 meses, prurido.

Qual a sequência encontrada?

- (A) V-F-V-F-V
- (B) V-V-V-V-F
- (C) V-V-V-F-F
- (D) F-V-V-V-F
- (E) F-V-V-V-V

QUESTÃO 36

Aproximadamente 80% dos pacientes desenvolvem o câncer colorretal (CCR) de forma esporádica, enquanto que em 20% há uma susceptibilidade hereditária à neoplasia. Das formas hereditárias, o câncer colo-retal hereditário não polipose (CCHNP) é a mais comum, sendo responsável por 20 – 30% destes, o que equivale à 3% a 5% de todas as neoplasias colorretais.

Sobre o câncer colorretal hereditário, indique a alternativa **CORRETA**:

- (A) A síndrome de Lynch I e II é uma doença autossômica recessiva, sendo cinco vezes menos frequente que a polipose adenomatosa familiar (PAF) e é decorrente da mutação do gen responsável pelo sistema de reparo do RNAm.
- (B) A Síndrome Lynch I cursa com câncer colorretal associado a outras neoplasias, como de endométrio, ovário, mama, estômago, intestino delgado, hepatobiliar, pâncreas, ureter e de pelve renal, enquanto o envolvimento colônico isolado ocorre na Síndrome Lynch II.
- (C) No câncer colo-retal hereditário não polipose (CCHNP), as neoplasias tendem a ocorrer preferencialmente no cólon esquerdo, (60-70% ocorrem próximas à flexura esplênica), mais precocemente (por volta dos 45 anos de idade), têm taxa diminuída de tumores metacrônicos e sincrônicos (20%), ao contrário do que ocorre na forma esporádica, as quais são diagnosticadas em pacientes com média de 65 anos e predominam no cólon direito.
- (D) No câncer colo-retal hereditário não polipose (CCHNP), há uma proporção aumentada de tumores sinoviais e ciliares no intestino, bem como a infiltração linfática da margem tumoral.
- (E) No câncer colo-retal hereditário não polipose (CCHNP), a sobrevida é comparativamente melhor em relação aos casos esporádicos, em parte devido à apresentação tumoral menos avançada e, mesmo comparações estágio a estágio, demonstraram vantagem de sobrevida em CCHNP sobre pacientes com câncer colorectal esporádico no estágio III.

QUESTÃO 37

Quando há suspeita clínica de doença de Paget, a avaliação diagnóstica inicial inclui:

- (A) cintilografia óssea, radiografia simples e fosfatase alcalina
- (B) biópsia óssea
- (C) ressonância nuclear magnética e fosfatase alcalina fração óssea
- (D) CT e fosfatase alcalina fração óssea
- (E) biópsia óssea e fosfatase alcalina

QUESTÃO 38

Mulher de 36 anos de idade procurou clínico geral em decorrência de episódios de repetição de gastrite. Submeteu-se à endoscopia digestiva alta, que mostrou uma úlcera gástrica e duas úlceras duodenais. A paciente foi tratada por 3 meses com omeprazol 40 mg/dia, obtendo alívio dos sintomas. Um ano depois, ainda em uso irregular do omeprazol, a paciente procurou endocrinologista referindo galactorreia bilateral à expressão mamilar e presença de lesão em hemiface direita,

cuja biópsia revelou angiofibroma facial. Havia também lipomas múltiplos em tronco e membros superiores. Exames laboratoriais : Prolactina = 120 ng/mL (VR : até 29,0) ; FSH = 6,0 UI/L ; LH = 3 UI/L; Estradiol = 25 pg/mL ; TSH = 1,5 mUI/mL ; glicemia de jejum = 98,0 mg/dL ; Cálcio =9,2 mg/dL (VR = 8,6 a 10,3) ;Albumina = 3,9 g/dL (VR = 3,6 a 5,2). Ressonância magnética de sela túrcica mostrou lesão expansiva intrasselar com 1,3 x 1,1 cm.

Sobre este caso, é possível afirmar.

- I. O diagnóstico mais provável é de neoplasia endócrina múltipla tipo 1 (NEM – 1).
 - II. O diagnóstico mais provável é neoplasia endócrina múltipla tipo 2 A (NEM – 2 A).
 - III. A paciente muito provavelmente tem lipomatose encefalocraniocutânea.
 - IV. A síndrome de McCune Albright (SMA) deve ser incluída no diagnóstico diferencial.
- (A) Todas as afirmativas estão incorretas.
 - (B) Apenas a afirmativa I está correta.
 - (C) Apenas a afirmativa II está correta.
 - (D) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.
 - (E) Apenas a afirmativa III está incorreta.

QUESTÃO 39

Com relação aos feocromocitomas, indique a afirmativa **INCORRETA**:

- (A) A maioria dos tumores é unilateral, benigna e cursa com hipertensão arterial sistêmica paroxística ou persistente
- (B) Devem ser rastreados em pacientes com incidentaloma adrenal e nos parentes de primeiro grau de indivíduos com a doença.
- (C) Pacientes assintomáticos geralmente têm tumores pequenos e são mais bem diagnosticados pela dosagem de catecolaminas no sangue.
- (D) A dosagem de ácido vanilmandélico não é recomendada pela alta frequência de resultados falso-negativos.
- (E) Paraganglioma é o termo que designa o feocromocitoma extra-adrenal, mais comumente encontrado no abdome.

QUESTÃO 40

A dislipidemia, na síndrome metabólica, favorece o desenvolvimento da aterosclerose, uma vez que:

- (A) os valores de colesterol LDL são em geral muito elevados.
- (B) os valores baixos do colesterol HDL provocam elevação dos níveis de triglicerídeos.
- (C) os valores séricos elevados de triglicerídeos resultam em alterações nas partículas de LDL, que se tornam menores e mais aterogênicas.
- (D) os valores elevados de triglicerídeos resultam em aumento de tamanho das partículas de HDL.
- (E) existe transferência de ésteres de colesterol das VLDL para as LDL.

QUESTÃO 41

Em relação às alterações cardiovasculares no hipotireoidismo, é **INCORRETO** afirmar.

- (A) Diminuição do débito cardíaco.
- (B) Diminuição da contratilidade miocárdica.
- (C) Disfunção diastólica.
- (D) Hipertensão arterial convergente (diastólica).
- (E) Redução da resistência vascular periférica.

QUESTÃO 42

Mulher de 50 anos, branca, do lar. Há oito anos iniciou dispnéia aos esforços de caráter progressivo. Negava dores articulares, lesões cutâneas ou perda de cabelo. Negava tabagismo. Vinha sendo medicada com antibióticos, corticosteroides em baixas doses e broncodilatadores, apresentando apenas curtos períodos de melhora. Relato de ressecamento nasal, bucal e ocular há pelo menos seis anos, com piora acentuada nos últimos meses. Ao exame físico, encontrava-se emagrecida, taquipneica (frequência respiratória = 36ipm), cianótica e com baqueteamento digital. A ausculta pulmonar revelava murmúrio vesicular simétrico com roncosparsos e estertores grossos e finos em bases. A radiografia de tórax revelou volumes pulmonares preservados e a presença de infiltrado reticular grosseiro, com tendência a concentrar-se nas regiões peri-hilares e basais, contendo de permeio áreas de aspecto areolar. A tomografia de tórax de alta resolução evidenciou doença centrada em vias aéreas, com a presença de nódulos centrilobulares, espessamento septal, áreas de hipertransparência e espessamento das paredes dos brônquios. Ao longo de quatro anos observou-se a ocorrência de alterações obstrutivas, seguidas pelo desenvolvimento de um padrão ventilatório misto. Houve acentuada redução do FEF_{25-75%} e deterioração progressiva das trocas gasosas, instituindo-se ao final hipoxemia e hipercapnia de grau acentuado. Fibroscopia das vias aéreas superiores revelou grande quantidade de secreção amarelada na glote e traqueia proveniente dos brônquios. O exame oftalmológico mostrou diminuição do filme lacrimal, ulcerações de córnea e teste rosa bengala positivo. Uma biópsia labial evidenciou infiltração linfocitária de glândulas salivares. Anticorpos anti-Sm e fator reumatóide foram negativos. Anti-Ro e anti-La foram positivos. A biópsia pulmonar a céu aberto mostrou alterações de distribuição axial comprometendo estruturas brônquicas de médio e pequeno calibre, com infiltrado linfoplasmocitário e áreas de deformação mural. Em diversos pontos, havia a formação de traves fibróticas comprometendo bronquíolos e, por extensão, a rede arteriolar, deformando-a igualmente. O interstício septal estava pouco acometido por infiltrado inflamatório crônico discreto.

Conforme o caso clínico apresentado, qual o diagnóstico mais provável e a forma de comprometimento pulmonar encontrados na paciente?

- (A) Tuberculose pulmonar e áreas granulomatosas pulmonares
- (B) Artrite reumatóide e nódulos reumatóides pulmonares.
- (C) Lúpus eritematoso sistêmico e alveolite hemorrágica.
- (D) Asma brônquica e lesões parenquimatosas pulmonares.
- (E) Síndrome de Sjögren e bronquiectasias.

QUESTÃO 43

Long recognized as a major cause of death, pneumonia has been studied intensively since the late 1800s, the results of which led to many formative insights in modern microbiology. Despite this research and the development of antimicrobial agents, pneumonia remains a major cause of complications and death. Community-acquired pneumonia (CAP) is a syndrome in which acute infection of the lungs develops in persons who have not been hospitalized recently and have not had regular exposure to the health care system.

Reference: N Engl J Med 371;17 nejm.org october 23, 2014
Choose the **CORRECT** alternative:

- (A) During influenza outbreaks, the circulating influenza virus becomes the principal cause of community-acquired pneumonia, but that is not serious enough to require hospitalization.
- (B) Results on Gram's staining and culture of sputum are positive in less than 20% of cases of pneumococcal pneumonia when a good-quality specimen (<10 inflammatory cells per epithelial cell) can be obtained before, or within 24 to 48 hours after, the initiation of antibiotics.
- (C) *Str. pneumoniae* is less susceptible to penicillins than to macrolides or doxycycline. *Mor. catarrhalis* isolates doesn't produce betalactamase. Amoxicillin or penicillin may be preferable to amoxicillin-clavulanate, especially in patients with underlying lung disease.
- (D) If a patient does not have a prompt response to a beta-lactam, a macrolide or doxycycline can be substituted to treat a possible atypical bacterial infection, such as that caused by *Myc. Pneumoniae*.
- (E) Methicillin-resistant *Staph. aureus* (MRSA) pneumonia mandates treatment for 5 to 7 days. Amoxicillin or penicillin are effective against these bacterial pathogens.

QUESTÃO 44

Na era pré-antibiótica, o abscesso pulmonar era uma doença devastadora. Estudos clássicos sobre abscessos pulmonares foram feitos por David Smith e Duke no final da década de 1920, tendo-se verificado que, nessa altura, cerca de um terço dos doentes com abscessos pulmonares morriam pela infecção, não havendo antibióticos.

Sobre abscesso pulmonar, assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) A frequência dos abscessos pulmonares na população geral é bem conhecida e relatada. Acontece predominantemente em jovens, pela existência de maior prevalência de doenças sexualmente transmissíveis.
- (B) São caracteristicamente únicos. Podem ser primários ou secundários. Os primários são causados por condições preexistentes, nomeadamente doença obstrutiva, bronquiectasias e imunodepressão. Os secundários são relacionados com processos infecciosos, por aspiração ou pneumonia.
- (C) A infecção por *Klebsiella* tende a ocorrer nos lobos superiores, enquanto nos abscessos provocados por agentes anaeróbios e gram negativos, *Staphylococcus aureus* e *Mycobacterium tuberculosis*, existe frequentemente derrame pleural associado à cavitação.
- (D) Em caso de piopneumotórax associado à clínica de dificuldade respiratória, pode surgir desvio das estruturas do mediastino e alterações na percussão torácica, com

timpanismo nas zonas de acúmulo de líquido e macicez sobre as áreas de pneumotórax.

- (E) O exame radiológico deve ser feito apenas em incidência anteroposterior. Como é de fácil visualização, a incidência lateral não é necessária.

QUESTÃO 45

R.S.T., 45 anos, masculino, branco, lavrador, refere lesão em dorso superior direito há 1 ano, assimétrica, bordas irregulares, cores variadas, diâmetro maior que 0,6cm e espessura elevada e que vem aumentando de tamanho. Durante a consulta ao dermatologista, suspeitou-se de melanoma cutâneo.

A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) imunoistoquímica
- (B) dermatoscopia
- (C) histopatologia
- (D) exame clínico criterioso
- (E) detectar o ABCDE do melanoma cutâneo

QUESTÃO 46

Quanto à acne globata, podemos afirmar corretamente, **EXCETO**:

- (A) há indicação de isotretinoína oral
- (B) é também denominada de acne grau IV
- (C) geralmente deixa seqüela se não tratada adequadamente
- (D) a isotretinoína oral não altera o perfil lipídico
- (E) a isotretinoína oral pode alterar o perfil hepático

QUESTÃO 47

Quanto à hanseníase, assinale a opção **CORRETA**:

- (A) A baciloscopia positiva é essencial para iniciar o tratamento.
- (B) A biópsia positiva é necessária para iniciar o tratamento.
- (C) A hipostesia ou a anestesia são incomuns nas lesões cutâneas.
- (D) O exame clínico pode indicar o diagnóstico e o início do tratamento.
- (E) O tratamento dura sempre 1 ano.

QUESTÃO 48

M.N.O., 10 anos, feminino, estudante, apresenta-se com o diagnóstico de prurigo estrófulo há 2 dias. Durante a consulta médica, podem estar presentes, com mais frequência, **EXCETO**:

- (A) Pápula
- (B) Eritema
- (C) Prurido
- (D) Escama
- (E) Nódulo

QUESTÃO 49

Pode-se afirmar corretamente sobre a dermatite de contato aguda por irritante primário, apenas uma opção abaixo.

Indique-a:

- (A) A lesão ocorre no primeiro contato e dura menos de 6 semanas.
- (B) A lesão ocorre no segundo contato ou mais contatos e dura menos de 6 semanas.
- (C) A lesão ocorre no segundo ou mais contatos e dura mais de 6 semanas.
- (D) A lesão ocorre no primeiro contato e dura mais de 90 dias.
- (E) A lesão ocorre no primeiro contato e dura mais de 60 dias.

QUESTÃO 50

Sr. Cosme, 61 anos, apresenta Diabetes Mellitus tipo 2 há aproximadamente 8 anos, em insulino terapia há 5 anos. Há 1 semana com lesão ulcerada, arredondada em primeiro metatarso à direita. Quadro de edema, eritema e aumento da temperatura à palpação.

Sobre o pé diabético, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A denervação de fibras responsáveis pela sudorese aumenta o risco de ulceração plantar, uma vez que a pele seca é menos complacente que a pele úmida e mais susceptível a rachaduras.
- (B) A maioria das ulcerações dos pés em pacientes diabéticos ocorre como consequência de pequenos traumas repetitivos no ato de andar.
- (C) A neuropatia diabética está relacionada com o tempo de diabetes e grau de controle glicêmico em longo prazo.
- (D) A vasculopatia tem sido considerada como o fator preponderante na gênese das ulcerações das extremidades no diabetes, geralmente associada a algum grau de neuropatia.
- (E) Além dos cuidados mecânicos, o uso de antibióticos é decisivo nas lesões infectadas, em geral, polimicrobianas.