

## PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA



**ATENÇÃO:** transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a frase a seguir:

**A saúde é a mais nobre de todas as riquezas.**

### ANTES DE COMEÇAR A FAZER AS PROVAS:

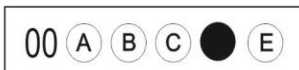
1. Verifique se este caderno contém um total de 50 (cinquenta) questões, sequencialmente numeradas de 01 a 50.
2. Caso haja algum problema, solicite ao aplicador a substituição deste caderno, impreterivelmente, até 15 minutos após o início da prova.

### 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 AS RESPOSTAS PARA A FOLHA DEFINITIVA (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) e 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**

## PROVA DE PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

### QUESTÃO 01

A abordagem do paciente com suspeita de leptospirose deve seguir uma rotina de anamnese e exame físico.

É considerado caso suspeito de leptospirose, indivíduo com febre, cefaleia e mialgia, que apresente pelo menos um dos seguintes critérios:

- (A) Antecedentes epidemiológicos (exposição a enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas) nos 40 dias anteriores à data de início dos sintomas.
- (B) Vínculo epidemiológico com um caso não confirmado por critério laboratorial.
- (C) Presença de sufusão conjuntival e/ou sinais de insuficiência renal aguda.
- (D) Teste de para Leptospirose com Elisa IgM não reagente em amostra sanguínea coletada a partir do 7º dia de início de sintomas.
- (E) Ausência de hepatomegalia e esplenomegalia.

### QUESTÃO 02

Em artigo referente a "Preparação e Resposta à Introdução do Vírus Chikungunya no Brasil", a frequência média dos sintomas de estudos, onde as doenças Dengue e Chikungunya foram diretamente comparadas entre pacientes que procuravam ajuda, considerou-se; +++ = 70%-100% dos pacientes; ++ = 40%-69%; + = 10%-39%; +/- = <10%; - = 0%.

De acordo com a frequência média dos sintomas apresentada acima, selecione a alternativa **ERRADA**:

- (A) A frequência de linfopenia na infecção pelo vírus de Chikungunya corresponde a +++ = 70%-100%.
- (B) A frequência de discrasias hemorrágicas na infecção pelo vírus da dengue corresponde a ++ = 40%-69%.
- (C) A frequência de artralgias na infecção pelo vírus de Chikungunya corresponde a +++ = 70%-100%.
- (D) A frequência de febre elevada (>102°F ou 39°C) na infecção pelo vírus de Chikungunya corresponde a +/- = <10%;
- (E) A frequência de trombocitopenia na infecção pelo vírus de Chikungunya corresponde a + = 10%-39%.

### QUESTÃO 03

A Leishmaniose visceral (LV) vem reaparecendo no mundo de forma preocupante. No Brasil, apesar dos esforços no controle de vetores e reservatórios, a LV encontra-se em rápida expansão territorial, acometendo indivíduos de diferentes grupos de idades. A letalidade desta doença vem aumentando nos últimos anos, e o Ministério da Saúde, na perspectiva de reduzi-la, tem implementado as ações de vigilância e assistência ao paciente com LV. A identificação precoce dos pacientes que poderão evoluir com gravidade é de fundamental importância para reduzir a letalidade por meio da instituição de medidas profiláticas e terapêuticas oportunas. Para isso, é necessária a definição dos fatores de risco associados ao óbito por LV.

Assinale, a seguir, qual das alternativas não corresponde a estes fatores:

- (A) Presença de diarreia ou vômitos
- (B) Fenômenos hemorrágicos
- (C) Hepatoesplenomegalia
- (D) Plaquetas < 50.000/mm<sup>3</sup>
- (E) Hemoglobina ≤ 7,0 g/dL

### QUESTÃO 04

O conhecimento das indicações e contra-indicações da PQT (poliquimioterapia, sigla do tratamento para hanseníase instituído pela OMS / MS, que inclui os medicamentos dapsona, clofazimina e rifampicina), é importante para o médico generalista por tratar-se de doença endêmica. O tratamento da pessoa com hanseníase é preconizado pelo ministério da saúde/OMS, com elevada eficácia. Qual dos enunciados a seguir apresentados é considerado **FALSO** pela organização mundial de saúde.

- (A) As pacientes grávidas podem utilizar poliquimioterapia. Todas as informações obtidas até o momento indicam que a PQT é segura durante a gravidez e, portanto, deve ser mantida.
- (B) O tratamento PQT será o mesmo para pacientes com hanseníase e tuberculose pulmonar concomitante.
- (C) O tratamento PQT será o mesmo para pacientes HIV positivo diagnosticados com hanseníase
- (D) Não é eticamente recomendável tratar o paciente de hanseníase com um só medicamento.
- (E) A baciloscopia é necessária para o início da PQT /MB; somente podemos iniciar tratamento com baciloscopia positiva.

### QUESTÃO 05

O carcinoma espinocelular corresponde por cerca de 15% e tem como fator principal a exposição crônica solar e outros fatores genéticos e ambientais, assumindo importância nos países tropicais. O Carcinoma espinocelular (CEC) corresponde a 15% das neoplasias epiteliais malignas. Indique a alternativa **INCORRETA** sobre CEC.

- (A) É mais comum em pessoas do sexo feminino; a localização mais comum é no terço superior da face; não tem relação com tabagismo e úlceras crônicas.
- (B) As localizações mais comuns é lábio inferior, orelhas, face, mucosa bucal, superfície extensora das mãos e antebraços e genitália externa; entre fatores predisponentes: radiação solar, raio-x, radiodermites, cicatrizes queimaduras.
- (C) O CEC pode, após meses ou anos, apresentar metástases.
- (D) O CEC inicia como espessamento da pele e torna-se placa endurecida, cresce gradualmente tornando-se nodular e finalmente a superfície torna-se encrostada e ulcerada.
- (E) Na mucosa, pode iniciar-se em placa de leucoplasia, por área de infiltração ou lesão vegetante.

### QUESTÃO 06

O eritema nodoso representa reação a uma variedade grande de condições, e hanseníase deve sempre entrar no diagnóstico diferencial. No entanto o eritema nodoso hanseniano (ENH) apresenta características clínicas, evolutivas e terapêuticas peculiares. Indique a alternativa com informações **INCORRETAS** sobre ENH.

- (A) O ENH é uma reação inflamatória sistêmica, aguda, que envolve a formação de imunocomplexos, que circulam pelo sangue periférico e tem como manifestação clínica mais frequente o eritema nodoso.
- (B) Fatores mais comuns que podem desencadear ENH são anemia, gravidez, infecções dentárias e urinárias e até infestações parasitológicas.
- (C) Os olhos também podem estar envolvidos no ENH com irite/iridociclite ou de esclerite. Alguns dos sintomas mais frequentes incluem a piora da acuidade visual, hiperemia conjuntival, dor ocular e fotofobia.
- (D) Pode ter eritema nodoso paciente com hanseníase virchoviano, dimorfo e tuberculóide.
- (E) A talidomida é uma droga efetiva no tratamento do ENH, a dose habitual varia de 100 a 400mg, é droga de efeito teratogênico comprovado e portanto deve ser evitada em mulheres idade fértil, e entre seus efeitos colaterais sonolência e neurite periférica.

**QUESTÃO 07**

Paciente do sexo feminino, de 28 anos, procura atendimento em pronto socorro, refere ter diagnóstico de asma brônquica. Fazia uso de medicações inalatórias irregularmente (não sabe informar qual) e estava sem a mesma há 2 semanas. Refere que há 1 semana, após mudança climática e exposição a fumaça, apresentou tosse seca, dispneia aos esforços e sibilância. Relata que no período teve despertares noturno com sibilância e dispneia por 2 dias. Ao exame físico, apresenta-se com estado geral preservado, orientada, dispneica, falando frases parciais, com retrações subcostais, sibilos difusos, frequência cardíaca de 120 bpm, saturando 91% ao ar ambiente e FR: 26 irpm.

Diante do quadro clínico e exame físico da paciente, qual é a classificação da intensidade da crise de asma e a classe de medicação necessária, neste momento, para início do tratamento?

- (A) Asma moderada e corticoide inalatório.
- (B) Asma moderada e corticoide sistêmico.
- (C) Asma muito grave e corticoide sistêmico.
- (D) Asma grave e broncodilatador de curta ação.
- (E) Asma moderada e broncodilatador de curta ação.

**QUESTÃO 08**

O paciente portador de bronquiectasia é aquele indivíduo que apresenta, persistentemente, tosse produtiva, com expectoração mucopurulenta, em grande quantidade, principalmente pela manhã. A evolução da doença é crônica, meses a anos, e é intercalada por períodos de acentuação dos sintomas, com necessidade de uso freqüente de antibióticos.

Qual dos exames a seguir apresentados tem maior sensibilidade para confirmar o diagnóstico de bronquiectasia diante de uma suspeita clínica?

- (A) Broncoscopia com lavado broncoalveolar.
- (B) Radiografia simples do tórax.
- (C) Ressonância Magnética do tórax.
- (D) Espirometria com prova broncodilatadora.
- (E) Tomografia computadorizada do tórax com cortes finos.

**QUESTÃO 09**

O *Cor Pulmonale* é uma complicação freqüente da Bronquite Crônica porque nessa doença a principal alteração fisiopatológica é a hipóxia crônica. Considerando este e outros aspectos: Qual das combinações a seguir apresenta os principais fatores implicados na diminuição da exacerbação do *Cor Pulmonale* secundário ao DPOC ?

- (A) Associação de corticoide inalatório e beta-2 de longa duração e de resgate + anticolinérgico de longa duração (tiotrópio) + deixar de fumar, vacinas e uso de drogas vasodilatadores.
- (B) Associação de corticoide inalatório e beta-2 de longa duração e de resgate + anticolinérgico de longa duração (tiotrópio) + deixar de fumar, oxigenioterapia, reabilitação pulmonar, vacinas e drogas vasodilatadoras.
- (C) Associação de anticolinérgico de longa duração (tiotrópio) + deixar de fumar + oxigenioterapia, reabilitação pulmonar, vacinas, nutrição adequada e drogas vasodilatadoras.
- (D) Associação de corticoide inalatório e beta-2 de longa duração + anticolinérgico de longa duração (tiotrópio) + deixar de fumar, reabilitação pulmonar e drogas vasodilatadoras.
- (E) Associação de corticoide inalatório + anticolinérgico de longa duração (tiotrópio) + deixar de fumar + oxigenioterapia, reabilitação pulmonar, nutrição adequada e drogas vasodilatadoras.

**QUESTÃO 10**

Uma mulher de 26 anos deu entrada no pronto socorro com histórico de há 30 minutos apresentar queda da própria altura, seguindo de movimentos supostamente involuntários de flexão e hiperextensão dos membros e olhar para cima. Durante a avaliação, não respondia a estímulos verbais, mas mantinha resposta a dor. Não apresentou liberação esfinteriana. Após 5 minutos, a crise cessou. Após recuperar o estado de consciência, a paciente relatou que seu marido havia chegado de madrugada em casa embriagado. Negou uso de medicações no momento. Relatou episódio semelhante há um ano após o falecimento de sua mãe.

Diante do histórico, qual o diagnóstico mais provável e conduta?

- (A) Crise convulsiva por trauma craniano. Realizar tomografia com contraste.
- (B) Episódio depressivo. Prescrição de fluoxetina.
- (C) Estado dissociativo. Orientação, se disponível, solicitar avaliação da psicologia.
- (D) Síncope. Solicitar eletrocardiograma.
- (E) Intoxicação aguda por psicotrópicas. Realizar lavagem gástrica e carvão ativado.

**QUESTÃO 11**

As emergências por uso e abuso de substâncias são frequentes nos serviços de saúde.

Das medicações a seguir apresentadas, qual a primeira escolha para o tratamento da Síndrome de Abstinência de Álcool e que também pode ser utilizada na Intoxicação Aguda por Cocaína?

- (A) Diazepam
- (B) Ácido valpróico
- (C) Fenobarbital
- (D) Clorpromazina
- (E) Prometazina

**QUESTÃO 12**

Um homem de 50 anos relatou estar em uso de midazolam 15mg à noite para dormir há pelo menos 20 anos. Também informou ser muito ansioso e que faz uso de alprazolam 2mg pela manhã, todos os dias, há pelo menos 10 anos. Há 15 dias, decidiu parar as medicações, mas apresentou insônia, tremores, sudorese fria.

Qual a melhor orientação ao paciente baseado no Projeto Diretrizes da AMB/CFM?

- (A) Substituir imediatamente as medicações por periciazina (antipsicótico) 10mg à noite.
- (B) Encaminhar para psicoterapia.
- (C) Proceder troca dos benzodiazepínicos acima por clonazepam 2 mg à noite e programar redução gradual.
- (D) Manter as medicações, visto que não há consequências quanto a seu uso.
- (E) Prescrever amitriptilina (antidepressivo) 25mg à noite.

**QUESTÃO 13**

Paciente do sexo feminino, 21 anos de idade, com quadro de infecção urinária e iniciado o uso de antibióticos nas últimas 48 horas (não sabe informar o nome da medicação). Desde então vem se sentindo com cansaço extremo, dificuldade de engolir, fala monótona, diplopia e ptose palpebral. Refere que hoje acordou se sentindo melhor, porém os sintomas pioraram bastante ao decorrer do dia. Já teve alguns episódios isolados de diplopia/ptose palpebral no passado e refere serem causados por estresse emocional e cansaço físico, que melhoraram com repouso prolongado.

Indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Trata-se de sintomas iniciais de quadro de septicemia devido à falha terapêutica do antibiótico usado e a paciente deve ser internada.
- (B) Os sintomas neurológicos apresentados são relevantes e a investigação adequada com tomografia computadorizada do crânio inicialmente deve ser emergencial.
- (C) Timectomia pode estar indicada para o tratamento desta paciente, após os cuidados emergenciais
- (D) Apenas a troca do antibiótico e observação estaria indicada, por ser tratar de efeitos adversos da medicação em questão.
- (E) Corticóides são contra-indicados.

**QUESTÃO 14**

No atendimento aos pacientes com cefaléias primárias, a maioria não requer exames complementares para a sua investigação, salvo na presença de alguns sinais de alarme. Dentre eles, incluímos:

- (A) presença de qualquer anormalidade visual.
- (B) cefaléia acompanhada de náuseas e vômitos intensos.
- (C) cefaléia unilateral que piora com o exercício físico rotineiro.
- (D) cefaléia súbita e progressiva, mesmo sem alterações ao exame neurológico.
- (E) presença de dois tipos de cefaléia no mesmo indivíduo.

**QUESTÃO 15**

Durante os últimos anos, a estimulação cerebral profunda (DBS) tem sido estabelecida como um tratamento seguro e eficaz por um grupo selecionado de pacientes com a doença de Parkinson. O DBS pode trazer uma redução marcada dos sintomas parkinsonianos e trazer melhorias significativas na qualidade de vida de pacientes adequadamente selecionados. Para qual das alternativas a seguir apresentadas, isoladamente, não existem evidências de recomendação de cirurgia para Doença de Parkinson?

- (A) Obrigatoriedade de ser responsivo à levodopa.
- (B) Possuir pelo menos 2 anos de doença.
- (C) Objetivo de melhora dos sintomas do tipo bradicinesia.
- (D) Intolerância à medicação.
- (E) Diagnóstico estabelecido de Doença de Parkinson.

**QUESTÃO 16**

Para o diagnóstico diferencial do coma agudo existem três causas possíveis: (A) doença primária do SNC; (B) depressão do SNC por um processo metabólico sistêmico ou intoxicação farmacológica; (C) arreatividade psicogênica. Estatisticamente, a causa mais provável é o acometimento do SNC por um processo metabólico sistêmico ou intoxicação farmacológica. As síndromes de hérniação são causadas por lesões primárias do SNC, podendo ou não ter origem traumática. Comprometimento da consciência, respiração anormal, midríase unilateral, hemiparesia, deterioração rostrocaudal são manifestações clínicas mais comumente apresentadas em qual síndrome de hérniação?

- (A) Ascendente
- (B) Transtentorial central
- (C) Talâmica
- (D) Transtentorial uncal
- (E) Transtentorial das tonsilas

**QUESTÃO 17**

Paciente masculino, 6 anos, com história de astenia e palidez cutânea. História familiar de anemia. Alimentação adequada para a idade. Realizada investigação laboratorial. HMG: HM: Hemácias em  $M/mm^3$ : 5,34 (4,0–5,1); Hemoglobina em g/dl 10,3 (11,5 – 14,5); Hematócrito em %: 33,1 (34 – 42); VCM em fl: 62,0 (77 – 90); HCM em pg: 19,2 (26–29); RDW em % 15,4 (10 – 15) plaquetas:  $43000.000/mm^3$  V.R: 150.000 – 450.000/  $mm^3$  Leucócitos  $7.500/mm^3$  (4000 – 11000). Ferritina: 44,4  $\mu g/L$  (7-140); Ferro sérico 48  $\mu g/dl$  (43-184). Eletroforese de hemoglobinas: HbA1 93,1% (96,5-98,5) HbA2: 6,5% (0-4); HbF 0,4 (0-1). pesquisa de hemoglobina H: ausente.

De acordo com os exames laboratoriais, este paciente tem qual patologia e qual o tratamento adequado?

- (A) Anemia ferropriva; reposição de ferro oral.
- (B) Anemia falciforme; transfusão de concentrado de hemácias.
- (C) Beta talassemia intermédia; reposição de ácido fólico.
- (D) Alfa talassemia; reposição de ácido fólico.
- (E) Traço talassêmico; reposição oral de ferro.

**QUESTÃO 18**

Paciente masculino, 29 anos, chega ao pronto atendimento com quadro de dor em membros inferiores intensa. História prévia de febre há 2 dias. Ao exame físico apresenta esplenomegalia moderada e icterícia moderada. Exames laboratoriais: Hemograma: Hemácias em  $M/mm^3$  3,8 (4,5 – 6,1); Hemoglobina em g/dl: 11,5 (12,5 – 16,5) Hematócrito em %: 34,5(40 – 54); leucócitos: 11200 (4000-11000); Plaquetas:  $402.000/mm^3$  V.R: 150.000 – 450.000/  $mm^3$

**OBS:** Poiquilocitose: esquisócitos, ovalócitos, drepanócitos, hemácias em alvo.

Baseado na história acima, qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Anemia Hemolítica auto imune.
- (B) Talassemia com crise algica.
- (C) Esferocitose com sequestro esplênico.
- (D) Anemia falciforme com sequestro esplênico.
- (E) Hemoglobinopatia SC com crise algica.

**QUESTÃO 19**

Paciente feminina, 72 anos, com queixa de astenia e palidez cutâneo mucosa há aproximadamente 2 meses. Apresenta história de diabetes controlada por medicação. Exame físico com palidez discreta sem outras alterações. No exame hematológico, apresenta Ht 29%; Hb 9,5 g/dl; leucócitos 3.800/microlitro (2% mielócitos, 5% bastonetes, 43% segmentados, 42% de linfócitos, 8% de monócitos); plaquetas: 102000 /microlitro. Realizado mielograma que evidenciou medula óssea normocelular, com atipia em série eritroide e mielóide, 20% de sideroblastos em anel e 3% de blastos.

Com os dados descritos, qual a principal hipótese diagnóstica desta paciente?

- (A) Aplasia medular
- (B) Anemia megaloblástica
- (C) Leucemia mielóide crônica
- (D) Mielodisplasia
- (E) Leucemia mielóide aguda

### QUESTÃO 20

Paciente masculino, 62 anos, apresenta-se com queixa de cefaleia, vertigem e turvação visual com piora progressiva. Ao exame físico, percebe-se hipertensão arterial, pletora e esplenomegalia leve. Nega doenças coexistentes, uso de medicação ou cirurgias prévias. Foram solicitados exames laboratoriais que mostraram um aumento de hemoglobina (19g/dl) e hematócrito (58%), leucocitose (11.500/mm<sup>3</sup>) e plaquetose (530.000/mm<sup>3</sup>) no hemograma, dosagem de eritropoietina abaixo do valor de referência, biópsia de medula óssea mostrando hiperplasia com proliferação de todas as linhagens hematológicas e pesquisa de mutação de JAK2 positiva.

Levando em consideração os dados acima, qual procedimento ou medicação não está indicado no tratamento da patologia deste paciente?

- (A) Flebotomia
- (B) Aspirina
- (C) Hidroxiureia
- (D) Interferon alfa
- (E) Imatinibe

### QUESTÃO 21

Mulher 35 anos, previamente submetida à cirurgia e radioterapia hipofisária por adenoma clinicamente não funcionante. Refere astenia, tontura, inapetência, perda de peso, diminuição da libido (quadro progressivo) e amenorreia instalada após tratamento para sua doença. Ao exame : RCR; FC = 80 BPM ; FR = 18 IRPM; PA (deitada) = 110 x 0 mmhg ; PA (em pé) = 110 X 50 mm/hg ; tireóide normopalpável . Exames laboratoriais: TSH = 7,0 mUI/mL (VR = 0,3 – 5,0); T4 livre = 0,3 ng/mL (VR = 0,7 – 1,8); Cortisol sérico matinal ( 8 hs ) = 2,0 µg/dl (VR = 5 – 25) ;ACTH = 12pg/mL(VR = < 42); Sódio, potássio, cálcio e magnésio normais, glicemia = 83,0 . Realizou um teste de ITT, com pico de cortisol de 12µg/dL.

Qual das medicações a seguir seria, a princípio, menos indicada para este paciente?

- (A) Fludrocortisona
- (B) Estrogênio e Progestágeno
- (C) Prednisona
- (D) Levotiroxina
- (E) Hidrocortisona

### QUESTÃO 22

Paciente, 35 anos, apresenta carcinoma papilífero clássico de tireóide medindo 1,0 cm; unifocal; sem extensão extracapsular. Sobre as medidas propedêuticas e terapêuticas pós tireoidectomia total neste caso, poderemos afirmar, **EXCETO**.

- (A) Uso de levotiroxina em dose supressiva visando manter TSH entre 0,1 e 0,5 mU/L.
- (B) O PET-Scan com FDG (18-flúor-deoxiglicose) é um exame com excelente valor diagnóstico em pacientes com CDT (Carcinoma Diferenciado de Tireóide) de baixo risco.
- (C) Seguimento de vigilância de recidiva da doença com USG cervical periódica.
- (D) Tireoglobulina sérica e Anticorpos anti-tireoglobulina, quando em altos títulos são marcadores de recidiva da doença.
- (E) Dosagem de tireoglobulina no aspirado de punção de linfonodos suspeitos em USG cervical tem se mostrado bastante útil na detecção de recidivas linfonodais.

### QUESTÃO 23

Um paciente de 20 anos, portador de diabetes mellitus tipo 1 há 10 anos, deu entrada em serviço de emergência com um quadro de dor abdominal de forte intensidade e vômitos. Ao exame físico, o paciente estava afebril e desidratado, FC=110 bpm, frequência respiratória de 40 irpm. Ao exame do abdome apresentava uma dor intensa a palpação profunda e à descompressão brusca sugerindo irritação peritoneal. Exames laboratoriais: leucocitose 20000leucocitos/mm<sup>3</sup>com desvio a esquerda (10% de bastões), amilase 200U/L(VR:28-100), TGO=95U/L(VR:até 37), TGP=102 U/L(VR:até 41), glicemia 440 mg/dl, creatinina=1,7mg/dl(VR=0,7 a 1,3); uréia 88mg/dL(VR:10-50), potássio = 5,7mEq/L(VR=3,6-5,1); ph sanguíneo=7,15.

Sobre este caso, é **CORRETO** afirmar.

- I. O paciente deve ser avaliado imediatamente pelo cirurgião devido o diagnóstico de abdome agudo.
- II. Insulina regular ou de ação ultra-rápida por via endovenosa e hidratação devem ser iniciadas de imediato.
- III. Antibioticoterapia de amplo espectro deve ser administrada devido ao aparente quadro grave infeccioso.
- IV. Bicarbonato de sódio se faz necessário para reverter a acidose metabólica.

- (A) Somente a afirmativa IV está incorreta.
- (B) Somente a afirmativa II está correta.
- (C) Somente as afirmativas II e III estão corretas.
- (D) Todas as afirmativas estão incorretas.
- (E) Somente a afirmativa está III correta.

### QUESTÃO 24

Uma paciente de 30 anos, sexo feminino, está internada devido a um tumor hipofisário. Ela tem história de cefaleia, que iniciou há 01 ano. Ela não está menstruando, neste período. Relata presença de secreção nas mamas. Relata que há 03 meses iniciou com dificuldade visual e que evoluiu com cegueira à esquerda. Apresenta ptose palpebral à esquerda e sangramento nasal. Internada com glicemia de 300mg/dl. Não apresentou crises convulsivas.

Qual o mais provável tumor hipofisário que ela apresenta?

- (A) Macroadenoma hipofisário com invasão supra e parasselar esquerda não funcionante.
- (B) Macroadenoma hipofisário com invasão infrasselar produtor de prolactina.
- (C) Macroadenoma hipofisário com invasão supra , parasselar E e infrasselar e produtor de prolactina e GH.
- (D) Macroadenoma hipofisário com invasão supra , parasselar esquerda e infrasselar produtor de prolactina.
- (E) Macroadenoma hipofisário com invasão infrasselar produtor de prolactina e GH.

### QUESTÃO 25

A Síndrome de Cushing pode ser definida como uma síndrome clínica decorrente de hipercortisolismo crônico, acompanhada por quantidades variadas de andrógenos adrenais, e que determinam anormalidades metabólicas diversas.

Considere o caso clínico: Paciente de 32 anos, sexo feminino, com queixa de mialgia proximal, hipomenorreia, insônia, acne e hematomas cutâneos espontâneos. Refere ainda candidíase de repetição e HAS, nos últimos 12 meses. Ao exame físico, apresentava rubor fácil, obesidade central, estrias violáceas > 1cm em abdome e região mamária. Nega uso de medicações. Baseado no caso clínico relatado indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) O achado tomográfico de nódulo em adrenal unilateral associado com níveis elevados de cortisol livre em urina 24h confirma diagnóstico de Doença de Cushing.
- (B) Um teste de supressão do cortisol sérico matinal pós dexametasona 1mg 23h (overnight) com valor < (menor) 10mcg/dl (250nmol/L) excluiu hipercortisolismo endógeno.
- (C) Diante da suspeita clínica de hipercortisolismo, os exames de screening iniciais mais recomendados são a dosagem randômica do cortisol e ACTH sérico e a dosagem urinária do 17- ketoesteróides.
- (D) Os sinais clínicos com maior especificidade para a suspeita de hipercortisolismo são as estrias rosadas e a obesidade central.
- (E) Se a paciente tivesse Diabetes Mellitus primária descompensada, e associada com transtorno depressivo e/ou alcoolismo, estas doenças poderiam justificar o quadro clínico relatado.

### QUESTÃO 26

A hernia de hiato é um distúrbio no qual a porção proximal do estômago hernia através do hiato diafragmático para o tórax.

A hernia de hiato está associada a todas às patologias a seguir **EXCETO**.

- (A) Rede esofágica.
- (B) Esofagite aguda.
- (C) Esôfago de Barrett.
- (D) Fibrose esofagiana.
- (E) Lacerações esofagianas.

### QUESTÃO 27

O câncer gástrico é a terceira neoplasia mais comum no mundo. Tem origem multifatorial e um diagnóstico tardio na maioria das vezes.

Apresenta classificações e é estadiado de acordo com o grau de invasão, presença de linfonodos comprometidos e metástases a distância. Qual alternativa representa um câncer de melhor prognóstico?

- (A) Borrmann 1- polipóide.
- (B) Estádio Ib - UICC.
- (C) Intestinal.
- (D) Classificação endoscópica da Sociedade Japonesa de Endoscopia II-C.
- (E) Lesão menor que 2cm.

### QUESTÃO 28

A entidade nosológica conhecida como Dispepsia Funcional deve ser considerada quando não existirem doenças orgânicas, sistêmicas ou metabólicas que possam explicar os sintomas, sendo que de acordo com os critérios de Roma III é definida como a presença de dor epigástrica e queimação epigástrica, saciedade precoce e plenitude pós-prandial.

Sobre esta patologia é **CORRETO** afirmar.

- (A) Pacientes encaminhados para investigação diagnóstica e de pacientes com dispepsia não investigada revelaram que a totalidade das pessoas com sintomas dispépticos relata piora dos sintomas depois da ingestão de uma refeição.
- (B) Para os pacientes com dispepsia funcional e sintomas discretos e intermitentes, a orientação e algumas modificações na dieta podem ser suficientes.
- (C) A qualidade de vida não é significativamente afetada pela dispepsia, especialmente a dispepsia funcional e a maioria dos pacientes não procura cuidados médicos.

- (D) Comorbidades psiquiátricas são incomuns nos pacientes com dispepsia funcional, mas pode ocorrer relato recente ou remoto de violência física ou sexual.
- (E) Em raras ocasiões, a história e o exame físico do paciente permitem que a dispepsia seja diferenciada dos sintomas que sugerem doença esofágica, pancreática ou biliar.

### QUESTÃO 29

Uma complicação comum da coledocolitíase é a colangite.

Acerca do tema, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) A tríade de Charcot (febre com calafrios + icterícia + dor em quadrante superior direito), apesar de ser manifestação clássica, é encontrada em apenas 50% a 75% dos casos.
- (B) Os exames laboratoriais geralmente revelam leucocitose com desvio associada à colestase laboratorial.
- (C) Antibioticoterapia de amplo espectro, com cobertura para anaeróbios e gram-negativos, deve ser iniciada o mais brevemente possível.
- (D) Todos os casos devem ser submetidos à drenagem biliar de urgência por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).
- (E) Nos pacientes com colangite supurativa pode-se identificar a pêntrade de Reynold, cujo quadro, além dos já descritos na tríade de Charcot, agrega hipertensão arterial e confusão mental.

### QUESTÃO 30

Qual dessas afecções não relacionadas ao vírus do papiloma humano não provoca proctite?

- (A) Clamídia
- (B) Gonorréia
- (C) Criptosporidíase
- (D) Herpes vírus
- (E) Linfogranuloma venéreo

### QUESTÃO 31

Um rapaz de 21 anos de idade foi transportado ao serviço de emergência de um hospital por apresentar letargia, desconforto respiratório e distensão abdominal. Familiares relatam que o mesmo havia procurado o Pronto Socorro deste mesmo serviço uma semana antes com história de desidratação e gastroenterite, que foi tratada com ondansetrona e fluido intravenosos. Na manhã da interação no serviço de emergência da atual apresentação, o jovem apresentou dificuldade para despertar, vômitos persistentes e diminuição do volume urinário. Um dia antes apresentou intensa dor abdominal. No quarto do jovem foi encontrado um frasco de aspirina vazio. Segue resultado dos seguintes exames admissionais: hemograma (hematócrito: 34,8 mg/dl; hemoglobina: 11,2 g/dl; leucócitos: 40.500/mm<sup>3</sup>; plaquetas: 567.000/mm<sup>3</sup>); sódio: 139 mEq/L; potássio: 2,9 mEq/L; cloreto: 105 mEq/L; creatinina: 0,4 mg/dl; uréia: 32 mg/dl; gasometria arterial (pH: 7,50, pCO<sub>2</sub>: 29 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 15 mmol/L).

Baseado nas alterações ácido-básicas, como você descreveria o(s) possível(is) diagnóstico(s) a um interno que o acompanha no PS?

- (A) Trata-se de distúrbio misto secundário a uma intoxicação por salicilato com acidose respiratória e alcalose metabólica.
- (B) Provavelmente, se trata de uma intoxicação com salicilato apresentando-se com alcalose respiratória e acidose metabólica.
- (C) Distúrbio simples secundário a uma intoxicação por salicilato com alcalose respiratória.
- (D) Distúrbio simples secundário a uma intoxicação por salicilato com acidose metabólica.
- (E) Distúrbio simples secundário a uma intoxicação por salicilato com acidose respiratória.

**QUESTÃO 32**

Uma mulher de 54 anos, com história de hipertensão arterial há 22 anos, procura-o para exames de rotina. Sua creatinina sérica foi de 3,1 mg/dl e sua microalbuminúria de 24 h, 68 mg. Hemoglobina foi de 11,1 mg/dl e hematócrito de 22%. A taxa de filtração glomerular estimada foi 26 ml/min. Sua pressão arterial foi 150/90 mmHg. Os medicamentos em uso incluíam inibidores da ECA, diurético tiazídico e uma estatina.

Quais orientações dietéticas você recomendaria para essa paciente?

- (A) Beber bastante líquido e manter dieta normoprotéica, comendo carne bovina normalmente para prevenir anemia, pois a anemia aumentaria a progressão da doença renal.
- (B) Reduzir ingestão de sal e comidas industrializadas, com objetivo de manter pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg.
- (C) Reduzir ingestão de proteína, como carne bovina, frango, peixe e derivados do leite.
- (D) Reduzir a ingestão de água para evitar edema (inchaço).
- (E) Comer bastante frutas, verdura e principalmente folhas verdes.

**QUESTÃO 33**

Uma mulher de 22 anos o procura em uma unidade de saúde com queixa de cefaléia occipital diária, que cede a analgésicos habituais. Informa que nos últimos 30 dias (afere pelo menos 3 vezes por semana) vem observando aumento sustentado da pressão arterial, atingindo o valor máximo de sistólica e diastólica em 190/110 mmHg, respectivamente, mantendo-se sempre acima de 130/95 mmHg.

Considerando o caso acima, o que você relataria à paciente?

- (A) Que provavelmente ela tem enxaqueca e devido a cefaléia, os níveis pressóricos têm-se elevado.
- (B) Que se trataria de hipertensão arterial e não haveria necessidade de continuar investigação diagnóstica, pois observa-se valores elevados da pressão arterial em mais de uma aferida.
- (C) Que o provável diagnóstico seria hipertensão arterial secundária e com possibilidade de cura da hipertensão.
- (D) Explica à paciente que se trataria de hipertensão arterial essencial e que somente as mudanças no estilo de vida seriam suficientes para controle da pressão arterial.
- (E) Por se tratar de cefaléia em paciente feminina e jovem, você informaria que o provável diagnóstico seria aneurisma cerebral e a encaminharia ao neurocirurgião.

**QUESTÃO 34**

Você está em um Pronto Socorro de plantão juntamente com um grupo de internos de medicina conversando sobre a crise financeira atual do Brasil, quando dá entrada um paciente de 40 anos de idade com sangramento importante devido fístula arterio-venosa rompida após sessão de hemodiálise na clínica de hemodiálise de crônico do hospital.

Após pronto e eficaz atendimento do paciente, você aproveita o caso para explicar aos internos que a hemodiálise é uma forma comprovadamente eficaz para o controle metabólico e de volume dos pacientes com doença renal crônica em fase terminal. Além disso, você também pode afirmar aos internos, a respeito de hemodiálise e doença renal.

- (A) Os pacientes em hemodiálise têm baixa incidência de doenças cardiovasculares e infecciosas.
- (B) A primeira sessão de hemodiálise de um paciente crônico e urêmico deve ser de 4 h, para evitar o desequilíbrio osmótico.
- (C) Para pacientes com pericardite urêmica, deve-se realizar hemodiálise sem anticoagulação (heparina), devido ao risco de tamponamento.
- (D) A hipotensão arterial no curso da diálise é uma infrequente complicação.
- (E) Os índices mais úteis para avaliar a eficiência da diálise são os pesos pré sessão de hemodiálise e os níveis pressóricos pós sessão.

**QUESTÃO 35**

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) dá origem a várias formas de lesões glomerulares.

Quais das lesões a seguir citadas estão presentes no Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)?

- (A) Esclerose focal e Glomerulonefrite membranosa.
- (B) Glomerulonefrite membranoproliferativa e Nefrose lipóide.
- (C) Glomerulonefrite membranosa e Glomerulonefrite membranoproliferativa.
- (D) Nefrose lipóide e Esclerose focal.
- (E) Esclerose focal e Glomerulonefrose.

**QUESTÃO 36**

Paciente feminina, 34 anos, apresentando quadro de poliartrite simétrica, itinerante, fixa, notadamente em pequenas articulações, com rigidez matinal de meia hora, há 6 meses. Exame físico: discretos dedos em fusos em algumas IFPs. Sem antecedentes familiares e fumante moderada. Tem VHS e PCR moderadamente elevados e uma anemia normocrômica normocítica discreta. Detectou-se na pesquisa laboratorial Fator Reumatóide positivo 1: 80 e Anti-CCP positivo com título de 340.

Indique a alternativa **CORRETA**, destacando diagnóstico e fatores de prognóstico segundo postulados segundo EULAR e ACR.

- (A) Artrite Reumatóide Clássica com deformidades sequelares, que certamente será má respondedora aos Imunobiológicos, porque tem altíssimo título de Anti-CCP.
- (B) Artrite Reumatóide Inicial com marcadores de mal prognóstico: fumante, várias articulações inflamadas envolvidas e a presença de seus 2 marcadores sorológicos concomitantes.
- (C) Artrite Reacional devido ao pouco tempo de evolução que, pela moderação das provas de atividade inflamatórias, apresentará péssima evolução.
- (D) Artrite Reumatóide de início tardio, que evoluirá de maneira benigna, porque tem rigidez matinal breve e baixo título de Fator Reumatóide.
- (E) Doença Reumatóide que não se relaciona ao fumo como fator de prognóstico ruim, apresentando marcadores sorológicos positivos para o diagnóstico, sem aplicabilidade predictiva quanto à evolução.

**QUESTÃO 37**

Paciente de 52 anos com diagnóstico recente de dermatomiosite.

No acompanhamento diagnóstico do paciente, deve-se obrigatoriamente investigar.

- (A) HIV
- (B) Neoplasia
- (C) Toxoplasmose
- (D) Piomiosite tropical
- (E) Lúpus eritematoso sistêmico

**QUESTÃO 38**

Paciente do sexo masculino, 40 anos, protético, apresentando quadro de sinusite crônica, febre, artralhas generalizadas, astenia e emagrecimento moderado há 6 meses. Há 3 meses, tosse produtiva com hemoptoicos e dispneia progressiva. Há 2 semanas, apresentou pico hipertensivo e hematúria no sumário de urina.

Baseado apenas nesses dados clínicos, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Trata-se de uma vasculite do tipo Angeíte de Churg-Strauss, ligada especificamente ao c-ANCA e neutrofilia.
- (B) Quadro clássico de vasculite de grandes vasos Granulomatosa de Wegener, ligada ao p-ANCA.
- (C) Quadro fortemente sugestivo de vasculite granulomatosa autoimune de pequenos vasos, tipo Wegener, correlacionada ao c-ANCA.
- (D) Quadro característico de Poliangeíte Microscópica, relacionada ao a-ANCA.
- (E) O quadro clínico presumivelmente é de vasculite Eosinofíca, sem qualquer ligação com ANCA.

**QUESTÃO 39**

Jovem de 42 anos apresenta quadro de desconforto respiratório e precordialgia intermitentes, porém progressivas, há 30 dias. Como sintomas prévios refere ter úlceras orais de repetição e 2 episódios de "conjuntivite" intensamente sintomáticos, nesse período. Ainda questionado sobre história patológica pregressa refere apresentar lesões acneiformes em dorso após os 30 anos de idade e ter tratado com anticoagulação trombose de veia poplítea há 4 anos (confirmada por doppler). Nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas. Exame físico revela que, além das úlceras orais já relatadas, apresenta cicatrizes em região escrotal e eritema importante em locais de punção venosa recente. Exames complementares sem alterações laboratoriais gerais e radiografia de tórax com aumento de trama vascular perihilar.

Qual exame complementar poderia reforçar ainda mais a suspeita diagnóstica?

- (A) Dosagem de fator antinuclear (FAN).
- (B) Ecocardiograma transtorácico.
- (C) Hemoculturas.
- (D) Angiotomografia de tórax.
- (E) Dosagem de HLA-B51.

**QUESTÃO 40**

Fibrilação e flutter atrial são arritmias atriais comuns e relacionadas. Indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) A abordagem terapêutica da fibrilação e do flutter são semelhantes, inclusive quanto às indicações relacionadas à anti coagulação.
- (B) Na fibrilação atrial com instabilidade hemodinâmica, não deve-se proceder cardioversão elétrica imediatamente, mesmo que a duração da arritmia seja menor que 48 horas.
- (C) Na presença de síndrome de pré-excitação ventricular (síndrome de Wolff-Parkinson-White), o uso dos seguintes antiarrítmicos está indicado: adenosina, beta-bloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio e digoxina.
- (D) "Overdrive suppression" não deve ser considerado como primeira opção para todos os pacientes com fios de marcapasso atrial epicárdicos, após cirurgia cardíaca. Pacientes com eletrodo esofágico ou marcapasso transvenoso também podem ser submetidos a tal procedimento, caso tenham obtido insucesso durante a cardioversão elétrica.
- (E) A fibrilação atrial não pode estar associada na apresentação de pacientes com tromboembolismo pulmonar e em pacientes com novo episódio de AVC tromboembólico.

**QUESTÃO 41**

A taquicardia ventricular é um ritmo que se origina em um dos ventrículos, com frequência maior que 100 batimentos por minuto. E exige um diagnóstico rápido e certo para um correto tratamento.

Qual das alternativas abaixo está **INCORRETA**?

- (A) O diagnóstico mais importante é com as taquicardias supraventriculares com condução aberrante.
- (B) A dissociação atrioventricular é o critério mais importante e praticamente confirma o diagnóstico de taquicardia ventricular.
- (C) A causa mais comum de taquiarritmia regular com QRS largo é a taquicardia ventricular.
- (D) O verapamil nunca deve ser usado para pacientes com taquicardia de QRS largo, a menos que o diagnóstico de taquicardia supraventricular com condução aberrante seja absolutamente seguro.
- (E) Torsaide de pointes é o protótipo de pró-arritmia ventricular monomórfica causada por drogas antiarrítmicas que prolongam o intervalo QT.

**QUESTÃO 42**

Em pacientes estáveis, com fibrilação atrial (FA) persistente, que vão se submeter à cardioversão elétrica ou química, recomenda-se a anticoagulação oral (ACO) por pelo menos 3 semanas pré e 4 semanas pós-cardioversão com RNI na faixa terapêutica (2,0-3,0). Após 4 semanas da cardioversão, a manutenção da ACO deve ser feita de acordo com :

- (A) o diâmetro do átrio esquerdo.
- (B) o escore de risco de CHA2DS2VASc.
- (C) a presença de trombos no sistema venoso profundo.
- (D) a manutenção do ritmo sinusal.
- (E) a presença de valvulopatia mitral

**QUESTÃO 43**

Paciente G.H.T, 60 anos, masculino, apresentou recentemente queda da própria altura com fratura transtrocanteriana, tendo sido submetido à cirurgia para correção da mesma. Durante a internação apresentou quadro súbito de dispnéia e dor torácica pleurítica, observando-se, ao eletrocardiograma, onda S profunda em D1, bem como onda q e inversão da onda T em D3.

Dentre as opções a seguir apresentadas, também podemos identificar, aos exames complementares, os seguintes resultados compatíveis com o quadro do paciente acima, com **EXCEÇÃO** de:

- (A) gasometria: hipoxemia e acidose respiratória.
- (B) eletrocardiograma: bloqueio do ramo direito.
- (C) radiografia de tórax: elevação de hemicúpula diafragmática.
- (D) laboratorial: D-dímero acima de 500 ug/L e Troponina positiva.
- (E) Nenhuma das alternativas apresentadas.

**QUESTÃO 44**

Reconhecimento de doença clínica através de exame físico da pele (fenômeno de koebner). A reprodução de lesões típicas de uma determinada doença no local e com morfologia do agente traumatizante chama-se fenômeno de Köebner ou fenômeno isomórfico. Ocorre com frequência em:

- (A) Herpes-zóster
- (B) Pityriase versicolor
- (C) Mastocitose
- (D) Vitiligo
- (E) Carcinoma Basocelular



**QUESTÃO 45**

Paciente masculino, 46 anos, morador de Porto Nacional, refere que há 2 semanas iniciou quadro de tosse pouco produtiva com alguns episódios de rajadas de sangue e dispnéia aos grandes esforços. Relata associado ao quadro, astenia, febre vespertina não aferida, sudorese noturna e perda ponderal. Tabagista de 20 maços/ano. Nega outras comorbidades. Realizou a radiografia de tórax a seguir apresentada.



Figura 1: radiografia de tórax PA

Diante do quadro clínico e das alterações radiológicas, qual a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- (B) Tuberculose
- (C) Pneumonia
- (D) Pneumocistose
- (E) Histiocitose

**QUESTÃO 46**

Sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de etiologia desconhecida, cujo tratamento adequado pode evitar a disfunção de órgãos nobres e permitir a cura ou o controle da maioria dos casos. O diagnóstico é por exclusão de outras doenças, achado radiológico e evidência histológica.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- (A) Histopatológico de granuloma não-caseoso confirma o diagnóstico.
- (B) A maioria dos casos requer tratamento prolongado, principalmente em raça negra e menores de 40 anos.
- (C) A remissão espontânea ocorre em torno de 50% ou mais dos pacientes. E o corticosteroide, quando necessário, é o principal medicamento de escolha.
- (D) Nenhuma terapêutica precisa ser realizada para sarcoidose pulmonar estágio II.
- (E) Na apresentação crônica da sarcoidose, o uso da azatioprina e/ou metotrexate é o preconizado.

**QUESTÃO 47**

Paciente masculino, 1 ano de idade, com quadro de irritabilidade, vômitos e rebaixamento de nível de consciência. História progressiva de equimoses espontâneas. Nega história familiar de coagulopatias. Realizada tomografia computadorizada de crânio demonstrando hemorragia intraparenquimatosa. Exames laboratoriais: Hemograma: HM: 4,38M/mm cúbico, Hb 10,4g/dl, HT32,9%, VCM 75fl, HCM 23,8 pg, RDW14,6%, plaquetas 367000/mm cúbico, leucócitos 11100/mm cúbico. TP 15 segundos (12,2-15,2s); TTPA 73,9 segundos (24,7-32,1s).

De acordo com a história apresentada, indique a alternativa que contempla a principal hipótese diagnóstica deste paciente.

- (A) Hemorragia cerebral secundária a hemofilia.
- (B) Hemorragia cerebral secundária a coagulopatia por deficiência de múltiplos fatores (insuficiência hepática).
- (C) Hemorragia cerebral secundária a púrpura trombocitopênica imune.
- (D) Hemorragia cerebral secundária a presença de fator V de Leiden.
- (E) Hemorragia cerebral secundária a vasculopatia.

**QUESTÃO 48**

A cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH) são as duas complicações agudas graves que podem ocorrer durante a evolução do Diabetes Mellitus tipos 1 e 2 (DM1, DM2). As crises hiperglicêmicas agudas são muito frequentes na prática clínica do médico generalista que atua em unidades de pronto atendimento de saúde, sendo portanto de grande importância o conhecimento sobre a propedêutica dessas duas complicações.

Sobre a cetoacidose diabética (CAD) e o Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar não cetótico (EHH), indique a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A CAD pode ser a primeira manifestação clínica do DM1, podendo apresentar dor abdominal simulando um quadro clínico de abdome agudo.
- (B) Ambas complicações podem ser precipitadas por infecções, ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, traumas e suspensão voluntária da medicação hipoglicemiante. Uso de drogas ilícitas e antipsicóticos atípicos são possíveis precipitadores de CAD, enquanto que infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral são mais comuns no EHH.
- (C) Na CAD, pode haver leucocitose com desvio à esquerda, mesmo na ausência de infecção.
- (D) Em ambas as situações (CAD e EHH), podemos observar desidratação, glicosúria de graus variáveis, diurese osmótica, perda de fluidos e eletrólitos.
- (E) Na CAD, o tratamento com insulina de ação rápida é essencial, enquanto que no EHH, pode-se inicialmente utilizar hipoglicemias orais, se a osmolalidade sérica for menor que 350 mOsm/Kg com diurese presente.

**QUESTÃO 49**

Lesões do esôfago ocasionadas acidentalmente ou como tentativa de autoexterminio, por ingestão de substâncias ocorrem há séculos. A incidência vem diminuindo, na atualidade, mais notadamente nos países desenvolvidos, pelas medidas de segurança implementadas pelos governos por meio de vigilância da forma de comercialização de produtos cáusticos, sua concentração e uso de embalagens com tampas de segurança, sendo estas medidas fundamentais principalmente para pacientes do grupo etário infantil. Comumente depara-se com esofagite ocasionada por cáusticos, o que torna possível afirmar.

- (A) A esofagite por cáustico será sempre severa, pois independe de sua forma de apresentação, líquida ou sólida, a sua concentração, o tempo de contato do corrosivo com a mucosa do trato gastrointestinal.
- (B) Os cáusticos em apresentação líquida podem associar-se à esofagite severa; por não apresentarem odor ou sabor proporcionam ingestão de um maior volume, resultando em lesões com maior gravidade.
- (C) A esofagite por cáustico pode acometer tecidos conectivos da sub mucosa que degeneram e são infiltrados por linfócitos; as fibras musculares são acometidas de formas variadas, necrosando quando ocorre o acometimento de toda a parede.

- (D) Na esofagite por cáusticos, o processo de reepitelização ocorre no decorrer das próximas quatro semanas, e a deposição de colágeno pelos fibroblastos é responsável pela cicatrização.
- (E) O diagnóstico de esofagite por cáustico, de um modo geral, só é evidente radiologicamente em casos mais graves. Entretanto, pHmetria é um método muito mais sensível que a radiologia no diagnóstico; não são encontradas alterações histológicas específicas e as biopsias revelam apenas sinais inflamatórios agudos e crônicos.

### QUESTÃO 50

Paciente com diagnóstico já definido por especialista de esclerose sistêmica vem à emergência por cefaléia, oligúria e descontrole pressórico, refere que a clínica vem piorando desde que começou a usar prednisona na dose de 40mg ao dia prescrito para acometimento pulmonar da doença. Ao exame apresenta PA de 180x100 mmHg, SatO<sub>2</sub> 96% em ar ambiente, ausculta cardíaca sem alterações, ausculta pulmonar com creptos finos difusos, fundoscopia com edema de papila. Exames laboratoriais mostram anemia, plaquetopenia, hiperbilirrubinemia indireta, Ur 102 com Cr de 2,3, pH venoso de 7,3 e potássio de 4,5, EAS com proteinúria +/4 e hematúria ++/4.

Conhecendo a complicação da doença de base apresentada pelo paciente, qual o tratamento de maior impacto no prognóstico do mesmo?

- (A) Diurético de alça.  
(B) Inibidores da enzima conversora de angiotensina.  
(C) Pulsoterapia com metilprednisolona.  
(D) Imunoglobulina humana endovenosa.  
(E) Hidratação venosa.