



PROCESSO SELETIVO PARA MÉDICO RESIDENTE
nº 01/2012/HU



ESPECIALIDADES: Clínica Médica – R3 em Cuidados Paliativos / Endocrinologia /
Gastroenterologia / Hematologia e Hemoterapia / Pneumologia

INSTRUÇÕES

1. O tempo total concedido para a resolução desta prova é de **3 (três) horas**, incluindo o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
2. Confira, no cartão-resposta, seu nome, número de inscrição e a especialidade para a qual se inscreveu. Assine-o. Transcreva os dados nos quadros abaixo e assine no local indicado. Verifique no cartão-resposta se há marcações indevidas nos campos destinados às respostas. Se houver, reclame imediatamente ao fiscal.
3. Depois de autorizado pelo fiscal, verifique se faltam folhas no caderno de prova, se a sequência de questões, no total de **40 (quarenta)**, está correta e se há imperfeições gráficas que possam causar dúvidas. Comunique imediatamente ao fiscal qualquer irregularidade.
4. Cada questão objetiva é apresentada com **5 (cinco)** alternativas diferentes de respostas (de “A” a “E”), das quais apenas **1 (uma)** é **correta**.
5. A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo permitidas perguntas aos fiscais. Utilize os espaços e/ou páginas em branco para rascunho. **Não destaque folhas do caderno de prova.**
6. Transcreva com **caneta esferográfica transparente**, de tinta **preta (preferencialmente)** ou **azul**, as respostas da prova objetiva para o cartão-resposta. Este será o único documento válido para efeito de correção. **Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro de preenchimento ou qualquer dano causado pelo(a) candidato(a).**
7. Durante a realização da prova não será permitida comunicação entre candidatos ou pessoas estranhas ao Processo Seletivo, bem como consulta a livros, revistas, folhetos ou anotações, nem uso de relógio de qualquer espécie, telefones celulares ou qualquer outro equipamento eletrônico, uso de bonés, chapéus ou qualquer outra cobertura. É vedada também a ingestão de alimentos e bebidas, com exceção de água acondicionada em embalagem plástica transparente, sem rótulo e/ou etiquetas.
8. Os telefones celulares e demais equipamentos devem ser entregues desligados aos fiscais da sala, antes do início da prova. Serão acondicionados em embalagens plásticas e deverão ser solicitados ao fiscal, pelo candidato, ao sair da sala onde realizou a prova.
9. Ao terminar, entregue ao fiscal o seu caderno de prova e o cartão-resposta. Você só poderá entregar este material e se retirar definitivamente do seu grupo após **1 (uma)** hora do início da prova.
10. Os **3 (três)** últimos candidatos que restarem em cada sala de prova somente poderão entregar as suas provas e o cartão-resposta e retirar-se do local simultaneamente.
11. Para conferir suas respostas com o gabarito oficial, anote-as no quadro constante da última folha do caderno de prova, o qual poderá ser destacado e levado com você.

ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)

INSCRIÇÃO

NOME DO(A) CANDIDATO(A)

ESPECIALIDADE

01) Paciente masculino, 72 anos de idade, diabético, em uso de glibenclamida 10 mg/dia + metformina 1.700 mg/dia, está em tratamento de broncopneumonia domiciliar usando amoxicilina 1.500 mg/dia prescrita pelo médico do posto de saúde. Volta à Unidade Básica de Saúde (UBS) após seis dias de tratamento, relatando queda do estado geral há 48 horas com diarreia líquida, náuseas, febre e diminuição da diurese. Ao exame: PA = 110/70 mmHg, FC = 100 bmp, T = 37,8 °C, FR = 24 mrm, Sat O₂ = 96%, HGT = 60. Desidratado++, prostrado, abdome flácido, RHA+, desconforto à palpação difusa, mas sem sinais de peritonite. O restante do exame físico sem particularidades.

Diante do caso clínico exposto e da principal suspeita diagnóstica, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A () O caso é suspeito para colite pseudomembranosa e o paciente deve ser encaminhado à unidade hospitalar para realização imediata de colonoscopia.
- B () Na suspeita de colite pseudomembranosa, o início do tratamento não deve ser adiado e o antibiótico de escolha para este caso é a vancomicina, na dose de 1 g EV 12/12 horas.
- C () A cultura para *Clostridium difficile* não é específica, pois os pacientes podem ser portadores assintomáticos.
- D () O paciente deve ser orientado a coletar parasitológico de fezes e coprocultura, receber prescrição de sintomáticos e manter as medicações já em uso nas doses habituais, retornando à UBS em quatro dias para receber os resultados dos exames.
- E () A pesquisa de toxina em uma amostra de fezes para *Clostridium difficile* possui baixa sensibilidade e pelo menos três amostras de fezes devem ser coletadas para aumentar a chance deste diagnóstico.

02) Paciente feminina, 62 anos de idade, portadora de hepatite C crônica sem tratamento e com história de câncer de mama há dois anos, tratado com mastectomia total + quimioterapia, procura o pronto-atendimento por dor abdominal há dois dias e diminuição da diurese. Refere aumento do volume abdominal há cerca de um mês, progressivo. Está usando apenas medicação para hipertensão arterial (enalapril 10 mg/dia). Ao exame físico, chama a atenção ascite moderada, com dor difusa à palpação, Blumberg negativo. Hipocorada+, anictérica, alerta e orientada. Observam-se telangiectasias em tronco e varizes nas pernas. Sinais vitais e restante do exame físico sem particularidades. Realizada coleta de sangue e punção do líquido ascítico para análise, com o resultado abaixo:

Soro:

Hb = 11.4 g/dl; leucócitos = 12.400/mm³; plaquetas = 87.000/mm³; creat = 1.3 mg/dl; U = 87 mg/dl; Na = 127 mEq/l; K = 4.5 mEq/l; glicose = 78 mg/dl; TGO = 110 UI/l; TGP = 78 UI/l; GGT = 115 UI/l; FA = 112 UI/l; Bil = 2.1 mg/dl; TAP = 52% atividade; albumina = 2.7 g/dl.

Líquido ascítico:

Glic = 62 mg/dl; celularidade = 660 leucócitos/mm³ (75% neutrófilos, 20% mononucleares e 5% mesoteliais); LDH = 127 UI/l; albumina = 1 g/dl; bacterioscopia negativa.

Diante do caso clínico exposto e da principal suspeita diagnóstica, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A () A administração de albumina nos primeiros dias de tratamento antimicrobiano está indicada para este caso e diminui complicações relacionadas à doença.
- B () Pela história de neoplasia de mama, devemos considerar o diagnóstico de ascite por carcinomatose peritoneal se o gradiente soro-albumina for maior do que 1.1.
- C () A bacterioscopia negativa torna improvável o diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea (PBE) e outras causas de dor abdominal devem ser pesquisadas.
- D () O diagnóstico mais provável é peritonite bacteriana espontânea (PBE) e o início do tratamento deve ser feito com uma cefalosporina de terceira geração associada a diuréticos de alça.
- E () Após 48 horas de tratamento antimicrobiano, nova paracentese é necessária e, caso a redução na contagem de polimorfonucleares seja menor do que 50%, deve-se proceder à troca do esquema terapêutico.

03) Paciente masculino, 38 anos de idade, comparece à consulta médica trazido pela esposa queixando-se de mau hálito frequente e pigarro esporádico no último ano. É portador de transtorno depressivo, em tratamento com sertralina 50 mg/dia há cerca de dois anos. Nega outros sintomas. Exame físico normal. Sem vícios relatados. Refere que consultou dentista do posto de saúde há três anos e fez restauração em uma cárie.

Com relação ao caso e ao sintoma principal de halitose, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A () As doenças esofagogástricas são responsáveis pela maior parte das causas de halitose.
- B () Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é causa frequente de halitose, sendo indicada a realização de endoscopia digestiva alta na investigação inicial deste sintoma.
- C () A conduta inicial mais adequada é orientar este paciente a procurar novamente um cirurgião dentista para uma avaliação detalhada.
- D () Teste terapêutico com inibidor de bomba protônica é recomendado na abordagem inicial deste paciente pelo seu alto índice de resposta.
- E () Halitofobia é a principal hipótese diagnóstica e este paciente deve ser orientado a consultar seu psiquiatra para uma reavaliação.

04) Assinale a alternativa que responde **CORRETAMENTE** à pergunta abaixo.

Paciente do sexo feminino, 30 anos de idade, portadora de transtorno do humor bipolar (THB) e hipotireoidismo, está em tratamento psiquiátrico com uso de carbonato de lítio e divalproato de sódio. Apresenta tremores grosseiros, ataxia, arritmia cardíaca e convulsões. Qual o diagnóstico mais provável?

- A () Intoxicação por lítio.
- B () Interação medicamentosa.
- C () Síndrome anticolinérgica.
- D () Toxicidade ao divalproato de sódio.
- E () Ansiedade paroxística episódica.

05) Assinale a alternativa **CORRETA**.

Mulher, 50 anos de idade, do lar, nos últimos dois meses vem apresentando lentificação psicomotora, anedonia, ideias de ruína, desvalia e culpa, perda da autoestima, insônia, desesperança e anorexia. Há um mês, associada ao quadro, começou a ter ideiação suicida. Está sendo tratada pelo médico da unidade básica de saúde com diazepam, para "ajudar no sono", porém apresenta piora progressiva do quadro clínico. Familiares a trazem à emergência de hospital geral após tentativa de suicídio com 40 cp de diazepam. Relatam que a paciente perdeu um filho por atropelamento há quatro meses. Não apresenta histórico prévio de doenças psiquiátricas. Após avaliação clínica inicial, o diagnóstico psiquiátrico **mais provável** e a **melhor conduta** para o caso são:

- A () transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado; iniciar antidepressivo e encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) após melhora clínica e orientação aos familiares para o tratamento.
- B () esquizofrenia, sendo a tentativa de suicídio sintoma do surto psicótico; iniciar antipsicótico e encaminhar para internação em hospital psiquiátrico para avaliação e tratamento especializado.
- C () transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); iniciar antidepressivo e encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) após melhora clínica e orientação aos familiares para o tratamento.
- D () transtorno bipolar/fase depressiva; iniciar antidepressivo e encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) após melhora clínica e orientação aos familiares para o tratamento.
- E () episódio depressivo grave; iniciar antidepressivo e encaminhar para internação em hospital psiquiátrico para avaliação e tratamento especializado.

06) Paciente masculino, 72 anos de idade, pescador aposentado do norte da ilha de Santa Catarina, queixa-se de fadiga progressiva nos últimos quatro meses e dor lombar ocasional. Há um mês, refere piora da dor lombar, que se tornou contínua. É portador de osteoartrose, fazendo uso frequente de diclofenaco de sódio. Foi diagnosticado com anemia em uma consulta médica há três meses, iniciando uso de sulfato ferroso. Há dois dias, refere uma dor em membro superior direito (MSD) de forte intensidade, com mobilização muito dolorosa, que levou os familiares a procurar auxílio na policlínica da região. Nega outras comorbidades, internações prévias ou traumas. Refere tabagismo por 30 anos, 1 maço/dia (parou há 20 anos). O médico que prestou o primeiro atendimento pediu raios X de ossos longos do MSD. O paciente também realizou exames de sangue gerais.

Laboratório: Hb = 9.6 g/dl; hemácias normocítica/normocrômicas; *Rouleaux*+++;

leucócitos = 4.560/mm³ (diferencial normal); plaquetas = 116.000/mm³; creatinina = 2.1 mg/dl; ureia = 65 mg/dl; Na = 134 mEq/l; K = 4.1 mEq/l; Ca = 11 mEq/l; VHS = 120 mm; raios X ossos longos MSD: sinal de fratura distal no rádio.

Diante do caso clínico exposto e da principal suspeita diagnóstica, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A () Pela idade do paciente e história de osteoartrose, a doença de Paget deve ser considerada no diagnóstico diferencial e o encontro de hipercalcemia é um dos critérios para seu diagnóstico.
- B () Um exame de eletroforese de proteínas sérica é fundamental na investigação deste caso, sendo o achado de um pico monoclonal de IgM o mais frequente.
- C () A avaliação da coluna lombar, ossos longos, quadril, costelas e crânio é importante e o achado de lesões blásticas é muito sugestivo de mieloma múltiplo.
- D () A ausência de paraproteínas anormais no soro deste paciente descarta a possibilidade de mieloma múltiplo; outras neoplasias malignas, como próstata e pulmão, devem ser investigadas.
- E () A ocorrência de infecções de repetição é uma importante causa de mortalidade no curso da doença.

07) Assinale a alternativa que completa **CORRETAMENTE** a frase abaixo.

Paciente masculino, 32 anos de idade, há três meses com astenia e emagrecimento. Há um mês, febre intermitente, icterícia e aumento do volume da região cervical direita (D). Procurou atendimento médico na unidade básica de saúde nessa época, mas aguarda para realizar exames complementares. Pela piora da icterícia, procurou o Hospital Universitário. Ao exame físico, os achados positivos são: icterico++, hipocorado++, hepatoesplenomegalia, massa na região submandibular D de limites mal definidos e consistência endurecida. Palpam-se linfonodos aumentados nas cadeias axilares e inguinais, bilateralmente. Nega histórico de doença pessoal ou familiar, além do uso de drogas ou álcool.

Laboratório inicial: Hb = 10.4 g/dl; leucócitos = 4.680/mm³; plaquetas = 52.000/mm³; bilT = 13.7 mg/dl; biD = 10.6 mg/dl; TGO = 116 UI/l; TGP = 157 UI/l; FA = 1.289 UI/l; GGT = 1.456 UI/l; albumina = 2.8 g/dl; LDH = 1.350 UI/l. Solicitado teste rápido para HIV, com resultado positivo.

O diagnóstico **mais provável** para o caso acima é...

- A () linfoma de Hodgkin.
- B () tricoleucemia (*Hairy Cell Leukemia*).
- C () linfoma não Hodgkin.
- D () tuberculose extrapulmonar.
- E () citomegalovirose com infiltração hepática.

08) Paciente feminina, 23 anos de idade, procura atendimento médico por queixa de epistaxe e aparecimento de manchas arroxeadas no corpo nos últimos 15 dias. É portadora de epilepsia em uso de fenitoína, sem crises nos últimos três anos. Está em uso de aspirina por "gripe" há 5 dias. Nega histórico familiar significativo ou trauma mecânico. Ao exame físico, observam-se áreas equimóticas nos membros inferiores e superiores, em vários estágios de evolução. Laboratório: Hb = 12.2 g/dl; leucócitos = 5.678/mm³ (diferencial normal); plaquetas = 12.000/mm³.

Com relação ao caso clínico acima e aos distúrbios da coagulação, analise as afirmativas abaixo.

- I. A investigação de doenças sistêmicas como LES e HIV é importante na avaliação da plaquetopenia.
- II. A fenitoína é uma droga suspeita como causa da plaquetopenia, pois pode causar destruição das plaquetas imunomediada.
- III. A hipótese diagnóstica mais provável para o caso é púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) e uma biópsia de medula deve ser realizada antes de iniciar o tratamento.
- IV. A presença de plaquetopenia torna improvável o diagnóstico de púrpura de Henoch-Schönlein.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A () Somente as afirmativas II e IV estão corretas.
B () Todas as afirmativas estão corretas.
C () Somente as afirmativas I e II estão corretas.
D () Somente as afirmativas I, II e IV estão corretas.
E () Somente as afirmativas III e IV estão corretas.

09) Paciente masculino, 58 anos de idade, negro, caminhoneiro, procurou o pronto-atendimento da sua cidade queixando-se de forte dor no hálux direito há três dias. Fez uso de paracetamol sem melhora e de aspirina com melhora parcial, mas observou piora do inchaço, além de vermelhidão em todo o pé. Manteve aspirina a cada seis horas nas últimas 48 horas, mas na noite anterior à consulta a dor piorou e até o cobertor sobre o pé o incomodava. Relata também dores nas articulações desde os 40 anos de idade e que nunca procurou atendimento achando que deveria ser um "reumatismo", fazendo uso de chás e de aspirina receitada pelo balconista da farmácia. Portador de hipertensão arterial, em uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia e enalapril 10 mg/dia. Como hábito "social", bebe cerveja.

Ao exame físico: T = 37 °C; FC = 98 bpm; PA = 160/100 mmHg; altura = 1,70 m; peso = 89 kg. Além do edema observado no hálux direito, o paciente também apresentava discreto edema nas demais articulações metatarsofalangeanas e nas articulações dos dedos das mãos.

Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL** e a conduta terapêutica imediata **ADEQUADA**.

- A () Artrite reumatoide; orientar dieta + prednisona 40 mg/dia.
B () Gota; orientar dieta + alopurinol + naproxeno + troca do esquema anti-hipertensivo.
C () Gota; orientar dieta + naproxeno + aumentar os anti-hipertensivos.
D () Gota; orientar dieta + indometacina + troca do esquema anti-hipertensivo.
E () Pseudogota; orientar dieta + indometacina + aumentar os anti-hipertensivos.

10) Paciente masculino, 69 anos de idade, procura o ambulatório de CM HU-UFSC por queixa de astenia, cefaleia e febre há três semanas. Nesse período, procurou atendimento médico por duas vezes, fazendo uso de sintomáticos e um curso de antibiótico por "sinusite no raio X" (amoxicilina 10 dias). A cefaleia é pulsátil, bitemporal, sem náuseas ou foto/fonofobia. Nos últimos cinco dias, percebeu dor para mastigar e períodos de visão turva no olho direito, além de vertigem. Portador de hipertensão arterial (captopril 50 mg/dia), diabetes melito (glibenglamida 10 mg/dia), osteoartrose (glucosamina) e depressão (citalopram 20 mg/dia). Refere cefaleia tensional esporádica prévia, menos intensa, que costuma aliviar com dipirona. Usa óculos por "vista cansada" e refere ter passado no oftalmologista há seis meses.

Ao exame físico: PA = 140/90 mmHg, FC = 90 bpm, FR = 20, T = 38 °C. Dor à palpação da região frontotemporal direita (D), com leve saliência.

Laboratório: glicemia = 145 mg/dl; Ht = 37%; leucócitos = 12.300/mm³ (diferencial normal); plaquetas = 234.000/mm³; VHS = 80 mm.

Com relação ao **PROVÁVEL DIAGNÓSTICO** do caso clínico, analise as afirmativas abaixo.

- I. A principal hipótese diagnóstica é vasculite de células gigantes, doença crônica granulomatosa sistêmica autoimune caracterizada pela tumefação de vasos de médio a grande calibre.
- II. Uma grave complicação da doença é a neuropatia óptica isquêmica anterior (NOIA).
- III. O início precoce do tratamento com corticoide é fundamental para evitar a cegueira; aspirina pode ser associada para diminuir eventos isquêmicos.
- IV. Uma biópsia da artéria temporal à D negativa nesse paciente afasta o diagnóstico.
- V. A claudicação mandibular é um sintoma clássico da doença pelo acometimento da artéria facial e melhora com o repouso.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A () Todas as afirmativas estão corretas.
- B () Somente as afirmativas I, II, III e V estão corretas.
- C () Somente as afirmativas II, III e V estão corretas.
- D () Somente as afirmativas I e V estão corretas.
- E () Somente as afirmativas II, III e IV estão corretas.

11) Paciente feminina, 43 anos de idade, do lar, refere o aparecimento de lesões nos terços distais dos membros inferiores há dez meses, incluindo cianose, livedo reticular, pápulas e placas purpúricas de dimensões variadas, com diâmetro inferior a 1,5 cm, bem delimitadas, por vezes com coloração mais violácea. Concomitantemente, refere artralgia e adinamia. Informa outros episódios semelhantes prévios, com agravamento nos meses mais frios, tendo feito uso de sintomáticos por indicação médica em postos de saúde, sem melhora. Nega transfusão sanguínea. Não são observadas mais alterações ao exame clínico. Mãe faleceu de hepatopatia. Durante sua investigação laboratorial, foi identificado: anti-HCV positivo, FAN + 1/80, VHS = 60 mm, PCR = 40 mg/dl, Hb = 12.1 g/dl, Ht = 37%, leucócitos = 4.300/mm³ (diferencial normal), plaquetas = 98.000/mm³. Aguarda o restante dos exames.

Assinale a alternativa que apresenta a **MELHOR HIPÓTESE DIAGNÓSTICA** para o quadro clínico acima.

- A () Poliarterite nodosa.
- B () Lúpus eritematoso sistêmico.
- C () Púrpura de Henoch-Schönlein.
- D () Púrpura trombocitopênica imune.
- E () Vasculite crioglobulinêmica.

12) Paciente masculino, 34 anos de idade, lixeiro, vem há cinco dias com mialgia, dor lombar, cefaleia e febre. Procurou atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima a sua casa no terceiro dia do quadro, sendo medicado com sintomáticos, mas sem alívio dos sintomas. Há 24 horas, associou-se ao quadro tosse seca, vômitos e dor abdominal. Nega doenças prévias ou qualquer histórico familiar significativo. Nega viagem recente. Chega à emergência de um hospital público de Florianópolis em cadeira de rodas, algo sonolento, icterico+, hipocorado+, prostrado, com taquidispneia discreta. Sinais vitais: PA = 90/60 mmHg, FR = 26 mrm, T = 38,2 °C, FC = 105 bpm, SatO₂ na oximetria de pulso 92%. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes bibasais. Pele dos membros inferiores com algumas petéquias. Exames laboratoriais da primeira hora do atendimento:

Hb = 11.7 g/l, Ht = 33%, leucócitos = 15.612 mm³ (N=70%), plaquetas: 62.000/mm³, bilirrubinas = 3.2 mg/dl (predomínio de direta), TGO = 165 UI/l, TGP = 98 UI/l, GGT = 129 UI/l, FA = 78 UI/l, CPK = 897 UI/l, creatinina = 3.2 mg/dl, ureia = 128 mg/dl, Na = 132 mEq/l, K = 3.3 mEq/l, amilase = 834 UI/l. Raios X de tórax: infiltrado interstício-alveolar em terços inferiores dos pulmões.

Com relação ao caso clínico, ao diagnóstico e à melhor conduta, analise as afirmativas abaixo.

- I. Síndrome de Weil é a principal hipótese diagnóstica do caso, caracterizada pela tríade icterícia, insuficiência renal (IR) e fenômenos hemorrágicos. O início de antimicrobiano e a ressuscitação volêmica devem ser imediatos, sendo o antibiótico de escolha a penicilina benzatina.
- II. O quadro da leptospirose mais frequente assemelha-se a uma síndrome gripal, com regressão em 5-7 dias; a detecção de anticorpos IgM por ensaio imunoenzimático (ELISA) nesta fase confirma o diagnóstico pela alta sensibilidade do método na fase aguda da doença.
- III. Pancreatite aguda, meningite asséptica, miocardite, hemorragia pulmonar são complicações das formas graves da leptospirose na segunda fase da doença, também chamada "fase imune".
- IV. A insuficiência renal é comum nas formas graves de leptospirose, sendo tipicamente oligúrica e hipercalêmica, com fisiopatologia mista, intersticial, tubular e pré-renal.
- V. A leptospirose é considerada uma vasculite infecciosa potencialmente grave, comum em nosso meio, mas com tratamento eficaz quando de sua rápida suspeita diagnóstica e manejo adequado e intensivo.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A () Somente as afirmativas III e V estão corretas.
- B () Somente as afirmativas III, IV e V estão corretas.
- C () Todas as afirmativas estão corretas.
- D () Somente as afirmativas I, IV e V estão corretas.
- E () Somente as afirmativas II, III e IV estão corretas.

- 13) Paciente feminina, 42 anos de idade, mãe de três filhos, procura a emergência do HU por crises de dor abdominal em cólicas há 36 horas, principalmente em andar superior do abdome, associado a náuseas e sudorese. Há 24 horas, as crises estão mais frequentes e intensas e a paciente apresentou um episódio de vômito. A filha mais velha da paciente observou que a mãe estava "com o olho amarelo". Refere última evacuação antes do início do quadro, de aspecto normal, mas mantém eliminação de *flatus*. De comorbidades, hipertensão arterial (usa captopril 50 mg/dia, irregular), hipotireoidismo (puranT4 75 mcg/dia). Está tentando emagrecer e iniciou uso recente de sibutramina. Teme que as crises possam ser efeito da sibutramina e não a tomou nas últimas 24 horas.

Ao exame: Fácies de dor, sudoreica, alerta e orientada. Ictérica+, corada. PA = 150/90 mmHg; FC = 98 bpm; T = 37.3 °C; FR = 22 mrm; IMC = 29. Ausculta cardiopulmonar normal. Abdome flácido, mas doloroso à palpação difusa, mais proeminente em epigástrio. RHA +. Blumberg e Murphy negativos. Sem edemas. Laboratório: Hb = 12.4 g/dl; leucócitos = 12.550/mm³ (70%S); plaquetas = 234.000/mm³; Bil = 4.2 mg/dl (D = 3.1 mg/dl); TGO = 1.079 UI/l; TGP = 1.342 UI/l; FA = 365 UI/l; GGT = 457 UI/l; amilase = 205 UI/l; creatinina = 0.9 mg/dl; ureia = 34 mg/dl. Raios X de abdome e tórax sem particularidades. Foi medicada, com alívio parcial e permanece na emergência aguardando USG.

Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL** e a **MELHOR CONDOTA**.

- A () Colecistite aguda; colecistectomia.
B () Coledocolitíase; colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE).
C () Pancreatite aguda; tratamento clínico inicial com posterior colecistectomia videolaparoscópica.
D () Hepatite aguda viral; tratamento sintomático.
E () Hepatite medicamentosa; suspensão das medicações em uso e sintomáticos.

- 14) Paciente feminina, 23 anos de idade, há 48 horas iniciou mal-estar, dor abdominal e vômitos. Nas últimas 24 horas, não conseguiu se alimentar e urina pouco. Há 12 horas, está um pouco sonolenta, motivo pelo qual seus familiares a levaram à emergência do HU. A mãe relatou que nos últimos meses a paciente perdeu 4 kg e apresentava "infecção por fungo" vaginal com frequência, tratando com nistatina local receitada pelo farmacêutico. Nega histórico de doenças. Foi prontamente atendida pelo clínico com o seguinte exame físico:

PA = 90/60 mmHg; FC = 100 bpm; FR = 28 rpm; T = 37 °C; SatO₂ = 97%; HGT = HI (não detectável pelo aparelho). Sonolenta, desidratada++, hipocorada+, taquipneica, anictérica, com hálito cetótico. RCR2T, s/ sopros. MV+bilateral, s/ ruídos adventícios. Abdome: flácido, doloroso difuso à palpação profunda, RHA +. Extremidades mal perfundidas, sem edemas ou lesões detectáveis.

Você pede exames de sangue e urina, além de gasometria arterial, esta com resultado em 10 min: pH = 7.2; HCO₃ = 8; pO₂ = 90 mmHg; pCO₂ = 20 mmHg.

Com relação ao quadro clínico, analise as afirmativas abaixo.

- I. Caracteriza uma cetoacidose diabética e a conduta inicial é hidratação vigorosa + insulinoterapia endovenosa.
II. Os sintomas abdominais referidos pela paciente podem fazer parte do quadro de cetoacidose, mas quadros infecciosos e inflamatórios abdominais precisam ser descartados.
III. A insulina endovenosa deve ser administrada até atingir um alvo de glicemia menor que 250, quando então pode ser trocada a via de administração para subcutânea para manter o controle.
IV. A correção imediata do pH com bicarbonato de sódio 8.4% 1mEq/kg neste caso é fundamental, pelo risco de arritmias e distúrbios eletrolíticos que a acidose pode provocar.
V. Hipercalemia é comum durante o manejo da cetoacidose diabética; monitorização dos níveis de K⁺ torna-se parte importante da terapêutica.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A () Somente as afirmativas I, II e IV estão corretas.
B () Todas as afirmativas estão corretas.
C () Somente as afirmativas III e V estão corretas.
D () Somente as afirmativas I e V estão corretas.
E () Somente as afirmativas I e II estão corretas.

Para responder às questões 15 e 16, analise o seguinte caso clínico.

Paciente masculino, 35 anos de idade, chega à emergência relatando que há sete dias iniciou com quadro de febre de até 38,7 °C, tosse seca, odinofagia e mialgia. Procurou atendimento médico há cinco dias, tendo sido prescritos antibióticos por sete dias e antitérmicos, com piora dos sintomas; há um dia, vem apresentando dispneia progressiva. Ao exame físico, encontra-se com febre de 39 °C, frequência respiratória 32 mrm, com intenso esforço respiratório, saturação de oxigênio em ar ambiente 87%, ausculta pulmonar com alguns sibilos e discretos estertores esparsos. Ausculta cardíaca sem sopros, ritmo regular 2t com frequência cardíaca 125 bpm. Radiografia de tórax evidencia infiltrado intersticial difuso no parênquima pulmonar, sem outras alterações significativas.

15) Assinale a alternativa que apresenta as principais **HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS** para o caso descrito.

- A () Leptospirose, síndrome respiratória aguda grave (SRAG) por H1N1, pneumonia por *Pneumocystis jirovecci*.
- B () Miocardite viral, dengue, tromboembolismo pulmonar (TEP).
- C () Leptospirose, síndrome respiratória aguda grave (SRAG) por H1N1, síndrome da angústia respiratória aguda secundária a pancreatite.
- D () Pneumonia por *Pneumocystis jirovecci*, tromboembolismo pulmonar (TEP), miocardite viral.
- E () Edema agudo de pulmão, síndrome da angústia respiratória aguda, tromboembolismo pulmonar (TEP).

16) Assinale a alternativa que completa **CORRETAMENTE** a frase abaixo.

Após avaliação e estabilização do paciente, a abordagem mais importante para definição de hipótese diagnóstica e conduta inicial (primeiras horas) é...

- A () solicitar angiotomografia computadorizada de tórax.
- B () solicitar swab para H1N1 e tomografia computadorizada de abdome.
- C () verificar história de exposição para leptospirose e solicitar teste rápido para HIV.
- D () solicitar sorologia para leptospirose e ultrassonografia doppler de membros inferiores.
- E () solicitar amilase e lipase.

17) No tromboembolismo pulmonar agudo, é **CORRETO** afirmar que:

- A () a terapia trombolítica está indicada apenas nos casos confirmados de TEP, com instabilidade hemodinâmica até 12 horas do início dos sintomas.
- B () é indicado usar trombolítico durante reanimação cardiopulmonar na parada cardiorrespiratória de casos com forte suspeita clínica de TEP.
- C () a terapia trombolítica está indicada em casos com suspeita clínica de TEP com instabilidade hemodinâmica e elevação de troponina.
- D () a terapia trombolítica sempre está indicada em casos de TEP associado a neoplasias, com ou sem instabilidade hemodinâmica.
- E () a terapia trombolítica está indicada nos casos em que há confirmação diagnóstica de TEP associado a instabilidade hemodinâmica até duas semanas do evento agudo.

18) Analise as afirmativas abaixo.

- I. A dosagem do PTH é importante para elaborar o diagnóstico diferencial das principais causas de hipercalcemia.
- II. As principais causas do hiperparatireoidismo primário são adenoma e hiperplasia de paratireoide.
- III. Hiperparatireoidismo e malignidade são responsáveis pela grande maioria dos casos de hipercalcemia.
- IV. Entre as causas de hipercalcemia com PTH baixo, encontram-se neoplasias malignas, sarcoidose, hipertireoidismo.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A () Somente as afirmativas I e II estão corretas.
- B () Todas as afirmativas estão corretas.
- C () Somente as afirmativas I, III e IV estão corretas.
- D () Somente as afirmativas III e IV estão corretas.
- E () Somente as afirmativas II e III estão corretas.

Para responder às questões 19 e 20, analise o seguinte caso clínico.

Paciente masculino, 87 anos de idade, procura atendimento médico por apresentar dispneia progressiva aos esforços com dois meses de evolução, associada a tosse seca discreta e perda de peso de 10 kg neste período. Relata hipertensão arterial sistêmica sob tratamento e nega outros problemas de saúde. Fumou por um breve período de cinco anos, dez cigarros ao dia, e parou de fumar há mais de 30 anos. Ao exame físico do tórax, observa-se diminuição global do murmúrio vesicular em hemitórax direito, com macicez a percussão, sem sinais de desconforto respiratório. A radiografia de tórax evidencia volumoso derrame pleural à direita. Toracocentese evidenciou líquido amarelo citrino com as seguintes características: LDH 2500 U/L (sérico 230 U/L), proteínas totais 4,8 g/dl (sérica 6 g/dl), citologia total 1.400 leucócitos (diferencial: 93% de mononucleares e 7% de polimorfonucleares), glicose 68 mg/dl (sérica 80 mg/dl).

19) Assinale a alternativa que apresenta a **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL**.

- A () Empiema pleural.
- B () Derrame pleural secundário a TEP crônico.
- C () Quilotórax secundário a massa mediastinal.
- D () Derrame pleural de origem neoplásica.
- E () Derrame pleural parapneumônico.

20) Assinale a alternativa que apresenta a **MELHOR CONDUTA** para o atendimento a este paciente.

- A () Angiotomografia de tórax.
- B () Toracocentese seriada para avaliar evolução do líquido pleural.
- C () Biópsia de pleura.
- D () Biópsia pulmonar.
- E () Pleurostomia.

Para responder às questões 21 e 22, analise o seguinte caso clínico.

Paciente masculino, 86 anos de idade, previamente hipertenso, há dois anos com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão sem indicação de tratamento cirúrgico, realizou quimioterapia e está atualmente sob acompanhamento ambulatorial. Há três meses, começou a relatar dores pelo corpo, principalmente em região lombar e bacia, de intensidade progressiva, com limitação para deambulação por dor, associada a perda de peso neste período, dependência progressiva para autocuidados, astenia, inapetência. Realizada investigação com cintilografia óssea, que evidenciou múltiplas metástases ósseas em coluna, bacia, crânio, arcos costais. Em tomografia computadorizada, observou-se recidiva local do tumor, além de múltiplas metástases hepáticas. Atualmente, encontra-se acamado, com dores de forte intensidade sem alívio com analgésicos comuns, recusa alimentar, astenia, náusea, muito emagrecido, algo sonolento e desorientado, alternando com períodos de agitação principalmente noturna.

21) Considerando o quadro clínico descrito, assinale a **MELHOR ABORDAGEM** para este paciente.

- A () Iniciar radioterapia e quimioterapia imediatamente.
- B () Discutir com familiares a respeito da irreversibilidade do quadro e adotar abordagem visando controle de sintomas com analgésicos opioides e conforto para o paciente.
- C () Iniciar antidepressivo e programar gastrostomia para alimentação e analgesia com anti-inflamatórios sem opioides.
- D () Iniciar nutrição parenteral por acesso venoso profundo, radioterapia e abordagem familiar para cuidados de conforto e alívio dos sintomas.
- E () Não iniciar opioides em virtude do risco de depressão respiratória, pois o paciente encontra-se muito debilitado, e optar por analgésicos simples.

22) Ainda em relação ao caso acima descrito, é **CORRETO** afirmar que:

- A () o *delirium* no idoso habitualmente não é multifatorial e o tratamento de escolha é o antidepressivo.
- B () como o paciente encontra-se muito debilitado, a melhor opção para controle da agitação é a restrição mecânica, amarrando-se os membros superiores e inferiores.
- C () o paciente encontra-se em quadro de *delirium* relacionado a múltiplos fatores, como dor, doença de base, idade, desnutrição, desidratação.
- D () o uso de antidepressivos associados a ansiolíticos está indicado neste caso.
- E () a ausência de crise convulsiva afasta completamente a possibilidade de metástase de sistema nervoso central como causa da agitação.

23) Assinale a alternativa **CORRETA** com relação às doenças bolhosas da pele.

- A () O descolamento da camada mais superficial da epiderme após fricção (sinal de Nikolsky) é o achado patognomônico de pênfigo vulgar.
- B () Habitualmente observamos acometimento mucocutâneo no pênfigo vulgar, enquanto que no pênfigo foliáceo as mucosas são menos acometidas.
- C () A acantólise (perda de coesão entre as células da epiderme) que leva à formação de bolhas superficiais é uma das características do penfigoide bolhoso.
- D () O pênfigo vulgar habitualmente é uma manifestação paraneoplásica.
- E () A biópsia das lesões bolhosas, quando da suspeita de pênfigo, não está indicada na fase aguda em virtude do alto risco de infecção secundária, sendo iniciado tratamento empírico.

24) Com relação ao diabetes melito, é **CORRETO** afirmar que:

- A () não se observa componente genético no diabetes melito tipo 2.
- B () sempre que presente em pacientes com IMC entre 30 e 35, o diabetes melito tipo 2 é critério isolado para indicação de cirurgia bariátrica.
- C () o fato de muitos pacientes já apresentarem insuficiência renal no momento do diagnóstico de diabetes melito confirma que esta é uma complicação aguda da doença e independe da duração e da intensidade da hiperglicemia.
- D () história familiar, obesidade e sedentarismo encontram-se entre os fatores de risco para desenvolvimento de diabetes melito tipo 2.
- E () o uso de bloqueadores do canal de cálcio está indicado em pacientes com diabetes melito que apresentem microalbuminúria, mesmo sem hipertensão arterial associada.

25) Paciente masculino, 45 anos de idade, sem comorbidades, é portador de carcinoma basocelular infiltrativo de dois anos de evolução, localizado no nariz, muito mal delimitado clinicamente e recidivado após duas cirurgias para retirada do tumor.

Assinale a alternativa que apresenta a **MELHOR OPÇÃO DE TRATAMENTO**.

- A () Crioterapia com cone fechado.
- B () Cirurgia micrográfica.
- C () Cirurgia com margem de segurança de 5 mm.
- D () Radioterapia.
- E () Terapia fotodinâmica.

26) Paciente masculino, 60 anos de idade, com história de dor intensa no hemitórax esquerdo com início súbito há sete dias. Procurou pronto-atendimento e doença pulmonar ou cardíaca foi afastada por avaliação clínica, laboratorial e radiológica. Há 24 horas, relata surgimento de erupção vesicobolhosa linear, respeitando a linha média, do lado esquerdo do tórax.

Assinale a alternativa que apresenta o **DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL**.

- A () Lúpus eritematoso.
- B () Penfigoide bolhoso.
- C () Eritrasma.
- D () Dermatite de contato.
- E () Herpes-zóster.

27) Em relação aos cuidados com o idoso, analise as afirmativas abaixo.

- I. A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência no idoso.
- II. Atividade física associada a equilíbrio nutricional para evitar a perda de peso e de massa muscular são medidas de impacto para o envelhecimento saudável.
- III. As quedas no paciente idoso estão associadas à piora de limitação funcional associada à imobilidade e se relacionam a pior prognóstico.
- IV. A dor é uma das queixas mais comuns entre os pacientes idosos e pode ter diversas causas.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A () Somente as afirmativas I e III estão corretas.
- B () Somente as afirmativas I, II e IV estão corretas.
- C () Todas as afirmativas estão corretas.
- D () Somente as afirmativas III e IV estão corretas.
- E () Somente as afirmativas I e II estão corretas.

Para responder às questões 28 e 29, analise o seguinte caso clínico.

Paciente masculino, negro, 48 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica em tratamento irregular, iniciou há dois dias com cefaleia holocraniana progressiva, vômitos, sonolência e recusa alimentar. É admitido na emergência com PA = 260/180 mmHg, desorientado, sonolento, ausência de rigidez de nuca ou déficit neurológico focal. Os exames laboratoriais evidenciam: hemoglobina = 12.4 mg/dl, presença de esquizócitos no sangue periférico, creatinina = 2.4 mg/dl, ureia = 35 mg/dl, parcial de urina: hematúria+ e proteinúria+.

28) Assinale a alternativa que apresenta a causa **MAIS PROVÁVEL** do acometimento renal.

- A () Lesão endotelial determinando hemólise intravascular e trombose dos vasos glomerulares.
- B () Depleção do volume intravascular.
- C () Estenose de artéria renal bilateral.
- D () Diminuição da síntese de prostaciclina.
- E () Vasodilatação da arteríola eferente.

29) Assinale a alternativa que apresenta a abordagem terapêutica **MAIS ADEQUADA**.

- A () Diazóxido endovenoso.
- B () Nitroprussiato de sódio + diurético endovenoso em baixa dose.
- C () Nitroprussiato de sódio + diurético endovenoso em alta dose.
- D () Reposição volêmica criteriosa + nitroprussiato de sódio.
- E () Enalaprilato endovenoso.

30) Paciente masculino, 56 anos de idade, previamente hipertenso, é admitido na emergência com dor torácica de forte intensidade com irradiação cervical, contínua, há 45 minutos. O paciente encontra-se agitado e sudoreico, PA = 160/90 mmHg, FC = 110 bpm, presença de sopro diastólico em foco aórtico, ausência de pulso radial esquerdo. Evolui subitamente com hemiplegia direita e paralisia facial central esquerda.

Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a conduta inicial **MAIS ADEQUADOS** ao caso acima.

- A () Dissecção aórtica tipo A de Stanford – analgesia potente e manuseio da hipertensão com nitroprussiato de sódio.
- B () Dissecção aórtica tipo B de Stanford – analgesia potente e manuseio da hipertensão com nitroprussiato de sódio.
- C () Dissecção aórtica tipo A de Stanford – analgesia potente e manuseio da hipertensão com betabloqueador.
- D () Dissecção aórtica tipo A de Stanford – evitar analgesia com opioides e manuseio da hipertensão com nitroglicerina.
- E () Dissecção aórtica tipo B de Stanford – evitar analgesia com opioides e manuseio da hipertensão com nimodipina endovenosa.

31) Em relação à terapia de reperfusão coronariana no infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnível do segmento ST, conforme as recomendações da IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, é **CORRETO** afirmar que:

- A () a angioplastia coronariana primária é superior à trombólise quando realizada nas primeiras três horas do início dos sintomas.
- B () no paciente com início dos sintomas de IAM superior a três horas, a trombólise imediata é a conduta preferencial.
- C () pacientes instáveis, com choque cardiogênico, têm contraindicação para realização de angioplastia primária.
- D () os pacientes preferenciais para transferência a centro que realize a angioplastia coronariana primária são aqueles com tempo de início dos sintomas de IAM superior a três horas e inferior a 12 horas.
- E () o tempo de transporte até um centro habilitado para realização de angioplastia primária não deve influenciar na escolha do método de reperfusão.

Para responder às questões 32 e 33, analise o seguinte caso clínico.

Paciente masculino, 82 anos de idade, foi internado no hospital com quadro de hemiplegia direita e paralisia facial central há 12 horas, apresentando pontuação na escala de coma de Glasgow = 13. Na admissão, foi realizada uma tomografia de crânio sem contraste que demonstra sinais de isquemia em território de artéria cerebral média esquerda comprometendo cerca de 60% do hemisfério cerebral esquerdo. Nas 36 horas subsequentes, o paciente evolui com diminuição progressiva do nível de consciência, apresentando escala de coma de Glasgow = 6, anisocoria: pupila E > D.

32) Assinale a alternativa que apresenta a **CAUSA MAIS PROVÁVEL** do rebaixamento do nível de consciência.

- A () Acidente vascular encefálico contralateral.
- B () Complicação infecciosa.
- C () Edema cerebral progressivo.
- D () Transformação hemorrágica.
- E () Hematoma intracerebral.

33) Assinale a alternativa que apresenta a conduta terapêutica **MAIS ADEQUADA**.

- A () Cabeceira elevada – manter normocapnia – terapia osmótica.
- B () Craniectomia descompressiva.
- C () Drenagem cirúrgica de hematoma intracerebral.
- D () Cabeceira elevada – hiperventilação – dexametasona.
- E () Cabeceira elevada – hiperventilação – coma barbitúrico.

34) Assinale a alternativa que responde **CORRETAMENTE** à pergunta abaixo.

Paciente feminina, 34 anos de idade, procura o ambulatório de clínica médica com queixa de cefaleia pulsátil, de localização variável, ora uni, ora bilateral, de leve a moderada intensidade, associada a fotofobia e náuseas, com duração de cerca de 12 horas. Refere que sofre de dor de cabeça desde a adolescência e que no último ano a frequência dos episódios dolorosos vem aumentando, chegando a ter cerca de cinco crises de dor ao mês. Refere também que durante o período de dor precisa ficar em repouso. Qual a classificação da cefaleia referida pela paciente e qual a conduta mais adequada ao caso?

- A () Enxaqueca com aura – sumatriptano na crise de dor – não há indicação de medicação profilática.
- B () Enxaqueca comum – sumatriptano na crise de dor – não há indicação de medicação profilática.
- C () Cefaleia tensional – analgésico comum na crise de dor – não há indicação de medicação profilática.
- D () Cefaleia tensional – analgésico comum na crise de dor – iniciar ansiolíticos.
- E () Enxaqueca comum – anti-inflamatório não hormonal na crise de dor – iniciar medicação profilática.

35) Assinale a alternativa que responde **CORRETAMENTE** à pergunta abaixo.

Paciente masculino, 26 anos de idade, com diagnóstico de HIV há dois anos, vinha fazendo uso regular de terapia antirretroviral há seis meses. Há uma semana, iniciou com febre de 39 °C, calafrios, cefaleia difusa e tosse produtiva. À ausculta pulmonar, presença de alguns estertores crepitantes à esquerda. O exame neurológico evidenciou rigidez de nuca. A tomografia de crânio não demonstrou alterações. Foi realizada uma punção lombar cujo exame do líquido mostrava: celularidade – 1.000 leucócitos (90% polimorfonucleares), ausência de hemácias; glicose = 25 mg/dl; proteínas = 64 mg/dl; adenosina deaminase = 2 mg/dl.

Conforme o quadro clínico e a análise dos resultados do líquido (LCR), qual a etiologia mais provável para a meningite e qual o exame que confirma o diagnóstico?

- A () Meningite herpética – PCR para herpes-vírus no LCR.
- B () Meningite pneumocócica – bacterioscopia e/ou cultura evidenciando diplococos gram-positivos no LCR.
- C () Meningite criptocócica – tinta da China positiva no LCR.
- D () Meningite viral – diagnóstico sorológico.
- E () Meningite tuberculosa – PCR para micobactérias no LCR.

36) Assinale a alternativa que responde **CORRETAMENTE** à pergunta abaixo.

Paciente feminina, 60 anos de idade, internada na UTI com quadro de pancreatite aguda grave em uso de carbapenêmico e nutrição parenteral. No quinto dia de internação na UTI, a paciente apresenta-se febril, com vários picos diários de 38,5 °C, taquicardia persistente e leucocitose de 15.000 leucócitos, níveis tensionais mantidos sem necessidade de drogas vasoativas. A diurese era de 0.4 ml/kg/h e a creatinina sérica = 2.5 mg/dl. A hemocultura coletada no dia anterior revelou o crescimento de leveduras. Qual a conduta mais adequada em relação ao tratamento antifúngico?

- A () Iniciar equinocandina.
- B () Iniciar anfotericina deoxicolato.
- C () Iniciar fluconazol endovenoso.
- D () Aguardar isolamento do fungo para definir o antifúngico.
- E () A cultura reflete colonização, não sendo indicado tratamento.

37) Assinale a alternativa que responde **CORRETAMENTE** à pergunta abaixo.

Paciente feminina, 18 anos de idade, previamente hígida, há duas semanas evoluindo com febre de 38 °C e odinofagia. Ao exame físico, evidencia-se linfonodomegalia dolorosa generalizada com linfonodos fibroelásticos medindo cerca de 1 cm, além de discreto *rush* cutâneo macular. Relata relação sexual desprotegida antes do início do quadro. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e qual(is) exame(s) confirma(m) o diagnóstico?

- A () Infecção aguda pelo HIV – dois exames elisa positivos e imunofluorescência positiva para HIV.
- B () Mononucleose infecciosa – IgG positiva para EBV.
- C () Sífilis secundária – VDRL positivo título 1:8.
- D () Infecção aguda pelo HIV – exame elisa negativo e carga viral HIV > 10.000 cópias/ml.
- E () Citomegalovirose – IgG positiva para CMV.

38) Paciente masculino, 38 anos de idade, internado na UTI devido a meningite criptocócica, diagnóstico de AIDS feito nesta internação. Encontra-se em coma e sob ventilação mecânica, tendo sido iniciado tratamento com anfotericina há dez dias. O paciente vem mantendo estabilidade hemodinâmica, não apresenta sinais de depleção do volume intravascular e não se observam edemas. O nível de consciência do paciente deteriorou nas últimas 24 horas e foi constatada hiponatremia. Os exames laboratoriais são: sódio plasmático = 118 mg/dl; potássio plasmático = 4 mg/dl; osmolalidade plasmática = 253 mOsm/l; osmolalidade urinária = 500 mOsm/l; sódio urinário = 72 mEq/l.

Com base no quadro clínico-laboratorial, assinale a alternativa que apresenta a causa **MAIS PROVÁVEL** para a hiponatremia.

- A () Perdas extrarrenais de sódio.
- B () Síndrome de secreção inapropriada do ADH.
- C () Insuficiência cardíaca congestiva.
- D () Síndrome cerebral perdedora de sal.
- E () Insuficiência adrenal.

39) Assinale a alternativa que responde **CORRETAMENTE** à pergunta abaixo.

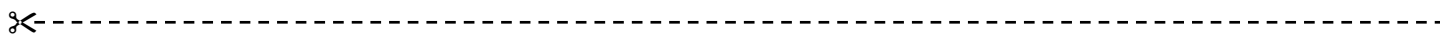
Paciente feminina, 37 anos de idade, internada na enfermaria de clínica médica com diagnóstico de endocardite bacteriana subaguda causada por enterococos, recebendo antibioticoterapia com vancomicina e gentamicina. A paciente vem evoluindo com melhora clínica e não apresenta sinais de comprometimento hemodinâmico. No décimo dia de tratamento, evidencia-se aumento da creatinina sérica de 0.6 mg/dl para 1.6 mg/dl. O exame do sedimento urinário demonstra a presença de cilindros granulosos, sem outras alterações. Qual a causa mais provável da piora da função renal?

- A () Hipoperfusão renal.
- B () Nefrite intersticial alérgica.
- C () Toxicidade tubular direta por aminoglicosídeos.
- D () Glomerulonefrite pós-infecciosa.
- E () Glomerulonefrite membranosa.

40) Paciente feminina, 48 anos de idade, é trazida à emergência pelo marido com relato de ingestão de 50 comprimidos de amitriptilina há cerca de quatro horas. À admissão, a paciente apresenta-se com escala de coma de Glasgow = 8, acianótica, sem sinais de desconforto respiratório, PA = 150/90 mmHg, FC = 110 bpm, ausculta cardíaca e pulmonar sem particularidades. O ECG evidencia intervalo QT corrigido de 0,48. A gasometria arterial é: pH = 7.31, pCO₂ = 48, pO₂ = 92, HCO₃ = 20.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta **MAIS ADEQUADA** ao caso.

- A () IOT – sondagem nasogástrica e administração de carvão ativado – monitorização cardíaca – administração de bicarbonato endovenoso para alcalinização do pH sérico.
- B () Sondagem nasogástrica e administração de carvão ativado – monitorização cardíaca.
- C () IOT – sondagem nasogástrica e administração de carvão ativado – hemoperfusão.
- D () Sondagem nasogástrica e administração de carvão ativado – administração de bicarbonato endovenoso para alcalinização do pH sérico – hemoperfusão.
- E () IOT – sondagem nasogástrica e administração de carvão ativado – monitorização cardíaca.



GRADE DE RESPOSTAS (Somente esta parte poderá ser destacada)

QUESTÕES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
RESPOSTAS																					
QUESTÕES	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
RESPOSTAS																					

