

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal Fundação Universidade de Brasília

PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Caderno de Prova Objetiva

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais e os dados do programa em que você se inscreveu, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado em sua folha de respostas. Confira, também, o seu nome e os dados do programa em que você se inscreveu em cada página numerada do seu caderno de prova. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais, ou ao programa em que você se inscreveu, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação da sua prova e a sua eliminação do processo seletivo.

- 3 Durante a realização da prova, não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

OBSERVAÇÕES

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br — sac@cebraspe.org.br
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

Aplicação: 2016



GDF
Secretaria de
Estado de Saúde



Universidade de Brasília

Cespe

Cebraspe
Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação
e Seleção e de Promoção de Eventos

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.
- Em sua prova, caso haja item(ns) constituído(s) pela estrutura **Situação Hipotética: ... seguida de Assertiva: ...**, os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados como premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para anotações, rascunhos etc.

PROVA OBJETIVA

Um paciente com cinquenta anos de idade procurou o pronto-socorro com queixas de dor nas costas havia dois dias e relatou que o sintoma estaria relacionado ao esforço incomum realizado um dia antes. O exame clínico realizado não mostrou qualquer alteração. O paciente foi medicado com dipirona via intravenosa e recebeu alta hospitalar após melhora dos sintomas, sendo orientado a retornar ao hospital em caso de reincidência. Após vinte e quatro horas, houve recidiva da dor e o paciente tornou a procurar o pronto-socorro. Nessa ocasião, o paciente recebeu atendimento de um segundo médico, que o diagnosticou com infarto agudo do miocárdio e prontamente internou o paciente na unidade de terapia intensiva (UTI) do hospital, aos cuidados dessa equipe.

De acordo com o Código de Ética Médica editado pelo Conselho Federal de Medicina, julgue os itens que se seguem, com relação ao caso clínico apresentado.

- 1 O médico assistente que atendeu o referido paciente na primeira intervenção hospitalar foi prudente ao alertar o paciente para retornar ao pronto-socorro em caso de agravamento do sintoma.
- 2 Observa-se uma clara ação de imperícia por parte do médico assistente no primeiro atendimento hospitalar, pois deixou de dar a devida importância ao sintoma do paciente.
- 3 A equipe da UTI do hospital deveria denunciar o médico assistente do segundo atendimento hospitalar ao conselho de ética do hospital, por ele ter delegado a terceiros — equipe da UTI — ato sob sua responsabilidade.
- 4 A direção do hospital não pode ser questionada sob o ponto de vista ético no caso descrito, pois houve todas as condições para o bom atendimento do paciente.
- 5 O médico assistente que atendeu o referido paciente na primeira intervenção hospitalar agiu com negligência, pois chegou a uma conclusão clínica incorreta.

Paciente com sessenta anos de idade e com histórico médico de uso de anti-hipertensivo (hidroclorotiazida 25 mg ao dia) havia dez anos, procurou uma unidade de saúde para atendimento médico. Durante a consulta, o idoso informou apresentar dispnéia em pequenos esforços iniciada três meses antes da consulta. Nesse mesmo período, passou a notar que só conseguia dormir com o apoio de três travesseiros, caso contrário acordava durante a noite com intensa dispnéia, que só regredia passados alguns minutos em que adotava a posição ortostática. O exame físico mostrou pressão arterial de 160 mmHg × 110 mmHg. A ausculta cardíaca revelou bulhas taquicárdicas em três tempos, com a presença da quarta bulha. O restante da avaliação não apresentou dados dignos de nota.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 6 Os sinais e sintomas apresentados no caso clínico em questão sugerem o diagnóstico de insuficiência cardíaca esquerda, cuja causa principal é a sobrecarga crônica de pressão.
- 7 A prescrição de fármaco inibidor da enzima conversora da angiotensina apresenta-se como uma opção terapêutica indicada para o caso mencionado.
- 8 Caso os sintomas persistam, a prescrição de digoxina está indicada para esse paciente, mesmo que a pressão arterial esteja controlada.
- 9 A presença da quarta bulha, nesse paciente, evidencia dano ventricular esquerdo e a existência de disfunção sistólica.

Uma paciente com setenta anos de idade, previamente hígida, apresentou, havia sete dias, quadro clínico constituído por astenia, adinamia e anorexia. O exame físico revelou pressão arterial de 160 mmHg × 100 mmHg e os exames laboratoriais revelaram os seguintes achados: ureia = 98 mg/dL; creatinina = 10 mg/dL; sódio = 140 meq/L; potássio = 4,6 meq/L; hematócrito = 45%; EAS evidenciando traços de proteínas com cilindros leucocitários e presença de eosinófilos.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens subsequentes.

- 10 A referida paciente deve ser internada e tratada imediatamente com cálcio, bicarbonato, beta-agonista, insulina, glicose e resina trocadora de potássio.
- 11 Os sintomas da paciente podem indicar a presença de uremia.
- 12 Com base nos resultados dos exames laboratoriais, deve-se pesquisar a presença de perda volumétrica e(ou) diminuição do volume sanguíneo arterial na paciente.
- 13 As alterações detectadas no exame de urina da paciente sugerem uso prévio de fármacos ou presença de infecção.

Uma paciente com cinquenta anos de idade procurou a unidade básica de saúde para realizar exame periódico de saúde. A paciente informou não apresentar sintomas e não ter antecedentes morbidos familiares de relevância. O exame físico mostrou, como dado digno de nota, um índice de massa corporal de 30 kg/m². Como a paciente estava em jejum, solicitou-se um exame de glicemia, que apresentou resultado de 160 mg/dL.

Com relação ao caso clínico mencionado, julgue os próximos itens.

- 14 A manutenção dos níveis glicêmicos dessa paciente aumenta, a longo prazo, a chance de desenvolver doença microvascular.
- 15 O tratamento direcionado à paciente deve, preferencialmente, conseguir manter o nível da glicemia de jejum abaixo de 110 mg/dL.
- 16 Evidências científicas mostram que, nesses casos, a modificação de estilo de vida só deve ser adotada depois de obtido o controle da glicemia mediante uso de medicação.
- 17 Essa paciente apresenta critério laboratorial para o diagnóstico de pré-diabetes.
- 18 A referida paciente deve ser encaminhada para o programa de cirurgia bariátrica com vistas a alcançar uma resolução definitiva desse problema.

Um paciente com sessenta e cinco anos de idade, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), procurou o serviço de emergência informando que, há duas horas, havia acumulado uma expectoração sanguinolenta em quantidade equivalente a meia xícara de café. O exame físico mostrou sinais vitais normais, baqueteamento dos dedos e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído globalmente.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 19 Bronquite crônica é um dos possíveis diagnósticos para o referido paciente, posto ser uma das causas mais comuns de hemoptise.
- 20 Pacientes com DPOC na classe de risco moderada, como o do caso mencionado, devem realizar fisioterapia respiratória e ser tratados com beta-2 agonista de longa duração.
- 21 A broncoscopia é o procedimento imediato a ser adotado para o paciente nesse caso.
- 22 O baqueteamento de dedos decorre, provavelmente, do quadro de DPOC.

Um paciente com sessenta anos de idade, em tratamento contra alcoolismo, foi encaminhado por familiares ao pronto-socorro por apresentar, havia uma hora, um quadro de agitação psicomotora. O exame físico realizado mostrou sudorese profusa, desorientação temporo-espacial e alucinações auditivas e visuais. As pupilas estavam dilatadas e foram identificados tremores de extremidades.

Com relação ao caso clínico descrito, julgue os seguintes itens.

- 23 Hipoxemia e hipoglicemia devem ser imediatamente investigadas no caso clínico citado.
- 24 Caso se comprove que o quadro clínico manifesto aconteceu em decorrência do alcoolismo, o paciente deve ser tratado com tiamina.
- 25 O quadro é de demência aguda, cuja causa é agressão alcoólica continuada ao sistema nervoso central.

Um paciente com quarenta anos de idade procurou o ambulatório de clínica médica e informou que, nos últimos doze meses, tem apresentado episódios de diarreia de forma habitual, com pelo menos um episódio por semana. Relatou ainda que suas fezes apresentavam característica volumosa, pastosa, aspecto gorduroso e sem sangue. O paciente negou dor, anorexia, náuseas, vômitos, febre, sudorese e calafrios. No período relatado, informou haver perdido cerca de 10 kg. Reportou ainda haver tentado suspender leite e derivados, mas não percebeu melhora nos sintomas. Nunca fez uso de bebida alcoólica ou cigarro. O exame físico nada revelou de anormal. No prontuário consta sorologia negativa para HIV.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 26 O diagnóstico de pancreatite crônica pode ser descartado nesse caso, uma vez que o paciente nunca fez uso de bebida alcoólica.
- 27 Uma avaliação sorológica é indicada a esse paciente para que se pesquisem anticorpos antiendométrio e antitransglutaminase tecidual.
- 28 Os sintomas descritos indicam que o paciente apresenta uma diarreia de causa inflamatória.

Um médico com trinta e dois anos de idade acabou de voltar da Guiné, país acometido por epidemia do vírus ebola, onde trabalhou para a Organização Médicos Sem Fronteiras, tendo chegado ao Brasil há dez dias. Na manhã de hoje, ele acordou com febre alta e resolveu procurar a emergência de um hospital, onde informou que, desde que voltou da África, teve contato com apenas quatro pessoas, entre elas, a sua noiva.

A respeito desse caso clínico e de aspectos a ele relacionados, julgue os próximos itens.

- 29 Para definição do diagnóstico, além da febre, deve-se pesquisar a existência de cefaleia, dor muscular, fraqueza, fadiga, diarreia, vômitos, dor abdominal e hemorragia.
- 30 Caso o médico seja portador de infecção pelo ebola, não somente os profissionais de saúde, mas todos os familiares e amigos que convivam com ele estarão expostos a risco de adoecer, devido ao possível contato com sangue e fluidos corporais dele.
- 31 O vírus ebola não se dissemina por meio de objetos contaminados, tais como roupas, agulhas, seringas e instrumentos cirúrgicos.

Acerca da anemia ferropriva, julgue os próximos itens.

- 32 As causas de deficiência de ferro incluem gastroplastia, sangramentos e uso de antiácidos.
- 33 A simples correção da dieta, em geral, não é suficiente para resolver esse tipo de anemia.
- 34 Recomenda-se a administração profilática de 60 mg de ferro elementar combinado com 400 µg de ácido fólico para toda gestante sem anemia a partir do segundo trimestre da gravidez.
- 35 A melhor opção de reposição de ferro é por via endovenosa.
- 36 A doença ainda é um grave problema de saúde pública, mesmo com a melhora das condições sociais no Brasil.

Com relação à doença de Alzheimer, julgue os itens subsequentes.

- 37 O diagnóstico dessa doença pode ser feito por meio da aplicação de critérios clínicos advindos de questionários padronizados.
- 38 Exames de imagem podem identificar de forma precisa a possibilidade de evolução do comprometimento cognitivo da referida doença.
- 39 A avaliação funcional é parte fundamental para o tratamento dessa doença, visto que a síndrome demencial repercute na vida social do indivíduo.
- 40 A ascendente taxa de longevidade da população aumenta a prevalência mundial dessa doença.

Um paciente de trinta e cinco anos de idade, do sexo masculino, procedente de Brasília, procurou atendimento médico em uma emergência hospitalar. Ele relatou que iniciou quadro de cefaleia holocraniana de moderada intensidade, acompanhada de febre diária, mialgia, poliartralgia e exantema havia cinco dias. Negou tosse, diarreia ou disúria. Atualmente faz uso de dipirona e paracetamol a cada seis horas, porém o controle algico e antitérmico não surtiu efeito positivo. No exame físico, o paciente apresentou estado geral regular, mucosas úmidas e normocoradas, sem edemas, perfusão periférica adequada, anictérico. Os exames complementares mostraram: temperatura axilar = 39,1 °C; pulmões limpos; aparelho cardiovascular: bulhas taquicárdicas, rítmicas e normofonéticas; pressão arterial = 90 mmHg × 60 mmHg; pulso = 125 bpm; aparelho digestório: plano, ruídos hidroaéreos presentes; sistema nervoso: consciente e orientado, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 41 A principal medida de controle para o combate da doença em tela envolve o extermínio ao *Aedes aegypti*, único vetor dessa doença.
- 42 Os principais sintomas apresentados pelos pacientes acometidos por Chikungunya são febre e poliartralgia intensas.
- 43 Recomenda-se o isolamento viral do paciente na fase de procura pelo atendimento.
- 44 Coagulopatia não é uma complicação esperada para o principal diagnóstico do caso em tela.
- 45 O tratamento adequado ao caso envolve antibioticoterapia precoce e de amplo espectro, uso de corticoterapia e vigilância neurológica.

Com relação às síndromes infecciosas febris, julgue os itens que se seguem.

- 46 A notificação à vigilância dessas patologias é compulsória.
- 47 Etiologias não infecciosas para síndromes febris não devem ser pesquisadas, dada sua ocorrência quase desprezível.
- 48 O uso de anti-inflamatório não esteroideal deve ser evitado nessas síndromes, devido ao risco de insuficiência renal aguda.
- 49 Caso as sorologias para Chikungunya sejam negativas na fase que dura até o quinto dia do aparecimento dos sintomas, pode-se descartar com segurança o diagnóstico dessa doença.
- 50 Entre os diagnósticos diferenciais das síndromes infecciosas febris, devem-se considerar a malária, a leptospirose e a artrite pós-infecciosa.
- 51 Uma possível complicação nessas doenças é a lesão renal aguda, cujo mecanismo fisiopatológico envolve mecanismo pré-renal e renal intrínseco.

Com relação ao Código de Ética Médica e aos conceitos de bioética, julgue os itens subsequentes.

- 52 Se um médico plantonista de serviço de emergência se submeter a condições de trabalho sem estrutura adequada ao atendimento básico de pacientes graves, estará passível de acusação de imprudência e de imperícia; todavia, não lhe cabe incriminação por negligência.
- 53 Caso o médico não atenda aos princípios bioéticos de não maleficência, ele pode sofrer acusação de negligência, imprudência e imperícia.
- 54 Caso haja abandono de plantão hospitalar antes de o próximo médico plantonista chegar e ocorra óbito de algum paciente, o médico que abandonou o plantão pode ser acusado em duas esferas: na ética, de negligência e imprudência; e na penal, de homicídio culposos.

A candidemia é definida pela presença de cândida na corrente sanguínea, que nunca deve ser considerada uma contaminante apenas e tem indicação formal de tratamento. A mortalidade intra-hospitalar é descrita de 35% a 75%.

Leon C. *et al.* *Intensive Care Med.* 2014, p. 808-819 (com adaptações).

Considerando inicialmente o fragmento de texto apresentado, julgue os próximos itens, relativos à candidemia.

- 55 A candidemia por *Candida krusei* não deve ser tratada com azóis como o fluconazol.
- 56 A combinação de antifúngicos é vantajosa para o tratamento e a redução de mortalidade em pacientes com candidemia grave e documentada.
- 57 A duração do tratamento da candidemia é de quatorze dias, independentemente da gravidade ou do resultado da hemocultura.
- 58 A *Candida albicans* ainda consiste no principal agente etiológico das candidemias.
- 59 A remoção de cateteres venosos centrais está associada com a diminuição da mortalidade nas candidemias, todavia é possível postergar o início do uso dos antifúngicos após a retirada dos acessos venosos centrais.
- 60 Os fatores de risco para o aparecimento da candidemia são: presença de cateteres venosos centrais; nutrição parenteral total; uso de antimicrobianos de amplo espectro; lesão renal aguda com necessidade de hemodiálise; cirurgia abdominal prévia; perfurações e fístulas gastrointestinais; e escores de gravidade de admissão em unidade de terapia intensiva aumentados.

A ultrassonografia *point of care*, realizada pelo médico que atende o paciente, em tempo real e à beira leito, tornou-se um complemento valioso para o manejo clínico de pacientes atendidos nas unidades de emergência.

Neri L. Winfocus Neri. *Manual de Ultrassonografia no paciente crítico*. 2.ª ed., 2012.

Considerando inicialmente o fragmento de texto apresentado, julgue os próximos itens, relativos à ultrassonografia à beira leito.

- 61 A ultrassonografia à beira leito pode ser utilizada para confirmação de posicionamento intratraqueal do tubo endotraqueal.
- 62 Esse exame não deverá ser realizado na avaliação do aparelho respiratório, pois a presença de ar dificulta a reverberação do som.
- 63 Em estado de hipovolemia, a ultrassonografia à beira leito permite avaliar fluído responsividade, por meio da visualização do diâmetro da veia cava inferior e do colapamento desta.

A sepse é uma das doenças que mais matam no Brasil. É subdiagnosticada, o início do tratamento adequado é tardio e a disfunção orgânica é a via final desta doença agressiva. A mortalidade intra-hospitalar, no Brasil, pode alcançar índices de até 60%.

Internet: <www.survivingsepsis.org> (com adaptações).

Tendo o fragmento de texto como referência, julgue os itens subsecutivos a respeito da sepse.

- 64 Na síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) grave, induzido por sepse, a ventilação mecânica deverá ser direcionada para uma ventilação protetora — entre 3mL/kg a 6 mL/kg de volume, além de recrutamento alveolar, com pressão de platô menor ou igual a 30 cm de água — e pressão positiva no final da expiração (PEEP) elevada.
- 65 A discussão com o paciente e com seus familiares acerca de cuidados no ciclo final de vida faz parte do tratamento da sepse grave e do choque séptico.
- 66 Em pacientes com restrição volêmica, a ressuscitação deverá ser realizada com coloide como a albumina.
- 67 A vasopressina deverá ser associada à noradrenalina com intenção de atingir a pressão arterial média alvo ou reduzir a dose de noradrenalina. A utilização da vasopressina como vasopressor de primeira escolha no choque séptico já possui consenso e respaldo à luz da medicina fundamentada em evidência.
- 68 A utilização de inotrópico justifica-se, na sepse grave ou no choque séptico, com disfunção miocárdica ou sinais de hipoperfusão, a despeito de adequada expansão volêmica e pressão arterial média no alvo preconizado.

Uma paciente de trinta e oito anos de idade, com edema de face há quinze anos, toma furosemida 40 mg/dia, desde o início do edema. A paciente foi encaminhada para o nefrologista devido à insuficiência renal (ureia 149 mg/dL e creatinina 2,3 mg/dL). Negou fraqueza, dispneia, ou palpitações e afirmou que faz uso de laxativos por obstipação intestinal. Informou ainda que não menstrua desde dois anos atrás. Os resultados dos exames clínicos e laboratoriais estão apresentados a seguir.

- Bom estado geral, peso 40 kg, desidratada, corada, sem edemas;
- PA = 80 mmHg × 60 mmHg, pulso = 80 bpm;
- AR: pulmões limpos;
- ACV: bulhas rítmicas e normofonéticas, 2 tempos sem sopros;
- ADigest: abdome inocente;
- Hb = 13,6 g/dL, glicemia = 95 mg/dL, colesterol = 300mg/dL, ácido úrico = 10 mg/dL, Na = 136 mEq/L, Mg = 1,2 mg/dL, Ca = 9 mg/dL;
- gasometria: pH = 7,46, pCO₂ = 47 mmHg, HCO₃ = 27 mEq/L, TSH = 15 mU/L (VR: 0,27-4,2), T4 livre = 1,0 mg/dL (VR: 4,4-11,4);
- EAS: densidade 1.010, bioquímica e sedimento urinários normais;
- USG renal: rins de tamanhos normais, nefrocalcinose bilateral;
- desintometria óssea do fêmur proximal direito e das vértebras lombares com osteoporose;
- ECG: ritmo sinusal, alterações da repolarização ventricular, presença de onda U.

Com base nesse caso clínico, julgue os seguintes itens.

- 69 Hipotireoidismo não é uma possível etiologia da amenorreia da paciente.
- 70 A hipótese para a insuficiência renal da paciente pode ser atribuída ao uso de diurético de alça e à alteração da função da tireoide.
- 71 A alteração gasométrica dessa paciente pode ser justificada pelo uso de diurético de alça, no entanto tal mudança não se justifica por distúrbio do potássio.
- 72 Hipomagnesemia não contribuiu para a hipocalcemia da paciente.

Julgue os itens a seguir a respeito dos diuréticos e dos distúrbios hidroeletrólíticos.

- 73 A reposição de potássio endovenoso é obrigatória em hipocalcemia com alterações eletrocardiográficas.
- 74 Alteração eletrocardiográfica, em hipocalcemia, dispensa confirmação sérica de hipocalcemia.
- 75 O diurético de alça, cujo uso crônico pode ocasionar hipernatremia, faz balanço negativo de água livre. Em idosos, crianças e paciente em ventilação mecânica, para os quais o acesso à água pode estar dificultado, provavelmente seria percebida hipernatremia após uso prolongado de diurético de alça.
- 76 Alcalose metabólica pode ter etiologias variadas, entre as quais se incluem a perda de hidrogênio, a retenção de bicarbonato e a alcalose de contração.

A respeito de cristaloides e de fluidoresponsividade, julgue os próximos itens.

- 77 O excesso de quantidade na aplicação de soro fisiológico pode piorar estados de acidemia do paciente, devido à acidose metabólica com ânion *gap* normal.
- 78 Comparado aos coloides, os cristaloides são inferiores no volume de distribuição intravascular e intersticial, ou seja, são necessários volumes maiores de cristaloides para manter a volemia do que de coloides.
- 79 O soro fisiológico possui menor concentração de cloro comparado ao ringer lactato.
- 80 O plasma-*lyte*, também denominado de solução balanceada, é o melhor cristalóide para reposição volêmica, porém não reduz desfecho na ressuscitação volêmica inicial da sepse quando comparado a outros cristaloides.

Um paciente de quarenta e oito anos de idade, com traumatismo crânio encefálico grave decorrente de acidente automobilístico, foi internado em unidade de terapia intensiva desde o dia do acidente, ocorrido cinco dias antes. O paciente encontra-se estável hemodinamicamente, sem a necessidade de fármacos vasoativos, é mantido sedado com midazolam e fentanila em infusão contínua e está sob ventilação mecânica via tubo oro-traqueal. Os exames laboratoriais mostraram glicemia de 145 mg/dL sem distúrbio hidroeletrólítico ou ácido básico. Na última avaliação física, o paciente apresentou pupilas médio fixas; ausência de tosse e dos reflexos corneopalpebral, oculoencefálico e vestibulo-ocular; temperatura axilar de 34,1 °C; pressão arterial de 165 mmHg × 99 mmHg; e frequência cardíaca de 48 bpm. Depois de dez minutos de hiperoxigenação com FIO₂ a 100%, o paciente foi submetido ao teste da apneia, que mostrou pCO₂ de 58 mmHg após dez minutos desconectado do ventilador, sem incursão respiratória detectada. A escala de coma de Glasgow foi indicada como 3.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 81 Se confirmada a morte encefálica do referido paciente, após seguir-se rigorosamente o protocolo vigente, é facultada, ao médico, a decisão de retirar todo o suporte terapêutico, inclusive a ventilação mecânica, caso não haja autorização para doação de órgãos.
- 82 Segundo o protocolo utilizado no Brasil para morte encefálica, um novo exame físico deverá ser realizado nesse paciente por outro médico após seis horas, e, caso persista o quadro clínico apresentado, deverá ser solicitado um exame complementar para confirmação do diagnóstico de morte encefálica.
- 83 O caso deve ser notificado à Central de Captação de Órgãos e Tecidos, por se tratar de um potencial doador.

A respeito das complicações de saúde apresentadas por portadores de AIDS, julgue os itens que se seguem.

- 84 Entre os portadores de HIV que fazem uso de drogas endovenosas, há uma incidência maior de pneumonia por *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*.
- 85 A pneumocistose e a tuberculose são infecções respiratórias que, comumente, acometem pacientes com contagem de células T-CD4 abaixo de 200 cel/mm³. Contagens de células acima desse valor tornam o aparecimento dessas infecções em pacientes soropositivos improvável.
- 86 As complicações respiratórias são causas frequentes de internação. O risco de pneumonias bacterianas em pacientes sem uso de terapia antirretroviral é cinco vezes maior que na população em geral.

Uma paciente de vinte e quatro anos de idade procurou pela primeira vez o pronto-socorro por apresentar disúria associada à polaciúria e quadro de calafrios e febre. Nessa ocasião, a paciente foi diagnosticada com infecção no trato urinário e recebeu indicação de tratamento antimicrobiano e, logo em seguida, foi liberada com alta. Cinco dias após a alta médica, a jovem retornou ao pronto-socorro com quadro de taquipneia, sudorese, polidipsia, poliúria e sonolência. A paciente negou febre e reportou que, após quarenta e oito horas do início do tratamento com antibiótico, houve remissão completa dos sintomas urinários anteriores. Informou, ainda, que estava ingerindo mais de 6 L de água por dia. Ao exame físico a paciente mostrou-se consciente, orientada e com sinais de desidratação (2+/4+). Observou-se ainda taquicardia (FC = 119 bpm), taquipneia (FR = 34 irpm), PA = 145 mmHg × 85 mmHg, aparelho cardiovascular sem alterações, ausculta pulmonar normal, abdome com dor leve, ao ser submetido à palpação profunda, sem outras alterações. Os exames laboratoriais na admissão mostraram Hb = 15,4; Ht = 46%; leucócitos = 18.700 sem desvio; e plaquetas = 188.000/mm. A gasometria arterial mostrou pH = 7,14; pO₂ = 123 mmHg (com O₂ em cateter nasal a 3 L/min); pCO₂ = 22,4 mmHg; Bic = 12,8 mEq; BE = -12. A dosagem de eletrólitos mostrou Na⁺ = 130 mEq/L; K⁺ = 6,8 mEq/L; e Cl⁻ = 108 mEq/L. Os exames bioquímicos mostraram TGO = 16; TGP = 44; ureia = 67; creatinina = 0,9; glicose = 876 mg/dL; urinálise com d = 1005; pH = 5,5; corpos cetônicos de 3+/4+.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens seguintes.

- 87 O sódio corrigido pela glicemia da paciente é de, aproximadamente, 142 mEq/L.
- 88 Trata-se de um caso de sepse grave, uma vez que a paciente apresenta leucocitose e taquicardia associadas a foco infeccioso conhecido.
- 89 A gasometria mostra que a paciente apresenta um distúrbio ácido básico misto, com acidose metabólica e alcalose respiratória, além de ânion GAP diminuído. Recomenda-se correção com infusão endovenosa de solução de bicarbonato de sódio a 8,4%, na dose de 1 mEq/kg de peso.
- 90 O tratamento preconizado para essa paciente consiste em infusão endovenosa de insulina regular, além de hidratação venosa com cristaloides.

No que se refere à hemoterapia, julgue os próximos itens.

- 91 Alterações funcionais e quantitativas podem ocorrer nas plaquetas como consequência do uso de diversas medicações, como, por exemplo, a plaquetopenia, que é induzida pelo uso de heparina.
- 92 A transfusão de hemocomponentes esbarra em questões éticas e culturais, como a não utilização desse recurso terapêutico, sob nenhum contexto clínico, em adeptos a religiões que não admitem transfusão.
- 93 A anemia em pacientes graves envolve diversos fatores, entre eles, a produção inadequada de eritropoetina associada a um déficit de ferro no metabolismo.
- 94 Uma das consequências graves da transfusão de hemoderivados é a lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI), que leva ao edema agudo de pulmão, não cardiogênico, pelo aumento da pressão coloidosmótica devido ao alto poder osmótico dos hemocomponentes.

Julgue os itens a seguir, relativos à asma brônquica.

- 95** A formação de rolhas de muco pode perpetuar o quadro obstrutivo em alguns casos de asma brônquica, o que leva à refratariedade no tratamento das crises. Nesses casos, está indicada a fibrobroncoscopia para realização do lavado broncoalveolar.
- 96** As crises de asma brônquica se caracterizam por dispneia, broncoespasmo, sensação de constrição torácica e tosse, e, nos casos mais graves, ocorre o bloqueio total do fluxo aéreo (silêncio torácico).
- 97** Glicocorticoides administrados por via inalatória são eficazes no tratamento da asma, contudo, devido à elevada ação sistêmica desses medicamentos, não se recomenda o seu uso por períodos prolongados.

Acerca da neutropenia febril, julgue os itens subsequentes.

- 98** No caso de pacientes com antibioticoterapia em curso, que se mantenham febris e nos quais persista a neutropenia grave por mais de cinco dias, deve-se considerar a terapia antifúngica, principalmente a que envolva cobertura para os gêneros *Candida* ou *Aspergillus*.
- 99** O uso das fluorquinolonas como profilaxia — especialmente quando associadas com bloqueadores de receptores de histamina tipo 2 (H2) ou outros antiácidos — propicia proteção contra a colonização do esôfago e do estômago pelas cepas de *Streptococcus* presentes na cavidade oral, minimizando as infecções em pacientes neutropênicos.
- 100** A introdução da antibioticoterapia deve ser o mais precoce possível, contudo deve ser precedida da coleta de culturas que visem identificar os agentes etiológicos envolvidos.

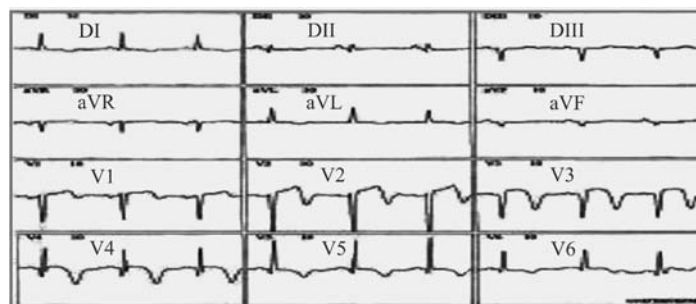
Em relação à dengue, julgue os itens subsequentes.

- 101** A prova do laço, ou teste de Rumpel – Leede, consiste na aplicação de pressão positiva em torno de 300 mmHg, com o manguito, em membro superior. O resultado de mais de 20 petéquias no adulto determina um quadro positivo e altamente sugestivo da forma hemorrágica da doença. Nesses casos, recomenda-se internação imediata.
- 102** Após o período de incubação do vírus, que pode variar de três a quinze dias, o quadro clínico da dengue clássica caracteriza-se por febre alta, geralmente acima de 39 °C, mialgia, cefaleia, dor retro-ocular com hiperemia conjuntival e artralgia; podem também aparecer pequenos fenômenos hemorrágicos como petéquias, gengivorragia e epistaxe.
- 103** Nos casos fatais de dengue, a histoquímica pode detectar os antígenos virais em tecidos, e a reação da cadeia da polimerase é uma metodologia que permite a detecção mesmo com sorologias negativas.

A respeito da diabetes, julgue os itens que se seguem.

- 104** A hemoglobina glicosilada é um método de grande utilidade no seguimento de pacientes diabéticos, assim como integra os critérios de diagnóstico; contudo, o uso de ácido acetil salicílico ou o consumo excessivo de bebida alcoólica pode influenciar os resultados desse exame, que podem indicar níveis falsamente reduzidos.
- 105** Nos casos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes, o uso dos betabloqueadores deve ser feito de forma mais controlada devido ao risco de mascarar os sintomas da hipoglicemia e piorar a doença vascular periférica.
- 106** Do ponto de vista fisiopatológico, a diabetes pode se instalar de forma súbita pelo déficit de insulina, como ocorre no tipo 2, ou de forma insidiosa relacionada à resistência à ação da insulina, associada à redução progressiva da produção pancreática, como no tipo 1.
- 107** A repaglinida, antidiabético oral da classe das metiglinidas, um tipo de secretagogo, promove a redução do espessamento médio intimal carotídeo.
- 108** Nos casos de diagnóstico recente de diabetes melito tipo 2, mudanças nos hábitos de vida e uso oral de metformina constituem a primeira escolha de tratamento.

Um paciente com cinquenta e dois anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica, sem uso regular de medicações e tabagista (com carga tabágica de vinte maços/ano) ingressou no pronto-socorro havia cerca de trinta minutos, apresentando dor precordial de início súbito, com irradiação para região cervical e braço esquerdo, associada à sudorese intensa, náuseas e sensação de dormência perioral. Verificaram-se PA = 90 mmHg × 60 mmHg; FC = 118 bpm; FR = 28 irpm; e SPO₂ = 95%. A coleta de marcadores de necrose miocárdica indicou toponina I normal, CKMB normal e mioglobina três vezes superior ao valor de referência. A figura a seguir apresenta o eletrocardiograma de doze derivações do paciente, realizado na sua chegada ao pronto-socorro.



Com base no caso clínico em questão, julgue os itens seguintes.

- 109** Com base na coronária envolvida na lesão, existe grande probabilidade de evolução para bloqueio atrioventricular total devido à isquemia do nó sinusal.
- 110** Dosagens de troponina e CKMB negativas não são suficientes para descartar a lesão miocárdica, devendo-se repetir as dosagens com intervalos de cerca de seis horas.
- 111** Esse paciente deverá receber medidas essenciais de tratamento no atendimento, com impacto direto no prognóstico, como oxigenioterapia, nitrato, analgesia e terapia com antiagregantes plaquetários.
- 112** No caso clínico em questão, a parede miocárdica lateral foi afetada, com comprometimento da coronária direita em seus ramos posteriores.
- 113** Considerando o tempo de início da dor, tanto a terapia trombolítica como a reperfusão percutânea por angioplastia primária são indicadas e não há superioridade em qualquer uma das abordagens.

Uma paciente de cinquenta e cinco anos de idade, com histórico de etilismo importante com consumo médio de 1 L de destilados por dia, tabagismo (com carga tabágica de quarenta maços/ano), além de comportamento sexual de risco, relatou perda ponderal de cerca de 15 kg nos últimos três meses, hiporexia, náuseas e vômitos. Referiu ainda que no último mês percebeu que seus olhos estavam amarelos, que sua urina tinha coloração escurecida e que seu volume urinário diário vinha reduzindo progressivamente — naquele momento, estava em torno de 430 mL/dia. A paciente também relatou ter notado crescimento progressivo e rápido da barriga e negou uso de qualquer medicação. Ao ser internada no hospital, os primeiros resultados de exames mostraram TGO = 876 UI/dL; TGP = 688 UI/dL; bilirrubinas totais = 7,88, com direta = 6,5 e indireta = 3,38; creatinina = 2,8 mg/dL; ureia = 88 mg/dL; K⁺ = 4,8 mEq; Na⁺ = 128 mEq; cálcio = 6,9 mg; albumina = 1,7; TAP 26,5 com INR = 2,8; Hb = 9,8; Ht = 27,5%, leucócitos = 8.800 sem desvio; DHL = 766 UI/dL; EAS d = 1.025; pH = 6,0; bilirrubina 3+; proteínas +; glicose ausente; leucócitos 5 p/c; sorologias: anti HbsAg = 345, HBsAg negativo, Anti HbC negativo; Anti HCV negativo; Anti HIV I e II não reagente; ecografia de abdome total mostrando fígado reduzido de tamanho com nodulações e paredes irregulares, vesícula biliar sem cálculos no seu interior, com paredes normais, baço discretamente aumentado e restante dos órgãos normais, exceto pela presença de grande quantidade de líquido na cavidade abdominal. Ao exame físico a paciente mostrou estado geral regular, emagrecida, taquipeica, descorada 2+/4+, desidratada +/4+, icterícia 2+/4+, afebril, pouco desorientada no tempo e no espaço, PA = 110 mmHg × 66 mmHg; FC = 110 bpm; FR = 26 irpm; exame cardiopulmonar e torácico sem alterações, abdômen dolorido a palpação, globoso, presença de circulação colateral, ascítico com piparote positivo, ruídos hidroaéreos positivos, extremidades com pulsos presentes, edema 1+/4+ de MMII, presença de *flapping* e tremores.

Espaço livre

A respeito desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 114 Uma complicação comum nesse tipo de paciente são os quadros hemorrágicos, principalmente as hemorragias digestivas, que são de difícil controle e geralmente levam a óbito.
- 115 A persistência de um débito urinário baixo com azotemia, mesmo após otimização volêmica com 1,5 L a 2,0 L de cristaloides, configura a síndrome hepatorenal, cuja fisiopatologia consiste na alteração da perfusão renal, comum em pacientes como o do caso descrito.
- 116 A hipocalcemia e a hiponatremia devem ser rapidamente corrigidas, tomando cuidado com a reposição de sódio, que não deve ultrapassar 12 mEq no nível sérico em vinte e quatro horas, pelo risco de mielinólise pontina.
- 117 A pesquisa sorológica com Anti HCV negativo exclui que a etiologia do quadro hepático seja pelo vírus da hepatite C.
- 118 Paciente apresenta quadro cirrótico evoluindo com insuficiência hepática com classificação de Child-Pugh tipo B.

Julgue os próximos itens, relativos aos diversos quadros clínicos e etiologias das cefaleias.

- 119 A cefaleia tensional pode ser esporádica, quando dura menos de quinze dias ao mês, ou crônica, quando ultrapassa esse número, podendo durar de horas a vários dias.
- 120 A cefaleia pós-punção líquórica é produzida por uma variação brusca na pressão do liquor após uma punção lombar e pode ser prevenida mantendo-se boa hidratação e repouso em posição supina em torno de doze a vinte e quatro horas.