

Aplicação: 2015

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



GDF

Secretaria de
Estado de Saúde



Universidade de Brasília

cespe

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

OBSERVAÇÕES

Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital. É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

0(XX) 61 3448-0100
www.cespe.unb.br
sac@cespe.unb.br

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 na 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 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.

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, 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.

PROVA OBJETIVA

Um homem, com sessenta e cinco anos de idade, foi admitido na emergência hospitalar queixando-se de dificuldades para urinar havia seis meses. No atendimento, constatou-se que o paciente apresentava quadro de disúria e estrangúria, agravado nas últimas vinte e quatro horas, período em que ele não conseguiu mais urinar. No exame físico, o paciente apresentou-se com massa palpável na região do hipogástrio, dolorosa à palpação, e volume de próstata aumentado, sem nódulos ou massas. Os demais exames apresentaram os seguintes resultados: pH = 7,30; bicarbonato = 16 mEq/L; BE = -5; PaO₂: 90 mmHg; PaCO₂ = 35 mmHg; potássio sérico = 6 mEq/L; cloro sérico = 120 mEq/L.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 1 Para o tratamento desse paciente, é correto que o profissional de saúde prescreva bicarbonato de sódio via oral e aldosterona para eliminar o potássio sérico.
- 2 Hiperplasia benigna de próstata é o diagnóstico mais provável para esse paciente.
- 3 Nesse caso clínico, traumatismo e uso de medicações devem ser considerados como diagnóstico diferencial.
- 4 A inserção de cateter de alívio não deve ser feita antes que se realize uma ultrassonografia no local da massa palpável.
- 5 O quadro clínico descrito corresponde a uma manifestação de insuficiência renal crônica por obstrução urinária, que pode ser classificada como acidose metabólica hiperclorêmica e hipercalêmica.

Um paciente, de sessenta anos de idade, foi encaminhado à sala vermelha de um pronto-socorro hospitalar queixando-se de cefaleia na região occipital, turvação visual e confusão mental. No exame físico, constatou-se pressão arterial de 240 mmHg × 150 mmHg e fundo de olho com a presença de papiledema.

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

- 6 Agentes anti-hipertensivos devem ser administrados com a finalidade de normalizar a pressão sanguínea em até uma hora de tratamento.
- 7 Os valores da pressão arterial permitem constatar que a condição clínica desse paciente é de emergência hipertensiva.
- 8 Para que se descarte o diagnóstico de acidente vascular encefálico hemorrágico, o paciente deve ser submetido a tomografia computadorizada de crânio com contraste.
- 9 O fármaco indicado para tratar o quadro hipertensivo do paciente é o nitroprussiato de sódio.

Uma paciente, com dezoito anos de idade, atendida no pronto atendimento de um hospital, apresentava-se febril. Relatou estar em tratamento antimicrobiano para quadro de pneumonia comunitária havia cinco dias. No exame radiológico de tórax, constatou-se derrame pleural ocupando terço inferior do hemitórax esquerdo. Submetida a toracocentese, a paciente apresentou os seguintes resultados: cor do líquido pleural: amarelo citrino; pH = 7,3; relação entre proteína no líquido pleural e proteína sérica = 0,5; relação entre DHL do líquido pleural e DHL sérica = 0,8; DHL pleural = 1.200 UI/L; glicose = 30 mg/dL.

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

- 10 O derrame pleural constatado no exame radiológico de tórax é classificado como empiema.
- 11 Uma das medidas a serem adotadas para a eficácia do tratamento dessa paciente consiste na substituição do esquema antimicrobiano ao qual a paciente vem sendo submetida.
- 12 Provavelmente, o derrame pleural dessa paciente decorreu do quadro de pneumonia.

Um paciente, de cinquenta anos de idade, procurou atendimento médico em ambulatório hospitalar queixando-se de dor e edema no hálux do pé esquerdo havia três dias. O exame físico evidenciou, além da dor e do edema, calor e eritema na articulação dessa região.

Com referência a esse caso clínico, julgue os seguintes itens.

- 13 Tomografia computadorizada ou de ressonância nuclear magnética da articulação comprometida é o exame indicado para um diagnóstico inequívoco no caso clínico em questão.
- 14 No caso descrito, o diagnóstico diferencial deve ser feito entre doenças infecciosas, artrite induzida por depósitos de cristais e lesões traumáticas.
- 15 A artrite gonocócica é a causa infecciosa mais provável para o quadro clínico descrito.

Uma paciente, de quarenta e cinco anos de idade, durante atendimento em um hospital, relatou fadiga e escurecimento da pele nos últimos três meses. Relatou, ainda, que não fazia uso de tratamentos prévios. No exame físico, constatou-se redução da pressão arterial quando a paciente assumia a posição ortostática. Os exames laboratoriais mostraram os seguintes resultados: glicose = 50 mg/dL; sódio = 120 mEq/L; potássio = 6 mEq/L.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens subsecutivos.

- 16 No caso clínico descrito, o teste de supressão com ACTH para o diagnóstico é padrão ouro comumente aplicado para a avaliação da função da glândula suprarrenal.
- 17 O tratamento inicial a ser proposto para a referida paciente deve incluir a prescrição de soro glicofisiológico e de glicocorticoides.
- 18 A causa mais comum da doença descrita é decorrente de infecção pelo vírus HIV.
- 19 Os valores referentes aos sais inorgânicos nos resultados dos exames laboratoriais da paciente em questão indicam distúrbio eletrolítico como consequência de deficiência do nível sérico de aldosterona.

Um paciente, de cinquenta anos de idade, que apresentava epigastria e melena havia duas horas, foi admitido na emergência de um hospital. O paciente estava lúcido e com orientação espaço-temporal. O exame físico evidenciou palidez cutânea mucosa, pressão arterial de 90 mmHg × 70 mmHg e frequência cardíaca de 110 bpm.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 20 Para o tratamento desse paciente, deve-se prescrever um inibidor de bomba de prótons, com vistas a reduzir a taxa de sangramento.
- 21 O tratamento inicial para o referido paciente deve incluir instalação de acesso venoso em via de grande calibre para receber infusão de fase rápida de soro fisiológico.
- 22 O exame de endoscopia digestiva alta deve ser postergado em virtude de o paciente apresentar-se lúcido e não se observar hematêmese.
- 23 Caso os níveis de hemoglobina do paciente estejam abaixo de 7 mg/dL, deve-se administrar plasma fresco congelado.

Um paciente, de setenta anos de idade, apresentando escarros hemoptóicos havia cinco dias, foi atendido no serviço médico ambulatorial. O paciente relatou ser fumante de quarenta maços/ano. No exame físico, constatou-se baqueteamento de dedos. Os demais segmentos do corpo estavam sem alterações.

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

- 24 Como primeira medida, deve-se solicitar que o paciente seja submetido a radiografia de tórax.
- 25 O baqueteamento digital em fumantes é visto com mais frequência em pacientes com o diagnóstico de DPOC.

Uma paciente, com quarenta e dois anos de idade, procurou a emergência de um hospital queixando-se de dor por toda a região superior do abdome. A paciente relatou que a dor irradiava-se para o dorso e estava associada a náuseas e vômitos, iniciados havia vinte e quatro horas. Informou que fez uso de dipirona e hioscina, sem sucesso. O resultado do exame físico mostrou dor à descompressão em quadrante superior direito. Os resultados dos exames laboratoriais mostraram amilase de 1.500 UI/L e leucocitose com diferencial de células normal.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens seguintes.

- 26 As causas mais comuns para a enfermidade dessa paciente são cálculos biliares, consumo de bebidas alcoólicas e hipertrigliceridemia.
- 27 O nível de amilase é sinal de gravidade da doença.
- 28 Tomografia computadorizada para o abdome da paciente em questão é de grande eficácia nesse caso.
- 29 O tratamento inicial da paciente deve incluir prescrição de dieta zero, analgesia e administração de fluidos intravenosos.

Um paciente, de quatorze anos de idade, procurou a unidade básica de saúde com história de tosse com eliminação de secreção esverdeada associada a febre vespertina e sudorese noturna havia três meses. No exame físico, não foram constatadas alterações. A radiografia de tórax mostrou atelectasia de lobo superior direito com infiltrado e lesões cavitárias.

A respeito desse caso clínico, julgue os seguintes itens.

- 30 O paciente em questão deve ser encaminhado para internação hospitalar em regime de isolamento até que se consiga estabelecer um diagnóstico definitivo.
- 31 Lesões cavitárias pulmonares implicam grande probabilidade de se detectar rápido crescimento bacilar.
- 32 Rifampicina, isoniazida e estreptomicina são os tuberculostáticos de melhor ação em lesões cavitárias pulmonares.

Uma paciente, com setenta anos de idade, foi admitida em um serviço de saúde ambulatorial, apresentando progressiva perda de memória associada a estado de confusão mental havia um ano, segundo informações de familiares. No exame físico, constatou-se que a paciente encontrava-se desorientada no espaço-tempo. O restante do exame físico mostrou-se normal.

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

- 33 Nesse caso clínico, complicações tratáveis e reversíveis devem ser investigadas, sendo as mais comuns a hipoglicemia e a hipercalcemia.
- 34 O teste conhecido como minimal mental permite distinguir as várias formas de demência.
- 35 O diagnóstico diferencial deve ser feito entre doença de Alzheimer, depressão e doença cerebrovascular com múltiplos infartos cerebrais.

Um paciente, com trinta anos de idade, foi internado na emergência de um hospital com histórico, havia duas semanas, de febre de 39 °C associada a calafrios. O exame físico evidenciou sopro holossistólico em foco mitral que irradiava para a região axilar esquerda e esplenomegalia. O hemograma mostrou leucocitose com 10% de bastões.

Com referência a esse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 36 O sopro cardíaco detectado no paciente indica insuficiência mitral.
- 37 A ecocardiografia transtorácica deve ser o método de escolha para o diagnóstico da enfermidade.
- 38 Nesse caso, o tratamento antimicrobiano deve ser instituído imediatamente.
- 39 O tratamento antimicrobiano da enfermidade deve ser mantido por dez dias caso o paciente permaneça clinicamente estável nas primeiras setenta e duas horas de internação.

A mãe de um rapaz de dezoito anos de idade procurou uma unidade básica de saúde para solicitar a troca da receita, cuja validade havia expirado, prescrita para tratamento de asma do filho.

Acerca desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 40 O médico deverá atender à solicitação, bastando registrar no prontuário do paciente a troca da receita.
- 41 O médico que prescrever o tratamento passará a ser responsável pelo procedimento que indicou, mesmo que outro colega seja o assistente do paciente.

Considerando a Nota Técnica n.º 1/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que trata das medidas de prevenção e controle de infecções por enterobactérias multirresistentes, julgue os itens a seguir.

- 42 No que se refere aos mecanismos de resistência aos carbapenêmicos, a produção de carbapenemases, seja pela sua eficiência hidrolítica, pela sua codificação por genes (plasmídios e transposons) ou pela sua rápida disseminação, tem impacto significativo na espécie humana.
- 43 As carbapenemases são enzimas que atuam exclusivamente hidrolisando antibióticos carbapenêmicos.
- 44 Metalobetalactamases, OXA-carbapenemases e carbapenemases do tipo KPC são as três grandes classes de carbapenemases que podem ser encontradas em enterobactérias.
- 45 A terapêutica para infecções ocasionadas por enterobactérias multirresistentes pode ser realizada com base na utilização de polimixina B ou E (colistina) associada a aminoglicosídeo ou tigeciclina.

No que diz respeito à infecção pelo vírus Ebola, julgue os itens que se seguem.

- 46 Os fatores de risco para o óbito de pessoas contaminadas pelo vírus Ebola incluem idade avançada do paciente bem como sinais e sintomas que se manifestam por meio de diarreia, confusão mental, desorientação e coma, além de sintomas hemorrágicos.
- 47 O paciente com suspeita de infecção ocasionada pelo vírus Ebola deve ser mantido em precaução padrão de contato e de gotículas.
- 48 O médico que atuar no cuidado assistencial dos pacientes com suspeita de infecção pelo vírus Ebola sempre deve utilizar máscara de proteção respiratória com eficácia mínima na filtração de 95%.
- 49 A infecção pelo vírus Ebola manifesta-se, nas fases iniciais, por meio de sintomatologia inespecífica, como febre, astenia e mialgia, e, nas fases posteriores, por meio de uma grave síndrome de doença gastrointestinal, caracterizada pela presença de vômitos e de diarreia. Nessa fase da infecção, a depleção de volume e as desordens metabólicas podem contribuir para a ocorrência de choque hipovolêmico.
- 50 A terapêutica medicamentosa direcionada ao tratamento da infecção pelo vírus Ebola e à redução da mortalidade das pessoas infectadas ainda não foi liberada para uso no Brasil pela ANVISA.

Com relação à medicina com base em evidência, julgue os itens subsecutivos.

- 51 Os objetivos dos estudos clínicos de não inferioridade incluem reduzir custos e melhorar a via de administração de medicamentos.
- 52 O objetivo dos estudos clínicos de superioridade é comparar a intervenção considerada padrão ouro com uma nova terapêutica. Nesse processo, caso a nova terapêutica apresente melhores resultados, ela deve se tornar o padrão ouro.
- 53 De acordo com o conceito de equipose, os sujeitos que compõem os grupos de pesquisa clínica — intervenção e controle — devem receber intervenções semelhantes para a sua situação de saúde. O referido conceito impede que o novo tratamento seja comparado a placebo, exceto se não existir tratamento estabelecido para a doença estudada.
- 54 A validade externa de um estudo clínico randomizado é o que permite extrapolar os resultados de um estudo para determinada realidade clínica.

Com relação à sepse, julgue os itens a seguir.

- 55 A expansão volêmica na sepse deve ser realizada com soluções balanceadas a fim de se prevenir acidose metabólica hiperclorêmica.
- 56 A síndrome da resposta inflamatória sistêmica ocorre exclusivamente na sepse.
- 57 A sepse grave é caracterizada pela associação da sepse a disfunção orgânica, hipotensão e hipoperfusão tecidual.
- 58 Entre os tipos de choque, o choque séptico classifica-se como um choque distributivo, obstrutivo e hipovolêmico.
- 59 Na fisiopatologia da sepse, ocorre um desequilíbrio entre as respostas pró-inflamatórias e anti-inflamatórias, o que envolve ativação leucocitária do sistema complemento e de fatores da coagulação.
- 60 A acidemia na sepse se desenvolve por acidose metabólica com ânion *gap* aumentado, independentemente da causa infecciosa.

Acerca da insuficiência cardíaca, julgue os itens subsecutivos.

- 61 A dieta oral hipossódica e a restrição hídrica são recomendadas para todos os pacientes com insuficiência cardíaca descompensada.
- 62 Em casos de insuficiência cardíaca diastólica, a conduta médica adequada consiste em tratar os fatores predisponentes ao quadro de insuficiência cardíaca, além de indicar beta bloqueador, espirolactona e inibidor da enzima conversora de angiotensina.
- 63 A hiponatremia hipervolêmica é a principal causa de hiponatremia em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. Nesses casos, a fisiopatologia envolve os barorreceptores, a volemia efetiva e o hormônio antidiurético.

Um paciente de vinte e nove anos de idade foi internado na emergência de um hospital por apresentar aumento do volume abdominal. O paciente relatou que estava obstipado, havia cinco dias, bem como informou que, havia dezessete anos, vinha ingerindo um litro de bebida destilada todos os dias. O exame físico revelou pressão arterial de 90 mmHg × 60 mmHg; pulso de 89 bpm; aparelho digestório com abdome ascítico e sinal de piparote positivo; pulmões com murmúrio vesicular fisiológico e sem ruídos adventícios; aparelho cardiovascular com bulhas rítmicas e normofonéticas; sistema nervoso com nuca livre; pupilas isocóricas e fotorreagentes; inversão do ciclo sono-vigília; pele com presença de aranhas vasculares; circulação colateral em abdome e tórax; mucosas hipocoradas (+1/+4) e esclera icterica (+2/+4). A avaliação laboratorial apresentou os seguintes resultados: TGO = 190,0 U/mL (VR:4-36); TGP = 98 U/mL (VR:4-32); gama glutamil transferase = 458 U/L (VR:12-54); TAP = 35% (INR: 4,32); albumina = 2,0 g/dL (VR: 4-5,3); hemograma com hemoglobina = 9,0 g/dL; contagem de leucócitos = 6.000/mm³; e contagem de plaquetas = 95.000/mm³.

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

- 64 É necessário iniciar terapêutica para estimular o paciente a evacuar de duas a três vezes por dia a fim de minimizar o risco de encefalopatia hepática.
- 65 O paciente não apresenta risco de desenvolver injúria renal aguda.
- 66 O paciente precisa ser submetido à profilaxia para peritonite bacteriana espontânea.
- 67 Não é necessária a realização de endoscopia digestiva alta.
- 68 A pesquisa sorológica para vírus C, B e HIV é dispensável, já que a etiologia alcoólica é evidente.
- 69 A hipótese diagnóstica de encefalopatia hepática está descartada.
- 70 A paracentese tem valor diagnóstico e terapêutico.

Um homem de vinte e quatro anos de idade procurou atendimento médico queixando-se de mialgia intensa nos membros inferiores, nos membros superiores e no tórax, iniciada havia um dia. O paciente relatou que a urina estava com a cor castanho avermelhada e negou comorbidades prévias. Ele apresentou história de sedentarismo, mas afirmou ter iniciado a prática de atividade física dois dias antes do início dos sintomas, tendo, no primeiro dia de prática de atividade física, se exercitado durante sessenta minutos e, no segundo dia, se exercitado durante cento e vinte minutos. Os exames clínicos revelaram que o paciente, com índice de massa corporal de 27,5, se apresentava REG, hidratado, hipocorado (+1/+4), com perfusão periférica regular, febril, com empastamento de membros superiores, inferiores e tronco. A avaliação osteomuscular indicou impossibilidade total de flexão dos membros superiores, dos membros inferiores e do tronco. O exame físico segmentar não apresentou alteração. Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados: creatinina = 1,4 mg/dL (VR: 0,5-1,2); ureia = 69 mg/dL (VR: 15-50); hemoglobina = 12,2 g/dL; contagem de leucócitos = 6.500/mm³; contagem de plaquetas = 210.000/mm³; CPK = 56.985 U/L (VR: 26-190); TGO = 950 U/L (VR: até 42); e TGP = 249 U/L (VR: até 43).

Considerando esse caso clínico, julgue os itens de 71 a 78.

- 71 Arritmia maligna não é uma possível complicação para o caso em consideração.
- 72 O paciente apresenta-se em urgência dialítica.

- 73 O paciente apresenta um modelo fisiopatológico de lesão renal aguda que acomete os rins de forma pré-renal, renal intrínseca e pós-renal.
- 74 Para a resolução do caso, recomenda-se optar pela alcalinização da urina, tratamento mais eficiente que a hidratação.
- 75 O tratamento indicado deve ser realizado com base na monitorização cardíaca, na hidratação e na administração de gluconato de cálcio e de diurético de alça.
- 76 Convulsões, trombozes, hipertemia e manobras de ressuscitação cardiopulmonar são fatores predisponentes para a doença apresentada pelo paciente.
- 77 O paciente deve ser submetido a expansão volêmica com coloide, principalmente devido ao risco de acidose metabólica hiperclorêmica associado aos cristaloides.
- 78 Nesse caso, o CPK atingirá o seu pico entre vinte e quatro e trinta e seis horas de injúria e, ainda que haja melhora do quadro, a creatinina permanecerá elevada até que os túbulos renais se regenerem.

Julgue os itens a seguir, relativos à neutropenia febril.

- 79 A neutropenia pode ser caracterizada pela contagem de neutrófilos inferior a 500/mm³ ou entre 500/mm³ e 1.000/mm³, com tendência a queda.
- 80 Em pacientes que apresentam alto risco de neutropenia febril, o antibiótico empírico de escolha deve ser o carbapenêmico.
- 81 A utilização de vancomicina justifica-se em situações de instabilidade hemodinâmica, mucosite grave, infecção relacionada a cateter, profilaxia antibiótica com quinolona, colonização prévia por agente meticilina resistente e cultura com crescimento de agente gram-positivo.
- 82 A febre é caracterizada pela temperatura oral superior a 38,3 °C, ou temperatura axilar superior a 37,8 °C, além de persistência de temperatura entre 38 °C e 38,3 °C por mais de uma hora.

Com relação à rinite alérgica, julgue os itens que se seguem.

- 83 Obstrução e prurido nasais, coriza, respiração bucal, roncos, cefaleia e tosse predominantemente noturna são sintomas comuns nas crises de rinite alérgica, que podem vir acompanhados de linhas de Dennie-Morgan.
- 84 Para o tratamento farmacológico da rinite alérgica é indicado o uso dos agentes adrenérgicos, que, entretanto, se forem empregados de forma prolongada — acima de cinco dias —, podem desencadear rinite medicamentosa.
- 85 O mecanismo fisiopatológico da rinite alérgica consiste na interação de diversos tipos de alérgenos com imunoglobulinas do tipo A específicas existentes na superfície dos mastócitos nasais, e da consequente liberação de mediadores, como a histamina.
- 86 O uso de bloqueadores dos receptores histamínicos, como o cromoglicato dissódico de uso tópico, tem produzido bons resultados como profilaxia medicamentosa da rinite alérgica.

Acerca do exame simples de urina, comumente identificado pela sigla EAS (elementos anormais e sedimentos), julgue os itens a seguir.

- 87 Leucocitúria em níveis elevados constitui evidência inequívoca de infecção do trato urinário, principalmente se estiver associada com hematúria. Nesse caso, em mulheres, estará indicada a antibioticoterapia.
- 88 O quadro de disúria, polaciúria e urgência miccional, associado à identificação de piúria no EAS, indica infecção do trato urinário. Nesse caso, pH urinário alcalino (> 8,0) será sugestivo de que o agente etiológico seja a bactéria *Proteus sp.*
- 89 Uma amostra de urina que apresente coloração rósea, vermelho vivo ou castanho corresponde, necessariamente, a um quadro de hematúria, sendo possível, a partir da análise do dismorfismo eritrocitário, determinar se a causa do sangramento é renal ou extrarrenal.
- 90 Uma perda de proteínas na diurese de até 150 mg em 24 h é considerada normal, uma vez que um terço dessa perda é de origem plasmática e o restante de derivados de secreções renais como a mucoproteína de Tamm-Horsfall.

variável mensurada	paciente		
	A	B	C
PVC	diminuída	normal	aumentada
frequência cardíaca	aumentada	aumentada	aumentada
saturação venosa mista (SvO ₂)	diminuída	diminuída	diminuída
lactato	aumentado	aumentado	aumentado
resistência vascular sistêmica	aumentada	diminuída	aumentada
índice cardíaco	aumentada	normal	diminuída
consumo de oxigênio (DO ₂)	diminuído	aumentado	aumentado
pressão arterial média	diminuída	diminuída	diminuída

Considerando as informações da tabela acima, que apresenta o resultado dos parâmetros medidos dos pacientes A, B e C, internados em estado crítico em uma unidade de terapia intensiva (UTI) com monitorização hemodinâmica invasiva, julgue os itens subsequentes.

- 91 Para os pacientes A e C, o tratamento inicial com dobutamina traria, devido ao efeito inotrópico positivo, melhora hemodinâmica importante.
- 92 O paciente B deve receber antibioticoterapia, que, se for iniciada precocemente, favorecerá um prognóstico positivo.
- 93 A despeito dos parâmetros de monitorização hemodinâmica apresentados, uma infecção pode ter sido o evento desencadeante do quadro apresentado pelo paciente C.
- 94 Dos três pacientes, o paciente A é o que mais se beneficiaria com reposição volêmica vigorosa.

Um homem com quarenta e três anos de idade, sem histórico de diabetes melito ou hipertensão arterial sistêmica, relatou que, há cerca de quinze dias, começou a apresentar edemas nos membros inferiores, bilaterais, simétricos, indolores, predominantemente no período vespertino, associados a urina espumosa, sem outras alterações. Ele deu entrada no pronto-socorro havia duas horas com quadro de dispneia de início súbito, associado a dor torácica ventilatório-dependente e sudorese. Os sinais vitais, na admissão, mostraram pressão arterial (PA) = 85 mmHg × 55 mmHg, FC = 128 bpm, FR = 30 irpm, saturação periférica de 85%, com melhora após oxigenoterapia. Ausculta cardíaca com hiperfonese de B2, com ritmo regular e ausculta pulmonar com crepitações nas bases. O paciente encontra-se consciente, orientado, com palidez cutânea, fala entrecortada, sem turgência de jugular e muito ansioso, relatando medo de morrer. A gasometria arterial com O₂ sob máscara de Venturi a 30% mostrou pH = 7,48; pO₂ = 61 mmHg; pCO₂ = 28 mmHg; bicarbonato = 21 mEq; BE = -3. O paciente apresentou hemograma completo com resultados dentro da normalidade. Os exames bioquímicos revelaram: creatinina = 1,4 mg/dL, ureia = 65 mg/dL, glicemia = 145 mg/dL, urinálise do tipo I com densidade de 1.030, proteínas 4+, hemácias 1+, cilindros granulosos 1+. Após ser submetido a angiogramografia, o paciente foi encaminhado a UTI, mantendo-se estável clinicamente.

Com base no caso clínico acima, e nos temas relacionados a ele, julgue os itens seguintes.

- 95 No quadro clínico em questão, se a angiogramografia confirmar o quadro de tromboembolismo pulmonar, o paciente deverá ser medicado com trombolíticos devido ao alto risco de piora hemodinâmica.
- 96 O paciente deverá ser tratado com anticoagulantes, inicialmente com heparina, e posteriormente com anticoagulantes orais, como os cumarínicos, que devem ser iniciados, pelo menos, vinte e quatro horas após o início da administração de heparina.
- 97 O histórico do paciente, associado aos achados na urinálise, corrobora o diagnóstico de síndrome nefrótica, que deverá ser confirmada por biópsia renal, após estabilização clínica inicial do quadro.
- 98 Com base no escore de Wells, a probabilidade de embolia pulmonar para o paciente em questão é de 20,5%.
- 99 A perda urinária de antitrombina III pode fazer parte dos eventos desencadeantes do quadro em apreço.

Uma paciente de dezesseis anos de idade, previamente hígida, após coitarca, começou a apresentar disúria, polaciúria, urina de odor fétido, além de temperatura de 38 °C. Após vinte e quatro horas do início dos sintomas urinários, começou a apresentar náuseas, vômitos, além de alteração do nível de consciência. Admitida no pronto atendimento, apresentava-se letárgica, sonolenta, taquipneica, desidratada e com hálito cetônico. Apresentou FC = 120 bpm, PA = 132 mmHg × 88 mmHg, FR = 33 irpm, estando afebril no momento do exame. A paciente apresentou exames cardiovascular e pulmonar normais, abdome flácido, dolorido à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal, Giordano negativo, ruídos hidroaéreos presentes, membros inferiores com pulsos palpáveis, sem edemas ou sinais de trombose. O hemograma completo revelou os seguintes resultados: hemoglobina = 13,4 g/L, hematócrito = 41%, leucócitos = 23.000 sem desvio e plaquetas = 234.000. Os exames bioquímicos revelaram os seguintes resultados: amilase = 280 mg/dL e glicemia de 870 mg/dL. A urinálise apresentou d = 1.025, cetonas = 3+, glicose = 3+, proteínas ausentes, leucócitos = 30.000 p/campo, flora bacteriana = 3+, e nitrito positivo. A jovem foi submetida a gasometria arterial que apresentou: pH = 7,01; pO₂ = 98 mmHg; pCO₂ = 24 mmHg; bicarbonato = 4 mEq; BE = -18 e bioquímica: K⁺ = 5,8 mEq/L; Cl⁻ = 107 mEq/L; Na⁺ = 133 mEq/L; P = 0,9 mEq/L.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 100** O distúrbio acidobásico no caso em tela consiste em uma acidose metabólica com ânion GAP normal.
- 101** A insulinopenia tem influência na fisiopatologia da desidratação, uma vez que reduz a reabsorção de sal e água nos túbulos distal e proximal dos néfrons, além de contribuir na fisiopatologia da hipofosfatemia devido à redução de fosfato no segmento S1 do túbulo proximal.
- 102** Insuficiência respiratória e insuficiência cardíaca, associadas a coma e crises convulsivas, podem fazer parte do quadro da paciente em tela devido à hipofosfatemia grave.

Um homem de quarenta e quatro anos de idade, portador de transtorno afetivo bipolar grave, sob tratamento com carbonato de lítio e com bom controle psiquiátrico, declarou não se adaptar à redução da dose desse medicamento, apresentando histórico de recidivas. O paciente revelou, ainda, que não possui outras comorbidades e que seu pai possui hipertensão arterial. Ele relatou, também, que, há cerca de dez dias, apresenta nictúria, urinando cerca de oito vezes por noite, e tem sede intensa, com ingesta de mais de 5 L de água em vinte e quatro horas. O paciente informou que sua urina estava clara e que o volume diário desta era superior a 6 L. Os controles laboratoriais mostraram: Na⁺ = 149 mEq/L, K⁺ = 3,8 mEq/L, glicemia de jejum = 89 mg/dL, Ca⁺⁺ = 9,7 mEq/L, Mg⁺⁺ = 2,2 mEq/L, osmolaridade sérica = 345 mOsm/Kg. Exame simples de urina apresentou d = 1.001, limpidez, com osmolaridade de 257 mOsm/Kg, sem outras alterações. Gasometria arterial com pH = 7,32; Bic = 20,4 mEq; pO₂ = 85 mmHg; pCO₂ = 36 mmHg e lactato sérico = 2,5.

A partir desse caso clínico, julgue os itens de **103** a **106**.

- 103** O nível sérico do hormônio antidiurético desse paciente deve estar normal ou aumentado.

- 104** Trata-se de um caso de diabetes insípida de origem central, provavelmente causada pelo uso de carbonato de lítio. A confirmação desse diagnóstico deve ser feita por teste de restrição hídrica e administração de vasopressina, acompanhado de aumento significativo da osmolaridade urinária.
- 105** O tratamento desse caso consiste no uso de diuréticos tiazídicos como hidroclorotiazida, podendo-se associá-los com amilorida.
- 106** O mecanismo fisiopatológico em questão envolve a redução da expressão de aquaporinas do tipo 2 na medula renal.

Jovem com vinte anos de idade, do sexo masculino, vítima de capotamento ocorrido há cerca de quatro horas, foi socorrido pelo corpo de bombeiros conforme as normas do suporte básico de vida. No momento do acidente, o jovem não usava cinto de segurança e não havia indício de uso de álcool ou drogas. O rapaz ingressou no pronto atendimento com acessos calibrosos nos membros superiores, sob infusão de cristaloides e imobilizado com colar cervical sob prancha rígida. No exame físico, constataram-se escoriações em membros superiores e inferiores, sem sinais evidentes de fraturas, além de lesão cortocontusa na região frontal, com hematoma periorbitário bilateral, sem outras lesões na face. Na avaliação neurológica, o jovem emitia sons incompreensíveis e, em resposta a estímulos dolorosos, abria os olhos e levantava os braços em movimentos descoordenados. O paciente estava com PA = 130 mmHg × 80 mmHg, FC = 98 bpm, FR = 28 irpm, corado, hidratado, sem sinais de hemorragias. O exame ectoscópico do paciente não mostrou qualquer anormalidade no tórax e no abdome.

Considerando esse quadro clínico, julgue os itens subsequentes.

- 107** Para o referido paciente, existe indicação de intubação orotraqueal e, caso a tomografia de crânio mostre alterações como hematoma, edema ou contusão, também estará indicada a monitorização invasiva da pressão intracraniana.
- 108** No caso clínico em tela, são recomendadas medidas como controle hidroeletrólítico adequado, controle glicêmico, analgesia e sedação controladas, além do uso de corticosteroides para redução do edema cerebral.
- 109** Caso esse paciente apresente hiponatremia, com consequente queda da osmolaridade sérica, associada a hipernatriúria com hiperosmolaridade urinária, além de redução da água corporal total, o diagnóstico provável será de síndrome perdedora de sal, e o tratamento indicado incluirá reposição volêmica guiada por metas e uso de mineralocorticoides como a fludrocortisona.
- 110** Após estudo radiológico que garanta integridade da coluna vertebral e descarte da hipótese de fraturas nos membros e na pelve, o sistema de imobilização poderá ser removido com segurança.
- 111** Trata-se de um caso de politrauma, com traumatismo craniano classificado como moderado.

Um homem com quarenta e oito anos de idade, que desconhece ser diabético, é tabagista, com carga tabágica de 40 maços/ano, e hipertenso com baixa adesão ao tratamento, deu entrada no pronto atendimento. O paciente relatou que sentiu, havia cerca de uma hora, dor torácica de início súbito, de forte intensidade (9 pontos na escala numérica da dor), que se iniciou em uma região esternal, irradiando até o apêndice xifoide. Relatou ainda rouquidão aguda, associada a palidez cutânea e sudorese profusa. No exame físico, o paciente apresentou PA = 190 mmHg × 110 mmHg no braço esquerdo, 150 mmHg × 100 mmHg no braço direito e 140 mmHg × 80 mmHg no membro inferior esquerdo; FC = 125 bpm; ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular, sopro diastólico +/4+ em foco aórtico e aórtico acessório. O exame pulmonar do paciente mostrou murmúrio abolido na base esquerda, com macicez à percussão ipsilateral, com crepitações na base direita. Avaliações clínicas constataram ECG de 12 derivações com ritmo sinusal e supradesnivelamento de 3 mm em DII, DIII e aVF e infradesnivelamento de 2 mm em aVL, CKMB duas vezes acima do valor de referência, sendo o restante das derivações com valores dentro da normalidade, inclusive V7 e V8 e troponina I, que apresentaram resultados normais.

Acerca desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 112 Trata-se de um caso de síndrome coronariana aguda com comprometimento da parede miocárdica inferior e com oclusão da artéria coronária circunflexa.
- 113 Na indisponibilidade de um serviço de hemodinâmica em tempo hábil, a angioplastia primária está indicada para a trombólise, sendo o tenecteplase a trombolítico o procedimento de escolha.
- 114 De acordo com a propedêutica para o caso, existe forte indicação para a realização de uma angiotomografia de tórax e abdome total, visto que esse exame auxiliará na definição da conduta cirúrgica de urgência.

Um homem com vinte e três anos de idade, hígido, relatou que há quatro dias apresenta quadro de diarreia aquosa, sem muco ou sangue, vômitos, temperatura de 38,8 °C, associado a mialgia intensa, dor retro-ocular e mal-estar geral. O paciente relatou, ainda, dois episódios de epistaxe, além de gengivorragia e exantema. No exame físico, ele apresentava-se desidratado, febril, com PA = 134 mmHg × 70 mmHg, FC = 110 bpm, avaliação cardíaca e pulmonar dentro da normalidade. O exame abdominal revelou hepatomegalia, com fígado a 3 cm do rebordo costal direito, doloroso a palpação. Detectaram-se também linfonodos cervicais da cadeia anterior palpáveis. Os exames laboratoriais mostraram Hb = 12,2 g/dL, Ht = 42%, plaquetas = 85.000/mm³, TGP = 165 mg/dL.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 115 O diagnóstico mais provável é de dengue hemorrágica, havendo indicação de internação do paciente.
- 116 O agente etiológico é um vírus da família *Flaviviridae*, com quatro sorotipos principais, tendo como vetor o macho do mosquito *Aedes aegypti*, que possui hábitos urbanos e é antropofílico.
- 117 O teste rápido para o diagnóstico do referido caso, que consiste na pesquisa de antígenos virais, possui a limitação de só proporcionar confiança na detecção depois de seis dias do início dos sintomas.

No que se refere ao tétano, julgue os itens a seguir.

- 118 O agente etiológico dessa doença é o *Clostridium tetani*, anaeróbio estrito, de forma bacilar, gram-negativo, com capacidade de esporulação em condições adversas.
- 119 Em um caso com ferimento de alto risco, se tiver havido vacinação comprovada de três doses ou mais, sendo a última a menos de cinco anos, não será necessário reforço vacinal ou soro antitetânico.
- 120 O diagnóstico dessa doença é eminentemente clínico, e dele faz parte a presença do trismo, que pode ter como diagnóstico diferencial tetania hipercalcêmica.