



RESIDÊNCIA MÉDICA - 2018

Nome do Candidato:

---

---

  
ASSINATURA

SALA:

CARTEIRA:

## MEDICINA INTENSIVA

### INSTRUÇÕES

- Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES contém 100 questões de múltipla escolha e 5 casos com questões dissertativas.
- Caso não esteja completo, informe imediatamente o fiscal da sala. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Escreva seu nome completo, sala, carteira e assine no campo indicado.
- Utilize caneta de tinta **preta**.
- Responda as questões de múltipla escolha na FOLHA OBJETIVA e os casos dissertativos no CADERNO DE RESPOSTAS, no espaço indicado.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta nem o uso de aparelhos eletrônicos.

Leia atentamente as instruções contidas no CADERNO DE RESPOSTAS

As imagens de pacientes e de exames complementares exibidos têm prévia autorização para apresentação.

"Direitos autorais reservados. Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem autorização prévia".

**Boa prova!**

19/Novembro/2017



# Prova Objetiva de Múltipla Escolha

## QUESTÃO 01.

Homem de 50 anos foi internado há três dias com quadro de primodesecompensação diabética com hiperosmolaridade. Hoje está hidratado, consciente, orientado, com eletrólitos corrigidos, recebendo insulina em bomba de infusão contínua. Recebeu nas últimas seis horas 30 U de insulina. As doses de insulina NPH e regular pré-prandiais, a serem introduzidas, serão, respectivamente:

- (A) 20, 20 e 20 de NPH e 20, 20 e 20 de regular.
- (B) 10, 10 e 10 de NPH e 10, 10 e 10 de regular.
- (C) 8, 8 e 8 de NPH e 2, 2 e 2 de regular.
- (D) 6, 6 e 6 de NPH e 4, 4 e 4 de regular.

## QUESTÃO 02.

Mulher de 73 anos, previamente hipertensa, com 70 kg (peso ideal = 55kg), internada há dois dias por pneumonia comunitária em lobo inferior direito, recebendo ceftriaxone e claritromicina, evoluiu com piora respiratória, sendo intubada na enfermaria. É trazida para a UTI sedada, PA=85x55 mmHg recebendo noradrenalina 0,3 µg/Kg/min, FC=125 bpm, sob ventilação mecânica no modo pressão controlada, com PEEP=8 cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub>=100%, delta de pressão inspiratória=20 cmH<sub>2</sub>O, FR=15 irpm e volume corrente = 480 mL. Radiografia de tórax demonstra opacificação de ambos os campos pulmonares. Gasometria arterial: pH=7,22; PaO<sub>2</sub>=142 mmHg; PaCO<sub>2</sub>=65 mmHg; Bic=18 mEq/L; SatO<sub>2</sub>=100%; BE=-3.2mEq/L. Além de ajustar a FiO<sub>2</sub> de acordo com a saturação, a conduta inicial mais adequada é:

- (A) Manobra de recrutamento alveolar e aumento da PEEP.
- (B) Posição prona e aumento da frequência respiratória.
- (C) Redução do delta de pressão inspiratória e aumento da frequência respiratória.
- (D) Redução do delta de pressão inspiratória e aumento da PEEP.

## QUESTÃO 03.

Homem de 38 anos apresenta há três meses crises de cefaleia paroxística, unilaterais, muito intensas com localização nas regiões orbitária, supraorbitária e temporal. A duração varia de 15 a 180 minutos, podendo ocorrer de oito vezes ao dia até uma vez a cada dois dias, em geral nos mesmos horários. O paciente refere concomitância ipsilateral de lacrimejamento e sudorese frontal.

O tratamento destas crises agudas deve ser preferencialmente com:

- (A) Inalação de oxigênio a 100%.
- (B) Corticoide intravenoso.
- (C) Sumatriptano.
- (D) Benzodiazepínico.

## QUESTÃO 04.

Homem de 40 anos, internado em unidade de terapia intensiva, com paraplegia devido a trauma raquimedular. Após quatro dias de internação, foi diagnosticada uma pneumonia e o paciente evoluiu com insuficiência respiratória, necessitando de intubação. Logo após intubação em sequência rápida, o paciente evoluiu com parada cardíaca.

O medicamento que representa a causa mais provável da parada cardiorrespiratória é:

- (A) Etomidato.
- (B) Propofol.
- (C) Rocurônio.
- (D) Succinilcolina.

## QUESTÃO 05.

Homem de 59 anos, internado para compensação de diabetes e hipertensão devido à má aderência ao tratamento. IMC=28 Kg/m<sup>2</sup>. Estava ativo em casa, mas na internação tem passado a maior parte do dia deitado ou sentado, lendo livros.

Em relação à profilaxia de tromboembolismo venoso, pode-se afirmar:

- (A) O paciente tem como fatores de risco diabetes, hipertensão, idade e sobrepeso devendo receber profilaxia com enoxaparina 40 mg/dia.
- (B) Se o paciente caminhar durante o dia, a profilaxia medicamentosa é desnecessária.
- (C) O paciente tem três fatores de risco devendo receber enoxaparina 20 mg/dia.
- (D) O paciente tem dois fatores de risco devendo receber anticoagulante de ação direta.

## QUESTÃO 06.

Mulher de 30 anos deseja engravidar. Refere artralgias esporádicas e aftas de repetição. Urina I de rotina mostra 80 eritrócitos/campo. O exame clínico é normal. O médico repete o exame, que confirma o achado, além de dismorfismo eritrocitário. Hemoglobina=12,5 g/dL; VCM=85 fL; leucócitos=3.500/mm<sup>3</sup> (80% de neutrófilos), plaquetas=110.000/mm<sup>3</sup>; anti-HIV negativo, sorologia para toxoplasmose e rubéola negativas, VDRL positivo (1:8), FTA-Abs negativo, e tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPA) alargado.

Há risco aumentado, durante a gestação, mais provavelmente, de:

- (A) Sangramento durante a gravidez.
- (B) Feto com tubo neural mal desenvolvido.
- (C) Abortamentos de repetição.
- (D) Alterações ósseas fetais.

## QUESTÃO 07.

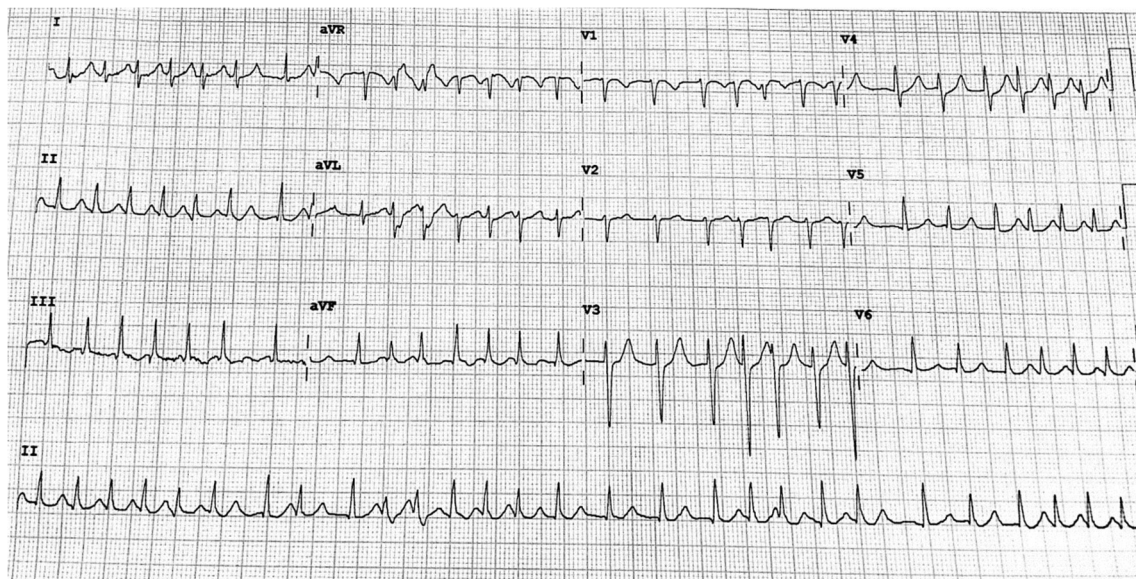
Homem de 23 anos faz teste para HIV que resultou positivo, além de VDRL em título de 1:8 e FTA-ABS positivo. Refere ter realizado esses testes há um ano, com resultados negativos. Está assintomático do ponto de vista neurológico.

A conduta em relação a coleta de líquido:

- (A) Coletar dependendo dos níveis de linfócitos T CD4.
- (B) Coletar independente de níveis de linfócitos T CD4.
- (C) Não coletar pois não tem sintomas neurológicos.
- (D) Não coletar pois a infecção é recente.

### QUESTÃO 08.

Mulher de 72 anos apresenta há duas semanas quadro de palpitações associado a dispneia aos esforços. Tem antecedentes de hipertensão e diabetes mellitus tipo 2. Ao exame físico apresenta ritmo cardíaco irregular, sem sopros, FC = 150 bpm, PA= 140 x 80 mmHg, sem outras alterações. ECG apresentado a seguir:



As condutas a serem adotadas neste momento são:

- (A) Ecocardiograma transtorácico e, se excluído trombo cavitário, proceder a cardioversão elétrica seguida de anticoagulação com varfarina.
- (B) Anticoagulação com varfarina por uma semana seguida de cardioversão elétrica.
- (C) Reversão química com amiodarona associada a anticoagulação com varfarina.
- (D) Betabloqueador para controle de frequência cardíaca e anticoagulação com varfarina.

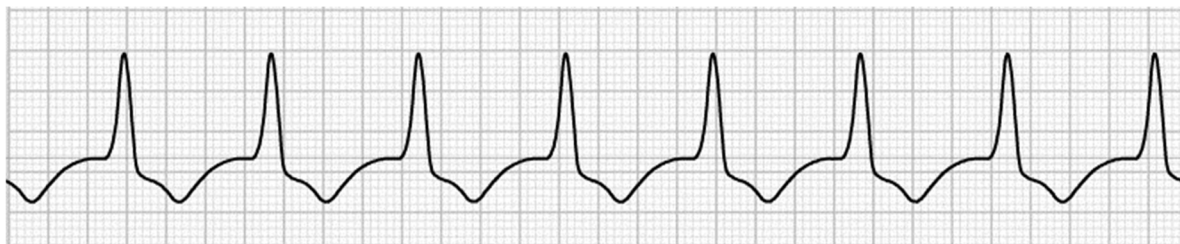
### QUESTÃO 09.

Homem, 67 anos, com antecedente de hipertensão arterial e infarto do miocárdio sem supradesnivelamento de ST há dois anos, tratado com angioplastia com *stent* convencional da artéria descendente anterior. Pratica atividade física regular (caminhada, bicicleta e musculação), cinco vezes/semana, sem limitação, sem sintomas cardiovasculares. Está em uso regular de AAS 100 mg/dia, enalapril 20 mg/dia, metoprolol 100 mg/dia e atorvastatina 40 mg/dia. Vem ao consultório para avaliação pré-operatória de herniorrafia inguinal. Apresenta PA 120x70 mmHg; FC=64 bpm e restante do exame clínico normal. Eletrocardiograma de repouso normal. Hemograma, coagulograma, função renal, eletrólitos e glicemia normais. Qual a alternativa correta em relação ao cuidado pré-operatório deste paciente?

- (A) Não solicitar exames adicionais e suspender AAS sete dias antes da cirurgia.
- (B) Não solicitar exames adicionais e manter todas as medicações.
- (C) Solicitar teste ergométrico e manter todas as medicações.
- (D) Solicitar teste ergométrico e suspender AAS e metoprolol sete dias antes da cirurgia.

### QUESTÃO 10.

Homem de 52 anos, tabagista e hipertenso (uso irregular de enalapril) vem ao pronto-socorro com queixa de dor torácica em aperto, intensa, há duas horas, com irradiação para MSE e mandíbula, associada a sudorese e náuseas. Exame clínico: FR=14 ipm; FC= 86 bpm; SatO<sub>2</sub> ar ambiente=98%; PA=130x80 mmHg. Pulmões, coração, abdômen e membros inferiores sem alterações. Eletrocardiograma diagnosticou IAM com supradesnivelamento ST em parede anterior. Foi optado por realização de trombólise com alteplase. Durante o procedimento o paciente evoluiu clinicamente estável e com alterações eletrocardiográficas no monitor, mostradas a seguir:

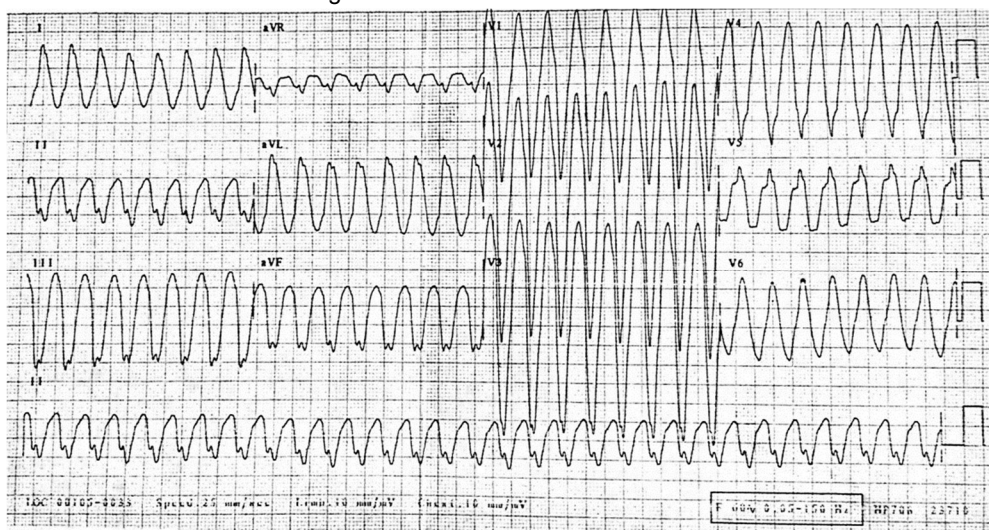


A melhor conduta nesse momento é:

- (A) Observação clínica.
- (B) Amiodarona.
- (C) Lidocaína.
- (D) Interromper trombólise.

**QUESTÃO 11.**

Mulher de 46 anos acompanhada por miocardiopatia chagásica. Enquanto está na sala de espera do ambulatório, apresenta quadro súbito de mal-estar e pré-síncope, sendo levada para a sala de emergência. Está descorada 3+/4, confusa, PA= 70 x 50 mmHg, FC= 180 bpm, cianose de extremidades. ECG a seguir:



A conduta imediata mais adequada para este caso é:

- (A) Cardioversão elétrica não sincronizada.
- (B) Amiodarona 150 mg EV.
- (C) Lidocaína 0,5 mg/kg EV.
- (D) Cardioversão elétrica sincronizada.

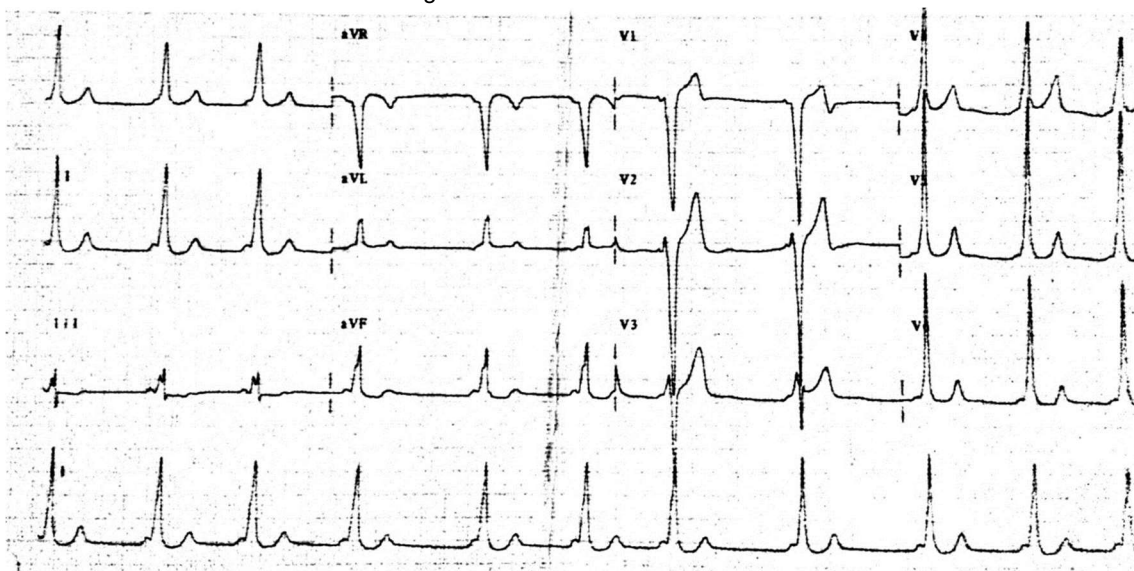
**QUESTÃO 12.**

Com relação ao uso de ventilação não-invasiva em pacientes com edema agudo de pulmão, assinale a alternativa correta:

- (A) Está indicado usar dois níveis de pressão (IPAP e EPAP) para melhora da ventilação e recrutamento de alvéolos.
- (B) Está indicado usar dois níveis de pressão (IPAP e EPAP) para descanso da musculatura respiratória e melhora da ventilação.
- (C) Está indicado usar CPAP para melhora da hipoxemia e da hemodinâmica.
- (D) Está indicado usar CPAP para descanso da musculatura respiratória e melhora da ventilação.

**QUESTÃO 13.**

Homem de 26 anos refere episódios recorrentes de síncope há um mês, precedidos de palpitações. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Exame físico normal. ECG a seguir:



Em relação ao tratamento a ser proposto para este paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Ablação por radiofrequência.
- (B) Marcapasso cardíaco atrioventricular.
- (C) Cardiofibrilador implantável.
- (D) Bloqueador de canal de cálcio não di-hidropiridínico.

**ATENÇÃO:** O caso seguinte se refere às questões 14 e 15:

Mulher de 36 anos, previamente hígida, vem ao pronto-socorro com queixa de três dias de redução de força em membros inferiores. Está sem deambular há um dia e refere que hoje não consegue levantar os membros superiores acima da altura dos ombros. Nega febre ou outros antecedentes no período. Ao exame: T=36,2°C; FC=110 bpm; FR=32 irpm; PA=150x90mmHg. Lúcida, orientada, força muscular grau I em membros inferiores, grau III proximal e grau II distal em membros superiores, hiporreflexia global. Conta números sem parar apenas até 15. Exames laboratoriais sem alterações. Gasometria arterial: pH=7,38; pO<sub>2</sub>=58 mmHg; pCO<sub>2</sub>=38 mmHg; bicarbonato=24 mEq/L; SatO<sub>2</sub> ar ambiente= 88%. Líquor lombar: 1 célula/mm<sup>3</sup>; 0 hemácias/mm<sup>3</sup>; proteinorraquia=42 mg/dL; glicorraquia= 52 mg/dL.

#### QUESTÃO 14.

A conduta mais apropriada do ponto de vista respiratório é:

- (A) Ventilação mecânica não-invasiva.
- (B) Intubação orotraqueal e ventilação mecânica.
- (C) Cânula nasal de alto fluxo.
- (D) Oxigenioterapia suplementar.

#### QUESTÃO 15.

O tratamento recomendado para a causa de base é:

- (A) Pulsoterapia com metilprednisolona.
- (B) Pulsoterapia com ciclofosfamida.
- (C) Prednisona 1mg/Kg e piridostigmina.
- (D) Imunoglobulina humana.

#### QUESTÃO 16.

Mulher de 57 anos, assintomática, vem ao consultório para consulta de rotina. Tem diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 há cinco anos sem uso de medicações no momento e relata histórico familiar de doença coronariana (dois irmãos, aos 45 e 48 anos, ambos submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio). Exame clínico: PA=140 x 80 mmHg, FC=64 bpm, IMC=31,2 kg/m<sup>2</sup>, restante sem alterações. Exames laboratoriais: Colesterol total=204 mg/dL; LDL= 122 mg/dL, HDL=38 mg/dL, Triglicérides=216 mg/dL, Glicemia de jejum=152 mg/dL; hemoglobina (Hb) A1c=7,6 %; PCR ultrasensível=4,1 mg/L; creatinina=0,8 mg/dL, hemograma, transaminases, CPK, função tireoidiana e urina tipo 1 normais. Para reduzir morbidade e mortalidade cardiovascular nesta paciente devemos adotar:

- (A) Estatina + fibrato; manter PAS < 150 mmHg e PAD < 90 mmHg e HbA1c < 7,0 %.
- (B) Fibrato; manter PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg e HbA1c < 6,0 %.
- (C) Estatina; manter PAS < 130 mmHg e PAD < 80 mmHg e HbA1c < 7,0 %.
- (D) Estatina + fibrato; manter PAS < 130 mmHg e PAD < 80 mmHg e HbA1c < 6,0 %.

#### QUESTÃO 17.

Mulher de 29 anos refere quadro de ganho de peso (15 kg em dois anos), fadiga, dispneia aos médios esforços, depressão e hipertensão arterial de difícil controle. Nega uso exógeno de corticoide. Ao exame clínico: Peso=91 Kg (IMC 34,7 kg/m<sup>2</sup>), PA=160x100 mmHg, obesidade centrípeta, plethora facial, fraqueza muscular proximal, equimoses e estrias violáceas em flancos. A investigação mais apropriada para o diagnóstico síndrome do quadro clínico apresentado é:

- (A) Teste de supressão com 1 mg de dexametasona, Cortisol urinário de 24h e cortisol salivar à meia-noite.
- (B) Determinação do ACTH, teste de supressão com 8 mg de dexametasona e tomografia computadorizada de adrenais.
- (C) Determinação do cortisol urinário de 24h e teste de supressão com 8 mg de dexametasona.
- (D) Cortisol sérico basal, determinação do ACTH e cortisol urinário de 24h.

#### QUESTÃO 18.

Sobre a estenose adquirida de canal lombar, podemos afirmar que:

- (A) Os sintomas são desencadeados por situações em que o paciente se mantém sentado por um período prolongado.
- (B) O principal diagnóstico diferencial é com doença arterial obstrutiva periférica.
- (C) A manobra de Lasègue é frequentemente positiva ao exame clínico.
- (D) Infecção urinária de repetição e incontinência urinária são alterações precoces da doença.

#### QUESTÃO 19.

Mulher de 45 anos é encaminhada para investigação de nódulo de tireoide (nódulo hipoeoico medindo 15 x 8 mm, com calcificações) diagnosticado em ultrassonografia. Nega comorbidades, história de radiação prévia em cabeça ou pescoço ou sintomas compatíveis com disfunção tireoidiana. Ao exame clínico: nódulo de cerca de 1 cm em lobo esquerdo da tireoide, de consistência elástica, sem linfadenomegalias. Exames laboratoriais: T4L: 1,0 ng/dL (normal 0,7-1,5 ng/dL); TSH: 2,5µU/mL (normal 0,4-4,5 µU/mL); anti-TPO < 35 U/mL e anti-Tireoglobulina < 35 U/mL.

A próxima conduta a ser adotada é:

- (A) Metimazol.
- (B) Repetir ultrassonografia de tireoide em seis meses.
- (C) Levotiroxina.
- (D) Punção aspirativa de tireoide por agulha fina.

#### QUESTÃO 20.

Mulher de 40 anos apresenta há cinco anos episódios frequentes de edema de pálpebras, lábios e língua, com intensidades variáveis. Em três ocasiões, apresentou edema de glóte durante tratamentos dentários, necessitando de internação. Nega concomitância de quadro urticariforme.

Feita hipótese de angioedema hereditário, a alteração laboratorial esperada é (são):

- (A) Níveis normais de C4 fora das crises.
- (B) Atividade funcional normal do inibidor de C1 esterase e níveis normais de C4.
- (C) Níveis baixos do inibidor de C1 esterase.
- (D) Níveis baixos de C5.

### QUESTÃO 21.

Um artigo avaliou se o uso de terapia antimicrobiana combinada reduziria a mortalidade em 14 dias no tratamento de pacientes com infecções por *Klebsiella pneumoniae* (Kp) produtoras de carbapenemases do tipo KPC em comparação ao uso de monoterapia. O estudo foi retrospectivo e incluiu 661 pacientes, dos quais 447 apresentavam hemoculturas positivas. A mortalidade em 14 dias foi de 34,1%. O uso de terapia combinada foi associado à menor mortalidade (tabela). A terapia combinada com carbapenêmicos (quando o MIC era  $\leq 8$ ) foi a que apresentou melhores resultados em relação a outras combinações.

**Tabela: Análise multivariada de fatores de risco para mortalidade em 14 dias em pacientes com infecções causadas por Kp-KPC**

Variável	RC (IC 95%)	Valor de p
Terapia combinada	0,52 (0,35 – 0,77)	0,001
Infecção de corrente sanguínea	2,09 (1,34 – 3,29)	0,001
Choque séptico à apresentação	2,45 (1,47 – 4,08)	0,001
APACHE III	1,05 (1,04 – 1,07)	0,001
Insuficiência Renal Crônica	2,15 (1,32 – 3,58)	0,01
Bactéria resistente à colistina	2,18 (1,37 – 3,46)	0,001
Antibioticoterapia empírica inadequada	1,48 (1,01 – 2,18)	0,04

RC: Razão de chances; IC: Intervalo de Confiança.

A respeito da interpretação destes achados, assinale a alternativa correta:

- (A) Viés de confusão residual pode explicar os resultados positivos.
- (B) Os achados desse estudo podem ser aplicados para pacientes com infecções por outras bactérias multi-resistentes.
- (C) Insuficiência renal crônica é um fator de risco menor do que infecção por bactéria resistente à colistina.
- (D) A terapia combinada deve ser indicada, rotineiramente, em pacientes com infecções de corrente sanguínea, infecções pulmonares e APACHE III maior.

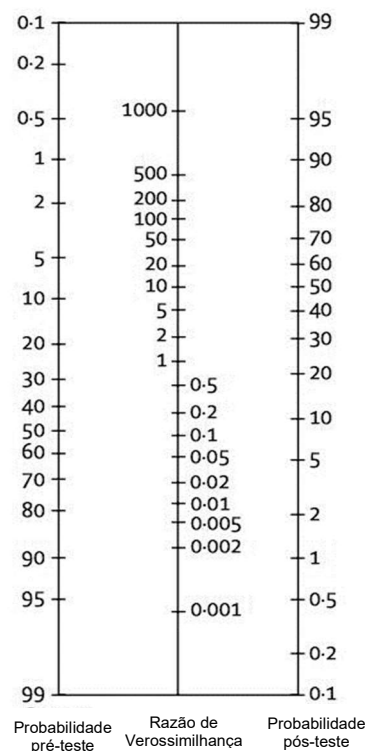
### QUESTÃO 22.

Um estudo testou a capacidade do “teste de escada” de prever risco de complicações pulmonares pós-operatórias. A capacidade de subir nenhum ou um lance de escada foi associada à maior taxa de complicações e os pacientes que conseguiram subir mais lances de escadas tiveram menos complicações. Dessa forma, foi possível criar a seguinte tabela de avaliação da acurácia do número de lances de escada subidos para predição de risco de complicações:

Número de lances de escada subidos	Sensibilidade	Especificidade	Razão de verossimilhança positiva	Razão de verossimilhança negativa
Até 1	0,38	0,97	12,70	0,64
Até 2	0,48	0,90	4,80	0,58
Até 3	0,70	0,63	1,89	0,48
Até 4	0,97	0,23	1,26	0,13

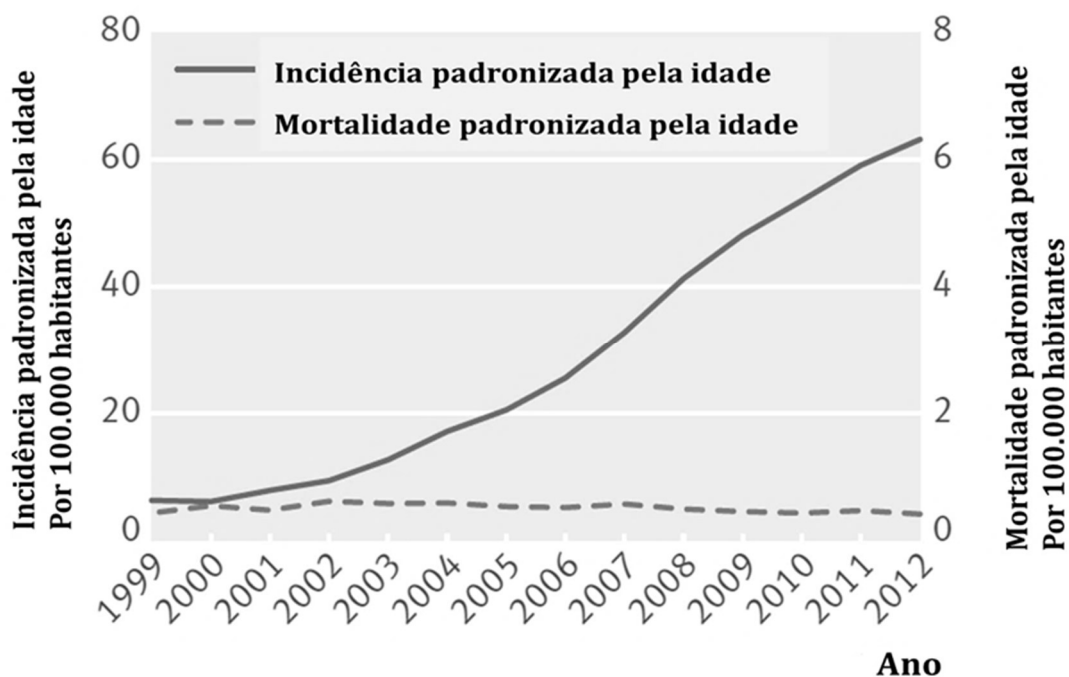
Sabe-se que o risco de um paciente de 60 anos, tabagista, submetido a uma gastrectomia total, apresentar uma complicação pulmonar pós-operatória é de, aproximadamente, 10%. Caso o paciente seja submetido ao teste e consiga subir apenas um lance de escada, a probabilidade deste paciente apresentar uma complicação pulmonar pós-operatória é:

- (A) 58,5%.
- (B) 38%.
- (C) 12,7%.
- (D) 7,5%.



**QUESTÃO 23.**

Um estudo populacional na Coreia do Sul avaliou a incidência de neoplasia de tireoide ao longo de vários anos, assim como a mortalidade por neoplasia de tireoide no mesmo período. A figura abaixo resume os achados do estudo.



Baseado neste estudo, assinale a alternativa correta:

- (A) O rastreamento não foi acompanhado do viés de tempo de duração.
- (B) O rastreamento não se acompanhou de maior mortalidade devido ao viés de tempo ganho.
- (C) Houve sobrediagnóstico da doença.
- (D) O rastreamento desta neoplasia é justificável com base nesses dados.

**QUESTÃO 24.**

Homem de 32 anos, com queixa de dor lombar há três anos, que piora durante a madrugada, provocando despertar. Ao acordar pela manhã, apresenta rigidez, demorando pelo menos uma hora para melhorar. Ao longo do dia, ocorre alívio progressivo. Já fez uso em várias ocasiões de anti-inflamatórios não hormonais, com melhora discreta. Refere que há uma semana está com o olho direito vermelho e doloroso, com fotofobia, sem secreções. Antecedente de uretrite, sem outras comorbidades ou vícios. Pai com história de retocolite ulcerativa.

O provável diagnóstico oftalmológico é:

- (A) Ceratoconjuntivite.
- (B) Glaucoma agudo.
- (C) Coriorretinite.
- (D) Iridociclite.

**QUESTÃO 25.**

Homem de 50 anos, etilista crônico vem com queixa de aumento do volume abdominal há dois meses. O exame clínico é normal, exceto por ascite volumosa. Foi puncionado o abdômen, com saída de líquido sero-hemorrágico. Os exames revelaram que o paciente apresenta gradiente soro-ascite de albumina de 0,5 g/dL, com presença de 500 células nucleadas/mm<sup>3</sup>.

O exame com maior probabilidade de apresentar-se normal é:

- (A) Fator V da coagulação.
- (B) Amilase no líquido ascítico.
- (C) ADA (adenosina deaminase) no líquido ascítico.
- (D) Citologia oncótica.

**QUESTÃO 26.**

Homem de 27 anos tem diagnóstico de doença de Crohn. Está em uso de sulfassalazina há 36 meses, com melhora do quadro intestinal já no primeiro ano de tratamento. Há seis meses, queda do estado geral, referindo diarreias frequentes, três pneumonias bacterianas com má resposta à antibioticoterapia convencional e dois episódios de sinusite com otite média aguda.

Assinale a melhor hipótese diagnóstica implicada no desencadeamento dos quadros infecciosos:

- (A) Leucopenia causada pela sulfassalazina.
- (B) Deficiência celular associada à doença de base.
- (C) Deficiência de anticorpos pela sulfassalazina.
- (D) Deficiência de sistema complemento.

**QUESTÃO 27.**

Mulher de 30 anos refere que há seis meses tem períodos de diarreia líquida, cinco episódios por dia, sem muco ou sangue, sem produtos patológicos, com cólicas. Nega febre ou emagrecimento no período. Não correlaciona o quadro a dietas específicas. Não ingere bebida alcoólica. Traz alguns exames: protoparasitológico negativo, anticorpo antiendomísio negativo, colonoscopia normal, ultrassonografia de abdômen normal.

O próximo exame a ser solicitado é:

- (A) Cápsula endoscópica.
- (B) Não é necessário nenhum exame.
- (C) Biópsia de cólon.
- (D) Biópsia duodenal.



**QUESTÃO 28.**

Mulher de 45 anos, assintomática, traz os seguintes exames: sorologia Anti-HBc total positivo, AgHBs positivo, antiHBs negativo, AgHBe positivo e antiHBe negativo. Enzimas hepáticas normais e função hepática preservada. Sorologias para hepatite C e anti-HIV negativas. Nega comorbidades e não faz uso de nenhuma medicação. O exame físico é normal. A conduta mais apropriada é:

- (A) Repetir enzimas hepáticas.
- (B) Realizar biópsia hepática guiada por ultrassonografia.
- (C) Realizar elastografia hepática.
- (D) Iniciar tratamento com tenofovir.

**QUESTÃO 29.**

Homem de 21 anos, negro, previamente hígido, procurou médico por disúria há quatro dias tendo recebido nitrofurantoína. Evoluiu com astenia intensa, dor abdominal difusa e dor lombar há um dia. Notou que a urina está com aspecto escurecido. Nega disúria e febre. exame clínico: prostrado, descorado 3+/4+, icterício 1+, afebril, FC = 142 bpm, PA= 110 x 60 mmHg, FR= 32 irpm, SatO<sub>2</sub> ar ambiente= 92%. Coração e pulmões normais. Abdome: difusamente doloroso à palpação profunda, sem visceromegalias e descompressão brusca negativa. Sinal de Giordano negativo. Exames: Hemoglobina=5,6 g/dL; Hematócrito=17%; VCM=92 fL; HCM=32 pg; 15 eritroblastos/100 leucócitos; leucócitos 8.320/mm<sup>3</sup> (diferencial normal), Plaquetas=232.000/mm<sup>3</sup>. Morfologia dos eritrócitos: anisocitose 1+, policromasia 2+, poiquilocitose 2+, visualizadas hemácias sugestivas de *bite cells*. Urina Tipo I: Proteína negativa, 01 eritrócito por campo, 01 leucócito por campo, sangue ++. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase.
- (B) Anemia falciforme.
- (C) Doença de Wilson.
- (D) Hemoglobinúria Paroxística Noturna.

**QUESTÃO 30.**

Um estudo comparou a eficácia de dabigatrana *versus* varfarina na prevenção de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) em paciente com válvula cardíaca metálica. Cinco por cento dos pacientes em uso de dabigatrana apresentaram AVCi e 27% apresentaram algum sangramento. Nenhum paciente no grupo varfarina apresentou AVCi e 12% apresentaram algum sangramento.

O NNH (número necessário para causar dano) para algum sangramento com uso de dabigatrana em relação à varfarina é, aproximadamente:

- (A) 5.
- (B) 7.
- (C) 15.
- (D) 20.

**QUESTÃO 31.**

Jovem de 16 anos desenvolve quadro de varicela. Divide quarto com a irmã de 20 anos, que tem diagnóstico de imunodeficiência comum variável (ICV), com a qual teve contato nos últimos dias. A conduta recomendada, para proteção da paciente com ICV, é:

- (A) Vacinação de bloqueio da paciente para varicela.
- (B) Vacinação de bloqueio da paciente para herpes-zoster.
- (C) Imunoglobulina anti-varicela zoster.
- (D) Observação clínica.

**QUESTÃO 32.**

Homem de 29 anos é internado em unidade de terapia intensiva por trauma crânio-encefálico grave após acidente de moto. Além de lesão axonal difusa e edema cerebral na tomografia de crânio, apresentava fratura de fêmur direito não-cominutiva. No 2º dia de UTI, apresentava CPK=3.400 ui/mL; creatinina=1,2 mg/dL; sem outras alterações. No 3º dia de UTI, os exames laboratoriais apresentavam CPK=15.000 ui/mL; creatinina=1,5 mg/dL; ureia=62 mg/dL; pH=7.1; pO<sub>2</sub> =200 mmHg; pCO<sub>2</sub>=38 mmHg; be=-15 mEq/L e bicarbonato=9 mEq/L com FiO<sub>2</sub>=40% e hipertrigliceridemia. Há três dias, em uso de sedação com fentanil 50 mcg/hora e propofol 4mg/kg/hora, com a pressão intracraniana controlada, mantendo estabilidade hemodinâmica com noradrenalina 0,1 µg/kg/min.

A causa mais provável do conjunto das alterações laboratoriais é:

- (A) Síndrome de Infusão de propofol.
- (B) Rabdomiólise por trauma de extremidades.
- (C) Embolia gordurosa.
- (D) Choque séptico.

**QUESTÃO 33.**

Numa enfermaria de clínica geral, foi feita uma revisão de prontuários de pacientes internados para avaliação de episódios hemorrágicos. Foram criados dois grupos:

GRUPO I: distúrbios de hemostasia primária  
GRUPO II: distúrbios de hemostasia secundária

Nesta revisão será encontrada com maior probabilidade como característica destes pacientes:

- (A) GRUPO II: predomínio no sexo feminino.
- (B) GRUPO I: hemartroses.
- (C) GRUPO II: hematomas profundos.
- (D) GRUPO I: início tardio de sangramento após traumatismos.

**QUESTÃO 34.**

Homem de 63 anos, sem comorbidades, ex-tabagista (10 maços/ano tendo parado há 20 anos) tem antecedente de câncer de reto há seis anos tratado com radioterapia e quimioterapia por seis semanas, seguido por tratamento cirúrgico. Vinha em acompanhamento com exames periódicos normais até há um ano, quando teve alta do oncologista. Foi encaminhado para avaliação médica devido a nódulo pulmonar em radiografia de tórax, confirmado por tomografia de tórax, de 3,0 cm, periférico, em base pulmonar direita. Está assintomático e com exame físico normal. Tomografia de abdome normal e dosagem sérica de antígeno carcinoembrionário (CEA) com resultado de 13,8 microgramas/L (valor normal até 5,0 microgramas/L). Traz cópia do exame anatomopatológico da cirurgia que mostrou adenocarcinoma de reto ypT2 ypN1 M0.

Dentre as alternativas abaixo, assinale a correta.

- (A) A elevação do CEA confirma recidiva do adenocarcinoma retal, devendo ser iniciada quimioterapia.
- (B) Por se tratar de recidiva pulmonar de adenocarcinoma de reto, este paciente é candidato a tratamento sem intenção curativa.
- (C) Realizar colonoscopia e, se negativa, indicar ressecção curativa do nódulo pulmonar metastático.
- (D) Segunda neoplasia é um diagnóstico diferencial, devendo ser solicitada biópsia da lesão.

**QUESTÃO 35.**

Mulher de 26 anos, assintomática, em consulta de rotina traz o seguinte hemograma: hemoglobina= 11,1 g/dL, hemácias=5.200.000/mm<sup>3</sup>, VCM=69 fL. Feita hipótese de anemia ferropênica, prescrito sulfato ferroso durante dois meses e solicitado novo exame que não mostrou diferença do anterior. Prosseguindo na investigação foram realizados ferro sérico, capacidade total de ligação de ferro, ferritina e saturação de transferrina que estavam dentro dos valores de referência e Eletroforese de hemoglobina que também foi normal.

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Alfa-Talassemia Minor.
- (B) Anemia de Doença Crônica.
- (C) Anemia Sideroblástica.
- (D) Beta-Talassemia Minor.

**QUESTÃO 36.**

Homem de 75 anos vem com hemiplegia direita e confusão mental há três horas. Apresentou cefaleia nas últimas semanas com pouca melhora com paracetamol. É portador de obesidade grau I, Diabetes mellitus tipo 2, controlada por dieta (hemoglobina A1C= 6,8%), hipertensão arterial controlada com enalapril. Nega tabagismo e etilismo. Exame clínico: PA= 200/100 mmHg, FC=64bpm, FR= 14 ipm, Sat O<sub>2</sub> ar ambiente= 97%. Abdômen: fígado palpável a 2 cm abaixo do rebordo costal direito, baço palpável a 6 cm do rebordo costal esquerdo. Exames: hematócrito=65%, leucócitos=10.000 /mm<sup>3</sup>, plaquetas=600.000/mm<sup>3</sup>. Tomografia computadorizada: grande infarto isquêmico na artéria cerebral média esquerda. Os próximos exames a serem realizados são:

- (A) Lâmina do sangue periférico e dosagem de eritropoietina sérica.
- (B) Massa eritrocitária e dosagem de eritropoietina sérica.
- (C) Gasometria arterial e eletroforese de proteínas.
- (D) Eletroforese de proteínas e biópsia da medula óssea.

**QUESTÃO 37.**

Homem de 33 anos, vem ao pronto socorro com queixa de diarreia intermitente há cerca de quatro meses, com perda de 9 kg no período. A diarreia é em grande quantidade, intermitente e com cerca de quatro vezes ao dia quando presente, sem sangue, muco ou gordura. Nega febre. Teste para HIV positivo há cinco anos, não tendo feito seguimento e não tendo recebido tratamento específico. Exame clínico: regular estado geral, emagrecido, eupneico (FR=12 ipm), FC=96 bpm; Sat O<sub>2</sub> ar ambiente = 99%. PA =100x60 mmHg. Abdômen com ruídos hidroaéreos aumentados. Pulmão, coração e membros inferiores sem alterações. CD4=27/mm<sup>3</sup>; Carga Viral=560.000 cópias/mL; pesquisa de *Cryptosporidium* sp. nas fezes positiva.

O tratamento mais adequado para o controle do quadro diarreico é:

- (A) Nitazoxanida.
- (B) Sulfametoxazol-trimetoprim.
- (C) Terapia antirretroviral combinada.
- (D) Albendazol.

**QUESTÃO 38.**

Um paciente internado por cefaleia súbita, seguida de coma, tem as seguintes imagens representativas do seu quadro. As classificações pelas escalas de Hunt-Hess (H-H) e de Fisher (F) são:



- (A) HH IV e Fisher IV.
- (B) HH IV e Fisher III.
- (C) HH V e Fisher III.
- (D) HH V e Fisher IV.

**QUESTÃO 39.**

Mulher de 38 anos notou início de fadiga, palpitação, intolerância ao calor e discreta dor cervical há um mês. Nega história familiar de doença tireoidiana. Exame clínico: PA=107x78 mmHg; FC=96 bpm; leve tremor de mãos. A glândula tireoidiana não é palpável, e não há evidências de proptose ou lid/lag. Exames: TSH=<0,01 mUI/l; T4 livre=1,6 ng/dL (Valor normal = 0,7 - 1,7 ng/dL).

O exame para confirmar o diagnóstico mais provável é:

- (A) TRab.
- (B) Tireoglobulina sérica.
- (C) Anti-tireoperoxidase.
- (D) T3 livre.

**QUESTÃO 40.**

Técnica de enfermagem de 28 anos procura atendimento após acidente com material biológico há três horas. Relata que, após coletar exame de paciente, perfurou 2º quirodáctilo direito com a agulha usada para a punção. Estava usando luvas de procedimento e lavou as mãos copiosamente com clorexidine degermante. Relata que recebeu três doses de vacina contra hepatite B há dois anos. Segundo a profissional acidentada, o paciente tem diagnóstico de AIDS sem tratamento e está internado na UTI em tratamento para infecção de corrente sanguínea por *Klebsiella pneumoniae* (em uso de ceftriaxone). No atendimento inicial a respeito deste acidente com material biológico, você checa os exames sorológicos disponíveis do paciente – fonte (coletados há três dias):

	Anti-HIV	Anti-HBc total	AgHBs	AgHBe	Anti-HBe	Anti-HBs	Anti-HCV
PACIENTE FONTE	REAGENTE	REAGENTE	NÃO REAGENTE	NÃO REAGENTE	REAGENTE	REAGENTE	NÃO REAGENTE

Foi realizado teste rápido para HIV para a profissional de saúde acidentada que resultou NÃO REAGENTE.

Além da profilaxia pós-exposição com antirretrovirais (tenofovir + lamivudina + atazanavir/ritonavir), a conduta imediata é:

- (A) Não é necessária profilaxia contra hepatite B. Solicitar sorologia de hepatite B da acidentada.
- (B) Vacinar contra hepatite B e solicitar sorologia em tempo zero de hepatite B da acidentada.
- (C) Vacina e imunoglobulina contra hepatite B independente da sorologia da acidentada.
- (D) Imunoglobulina contra hepatite B e solicitar sorologia de hepatite B da acidentada.

**QUESTÃO 41.**

Homem de 55 anos, vítima de traumatismo cranioencefálico grave exclusivo, é admitido na UTI após cirurgia para drenagem de hematoma subdural agudo e colocação de cateter intraventricular para monitorização de pressão intracraniana (PIC). Está sedado com propofol a 80 µg/Kg/min e evolui com PIC=25 mmHg por 15 minutos. No momento, apresenta PAM=90 mmHg, Na=152 mEq/L, cabeceira elevada e centrada, sem colar cervical. Tomografia computadorizada de crânio pós-operatória sem novas lesões que indiquem reabordagem cirúrgica.

A conduta mais apropriada neste momento é:

- (A) Manter PaCO<sub>2</sub> = 30 - 35 mmHg.
- (B) Coma barbitúrico com tiopental.
- (C) Retirada de 2-5 mL de líquido.
- (D) Hipotermia terapêutica moderada.

**QUESTÃO 42.**

Homem de 34 anos refere dispneia aos grandes esforços (subir ladeira), dor torácica, tosse com escarro purulento, emagrecimento de 8 kg e febre vespertina não aferida há oito semanas. Há seis semanas procurou serviço de saúde, sendo diagnosticado com pneumonia e tratado com levofloxacino por 10 dias com melhora parcial do quadro. Como continuou a apresentar febre e piorar novamente da falta de ar e da tosse, voltou ao serviço de saúde logo após o término do antibiótico, sendo coletada pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes em uma amostra de escarro que resultou negativa, recebendo alta com sintomáticos. Vem hoje ao pronto-socorro por piora da dispneia e por ter apresentado episódio de hemoptise (não sabe quantificar), com a seguinte radiografia de tórax:

Foi indicada internação em ambiente de enfermaria. Considerando o momento da internação deste paciente, a conduta a ser adotada em relação ao isolamento e aos equipamentos de proteção individual é:



- (A) O paciente deve permanecer em quarto individual em ambiente adequadamente ventilado e utilizar máscara cirúrgica quando houver necessidade de circular em áreas externas ao quarto. Profissionais de saúde devem utilizar máscara N95/PFF-2 no atendimento deste paciente no quarto.
- (B) O paciente deve permanecer em quarto individual que seja equipado com filtro HEPA e pressão negativa. Deve utilizar máscara N95/PFF-2 durante sua permanência no hospital e ao circular em áreas externas ao quarto. Profissionais de saúde devem utilizar máscara N95/PFF-2 no atendimento deste paciente no quarto.
- (C) O paciente deve permanecer em quarto individual em ambiente adequadamente ventilado e não necessita de uso de máscara durante a internação. Profissionais de saúde devem utilizar máscara N95/PFF-2 e óculos de proteção apenas se houver necessidade de aspiração de vias aéreas deste paciente.
- (D) O paciente deve permanecer em quarto individual que seja equipado com filtro HEPA e pressão positiva. Deve utilizar máscara cirúrgica durante sua permanência no hospital e N95/PFF-2 quando houver necessidade de circular em áreas externas ao quarto. Profissionais de saúde devem utilizar máscara N95/PFF-2 no atendimento deste paciente no quarto.

**QUESTÃO 43.**

São avaliados cinco indivíduos que procuram ambulatório de clínica geral com quadro de edema. Laboratorialmente apresentam ureia sérica variando de 55 a 70 mg/dL, creatinina sérica variando de 1,9 a 2,4 mg/dL e o exame de urina mostrando a presença de cilindrúria hemática e proteínas ++. A dosagem de complemento total e frações (CH50, C3 e C4) é normal em um dos pacientes. Trata-se provavelmente daquele que apresenta:

- (A) Impetigo em membros inferiores, hipertensão arterial e altos títulos de antiestreptolisina O.
- (B) Artrite, pleurite, 75.000 plaquetas/mm<sup>3</sup> e anticorpo anti-DNA positivo.
- (C) Febre, esplenomegalia, sopro cardíaco e hemocultura positiva para *S. aureus*.
- (D) Púrpura elevada em membros inferiores, dor abdominal e 250.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>.

**QUESTÃO 44.**

Homem de 68 anos, sem comorbidades, internado para investigação de quadro de dor abdominal esporádica e perda de peso (70 kg para 60 kg nos últimos cinco meses). Sem outras queixas. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, sem alterações ao exame cardiovascular e pulmonar. Abdômen flácido, ruídos hidroaéreos normais, fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito, algum desconforto durante a palpação profunda em flanco direito. Exames laboratoriais gerais estavam normais. Realizou colonoscopia, com achado de lesão vegetante em ceco, cuja biópsia revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Os exames indicados neste momento para completar a investigação são:

- (A) Ressonância magnética de abdome e pelve; cintilografia óssea.
- (B) Tomografias de tórax e abdome; dosagem sérica de antígeno carcinoembrionário.
- (C) Tomografia por emissão de pósitrons (PET/TC); ressonância magnética de crânio.
- (D) Radiografia de tórax e ultrassonografia de abdome.

**QUESTÃO 45.**

Homem de 50 anos, portador de hepatite C crônica, evoluindo com ascite refratária, em uso de furosemida e espironolactona. Vem com desconforto respiratório, sendo realizada paracentese de alívio (5000 ml). Exames prévios: ureia=30 mg/dL; creatinina=0,6 mg/dL. Evoluiu em 24 horas com diminuição da diurese e elevação dos níveis de ureia e creatinina (ureia=90 mg/dL; creatinina=1,8 mg/dL) e Na<sup>+</sup>=126 mEq/L; K<sup>+</sup>=4,2 mEq/L; creatinina urinária=0,12 mg/dL; Na<sup>+</sup> urinário=15 mEq/L. A melhor conduta para este paciente é:

- (A) Expandir com soro fisiológico.
- (B) Expandir com albumina.
- (C) Iniciar terlipressina.
- (D) Noradrenalina e albumina.

**QUESTÃO 46.**

Em um paciente com cianose de extremidades podemos afirmar que:

- (A) O paciente está em insuficiência respiratória e requer oxigenioterapia.
- (B) A oximetria de pulso é tão eficaz quanto a gasometria arterial para identificar hipoxemia.
- (C) Em um paciente policitêmico, espera-se níveis de pO<sub>2</sub> maiores que em um paciente anêmico.
- (D) Em um paciente anêmico, transfusão sanguínea melhorará a cianose.

**QUESTÃO 47.**

Mulher de 85 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca e hipertensão arterial sistêmica, foi admitida há quatro dias para tratamento de infecção de trato urinário, com boa resposta. Evoluiu com anúria, há 12 horas. Ao exame clínico: FC=80 bpm; PA=120/84 mmHg; FR=16 ipm; T=36,2°C. Consciente e orientada, sem outras alterações. Exames: ureia = 76 mg/dL; creatinina=3,0 mg/dL; Na=140 mEq/L; K=5,8 mEq/L; cloreto=90 mEq/L; bicarbonato=28 mEq/L; Urina I: 2 hemácias/campo, 5 leucócitos/campo, cilindros granulados e presença de cristais.

A causa mais provável da injúria renal aguda é:

- (A) Furosemida.
- (B) Espironolactona.
- (C) Lisinopril.
- (D) Sulfametoxazol-trimetoprim.

**QUESTÃO 48.**

Mulher de 64 anos, em pré-operatório de mastectomia por neoplasia de mama apresenta alteração de coagulograma: INR=1,0, TTPA: R=2,1 TT= normal. Hemograma normal. Nega sangramentos atuais, já fez exodontia sem intercorrências e tem três partos normais sem complicações. Sem antecedentes familiares de sangramentos. Tem uma filha e dois filhos, todos saudáveis. Exame clínico normal.

Assinale a alternativa correta em relação ao TTPA:

- (A) Pode indicar que paciente seja portadora de hemofilia congênita.
- (B) Pode indicar presença de anticoagulante lúpico.
- (C) Pode significar que paciente seja portadora de doença de von Willebrand congênita.
- (D) Se for realizado TTPA com mistura a 50% e houver correção, um dos diagnósticos diferenciais é a deficiência de fator VII.

**QUESTÃO 49.**

Homem de 92 anos, com antecedente de demência de Alzheimer, completamente dependente para atividades básicas de vida, acamado, interna na enfermaria de clínica médica com diagnóstico de pneumonia. A despeito de tratamento apropriado, ele evolui com piora clínica progressiva tendo-se optado, em conjunto com familiares, pela não realização de medidas invasivas. Exame clínico, FR=32 ipm; FC=120 bpm; PA=80x40 mmHg; T= 35,2°C. Está agitado, falando palavras incompreensíveis, a despeito de uso de haloperidol intermitente para a agitação e morfina em bomba de infusão contínua a 1 mg/h para alívio de dispnéia. A equipe de enfermagem refere que não conseguiu obter novo acesso venoso periférico após o paciente sacar o acesso há cinco minutos.

A conduta mais apropriada neste momento é:

- (A) Aumentar dose de morfina, por acesso venoso central.
- (B) Aumentar dose de morfina, por hipodermóclise.
- (C) Morfina associada a midazolam, por hipodermóclise.
- (D) Morfina associada a diazepam, por hipodermóclise.

**ATENÇÃO:** O caso seguinte se refere às questões 50 e 51:

Homem de 24 anos é resgatado por bombeiros após soterramento. Recebeu, no local do resgate, infusão endovenosa de 4L de solução salina, chegando ao hospital cerca de seis horas após o acidente. Na entrada: consciente e orientado, PA=135 x 85 mmHg, múltiplas fraturas e traumatismo fechado de tórax e abdômen, sem outros achados ao exame físico. Ultrassonografia focada para o trauma resultou negativa. Diurese=1 mL/Kg/h. Exames de entrada: CPK=27.000 U/L; creatinina=2,5 mg/dL; ureia=57 mg/dL; Na=133 mEq/L; K=6,2 mEq/L; cálcio iônico=3,5 mg/dL; fósforo=7,3 mg/dL; cloro=114 meq/L; pH=7,23; bicarbonato=18 mEq/L. Eletrocardiograma sem alterações.

#### QUESTÃO 50.

A melhor conduta a ser tomada neste momento é:

- (A) Furosemida e correção da hipocalcemia.
- (B) Alcalinização da urina e correção da hipocalcemia.
- (C) Hemodiálise e solução polarizante.
- (D) Hidratação endovenosa com soro isotônico e furosemida.

#### QUESTÃO 51.

O paciente evoluiu com importante distensão abdominal após 24 horas. Mantém PA=130/85 mmHg, PVC=18 mmHg, pressão intra-vesical=27 mmHg, diurese menor que 10 mL/h. Exames laboratoriais: creatinina=2,4 mg/dL. Sedimento urinário com cilindros granulares. USG abdômen mostrando ascite importante e hematoma de retroperitônio, sem hidronefrose.

A melhor conduta para o manejo da injúria renal aguda é:

- (A) Expansão volêmica.
- (B) Descompressão abdominal.
- (C) Desobstrução ureteral bilateral com catéter de duplo J.
- (D) Início de hemodiálise.

#### QUESTÃO 52.

Homem de 34 anos, previamente hígido é internado na enfermaria de clínica médica com diagnóstico de pneumonia comunitária. No 4º dia de internação, em uso de ceftriaxone e claritromicina, clinicamente estável, afebril, FC = 90 bpm, SatO<sub>2</sub> em ar ambiente=94%, PA=150 x 100 mmHg. Exames laboratoriais: creatinina=3,2 mg/dL; ureia=98 mg/dL; K=5,1 mEq/L; Na=141 mEq/L; hemoglobina=12,2 g/dL. Urina I: hematúria +++/4+, proteinúria ++/4+, 20 hemácias/campo, 0 leucócitos/campo, nitrito negativo, cilindros hemáticos.

A conduta mais apropriada a ser adotada é:

- (A) Aumentar hidratação endovenosa.
- (B) Iniciar piperacilina-tazobactam.
- (C) Prednisona 1 mg/Kg/dia.
- (D) Suspende claritromicina.

#### QUESTÃO 53.

Mulher de 55 anos, previamente hipertensa, está internada na UTI devido à hemorragia subaracnoidea aneurismática (aneurisma de artéria comunicante anterior). Foi submetida à embolização bem sucedida do aneurisma no segundo dia de internação, mantendo-se sonolenta e confusa desde a admissão hospitalar (Glasgow 13), sem déficits focais. No 7º dia de internação, evolui com piora da sonolência e plegia em membro inferior direito. Realizou imediatamente tomografia de crânio, que revelou hidrocefalia leve, sem outras alterações.

A melhor conduta inicial é:

- (A) induzir hipertensão, hipervolemia e hemodiluição.
- (B) nova arteriografia para instilação de vasodilatadores intra-arteriais.
- (C) tratamento cirúrgico com colocação de derivação ventricular externa.
- (D) expansão volêmica e, na ausência de melhora clínica, induzir hipertensão arterial.

#### QUESTÃO 54.

Mulher de 72 anos, com antecedente de diabetes e dislipidemia, sem tratamento, iniciou há três semanas quadro insidioso e progressivo de confusão mental, parestesias e movimentos involuntários de grande amplitude em hemicorpo esquerdo, predominantemente proximal e em membro superior. Ao exame clínico: Peso=70 Kg; IMC=28 Kg/m<sup>2</sup>; PA=190x100 mmHg; FC=92 bpm T=37°C; SatO<sub>2</sub> ar ambiente=96%; FR= 18 ipm; Glicemia capilar=395 mg/dL. Pulmões sem alterações. Coração: Bulhas arrítmicas em 2T, sem sopros. Exame neurológico: confusa, com movimentos involuntários contínuos de maior amplitude proximal e menor amplitude em pés e mãos esquerdos. Exames laboratoriais: hemoglobina=14g/dL; leucócitos=12.000/mm<sup>3</sup> (sem desvio); plaquetas=180.000/mm<sup>3</sup>; ureia= 100mg/dL; creatinina= 3,1mg/dL; Na=148mEq/L; K=5,5 mEq/L; gasometria venosa: pH=7,35; bicarbonato=20mEq/L; hemoglobina glicada: 12,8%; glicemia=390 mg/dL.

ECG: fibrilação atrial

Tomografia computadorizada de crânio:



A melhor conduta para tratamento da condição acima é:

- (A) AAS, com anticoagulação após duas semanas.
- (B) Hemodiálise.
- (C) Insulinoterapia endovenosa.
- (D) Nitroprussiato de sódio.

**QUESTÃO 55.**

Mulher de 75 anos, com antecedente de hipertensão, faz acompanhamento com oncologista devido a carcinoma epidermoide de canal anal, para a qual foi indicado tratamento com quimioterapia e radioterapia. Faz uso de carbonato de cálcio 1000 mg/dia e vitamina D 800 UI/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. Vem hoje ao pronto-socorro devido a quadro de confusão mental de início há um dia, sem outras queixas. Exame clínico: PA=110 x 70 mmHg; FC=80 bpm. Confusa, desidratada 2+/4+. Restante de seu exame é normal, exceto por lesão vegetante exteriorizada pelo canal anal, de 6,8 cm. Exames laboratoriais: Cálcio total=14,5 mg/dL; Paratormônio=12 pg/mL; 25-hidróxi-vitamina D=29 ng/dL; Fosfatase alcalina=237 mg/dL.

A causa mais provável da hipercalemia nesta paciente é:

- (A) Intoxicação por vitamina D e uso de diurético tiazídico.
- (B) Hiperparatireoidismo primário.
- (C) Metástases ósseas.
- (D) Hipercalemia secundária ao câncer.

**QUESTÃO 56.**

Homem de 60 anos, com história de tabagismo de 50 anos-maços, tem tosse há um ano com secreção clara. Nega dispneia. Não teve piora recente, mas procura médico que fez espirometria com os seguintes resultados:

Volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1): antes do broncodilatador: 2,0 L (70% do predito), pós-broncodilatador: 2,3 L (80% do predito). Capacidade vital forçada (CVF): antes do broncodilatador: 3,0 L (80% do predito), pós-broncodilatador: 3,1 L (85% do predito).

Em relação aos dados da espirometria, podemos afirmar que:

- (A) Tem obstrução grave.
- (B) Não tem critérios de DPOC.
- (C) Tem obstrução muito grave.
- (D) Tem obstrução moderada.

**QUESTÃO 57.**

Mulher de 55 anos, previamente hipertensa, tem diagnóstico de câncer de mama localizado. Recebeu o primeiro ciclo de quimioterapia neoadjuvante há 10 dias. Vem ao pronto-socorro com queixa de mal-estar e febre. Exame clínico: T= 38,5°C; PA=140 x 80 mmHg; FC=85 bpm. Bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, sem alterações no exame de cavidade oral, pulmonar, cardiovascular e abdominal. Não há sinais infecciosos em sítios de punção venosa e nem no exame pélvico. Colhido hemograma que mostrou: hemoglobina=12,8 g/dL; leucócitos 1.500/mm<sup>3</sup> (30% de neutrófilos); plaquetas de 203.000/mm<sup>3</sup>. Função hepática e renal sem alterações. Coletados dois pares de hemoculturas.

A melhor conduta, no momento, é:

- (A) Retornar em 48h para reavaliação, sem antibioticoterapia até resultado de culturas.
- (B) Iniciar antibioticoterapia oral com ciprofloxacino e amoxicilina/ácido clavulânico.
- (C) Iniciar antibioticoterapia com piperacilina-tazobactam + vancomicina.
- (D) Iniciar antibioticoterapia com cefepime e iniciar fator estimulante de granulócitos.

**QUESTÃO 58.**

Mulher de 60 anos é internada por dor abdominal importante devido a câncer de pâncreas disseminado, sem resposta a tratamento quimioterápico realizado há seis meses. Exame clínico: mau estado geral, desnutrida, gemente, consciente e orientada. PA=100X70 mmHg; FC=100 bpm. Em reunião com a paciente e familiares, optou-se por cuidados paliativos exclusivos. A conduta a ser adotada é:

- (A) Dieta voluntária, sem soro de manutenção ou coleta de exames, analgesia com morfina.
- (B) Retirada de soro e dieta, analgesia com fentanila e sedação com midazolam.
- (C) Nutrição enteral, corrigir distúrbios hidroeletrólíticos, analgesia com fentanila.
- (D) Nutrição parenteral, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, analgesia com morfina.

**QUESTÃO 59.**

Reverendo as internações nos últimos três anos em uma enfermaria de clínica geral, encontraram-se oito casos de anemia com VCM acima de 120 fL e grande elevação de DHL (desidrogenase láctica). Os pacientes foram divididos em dois grupos.

GRUPO I: folato sérico diminuído

GRUPO II: vitamina B12 diminuída

As prováveis etiologias encontradas foram:

GRUPO I	GRUPO II
(A) Cirrose hepática	Diálise crônica
(B) Hiperlipemia	Uso de metotrexate
(C) Hemólise crônica	Ressecção ileal
(D) Doença de Crohn	Psoríase

**QUESTÃO 60.**

Homem de 60 anos, hipertenso mal controlado, obeso, vem com história de vertigem há dois dias. Apareceu de maneira súbita e não piora quando levanta. Os sintomas manifestam-se várias vezes no dia. Exame clínico: PA: 140X90 mmHg, sem hipotensão postural.

Pode-se afirmar que:

- (A) A presença de disdiadococinesia indicará investigação de labirintopatia.
- (B) Se a manobra de Dix Halpike for positiva, a manobra de Epley está indicada.
- (C) A presença de nistagmo vertical sugere labirintopatia.
- (D) A hipoacusia não é útil para diferenciar uma vertigem postural paroxística benigna de labirintopatia.

**QUESTÃO 61.**

Mulher de 52 anos, com antecedente de adenocarcinoma de pâncreas avançado, sem proposta de tratamento quimioterápico ou cirúrgico, é internada na enfermaria de clínica médica devido à dor constante em abdome, intensidade 8/10, irradiada para o dorso. Fazia uso ambulatorial de dipirona e morfina 30 mg 4/4h. Aumentou espontaneamente as doses de morfina para controle da dor, porém não obteve melhora, além de referir sonolência e náuseas. Exame clínico: icterica ++/4+; emagrecida; sem outras alterações.

A conduta mais apropriada para o controle da dor é:

- (A) Morfina endovenosa, 5 mg a cada quatro horas.
- (B) Metadona oral, 5mg a cada oito horas.
- (C) Adesivo transdérmico de fentanil de 50 mcg/h.
- (D) Oxiconona oral, 10mg a cada 12 horas.

**QUESTÃO 62.**

Homem de 64 anos, com antecedente de adenocarcinoma gástrico, operado há um ano, é internado na enfermaria de clínica médica com queixa de dor abdominal difusa de moderada a forte intensidade, em cólica, associada a náuseas e vômitos frequentes nos últimos dois dias, sem resposta à ondansetrona. Apresentou perda ponderal de 7 Kg no último mês. Atualmente, fica a maior parte do tempo restrito ao leito. Exame clínico: emagrecido; regular estado geral; desidratado ++/4+; hipocorado ++/4+; FR=18 ipm; FC=92 bpm; PA=98 x 55 mmHg; lúcido e orientado. Exame abdominal revela distensão abdominal difusa, ruídos hidroaéreos aumentados. Restante do exame clínico sem alterações. Tomografia de abdome sem evidências de pontos obstructivos, porém com ascite de moderado volume, sugestiva de carcinomatose peritoneal.

Além de medidas de suporte, como hidratação, os medicamentos a serem prescritos para o paciente são:

- (A) Hioscina, metoclopramida, dipirona.
- (B) Hioscina, dexametasona, morfina, haloperidol.
- (C) Dexametasona, metoclopramida, dipirona, morfina.
- (D) Haloperidol, morfina, domperidona.

**QUESTÃO 63.**

Mulher de 72 anos, trazida por familiares com quadro agudo de confusão mental. Feita hipótese diagnóstica de encefalite. O melhor método diagnóstico para a investigação de etiologia herpética (HSV-1/HSV-2) é:

- (A) Cultura de vírus no líquor.
- (B) Imunologia no líquor para vírus HSV-1/HSV-2.
- (C) Imunologia no sangue para vírus HSV-1/HSV-2.
- (D) PCR para HSV-1/HSV-2 no líquor.

**QUESTÃO 64.**

Homem de 18 anos vem à consulta médica quatro meses após internação hospitalar com quadro de crise asmática. Naquela ocasião, esteve internado por cinco dias, em uso de inalação com formoterol e ipratrópio, prednisona 60mg/dia, com pronta melhora. Referia que já tinha apresentado diversos episódios semelhantes (cerca de um episódio a cada dois meses nos últimos três anos, desde que começou a fumar). Recebeu alta em uso de formoterol 12mcg + budesonida 400mcg, duas vezes ao dia. Desde a alta hospitalar, refere não ter apresentado mais nenhuma crise de broncoespasmo. Também parou de fumar.

A melhor conduta no momento é:

- (A) Manter formoterol e budesonida.
- (B) Manter formoterol inalatório.
- (C) Manter corticoide inalatório.
- (D) Suspende ambos os medicamentos.

**QUESTÃO 65.**

Mulher de 45 anos está internada na UTI, no pós-operatório de colecistectomia convencional. Relatava dor de forte intensidade e foi medicada com morfina 10 mg via endovenosa para dor. A enfermeira avisa o plantonista que a paciente apresenta saturação de 85% respirando em ar ambiente. Exame clínico: p=92 bpm, PA=130x86 mmHg, descorada ++, estertores finos em bases pulmonares. Gasometria arterial: PaO<sub>2</sub>=62 mmHg; PaCO<sub>2</sub>=70 mmHg. Colhidos exames: d-dímero= 1500 U, troponina normal, ECG com alterações difusas da repolarização.

A melhor explicação para a hipoxemia desta paciente é:

- (A) Hipoventilação.
- (B) Embolia pulmonar.
- (C) Anemia.
- (D) Edema agudo de pulmão.

**QUESTÃO 66.**

Homem de 70 anos, diabético, fumante e hipertenso, refere, há cerca de duas semanas, dor precordial em aperto, sem irradiação, desencadeada aos grandes esforços, aliviada com o repouso, duração de cinco minutos. Há três dias passou a apresentar episódios semelhantes em repouso, de maior intensidade, com duração de até 20 minutos, acompanhados de sudorese e náusea, com um total de quatro episódios nas últimas 24 horas, sendo o último três horas antes da admissão. Chega ao pronto-socorro sem dor, com PA =150 x 90 mmHg, FC=78 bpm e restante do exame físico normal. ECG sem supradesnivelamento de ST, com inversão de onda T em derivações precordiais. Exames laboratoriais: hemograma, coagulograma e função renal normais; troponina=5,85 ng/mL (normal=até 0,2 ng/mL) e CKMB=26,4 ng/mL (normal=até 4,0 ng/mL). Realizado cateterismo cardíaco e colocado um *stent* farmacológico em artéria descendente anterior. Esse paciente deve receber, como tratamento ambulatorial:

- (A) AAS + clopidogrel por pelo menos seis meses, estatina de alta intensidade independente do nível de colesterol LDL.
- (B) AAS + clopidogrel por pelo menos um ano, estatina de alta intensidade independente do nível de colesterol LDL.
- (C) AAS + clopidogrel por pelo menos um ano, estatina com meta de colesterol LDL < 100 mg/dL.
- (D) AAS + clopidogrel por pelo menos seis meses, estatina com meta de colesterol LDL < 100 mg/dL.

**QUESTÃO 67.**

Mulher de 55 anos, portadora de tireoidite de Hashimoto, em uso irregular de levotiroxina, é admitida no pronto socorro com rebaixamento do nível de consciência e história recente de disúria e lombalgia à direita. Familiar relata que há vários dias a paciente dormia quase o dia todo e apresentava fala extremamente lentificada. As alterações clínico-laboratoriais mais prováveis nesta paciente são:

- (A) Hipocalemia e baixa voltagem difusa ao ECG.
- (B) Hipernatremia e hipotermia.
- (C) Hipocortisolismo e hipercapnia.
- (D) Hipertensão arterial e taquicardia.

**QUESTÃO 68.**

Homem de 56 anos chega ao hospital com queixa de dor em membro inferior direito há oito horas. Tem antecedente de tabagismo 50 anos-maço há 25 anos. Ao exame físico, apresenta membro inferior direito frio e cianose de pododáctilos, sem outras alterações no restante do exame. Após avaliação da cirurgia vascular, foi levado ao centro cirúrgico, onde realizou embolectomia de artérias femoral superficial e poplítea direitas, com bom escoamento distal do contraste. Foi realizada fasciotomia ampla de três compartimentos da perna direita. No intra-operatório, evoluiu com choque com necessidade de expansão volêmica, drogas vasoativas e acidose metabólica. À chegada na UTI, evolui com parada cardiorrespiratória.

A causa mais provável para a descompensação clínica do paciente é:

- (A) choque séptico.
- (B) síndrome de isquemia-reperusão.
- (C) infarto agudo do miocárdio.
- (D) tromboembolismo pulmonar.

**QUESTÃO 69.**

Homem de 76 anos está em programação de realização de enxerto ilíaco femoral esquerdo por estenose crítica de artéria ilíaca. Portador de doença coronariana crônica, tendo recebido um *stent* não farmacológico em artéria descendente anterior há cinco meses por quadro de angina estável. Possui ainda hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Medicações em uso: atenolol 50mg/dia, enalapril 20mg/dia, hidroclorotiazida 12,5mg/dia, AAS 100mg/dia, clopidogrel 75mg/dia, gliclazida 30mg/dia, metformina 850mg, três vezes ao dia, atorvastatina 20mg/dia. Tem baixo grau de atividade física, limitado por claudicação intermitente para 50 metros. Tabagista 50 maços-ano, atualmente 20 cigarros/dia. Ex-etilista social parou há cinco meses. Nega sintomas de dispneia, precordialgia, tosse, chiado ou síncope após a colocação do *stent*. Nega alergias. Nega história de sangramento. Exame clínico: PA=142x88 mmHg; FC=86 bpm; IMC= 32 Kg/m<sup>2</sup>; SatO<sub>2</sub> ar ambiente=96%. Bom estado geral, consciente, orientado, anictérico, acianótico, afebril, eupneico. Coração, pulmões e abdômen normais. Extremidades: pulsos diminuídos em MIE, perfusão diminuída em MIE. Exames pré-operatórios: ECG: ritmo sinusal, alterações difusas da repolarização ventricular. Radiografia de tórax normal. Ureia= 50mg/dL; creatinina=1,2mg/dL; Na=145mEq/L; K=5,1mEq/L; glicemia de jejum=152mg/dL; hemoglobina=14,7g/dL; leucócitos=8.760/mm<sup>3</sup>; plaquetas= 452.000/mm<sup>3</sup>, coagulograma normal.

Com relação ao manejo das medicações deste paciente para a cardioproteção, a melhor conduta é:

- (A) Aumentar a dose de atenolol, suspender AAS sete dias antes do procedimento, manter clopidogrel, enalapril, atorvastatina e hidroclorotiazida no perioperatório.
- (B) Suspender clopidogrel cinco dias antes da cirurgia, suspender AAS sete dias antes da cirurgia, manter atenolol, hidroclorotiazida, enalapril e atorvastatina no perioperatório.
- (C) Trocar atenolol por diltiazem 60mg/dia, suspender clopidogrel sete dias antes da cirurgia, manter AAS, enalapril, hidroclorotiazida e atorvastatina no perioperatório.
- (D) Aumentar dose de atenolol, suspender clopidogrel cinco dias antes do procedimento, suspender enalapril no dia do procedimento e manter AAS, hidroclorotiazida e atorvastatina no dia do procedimento.

**ATENÇÃO:** O caso seguinte se refere às questões 70 e 71:

Mulher de 52 anos, negra, com diagnóstico de esclerose sistêmica forma difusa, iniciou tratamento para alveolite pulmonar há quatro meses. Vem em consulta de retorno. Exame clínico: PA=200 x 120 mmHg. Exames laboratoriais: creatinina=2,8 mg/dL; ureia = 82 mg/dL; hemoglobina = 9 g/dL; leucócitos = 12.000mm<sup>3</sup>; haptoglobina < 10 mg/dL; bilirrubina total = 2,5 mg/dL; bilirrubina indireta = 2 mg/dL.

**QUESTÃO 70.**

Dos fatores abaixo, o que deve ter contribuído mais significativamente para essa evolução foi:

- (A) Comprometimento pulmonar precoce.
- (B) Pulsoterapia com ciclofosfamida intravenosa mensal.
- (C) Uso de prednisona em dose > 20 mg/dia.
- (D) Uso de micofenolato de mofetila 3 g/dia.

**QUESTÃO 71.**

O tratamento recomendado para esta condição é:

- (A) Captopril.
- (B) Pulsoterapia com metilprednisolona.
- (C) Pulsoterapia com ciclofosfamida.
- (D) Amlodipino.

**ATENÇÃO:** O caso seguinte se refere às questões 72 e 73:

Mulher de 33 anos tem antecedente de transplante renal (devido a glomerulonefrite crônica) há um ano. Vem ao pronto-socorro com queixa de cefaleia, náuseas e baixa acuidade visual. Atualmente, está em uso de prednisona 5 mg/dia, tacrolimus 4 mg/dia e micofenolato mofetil 720 mg/dia, além de amlodipino 5 mg/dia. Exame clínico: PA=160 x 100 mmHg; FC=98 bpm; FR=18 irpm; T = 36,9°C; SatO<sub>2</sub> = 96% em ar ambiente. Exame neurológico sem déficits motores ou sensitivos, lúcida, orientada. Fundoscopia sem alterações. Campimetria por confrontação revela hemianopsia bilateral. O restante do exame físico é normal. Tomografia de crânio abaixo:

**QUESTÃO 72.**

A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Hemorragia subaracnoidea.
- (B) Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível.
- (C) Acidente vascular encefálico isquêmico.
- (D) Encefalopatia hipertensiva.

**QUESTÃO 73.**

O tratamento específico para esse diagnóstico é:

- (A) Controle rigoroso da pressão arterial.
- (B) Manitol 20% 250 mL, endovenoso.
- (C) Arteriografia com possível embolização.
- (D) Suspensão do tacrolimus.



**QUESTÃO 74.**

Mulher de 23 anos, com antecedente de diabetes mellitus tipo 1, é internada no hospital após episódio de gastroenterite aguda, quando ficou sem tomar insulina devido à baixa ingestão oral. Chegou ao hospital com o resultado de exames laboratoriais (1), com os quais foi submetida à hidratação com soro fisiológico (4 litros), recebeu 200 mL de NaHCO<sub>3</sub> 8,4% e insulino-terapia endovenosa (bolus inicial de 0,15 U/Kg e infusão inicial em 0,1 U/Kg/h). No momento em que os exames laboratoriais (2) foram coletados, oito horas após, a paciente está sem náuseas, refere sede e está recebendo insulina endovenosa 3 U/h, além de soro glicosado 5% 1000 mL + NaCl 20% 20 mL + KCl 19,1% 10 mL a cada oito horas.

EXAME	COLETA 1	COLETA 2
pH	6,93	7,31
pCO <sub>2</sub> (mmHg)	5	35
Bicarbonato (mEq/L)	3	22
Excesso de Bases (mEq/L)	- 20	- 3
Sódio (mEq/L)	132	145
Potássio (mEq/L)	6,0	3,0
Cloro (mEq/L)	103	106
Albumina (g/dL)	NC	3,0
Glicemia (mg/dL)	512	156

A conduta a ser adotada frente à coleta 2 é:

- (A) Administrar insulina regular subcutânea, oferecer dieta para diabético e desligar bomba de infusão de insulina após 1 hora da dose de insulina.
- (B) Liberar ingestão via oral de água e suspender bomba de infusão de insulina após 1 hora de administração de insulina NPH subcutânea.
- (C) Manter bomba de infusão de insulina, reposição de potássio endovenosa e liberar ingestão via oral de água.
- (D) Administrar insulina ultra-rápida subcutânea, desligar bomba de infusão de insulina, reposição de potássio via oral e liberar ingestão de água.

**QUESTÃO 75.**

Mulher de 63 anos, em programação de artroplastia de quadril. Tem antecedente de artrite reumatoide em uso de hidroxiquina 400mg/dia, metotrexato 25mg/semana, leflunomida 20mg/dia e prednisona 20mg/dia. Tem baixo grau de atividade física. Nega sintomas de dispneia, precordialgia, tosse, chiado ou síncope. Nega tabagismo. Nega etilismo. Nega alergias. Nega história de sangramentos. Exame clínico: PA 150x88 mmHg; IMC: 32Kg/m<sup>2</sup> sem outras alterações. Exames: ECG e radiografia de tórax e exames laboratoriais normais.

Com relação ao cuidado perioperatório, a opção correta é:

- (A) Suspender metotrexato dois meses antes da cirurgia e suspender a prednisona uma semana antes da cirurgia.
- (B) Suspender metotrexato uma semana antes da cirurgia e administrar hidrocortisona no dia da cirurgia.
- (C) Manter metotrexato, administrar hidrocortisona no dia da cirurgia.
- (D) Manter metotrexato e suspender prednisona três dias antes da cirurgia.

**ATENÇÃO:** O caso seguinte se refere às questões 76 e 77:

Homem de 24 anos, previamente hígido, entra no pronto-socorro trazido por amigos após festa. O mesmo iniciou, há cerca de 30 minutos, com confusão mental e cefaleia seguidas de vômito. À chegada no hospital, está agitado, desorientado, pupilas isocóricas e fotorreagentes; PA = 150 x 80 mmHg; FC = 110 bpm; FR = 20 irpm; T = 37,5°C; restante do exame físico sem alterações. Após coleta de exames laboratoriais que evidenciaram Na=115 mEq/L, evoluiu com crise convulsiva prolongada seguida de vômitos com broncoaspiração maciça de conteúdo gástrico. Peso estimado = 70 kg.

**QUESTÃO 76.**

A conduta imediata mais adequada é:

- (A) 863 mL de NaCl 3% em 24 horas para correção de 8 mEq/L de Na sérico.
- (B) 40 mL de NaCl 20% em bolus associado a 1 mcg de DDAVP.
- (C) 1.295 mL de NaCl 3% em 24 horas para correção de 12 mEq/L de Na sérico.
- (D) 100 – 150 mL de NaCl 3% em bolus, repetindo em até três vezes em intervalos de 10 minutos.

**QUESTÃO 77.**

O paciente foi submetido à intubação em sequência rápida para proteção de vias aéreas e colocado em ventilação mecânica. Trinta minutos após intubação, estava em RASS=4, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem abalos clônico. Exame clínico: PA = 110 x 70 mmHg; FC = 140 bpm; FR = 30 irpm; SatO<sub>2</sub> = 92%, T=38,5°C; Perfusão periférica regular; ausculta pulmonar com roncocal bilaterais e estertores bibasais. Restante do exame clínico sem particularidades. Gasometria arterial: pH=7,31; pCO<sub>2</sub>=30 mmHg; pO<sub>2</sub>=62 mmHg; bicarbonato=18 mEq/L; lactato=42 mg/dL. Parâmetros ventilatórios: Volume corrente=6 mL/Kg; FR = 25 irpm; FiO<sub>2</sub> = 50%; PEEP = 8 cmH<sub>2</sub>O. Radiografia de tórax com infiltrado pulmonar bilateral.

A conduta mais apropriada é:

- (A) Não iniciar antimicrobianos.
- (B) Ceftriaxone e claritromicina.
- (C) Ceftriaxone e clindamicina.
- (D) Levofloxacino.

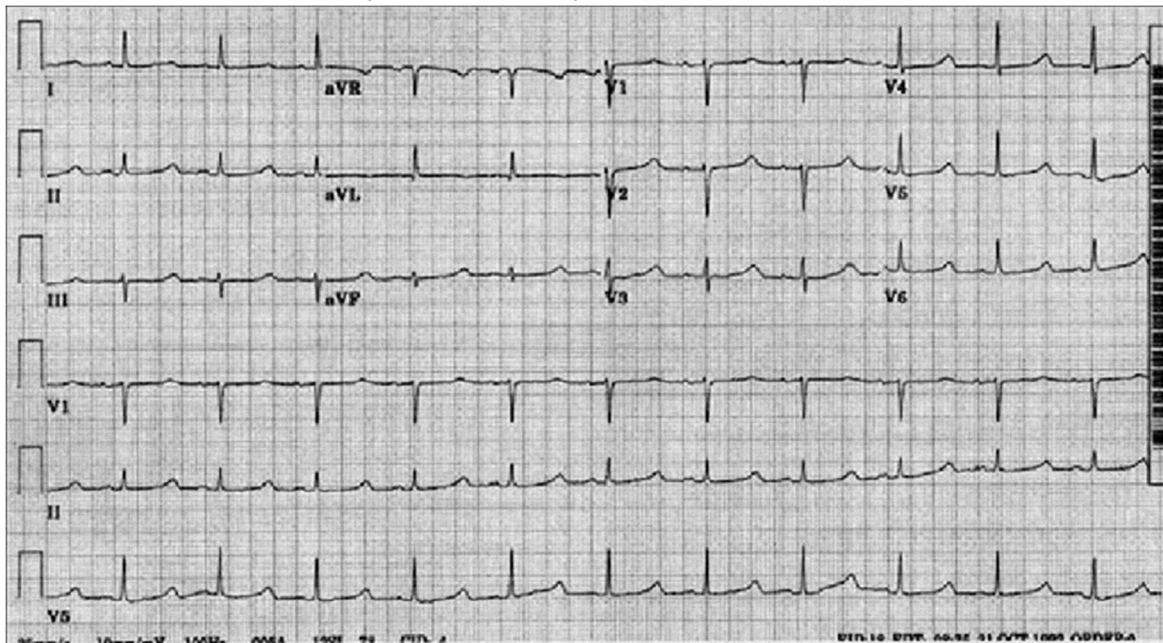
**QUESTÃO 78.**

Homem de 60 anos portador de miocardiopatia chagásica classe funcional IV melhorou com enalapril 20 mg de 12/12 h, carvedilol 25mg 12/12 h, espironolactona 50 mg/dia, furosemida 40 mg pela manhã e digoxina 0,25 mg/dia. Evoluiu para classe funcional II. Há três semanas parou todas as medicações por quadro depressivo evoluindo com piora da dispneia, agora aos mínimos esforços e edema progressivo de membros inferiores e ortopneia, PA=90 x 60 mmHg, FC=84 bpm. Exames: hemoglobina=12 g/dL, Na=130 mEq/L, K=5,5 mEq/L, ureia=120 g/dL, creatinina=3,0 mg/dL. A(s) medicação(ões) a ser(em) prescrita(s) neste momento é (são):

- (A) Furosemida EV, carvedilol 12,5 mg 12/12 h.
- (B) Furosemida EV, carvedilol 6,25 mg 12/12 h, enalapril 10 mg 12/12 h.
- (C) Furosemida EV.
- (D) Furosemida EV, enalapril 10 mg de 12/12 h.

### QUESTÃO 79.

Mulher de 47 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensão arterial e depressão, não sabendo as medicações que utiliza, é trazida pelos familiares, pois “hoje não acordou”. Exame clínico: REG; FR=24 ipm; FC=78 bpm; SatO<sub>2</sub> ar ambiente=94%; PA=80x50 mmHg; T=35,5°C; glicemia capilar=350 mg/dL. Pulmões com roncospinos difusos. Coração, abdômen e membros inferiores sem alterações. Exame neurológico: Escala de coma de Glasgow=10 (AO2; MRM4; MRV4), sem déficits focais aparentes. Sinais de liberação esfinteriana. Pupilas midriáticas. Eletrocardiograma de 12 derivações:



Além das medidas de suporte, a melhor conduta nesse momento é:

- (A) Hemodiálise.
- (B) Bicarbonato de sódio.
- (C) Insulinoterapia.
- (D) Fenitoína.

### QUESTÃO 80.

Mulher de 38 anos, com nódulo adrenal descoberto em tomografia computadorizada de abdome (tumor de 2 cm na adrenal direita com 8 UH) realizada durante investigação de quadro de dor abdominal. Hipertensa há quatro anos, refere controle difícil da PA apesar do uso de três anti-hipertensivos em dose máxima (hidroclorotiazida, inibidor de ECA + bloqueador de canal de cálcio). Ocasionalmente, tem câimbras e fraqueza muscular. Nega história familiar de hipertensão arterial. Paciente sem estigmas de síndrome de Cushing, com IMC=27kg/m<sup>2</sup>; PA=150/100 mmHg (supina e ortostática); FC = 72 bpm.

A etiologia mais provável desta hipertensão deverá ser elucidada através de:

- (A) Teste de supressão com dexametasona.
- (B) Anatomo-patológico de adrenal.
- (C) Metanefrinas urinárias.
- (D) Dosagem de aldosterona/atividade de renina.

### QUESTÃO 81.

Homem de 58 anos, apresenta quadro de síndrome nefrótica, hipertensão arterial, creatinina sérica= 2,0 mg/dL, eletroforese de proteínas com pico monoclonal, identificado como cadeia *kappa*. O diagnóstico mais provável deste quadro é:

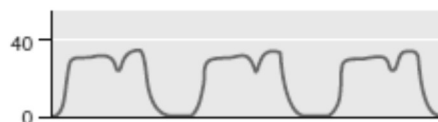
- (A) Glomerulonefrite membranosa.
- (B) Mieloma múltiplo (nefropatia dos cilindros).
- (C) Amiloidose secundária.
- (D) Nefropatia de cadeias leves.

**ATENÇÃO:** O caso seguinte se refere às questões 82 e 83:

Homem de 27 anos internou na UTI com pneumonia comunitária grave. Está intubado, sedado com midazolam 10 mg/h em *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) = 5, hemodinamicamente estável, sem drogas vasoativas. Os parâmetros da ventilação são: volume corrente = 6 mL/kg de peso ideal, PEEP = 16 cmH<sub>2</sub>O, Pressão de platô = 30 cmH<sub>2</sub>O, FR = 25 irpm, FiO<sub>2</sub> = 70%. Gasometria arterial: pH=7,32; pCO<sub>2</sub> 32 mmHg; pO<sub>2</sub> 70 mmHg; BIC = 20 mEq/L.

### QUESTÃO 82.

A capnografia abaixo indica:



- (A) Esforço inspiratório.
- (B) Obstrução de via aérea por secreção.
- (C) Broncoespasmo.
- (D) Vazamento no circuito ventilatório.

### QUESTÃO 83.

A conduta imediata frente aos achados é:

- (A) Aumentar dose do midazolam.
- (B) Iniciar bloqueador neuromuscular.
- (C) Iniciar broncodilatadores inalatórios.
- (D) Trocar tubo orotraqueal.

### QUESTÃO 84.

Mulher de 63 anos vem à consulta médica assintomática. Refere hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, ambos controlados. Menopausa aos 52 anos. Realiza exercícios físicos regulares e ingere dois copos de leite e dois copos de iogurte diariamente. Mãe com diagnóstico de osteoporose, com prótese articular de quadril devido a fratura de colo de fêmur após queda de própria altura. Realizou exames, abaixo:

Densitometria óssea:

- coluna lombar (L1-L4): DMO: 1,100 g/cm<sup>2</sup>; T-score: -1,2; Z-score: -0,9

- colo do fêmur: DMO: 0,715 g/cm<sup>2</sup>; T-score: -1,6; Z-score: -0,1

- fêmur total: DMO: 0,940 g/cm<sup>2</sup>; T-score: -0,6; Z-score: 0,4

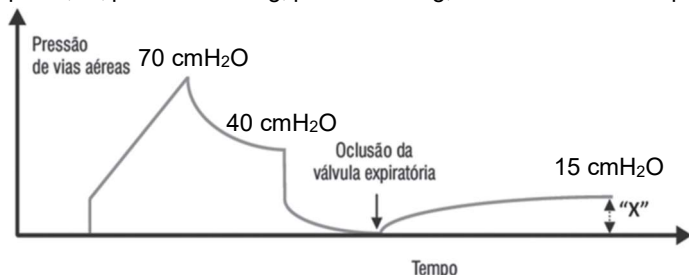


O diagnóstico e o tratamento recomendado, respectivamente, são:

- (A) Osteopenia leve; não há indicação de tratamento específico.
- (B) Osteopenia grave; carbonato de cálcio e vitamina D.
- (C) Osteoporose; vitamina D e bisfosfonato.
- (D) Osteoporose; carbonato de cálcio, vitamina D e bisfosfonato.

### QUESTÃO 85.

Durante a ventilação de um paciente na UTI, foi efetuada manobra para oclusão da válvula expiratória do respirador com os seguintes parâmetros ventilatórios: FiO<sub>2</sub>=60%; PEEP=5 cmH<sub>2</sub>O; FR = 18 irpm; volume corrente = 6 mL/kg de peso ideal; fluxo inspiratório = 40 L/min. Gasometria arterial: pH=7,25; pCO<sub>2</sub>=50mmHg; pO<sub>2</sub>=80mmHg; bicarbonato=26 meq/L



Considerando o diagnóstico mais provável, a melhor conduta frente aos achados acima é:

- (A) Reduzir frequência respiratória e diminuir fluxo inspiratório.
- (B) Aumentar frequência respiratória e aumentar fluxo inspiratório.
- (C) Aumentar frequência respiratória e diminuir fluxo inspiratório.
- (D) Reduzir frequência respiratória e aumentar fluxo inspiratório.

**ATENÇÃO:** O caso seguinte se refere às questões 86 e 87:

Paciente masculino, 48 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2, está no 3º dia de internação na UTI com o diagnóstico de choque séptico de foco pulmonar, em tratamento com ceftriaxone e claritromicina. Sua evolução ao longo dos dias está resumida na tabela abaixo.

	Admissão	D1	D2	D3
RASS	-3	-1	0	0
Noradrenalina (mg/Kg/min)	0,5	0,2	0	0
Lactato (mg/dL)	42	27	10	NC
Relação PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	100	120	120	160
Creatinina (mg/dL)	1,5	2,2	2,5	2,5
Diurese (mL/24h)	-	300	300	600
Balanço Hídrico (mL/24h)	+ 3.500	+1.600	+1.200	+800
Plaquetas (x 1.000)	120	88	52	35
Bilirrubina total (mg/dL)	0,5	0,8	1,2	2,5

No dia 3 (D3) pela manhã, o paciente estava em modo pressão de suporte com PEEP = 5 cmH<sub>2</sub>O, PS = 12 cmH<sub>2</sub>O e FiO<sub>2</sub>= 40%. Foi realizado um teste de respiração espontânea (Tubo T) e o paciente apresentou sudorese, hipertensão, taquipneia e desconforto respiratório com 20 minutos do teste.

### QUESTÃO 86.

A conduta mais adequada em relação ao desmame ventilatório é:

- (A) Proceder à extubação com ventilação não-invasiva facilitadora.
- (B) Prescrever diuréticos de modo a atingir balanço hídrico negativo nas próximas 24 horas.
- (C) Realizar novo teste de respiração espontânea à tarde, após otimizar higiene brônquica.
- (D) Realizar novo teste de respiração espontânea quando a relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> for > 200.

### QUESTÃO 87.

Em relação à história natural da síndrome de disfunção de múltiplos órgãos e à fisiopatologia das diferentes disfunções orgânicas do caso em questão, assinale a alternativa correta:

- (A) A hiperbilirrubinemia ocorre por déficit de conjugação da bilirrubina nos hepatócitos.
- (B) O quadro de disfunção renal tem como principal mecanismo o baixo fluxo sanguíneo renal.
- (C) O valor de creatinina no 2º dia de internação reflete o insulto ocorrido à admissão na UTI.
- (D) A plaquetopenia em progressão significa piora clínica.

### QUESTÃO 88.

Homem de 42 anos, assintomático, vem para avaliação para início de atividade física. Tem antecedente de morte súbita na família (mãe aos 40 anos). Exame clínico: sopro mesossistólico rude 3+/6+, ejetivo, mais audível em borda esternal esquerda, 2º espaço intercostal direito e úrcula, que aumenta de intensidade com manobra de Valsalva. Em relação a este paciente:

- (A) Mesmo assintomático a atividade física competitiva está contraindicada.
- (B) Caso evolua com sintomas, deverá ser submetido a troca valvar aórtica com prótese biológica.
- (C) Caso evolua com sintomas, deverá ser submetido a troca valvar aórtica com prótese metálica.
- (D) Poderá fazer atividade física intensa após eletrocardiograma de esforço normal.

**QUESTÃO 89.**

Homem de 43 anos está internado na UTI há 10 dias devido a quadro de acidente vascular cerebral hemorrágico, tendo evoluído com pneumonia no 7º dia de ventilação mecânica. Pelo protocolo institucional, foi iniciada antibioticoterapia empírica com vancomicina, meropenem e colistina. Hoje, o paciente encontra-se hemodinamicamente estável, afebril, com melhora do aspecto e quantidade da secreção traqueal e relação PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> em melhora. Resultado da cultura de secreção traqueal colhida antes da introdução dos antimicrobianos: *Pseudomonas aeruginosa*. Antibiógrama a seguir:

Antibiógrama	
Amicacina	16 S
Cefepime	>= 64 R
Ceftazidima	32 R
Ciprofloxacina	<= 0,5 S
Colistina	<= 0,5 S
Gentamicina	1 S
Imipenem	>= 16 R
Meropenem	>= 16 R

A conduta a ser adotada é:

- (A) Manter terapia combinada com colistina e meropenem por catorze dias.
- (B) Manter terapia combinada com colistina e ciprofloxacino por sete dias.
- (C) Trocar antimicrobianos para gentamicina e completar catorze dias de terapia.
- (D) Trocar antimicrobianos para ciprofloxacino e completar sete dias de terapia.

**QUESTÃO 90.**

Mulher de 79 anos, em investigação de dor epigástrica, foi submetida à ressonância de abdome que evidenciou diversos cistos pancreáticos localizados em corpo e cauda de pâncreas. O maior de 6mmx3mm, tem comunicação com o ducto principal, que tem calibre preservado. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Pseudocisto pancreático.
- (B) Neoplasia Mucinoso Papilar Intraductal de ductos secundários (IPMN).
- (C) Adenocarcinoma pancreático com transformação cística.
- (D) Neoplasia Neuroendócrina Múltipla (NEM).

**QUESTÃO 91.**

No esquema de erradicação do *Helicobacter pylori* utilizamos um inibidor da bomba de prótons. A ação desta medicação, neste contexto é:

- (A) Ter ação intrinsecamente bactericida.
- (B) Induzir a uma redução no metabolismo da bactéria, diminuindo sua população.
- (C) Promover elevação do pH intra-gástrico, aumentando a biodisponibilidade dos antibióticos.
- (D) Induzir aumento do metabolismo da bactéria, tornando-a mais susceptível aos antibióticos.

**QUESTÃO 92.**

Homem de 80 anos, com antecedente de hipertensão (usa enalapril 10 mg 12/12h), realizou cirurgia para correção de hérnia inguinal e foi observado implante em peritônio durante o procedimento, além de pequena ascite. Nega história de tabagismo ou etilismo. A análise do líquido ascítico foi positiva para células neoplásicas, com quadro citológico compatível com carcinoma. A biópsia do implante mostrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastático, com a seguinte conclusão do exame de imuno-histoquímica: "perfil não permite apontar com precisão o sítio primário, mas frente ao contexto morfológico tem-se como sítio mais provável o trato digestivo proximal, especificamente vias bileopancreáticas". Ao exame físico, paciente apresenta-se em bom estado geral, sem outras alterações, apenas discreta dor à palpação de região inguinal direita. Realiza normalmente as atividades de vida diária. Não tem qualquer outra queixa, inclusive do trato gastrointestinal. Traz ultrassonografia de abdômen (laudo: pequena ascite, sem outras alterações) e radiografia de tórax normal.

Para o diagnóstico de sítio primário, o(s) próximo(s) exame(s) a ser(em) solicitado(s) deve(m) ser:

- (A) Tomografias com contraste de tórax, abdômen e pelve.
- (B) Dosagem de marcadores tumorais séricos (PSA, CEA, CA 19-9, CA 125 e CA 15-3).
- (C) Colangioproressonância.
- (D) Colonoscopia.

**QUESTÃO 93.**

Homem de 62 anos está internado na UTI há seis dias devido a quadro de traumatismo raquimedular (nível T4) e fratura exposta de úmero direito, com fixador externo. Está em uso de doses baixas de noradrenalina (0,05 mcg/min) desde a internação, em uso de morfina 5mg de 4/4h para controle de dor. Desde a internação não evacua e apresenta distensão abdominal progressiva. Ao exame: Tax=36,2°C; FC=48 bpm; FR=18 irpm; PA=90 x 50 mmHg; abdome distendido, indolor. Sem outras alterações ao exame clínico.

Rx de abdome abaixo:



A conduta mais apropriada é:

- (A) Colonoscopia descompressiva.
- (B) Neostigmina endovenosa.
- (C) Cecostomia descompressiva.
- (D) Bisacodil + fleet enema.

**QUESTÃO 94.**

Mulher de 78 anos em programação de histerectomia abdominal com linfadenectomia por neoplasia de endométrio. Em tratamento de depressão e síndrome do pânico com sertralina 100mg ao dia, amitriptilina 50mg ao dia e clonazepam 2mg ao dia. É hipertensa, em uso de enalapril 20mg/dia, dislipidêmica em uso de atorvastatina 20mg/dia e teve um AVCi há três anos, com hemiparesia grau IV em MSE, em uso de AAS 100mg/dia. Tem baixo grau de atividade física. Nega sintomas de dispneia, precordialgia, tosse, chiado ou síncope. Ex-tabagista 40 maços-ano, parou há 15 anos. Nega etilismo. Nega alergias. Nega história de sangramento. Exame clínico: PA= 150x88mmHg; FC= 88bpm; IM= 32Kg/m<sup>2</sup>; SatO<sub>2</sub> ar ambiente= 96%, restante normal. Exames pré-operatórios: normais.

Quanto a prevenção de delirium pós-operatório, deve-se:

- (A) Retirar sertralina e amitriptilina e manter clonazepam.
- (B) Acrescentar risperidona à noite.
- (C) Retirar todas as medicações e se agitar fazer contenção física.
- (D) Manter a setralina, a amitriptilina e o clonazepam.

**QUESTÃO 95.**

Mulher de 38 anos está em programação de esofagectomia distal videolaparoscópica devido a estenose cáustica de esôfago. Em tratamento de depressão com escitalopram 60mg/dia, trazodona 100mg/dia e clonazepam 2mg/dia. Asmática desde a infância, sem uso de medicação atual, com última exacerbação há três anos. Tem baixo grau de atividade física, ficando a maior parte do tempo sentada ou deitada em casa, dependendo dos familiares para o autocuidado. Nega outros sintomas. Exame clínico: descorada +/-; PA = 92x60 mmHg; FC=100 bpm; IMC=16Kg/m<sup>2</sup>; SatO<sub>2</sub> ar ambiente=96%. Restante normal.

**Exames pré-operatórios:** ECG e radiografia de tórax normais. Creatinina = 0,4mg/dL; Na = 135mEq/L; K=3,5mEq/L; glicemia de jejum=72mg/dL; albumina=2,8mg/dL; hemoglobina= 9,8 g/dL; hematócrito = 31%; leucócitos = 4230/mm<sup>3</sup>; plaquetas=162.000/mm<sup>3</sup>; coagulograma normal.

O(s) fator(es) de risco para complicação respiratória nessa paciente é(são):

- (A) Antecedente de asma e anemia.
- (B) Desnutrição e dependência funcional.
- (C) Uso de trazodona e clonazepam.
- (D) Cirurgia videolaparoscópica e antecedente de asma.

**QUESTÃO 96.**

Um paciente está internado na UTI após receber enxerto fêmuro-poplíteo por isquemia de membro inferior. No 1º pós-operatório evolui com queda acentuada de pressão arterial com rotura da anastomose poplíteo do enxerto. Você contata a equipe de cirurgia vascular e decide por intubar o paciente por choque e diminuição do nível de consciência.

O medicamento mais indicado para sedação neste contexto é:

- (A) Etomidato.
- (B) Propofol.
- (C) Tiopental.
- (D) Midazolam.

**ATENÇÃO:** O caso seguinte se refere às questões 97 e 98:

Mulher de 49 anos está internada na UTI há três dias com diagnóstico de pancreatite aguda biliar grave. Ao exame clínico: T = 37,9°C; FC = 115 bpm; FR = 24 irpm; SatO<sub>2</sub> = 92% com cateter nasal a 2L/min; PA=100 x 60 mmHg em uso de noradrenalina 0,1 mcg/Kg/min, com boa perfusão periférica. Lúcida, orientada, abdome com distensão abdominal moderada. Realizou tomografia computadorizada do abdome: necrose pancreática = 60%, com coleções fluidas agudas peripancreáticas.

**QUESTÃO 97.**

A conduta mais apropriada, neste momento, é:

- (A) Ciprofloxacino + Metronidazol.
- (B) Imipenem - cilastatina.
- (C) Observação clínica.
- (D) Drenagem percutânea de coleções.

**QUESTÃO 98.**

A conduta mais apropriada, do ponto de vista nutricional, na primeira semana, é:

- (A) Iniciar dieta pela via oral quando a paciente apresentar fome.
- (B) Iniciar dieta pela via enteral pós-Treitz de imediato.
- (C) Iniciar dieta pela via parenteral de imediato.
- (D) Iniciar dieta pela via oral quando voltar a apresentar ruídos hidroaéreos.

**QUESTÃO 99.**

São internados dois pacientes com história de etilismo: um com cirrose hepática avançada e o outro com hepatite alcoólica aguda. Ambos desenvolvem agitação psicomotora por síndrome de abstinência alcoólica.

Das drogas abaixo, a mais indicada neste momento é:

- (A) Lorazepam.
- (B) Clordiazepóxido.
- (C) Diazepam.
- (D) Haloperidol.

**QUESTÃO 100.**

Homem de 88 anos, internado para investigação de dores difusas e perda de peso não quantificada e queda do estado geral nos últimos dois meses. Até então tinha autonomia para atividades diárias. Exame clínico: emagrecido e restrito ao leito, sem déficits motores focais, com fraqueza muscular generalizada. Toque retal: próstata bastante aumentada e de consistência pétreo. PSA: 790 ng/mL. Radiografias ósseas com inúmeras lesões blásticas sugestivas de metástases. Função hepática, renal e eletrólitos: normais. A conduta mais adequada para este paciente é:

- (A) Poliquimioterapia.
- (B) Orquiectomia bilateral.
- (C) Cuidados paliativos exclusivos.
- (D) Radioterapia para analgesia.

# Prova Escrita Dissertativa

## CASO 1

Mulher de 78 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensão arterial e neoplasia maligna de mama (faz uso de metformina 2000mg/dia, losartana 50mg/dia e tamoxifeno 20mg/dia) procura o pronto-socorro com dispneia progressiva há três semanas, com piora há sete dias, quando passou a manifestar-se em repouso. Tem tosse seca esporádica. Sem febre ou dor torácica. Ao exame clínico: regular estado geral, FR=32 ipm, FC=78 bpm, SatO<sub>2</sub> ar ambiente= 88%, PA=130x60 mmHg; T=36,5°C; glicemia capilar=180 mg/dL. Exame pulmonar com abolição dos murmúrios vesiculares nos 2/3 inferiores direitos, com ausculta da voz diminuída e percussão maciça nessa região. Sinais de mastectomia total bilateral. Exame cardíaco, abdominal e neurológico normais. Feito esvaziamento de tórax com saída de 2,5 litros.

A paciente evolui após uma hora com piora da dispneia, tosse produtiva com escarro espumoso, febre (37,8°C) e hipotensão. Apresentando estertores pulmonares bilaterais (mais intensos à direita).

**QUESTÃO DISSERTATIVA 01:** A hipótese para o último evento (pós-esvaziamento) é:

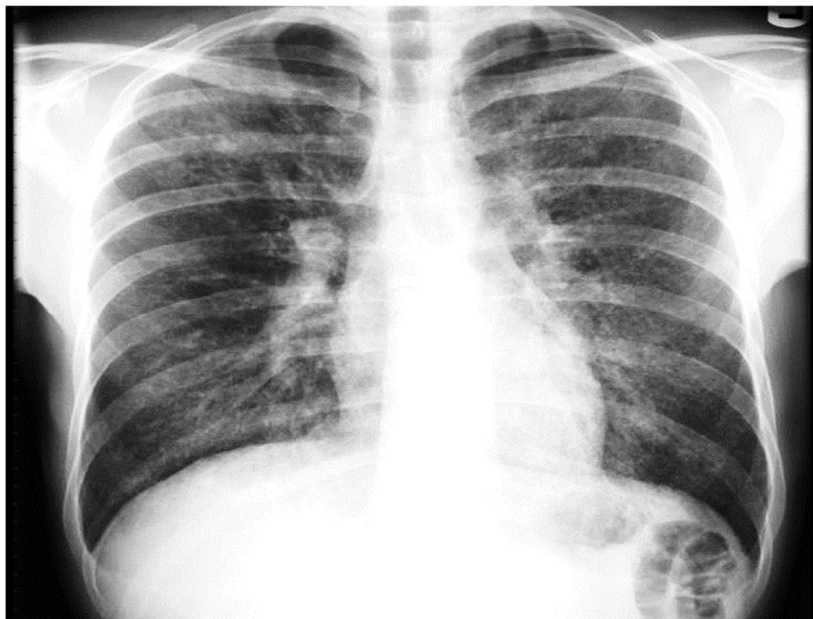
## CASO 2

Homem de 55 anos vem ao pronto-socorro com história de três dias de dor torácica ventilatório-dependente, que piora à respiração profunda e melhora quando flete o tórax anteriormente. Neste período, refere mal-estar inespecífico, fadiga e febre de até 38,5°C. Nega tosse. Há dez dias foi internado por infarto agudo do miocárdio recebendo apenas tratamento clínico. Recebeu alta uma semana após a internação e estava assintomático até o início do quadro atual. Exame clínico: regular estado geral, corado, eupneico, T=38°C, PA=120x80 mmHg.

**QUESTÃO DISSERTATIVA 02:** A principal hipótese diagnóstica (completa) para o quadro de três dias é:

## CASO 3

Homem de 26 anos vem ao pronto socorro com queixa de dispneia progressiva há três semanas, inicialmente aos esforços, atualmente em repouso. No mesmo período iniciou tosse seca e febre intermitente de 38°C. Diz ter tomado sete dias de levofloxacino, terminando o ciclo há um dia, sem melhora dos sintomas. Exame clínico: emagrecido, FR=30 ipm, FC= 96bpm, SatO<sub>2</sub> ar ambiente=90%, PA=100x60 mmHg. Placas esbranquiçadas, removíveis com a espátula, em mucosa oral. Exames pulmonar, cardíaco, abdominal e de membros inferiores sem alterações. Sorologia anti-HIV: positiva. Demais exames laboratoriais sem alterações expressivas exceto por desidrogenase láctica (DHL)=685 U/L; gasometria arterial em ar ambiente: pH=7,47; paO<sub>2</sub>=70mmHg; PaCO<sub>2</sub>=24mmHg; bicarbonato=24 mEq/L; SatO<sub>2</sub> ar ambiente=91%. Rx de tórax:

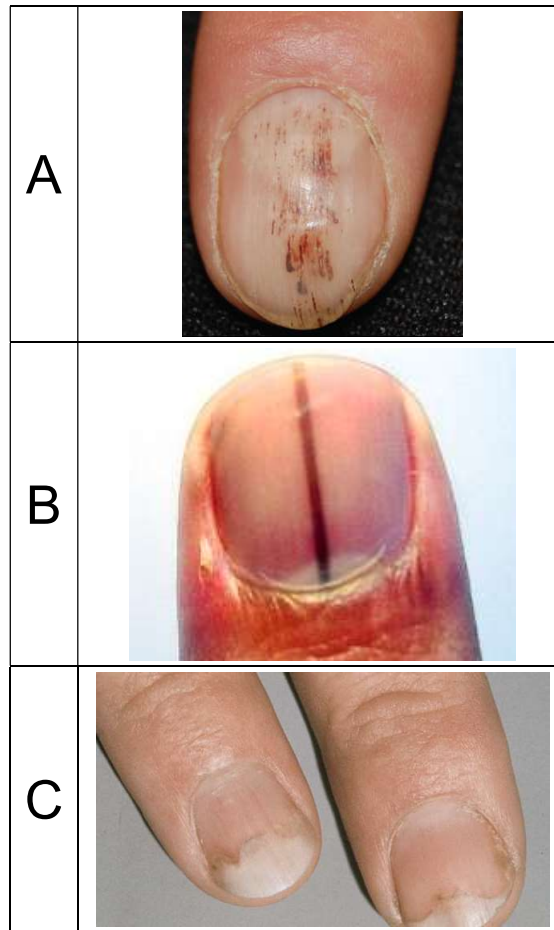


Foi introduzido sulfametoxazol-trimetoprim (20 mg/Kg/dia de trimetoprim) e nistatina para bochecho e deglutição. O paciente evoluiu afebril, estável hemodinamicamente, porém no 4° dia de tratamento apresentou piora da dispneia e da saturação. Novo Rx de tórax com padrão semelhante ao inicial. Foi então aumentado suporte de O<sub>2</sub>, iniciadas fisioterapia e ventilação mecânica não invasiva.

**QUESTÃO DISSERTATIVA 03:** Neste momento devemos prescrever (medicação e dose):

## CASO 4

Para as duas próximas questões, considere as imagens apresentadas.



**QUESTÃO DISSERTATIVA 04:** Faça a associação entre as imagens e as seguintes doenças:

- I. Doença endocrinológica
- II. Doença infecciosa
- III. Doença nefrológica
- IV. Doença consumptiva de longa duração
- V. Doença reumatológica
- VI. Neoplasia dermatológica

## CASO 5

**QUESTÃO DISSERTATIVA 05:** Os prováveis diagnósticos destas doenças são:

