

Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, no cartão-resposta, 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 o cartão-resposta, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

CLÍNICA MÉDICA

Um paciente de 72 anos de idade, diabético, foi admitido no departamento de emergência sonolento, hipoativo, taquipneico e febril. Familiares informaram tosse produtiva e hiporexia há quatro dias. Os sinais vitais aferidos no atendimento inicial mostraram pressão arterial de 70/40 mmHg, frequência cardíaca de 126 batimentos por minuto, frequência respiratória de 28 incursões por minuto, saturação periférica de oxigênio de 81% em ar ambiente, temperatura axilar de 39,1 °C e glicemia de 168 mg/dL. Ao exame físico, o paciente pontuava 6 na escala de coma de Glasgow, suas pupilas estavam isocóricas e fotorreagentes e a ausculta pulmonar era rude, com crepitações predominantes em base pulmonar direita. O hemograma evidenciou leucocitose (21.000 leucócitos), com 14% de bastões.

Com base nesse caso hipotético e nos conceitos médicos a ele associados, julgue os itens de **1 a 6**.

- 1 O paciente pontua 2 no escore *quick SOFA*, o que confirma o diagnóstico de sepse.
- 2 O uso de soluções de albumina no tratamento do choque séptico está associado a menor índice de disfunção orgânica e menor tempo de internação.
- 3 Em caso de refratariedade à reposição volêmica, deve ser iniciada infusão de vasopressina na dose de 0,03 unidade por minuto.
- 4 Para o paciente, deve ser imediatamente iniciada terapia antimicrobiana de amplo espectro, no entanto, no momento, não é necessário incluir terapia antifúngica.
- 5 A presença de choque hemorrágico concomitante ou isquemia miocárdica ativa é indicativa de transfusão de hemácias, mesmo em vigência de nível de hemoglobina maior que 7 g/dL.
- 6 As drogas de escolha para intubação orotraqueal no paciente em choque séptico são midazolam e fentanil.

A insuficiência adrenal é um distúrbio caracterizado por alteração da função adrenocortical normal. Considerando essa informação, julgue os itens de **7 a 9**.

- 7 A causa mais comum de insuficiência adrenal é a tuberculose.
- 8 Hiponatremia e hipercalemia são achados laboratoriais clássicos na insuficiência adrenal.
- 9 O valor do cortisol basal menor ou igual a 5 mg/dL confirma o diagnóstico de insuficiência adrenal.

A asma é uma doença inflamatória crônica e intermitente das vias aéreas, com prevalência estimada no Brasil de 4,5 a 8,5%. No que diz respeito à fisiopatologia da asma, julgue os itens de **10 a 12**.

- 10 A exposição a alérgenos e microrganismos pode precipitar a inflamação da submucosa e a hiperirritabilidade da musculatura lisa das vias aéreas.
- 11 Nos pacientes com asma, os níveis séricos de IgE estão frequentemente aumentados, sugerindo ativação crônica da imunidade humoral.
- 12 A inflamação do tipo Th1 é predominante na asma alérgica.

No que concerne às glomerulopatias primárias, julgue os itens de **13 a 16**.

- 13 As glomerulopatias podem se manifestar com hematúria, hipertensão, edema e proteinúria discreta, caracterizando uma síndrome nefrótica.
- 14 A doença de lesão mínima predomina em crianças e manifesta-se tipicamente com síndrome nefrótica.
- 15 A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e a obesidade são causas de glomerulosclerose segmentar e focal.
- 16 A nefropatia por IgA é considerada como a glomerulopatia mais comum mundialmente e pode se manifestar com síndrome nefrótica, proteinúria maciça e anasarca.

Um paciente de 45 anos de idade, com diagnóstico prévio de cirrose hepática, apresenta, há três dias, febre alta, dor abdominal e confusão mental. Ao exame físico, observa-se abdome globoso, ascítico e com dor à descompressão brusca.

Com base nesse caso hipotético e nos conceitos médicos a ele relacionados, julgue os itens de **17 a 20**.

- 17 A deficiência de complemento sérico e opsoninas nos pacientes cirróticos facilita o aparecimento da peritonite bacteriana espontânea.
- 18 A presença de gradiente de proteína do líquido ascítico/plasmática (GASA) < 1,1 g/dL define ascite por hipertensão portal.
- 19 Os agentes etiológicos mais comuns de peritonite bacteriana espontânea são as bactérias anaeróbias.
- 20 A peritonite bacteriana espontânea é definida pela presença de linfócitos mononucleares no líquido ascítico e no gradiente de albumina sérica/ascítico < 1,1.

Um paciente de 42 anos de idade, diabético insulino dependente, iniciou, há quatro dias, febre alta e mal-estar geral. Procurou atendimento médico e foi internado para investigação clínica, quando foi evidenciada a presença de sopro cardíaco. Evoluiu com persistência da febre, piora clínica progressiva e ocorrência de *deficit* neurológico súbito, caracterizado como perda de força em dimídio direito, alteração da fala e posterior rebaixamento do nível de consciência.

Com base nesse caso hipotético e em conceitos médicos a ele associados, julgue os itens de **21 a 28**.

- 21 O quadro clínico do paciente é sugestivo de endocardite infecciosa por *Staphylococcus aureus*.
- 22 A presença de hemocultura negativa e ecocardiograma transtorácico normal descarta o diagnóstico de endocardite infecciosa.
- 23 Endocardite por *Pseudomonas aeruginosa* e espécies de *Candida* são comuns em pacientes idosos portadores de malignidade do trato gastrointestinal.
- 24 A ocorrência de evento embólico cerebral no paciente sugere maior possibilidade de infecção por *Pseudomonas*.
- 25 A presença de esplenomegalia dolorosa é comum na endocardite aguda.
- 26 Os nódulos de Janeway localizam-se na porção terminal das falanges, são dolorosos e constituem uma das manifestações periféricas da endocardite infecciosa.
- 27 Não está indicado o uso de anticoagulante em pacientes com endocardite de valva nativa.
- 28 A presença de vegetação aórtica ou mitral maior que 1 cm, associada a evento embólico mesmo em vigência de antibioticoterapia adequada, indica a necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.

O mieloma múltiplo representa 1% de todas as doenças malignas, sendo a segunda neoplasia hematológica mais frequente. A respeito dessa temática, julgue os itens de **29 a 33**.

- 29 A dor óssea, geralmente localizada na região torácica, é o sintoma mais frequente.
- 30 No mieloma múltiplo, pode ocorrer disfunção renal secundária à obstrução tubular pelas cadeias leves monoclonais filtradas.
- 31 Os pacientes com mieloma múltiplo apresentam comprometimento da resposta humoral, deficiência de imunoglobulinas e neutropenia, o que os deixa mais susceptíveis à ocorrência de infecções.
- 32 A maioria dos pacientes apresenta produção de imunoglobulina monoclonal, sendo a imunoglobulina A (IgA) a mais frequente.
- 33 O aspirado de medula óssea dos pacientes com mieloma múltiplo evidencia redução de plasmócitos difusamente.

No que concerne aos distúrbios hidroeletrólíticos, julgue os itens de **34 a 42**.

- 34 A hiperglicemia é a principal causa de hiponatremia com osmolaridade sérica aumentada.
- 35 Algumas medicações podem causar hiponatremia por aumentarem a perda de sódio renal ou por reduzirem a secreção de hormônio antidiurético.
- 36 Em geral, a hiponatremia associada à insuficiência adrenal secundária é normovolêmica.
- 37 Hiponatremia hipovolêmica com sódio urinário menor que 25 mEq/L sugere perda renal de sódio.
- 38 Na hipernatremia secundária, as perdas insensíveis ou gastrointestinais à osmolaridade urinária é menor que 300 mOsm/L, o que sugere inefetividade do ADH.
- 39 Níveis de potássio menores que 2,7 mEq/L podem estar associados à inversão das ondas T e à depressão do segmento ST do eletrocardiograma.
- 40 A hipercalcemia pode causar fraqueza muscular de padrão ascendente e progressivo, semelhante à síndrome de Guillain-Barré, com alto risco de evolução para insuficiência respiratória.
- 41 Hipocalcemia em vigência de altos níveis séricos de paratormônio (PTH) caracteriza hipoparatiroidismo.
- 42 A hipercalcemia é comumente relacionada a quadros de malignidade, podendo ser secundária à produção tumoral de peptídeo relacionado ao PTH.

Uma paciente de 28 anos de idade apresenta anorexia e perda progressiva de peso há aproximadamente um mês. Há duas semanas, iniciou febre, mal-estar geral e *rash* malar simétrico após exposição solar. Foram realizados exames laboratoriais, que mostraram hemoglobina de 9,8 g/dL, 2.300 leucócitos/mm³, 96.000 plaquetas/mm³, Cr 1,6 mg/dL, Ur 62, velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada e proteína C-reativa (PCR) dentro dos limites da normalidade. O exame sumário de urina evidenciou proteinúria e cilindros hemáticos.

Com base nesse caso hipotético e nos conceitos médicos a ele associados, julgue os itens de **43 a 50**.

- 43 O *rash* malar simétrico e associado à fotossensibilidade constitui uma das manifestações do lúpus cutâneo agudo.
- 44 Caso seja encontrado Coombs positivo com esquizócitos na periferia, pode-se inferir que a paciente possui anemia hemolítica microangiopática.
- 45 A presença de plaquetopenia exclui o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico.
- 46 A presença de VHS elevada e baixo nível de PCR fortalece a possibilidade de se tratar de doença reumatológica ao invés de processo infeccioso.
- 47 A glomerulonefrite proliferativa difusa é a mais grave das nefrites lúpicas e pode cursar com proteinúria e hematúria.
- 48 A presença do anticorpo anti-DNA dupla hélice em pacientes com suspeita de nefrite lúpica tem valor diagnóstico e prognóstico.
- 49 A presença do anticorpo anti-RNP na ausência de anti-Sm é uma característica sorológica típica do lúpus.
- 50 Os anticorpos anti-SS-A e anti-SS-B estão relacionados ao lúpus neonatal.

Uma paciente de 45 anos de idade, em uso de quimioterapia para tratamento de câncer de mama, apresenta, há um dia, dispneia e dor torácica à inspiração. Nega febre e tosse. Não há alteração na ausculta pulmonar. A pressão arterial foi aferida em 100/60 mmHg, a frequência cardíaca é de 115 batimentos por minuto, a frequência respiratória é de 23 incursões por minuto, a saturação periférica de oxigênio em ar ambiente é de 91% e a glicemia capilar é de 113 mg/dL. Não foram evidenciados estigmas de infecção.

Com base nesse caso hipotético e nos conceitos médicos a ele relacionados, julgue os itens de **51 a 60**.

- 51** A paciente é considerada como de alto risco para ocorrência de tromboembolismo pulmonar.
- 52** O tromboembolismo pulmonar em “sela” ou “a cavaleiro” está ligado à maior incidência de instabilidade hemodinâmica.
- 53** A localização do trombo não interfere no tratamento e no prognóstico da paciente.
- 54** O quadro clínico da paciente é sugestivo de tromboembolismo pulmonar maciço.
- 55** O D-dímero é o principal exame para o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, pois apresenta alta especificidade.
- 56** As alterações eletrocardiográficas dos pacientes com tromboembolismo pulmonar podem estar relacionadas à elevação de pressões em câmaras cardíacas direitas.
- 57** A corcova de Hampton, vista na radiografia de tórax, indica obstrução completa da artéria lobar e é um sinal específico de tromboembolismo pulmonar.
- 58** A angiotomografia de tórax tem sensibilidade e especificidade diagnóstica maiores que 90%.
- 59** O baixo risco para tromboembolismo pulmonar pelo escore de Wells descarta a suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar e indica encerramento da investigação.
- 60** A paciente deve ser submetida à embolectomia cirúrgica para tratamento do tromboembolismo pulmonar.

Um paciente de 38 anos de idade apresenta, há dois dias, dor em região superior do abdome, de forte intensidade, com irradiação para o dorso e associada à hiporexia, a náuseas e a vômitos. Refere que esse quadro teve início após episódio de libação alcoólica. Foi atendido em unidade de emergência, onde foi aventada a hipótese diagnóstica de pancreatite aguda.

Com base nesse caso hipotético, julgue os itens de **61 a 66**.

- 61** Aproximadamente 80% da massa de células pancreáticas destina-se à função endócrina.
- 62** A hipertrigliceridemia é a principal causa de pancreatite aguda.
- 63** A lipase apresenta maior sensibilidade que a amilase para pancreatite aguda alcoólica.

- 64** Elevação de proteína C-reativa acima de 150 mg/dL nas primeiras 48 horas de sintomas e aumento de hematócrito e de ureia sugerem pior prognóstico.
- 65** Para melhor avaliação das complicações locais da pancreatite aguda, a tomografia computadorizada de abdome deve ser realizada nas primeiras 72 horas após o início dos sintomas.
- 66** Em caso de obstrução de colédoco ou colangite, está indicada a realização de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE).

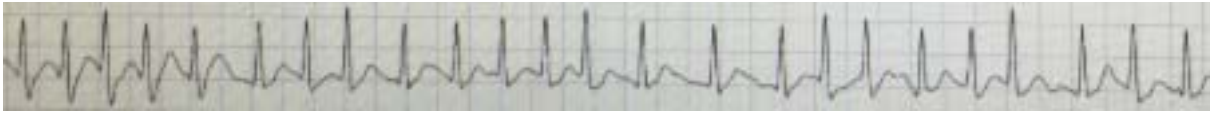
No que se refere à investigação clínica dos pacientes com insuficiência renal aguda, julgue os itens de **67 a 73**.

- 67** Uma fração excretória de sódio menor que 1% é sugestiva de necrose tubular aguda.
- 68** A fração excretória de sódio não é afetada pelo uso de diuréticos.
- 69** Fração excretória de ureia menor ou igual a 35% é compatível com insuficiência renal aguda de etiologia pré-renal.
- 70** Uma relação ureia/creatinina menor que 40 é sugestiva de insuficiência renal aguda de etiologia pré-renal.
- 71** Condições como sangramento gastrointestinal e uso de corticosteroides elevam a ureia sérica.
- 72** Na insuficiência renal aguda secundária a lesões glomerulares, podem ser encontradas hemácias dismórficas e cilindros hemáticos no exame da urina.
- 73** Na necrose tubular aguda, o sódio urinário é maior que 40 mEq/L e a fração urinária de sódio é maior que 2%.

Acerca da fisiologia da glândula tireoide e das suas patologias, julgue os itens de **74 a 81**.

- 74** A subunidade beta do TSH confere a especificidade biológica e imunológica desse hormônio.
- 75** Os hormônios tireoidianos regulam negativamente a expressão gênica de hormônio liberador de tireotrofina (TRH) pelo hipotálamo.
- 76** A doença de Graves é uma patologia autoimune caracterizada pela presença de anticorpos contra o receptor de TSH.
- 77** A presença de bócio com hipertireoidismo e oftalmopatia sugere o diagnóstico de tireoidite de Hashimoto.
- 78** Em pacientes com bócio multinodular, a tireotoxicose pode ser desencadeada por situações que aumentam a oferta de iodo, como, por exemplo, o uso de amiodarona.
- 79** O carcinoma medular da tireoide é uma doença autossômica dominante, originada das células parafoliculares, podendo estar relacionada a síndromes de neoplasia endócrina múltipla.
- 80** O carcinoma papilífero corresponde à grande maioria dos tumores malignos da tireoide.
- 81** Metástases linfonodais são comuns no carcinoma papilífero e indicam prognóstico ruim.

Um paciente de 62 anos de idade, previamente hipertenso e etilista, queixa-se de, há um ano, apresentar episódios cada vez mais frequentes de palpitação cardíaca, associados à tontura e a mal-estar geral. Fez eletrocardiograma, no departamento de emergência, que evidenciou o traçado mostrado a seguir.



Quanto ao tratamento da patologia retratada nesse caso hipotético, julgue os itens de **82 a 85**.

- 82** A estratégia de controle do ritmo implica em menores taxas de mortalidade cardiovascular e em acidente vascular cerebral.
- 83** A presença de isquemia coronariana ou descompensação de insuficiência cardíaca indica cardioversão de emergência.
- 84** Caso o paciente tenha fração de ejeção maior ou igual a 40%, esmolol ou verapamil podem ser utilizados para controle de frequência cardíaca.
- 85** Caso o paciente tenha fração de ejeção menor que 40%, a droga inicial recomendada para controle de frequência cardíaca é a amiodarona.

Uma paciente de 35 anos de idade, sem comorbidades prévias conhecidas, apresentou, há três horas e 35 minutos, quadro súbito de perda de força do lado direito do corpo, associada à dificuldade para falar. Foi admitida no serviço de emergência com pressão arterial de 220/110 mmHg, frequência cardíaca de 110 batimentos por minuto, frequência respiratória de vinte e duas incursões por minuto, saturação periférica de oxigênio de 98% em ar ambiente e glicemia capilar de 115 mg/dL. O exame neurológico evidenciou paralisia facial central direita, hemiparesia direita, hemi-hipoestesia direita e afasia (NIHSS: 18 pontos).

Com base nesse caso hipotético e nos conceitos médicos a ele associados, julgue os itens de **86 a 92**.

- 86** Trata-se de um caso de acidente vascular cerebral isquêmico, devendo ser realizado imediatamente o procedimento de trombólise endovenosa.
- 87** O tempo desde o início dos sintomas e a idade da paciente em questão contraindicam a realização de trombólise endovenosa.
- 88** Os sintomas apresentados pela paciente são compatíveis com comprometimento da circulação sanguínea no território da artéria cerebral média esquerda.
- 89** Caso seja indicada a realização da trombólise endovenosa, deverá ser realizada a redução da pressão arterial da paciente antes da infusão do trombolítico.
- 90** Deve ser realizada a redução agressiva da pressão arterial da paciente, com vistas a atingir pressão arterial sistólica menor que 110 mmHg.
- 91** A presença de INR maior que 1,7 e TTPa maior que 40 s contraindicam a realização de trombólise endovenosa nos pacientes com acidente vascular isquêmico hiperagudo.
- 92** O quadro clínico da paciente é sugestivo de acidente vascular cerebral isquêmico de etiologia aterotrombótica.

Com relação às principais doenças oportunistas que ocorrem nos pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), julgue os itens de **93 a 100**.

- 93** A pneumocistose é causada pelo protozoário *Pneumocystis jirovecii* e resulta em acometimento pulmonar de evolução subaguda.
- 94** A neurotoxoplasmose resulta da reativação de cistos teciduais quiescentes no sistema nervoso central de pacientes com contagem de CD4 menor que 200 células/mm³.
- 95** Pacientes com doença avançada pelo HIV tendem a apresentar tuberculose, com acometimento pulmonar de lobo médio e inferior, ao invés de lesões cavitadas.
- 96** A pesquisa direta do bacilo álcool-ácido resistente no escarro de pacientes com doença avançada pelo HIV tem maior sensibilidade diagnóstica que nos pacientes imunocompetentes.
- 97** A meningite criptocócica resulta de infecção fúngica com resposta inflamatória grave no sistema nervoso central e ocorre tipicamente em pacientes com contagem de CD4+ maior que 350 células/mm³.
- 98** A lesão esofágica pelo citomegalovírus é uma das causas de disfagia nos pacientes com infecção pelo HIV e tipicamente ocorre nos casos de imunodepressão avançada, com contagem de CD4+ menor que 50 células/mm³.
- 99** A leucoencefalopatia multifocal progressiva decorre de desmielinização focal causada pelo vírus JC em pacientes com contagem de linfócitos CD4+ menor que 50 células/mm³.
- 100** O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia causada pelo herpes-vírus tipo 2 e acomete principalmente os tecidos mucocutâneos.