

EDITAL n. 02/2014

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

PRÉ-REQUISITO EM ANESTESIOLOGIA OU CIRURGIA GERAL OU CLÍNICA MÉDICA OU INFECTOLOGIA OU NEUROLOGIA

25/01/2015

**SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES**

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Infectologia e Neurologia.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas duas horas de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos trinta minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.



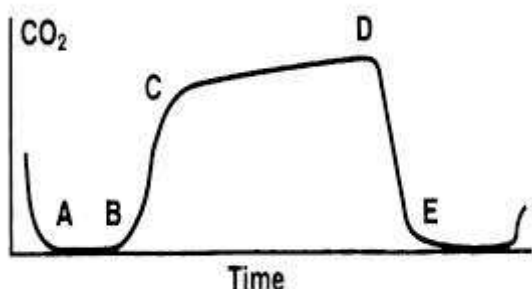
— QUESTÃO 01 —

Para evitar a reabsorção de CO_2 durante anestesia com ventilação mecânica em circuito circular, deve-se utilizar

- (A) cal sodada ou carvão ativado.
- (B) cal sodada ou cal baritada.
- (C) cal iodetada ou cal baritada.
- (D) cal iodetada ou carvão ativado.

— QUESTÃO 02 —

Observe o gráfico apresentado a seguir. Ele representa um ciclo respiratório mecânico.



De acordo com o gráfico, o intervalo

- (A) A-B corresponde à fase expiratória.
- (B) B-C corresponde à fase expiratória.
- (C) C-D corresponde à fase inspiratória.
- (D) D-E corresponde ao platô alveolar.

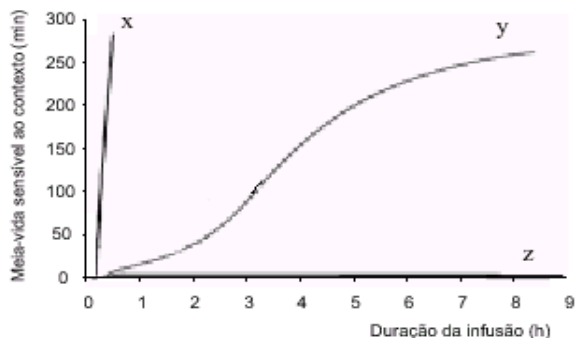
— QUESTÃO 03 —

Os anestésicos locais

- (A) são bases fortes com pK acima do pH fisiológico.
- (B) têm a penetrabilidade tecidual facilitada quando adicionados a um meio ácido.
- (C) apresentam início da ação mais rápido quando têm um pK próximo ao pH fisiológico.
- (D) são preparados como base para aumentar a sua estabilidade.

— QUESTÃO 04 —

Observe o gráfico a seguir.



Este gráfico representa a curva de variações nos valores da meia-vida de eliminação de substâncias em função do tempo de infusão (meia-vida sensível ao contexto). Que drogas apresentam curvas similares a, respectivamente, x, y e z, mostradas no gráfico?

- (A) Fentanil, sufentanil e remifentanil.
- (B) Remifentanil, fentanil e alfentanil.
- (C) Morfina, remifentanil e alfentanil.
- (D) Fentanil, remifentanil e sufentanil.

— QUESTÃO 05 —

A cefaleia pós-raquianestesia tem como principal base fisiopatológica

- (A) a perda de liquor com diminuição da pressão liquórica e tração de estruturas supratentoriais.
- (B) a perda de liquor levando à hipercontratilidade das membranas que revestem a medula espinhal.
- (C) a irritação causada pelo anestésico nas membranas medulares.
- (D) a perda de liquor, que leva à maior produtividade compensadora e à maior liberação de substâncias inflamatórias.

— QUESTÃO 06 —

A hipoperfusão tecidual é um sinal clássico de comprometimento da oferta tecidual de nutrientes e deve ser diagnosticada o mais breve possível a fim de que a terapia instituída tenha resultado rápido, evitando-se a disfunção precoce de determinados órgãos. Na elucidação diagnóstica,

- (A) a hipotensão arterial é um indicador precoce de hipoperfusão periférica, devendo ser abordada de forma agressiva com uso de drogas vasopressoras.
- (B) a presença de lívido e extremidades frias associadas ao aumento do tempo de enchimento capilar sinalizam vasodilatação reflexa em resposta à hipovolemia, que pode também ocorrer em situações de doença vascular periférica.
- (C) as alterações dos níveis de consciência aparecem tardiamente, quando existe hipoperfusão, e podem representar também efeitos colaterais de fármacos ou um evento envolvendo o sistema nervoso central.
- (D) o estreitamento da pressão de pulso, secundária a uma pequena diminuição da pressão sistólica, e a elevação da pressão diastólica, que ocorre devido ao aumento de catecolaminas circulantes, são sinais mais precoces a serem observados.

— QUESTÃO 07 —

A intensidade de metabolismo dos agentes anestésicos inalatórios pode ser representada pela sequência:

- (A) halotano > isoflurano > sevoflurano > desflurano.
- (B) isoflurano > halotano > sevoflurano > desflurano.
- (C) halotano > sevoflurano > isoflurano > desflurano.
- (D) halotano > desflurano > sevoflurano > isoflurano.

— QUESTÃO 08 —

São fatores que influenciam a dispersão dos anestésicos locais durante uma anestesia peridural:

- (A) baricidade da droga, posição do paciente, altura do paciente.
- (B) baricidade da droga, massa de anestésico injetado, posição do paciente.
- (C) massa de anestésico injetado, altura do paciente, velocidade de injeção.
- (D) velocidade de injeção, baricidade da droga, altura do paciente.

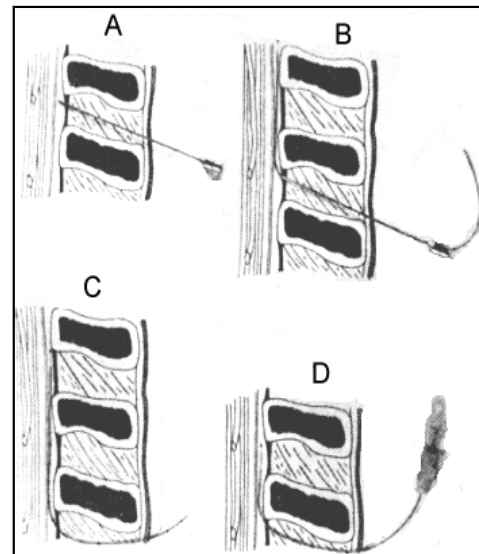
— QUESTÃO 09 —

Os principais componentes usados para realização de cardioplegia para cirurgia de revascularização do miocárdio são:

- (A) potássio e magnésio.
- (B) glicose e potássio.
- (C) bicarbonato e glicose.
- (D) magnésio e bicarbonato.

— QUESTÃO 10 —

Observe a figura a seguir.



Ela representa a passagem de um cateter para infusão contínua de anestésico no neuroeixo. Essa técnica anestésica

- (A) é contraindicada a pacientes em uso de heparina de baixo peso molecular profilático, independente da dose utilizada.
- (B) é indicada para analgesia pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgia de grande porte intra-abdominal.
- (C) produz hipotensão moderada após infusão de opioides, o que impede seu uso em cirurgias de grande porte.
- (D) apresenta menor risco de desenvolver hematoma extradural do que a raquianestesia simples.

— QUESTÃO 11 —

Paciente de 67 anos, submetido à hemicolecomia direita, por causa de apendicite complicada. No terceiro dia de pós-operatório, apresentava quadro de distensão abdominal, vômitos esporádicos e fezes líquidas em pouca quantidade. A radiografia de abdome evidenciou distensão difusa de alças de delgado e cólon, além de níveis hidroaéreos.

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Fístula intestinal.
- (B) Pseudo-obstrução.
- (C) Brida precoce.
- (D) Íleo metabólico.

— QUESTÃO 12 —

Segundo a classificação de Nyhus, considerando as hérnias da região inguinal, é do tipo IIIB a seguinte:

- (A) hérnia inguinal direta recidivante.
- (B) hérnia inguinal indireta inguinoescrotal volumosa.
- (C) hérnia inguinal direta com defeito da parede posterior.
- (D) hérnia inguinal indireta com anel inguinal dilatado e parede posterior intacta.

— QUESTÃO 13 —

O tratamento de escolha para a litíase da vesícula biliar é a colecistectomia, cujo objetivo é o alívio dos sintomas e/ou a prevenção de complicações; todavia, a maioria dos portadores de litíase biliar é assintomática. Qual das situações clínicas a seguir não faz parte das indicações de colecistectomia em portadores assintomáticos de colelitíase?

- (A) Vesícula calcificada.
- (B) Cálculos maiores que 2,5 cm.
- (C) Cirrose hepática.
- (D) Anemia falciforme.

— QUESTÃO 14 —

Paciente vítima de acidente motociclístico em rodovia, trazido à emergência do Hugo pelos bombeiros, duas horas após o trauma. Dá entrada com Glasgow de 7 e instável hemodinamicamente. Apresenta murmúrios vesiculares presentes e simétricos bilateralmente. No local do acidente, foi aplicada uma calça pneumática mantida após a avaliação primária, devido a uma fratura instável de pelve e episódios de hipotensão. Iniciou-se reposição volêmica com cristaloides e sangue e, após a administração de quatro bolsas, sua pressão sistólica permanece em torno de 80mmHg. Apresenta hematoma periorbitário à esquerda, alargamento de mediastino e subluxação entre a terceira e quarta vértebra cervical.

O passo subsequente, nesse caso, é:

- (A) tomografia de crânio, abdome e pelve.
- (B) angiografia de vasos ilíacos e pelve para embolização.
- (C) lavagem peritoneal diagnóstica.
- (D) toracotomia de urgência para reparo de lesão de aorta.

— QUESTÃO 15 —

Durante o jejum, algumas alterações hormonais e metabólicas ocorrem para que o organismo se adapte à situação imposta. O conhecimento dessas alterações manifestadas no jejum serve para enfatizar a necessidade de tentar, sempre que possível, minimizar as suas repercussões no paciente cirúrgico. Assim, nesse paciente,

- (A) a terapia nutricional enteral precoce melhora a resposta imunológica local e sistêmica, evita a translocação bacteriana, melhora o trofismo e a integridade da barreira intestinal, minimiza a resposta metabólica ao trauma e diminui a ocorrência de sepse.
- (B) os nutrientes devem ser administrados por via parenteral quando ele não conseguir suas necessidades nutricionais pela via oral. A administração dos nutrientes por via parenteral poderá ser total ou combinada.
- (C) a nutrição enteral deve ser preterida em relação à nutrição parenteral na ocorrência de instabilidade hemodinâmica.
- (D) a nutrição parenteral, quando indicada, deve ser iniciada com administração de 100% das calorias e nutrientes diários necessários, durante um período de 12 horas, por meio de bomba de infusão.

— QUESTÃO 16 —

A hipertensão portal pode ter diversas etiologias. Levando-se em conta a fisiopatologia da doença e a localização anatômica da resistência ao fluxo portal, qual das etiologias a seguir é responsável por hipertensão portal intra-hepática, pré-sinusoidal?

- (A) Trombose da veia porta.
- (B) Síndrome de Budd-Chiari.
- (C) Cirrose alcoólica.
- (D) Esquistossomose.

— QUESTÃO 17 —

Coledocolitíase é definida como presença de cálculos biliares no ducto colédoco, provenientes de migração a partir da vesícula biliar ou formados primariamente no ducto principal. Quanto ao manejo diagnóstico e terapêutico da coledocolitíase, pode-se afirmar que

- (A) a tomografia computadorizada apresenta alta sensibilidade na detecção da litíase de via biliar principal, variando entre 84 e 97%.
- (B) a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) tem sido utilizada como método de rastreamento para pacientes com risco baixo e moderado de cálculos no colédoco.
- (C) o tratamento de escolha da litíase coledociana é o endoscópico, por meio da esfínterectomia transpapilar e da retirada dos cálculos, realizado preferencialmente após a colecistectomia.
- (D) a exploração laparoscópica da via biliar principal tem se tornado o tratamento de escolha, com baixa morbimortalidade e possibilidade de resolução em único tempo.

— QUESTÃO 18 —

Os tumores benignos do fígado apresentam-se geralmente como lesões sólidas que são descobertas de forma acidental em pacientes assintomáticos. No Brasil, estima-se que os tumores primários benignos do fígado constituem cerca de 0,1 a 2% dos tumores em geral. Com referência a esses tumores, pode-se concluir que

- (A) os hemangiomas são tumores raros, geralmente diagnosticados na vigência de um sangramento.
- (B) a hiperplasia nodular focal é geralmente sujeita a uma abordagem conservadora, devido à ausência de potencial maligno e à taxa de complicações extremamente reduzida.
- (C) o adenoma celular do fígado é predominantemente encontrado em mulheres menopausadas com história de uso crônico de contraceptivos orais.
- (D) o sangramento e a transformação maligna são raros no adenoma celular do fígado, o que permite uma conduta não operatória.

— QUESTÃO 19 —

A pancreatite aguda é um processo inflamatório agudo do pâncreas que pode acometer os tecidos peripancreáticos e/ou levar à falência de múltiplos órgãos. Em sua forma grave, acomete aproximadamente 25% dos pacientes com essa doença e apresenta uma taxa de mortalidade que varia entre 10-20%. Considerando essa doença,

- (A) o paciente com pancreatite aguda, cujo valor da TGO (AST) está três vezes acima do valor de referência, nas primeiras 24 horas, apresenta alto valor preditivo (95%) para etiologia alcoólica.
- (B) a hipercalcemia (> 12 mg/dL) corresponde a uma causa importante de pancreatite aguda (15%) em pacientes hospitalizados.
- (C) a hidratação agressiva, definida como 250-500 ml por hora de solução cristalóide isotônica, deve ser fornecida inicialmente a todos os pacientes, a menos que existam comorbidades cardiovasculares e/ou renais.
- (D) o surgimento da necrose pancreática costuma ocorrer após 3-4 semanas do processo agudo e a melhor opção terapêutica é o desbridamento cirúrgico amplo associado à antibioticoterapia sistêmica.

— QUESTÃO 20 —

No caso de um acidente automobilístico com muitas vítimas, o médico é chamado a uma área de triagem. Após exame rápido da situação, são identificadas as condições das vítimas. Qual das vítimas a seguir representa a prioridade no tratamento inicial?

- (A) Rapaz deitado de bruços na maca, imóvel.
- (B) Moça que está cianótica e taquipneica.
- (C) Rapaz que está gritando de dor, com fratura exposta em membro inferior e sangramento importante.
- (D) Criança de cinco anos, assustada e chorosa, queixando-se de dor abdominal.

— QUESTÃO 21 —

Paciente dá entrada na unidade de terapia intensiva após 10 horas de evolução de um IAM de parede inferior. Foi iniciado tratamento clínico, e o paciente evoluiu com quadro de hipotensão e confusão mental. Foi realizado o ECG que mostrou o seguinte resultado:



A análise do caso indica que o paciente evoluiu com BAV de 2º grau

- (A) Mobitz I, e o tratamento indicado é antiarrítmico.
- (B) Mobitz II, com indicação de marca-passo.
- (C) Mobitz I, com indicação de marca-passo.
- (D) Mobitz II, e o tratamento indicado é antiarrítmico.

— QUESTÃO 22 —

Em caso de PCR em ambiente extra-hospitalar, qual sequência de procedimentos para ressuscitação cardiopulmonar deverá ser iniciada?

- (A) Abrir via aérea, iniciar ventilação, checar pulso e iniciar compressão torácica.
- (B) Abrir via aérea, iniciar ventilação, realizar desfibrilação e checar pulso.
- (C) Checar pulso, iniciar compressão torácica, abrir via aérea e iniciar ventilação.
- (D) Checar pulso, abrir via aérea, iniciar ventilação e realizar compressão torácica.

— QUESTÃO 23 —

O diabetes mellitus é uma endemia com alta frequência e morbimortalidade, tanto no Brasil como no mundo. Vários fatores têm contribuído para o aumento de sua incidência. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, com referência à epidemiologia e à prevenção da doença, pode-se afirmar:

- (A) os casos de diabetes tipo II vêm aumentando em decorrência de vários fatores, como longevidade, melhora da sobrevivência, dentre outros. Já o diabetes tipo I vem mostrando redução de sua incidência.
- (B) o controle metabólico estrito é insuficiente para o processo de prevenção do surgimento e a evolução das complicações crônicas relacionadas ao diabetes.
- (C) as estatísticas nacionais de mortalidade por diabetes estão bem estimadas e mostram ser a doença cardiovascular a responsável por maior número de óbitos relacionados à doença.
- (D) a prevenção primária para o diabetes tipo I não pode ser aplicada à população geral por não ter uma base racional, e a mortalidade por diabetes ocorre em grande parcela da população na idade produtiva.

— QUESTÃO 24 —

Um paciente é admitido em um pronto-socorro com quadro de fraqueza, icterícia, ascite, confusão mental e agitação. Foi informada história de recorrência do quadro há vários anos. Foi diagnosticado com insuficiência hepática. Neste caso, quais as condutas a serem tomadas?

- (A) Dieta hipoproteica, manitol, lactulose e controle glicêmico.
- (B) Dieta com aminoácidos de cadeia ramificada, lavagem intestinal, lactulose e controle glicêmico.
- (C) Dieta hiperproteica, sedativo, lavagem intestinal e controle glicêmico.
- (D) Dieta com aminoácidos de cadeia pesada, sedativo, manitol e lactulose.

— QUESTÃO 25 —

Paciente chega ao ambulatório de cardiologia e relata que há menos de 15 dias esteve em um CAIS com quadro de crise hipertensiva, com PA = 170/100 mmHg. No momento da consulta, o paciente apresentava PA = 150/95mmHg.

Em relação a este paciente, a que conclusão se pode chegar?

- (A) Trata-se de hipertensão estágio 1 ou 2, e deve-se considerar a realização de Mapa para afastar a hipótese de hipertensão do avental branco.
- (B) Trata-se de crise hipertensiva e será necessário uma nova aferição para confirmar a hipertensão.
- (C) Trata-se de hipertensão desde a primeira aferição, pois PS > 160 e PD > 90 mmHg, e iniciar intervenção medicamentosa imediata.
- (D) Trata-se de hipertensão do avental branco, se o paciente não apresentar sintomas associados.

— QUESTÃO 26 —

Quanto ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, seguindo as orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, devem ser considerados o seguinte diagnóstico e o respectivo esquema terapêutico:

- (A) hipertensão arterial estágio 1 – monoterapia com todas as classes de anti-hipertensivos, incluindo os vasodilatadores diretos.
- (B) hipertensão arterial estágio 1 – com riscos cardiovasculares – monoterapia e associação de uma outra classe de anti-hipertensivo, se houver resposta inadequada.
- (C) hipertensão arterial estágio 2 – associação de dois anti-hipertensivos de classes diferentes.
- (D) hipertensão arterial estágio 3 – três anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo os diuréticos.

— QUESTÃO 27 —

Paciente chega para consulta, queixando-se de fraqueza, com indisposição para realizar suas atividades diárias. Apresenta um resultado de hemograma cujos valores são mostrados na tabela a seguir.

	Valores encontrados	Valores de referências
Eritrócitos	4000	4000 a 5500 milhões/mm ³
HT	30	36 a 48%
HB	10	12 a 16 g/dl
vcm	75	80 a 96 fl
HCM	25	27 a 36 pg
CHCM	33	32 a 36 g/dl
RDW	17	11,5 a 14,5%

Com base nestes dados, faz-se o diagnóstico de

- (A) anemia por hemorragia aguda.
- (B) anemia megaloblástica.
- (C) anemia hemolítica.
- (D) anemia ferropriva.

Leia o caso a seguir para responder às questões **28** e **29**.

Uma mulher de 28 anos, chega ao pronto-socorro, proveniente de sua residência, com quadro de pneumonia grave. Feito diagnóstico de pneumonia comunitária.

— QUESTÃO 28 —

Qual esquema antibiótico deve ser utilizado neste caso?

- (A) Betalactâmico.
- (B) Betalactâmico + macrolídeo.
- (C) Quinolona + macrolídeo.
- (D) Quinolona + betalactâmico + macrolídeo.

— QUESTÃO 29 —

Qual dos critérios a seguir indicaria internação em unidade de terapia intensiva, ou por escore de gravidade ou por manifestação clínica?

- (A) Infecção por germe multirresistente.
- (B) Derrame pleural.
- (C) Relação PaO₂/FiO₂ menor que 250.
- (D) Infiltrado pulmonar bilateral.

— QUESTÃO 30 —

Um homem de 70 anos chega para consulta, com queixas urinárias de disúria e estrangúria, associadas a febre. Refere urina de odor fétido. Ao exame, observou-se punho com percussão dolorosa à esquerda. Para que se faça o diagnóstico de ITU e se inicie o tratamento, deve-se considerar:

- (A) a presença de mais de 10000 leucócitos no EAS.
- (B) a necessidade de fazer uma USG para confirmação diagnóstica de infecção urinária alta.
- (C) o resultado da urocultura para início do tratamento com antibiótico imediatamente após.
- (D) a presença de infecção urinária, mesmo com menor crescimento de unidades de bactérias formadoras de colônia na urocultura, por tratar-se de paciente idoso.

— QUESTÃO 31 —

Paciente de 15 anos, do sexo feminino, estudante, chega à unidade de pronto atendimento relatando que há dois dias vem apresentando coriza, tosse produtiva, dor de garganta, mialgia, cefaleia e mal-estar geral. Há um dia, manifesta dispneia progressiva, febre alta e discreta confusão mental. No exame físico: REG, corada, hidratada. FC: 130 PA: 80x60 mmHg, FR: 42, saturação em ar ambiente: 85%. Ausculta respiratória com estertores finos em bases. No raio X de tórax, infiltrado retículo-alveolar em bases. Sem alteração de função renal.

No caso dessa paciente,

- (A) o risco de mortalidade é baixo. Deve-se iniciar antibióticos e oseltamivir pela hipótese de influenza, orientar sobre possíveis sinais de agravamento e dar alta para tratamento domiciliar.
- (B) o risco de mortalidade é alto. Deve-se iniciar antibióticos para tratamento de pneumonia comunitária e oseltamivir, pela hipótese de influenza, sob regime hospitalar, com suporte ventilatório adequado.
- (C) o risco de mortalidade é alto. Deve-se iniciar o uso de antibióticos por, possivelmente, se tratar de pneumonia bacteriana, visto não haver mais risco para influenza no nosso meio. O tratamento deve ser hospitalar.
- (D) o risco de mortalidade é moderado. Deve-se iniciar antibióticos e considerar a introdução de oseltamivir e a hospitalização.

— QUESTÃO 32 —

O acesso venoso central é de extrema importância para o intensivista, mas pode ser fonte de infecção quando não é adequadamente manipulado. As medidas que comprovadamente reduzem as chances de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter são:

- (A) usar capote estéril e campo fenestrado na passagem do cateter, fazer higienização das mãos e antisepsia com povidine, evitar o uso do sítio femoral e fazer a remoção o mais precoce possível, com revisão diária da real necessidade do cateter.
- (B) utilizar barreira máxima na passagem do cateter, com uso de luva de procedimento, cabeceira elevada, priorizar o sítio jugular e fazer a remoção o mais precoce possível, com revisão diária da real necessidade do cateter.
- (C) utilizar barreira máxima na passagem do cateter, fazer higienização das mãos e antisepsia com clorexidina, evitar o uso do sítio femoral e trocar o cateter a cada sete dias.
- (D) utilizar barreira máxima na passagem do cateter, fazer higienização das mãos e antisepsia com clorexidina, evitar o uso do sítio femoral e fazer a remoção o mais precoce possível, com revisão diária da real necessidade do cateter.

— QUESTÃO 33 —

Paciente de 34 anos, há quatro dias apresenta febre, mialgia, dor retro-orbitária, artralgia e mal-estar. Informa a existência de mosquitos em peridomicílio. Nega viagens recentes. Foi atendido no Cais e, levantada hipótese de dengue, foi liberado com orientações e sintomático. No dia seguinte, retornou ao Cais, foi reavaliado e aventada a hipótese de febre hemorrágica da dengue, o que indicou hospitalização.

Considerando as condições descritas, quais sinais, sintomas e/ou alterações laboratoriais o paciente provavelmente apresentava?

- (A) Plaquetopenia, hemoconcentração, taquicardia e hipotensão.
- (B) Hepatomegalia dolorosa, anemia, leucocitose e prurido.
- (C) Dor abdominal, sangramento gengival, anemia e hipertensão.
- (D) Hemoconcentração, leucopenia, cefaleia intensa e rash cutâneo.

— QUESTÃO 34 —

Paciente de 27 anos, do sexo masculino, morador da região adjacente ao Parque Flamboyant (em Goiânia), apresentando febre, calafrios, cefaleia e astenia intensa há três dias. Há 60 dias, teve quadro semelhante e recebeu diagnóstico de malária, que foi tratada. No exame físico de entrada, estava em regular estado geral, hipocorado 2+, desidratado 2+, icterico +, com temperatura axilar de 38,5 °C. Abdome inocente, com fígado a três cm do rebordo costal, baço não palpável. Sinais de Murphy e Blumberg negativos.

Nessas condições, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) O diagnóstico atual, como paciente já teve malária previamente, dificilmente será o mesmo; nesse caso, deve-se considerar, como primeira hipótese, febre amarela.
- (B) A recaída é uma ocorrência provável, a depender da espécie de *Plasmodium* envolvida no primeiro episódio.
- (C) O primeiro episódio provavelmente foi causado por *Plasmodium falciparum*, encontrado na região, portanto pode-se excluir a possibilidade de recaída, já que todas as cepas são sensíveis à Cloroquina.
- (D) O paciente, provavelmente, está apresentando uma recaída por *Plasmodium vivax*, visto que as cepas detectadas na região apresentam resistência à Cloroquina, como ocorre no restante do país.

— QUESTÃO 35 —

Paciente de 70 anos, do sexo feminino, informa que, há 40 dias, percebeu diminuição progressiva de força em membros superiores e inferiores à esquerda. Atualmente, tem dificuldade de deambulação e apresenta plegia de mão esquerda. Procurou neurologista que solicitou tomografia de crânio onde foi vista lesão expansiva, com realce anelar por contraste e edema perilesional. Foi solicitado teste rápido de HIV que foi positivo.

Essa situação clínica indica o seguinte:

- (A) trata-se de um quadro muito sugestivo de neurocriptococose. Deve-se proceder a coleta de liquor para confirmar o diagnóstico.
- (B) deve-se tratar como AVC e solicitar sorologia confirmatória, pois o diagnóstico de HIV é muito improvável nessa paciente.
- (C) deve-se iniciar imediatamente tratamento para neurotoxoplasmose, além de corticoide e suporte clínico intensivo.
- (D) deve-se iniciar imediatamente a terapia antirretroviral, pois é o único tratamento possível neste caso.

— QUESTÃO 36 —

Apesar de endêmica em algumas regiões do nosso país, há muitos anos não ocorriam casos de malária autóctone no estado de Goiás. Sobre a malária, pode-se afirmar:

- (A) a vacina tem disponibilidade restrita a clínicas privadas e deve ser tomada em três doses, com intervalos de 0-60-180 dias. O governo estuda a implantação dessa vacina no PNI, nas áreas em que a doença é endêmica.
- (B) as manifestações clínicas da malária variam conforme a idade, a área geográfica, a epidemiologia e a imunidade do paciente, sendo as formas graves mais comuns em crianças de até três anos, gestantes e viajantes procedentes de áreas não endêmicas.
- (C) a febre na malária ocorre de acordo com o ciclo de vida do protozoário no hospedeiro, dependendo do tipo de plasmódio, a cada 48 horas ou a cada 72 horas. Assim, em um paciente com febre irregular ou contínua poderá ser descartada essa hipótese diagnóstica.
- (D) o atendimento ao paciente com malária grave deve incluir a verificação da parasitemia a cada sete dias para avaliar a eficácia do tratamento.

— QUESTÃO 37 —

A presença de candidúria no exame de urina é comum em pacientes hospitalizados, particularmente naqueles que utilizam cateter vesical de demora. Sobre essa situação, deve-se considerar o seguinte:

- (A) os principais fatores de risco são idade avançada, sexo feminino, uso de antibióticos de largo espectro, diabetes, cateterização prolongada e pós-operatório de grandes cirurgias ou neoplasias.
- (B) o tratamento deve ser feito com Nistatina tópica, se o paciente estiver em bom estado geral e não apresentar nenhum fator de risco.
- (C) o tratamento consiste na retirada da sonda e repetição do exame em cinco dias, caso o paciente esteja sintomático ou com algum sinal clínico de instabilidade.
- (D) a terapia endovenosa com metronidazol deve ser iniciada, caso o paciente esteja sintomático ou com algum sinal clínico de instabilidade.

— QUESTÃO 38 —

Paciente de 24 anos foi ao pronto-socorro levado por familiares. Informaram que, há dois dias, vinha apresentando febre alta, náuseas, mialgia, vômitos e muita cefaleia. Há oito horas, teve piora do quadro, começou a apresentar alteração do comportamento e a ficar sonolento e com fala arrastada. Estudante, previamente hígido. Antecedente de TCE grave, ocorrida há um mês por queda de motocicleta. Na época, ficou internado por sete dias, mas teve alta sem sequelas aparentes.

Trata-se de um paciente com quadro provável de:

- (A) meningite bacteriana aguda meningocócica. Deve-se providenciar tomografia de crânio e prosseguir a coleta de liquor. Mesmo que demore algumas horas, deve-se aguardar os resultados para iniciar o tratamento.
- (B) meningite bacteriana aguda de etiologia incerta. Deve-se providenciar tomografia de crânio e prosseguir a coleta de liquor. Mesmo que demore algumas horas, deve-se aguardar os resultados para iniciar o tratamento.
- (C) meningite viral. Deve-se providenciar tomografia de crânio e prosseguir a coleta de liquor. A realização dos exames não deve atrasar o início da antibioticoterapia, a ser administrada o mais precocemente possível.
- (D) meningite bacteriana aguda, provavelmente pneumocócica. Deve-se providenciar tomografia de crânio e prosseguir a coleta de liquor. A realização dos exames não deve atrasar o início da antibioticoterapia, a ser administrada o mais precocemente possível.

— QUESTÃO 39 —

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) continua sendo uma doença responsável por grande parte dos atendimentos no pronto-socorro e é uma das principais causas de internação no nosso país. Sobre este tipo de pneumonia,

- (A) o etilismo associa-se a maior risco de cepas de *Streptococcus pneumoniae* resistente à penicilina.
- (B) a vacina contra gripe é indicada a um grupo restrito de pacientes, não causando impacto na incidência de PAC.
- (C) as culturas de escarro e/ou hemoculturas permitem a identificação do agente de cerca de 80% dos casos de PAC.
- (D) a terapia empírica com apenas uma droga deve ser evitada.

— QUESTÃO 40 —

Os quadros respiratórios são a principal causa de internação de pacientes com Aids que apresentam CD4 baixo. Caso o paciente tenha derrame pleural, qual é a doença pouco provável?

- (A) Sarcoma de Kaposi pulmonar.
- (B) Pneumonia pneumocócica.
- (C) Pneumocistose.
- (D) Tuberculose.

— QUESTÃO 41 —

A síndrome HaNDL:

- (A) é um desafio neurológico, pois acomete indivíduos na infância e adultos jovens e é potencialmente maligna.
- (B) é um diagnóstico de exclusão, pois toda a investigação complementar é normal, mesmo na fase aguda do quadro.
- (C) está relacionada à mutação genética dos receptores serotoninérgicos e tem caráter benigno, com remissão espontânea.
- (D) é uma síndrome neurológica constituída de cefaleia de caráter migranoso associada a déficit neurológico focal e pleocitose linfocítica no LCR.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de 42 a 44.

Paciente do sexo masculino, de 36 anos, lavrador, casado, apresenta dores generalizadas, com sensação de fraqueza muscular global, de predomínio nos MMSS, pior à esquerda, de início há cinco anos e piora progressiva, desde então. Concomitantemente, refere manchas avermelhadas na pele, em episódios recorrentes, enfraquecimento das unhas e queda de cabelos.

IS: dor, aumento de volume e limitação de movimentos das articulações (mãos, pés e joelhos), há dois anos.

Antecedentes: HAS; cirurgia para apendicite há quatro anos.

Hábitos de vida: etilista social e tabagista há 17 anos.

Exame físico:

BEG, corado, hidratado, eupnéico, afebril (T = 36,6 °C).

Pele: lesões de cor clara, contornos nítidos e avermelhados, com hipoestesia local, em coxa direita e antebraço esquerdo; lesões eritemato-violáceas, indolores, de bordos nítidos, em pernas e braços; unhas escurecidas e quebradiças, principalmente em MMII.

Exame neurológico: fraqueza muscular global, assimétrica, pior no MSE e MID; reflexos profundos hipoativos, globalmente, pior no MSE; hipoestesia superficial nas extremidades, com predomínio no território ulnar da mão esquerda (anestesia); sensibilidade profunda preservada; à palpação dos nervos ulnar e fibular observa-se espessamento de seus diâmetros, pior à esquerda.

— QUESTÃO 42 —

O diagnóstico topográfico é:

- (A) medular.
- (B) segundo neurônio motor.
- (C) raiz cervical.
- (D) nervos periféricos.

— QUESTÃO 43 —

O exame complementar fundamental para o diagnóstico é:

- (A) ressonância magnética de coluna cervical.
- (B) sorologia para HIV tipo I e II.
- (C) dosagem de vitamina B12 e ácido fólico.
- (D) eletroneuromiografia dos quatro membros.

— QUESTÃO 44 —

O diagnóstico provável é:

- (A) hanseníase.
- (B) compressão medular.
- (C) síndrome de Pancoast.
- (D) síndrome da imunodeficiência adquirida.

— QUESTÃO 45 —

Ao se examinar um paciente vítima de acidente automobilístico, verifica-se perda de sensibilidade completa a partir da região umbilical. Qual é o nível da lesão medular, nesse paciente?

- (A) T4.
- (B) T6.
- (C) T8.
- (D) T10.

— QUESTÃO 46 —

Na miastenia gravis,

- (A) os anticorpos antirreceptores de acetilcolina são os únicos anticorpos encontrados.
- (B) a eletromiografia é um exame com 100% de sensibilidade e definitivo no diagnóstico.
- (C) os picos de incidência ocorrem em mulheres entre 20-40 anos e em homens entre 50-70 anos.
- (D) o critério de cura é a ausência total de sintomas e normalização dos anticorpos.

— QUESTÃO 47 —

A neuromielite óptica é caracterizada por mielite, neurite ou mielite com neurite de caráter monofásico ou recorrente. A característica radiológica do comprometimento medular é:

- (A) lesão extensa, completa, localizada no mínimo em três segmentos vertebrais.
- (B) lesão parcial, no quadrante externo e menor que três segmentos medulares.
- (C) lesão salteada, centromedular na extensão total da medula.
- (D) lesão única, hemimedular, com extensão menor que três segmentos medulares.

— QUESTÃO 48 —

A síndrome de Reye caracteriza-se por apresentar

- (A) encefalopatia não inflamatória e doença hepática por degeneração gordurosa.
- (B) encefalopatia inflamatória autoimune e doença hepática por degeneração cirrótica.
- (C) encefalopatia inflamatória infecciosa e doença hepática por degeneração necrótica.
- (D) encefalopatia não inflamatória e doença hepática por degeneração proteica.

— QUESTÃO 49 —

O sinal de Guaxinim e Battle, visto em traumas cranioencefálicos, corresponde, respectivamente, à fratura de:

- (A) calota craniana – região occipital e frontal.
- (B) calota craniana – região parietal e occipital.
- (C) base de crânio – região frontal e parietal.
- (D) base de crânio – região frontal e temporal.

— QUESTÃO 50 —

O comprometimento neurológico do lúpus eritematoso sistêmico (LES) caracteriza-se por:

- (A) ser exclusivo do sistema nervoso periférico, incluindo as polineuropatias periféricas e a síndrome de Guillain-Barré.
- (B) comprometer o sistema nervoso central e periférico, de forma independente, e denotar maior gravidade da doença.
- (C) ocorrer em fases avançadas da doença, como complicações vasculares e osteoarticulares.
- (D) apresentar como marcador para o comprometimento neurológico o anticorpo anticoagulante lúpico.