

DIVULGAÇÃO DE GABARITO PROVISÓRIO DA PROVA DE CLÍNICA MÉDICA – TIPO III

O diretor da Sociedade Hospitalar Angelina Caron torna público o gabarito provisório da prova de clínica médica, para seleção para médicos residentes que concorrem a vagas dos programas de residência médica que exigem pré-requisitos, Cancerologia Clínica, Nefrologia, Cardiologia e Endoscopia (candidatos que cursaram pré-requisito de clínica médica).

1. Paciente masculino, 30 anos, diagnóstico recente de asma, apresenta pequena limitação nas atividades diárias, sintomas de dispneia, tosse e cansaço mais que 2 vezes por semana, desperta à noite dispneico 3 a 4 x ao mês. De acordo com a classificação de severidade da asma, este paciente apresenta:

- a. Asma intermitente
- b. Asma leve**
- c. Asma moderada
- d. Asma severa
- e. Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current Medical Diagnosis & Treatment. 2019.

2. Paciente feminina, 69 anos, sem histórico de internações recentes ou patologias crônicas, apresenta-se no serviço de emergência com quadro confusional, tosse, dispneia, febre e queda do estado geral. Exame Físico: PA 120 x 80, FR 32 irpm, T 38º, oximetria de pulso 95% ao ar ambiente. Ausculta pulmonar com crepitações em base direita. Exames Laboratoriais: Cr: 1,0, Uréia: 30, Hb 12,5, L: 15.300 com 15%B, PCR 35. Raio X de Tórax com condensação em base D. Segundo o quadro clínico e diagnóstico, essa paciente tem indicação de internação? Qual antibiótico de escolha?

- a. Sim, iniciar Macrolídeo;
- b. Sim, iniciar Macrolídeo com cefalosporina de terceira geração ou Quinolona respiratória;**
- c. Não, iniciar quinolona respiratória ou macrolídeo;
- d. Não, iniciar cefalosporina de 1ª geração ou amoxicilina com clavulanato
- e. Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current Medical Diagnosis & Treatment. 2019.

3. Em relação à insuficiência cardíaca, assinale a questão referente à principal causa:

- a. Diabetes Mellitus;
- b. Hipertensão Arterial;
- c. Doença de Valva aórtica;
- d. Doença de Valva Mitral;
- e. Doença Arterial Coronariana;**

Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current Medical Diagnosis & Treatment. 2019.

4. Paciente Masculino, 45 anos, tabagista, hipertenso e dislipidêmico, apresenta-se no serviço de emergência com dor em aperto precordial, irradiando para MSE, náuseas e vômitos. Eletrocardiograma sem desnivelamento de segmento ST. A conduta medicamentosa mais adequada para o caso:

- a. Morfina + Oxigênio + AAS + heparina
- b. Omeprazol + inibidor de ECA + AAS + heparina

c. **Morfina + Oxigênio + AAS + Nitrato + beta bloqueador + heparina;**

d. Sinvastatina + AAS + beta bloqueador;

e. Analgesia e aguardar exames laboratoriais para posterior conduta

Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current Medical Diagnosis & Treatment. 2019.

5. A neoplasia Endocrinológica Múltipla II (NEM II) caracteriza-se por:

a. Tumor de paratireoide + tumor de pâncreas + gastrinoma;

b. **Carcinoma medular da tireóide + Feocromocitoma + Hiperparatireoidismo;**

c. Gastrinoma + Feocromocitoma + insulinoma;

d. Hiperparatireoidismo + gastrinoma + adenoma hipofisário;

e. Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current Medical Diagnosis & Treatment. 2019.

6. Paciente feminina, 50 anos, obesa, dislipidêmica, hipertensa, vem para consulta de rotina. De queixa clínica refere corrimento vaginal esbranquiçado. Exame Físico: acantose nigricans e vaginite compatível com cândida. Exames Laboratoriais: Cr: 0,9, Ur: 35, K: 3,6, Hb 12,9, L: 3600, glicemia de jejum 118. Realizado teste de glicemia 2 horas após sobrecarga com dextrosol que mostrou glicemia de 214. Em relação ao caso:

a. Portadora de diabetes mellitus com necessidade de início de insulina;

b. Portadora de intolerância à glicose sem necessidade de medicação;

c. **Portadora de diabetes mellitus com necessidade de medicação via oral, associada a exercícios físicos, dieta e perda de peso;**

d. Exame sem alteração, apenas glicemia em jejum alterada;

e. Portadora de intolerância à glicose com necessidade de medicação via oral

Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current Medical Diagnosis & Treatment. 2019.

7. Aproximadamente 90% dos sangramentos digestivos altos ocorrem acima do ângulo de Treitz. Assinale a alternativa correta da causa mais comum de hemorragia digestiva alta:

a. Varizes esofágicas;

b. Síndrome de Mallory-Weiss;

c. Angiodisplasia;

d. **Úlcera Péptica;**

e. Carcinoma gástrico;

Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current Medical Diagnosis & Treatment. 2019.

8. Em relação ao Lupus Eritematoso Sistêmico, qual alternativa NÃO é critério diagnóstico:

a. Proteinúria > 500 mg/dia;

b. Serosite;

c. Artrite;

d. Trombocitopenia < 100.000;

e. **Úlcera gástrica;**

Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current Medical Diagnosis & Treatment. 2019.

9. Nas doenças inflamatórias intestinais ocorrem os seguintes fatos, EXCETO:

a. o comprometimento do cólon distal é comum na retocolite ulcerativa (RCU) e incomum na doença de Crohn

b. o envolvimento do cólon proximal é pouco frequente na RCU e comum na doença de Crohn

- c. as lesões segmentares (salteadas) não ocorrem na RCU e são frequentes na doença de Crohn
- d. o aspecto pavimentos em mosaico (cobble stone) é raro na RCU e comum na doença de Crohn
- e. **os pseudopólipos são incomuns na RCU e frequentes na doença de Crohn**

DENNIS L. KASPER, STEPHEN L. HAUSER, J. LARRY JAMESON . Medicina Interna de Harrison, parte 14, Seção 1 -19.Ed- 2016.

10. Mulher jovem, 22 anos, com dor abdominal de forte intensidade há 12 horas. Exame Físico: desidratada ++/4, hipocorada +/4, afebril, FC 120 bpm, FR 28 irpm, oximetria de pulso 96% ao ar ambiente. No restante do exame segmentar, abdômen com dor difusa à palpação profunda, levemente distendido, sem sinais de irritação peritoneal e extremidades frias. Glicemia de 459. Qual a conduta inicial?

- a. **Hidratação + dosagem de potássio;**
- b. Dosagem de amilase e lipase;
- c. Tomografia de abdômen;
- d. Insulinoterapia;
- e. Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current Medical Diagnosis & Treatment. 2019.

11. Infecção urinária é uma patologia bastante comum na prática médica. Mulher de 26 anos apresenta-se no consultório assintomática para consulta de rotina. Nega quaisquer sintomas urinários e ginecológicos. Traz exame de urina com cultura positiva para Escherichia Coli. Qual a conduta correta para o caso?

- a. Tratamento empírico com antibiótico, primeira escolha quinolônico;
- b. Tratamento antibiótico baseado no antibiograma;
- c. **Não tratar;**
- d. Utilizar medicações sintomáticas somente;
- e. Internar para antibiótico endovenoso

Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current Medical Diagnosis & Treatment. 2019.

12. O diabetes tipo 2 é uma doença altamente prevalente no Brasil e no mundo. Há várias classes de medicamentos que podem ser utilizadas para tratamento do diabetes tipo 2, uma delas seria os inibidores do cotransportador renal sódio- glicose tipo 2, conhecidos como inibidores SGLT2, como empagliflozina e canagliflozina. Sobre essa classe de medicamentos, podemos afirmar, exceto:

- a. O cotransportador SGLT2 se localiza na região S1 do túbulo proximal e é responsável pela absorção de sódio juntamente com a glicose.
- b. Seu efeito em reduzir a glicemia é independente da insulina, portanto, não é uma medicação que costume causar hipoglicemias.
- c. Os inibidores SGLT2 causam redução da pressão arterial e redução de peso.
- d. **Essa classe pode ser utilizada em pacientes no estágio IV de doença renal crônica.**
- e. Uma complicação relacionada ao tratamento com essas drogas é a cetoacidose diabética “ euglicêmica”, com glicemias inferiores a 250mg/dl.

Anthony DeSantis, MD, Sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors for the treatment of type 2 diabetes mellitus , sep 2018, Up To Date.

13.No mieloma múltiplo, podemos afirmar:

- a. A hipercalcemia encontrada nestes pacientes é secundária à insuficiência renal.
- b. A insuficiência renal nestes pacientes normalmente é de causa pré renal.
- c. **Estes pacientes apresentam risco aumentado de infecções por germes encapsulados.**
- d. Encontramos apenas a produção de imunoglobulinas de cadeia pesada.
- e. AL amiloidose é um diagnóstico diferencial do mieloma múltiplo, porém diferentemente do mieloma o comprometimento renal é raro.

S. Vicent Rajkumar, MD, Clinical features, laboratory manifestations, and diagnosis of multiple myeloma, oct 2018 Up To Date.

14. A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica resultante de qualquer distúrbio cardíaco estrutural ou funcional que prejudica a capacidade de enchimento ventricular ou sua capacidade de ejeção. Sobre o tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, podemos afirmar que:

- a. É possível iniciar tratamento com beta bloqueadores já em doses mais elevadas, mesmo nas insuficiências cardíacas descompensadas.
- b. Hidralazina com nitrato tem sido utilizado como primeira linha de tratamento.
- c. Em pacientes hipervolêmicos e com congestão pulmonar consegue-se melhor resposta do diurético de alça, como a furosemida, se utilizado em bomba de infusão contínua do que em bolus EV.
- d. Tanto faz iniciar o tratamento da ICC com inibidores da eca (IECA) ou bloqueadores do receptor da angiotensina (BRA).
- e. **Pacientes com classe funcional NYHA II ou III, que toleram IECA ou BRA em doses otimizadas, que mantêm BNP ou pro BNP elevados ou hospitalização por IC nos últimos 12 meses, com PA sistólica acima 100mmHg e taxa de filtração glomerular (TFG) acima de 30ml/min, é recomendado substituir IECA ou BRA isolado por sacubitril-valsartana.**

Stephen S. Gottlieb, MD, Pharmacologic therapy of heart failure with reduced ejection fraction oct 2018- Up To Date.

15.A cirrose hepática representa o estágio final de uma fibrose hepática, caracterizada por uma distorção da sua arquitetura e formação de nódulos de regeneração. Uma de suas complicações é a síndrome hepatorenal. Sobre esta síndrome, é incorreto afirmar:

- a. A vasodilatação da circulação esplâncnica desencadeada pela hipertensão portal, com liberação de mediadores como óxido nítrico, desempenha um papel importante nas alterações hemodinâmicas, culminando com a síndrome hepatorenal.
- b. **São características da síndrome hepatorenal: oligúria, elevação da creatinina, sedimento urinário normal, sem proteinúria e excreção urinária de sódio bastante aumentada.**
- c. Há 2 tipos de síndrome hepatorenal, a tipo 1 e tipo 2, sendo que a tipo 2 é menos severa.
- d. Não há teste específico que possa estabelecer o diagnóstico.
- e. A síndrome hepatorenal é um diagnóstico de exclusão; deve-se excluir outras causas de injúria renal, como: lesão renal aguda (LRA) associada a infecções como sepse e peritonite bacteriana espontânea; e, LRA pré renal e alguma doença intrínseca renal, como as glomerulonefrites.

Bruce A. Runyon MD, Hepatorenal syndrome , oct 2018, Up To Date.

Eric Goldberg, MD, Sanjiv Chopra, MD, MACP, Cirrhosis in adults: Overview of complications, general management, and prognosis oct 2018

16. J.C.S, enfermeira pediatra, 38 anos, vem ao pronto-socorro com quadro de torpor, história de perda súbita de consciência, liberação de esfíncter urinário e que apresenta estado febril e distúrbio do comportamento há dois dias. A tomografia cerebral mostrou imagem hipodensa na região medial do lobo temporal e basal do lobo frontal. A etiologia mais provável para o quadro acima é:

- a. Arterite lúpica
- b. Neoplasia expansiva
- c. Doença vascular isquêmica
- d. **Encefalite causada por vírus**
- e. Criptococose cerebral

DENNIS L. KASPER, STEPHEN L. HAUSER, J. LARRY JAMESON . Medicina Interna de Harrison, parte 8, Seção 12 - 19.Ed- 2016

17. Feminino, 84 anos, é trazida ao pronto socorro com história de 2 semanas de confusão mental progressiva. Tem histórico de demência leve e mora em um lar de idosos. Sua cuidadora reporta que nos últimos meses ela se tornou progressivamente mais fraca, e teve diversos episódios de queda da própria altura. Agora passou a deambular com um andador. No seu basal, a paciente reconhece a maioria da equipe da casa onde mora, conversa adequadamente e faz grande parte das atividades diárias sem necessitar de auxílio. No entanto, nos últimos dias tem preferido ficar reclusa e dormindo a maior parte do dia. Queixa-se de uma cefaleia leve. Nega histórico de febre, náusea, vômitos ou sintomas urinários. História mórbida pregressa de HAS e osteoartrose. Ao exame na admissão: PA =138/76 mmHg, FC = 74 bpm. Sonolenta, porém desperta ao chamado. Não reconhece a cuidadora, está desorientada em tempo, porém consegue seguir comandos simples. Força é grau 4 de 5 no dimídio direito e 3 de 5 no dimídio esquerdo. Apresenta sinal de Babinski à esquerda. Qual das seguintes opções é o diagnóstico mais provável?

- a. Progressão do quadro demencial.
- b. Infarto cerebral em cápsula interna
- c. Encefalopatia metabólica
- d. Hidrocefalia de pressão normal
- e. **Hematoma subdural**

Chen JC, Levy ML. Causes, epidemiology, and risk factors of chronic subdural hematoma. *Neurosurg Clin N Am.* 2000 Jul;11(3):399-406.
Adhiyaman V, Asghar M, Ganeshram KN, Bhowmick BK. Chronic subdural haematoma in the elderly. *Postgrad Med J.* 2002 Feb;78(916):71-5.

18. Mulher de 74 anos apresentou agitação psicomotora intensa durante o seu plantão na enfermaria. Está internada para investigação de massa abdominal e referia ser fumante 30 maços/ano. Recebeu duas 10 mg de haloperidol intramuscular e 5 mg de diazepam via oral com melhora da agitação. Pela manhã, em visita com seu preceptor, a paciente estava muito sonolenta, com esforço respiratório por obstrução da via aérea por queda do mento, e ele orientou solicitar uma gasometria arterial. Qual dos parâmetros abaixo pode explicar a atual situação da paciente ?

- a. pH=7,42, pCO₂=22, pO₂=80, HCO₃=18
- b. pH=7,50, pCO₂=20, pO₂=82, HCO₃=23
- c. **pH=7,20, pCO₂=65, pO₂=50, HCO₃=32**
- d. pH=7,10, pCO₂=40, pO₂=65, HCO₃=10
- e. pH=7,55, pCO₂=38, pO₂=65, HCO₃=35

DENNIS L. KASPER, STEPHEN L. HAUSER, J. LARRY JAMESON . Medicina Interna de Harrison, parte 2, Seção 7 -19.Ed- 2016.

19. Adolescente com infecção respiratória recente, inicia quadro de febre, artralgia, glomerulonefrite e lesões purpúricas palpáveis que predominam em membros inferiores e região glútea. Biópsia cutânea revela depósitos de IgA. Qual é o diagnóstico que se impõe com esses achados:

- a. Poliarterite nodosa
- b. **Púrpura de Henoch-Schölein**
- c. Febre reumática
- d. Lúpus eritematoso sistêmico
- e. Púrpura hipergamaglobulinêmica de Waldenström

DENNIS L. KASPER, STEPHEN L. HAUSER, J. LARRY JAMESON . Medicina Interna de Harrison, parte 15, Seção 2 -19.Ed- 2016.

20. Assinale a alternativa que apresenta considerações corretas acerca das infecções do trato urinário:

- a. Os rins são órgãos particularmente bem vascularizados sendo que muitas infecções sistêmicas podem disseminar-se até eles. Por este motivo, a via de acesso dos microrganismos ao trato urinário é quase sempre hematogênica.
- b. A profilaxia antimicrobiana em doses baixas e com boa concentração urinária, em diferentes regimes, (de semana a meses), não costuma ser eficaz no controle das infecções urinárias de repetição do trato urinário inferior.
- c. A urinálise (urina I) pode mostrar leucocitúria e hematuria, indicando uma resposta inflamatória do trato urinário à infecção. Geralmente há bacteriúria, sendo que a ausência de bacteriúria descarta a infecção.
- d. O termo bacteriúria implica a presença de bactérias na urina, geralmente verificada nas infecções do trato urinário. A presença de uma pequena quantidade de bactérias na urina é considerada normal.
- e. **Vários fatores contribuem para alta prevalência de bacteriúria e de infecções urinárias do idoso. A idade avançada, mesmo na ausência de obstrução, causa na bexiga de ambos os sexos alterações fisiológicas que prejudicam o esvaziamento vesical.**

DENNIS L. KASPER, STEPHEN L. HAUSER, J. LARRY JAMESON . Medicina Interna de Harrison, parte 2, Seção 7 -19.Ed- 2016.

21. Em relação à escolha do agente antimicrobiano a ser utilizado em pacientes com infecções graves, devemos considerar:

- a. Caso se trate de enterococos resistente à vancomicina e à ampicilina, podemos usar monoterapia com amicacina para provável *Enterococcus faecalis*.
- b. Caso se trate de *Klebsiella* produtora de beta-lactamase de espectro ampliado, podemos usar cefalosporina de quarta geração.
- c. **Caso se trate de Providencia, Citrobacter, Pseudomonas, Enterobacter e Serratia, é recomendado se evitar o uso de cefalosporinas até a terceira geração pelo risco de desenvolvimento de resistência durante o tratamento.**
- d. Se for isolado um *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina num paciente em uso de vancomicina, não devemos trocar o antibiótico pelo risco de alterar os níveis séricos e apresentar piora do quadro infeccioso.
- e. O uso de polimixina B deve ser restrito a infecções graves por *Pseudomonas*, pois os outros bacilos Gram negativos, como por exemplo, *Proteus mirabilis*, apresentam resistência intrínseca à droga.

GILBERT. Guia Sanford para Terapia Antimicrobiana - 47.Ed- 2017

22. Sobre hipocalcemia é correto afirmar:

- a. **Os sinais e sintomas incluem fadiga e fraqueza generalizadas, arritmias atriais, íleo paralítico e insuficiência renal aguda.**
- b. Não tem relação com hipomagnesemia e à acidose.

- c. Os achados no eletrocardiograma incluem, em sequência progressiva, as ondas T em pico, o alargamento do QRS, os intervalos QT encurtados e ectopia ventricular.
- d. As causas agudas de hipocalcemia incluem insuficiência renal aguda, acidose, rabdomiólise, lise celular e deficiência de insulina.
- e. O ciclo de isquemia-reperusão coloca grande risco de hipocalcemia nos paciente que se submetem à reperusão de um membro isquêmico.

DONAHUE TR, HIATT JR. Cuidados Pré e Pós-operatórios em: Cameron 10^o edição Terapêutica Cirúrgica Elsevier 2013

23. Ainda sobre o uso racional de antimicrobianos, é correto afirmar:

- a. **Os antibióticos concentração-dependentes são mais efetivos quanto maior for a dose em relação à CIM (Concentração Inibitória Mínima) para determinado microorganismo.**
- b. A prescrição inicial deve ser definida pelo resultado dos exames culturais, evitando-se o uso de antibióticos de amplo espectro que possam induzir resistência.
- c. A pneumonia comunitária grave com indicação de internação em UTI e ventilação mecânica deve ser tratada com antibióticos de maior espectro (ex. Imipenem + vancomicina) do que aqueles administrados a pacientes com o mesmo diagnóstico, mas que não evoluem para insuficiência respiratória (ex. Levofloxacino).
- d. Os betalactâmicos compartilham com as quinolonas o mesmo perfil farmacocinético, razão pela qual podem ser usados nas mesmas infecções, com eficácia semelhante.
- e. O deescalonamento refere-se à troca da via de administração de antibióticos uma vez passada a fase crítica da infecção, reduzindo os custos de tratamento sem interferir com a sua eficácia.

RICARDO VERONESI . Tratado de Infectologia - 5.Ed- 2015

24. C.H.R.V, Homem, 58 anos, hipertenso há 20 anos, fazendo acompanhamento irregular no ambulatório por insuficiência cardíaca (IC) por miocardiopatia hipertensiva. Refere cansaço ao tomar banho e cuidados pessoais. Fazia uso de Hidroclorotiazida 25 mg/d, Enalapril 10 mg 2x/d, AAS 100 mg/d. Ao Ex. físico: PA: 160/100 mmHg, FC 104 SPM, jugulares túrgidas a 45°, pulsos irregulares, terceira bulha cardíaca. sopro sistólico mitral ++/4+, com irradiação axilar, discreta crepitação pulmonar bibasal. O ECG mostra ritmo de fibrilação atrial e sobrecarga ventricular esquerda. O ecocardiograma mostra fração de ejeção de 32%. Diante do quadro clínico, segundo as atuais diretrizes do tratamento da IC, qual alternativa em que todos os itens trarão melhora de prognóstico ao paciente:

- a. espironolactona 25 mg/d, furosemida 40 mg/d, digoxina 0,25 mg/d, atenolol 50 mg 2x/dia
- b. trocar o enalapril por candesartan 8 mg/d em associação com um alfa-bloqueador (clonidina) 0,100 mg 2x/d
- c. manter a hidroclorotiazida, acrescentando furosemida 40 mg/d, digoxina 0,25 mg/d e nifedipina 20 mg 3x/d.
- d. **trocar o enalapril por sacubitril/valsartan 49/51 mg 2x/d, iniciar espironolactona 25 mg/d e succinato de metoprolol 50 mg/d.**
- e. trocar o hidroclorotiazida por furosemida 40 mg/d, acrescentar digoxina 0,25 mg/d, associação de mononitrato de isossorbida 40 mg 3 x/d com clonidina 0,100 mg 2x/d.

DIRETRIZ BRASILEIRA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA E AGUDA, 2018. Arq Bras Cardiol. 2018; 111(3):436-539

25. Homem, 64 anos, afro-descendente, portador de hipertensão arterial e diabetes a vários anos é trazido ao pronto-socorro por confusão mental há 10 horas. O exame físico mostra paciente confuso, sem sinais focais, PA=230x160 mmHg, Pulso=108 bpm, FR=24 irpm, T=36,4°C, glicemia capilar= 180 mg/dl. Ausculta pulmonar com estertores

basais. A esposa conta que o paciente está com problemas financeiros e que há 02 semanas parou todas as suas medicações. A conduta imediata mais adequada:

- a. Captopril 25 mg sublingual ou clonidina VO e reduzir a PA gradualmente em 72 horas;
- b. Captopril 25 mg sublingual ou clonidina VO, aspirina 200 mg VO, Clopidogrel 300 mg VO e reduzir a PA gradualmente em 72 horas;
- c. Nitroprussiato de sódio IV e reduzir a PA para 160/110 mmHg em 2~6 horas e 135/85 mmHg em 24~48 horas
- d. Hidralazina 10 mg IV e reduzir a PA para 120/80 mmHg em 02 horas
- e. Metoprolol IV + furosemida IV e reduzir a PA gradualmente em 72 horas

7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2016. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

26. Mulher, 65 anos, com história de episódios repetidos de tonturas e eventual perda de consciência, vem ao pronto-socorro após uma síncope, com duração de cerca de 15 segundos, em consequência da qual caíra no chão, tendo sofrido uma contusão na região frontal. Não tem história de diarreia, poliúria ou sangramentos. Não se verificam hipotensão postural, alterações ao exame neurológico, relaxamento esfíncteriano, sinais de comprometimento cerebelar, nem nistagmo espontâneo ou à movimentação da cabeça. Ao exame físico, mostra-se ainda lúcida, FC=88 spm, regulares, com redução de amplitude do pulso radial. Não apresenta sopros carotídeos e à ausculta mostra ictus propulsivo, sopro de ejeção 3+/6+, em 2º espaço intercostal à direita e borda esternal esquerda, com irradiação à região cervical. Nesse caso, o mecanismo mais provável da síncope é:

- a. Disfunção neuro-autônômica
- b. Obstrução mecânica do retorno venoso
- c. Obstrução ao fluxo de saída do ventrículo esquerdo
- d. Hipovolemia
- e. Obstrução da artéria subclávia com diminuição do fluxo sangüíneo das artérias vertebrais

DENNIS L. KASPER, STEPHEN L. HAUSER, J. LARRY JAMESON . Medicina Interna de Harrison, parte 10, Seção 4 -19.Ed- 2016.

27. A respeito das arboviroses correlacione as doenças enumeradas com as respectivas manifestações clínicas citadas abaixo e assinale a alternativa CORRETA:

A - Edema da articulação raro	1- Dengue
B - Conjuntivite em 50 a 90% dos casos	2- Zika
C - Rash cutâneo surge no 1º ou 2º dia em 90% a 100% dos casos	3- Chikungunya
D - Linfopenia frequente	
E - Hipertrofia ganglionar	
F- Mialgia ocorre com menor frequencia	

- a. A-1, B-2, C-2, D-3, E-2, F-3
- b. A-2, B-1, C-3, D-1, E-3, F-2
- c. A-2, B-1, C-1, D-1, E-3, F-2
- d. A-3, B-2, C-3, D-1, E-1, F-2
- e. A-2, B-2, C-1, D-3, E-1, F-3

BRITO C, Rev Sou Bras Med Trop 49(5):537-543, 2016 . Ministério da Saúde 2017

28. Homem, 33 anos, procurou um banco de sangue para doação para um familiar acidentado. Sua doação foi negada devido à alterações nos exames de hepatite B. Foi encaminhado a uma unidade de saúde e o clínico geral solicitou as seguintes sorologias com os seguintes resultados:

HbsAg (+), Anti-HBs (-), Anti-HBc IgM (-), Anti-HBc IgG (+), HbeAg (+), Anti-Hbe (-).

Qua a interpretação adequada para estes resultados pelo considerando a infecção pelo HBV :

- a. aguda de baixa infectividade
- b. aguda de alta infectividade
- c. crônica de alta infectividade
- d. crônica de baixa infectividade
- e. aguda tardia de baixa infectividade

LEE GOLDMAN, MD AND ANDREW I. SCHAFER, MD . Goldman Cecil Medicina SEÇÃO XXXIII, DOENÇAS INFECCIOSAS 24.Ed– 2014.

29. Paciente de 45 anos é avaliado por perda de função renal progressiva 03 semanas. Era previamente saudável até início de maio/2015, quando passou a apresentar febre diária de até 38 °C, lesões avermelhadas pelo corpo e dores articulares. Procurou assistência logo no início, tendo sido conduzido como virose inespecífica. Exames da época estavam normais. O uso do analgésico prescrito pelo médico (dipirona) aliviou sintomas, mas as queixas persistiram e ao longo do mês foi várias vezes a emergência para reavaliação. Exames do restante de maio mostram aumento progressivo dos níveis da creatinina, hemogramas persistentemente normais e marcadores inflamatórios (VHS e PCR) aumentados. No início do mês seguinte, passou a queixar-se, aditivamente, de perda de força no pé esquerdo e no braço direito. Exames resgatados do início de junho/2015 confirmaram a contínua a perda da função renal, sendo detectado proteinúria (3+/4) pela primeira vez em amostra isolada de urina em 15/06/15. Neste mesmo dia, os demais exames solicitados anteriormente mantinham seus padrões, porém, os níveis de complemento (C3 e C4) estavam consideravelmente diminuídos. O paciente, foi, então, encaminhado a este serviço, sendo avaliado em 26/06/2015. As queixas eram as já citadas. O exame físico mostrava púrpura palpável membros inferiores e abolição dos reflexos tendinosos profundos e comprometimento importante da força em membros inferior esquerdo e superior direito, sem outras alterações relevantes detectadas. Exames de admissão tinham basicamente as mesmas alterações já citadas com ressalva à piora da função renal. O padrão da evolução dos níveis séricos de Creatinina foi o seguinte:

DIAS	DOSAGENS DE CREATININA SÉRICA (MG/DL)
02/01/15	0,7
05/05/15	0,7
10/05/15	0,8
15/05/18	0,9
31/05/18	1,1
15/06/18	1,3
20/06/18	1,4
25/06/18	2,1

Com base nestes dados, qual das hipóteses abaixo representa a etiologia mais provável para este caso?

- a. Crioglobulinemia
- b. Púrpura de Henoch-Schönlein
- c. Vasculite de Churg-Strauss
- d. Poliarterite Nodosa
- e. Granulomatose de Wegener

DENNIS L. KASPER, STEPHEN L. HAUSER, J. LARRY JAMESON . Medicina Interna de Harrison, parte 15, Seção 2 -19.Ed– 2016.

30. Mulher, 32 anos, previamente rígida, apresentou acidente vascular cerebral isquêmico. Faz uso de anticoncepção oral há 06 anos. História familiar de mãe com “trombose” aos 56 anos, sem causa etiológica aparente. Exames laboratoriais: Hemograma, metabólico, funções hepática e renal, normais, assim como o ecocardiograma. Considerando que este evento foi em leito arterial, qual das situações abaixo devemos investigar ?

- a. Deficiência de proteína C
- b. Deficiência de proteína S
- c. Deficiência de Antitrombina III
- d. Deficiência de Fator V de Leiden
- e. Anticoagulante lúpico

DENNIS L. KASPER, STEPHEN L. HAUSER, J. LARRY JAMESON . Medicina Interna de Harrison, parte 15, Seção 2 - 19.Ed- 2016

31. Mulher, 34 anos, trazida à emergência por vir apresentando dificuldade de deambulação e diminuição de força no membro inferior direito. Segundo familiares, a paciente sabia ser portadora de HIV, mas jamais realizou tratamento antirretroviral. Ao exame físico, constatou-se hemiparesia no membro inferior direito, além de lesões esbranquiçadas na língua e no palato que foram facilmente removidas com a espátula. Os exames laboratoriais revelaram Hemoglobina de 10,5 mg/dl e leucócitos 3.800/mm³ (10% de linfócitos). Provas de função renal e hepática encontravam-se dentro dos limites da normalidade. A tomografia computadorizada cerebral mostrou múltiplas áreas expansivas intracerebrais, as as quais não apresentavam efeito de massa nem se impregnavam pelo contraste. Qual o diagnóstico mais provável?

- a. Complexo demencial associado ao HIV
- b. Meningoencefalite por *Cryptococcus neoformans*
- c. Toxoplasmose cerebral
- d. Linfoma primário do sistema nervoso central
- e. Leucoencefalopatia multifocal progressiva

LEE GOLDMAN, MD AND ANDREW I. SCHAFER, MD . Goldman Cecil Medicina HIV e a Síndrome da Imunodeficiência adquirida 24.Ed- 2014.

32. Mulher, 32 anos, consultou por emagrecimento (04 Kg em 03 semanas), intolerância ao calor e palpitações. Ao exame físico, a frequência cardíaca era de 120 bpm. Pele quente ao toque e tireóide palpável, sem aumento de volume ou nódulos. Não havia sopros à ausculta, nem sinais de oftalmopatia ou lesões na pele. Os exames laboratoriais mostram TSH=0,02 UI/ml (VR: 0,27-4,2 UI/ml), T4 total= 16,2 ug/dl (VR:5,1-14,1 ug/dl), T3 total=210 ng/dl (VR:80-200 ng/dl) e captação de iodo em 24 horas < 1% (VR: 15%-35%). Com base no quadro, considere as assertivas abaixo:

I - O quadro é compatível com tireotoxicose

II - Para o diagnóstico do quadro, faz-se obrigatório a dosagem de anticorpos contra o receptor de TSH (TRAb)

III - Tireoidite subaguda, Tireoidite de Hashimoto e ingestão de hormônios são hipóteses diagnósticas a serem consideradas.

Quais são corretas ?

- a. Apenas I
- b. Apenas II
- c. Apenas III
- d. Apenas I e III
- e. I, II, III

LEE GOLDMAN, MD AND ANDREW I. SCHAFER, MD . Goldman Cecil Medicina SEÇÃO XVIII, DOENÇAS Endocrinológicas 24.Ed– 2014.

33. Qual das seguintes medidas deverá ser mais útil no diagnóstico diferencial de um choque cardiogênico do séptico?

- a. Pressão do átrio direito
- b. Débito cardíaco
- c. Débito urinário
- d. Resistência vascular sistêmica
- e. Pressão arterial esquerda

ZAMBONI V, BEVILACQUA RG. Alterações Hemodinâmicas no Pós-operatório em: Birolini 1ª edição Cirurgia de Emergência

34. Paciente, 92 anos, é atendido em consulta de “risco cirúrgico” para cirurgia oftalmológica de catarata. Está assintomático, tem boa capacidade funcional e realiza acompanhamento médico regular por apresentar hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2. Tem histórico de infarto agudo do miocárdio de parede lateral ocorrido há 03 anos antes, ocasião na qual realizou cineangiocoronariografia e colocou com sucesso, um stent não farmacológico em coronária circunflexa. Cateterismo cardíaco recente mostra que atualmente a coronária esquerda está livre de lesões obstrutivas e a função ventricular está normal. Faz uso de AAS 100 mg/d, sinvastatina 40 mg/d, atenolol 50 mg/d, losartan 100 mg/d e metformina 2000 mg/d. Com base na III Diretriz Brasileira de Avaliação Pré-Operatória para estratificação de risco cardiovascular para cirurgias não cardíacas, a conduta mais adequada é:

- a. suspender o AAS 10 dias antes da cirurgia e a metformina na noite anterior
- b. solicitar teste ergométrico para decidir se o paciente está apto ao procedimento
- c. manter, com vistas à cirurgia, o uso diário de metformina, dado o baixo risco de hipoglicemia da droga e do paciente
- d. descartar a necessidade de testes funcionais, como cintilografia do miocárdio, pois o paciente está apto à cirurgia
- e. suspender o AAS 05 dias antes da cirurgia. Suspender a metformina e a sinvastatina, 02 dias antes pelos efeitos metabólicos e interações anestésicas destas drogas.

3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia- Volume 109, Nº 3, Suplemento 1, Setembro 2017

35. A Sífilis volta a marcar presença nos mapas epidemiológicos brasileiros. Sobre essa doença assinala com “C” (correta) ou “I” (incorreta) as assertivas e escolha a alternativa com a seqüência correta:

- Assertivas:

- [] Os testes microbiológicos com culturas de *Treponema pallidum* demonstram que esta bactéria não apresenta mecanismo de resistência à penicilina o que indica amplamente a manutenção do seu uso.
- [] Os exames por microscopia de campo escuro de esfregaços de linfa e de tecidos acometidos são amplamente utilizados na rotina do diagnóstico precoce da Sífilis.
- [] Os testes sorológicos não treponêmicos detectam anticorpos dirigidos a um complexo de lecitina, colesterol e cardioplipina e são amplamente utilizados na rotina do diagnóstico da Sífilis.
- [] A reação de Jarisch-Herxheimer pode ocorrer após o início do tratamento da Sífilis com antimicrobianos e pela liberação de lipoproteínas do treponema e indução secundária de resposta inflamatória.
- [] Todos os estágios da Sífilis caracterizam-se por comprometimento vascular como periarterite e endoarterite obliterativa.

- Alternativas:

- a. I, C, I, I, C
- b. I, C, C, I, C

- c. I, I, C, C, C
- d. C, I, C, I, I
- e. C, C, C, I, C

BOCKENSTEDT LK. Doenças causadas por espiroquetas: Sífilis e Doença de Lyme. Em: PARSLow TG, STITES DP, TERR AI, IMBODEN JB. Imunologia Médica. Décima edição. Guanabara Koogan. 2004.

36. Homem, 74 anos, hipertenso, diabético tipo 2, ex-tabagista por 30 anos, com plano de cirurgia de endarterectomia de carótida esquerda. O paciente está assintomático, mas há 06 meses apresentou hemiparesia braquial direita, atribuída, na ocasião, a Ataque Isquêmico Transitório (AIT). Angiotomografia de carótidas mostra lesão de 90% em carótida interna esquerda e 30% na direita. Está em uso de AAS, sinvastatina, losartan, metformina e insulina NPH à noite. Hemograma e coagulograma normais, glicemia de jejum=115 mg/dl, Hb1Ac; 6,9%, Uréia= 82 mg/dl, Creatinina 2,7 mg/dl, Sódio= 140 mEq/L, potássio=5,1 mEq/L. Com base na III Diretriz Brasileira de Avaliação Pré-Operatória para estratificação de risco cardiovascular para cirurgias não cardíacas, a conduta mais adequada é:

- a. solicitar um teste funcional não invasivo, como uma cintilografia de perfusão miocárdica em repouso e stress.
- b. adiar a cirurgia e realizar cineangiocoronariografia, pois, caso ocorram lesões coronarianas críticas, seria mais apropriado cirurgia de revascularização combinada, carotídea e miocárdica.
- c. Solicitar Rx de tórax pela história de tabagismo e iniciar metoprolol oral até atingir controle de frequência cardíaca e pressão arterial, podendo-se, então, liberar o paciente para a cirurgia.
- d. iniciar metoprolol oral e solicitar cineangiocoronariografia.
- e. liberar o paciente para a cirurgia, uma vez que a situação clínica indica intervenção de urgência.

3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia- Volume 109, Nº 3, Suplemento 1, Setembro 2017

37. Paciente de 42 anos, branca, com artralgias de mãos, ombros e tornozelos há 03 meses, de intensidade crescente, apesar do uso de diclofenaco 50 mg 3x/dia. Refere limitações do movimento por dor ao acordar durante aproximadamente uma hora diariamente. Ao exame: bom estado geral, corada, afebril, sem lesões cutâneas, com aumento das articulações interfalangeanas próximas e metacarpofalangeanas de 2º e 3º dedos das duas mãos, sem desvios e com artrite de cotovelo direito e tornozelos. Restante do exame físico normal. De acordo com a principal hipótese diagnóstica, qual a melhor droga de escolha a ser introduzida no momento?

- a. Prednisona 1 mg/Kg/dia, em doses divididas
- b. Azatioprina 1 mg/Kg/dia em dose única diária
- c. Metotrexate 7,5 mg/semana
- d. Penicilina benzatina 1.200.000 UI IM seguido de 1.200.000 UI a cada 21 dias
- e. Plasmaférese

DENNIS L. KASPER, STEPHEN L. HAUSER, J. LARRY JAMESON . Medicina Interna de Harrison, parte 15, Seção 2 - 19.Ed- 2016

38. Com infusão de volume, a pressão capilar pulmonar aumentou de 4 para 12 mmHg, o débito cardíaco de 3,8 L/min para 6,1 L/min, a PO₂ permaneceu com 60 com uma FiO₂ de 0,4, a pressão arterial é de 110/70mmHg. Depois de 15 minutos, com uma FiO₂ de 1,0, o gradiente alvéolo-arterial de O₂ é de 380. A terapia apropriada neste momento deve ser:

- a. Administração de 40mg de furosemida
- b. Iniciar infusão de dobutamina
- c. Diminuir FiO₂ para 0,7
- d. Instituir pressão expiratória final positiva em 5 a 10 cm H₂O
- e. Administrar infusão de 500 ml de soro fisiológico a 0,5% na próxima meia hora

ZAMBONI V, BEVILACQUA RG. Alterações Hemodinâmicas no Pós-operatório em: Birolini 1ª edição Cirurgia de Emergência.

39. Paciente vítima de acidente por motocicleta. Deu entrada no pronto socorro com halitose etílica, inconsciente, mas movimentada os membros aos estímulos dolorosos. Apresenta sangramento em nariz devido a uma laceração, deformidade da mandíbula e sangramento intenso pela boca. Sua respiração é difícil e ruidosa. O imediato controle das vias aéreas é obtido através da:

- a. Intubação nasotraqueal
- b. Intubação orotraqueal
- c. Traqueostomia
- d. Cricotireoidostomia
- e. Máscara laríngea

UTIYAMA EM. Atendimento Inicial ao Politraumatizado em: Birolini 1ª edição Cirurgia de Emergência

40. Marque com “C” (correta) ou “I” (incorreta) as assertivas e escolha a alternativa com a sequência correta, sobre a notificação compulsória de doenças ou agravos:

- [] A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente.
- [] A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo.
- [] A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa
- [] A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.
- [] A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

- a. I, C, I, C, C.
- b. C, C, I, C, C.
- c. I, C, C, C, I.
- d. I, I, I, C, I.
- e. C, C, C, C, C.

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro - PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014.

41. Relacione as colunas da tabela abaixo e escolha a alternativa com a seqüência correta:

Agentes causais:		Tipos de meningites:	
<input type="checkbox"/>	Vírus Coxsachie	I.	Meningite piogênica
<input type="checkbox"/>	<i>Mycobacterium avium-intracellularis</i>	II.	Meningite asséptica
<input type="checkbox"/>	<i>Candida albicans</i>	III.	Meningite micótica
<input type="checkbox"/>	<i>Escherichia coli</i>	IV.	Meningite tuberculosa
<input type="checkbox"/>	<i>Listeria monocitogenes</i>		

- a. I, II, I, IV, III
- b. IV, IV, III, I, II
- c. II, IV, III, I, I**
- d. I, IV, III, II, I
- e. III, I, I, II, IV

REQUEJO HIZ. Meningites bacterianas. EM: FERREIRA AW, ÁVILA SLM. Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e auto-imunes. Guanabara Koogan – Segunda Edição. 2001.

42. A tomada do pulso radial é uma prática rotineira na assistência médica e propicia informações semióticas importantes. Relacione os traçados da imagem abaixo, com as respectivas interpretações:

I		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial
II		<input type="checkbox"/> Regular
III		<input type="checkbox"/> Taquicardia
IV		<input type="checkbox"/> Bradicardia

- a. II, III, I, IV
- b. III, IV, I, II**
- c. I, II, IV, III
- d. III, I, IV, II
- e. II, III, I, IV

PORTO CC et.al. Exame dos pulsos radial, periféricos e venoso. Em: PORTO & PORTO. Exame clínico. ABDR. 2016.

43. Sobre as “tonturas” e as “vertigens”, marque com “C” (correta) ou “I” (incorreta) as assertivas e escolha a alternativa correta:

- Assertivas:

- I. A *doença de Ménière* é constituída por crises vertiginosas acompanhada de zumbidos e diminuição da audição de duração variável
- II. A *vertigem postural paroxística benigna* é uma condição clínica na qual ocorre vertigem com ou sem nistagmo, estritamente dependente da postura do paciente.
- III. A *tontura* é em geral resultado da redução transitória do fluxo sanguíneo cerebral e é relatada como a sensação de vazio na cabeça ou desequilíbrio ou ainda iminente desmaio.
- IV. A *vertigem* é sempre de natureza labiríntica e causada pelo deslocamento da endolinfa secundária aos menores deslocamentos da cabeça e é causa da perda de equilíbrio, às vezes com queda, sudorese, náuseas, vômitos ou zumbidos.

- Alternativas:

- a. Nenhuma das assertivas está correta.
- b. Somente as assertivas II e IV estão erradas.
- c. **Todas as assertivas estão corretas.**
- d. Somente as assertivas I e III estão erradas
- e. Somente as assertivas III e IV estão corretas.

PORTO CC, PORTO AL. Sinais e Sintomas. Em: PORTO & PORTO. Exame clínico. ABDR. 2016.

44. Assinale [CA] indicativo de cetoacidose diabética ou [EH] indicativo de estado hiperosmolar hiperglicêmico, nas assertivas abaixo e escolha a alternativa com a sequência correta:

- Assertivas:

- I. [] geralmente ocorre em diabéticos tipo I, principalmente em mais jovens (terceira década de vida).
- II. [] produção de ácidos graxos (lipólise) no fígado e produção de corpos cetônicos com presença de cetonemia e acidose metabólica.
- III. [] produção mínima de insulina capaz de inibir a produção de corpos cetônicos com ausência de cetonemia.
- IV. [] geralmente ocorre em faixa etária >40 anos.
- V. [] paciente apresenta com maior freqüência alterações do nível de consciência com confusão, torpor ou coma.

- Alternativas:

- a. I [CA], II [CA], III[CA], IV[EH], V[CA]
- b. I [EH], II [EH], III[CA], IV[CA], V[CA]
- c. **I [CA], II [CA], III[EH], IV[EH], V[EH]**
- d. I [EH], II [CA], III[EH], IV[EH], V[EH]
- e. I [CA], II [EH], III[EH], IV[CA], V[EH]

HIGA EMS, *et al.* Cetoacidose diabética e estado hiperosmolar hiperglicêmico. Em: Medicina de Urgência. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. Manole. Segunda edição. 2008.

45. Em casos de tuberculose (TB) extrapulmonar estima-se que 10% são especiais e necessitam de internação hospitalar. Escolha a alternativa na qual estão corretamente hierarquizadas quatro prioridades clínicas comuns causadoras de internação:
- 1º) casos sociais, como ausência de residência fixa ou pessoas abandonadas, 2º) indicações cirúrgicas para ressecção parcial ou total em decorrência da TB, 3º) meningoencefalite, 4º) intolerância medicamentosa e toxicidade incontrolável em ambulatório.
 - 1º) meningoencefalite, 2º) indicações cirúrgicas para ressecção parcial ou total em decorrência da TB, 3º) intolerância medicamentosa e toxicidade incontrolável em ambulatório, 4º) casos sociais, como ausência de residência fixa ou pessoas abandonadas.
 - 1º) intolerância medicamentosa e toxicidade incontrolável em ambulatório, 2º) meningoencefalite, 3º) casos sociais, como ausência de residência fixa ou pessoas abandonadas, 4º) indicações cirúrgicas para ressecção parcial ou total em decorrência da TB.
 - 1º) casos sociais, como ausência de residência fixa ou pessoas abandonadas, 2º) intolerância medicamentosa e toxicidade incontrolável em ambulatório, 2º) meningoencefalite, 4º) indicações cirúrgicas para ressecção parcial ou total em decorrência da TB.
 - 1º) intolerância medicamentosa e toxicidade incontrolável em ambulatório, 2º) indicações cirúrgicas para ressecção parcial ou total em decorrência da TB, 3º) casos sociais, como ausência de residência fixa ou pessoas abandonadas, 4º) meningoencefalite.

MEDEIROS EAS, CASTELO FILHO A. Tuberculose: tratamento e medidas e prevenção no ambiente hospitalar. Em: SALOMÃO R, PIGNATARI ACC. Infectologia. Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP. Manole. 2006.

46. No Brasil no ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita. Entre eles, 185 óbitos, desta forma o conhecimento médico sobre os esquemas de tratamento da sífilis é de extrema importância. Frente a essa situação epidemiológica assinale a alternativa incorreta:
- Penicilina cristalina é capaz de atravessar a barreira placentária e deve ser utilizada em gestantes com neurosífilis.
 - Ceftriaxona não é recomendado para tratamento de sífilis em gestantes, sua utilização só é indicada em casos de alergia a penicilina.
 - Doxaciclina é uma alternativa segura para tratamento de gestantes com alergia à penicilina.
 - Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) é indicado para tratamento de sífilis primária, secundária e latente recente durante a gestação.
 - O esquema para tratamento de sífilis latente tardia, na gestação, deve ser com Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular semanal, por três semanas consecutivas.

Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde - Sífilis 2017. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Junho/2017.

47. Quanto ao tratamento da pneumonia adquirida na comunidade em adultos em ambiente ambulatorial, assinale a alternativa **errada**:
- A maioria dos esquemas de tratamento inicial para pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é empírica. No entanto, a epidemiologia local, o histórico de viagens e outras pistas epidemiológicas e clínicas devem ser consideradas ao selecionar um regime empírico.
 - Os antibióticos devem ser iniciados assim que possível, uma vez estabelecido o diagnóstico de PAC. A presença de um infiltrado na radiografia simples de tórax é considerada o padrão ouro para o diagnóstico de pneumonia quando as características clínicas (e, em alguns casos, microbiológicas) são favoráveis.

- c. **As diretrizes norte-americanas e britânicas são idênticas em suas recomendações para a terapia de primeira linha para pneumonia ambulatorial. Promovem amoxicilina e colocam menos importância em patógenos atípicos. Bem como defendem o tratamento de patógenos atípicos e pneumococos e sugerem macrolídeos ou doxiciclina quando a resistência a antibióticos é esperada.**
- d. Pacientes que não responderam à terapia após 48 a 72 horas devem ser reavaliados.
- e. Apesar da resistência in vitro, os pneumococos resistentes à penicilina provavelmente responderão a doses mais altas de beta-lactâmicos que não a cefuroxima.

Thomas M File, Jr, MD. Treatment of community-acquired pneumonia in adults in the outpatient setting. Literature review current through: Oct 2018. | This topic last updated: Oct 16, 2018.

48. Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Os fatores de risco incluem idade ≥ 65 anos, comorbidades crônicas, infecções virais respiratórias concomitantes ou antecedentes, proteção das vias aéreas prejudicada, tabagismo, abuso de álcool e outros fatores relacionados ao estilo de vida. A respeito da pneumonia adquirida na comunidade em adultos, assinale a alternativa **errada**.

- a. As causas mais comumente identificadas de PAC incluem vírus respiratórios, bactérias típicas (por exemplo, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*) e bactérias atípicas (por exemplo, *Legionella* spp, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*).
- b. O diagnóstico requer a demonstração de um infiltrado na imagem do tórax em um paciente com uma síndrome clinicamente compatível (por exemplo, febre, dispnéia, tosse e leucocitose).
- c. Para a maioria dos pacientes, uma radiografia de tórax posteroanterior e lateral é suficiente. A tomografia computadorizada é reservada para casos selecionados.
- d. **A combinação de uma síndrome clínica compatível e um infiltrado na imagem do tórax são suficientes para estabelecer um diagnóstico clínico de PAC, esses achados são absolutos.**
- e. A seleção de um regime antibiótico empírico baseia-se na gravidade da doença, no local do tratamento e nos patógenos mais prováveis.

Julio A Ramirez, MD, FACP. Overview of community-acquired pneumonia in adults. Literature review current through: Oct 2018. | This topic last updated: Sep 17, 2018.

49. O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune heterogênea com uma ampla gama de manifestações clínicas e sorológicas que podem afetar qualquer órgão.). O curso da doença é marcado por remissões e recaídas e pode variar de leve a grave. Assinale a errada:

- a. o padrão mais comum de manifestações clínicas é uma mistura de queixas constitucionais com envolvimento cutâneo, musculoesquelético, hematológico leve e sorológico;
- b. **todos dos pacientes apresentam manifestações hematológicas, renais ou do sistema nervoso central. Sendo que o padrão que domina durante os primeiros anos tende a não prevalecer durante todo o curso da doença.**
- c. sintomas constitucionais, como fadiga, febre e perda de peso, estão presentes na maioria dos pacientes com lúpus em algum momento durante o curso da doença.
- d. artrite e artralguas ocorrem em mais de 90% dos pacientes com LES e são frequentemente uma das primeiras manifestações.
- e. a maioria dos pacientes apresenta lesões na pele e nas membranas mucosas em algum momento durante o curso da doença.

Dafna D Gladman, MD, FRCPC. Overview of the clinical manifestations of systemic lupus erythematosus in adults. Literature review current through: Oct 2018. | This topic last updated: Jan 08, 2018.

50. Os objetivos da terapia farmacológica da insuficiência cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (HFrEF) são melhorar os sintomas (incluindo risco de hospitalização), diminuir ou reverter a deterioração da função miocárdica e reduzir a mortalidade. No que concerne a Terapia farmacológica de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, é incorreto afirmar:

- a. Para pacientes com HFrEF e sobrecarga de volume, não recomendamos diuréticos (Grau 1A);
- b. Para pacientes com Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo [FEVE] $\leq 40\%$, recomendamos a terapia com inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA) (Grau 1A);
- c. Para pacientes negros com sintomas persistentes de IC moderada a grave e FEVE < 40 apesar da terapia ideal, incluindo betabloqueador, inibidor de ECA (ou BRA), ARM (se indicado) e outros diuréticos, recomendamos a adição da combinação de hidralazina e um nitrato oral (Grau 1A);
- d. Em pacientes que apresentam IC aguda, a terapia a longo prazo é iniciada após a estabilização inicial;
- e. Para pacientes com ICfEr que não toleram a terapia com inibidores da ECA devido a tosse ou angioedema, recomendamos um bloqueador do receptor da angiotensina II (BRA) como alternativa (Grau 1B).

Stephen S Gottlieb, MD. Pharmacologic therapy of heart failure with reduced ejection fraction. Literature review current through: Oct 2018. | This topic last updated: Oct 31, 2018.

Diretor Geral

Jorge Itsuo Fukushima

Campina Grande do Sul, 08 de dezembro de 2018.