

**Polícia Militar**

**Gabarito DP - 02/321/08.**

A Diretoria de Pessoal torna público o gabarito oficial da Prova de Escolaridade, realizada em 19/10/2008, pelos candidatos inscritos no Concurso Público para ingresso na Corporação como 2º Ten Médico PM Estagiário, regido pelo Edital Nº DP - 03/321/2008, conforme segue:

**FISIATRIA:** 1-B, 2-B, 3-C, 4-C, 5-E, 6-C, 7-A, 8-C, 9-B, 10-D, 11-B, 12-B, 13-A, 14-B, 15-D, 16-B, 17-E, 18-C, 19-A, 20-D, 21-E, 22-D, 23-C, 24-C, 25-C, 26-E, 27-B, 28-B, 29-A, 30-A, 31-A, 32-A, 33-E, 34-B, 35-D, 36-C, 37-E, 38-E, 39-A, 40-B, 41-B, 42-C, 43-E, 44-A, 45-C, 46-D, 47-D, 48-A, 49-E, 50-B, 51-A, 52-A, 53-B, 54-E, 55-C, 56-B, 57-A, 58-C, 59-E, 60-A.

**QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

- 1) a) Cruzam a linha média e, no quadrante ântero-lateral da medula espinal contra-lateral, formam as vias ascendentes nosciceptivas espinotalâmica;
- b) Através de neurônios de transmissão, seguem para o @@@corno lateral da medula espinal ipsilateral, fazendo sinapse com neurônios da cadeia simpática;
- c) Através de neurônios de transmissão, seguem para o @@@corno anterior da medula espinal ipsilateral, fazendo sinapse com neurônios da alfa motores;
- 2) Dor nas articulações acometidas com rigidez matinal, que piora com a movimentação e carga; pior ao início dos movimentos, podendo ocorrer perda do movimento articular, crepitação local, fraqueza muscular; pode evoluir com alterações (perdas) funcionais.
- 3) As principais articulações acometidas na osteoartrite são: Coluna Vertebral, principalmente Cervical e Lombar, ao nível das facetarias posteriores; joelhos; quadris e interfalanganas distais; articulações do trapézio com 1º metacarpo.
- 4) As modalidades de tratamento mais comuns para a osteoartrite são:
  - Antiinflamatórios não hormonais;
  - Analgésicos (paracetamol);
  - Corticosteróide e Opiáceos nos casos mais graves;
  - Meios físicos: calor superficial e profundo;
  - Eletroterapia analgésica (TENS);
  - Imobilizar articular funcional;
  - Cinesioterapia: manter ADM, reforço muscular, reeducação postural;
  - Hidroterapia - pela resistência da água e empuxo de Arquimedes;
  - Viscosuplementação - principalmente joelho com osteoartrite leve a moderada;
  - Cirurgias - osteotomias;
  - Artroscopia;
  - Artroplastia;
  - Atividade Física - anaeróbica e de flexibilidade.

**PSIQUIATRIA:** 1-A, 2-C, 3-C, 4-B, 5-D, 6-B, 7-C, 8-D, 9-D, 10-B, 11-A, 12-C, 13-B, 14-D, 15-A, 16-B, 17-C, 18-B, 19-C, 20-C, 21-B, 22-D, 23-C, 24-C, 25-C, 26-D, 27-A, 28-D, 29-B, 30-A, 31-C, 32-C, 33-C, 34-A, 35-A, 36-B, 37-A, 38-B, 39-D, 40-D, 41-B, 42-C, 43-C, 44-D, 45-A, 46-C, 47-A, 48-B, 49-D, 50-C, 51-D, 52-C, 53-D, 54-C, 55-D, 56-A, 57-C, 58-A, 59-D, 60-D.

**QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

- 1) Exemplo de seratosinérgico: Citalopram;  
Exemplo de noradrenérgico: Nortriptilina;  
Exemplo de dopaminérgico: Bupropiona;  
Exemplo de seratosinérgico e noradrenérgico (dual): Venlafaxina.
- 2) Imputável: possui plena capacidade de entendimento e determinação (exemplo: episódio depressivo leve);  
Semi-imputável: possui capacidade de entendimento, mas não se determina de acordo com esse entendimento (exemplo: transtornos fóbicos);  
Inimputável: não possui capacidade de entendimento e de determinação (exemplo: surto esquizofrênico).
- 3) Delírio diz respeito a um transtorno dos juízos (exemplo: delírio auto-referente na paranóia); delirium diz respeito a um transtorno da consciência neurológica (exemplo: delirium no estado de abstinência grave do alcoólatra - "Delirium tremens").
- 4) "Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - uso nocivo de álcool", modo de consumo de álcool que é prejudicial à saúde, trazendo complicações que podem ser físicas (por exemplo, pancreatite aguda consequente ao uso do álcool) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool);  
"Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência", conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de bebidas alcoólicas, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar o álcool, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso de bebidas alcoólicas em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pelo álcool e por vezes, a um estado de abstinência física (náuseas, tremores, sudorese, insônia, etc.).

**CARDIOLOGIA:** 1-E, 2-B, 3-B, 4-B, 5-A, 6-E, 7-D, 8-E, 9-D, 10-A, 11-A, 12-A, 13-A, 14-C, 15-C, 16-A, 17-E, 18-E, 19-A, 20-D, 21-C, 22-D, 23-C, 24-D, 25-E, 26-A, 27-A, 28-A, 29-D, 30-E, 31-E, 32-D, 33-E, 34-B, 35-A, 36-C, 37-E, 38-A, 39-D, 40-B, 41-E, 42-A, 43-B, 44-D, 45-C, 46-A, 47-E, 48-D, 49-E, 50-D, 51-B, 52-B, 53-D, 54-B, 55-B, 56-C, 57-B, 58-B, 59-B, 60-D.

**QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

- 1) Mesmo com ECG e enzimas normais, considerar a síndrome isquêmica aguda e tratá-la de forma adequada com analgesia, nitratos, AAS e oxigênio nasal. Estimar com base nas manifestações clínicas a probabilidade da síndrome isquêmica aguda se alta, intermediária ou baixa. Estabelecer o diagnóstico diferencial da dor torácica, entre elas: dissecção de Aorta,

pericardite aguda, embolia pulmonar, e dor músculo esquelética. Manter o paciente sob observação clínica, laboratorial e eletrocardiográfica.

2) Reversão de fibrilação atrial aguda. Realizar ecocardiograma bidimensional. Iniciar anticoagulação. Opção farmacológica de anti arrítmicos: propafenona: 600mg em dose de ataque ou amiodarona na dosagem de 30 mg/Kg. Reversão elétrica se necessário.

3) Hemorragia interna ativa, AVC recente, cirurgia intracraniana ou intra espinhal, neoplasia intracraniana conhecida, hipertensão arterial grave incontrolável, distúrbio da coagulação incontrolável, reações alérgicas prévias.

4) CLASSIFICAÇÃO PRESSÃO SISTÓLICA(mmHg) PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)

Ótima < 120 < 80

Normal < 130 < 85

Limítrofe 130 - 139 85 - 89

Hipertensão estágio 1 140 - 159 90 - 99

Hipertensão estágio 2 160 - 179 100 - 109

Hipertensão estágio 3 > 180 > 110

Hipertensão arterial sistólica isolada > 140 < 90

**NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA:** 1-C, 2-E, 3-C, 4-E, 5-E, 6-C, 7-C, 8-C, 9-B, 10-C, 11-D, 12-D, 13-D, 14-D, 15-E, 16-C, 17-D, 18-C, 19-D, 20-D, 21-B, 22-D, 23-C, 24-E, 25-E, 26-E, 27-D, 28-D, 29-C, 30-D, 31-E, 32-B, 33-C, 34-D, 35-A, 36-E, 37-E, 38-C, 39-D, 40-D, 41-E, 42-B, 43-C, 44-E, 45-D, 46-C, 47-A, 48-E, 49-E, 50-E, 51-D, 52-C, 53-D, 54-E, 55-E, 56-E, 57-C, 58-E, 59-E, 60-B.

#### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) Contagem de hemáceas homogênea nos três tubos. Hemáceas crenadas. Após centrifugação líquido xantocrômico. Hemorragia tardia apenas líquido xantocrômico.

2) Meningite bacteriana: pleocitose com neutrófilos . Proteína elevada. Glicose diminuída. Presença de bactérias ao Gram.

Meningite viral: pleocitose linfomonocitária. Glicose normal. Proteína pouco elevada.

3) Presença de lesão hipodensa bitemporal podendo haver transformação hemorrágica.

4) Betabloqueadores. Antidepressivos tricíclicos. Anticonvulsivantes. Topiramato.

**NEFROLOGIA:** 1-C, 2-E, 3-D, 4-D, 5-A, 6-A, 7-A, 8-E, 9-D, 10-B, 11-A, 12-D, 13-E, 14-E, 15-A, 16-A, 17-B, 18-C, 19-A, 20-C, 21-E, 22-C, 23-E, 24-C, 25-D, 26-A, 27-C, 28-D, 29-D, 30-B, 31-E, 32-A, 33-D, 34-E, 35-A, 36-C, 37-E, 38-D, 39-C, 40-A, 41-B, 42-E, 43-E, 44-C, 45-E, 46-B, 47-B, 48-B, 49-E, 50-D, 51-A, 52-E, 53-D, 54-C, 55-C, 56-C, 57-A, 58-B, 59-B, 60-B.

#### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) CLASSIFICAÇÃO PRESSÃO SISTÓLICA(mmHg) PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)

Ótima < 120 < 80

Normal < 130 < 85

Limítrofe 130 - 139 85 - 89

Hipertensão estágio 1 140 - 159 90 - 99

Hipertensão estágio 2 160 - 179 100 - 109

Hipertensão estágio 3 > 180 > 110

Hipertensão arterial sistólica isolada  $\geq 140 \leq 90$

2) I - Insuficiência renal aguda não oligúrica; com início na segunda semana de tratamento (mais cedo se houver outros insultos); recuperação lenta; lesão tubular direta resultando em glicosúria, proteinúria de baixo grau, hipomagnesemia, hipocalcemia e hipocalemia. Fatores de risco: depleção de volume, sepse, hipocalemia, idade avançada, administração concomitante de nefrotoxinas e um esquema de múltiplas doses diárias.

II - mecanismos ainda não bem definidos. Estudos em animais revelam: interferência no funcionamento de lisossomos, alterações mitocondriais, produção excessiva de radicais livres. Histologia compatível com necrose tubular aguda do tipo isquêmico ocorrendo em focos, com perda da borda em escova e vacuolização de túbulos proximais. Estudos difíceis de interpretar já que são feitos em doentes graves e com outras agressões nefrotóxicas.

III - a nefrotoxicidade é mais comum quando são dadas grandes doses durante períodos prolongados, o esquema de doses únicas diárias tem eficácia clínica e a toxicidade pode ser reduzida. Manter o paciente hidratado. Corrigir a dose do aminoglicosídeo de acordo com monogramas se o paciente já apresentar déficit crônico de função renal. A administração concomitante de outras nefrotoxinas deve ser evitada, se possível.

3) Classe I - Alterações mesangiais mínimas.

Classe II - Alterações proliferativas mesangiais.

Classe III - Glomerulonefrite lúpica focal.

Classe IV - Glomerulonefrite lúpica difusa.

Classe V - Glomerulonefrite lúpica membranosa.

Classe VI - Glomerulonefrite com esclerose avançada.

4) Definida como a concomitância de anemia, insuficiência cardíaca e doença renal crônica. Não ocorre ao acaso, pois existe relação fisiopatológica entre as três entidades clínicas que compõem a síndrome. Itens a serem discutidos:

I) impacto da anemia na IC: anemia / hipóxia tecidual / vasodilatação periférica / diminuição da pressão arterial / diminuição do fluxo plasmático renal / ativação do sistema renina-angiotensina / retenção de fluidos / aumento do volume plasmático / HVE / IC.

II) Impacto da IC na anemia: hemodiluição / desnutrição / inibição de proliferação das células hematopoiéticas / produção aumentada de citocinas (anemia da doença crônica).

III) Impacto da DRC na IC: hipervolemia / anemia / fístula artério-venosa / inflamação / distúrbios do metabolismo cálcio-fósforo.

IV) Impacto da IC na DRC: hipoperfusão tecidual que acompanha a IC.

V) Impacto da anemia na DRC: hipóxia / estresse oxidativo / melhora da função ou diminuição do ritmo de progressão com o uso de eritropoetina.

VI) Impacto da DRC na anemia: deficiência de eritropoetina / deficiência absoluta ou funcional de ferro / perda sanguínea / presença de toxinas urêmicas / deficiência de ácido fólico e vitamina B12 / elevação de interleucinas pró-inflamatórias - diminuição da ação da eritropoetina e menor produção da

mesma / interfere na disponibilidade de ferro para a eritropoese: produção de hepcidina pelo fígado que bloqueia a absorção intestinal de ferro e impedindo a mobilização do mesmo do sistema reticuloendotelial / hiperparatiroidismo, com fibrose da medula óssea e elevada concentração de interleucinas.

**RADIOLOGIA:** 1-A, 2-E, 3-E, 4-A, 5-D, 6-A, 7-E, 8-B, 9-E, 10-C, 11-E, 12-E, 13-C, 14-E, 15-D, 16-B, 17-A, 18-E, 19-A, 20-E, 21-A, 22-A, 23-B, 24-A, 25-E, 26-E, 27-E, 28-D, 29-D, 30-A, 31-D, 32-A, 33-C, 34-B, 35-A, 36-C, 37-A, 38-A, 39-D, 40-A, 41-C, 42-A, 43-A, 44-B, 45-C, 46-E, 47-A, 48-E, 49-A, 50-C, 51-B, 52-D, 53-B, 54-A, 55-E, 56-B, 57-A, 58-B, 59-A, 60-E.

### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) Achados na pancreatite: Pâncreas sem alterações.

Aumento glandular difuso ou focal, irregularidade de contornos, alteração da densidade, sem sinais de inflamação peripancreática. Alterações intrínsecas do parênquima e sinais inflamatórios peripancreáticos.

Coleções líquidas, presença de gás no pâncreas e/ou retroperitônio.

2) Definição: Processo difuso, progressivo e irreversível de fibrose hepática, decorrente de agressão crônica aos hepatócitos, caracterizado por distorção arquitetural e nódulos de regeneração, displásticos e tumorais.

Achados ultra-sonográficos:

Irregularidade e lobulação dos contornos hepáticos;

Alargamento das fissuras hepáticas;

Esteatose hepática;

Heterogeneidade difusa do parênquima;

Aumento volumétrico dos lobos esquerdo e caudado;

Sinais de hipertensão portal;

Alteração perfusional do parênquima hepático.

3) Achados de T.E.P:

a) Sem infarto pulmonar: Trombose de artérias pulmonares, lobares e/ou segmentares; Sinal de Westmark - área de oligoemia; Sinal de Fleishner - alargamento da artéria trombosada; Sinal de Knuckle - afilamento distal do vaso ocluído; Atelectasia.

b) Com infarto pulmonar: Os mesmos do sem infarto; Corcova de Hampton - zona de consolidação periférica, com base pleural; Sinal do halo invertido; Derrame pleural.

4) Definição: Aumento irreversível do espaço aéreo distal ao bronquíolo terminal, com ruptura da parede alveolar.

a) Radiologia convencional: Aumento da transparência pulmonar; Aumento do espaço retroesternal; Bolhas enfisematosas; Redução da vasculatura intra-pulmonar; Hilos Salientes; Rebaixamento e retificação da cúpula frênica; Seio costo frênico raso; Aumento do diâmetro antero-posterior do tórax; Aumento dos espaços intercostais.

b) TCAR (tomografia de alta resolução): Pequenas imagens arredondadas, hipoatenuantes, sem paredes definidas, que podem confluir e se tornar grandes áreas com aspecto de "simplificação" do interstício pulmonar.

Bolhas enfisematosas.

Sinais de hipertensão arterial pulmonar.

**ENDOCRINOLOGIA:** 1-B, 2-B, 3-D, 4-C, 5-A, 6-D, 7-E, 8-D, 9-B, 10-E, 11-B, 12-A, 13-E, 14-B, 15-A, 16-D, 17-B, 18-A, 19-A, 20-C, 21-C, 22-D, 23-D, 24-D, 25-A, 26-C, 27-C, 28-E, 29-D, 30-D, 31-E, 32-E, 33-E, 34-E, 35-D, 36-D, 37-C, 38-E, 39-A, 40-D, 41-D, 42-C, 43-D, 44-C, 45-D, 46-E, 47-A, 48-D, 49-A, 50-C, 51-B, 52-A, 53-A, 54-C, 55-D, 56-B, 57-B, 58-E, 59-D, 60-D.

**QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) Sulfonilureias: aumento da secreção de insulina pelo pâncreas, doses: glibenclamida 5 a 20 mg por dia glimepirida 2 a 6 mg por dia, glicazida 30 a 120 mg por dia. Ef col: aumento de peso, hipoglicemia.

Metformina: diminui a produção de glicose hepática e diminui resistência periférica à insulina. Dose: 500 mg 12/12hs até 850 mg 3x por dia. Efcil: distúrbios gastrointestinais e o mais temido, porém incomum acidose láctica.

Acarbose: inibidor da alfa glicosidade. Doses 50 mg até 100 mg 3x por dia antes das refeições. Ef col: meteorismo.

Glinidas (repaglinida e nateglinida): estimula secreção rápida de insulina. Ef col: ganho de peso. Dose 1 a 4 mg e 120 mg 2x por dia.

Glitazonas (rosiglitazona e pioglitazona): diminuem resistência periférica.

Ribonabanto: inibidor do receptor canabinóide. Dose 20 mg/dia. Ef col: depressão.

Incretinomiméticos: (byeta, sitagliptina, vidagliptina):

Efcil: pancreatite para Byeta e ganho de peso.

2) Paciente com concentração de Ca sérico que atinja no máximo até 1,0 mg/dl acima do limite superior da normalidade (variável para método e laboratório).

Paciente com calciúria de 24hs < que 400 mg/24hs em dieta usual.

Paciente sem redução de clearance de creatinina.

Paciente sem diagnóstico de osteoporose à densitometria.

Paciente com mais de 50 anos.

Paciente que possam ter um seguimento ambulatorial regular.

3) Conduta imediata: Reposição de cálcio para prevenção de hipoparatioidismo temporário e afastar necessidade de reposição definitiva.

Realização de cintilografia de corpo todo com iodo radioativo.

Avaliar necessidade de dose ablativa com iodo radioativo e necessidade de nova cintilografia após a dose.

Iniciar dose de supressão com hormônio tireoidiano, buscando níveis específicos de TSH.

Conduta tardia: Seguimento com dosagens periódicas de TSH e Tireoglobulina que idealmente deverá ser indetectável, assim como Ultrassom cervical e RX de tórax periódicos.

Repetição de cintilografia de corpo todo caso haja aumento de tireoglobulina ou evidências de disseminação ou local da doença para avaliar necessidade de nova dose ablativa.

4) Anfetamínicos (anfepramona, fenproporex, mazindol): doses: até 60 mg 2x/dia, até 25 mg 2x/dia, 4 mg 2x/dia respectivamente.

Contraindicações: doenças cardiovasculares, convulsão, depressão. Efcil: sintomas adrenérgicos.

Sibutramina: Dose 10 a 15 mg/dia. Contraindicação: doenças

cardiovasculares, HAS.

Fluoxetina: Dose até 60 mg/dia. Efc: náuseas, diminuição de libido.

Bupropiona: Dose 150 mg/dia. Efc: tonturas.

Orlistat: Dose 120 mg/ 3x/dia. Efc: diarreia.

Rimonabanto: semelhante ao diabetes.

**REUMATOLOGIA:** 1-E, 2-E, 3-A, 4-A, 5-B, 6-A, 7-C, 8-A, 9-D, 10-C, 11-E, 12-A, 13-E, 14-C, 15-C, 16-E, 17-E, 18-C, 19-B, 20-C, 21-E, 22-C, 23-B, 24-C, 25-E, 26-B, 27-A, 28-B, 29-D, 30-B, 31-C, 32-D, 33-A, 34-B, 35-E, 36-E, 37-A, 38-D, 39-E, 40-C, 41-C, 42-E, 43-A, 44-E, 45-A, 46-C, 47-D, 48-B, 49-C, 50-B, 51-D, 52-D, 53-C, 54-B, 55-B, 56-D, 57-B, 58-E, 59-A, 60-C.

### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) Pneumonite: doença intersticial discreta; raramente dá sintomas. Geralmente achado de necropsia.

Derrame Pleural: pode ser sintomático ou não. A característica do líquido é de um exsudato com baixo teor de glicose.

Fibrose intersticial: predominante em bases pulmonares, podendo levar a quadros de dispnéia de esforço, tosse produtiva, podendo até a sobrecarga de VD e hipertensão pulmonar.

Nódulos pulmonares: são nódulos reumatóides solitários ou múltiplos no parênquima pulmonar que podem cavitariar ou mesmo quando subpleurais, desenvolver fístula broncopulmonar e pneumotórax com empiema. A síndrome de Caplan é uma associação da doença reumatóide nodular no pulmão em trabalhadores de minas de carvão, ou expostos a arbesto sílica e abrasivos.

Bronquiolite obliterante: pode ser manifestação da AR ou de drogas utilizadas no seu tratamento, como penicilamina e MTX. Também tem como complicação respiratória a fibrose intersticial.

2) Início da doença em idade mais precoce.

Altos títulos de FR.

VHS e/ou PCR persistentemente elevados.

Artrite em mais de 20 articulações.

Comprometimento extra-articular.

Presença de erosões nos dois primeiros anos da doença (raio X de mãos e pés).

3) Agudas, crônicas e latente.

Parvovirus B19.

Principalmente em crianças, poliarticular principalmente pequenas articulações, no adulto lembra artrite reumatóide, poliartralgia mais que poliartrite que é somática e dura em média 10 dias, não mais que um mês.

Rubéola.

Após sintomas constitucionais clássicos, aparece poliartrite simétrica a AR com rigidez matinal. Pode durar até 2 semanas.

Pode aparecer poliartralgia/artrite na reação vacinal.

Hepatite C.

Sintomas articulares em 5% dos casos. Pode ser oligoartrite e tenossinovite ou mesmo semelhante a AR, inclusive com fator reumatóide positivo, não erosiva.

Hepatite B.

Poliartrite que lembra a fase inicial da AR, que pode ser acompanhada de rash cutâneo maculo papular ou urticariforme.

Precede a manifestação icterícia e desaparece após esta.  
HIV.

Artrite reativa, artrite psoriática e processo inflamatório inexpectado e auto limitado.

4) Vascular: Hipertensão pulmonar (epoprostenol EV contínuo e treprostínil são primeira linha / iloprost inalatório / bosentan / sildenafil).

Crise renal esclerodérmica (inibidor da ECA).

Fenômeno de Raynaud (medidas físicas, bloqueadores do canal de cálcio - amlodipina, nifedipina, baixas doses de inibidores da recaptção de serotonina - fluoxetina) na isquemia digital iloprost EV, sildenafil.

Fibrótica: D-Penicilamina, já praticamente fora por falta de resultado e Metotrexate.

**DERMATOLOGIA:** 1-E, 2-D, 3-B, 4-C, 5-B, 6-C, 7-C, 8-A, 9-B, 10-B, 11-C, 12-D, 13-D, 14-D, 15-E, 16-C, 17-C, 18-E, 19-D, 20-C, 21-D, 22-A, 23-B, 24-A, 25-A, 26-D, 27-B, 28-D, 29-B, 30-D, 31-A, 32-A, 33-A, 34-E, 35-D, 36-E, 37-D, 38-A, 39-A, 40-E, 41-D, 42-C, 43-E, 44-A, 45-A, 46-C, 47-C, 48-B, 49-E, 50-C, 51-D, 52-C, 53-B, 54-A, 55-A, 56-D, 57-D, 58-B, 59-B, 60-C.

#### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) A epiderme, que é, um epitélio estratificado, apresenta 4 distintas camadas celulares:

a) camada germinativa ou basal: é a mais profunda das camadas da epiderme e é constituída por dois tipos de células, as células basais e os melanócitos. As células basais têm forma cilíndrica. A camada basal é essencialmente germinativa, originando as demais camadas da epiderme através de progressiva diferenciação celular.

b) camada malpighiana ou espinhosa: é formada pelas chamadas células escamosas ou espinhosas, que têm configuração poliédrica, achatando-se progressivamente em direção à superfície.

c) camada granulosa: é formada pelas células granulosas, assim denominadas por caracterizarem-se pela presença de grande quantidade de grânulos.

d) camada córnea: é formada por células epidérmicas anucleadas. Nas regiões palmo-plantares, existe mais uma camada compondo a epiderme: é o estrato lúcido, situado entre a camada córnea e a granulosa, composta por duas ou três camadas de células anucleadas.

2) O tratamento é tópico ou sistêmico, de acordo com a fase da erupção e coma a sua extensão.

a) Tópico: na fase aguda, secretante da dermatite eczematosa, empregam-se compressas ou banhos com soro fisiológico (por exemplo) ou líquido de Burow, diluído 1:40 em água. As compressas úmidas devem ser trocadas cada 2 a 4 horas, até diminuição acentuada da exsudação. Depois, usa-se creme de corticóides empregados isoladamente ou associados à antibióticos, se houver infecção secundária. Nas dermatites eczematosas crônicas liquenificados, o tratamento é feito com pomadas de corticóides, empregados em curativos oclusivos de plásticos, trocadas a cada 24 horas. Na liquenificação acentuada pode-se introduzir corticóide por infiltração, 1 ou 2 vezes/semana.

b) Sistêmico: corticóide, no início em dose mais alta, e depois, reduzida gradualmente. É indicado nas dermatites extensas e/ou severas. Antibióticos devem ser administrados se houver infecção secundária. Anti histamínicos podem ser usados para diminuir o prurido. Psicofarmacos podem ser eventualmente indicados.

A dermatite de contato responde rapidamente à terapêutica. Entretanto, a cura só pode ser obtida com a descoberta e a exclusão do agente responsável. Nas formas crônicas, com severa liquineficação, mesmo após a exclusão do contactante, a regressão do quadro é demorado.

3) As lesões discóides caracterizam-se por eritema de cor rosada a violeta, com atrofia central e descamação, que afetam frequentemente a face, especialmente as regiões molares e dorso do nariz, adquirindo aspecto característico em vespertílio ou asa de borboleta. Outras localizações são: pavilhões auriculares, lábios e couro cabeludo. Com menor frequência, surgem no V do decote, antebraços e mãos, especialmente nos casos disseminados. As lesões no couro cabeludo ocasionam áreas de alopecia. Em etapas tardias, podem surgir a hiperpigmentação residual e teleangiectasias. As escamas, na porção inferior, exibem espículas córneas que penetram nos óstios foliculares e sudoríferos e constituem dado clínico importante para a identificação semiótica da lesão cutânea.

4) A isotretinoína usada no tratamento da acne é utilizada na dosagem inicial de 1,0 - 15 mg/Kg/dia, subdividida em 2 ou 3 doses, reduzida gradualmente, porém com dosagem mínima acima de 0,5 mg/Kg/dia. O período mínimo de tratamento é de 5 meses e a dosagem total deve alcançar 120 mg/Kg. As cápsulas devem ser administradas durante ou após as refeições.

Efeitos colaterais: o único risco irreversível é, em mulheres, a ação teratogênica.

Reações tegumentares: secura labial, queilite, secura das mucosas nasal, oral e ocular, eritema e/ou dermatite na face, epistaxe, prurido, eflúvio telogeno, conjuntivite, dermatite esteatósica.

Reações sistêmicas: mialgias, artralguas, cefaléia e obstipação intestinal, hipertensão benigna intracraniana, hiperostose, quadro depressivo foi referido recentemente também (provavelmente agravamento de condição anterior).

**CLÍNICA MÉDICA:** 1-A, 2-E, 3-B, 4-C, 5-D, 6-B, 7-D, 8-E, 9-A, 10-C, 11-E, 12-E, 13-B, 14-E, 15-C, 16-E, 17-D, 18-D, 19-D, 20-E, 21-A, 22-E, 23-D, 24-B, 25-E, 26-D, 27-D, 28-C, 29-B, 30-B, 31-C, 32-A, 33-B, 34-B, 35-C, 36-D, 37-C, 38-A, 39-E, 40-B, 41-E, 42-A, 43-D, 44-D, 45-E, 46-D, 47-C, 48-D, 49-D, 50-C, 51-B, 52-C, 53-A, 54-B, 55-E, 56-C, 57-A, 58-C, 59-C, 60-D.

#### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) avc fatores de risco e prevenção: principais: hás, dm, dislipidemia, tabagismo, fibrilação atrial.

medidas preventivas: controle medicamentoso da pressão arterial, do diabetes, uso de estatinas para controle da dislipidemia, tratamento para interrupção do tabagismo, uso de anticoagulantes em pacientes com fibrilação atrial, dieta adequada para cada caso, atividade física, controle do peso.

2) ttp medidas a serem tomadas frente ao diagnóstico: trendelenburg, anticoagulação com heparina e infusão contínua ou heparina de baixo peso molecular subcutânea, após o que inicia-se anticoagulante oral e quando inadequado suspende-se heparina e prossegue-se com anticoagulante oral por período de 4 a 6 meses. Para pacientes onde anticoagulação está contra indicada está indicado filtro de veia cava.

3- 1) Resistência insulínica que predomina nas fases iniciais sendo indicado o uso de drogas sensibilizadoras da ação insulínica: metformina e glitazonas

2) Deficiência insulínica que se acentua com o passar dos anos sendo indicado associação com sulfoniluréias que são medicamentos secretagogos com ação em receptores específicos pancreáticos, ou a associação com insulina ou análogos de insulina, ou insulinização plena.

As glinidas (secretagogo pancreático de ação curto) e acarbose (inibidor da alfa -glicosidase intestinal) são drogas auxiliares indicadas no tratamento da hiperglicemia pós prandial. Os inibidores da DPP4 (siltagliptina e vildagliptina) e o incretina mimético (exenatide) são medicamentos recentemente lançados no mercado e tem ação de aumento de secreção insulínica glicose mediada e supressão da secreção do glucagon. Escolha do medicamento: - glicemia de jejum inferior a 150 mg% estão indicados medicamentos que não provoquem aumento de insulina principalmente em paciente obeso (metformina, glitazona).

- Glicemia de jejum entre 150 a 270mg% dependerá do predomínio entre insulino resistência ( estigmas de síndrome metabólica) > metformina e/ou glitazonas ou insulino deficiência (perda de peso) > sulfuniluréias ou glinidas.

- progressão da perda de secreção de insulina, associar aos agentes orais a injeção de insulina antes de dormir  
- predomínio da insulinopenia indicado insulinização plena.

Vários esquemas de combinações terapêutica com dois ou mais agentes antidiabéticos com mecanismos de ação diferentes são utilizados, para obtenção do melhor controle metabólico.

As metas a serem alcançadas no tratamento do diabetes tipo 2, recomenda-se glicemia de jejum de até 110mg%, pós prandial inferior a 140mg% e hemoglobina glicada até o limite superior do método.

4- O diagnóstico é uma GNDA pós estreptocócica com insuficiência cardíaca por hipervolemia.

Os exames para o diagnóstico: Uréia e creatina (padrão pré renal), urina I com hematúria e dismorfismo +, complemento fração C3 diminuído e aslo altos títulos.

**PNEUMOLOGIA:** 1-D, 2-A, 3-A, 4-D, 5-A, 6-C, 7-D, 8-D, 9-B, 10-E, 11-B, 12-C, 13-B, 14-A, 15-C, 16-C, 17-A, 18-D, 19-A, 20-D, 21-B, 22-B, 23-A, 24-A, 25-B, 26-E, 27-D, 28-C, 29-D, 30-D, 31-C, 32-D, 33-E, 34-D, 35-E, 36-D, 37-C, 38-D, 39-A, 40-D, 41-C, 42-B, 43-D, 44-E, 45-A, 46-E, 47-A, 48-A, 49-D, 50-D, 51-E, 52-C, 53-D, 54-C, 55-D, 56-E, 57-C, 58-C, 59-A, 60-E.

#### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1)

a) 1. gasometria arterial;

2. medida de pico de fluxo expiratório - PFE ou espirometria quando disponível;

3. Rx de tórax;

4. Hemograma;

5. Eletrólitos

b) 1. até 03 doses de B2 agonista (2,5 mg) a cada 10 a 30 minutos;

2. Oxigênio 3 L/min se SaO<sub>2</sub> menor ou igual a 92%;

Se não houver melhora:

3. B2 agonista por via inalatória (2,5 mg) a cada 30 a 60

min até 4 h. Associar ipratrópio (250 meg). Prednisona ou equivalente, 60 mg;

4. Reavaliar entre 1 e 4 horas, se melhora parcial ou não houver resposta, com sinais de gravidade ou asma de risco, com PFE < 70% predito —4INTERNAR

c) Conforme descrição acima ou clinicamente apresenta:

dificuldade excessiva para conseguir falar, exaustão; cianose, baixo nível de consciência.

2)

a) O líquido pleural na tuberculose tem aspecto serofibrinoso e cor amarelada. Eventualmente pode ser mais escuro, nas formas mais crônicas, ou sero-hemorrágico. A análise bioquímica mostra tratar-se de exsudato.

b) A análise da celularidade apresenta entre 1.000 a 6.000 leucócitos (50-90% de linfócitos, menos de 5% de eosinófilos, podendo haver predomínio de neutrófilos nas fases iniciais).

Presença de poucas células mesoteliais.

c)

Proteína Acima de 4,0 g/dl

Desidrogenase láctica Habitualmente entre 500-1.000 UI/l,

aumentando com a duração do derrame

pH Usualmente entre 7,30 e 7,40

Glicose Níveis ligeiramente menores que os plasmáticos

Adenosina deaminase (ADA) Valores acima de 60 UI/l associam-se a sensibilidade e especificidade acima de 90%

Pesquisa de BAAR 10-25% de positividade descrita na literatura

Cultura para BK 25-75% de positividade descrita na literatura

3) Pneumonia hospitalar (ou nosocomial) é aquela que

acontece após pelo menos 48 horas de internação, excluindo

assim casos em que a infecção já estava incubada no momento da internação.

Mais recentemente alguns autores têm utilizado a denominação pneumonia relacionada a cuidados de saúde nas seguintes condições:

-pacientes residentes em asilos ou em tratamento em regime de internação domiciliar;

-pacientes que receberam antibióticos por via endovenosa dentro dos últimos 30 dias da infecção atual;

-pacientes que receberam quimioterapia dentro dos últimos 30 dias da infecção atual;

-pacientes em terapia renal substitutiva;

-pacientes internados em caráter de urgência por dois ou mais dias, nos últimos 90 dias da infecção.

A importância do reconhecimento dessas condições é que, embora não sejam, a rigor, pneumonias hospitalares, comportam-se como tais (e não como comunitárias) em relação às

características etiológicas e prognósticas

O principal fator de riscos para pneumonia hospitalar é a ventilação mecânica. Na verdade a ventilação mecânica expõe o paciente a uma série de situações de risco que se somam. Suas particularidades são tantas, que a pneumonia associada à ventilação mecânica merece ser considerada separadamente.

Os demais fatores de risco, incluindo os associados à ventilação mecânica, podem ser divididos, conforme a patogenia da pneumonia hospitalar em:

- fatores que favorecem a colonização do trato aerodigestivo;
- fatores que favorecem a aspiração;
- fatores que favorecem a inoculação bacteriana nos pulmões por outras vias que não a aspiração;
- fatores que diminuem a imunidade do hospedeiro.

4)

a) Transplante Pulmonar:

- Enfisema pulmonar com VEFI após broncodilatador menor que 25% do previsto e DLCO menor que 20% do previsto.
- Fibrose pulmonar com capacidade vital menor que 60% do previsto, hipoxemia acentuada e DLCO menor que 50% do previsto.
- Hipertensão pulmonar grave, não responsiva ao uso de vasodilatadores, classe III ou IV na NYHA.
- Fibrose cística com VEFI após broncodilatador menor que 30% do previsto e hipoxemia acentuada.

b) Cirurgia Redutora de Volume Pulmonar: o candidato ideal para a cirurgia redutora é o paciente com menos de 75 anos, eutrófico, sem comorbidades, portador de enfisema e sem antecedentes importantes de broncoespasmo. Deve também apresentar hiperinsuflação pulmonar acentuada, sem resposta aos broncodilatadores. Na tomografia de alta resolução o enfisema deve ser predominante nos lobos superiores, com relativa preservação das bases. Funcionalmente o VEFI deve estar entre 20 a 35% do valor previsto; PMAP menor do que 35 mmHg; PaCO<sub>2</sub> menor que 55mmHg; DLCO maior que 20% do previsto; VR maior que 150%; teste de 6 minutos maior que 250 metros.

**UROLOGIA:** 1-B, 2-C, 3-C, 4-B, 5-B, 6-C, 7-C, 8-C, 9-A, 10-E, 11-B, 12-D, 13-B, 14-E, 15-A, 16-A, 17-E, 18-A, 19-B, 20-A, 21-C, 22-D, 23-E, 24-C, 25-B, 26-A, 27-E, 28-B, 29-C, 30-D, 31-C, 32-A, 33-D, 34-E, 35-A, 36-B, 37-C, 38-C, 39-D, 40-D, 41-D, 42-C, 43-B, 44-A, 45-B, 46-A, 47-C, 48-E, 49-E, 50-A, 51-A, 52-E, 53-D, 54-D, 55-C, 56-D, 57-C, 58-C, 59-D, 60-D.

#### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1)

T1 Tumor não diagnosticado clinicamente (não palpável ou visível);

T2 Tumor confinado à próstata;

T3 Tumor que se estende através da cápsula prostática;

T4 Tumor está fixo ou invade outras estruturas adjacentes, que não as vesículas seminais.

N - Linfonodos Regionais;

NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados;

N0 Ausência de metástase em linfonodo regional;

N1 Metástase em linfonodo regional.

M - Metástase à Distância;  
M0 Ausência de metástase à distância;  
M1 Metástase à distância.

Tratamento:

T1: prostatectomia radical, radioterapia, acompanhamento vigiado.

T2: prostatectomia radical, radioterapia, braquiterapia (?).

T3: radioterapia, hormonioterapia.

T4: hormonioterapia, quimioterapia(?).

Linfonodos e metástases presentes: hormonioterapia, quimioterapia.

2)

- Questionário (histórico clínico e sexual);

- Exame psicológico;

- Exame físico: pressão arterial, exame genital, exame neurológico;

- Exames laboratoriais: glicemia, colesterol, triglicérides, testosterona;

- Teste terapêutico com inibidor da PDE5 (?);

- Disfunção erétil psicogênica: psicoterapia e/ou inibidor PDE5;

- Disfunção erétil orgânica: tratamento da causa (diabetes, dislipidemia, etc), Inibidores da PDE5, injeção intra-cavernosa, prótese peniana.

3)

- Passagem de duplo J;

- Passagem de duplo J e LECO;

- Ureterolitripsia (ureteroscópio rígido/flexível; fragmentação com litotritador balístico, ultrassônico ou laser);

- Ureteroligectomia aberta;

- Controle com ultrason/urografia excretora.

4) a)

- Exame prostático; exame abdominal (bexigoma), PSA, Urina I;

- Ultrasonografia de vias urinárias (hidronefrose, espessamento parede vesical, urina residual, volume e aspecto da próstata);

- Urodinâmica.

b)

- Finasterida/Dutasterida;

- Alfa-bloqueadores (doxazosina, tamsulosina);

- RTU próstata;

- PTV (Millin).

**GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA:** 1-B, 2-D, 3-C, 4-A, 5-C, 6-E, 7-A, 8-E, 9-D, 10-E, 11-A, 12-D, 13-D, 14-E, 15-A, 16-B, 17-C, 18-E, 19-B, 20-A, 21-B, 22-C, 23-A, 24-A, 25-C, 26-D, 27-D, 28-A, 29-B, 30-B, 31-A, 32-A, 33-C, 34-D, 35-E, 36-C, 37-A, 38-B, 39-C, 40-D, 41-D, 42-B, 43-A, 44-E, 45-C, 46-E, 47-D, 48-B, 49-A, 50-E, 51-D, 52-A, 53-E, 54-D, 55-ANULADA, 56-C, 57-B, 58-C, 59-B, 60-E.

### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) Prenhes ectópica consiste na gestação que se instala e evolui fora da cavidade uterina. Embora o tratamento cirúrgico seja a principal conduta no manejo da paciente com prenhez ectópica, algumas pacientes são candidatas ao tratamento clínico ou a conduta expectante.

a) Tratamento conservador:

- sem sinais de ruptura;
- BHCG < 1500 U;
- batimento cardíaco fetal negativo;
- declínio de BHCG em 48 horas.

b) Tratamento com Metotrexate:

- sem sinais ruptura;
- BHCG com aumento 48 horas;
- BCF negativo.

c) Tratamento cirúrgico Laparoscopia/Laparotomia

- BHCG > 5000 UI/L;
- solução hipertônica;
- Metotrexate (Injeção);
- Salpingostomia;
- Salpingectomia.

2)

- Dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);
- Grupo sanguíneo e fator Rh;
- Glicemia de jejum: repetir próximo à 30ª semana;
- Urina Tipo I: repetir próximo à 30ª semana;
- Teste simplificado de tolerância oral à glicose;
- Sorologias (HIV, hepatite B, toxoplasmose, sífilis, rubéola);
- Parasitológico de fezes;
- Colpocitologia oncológica;
- Ultra-sonografia obstétrica.

O aumento de número de casos de Aids entre mulheres tem sido um fenômeno observado em todo o mundo, refletindo-se em um risco progressivamente maior de transmissão vertical do vírus. Considerando-se que a adequada utilização da zidovudina reduz substancialmente tal risco, inúmeros países têm implementado a disponibilização da sorologia anti-HIV durante o período gestacional, com vistas a propiciar uma oportunidade de diagnóstico precoce da infecção e a consequente introdução de medidas profiláticas de efeito.

OU

O controle da sífilis requer procedimento mais simples. O teste VDRL será feito no pré-natal e no parto, e se der positivo, será feito um novo teste confirmatório. Mãe, pai e criança são então tratados com penicilina. O objetivo é estimular a testagem da sífilis o mais cedo possível, pois o risco para a criança está no diagnóstico tardio da doença materna, que pode provocar abortos, malformação do feto e complicações no parto.

Se a criança não for tratada, poderá desenvolver cegueira, surdez, retardamento mental e outras anomalias físicas. A prevalência da sífilis em gestantes brasileiras é de cerca de 60 mil casos - 2% dos 3 milhões de partos feitos anualmente pelo SUS

- Sistema Único de Saúde.

3) Vaginose bacteriana - diagnóstico:

- Características clínicas do corrimento;
- Ph vaginal maior 4,5;
- Teste de aminas positivo;
- Exame microscópio presença de clue cells.

Tratamento:

- Abstinência sexual;
- Acidificação do meio vaginal;
- Medicação derivados dos nitroimidazólicos (metronidazol, tinidazol, secnidazol).

Candidíase diagnóstico:

- Baseia quadro clínico (corrimento branco, em placas aderentes com aspecto leite coalhado, prurido intenso);
- Ph vaginal é ácido entre 3,5 a 4,5;
- Exame microscópico - presença de pseudo hifas e de seus brotamentos (esporos).

Tratamento:

- Vestuário geral e íntimos adequados, evitando roupas justas ou sintéticas;
- Alcalinização de meio vaginal;
- Medicamentoso - fluconazol, itraconazol, cetoconazol.

Tricomoníase diagnóstico:

- Baseia quadro clínico (corrimento profuso, amareloesverdeado, bolhoso e fétido);
- Ph vaginal em torno de 5 e 7;
- Microscopia - presença de protozoário.

Tratamento:

- Nitroimidazólico.

4) Métodos naturais:

- Tabela;h;
- Temperatura basal;
- Coito interrompido;
- Abstinência sexual.

Métodos barreira:

- Camisinha masculina e feminina;
- Diafragma;
- Espermaticida.

Métodos hormonais:

- Anticoncepcionais orais (combinados e progestagênicos);
- Injetáveis (mensais e trimestrais);
- Implantes;
- Adesivos dérmicos;
- Anéis vaginais.

Métodos definitivos: Laqueadura e vasectomia.

Regras para laqueadura e vasectomia:

Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997).

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade, ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada

necessidade, por cesariana sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997.

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997.

**CIRURGIA VASCULAR:** 1-D, 2-D, 3-B, 4-C, 5-B, 6-D, 7-B, 8-E, 9-B, 10-B, 11-A, 12-C, 13-A, 14-D, 15-B, 16-B, 17-E, 18-B, 19-E, 20-D, 21-C, 22-A, 23-B, 24-D, 25-A, 26-E, 27-A, 28-C, 29-A, 30-C, 31-E, 32-A, 33-A, 34-D, 35-A, 36-B, 37-E, 38-D, 39-C, 40-E, 41-B, 42-E, 43-B, 44-B, 45-E, 46-D, 47-E, 48-B, 49-D, 50-D, 51-C, 52-A, 53-A, 54-D, 55-C, 56-D, 57-D, 58-E, 59-E, 60-A.

#### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1- Descrever detalhadamente cada uma das síndromes: hemorrágica, tumoral e isquêmica. Citar a impotância do trajeto do PAF.

2- São: proteína "C", proteína "S", antitrombina, homocisteína, fator V de Leyden, protombina mutante.

3- Definição: é o conjunto de alterações apresentadas no pé em consequência das afecções circulatórias, neurológicas e imunológicas decorrentes do diabetes mélikus.

Sensitiva: perda da percepção táctil, dolorosa.

Motora: deformidades decorrentes da autossimpatectomia levando à ressequidão cutânea.

4- São: Agulha de punção

Introdutor

Fio guia hidrofílico

Cateteres guia

Fio-guia de troca teflonado  
Bainha aramada tipo balkin  
Fio-guia rígido  
Balão de angioplastia  
Seringa insulfladora  
"stent"

**INFECTOLOGIA:** 1-C, 2-B, 3-A, 4-D, 5-E, 6-C, 7-B, 8-D, 9-B, 10-D, 11-A, 12-E, 13-E, 14-E, 15-C, 16-B, 17-D, 18-B, 19-C, 20-A, 21-D, 22-C, 23-E, 24-A, 25-A, 26-D, 27-B, 28-B, 29-E, 30-A, 31-D, 32-D, 33-C, 34-A, 35-B, 36-A, 37-B, 38-E, 39-D, 40-A, 41-A, 42-E, 43-B, 44-D, 45-E, 46-C, 47-D, 48-E, 49-B, 50-E, 51-D, 52-E, 53-C, 54-C, 55-E, 56-D, 57-B, 58-D, 59-B, 60-C.

**QUESTÕES DISERTATIVAS:**

1- Pacientes assintomáticos com  $CD4 > 350$ : Não tratar

Pacientes assintomáticos com entre  $CD4 > 200$  e  $350$ :

Recomendar tratamento

Pacientes assintomáticos com  $CD4 < 200$ : Tratar + quimioprofilaxia para infecções oportunistas

Pacientes sintomáticos: Tratar + quimioprofilaxia para infecções oportunistas

2- Qualquer cinco destas respostas:

a) menores de 1 ano, preferencialmente 12 horas após o parto

b) crianças e adolescentes entre 1 ano e 19 anos

c) vítimas de abuso sexual

d) vítimas de acidente com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção pelo HBV

e) comunicantes sexuais de portadores do HBV

f) profissionais de saúde

g) hepatopatias crônicas e portadores de hepatite C

h) doadores de sangue

i) transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea

j) nefropatias crônicas, dialisados, síndrome nefrótica

k) convívio domiciliar contínuo com portadores do HBV

l) asplenia anatômica ou funcional

m) fibrose cística

n) doença de depósito

o) imunodeprimidos

p) populações indígenas

q) usuários de drogas injetáveis e inaláveis

r) pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos)

s) instituições de menores, forças armadas

t) carcereiros de delegacias e penitenciárias

u) homossexuais masculinos

v) profissionais da sexo

w) coletadores de lixo hospitalar ou domiciliar

x) bombeiros, policiais militares, policiais civis, policiais rodoviários

y) profissionais envolvidos em atividade de resgate

3- *Neisseria meningitidis*

Penicilina cristalina, ampicilina, cloranfenicol, ceftriaxona

Sim

Sim, por até 24h após o início do tratamento

Sim, Administrar Rifampicina 600mg VO 12/12 por 02 (dois)

dias

4- No ato usar as vacinas contra hepatite B, DT ou TT,  
Tríplice viral (SCR ou MMR)

Dois meses depois: vacina contra Hepatite B e DT ou TT

No quarto mês completar esquema contra Hepatite B e DT  
ou TT

Daí somente reforços a cada 10 anos com DT ou TT

**PATOLOGIA CLÍNICA:** 1-B, 2-D, 3-E, 4-E, 5-A, 6-B, 7-D, 8-C,  
9-B, 10-E, 11-D, 12-C, 13-D, 14-B, 15-E, 16-A, 17-C, 18-A, 19-  
A, 20-B, 21-A, 22-D, 23-A, 24-D, 25-A, 26-B, 27-C, 28-E, 29-A,  
30-E, 31-C, 32-B, 33-E, 34-E, 35-C, 36-B, 37-A, 38-E, 39-A, 40-  
E, 41-D, 42-A, 43-E, 44-B, 45-C, 46-D, 47-C, 48-B, 49-A, 50-A,  
51-D, 52-A, 53-D, 54-C, 55-A, 56-E, 57-B, 58-D, 59-B, 60-E.

### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) Duas isoenzimas macromoleculares (macro CK) têm  
sido consideradas como causa de falso positivos para a CK-MB.

2) 1º - centrifugar rapidamente o sangue após a coleta para  
separar o soro

2º - utilizar tubo de coleta com fluoreto, que inibe a glicólise.

3) HBsAg

Anti HbC total

Anti HbC IgM

HBeAg

4) Anemia carencial

Hb = baixo

Ht = baixo

Reticulócitos = baixo

Por falta de ferro: VCM baixo, HCM baixo, Ferritina baixa,

Ferro sérico baixo, TIBC alto, % saturação baixa

Por deficiência de Vit B12 e ácido fólico = VCM alto, Vit

B12 e/ou ácido fólico baixo

Anemia Hemolítica auto-imune:

Hb = baixo

Ht = baixo

Reticulócitos = aumentado

DHL alto, bilirrubina aumentada

Teste direto de antiglobulina positivo

Anemia Hemolítica Hereditária:

Hb = baixo

Ht = baixo

Reticulócitos = aumentado

DHL alto, bilirrubinas aumentada

Eletroforese de hemoglobina com presença de hemoglobina

anômala ou deficiência quantitativa de uma hemoglobina

Anemia por perda aguda de sangue:

Hb = baixo

Ht = baixo

VCM e HCM normais

Reticulócitos = aumentado

**HEMATOLOGIA:** 1-E, 2-D, 3-A, 4-B, 5-D, 6-C, 7-A, 8-A, 9-C,  
10-B, 11-B, 12-C, 13-B, 14-B, 15-A, 16-E, 17-C, 18-E, 19-D, 20-  
A, 21-C, 22-E, 23-D, 24-B, 25-D, 26-A, 27-D, 28-E, 29-B, 30-B,  
31-E, 32-E, 33-D, 34-D, 35-C, 36-E, 37-C, 38-D, 39-A, 40-E, 41-

B, 42-A, 43-A, 44-D, 45-B, 46-E, 47-C, 48-D, 49-E, 50-A, 51-E, 52-E, 53-D, 54-E, 55-E, 56-E, 57-C, 58-B, 59-A, 60-A.

### QUESTÕES DISSERTATIVAS:

1) Classificação morfológica e fisiopatológica das anemias.

Morfológica:

Anemias hipocrômicas e microcíticas

Anemias normocrômicas e normocíticas

Anemias macrocíticas

Fisiopatológica:

Anemias por destruição

Anemias por falta de produção

Anemias por perdas agudas e crônicas

2) Tratamento da Leucemia Mielóide Aguda em um paciente adulto

Leucemia Mielóide Aguda (exceto LMA-M3):

Indução = Daunoblastina ou Idarrubicina dias 1,2,3 + Ara-C dias 1-7 (terapia D3A7) - até 02 ciclos

Consolidação = Dauno ou idarrubina dia 1 + Ara-C dias 1-5 (terapia D1A5)

Intensificação = ARA-C altas doses - 3g/m<sup>2</sup> a cada 12 horas, total de seis doses D1, D3 e D5

Leucemia Mielóide Aguda LMA-M3:

Indução = ácido trans-retinóico (ATRA) D1 até remissão completa (máximo de 90 dias) e daunorrubicina D2, D4, D6 e D8.

Consolidação = Idarrubicina e Mitoxantrona

Manutenção = 6-mercaptopurina e metotrexato, semanal por 02 anos

Considerar transplante alogênico ou autoplástico de medula óssea na remissão

3) Estadiamento e tratamento do Mieloma Múltiplo

Estadiamento:

De Durie & Salmon

Estádio I Estádio II Estádio III

Hemoglobina > 10 g/l Não se enquadra nem em I nem em III < 8,5 g/dl

Cálcio sérico < 12 mg/dl (nl) > 12 mg/dl

Lesões líticas Uma única > 1

Paraproteína IgG < 5 g/dl > 7 g/dl

Paraproteína IgA < 3 g/dl > 5 g/dl

Cadeia leve urinária < 4g/24 h > 12 g/24 h

Subclassificação A Creatinina sérica < 2 mg/dl

Subclassificação B Creatinina sérica > ou igual a 2 mg/dl

Ou estadiamento De Cavo e Cols

Estadio I Estadio II Estadio II

Hemoglobina 3 10 g/dl Não pertencente nem ao Estadio I nem ao Estadio II < 10 g/dL

Plaquetas 3 150 x 10<sup>9</sup> / L < 150 x 10<sup>9</sup> / L

Lesão Óssea Poucas lesões ósseas Lesão óssea generalizada

Se apresentar pelo menos um dos dois estadiamentos, será considerado correto.

Tratamento:

- Melfalan + prednisona D1-D4 a cada 4 semanas, ou

- VAD x 4, ou

- Talidomina 200 - 400 mg VO dia (D1-28) +

Dexametasona 40 mg VO dia (D1-4) a cada 28 dias  
- Lenalidomida 25 mg VO dia (D1-21) + Dexametasona 40 mg VO dia (D1,8,15,22) a cada 28 dias  
- Considerar transplante autólogo ou alogênico de medula óssea, na remissão

4) Quais exames laboratoriais devem ser solicitados na abordagem do paciente com suspeita de tombofilia hereditária.

- Anticoagulante lúpico
- Proteína C
- Proteína S
- Dosagem de Homocisteína
- Protrombina mutante
- Fator V de Leiden
- Antitrombina
- Resistência à proteína C ativada

Se mencionados pelo menos 6 dos oito, será considerado correto.

**CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO:** 1-C, 2-D, 3-D, 4-E, 5-A, 6-B, 7-D, 8-E, 9-D, 10-B, 11-D, 12-C, 13-A, 14-A, 15-B, 16-D, 17-A, 18-B, 19-E, 20-C, 21-D, 22-B, 23-C, 24-C, 25-B, 26-E, 27-E, 28-D, 29-E, 30-B, 31-D, 32-A, 33-C, 34-E, 35-A, 36-D, 37-D, 38-C, 39-A, 40-E, 41-E, 42-C, 43-D, 44-B, 45-B, 46-D, 47-B, 48-A, 49-E, 50-A, 51-A, 52-C, 53-B, 54-E, 55-E, 56-D, 57-E, 58-A, 59-B, 60-D.

#### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) A hipofaringe é definida como a área anatômica que se estende da margem superior da epiglote até a borda inferior da cartilagem cricóide. São reconhecidas três subdivisões: a parede posterior, o seio piriforme e a área pós-cricóide.

2) A existência confirmada de amilóide no estroma de um nódulo de tireóide é diagnóstica de carcinoma medular, pois esse é o único tumor da tireóide que contém essa substância. Esses carcinomas são relativamente insensíveis à radiação externa, sendo a cirurgia a única chance de cura.

A tireoidectomia total deverá ser executada por causa da multicentricidade freqüente; têm sido registradas recorrências quando se deixa algum tecido da tireóide no corpo. Mais de 50% dos pacientes apresentam linfonodos positivos à época da exploração inicial e o tratamento de escolha é a dissecação unilateral ou bilateral quando os linfonodos estão clinicamente envolvidos.

3) As indicações de traqueostomia são:

- a) Em substituição à cânula orotraqueal em pacientes que necessitam de intubação por tempo prolongado.
- b) Obstruções respiratórias causadas por tumor da laringe, da orofaringe e da região cervical.
- c) Edema de glote por reação anafilática.
- d) Na cirurgia da glândula tireóide, nos casos de lesão acidental de ambos os nervos laríngeos recorrentes, com paralisia das cordas vocais e insuficiência respiratória aguda.
- e) Politraumatizados, com afundamento de tórax grave, e traumatismos de face extenso impedindo intubação oro ou nasotraqueal.
- f) Doenças neuromusculares que necessitem de suporte

ventilatório prolongado ou permanente: poliradiculoneurite, miastenia grave.

g) Hematoma no pós-operatório recente em cirurgias da região cervical acompanhado de insuficiência respiratória aguda

Técnica Cirúrgica

a) O paciente é colocado em decúbito dorsal horizontal, com coxim sob os ombros para hiperextensão do pescoço. Se o paciente estiver com grande dificuldade respiratória, a cirurgia deverá ser feita com o paciente em posição semi-sentada.

b) Incisão transversa cervical, à meia altura entre o anel cricóide e a fúrcula esternal. Abre-se longitudinalmente a aponeurose cervical superficial e a linha entre os músculos esternohióideos e esternotireóideo, afastando-se lateralmente.

c) Abre-se, também, a aponeurose profunda e traciona-se ou secciona-se, se houver necessidade, o istmo da glândula tireóide, expondo a traquéia.

d) Procede-se a abertura da traquéia na altura dos 2º ou 3º anéis. A abertura da traquéia pode ser de várias maneiras, alguns preferem uma incisão longitudinal, outros usam uma abertura em "U" e ainda mesmo uma abertura transversal.

e) Após a aspiração das secreções traqueais, coloca-se uma cânula de traqueostomia com um guia interno e balonete de alto volume e baixa pressão. Quando a cânula estiver na traquéia, retira-se o guia interno e fixa-se a cânula de traqueostomia.

4) A conduta em caso de hipertireodismo devido a bócio uninodular tóxico é de tratamento cirúrgico, sendo realizado nodulectomia ou lobectomia ipsilateral com biópsia de congelação intra-operatória.

Eventualmente pode ser utilizado radioiodoterapia, porém está contra-indicado durante a gravidez e amamentação.

**MÉDICO GENERALISTA:** 1-C, 2-D, 3-A, 4-B, 5-A, 6-C, 7-C, 8-B, 9-A, 10-C, 11-A, 12-E, 13-A, 14-D, 15-B, 16-E, 17-B, 18-C, 19-E, 20-D, 21-C, 22-D, 23-C, 24-A, 25-D, 26-C, 27-B, 28-D, 29-E, 30-D, 31-B, 32-C, 33-A, 34-B, 35-E, 36-B, 37-C, 38-C, 39-C, 40-A, 41-C, 42-A, 43-D, 44-E, 45-D, 46-C, 47-A, 48-E, 49-D, 50-D, 51-E, 52-A, 53-D, 54-D, 55-A, 56-B, 57-A, 58-B, 59-B, 60-C.

#### **QUESTÕES DISSERTATIVAS:**

1) Esquemáticamente, as etapas seriam as seguintes:

1.1. Checar a resposta ("Você está bem?", p.e.);

1.2. Chamar por ajuda;

1.3. Abrir a via aérea e checar a respiração;

1.4. Se não respira, realizar a respiração boca-a-boca (2 X) fazendo o tórax se movimentar;

1.5. Checar o pulso;

1.6. Sem pulso, realizar 30 compressões torácicas e 2 respirações (30:2). Repetir a proporção de 30:2 até que o DEA (desfibrilador externo automático) chegue;

1.7. Com a chegada do DEA cheque o pulso para que o aparelho identifique o ritmo cardíaco;

1.8. Ritmo cardíaco chocável, fazer o choque e mais 5 ciclos de 30:2;

1.9. Ritmo cardíaco não chocável refazer o ciclo 30:2 por mais 5 vezes e checar o ritmo novamente.

2) Esquemáticamente, o ATLS recomenda no atendimento inicial de um paciente traumatizado seguindo-se o ABCDE do trauma:

2.1. A (Airway): checar se as vias aéreas estão desobstruídas ou não + controle da coluna cervical (colocar o colar cervical se o paciente encontra-se inconsciente ou, se consciente, se está reclamando de dor cervical);

2.2. B (Breathing): observar a respiração. Percussão e Ausculta torácica;

2.3. C (Circulation): avaliar a circulação e controle de sangramento (sangramentos externos fazer o tamponamento direto da lesão e internos controle geralmente cirúrgico, com p.e., laparotomia). Presença de choque, palpação de pulsos e aferição da PA. Puncionar 2 acessos venosos calibrosos e iniciar com a reposição volêmica (Ringer lactato ou Soro Fisiológico 0,9% de preferência aquecidos, para evitar a hipotermia).

3) a) Diagnóstico: GNDA pós estreptocócica com insuf. Cardíaca por hipervolemia.

b) Aumento de uréia e creatinina ( $U > Cr$  padrão tipo pré renal) hematúria com dismorfismo eritrocitário, queda do complemento às custas de C3, aumento de aslo.

4) Cinco causas e outras para o quadro de confusão que devem ser investigadas:

- hipoglicemia;
- carência de tiamina;
- TCE;
- encefalopatia (devido sangramento, desidratação, infecção, etc);
- intoxicação alcoólica;
- intoxicação por benzodiazepínicos;
- AVC, meningite, etc.

Medidas terapêuticas:

- manutenção de vias aéreas pérvias (avaliar necessidade de intubação);
  - dextro e G50%;
  - tiamina IM;
  - hidratação, se necessário transfusão;
  - medidas para encefalopatia;
- Antibioticoterapia.