

01. Paciente de 56 anos, hipertenso e diabético chega à emergência com quadro de dor precordial em aperto, com irradiação para membro superior esquerdo, sudorese, palidez e náusea, com duração de 40 minutos, contínua. Pressão arterial na entrada de 70 X 40. No eletrocardiograma, encontramos supra desnivelamento de ST em D2, D3 e AVF, além de supra desnivelamento de ST em V3R e V4R. Marque a alternativa INCORRETA.

- A) Provável infarto de ventrículo direito, pela presença de hipotensão e supra desnivelamento de V3R e V4R.
- B) Nos casos de sinais de infarto inferior, é mandatório lembrar as derivações que fazem diagnóstico de infarto de ventrículo direito, presente em 50% destes casos.
- C) Neste caso, a reposição volêmica é uma das principais medidas para restauração da pressão arterial.
- D) Se disponível no hospital, o encaminhamento para a sala de hemodinâmica para este paciente, nas primeiras 12 horas do início da dor, seria fundamental para tentativa de revascularização da artéria culpada (provavelmente a artéria coronária direita).
- E) Iniciar o tratamento padrão para infarto do miocárdio, com nitrato, beta-bloqueador, AAS, heparina e oxigênio.

02. Paciente de 60 anos, coronariopata, hipertenso e diabético chega à emergência com queixa de dispnéia progressiva relacionada com esforço, dispnéia paroxística noturna e edema de MMII. Ao exame, você percebe estase de jugular, hepatomegalia dolorosa à palpação e refluxo hepato-jugular, além de crepitações nas bases pulmonares. O paciente fazia uso de propranolol, diltiazem, AAS e metformina. Marque a alternativa INCORRETA.

- A) A presença de B3 na ausculta cardiovascular seria, também, um dos sinais clínicos com maior especificidade para o diagnóstico de insuficiência cardíaca.
- B) A presença de crepitações nas bases pulmonares é mais um dado que fala a favor da presença de congestão pulmonar, mas pode estar ausente em até 70% dos casos.
- C) Se um ecocardiograma confirmar insuficiência cardíaca sistólica, deveremos, a princípio, pensar em suspender o propranolol e o diltiazem e iniciar um beta-bloqueador, como o carvedilol, associado a um inibidor da enzima conversora de angiotensina e aldactone, além de medicações para congestão pulmonar, conforme necessidade do paciente (digoxina e diuréticos).
- D) A associação de estatina para este caso deve ser feita, buscando níveis de LDL abaixo de 130mg/dL e triglicerídeos abaixo de 150mg/dL.
- E) Evitar uso da rosiglitazona para seu controle glicêmico, por esta ter recentemente mostrado eventos adversos relacionados ao sistema cardiovascular.

03. Paciente de 68 anos, diabético, com história de tabagismo importante, chega à emergência com história de tosse com secreção nos últimos 4 dias, associado a quadro de dispnéia, desorientação, cianose de extremidades, estertores grosseiros em hemitórax direito, taquicardia e pressão arterial de 80 X 40. Marque a alternativa INCORRETA.

- A) A presença de estertores grosseiros no hemitórax direito pode indicar congestão pulmonar, e o início mais precoce de drogas vasoativas no lugar da reposição volêmica vigorosa é o mais indicado.
- B) A gasometria arterial é fundamental na avaliação inicial, para verificação do grau de acidemia, oxigenação, dosagem de lactato, entre outros parâmetros importantes na condução deste caso.
- C) O paciente parece estar em iminência de intubação orotraqueal, e, nesta situação, o uso da ventilação não invasiva não é adequado.
- D) A associação de beta lactâmico de amplo espectro com macrolídeo seria adequada para este caso na ausência de fatores de risco importantes para bactérias multirresistentes.
- E) A associação de corticóide venoso está indicada na ausência de resposta de elevação da pressão arterial após reposição volêmica adequada e início de drogas vasoativas.

04. Paciente de 49 anos chega à emergência com queixa de cefaléia frontal, em faixa, associada a náuseas, quadro que está sempre associado a pressões elevadas, segundo ele. Ao exame físico, não há sinais focais neurológicos nem de hipertensão craniana, ausculta respiratória e cardíaca normais e pressão arterial de 170 por 110. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Os níveis tensionais desejáveis para o paciente hipertenso que chega à emergência devem ser em torno de 140mmHg de sistólica e 90mmHg de diastólica, salvo em casos de AVC hemorrágico ou dissecação de aorta em que procuramos estabilizar a pressão abaixo de 120mmHg de sistólica e 80mmHg de diastólica.
- B) Se este mesmo paciente apresentasse sinais neurológicos focais, antes de qualquer medida anti-hipertensiva, seria importante uma tomografia computadorizada de crânio para excluir lesões com efeito de massa, como AVC hemorrágico.
- C) Neste caso, talvez o tratamento mais adequado seria a administração de analgésicos e antieméticos, com posterior avaliação da pressão arterial após alívio da dor e da náusea.
- D) Caso se opte por redução dos níveis tensionais, devemos dar preferência a medicações, como os inibidores da enzima conversora de angiotensina, cujo efeito hipotensor imediato por via oral é mais brando, evitando os efeitos hipotensores agudos causados, por exemplo, pelos bloqueadores de canais de cálcio tipo nifedipina por via sublingual.
- E) Mais importante do que reduzir os níveis tensionais na emergência e a orientação do paciente na procura pelo ambulatório onde serão discutidas as causas identificáveis da hipertensão, lesões de órgão alvos, terapêutica adequada e seguimento.

05. Você está de plantão na emergência, quando chega um paciente de 45 anos, coronariopata e diabético que foi encontrado pela esposa em parada cardiorrespiratória 5 minutos após estar discutindo fortemente com ela sobre o aluguel da casa e ter ido ao quarto para ficar um tempo só. O paciente mora perto da emergência, e o tempo estimado de parada é de 15 minutos. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Uma etapa muito esquecida na reanimação cardiorrespiratória é a ventilação de resgate, que deve ser feita logo após não conseguirmos ouvir, ver ou sentir movimentos respiratórios. Só depois dessas duas ventilações porambu, é que deveríamos buscar pulso carotídeo.
- B) O paciente foi ventilado, você não sentiu o pulso carotídeo, e, no monitor, é identificada fibrilação ventricular. Devemos, neste momento, desfibrilar o paciente com 360J e verificar o pulso. Se ausente, proceder a uma nova desfibrilação com 360J e iniciar massagem cardíaca externa.
- C) Caso o ritmo no monitor fosse de assistolia, após massagem inicial de dois minutos com ventilação porambu, proceder com intubação orotraqueal e administrar adrenalina, seguida de nova massagem cardíaca com ventilação em ciclos de dois minutos com checagem de pulso após, se houver padrão compatível com presença de pulso no monitor.
- D) A passagem de marcapasso transcutâneo de emergência em casos de assistolia ou de atividade elétrica sem pulso não é mais recomendada.
- E) Se, neste caso, o paciente fosse reanimado com sucesso, seria de fundamental importância a solicitação de eletrocardiograma para exclusão de infarto do miocárdio como causa da parada cardiorrespiratória, principalmente, se o mecanismo de parada fosse por fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular.

06. Paciente de 32 anos, com história de cirurgia para troca de válvula mitral biológica há dois anos, fazendo profilaxia com penicilina benzatina corretamente, chega à emergência com quadro de febre há dois dias, sem foco aparente e se diz preocupado com a possibilidade de endocardite bacteriana. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Como o paciente está estável, sem sinais de complicações, o mais adequado seria solicitarmos exames de rotina para paciente febril, com especial atenção para hemocultura e ecocardiograma. Para este caso, só deve ser iniciada antibioticoterapia para endocardite após forte evidência clínica ou laboratorial desta patologia.
- B) Os principais agentes etiológicos envolvidos são os estreptococos viridans e os *estafilococos aureus*.
- C) Por ser endocardite de válvula biológica, o esquema inicial empírico deveria constar de vancomicina, rifampicina e gentamicina.
- D) Se identificado o agente etiológico, podemos suspender alguns dos antibióticos direcionados para o tratamento empírico e prosseguir orientado pelo antibiograma.
- E) A presença de febre por até 15 dias, desde que mantido o bom estado geral do paciente, não indica falha terapêutica.

07. Paciente de 45 anos, submetido à correção de fratura de tíbia após acidente automobilístico há 15 dias, por imobilização com gesso, chega à emergência com quadro de dispnéia de início súbito, associado à dor no hemitórax esquerdo, sem irradiação para membros. Está com boa saturação, consciente e orientado, apresentando pressão arterial de 190 por 130. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A dosagem de d-dímero nos pacientes que chegam à emergência está sendo abandonada pelo alto índice de falsos negativos, mesmo nos pacientes com baixa probabilidade clínica de tromboembolismo pulmonar.
- B) A tomografia computadorizada de alta resolução vem substituindo a cintilografia como exame de primeira linha para diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, sendo esta reservada, principalmente, para pacientes com disfunção renal ou alergia a contraste.
- C) A arteriografia segue como exame padrão-ouro para o diagnóstico, sendo geralmente solicitado nos casos de alta suspeita clínica, quando a tomografia ou cintilografia não confirma tromboembolismo pulmonar ou outras causas de dispnéia.
- D) A presença de hipertensão arterial acima de 180 por 120 é uma contra-indicação relativa para uso de trombolíticos, e, neste caso, se houvesse indicação de trombólise, deveríamos primeiro estabilizar sua pressão arterial.
- E) Além da instabilidade hemodinâmica, a disfunção do ventrículo direito ao exame do ecocardiograma vem sendo adotada como outro critério para uso dos trombolíticos.

08. Com relação às anemias, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Na anemia ferropriva, encontramos ferro sérico baixo, aumento da produção da transferrina, baixa saturação da transferrina, baixa ferritina e citocinas normais.
- B) Na anemia da doença crônica, encontramos ferro sérico baixo, saturação da transferrina baixa, ferritina alta e citocinas altas.
- C) Na anemia hemolítica, encontramos aumento da bilirrubina indireta, hemoglobinúria, aumento da haptoglobina, aumento do DHL e baixa dos reticulócitos.
- D) São causas de anemia hemolítica por destruição intravascular as anemias microangiopáticas, as reações transfusionais, a hemoglobinúria paroxística noturna e infecções.
- E) A macrocitose é encontrada em outras patologias, além da anemia megaloblástica: anemia hemolítica, hipotireoidismo, alcoolismo, doença hepática e anemia aplásica.

09. Sobre o estudo do líquido ascítico, marque a alternativa INCORRETA.

- A) A presença de polimorfonucleares acima de 250, com cultura negativa, caracteriza a ascite netrocítica, devendo ser tratada como peritonite bacteriana espontânea.
- B) A presença de polimorfonucleares acima de 250, com cultura positiva, proteína total acima de 1,0g, glicose < 50 e DHL > 225 caracteriza a peritonite bacteriana espontânea, sendo indicado tratamento.
- C) A contagem de polimorfunucleares menor que 250, com cultura positiva, caracteriza a bacterascite, e no paciente sintomático, devemos tratar como peritonite bacteriana espontânea.
- D) Se após início do tratamento para peritonite bacteriana espontânea, repetirmos a paracentese, e, se houver queda menor que 25% nos polimorfonucleares, poderemos considerar falha terapêutica e trocarmos o antibiótico.
- E) A ascite com número de polimorfonucleares menor que 250 e com cultura negativa é chamada de ascite estéril.

10. Sobre leptospirose, marque a alternativa INCORRETA.

- A) As aminotransferases estão elevadas, com predomínio da AST em relação à ALT, mas, geralmente, os níveis estão abaixo de 200 U/L, o que ajuda a diferenciar das hepatites virais agudas.
- B) Amilase sérica pode estar alterada em até 3 vezes os valores normais.
- C) A hemorragia pulmonar maciça está entre as principais causas de morte.
- D) A presença de miocardite, arritmias ou ocorrência de morte súbita ajudam a eliminar a possibilidade de leptospirose num quadro de icterícia febril.
- E) Doxiciclina, penicilina G, ampicilina, amoxicilina, ceftriaxone e cefotaxima são antibióticos usados no tratamento da leptospirose.

11. Com relação à hepatite B, marque a alternativa INCORRETA.

- A) O estado de imunidade para a hepatite B é dado pela presença de: anti-HBs e anti-HBc total positivos (após infecção); anti-HBs isolado (após vacina).
- B) Na infecção crônica pela hepatite B, temos HbsAg e anti HBc total positivos (HBeAg ou anti-HBe positivo).
- C) Os critérios para tratamento da hepatite por vírus B incluem: HbsAg positivo por, no mínimo, seis meses, HBV-DNA acima de 10 a quinta cópias/mL em HbeAg positivo, elevação persistente ou intermitente dos níveis de ALT e/ou evidência de atividade significativa na biópsia hepática
- D) Quadros gripais, astenia, anorexia, cefaléia, pancitopenia, fenômenos auto-imunes e alterações psiquiátricas estão entre os efeitos colaterais do interferon.
- E) Uma vantagem do interferon é a de poder ser feito na vigência de cirrose hepática descondensada, que é uma das contra-indicações do uso da lamivudina.

12. Sobre estrogiloidíase, marque a alternativa INCORRETA.

- A) A estrogiloidíase é dita disseminada quando há disseminação sistêmica da larva filaróide para sítios diferentes do padrão habitual de migração, podendo invadir virtualmente qualquer órgão.
- B) Na síndrome de hiperinfecção, ocorre um aumento da carga parasitária devido a uma aceleração do processo de auto-infecção. Nestes casos, os sintomas gastrointestinais e pulmonares são mais graves.
- C) Íleo paralítico, obstrução intestinal, hematemese, asma brônquica, broncopneumonia, hemoptise e cavitações pulmonares são complicações da síndrome de hiperinfecção.
- D) Em pacientes com HIV/SIDA, devemos ter atenção especial com a síndrome de hiperinfecção, pois, neste subgrupo, o risco de desenvolvê-la é maior.
- E) O tratamento da estrogiloidíase não complicada é feito com drogas, como a ivermectina e o tiabendazol.

13. O uso do sulfametoxazol trimetropim ainda é considerado terapia de primeira linha nos casos de cistite não complicada na mulher, em todas as condições abaixo, EXCETO.

- A) Não ter história de intolerância à droga.
- B) Não ter usado antibiótico, especialmente SMZ/TMP, nos últimos 3 meses.
- C) Não ter sido recentemente hospitalizada.
- D) Se a prevalência de E.coli resistente ao sulfametoxazol trimetropim na área não for maior que 20%.
- E) Apresentar ao USG apenas cálculos renais, cistos renais ou divertículos vesicais.

14. Sobre a artrite reumatóide, marque a alternativa INCORRETA.

- A) Rigidez matinal, artrite de articulações das mãos, nódulos reumatóides e o fator reumatóide positivo fazem parte dos critérios diagnósticos da doença.
- B) Mais recentemente, o uso do metrotexato tem sido questionado devido ao risco de pancitopenia, fibrose pulmonar e fibrose hepática, sendo reservado para os casos graves que não responderam à terapia com antiinflamatórios e hidroclicloroquina.
- C) Endocardite infecciosa, AIDS, hepatite B e C, esquistossomose e filariose estão entre as doenças não reumáticas relacionadas à positividade do fator reumatóide.

- D) São características do líquido pleural por artrite reumatóide: complemento baixo, colesterol alto, glicose < 25mg/dL e predomínio linfocitário.
- E) A síndrome de Felty, apesar de ocorrer em casos mais graves e deformantes, pode ser a manifestação inicial, precedendo a instalação da sinovite.

15. Sobre esquistossomose mansônica, marque a alternativa INCORRETA.

- A) A forma aguda ou febre de Katayama se apresenta com febre, cefaléia, mialgias generalizadas, linfadenopatia generalizada e hepatoesplenomegalia.
- B) Na forma hepatoesplênica, é rara a ocorrência de cirrose avançada, e esta geralmente ocorre quando existe associação com outras doenças, como as hepatites, o alcoolismo ou trombose de veia porta.
- C) No tratamento da forma cardiopulmonar (com cor pulmonale), deve-se evitar o uso concomitante de corticóides e o tratamento específico para esquistossomose devido ao risco de aumento agudo da pressão pulmonar.
- D) A nefropatia por esquistossomose apresenta duas características importantes: o tratamento específico da esquistossomose não reverte as lesões renais já estabelecidas, e o uso associado de corticóides ou imunossupressores não melhora nem estaciona o curso da doença.
- E) Na neuroesquistossomose, o LCR apresenta hipercloruridade, aumento do número de eosinófilos e de proteínas e teste imunológico para esquistossomose positivo.

16. Com relação à tuberculose associada ao HIV, marque a alternativa INCORRETA.

- A) Decorre, principalmente, de infecção primária, sendo o risco também aumentado para reativação de infecção latente.
- B) A infecção pelo HIV aumenta em até 30 vezes o risco de desenvolver tuberculose-doença em infectados.
- C) A doença pelo HIV progride mais rapidamente naqueles com tuberculose.
- D) Em pacientes com AIDS, o padrão assemelha-se à primoinfecção tuberculosa, com adenopatias hilares.
- E) No Brasil, tuberculose é considerada doença definidora de AIDS, quando mostra padrão radiográfico atípico, formas extrapulmonares ou disseminadas.

17. Uma paciente de 50 anos é trazida à emergência com quadro de rebaixamento do nível de consciência, hipotermia, infiltração da pele e apatia. A filha relata que ela mora sozinha, andava depressiva e havia parado por conta própria seu remédio que usava para tratar hipotireoidismo. Qual das medidas abaixo NÃO faz parte do tratamento para este quadro?

- A) Aquecimento da paciente e assistência ventilatória adequada.
- B) Administração de fenobarbital que diminui o metabolismo periférico dos hormônios tireoidianos.
- C) Busca outros fatores precipitantes, como infecção urinária e pulmonar.
- D) Tratamento de complicações metabólicas, como a hiponatremia.
- E) Reposição hormonal com glicocorticóides e hormônios tireoidianos.

18. Qual o esquema clássico preconizado pela OMS para tratamento da hanseníase na sua forma multibacilar?

- A) Dapsona e rifampicina por 6 meses.
- B) Dapsona e rifampicina por 12 meses.
- C) Dapsona, rifampicina e clofazamina por 6 meses.
- D) Dapsona, rifampicina e talidomida por 12 meses.
- E) Dapsona, rifampicina e clofazamina por 12 meses.

19. Sobre escabiose, marque a alternativa INCORRETA.

- A) O principal sintoma é o prurido, e a principal lesão é linear, com uma vesícula terminal. Pode haver polimorfismo regional.
- B) A sarna norueguesa é uma forma de apresentação infrequente, caracterizada por uma infestação maciça pelo ácaro em razão de uma resposta inadequada do hospedeiro, produzindo mudanças hiperplásicas na epiderme.
- C) O enxofre a 5% e o tiabendazol tópicos devem ser evitados nas gestantes.
- D) A ivermectina é uma opção para o tratamento desta patologia por via oral.
- E) O tratamento da família e dos contactantes é uma etapa fundamental para o sucesso do tratamento.

20. Você recebe em seu ambulatório um paciente com história de dor epigástrica recorrente. A endoscopia mostra úlcera péptica, com biópsia positiva para *H. pylori*. Qual o melhor esquema abaixo para dar início ao tratamento deste paciente?

- A) Não devemos tratar, por não haver consenso no tratamento de úlcera péptica relacionado com a presença do *H. pylori*.
- B) Iniciar tratamento com inibidor de bomba de prótons (IBP) por 30 dias e reavaliação com endoscopia após dois meses.
- C) Iniciar tratamento com inibidor de bomba de prótons por 30 dias e só solicitar endoscopia, se não houver boa resposta clínica.

- D) Iniciar tratamento com um IBP associado a metronidazol e claritromicina. Uma alternativa seria o tratamento com IBP associado à amoxicilina e tetraciclina. Este esquema teria duração entre 7 a 14 dias
- E) Iniciar tratamento com um IBP e o metronidazol ou claritromicina em associação à amoxicilina ou tetraciclina, por 7 a 14 dias.

21. Com relação ao mecanismo de ação dos hipoglicemiantes orais, marque a alternativa INCORRETA.

- A) Biguanidas: inibem a produção hepática de glicose.
B) Inibidores da alfa glucosidase: inibem a absorção intestinal de carboidratos.
C) Tiazolidinedionas: aumentam a captação periférica de glicose.
D) Sulfonilureias: estimulam a secreção pancreática de insulina.
E) Meglitinas: melhoram a sensibilidade periférica à insulina.

22. Qual das causas de hiponatremia citadas abaixo é a mais provável para um paciente que se encontre euvolêmico e com a osmolalidade sanguínea baixa?

- A) Síndrome da secreção inapropriada do ADH.
B) Síndrome nefrótica.
C) Diarréia.
D) Hiperglicemia.
E) Insuficiência renal crônica.

23. Paciente em investigação de diarréia crônica, sem doenças sistêmicas conhecidas nem antecedente de cirurgias, que não usa drogas laxantes apresenta parasitológico de fezes negativo, lâmina direta sem presença de sangue ou leucócitos, Sudam negativo e hiato osmótico normal terá mais provavelmente diarréia do tipo

- A) secretória. B) inflamatória. C) esteatorréia. D) osmótica. E) funcional.

24. Com relação ao manejo da depressão, marque a alternativa INCORRETA.

- A) No primeiro episódio, deve-se optar pela escolha da medicação de eficácia comprovada em algum dos familiares que, porventura, já tenha apresentado depressão.
B) No caso de depressão grave, há uma tendência ao uso dos tricíclicos.
C) Na presença de sintomas psicóticos, o uso dos antipsicóticos melhora a eficácia do tratamento.
D) A fluoxetina é um dos antidepressivos mais prescritos na prática clínica, devido ao seu rápido metabolismo e à meia vida curta, o que a torna ideal para idosos que, geralmente, se apresentam em uso de diversas medicações.
E) Se insônia, ansiedade ou anorexia forem sintomas importantes no quadro, preferir os tricíclicos ou mirtazapina.

25. Qual das seguintes reações transfusionais abaixo NÃO é considerada imediata?

- A) Hipercalemia.
B) Bacteremia.
C) Anafilaxia.
D) Hipocalcemia.
E) Doença enxerto versus hospedeiro.

26. Você iniciou um tratamento para um adulto jovem com asma persistente moderada com corticóide inalatório em dose baixa e uso de beta agonista de curta ação nas crises, porém ele ainda se encontra sintomático após consulta de retorno ao ambulatório. Qual a melhor conduta terapêutica para este caso entre as citadas abaixo?

- A) Suspender o corticóide inalatório e iniciar inibidor de leucotrieno.
B) Associar beta adrenérgico de longa duração.
C) Associar corticóide oral em dose baixa.
D) Associar uma droga anti-IgE.
E) Aumentar a dose do corticóide inalatório e associar teofilina.

27. Qual das condutas citadas abaixo é inadequada no atendimento inicial de um paciente em estado de mal epiléptico?

- A) Manutenção da pressão arterial abaixo de 120 X 80 mmHg.
B) Administração de glicose a 50% 50ml e tiamina 100mg.
C) Monitorização eletroencefalográfica.
D) Administração de diazepam e fenitoína.
E) Iniciar oxigênio nasal.

28. Com relação à leishmaniose visceral, marque a alternativa INCORRETA.

- A) Pancitopenia, albuminúria, leucocitúria, hipergamaglobulinemia policlonal e leve alteração de transaminases são alguns dos achados laboratoriais.
B) A punção esplênica é o método de diagnóstico parasitológico direto mais sensível.
C) Um exame sorológico pode ser positivo em indivíduos provenientes de áreas endêmicas, não sendo indicativo de doença atual.

- D) O glucantime é a droga de escolha para tratamento da leishmaniose visceral, mesmo nos casos de co-infecção com HIV.
E) A falha terapêutica é definida como ausência de cura clínica após 20 dias de uso do glucantime, sendo a anfotericina B ou a pentamidina as drogas de segunda linha.

29. Qual dos antibióticos citados abaixo NÃO está preconizado para o tratamento da sífilis?

- A) Ceftriaxona. B) Penicilina G benzatina. C) Ciprofloxacina. D) Doxiciclina. E) Tetraciclina.

30. Qual das seguintes combinações de drogas seria a mais adequada para um paciente em insuficiência cardíaca refratária, que estivesse em uso de beta-bloqueador e que necessitasse de drogas inotrópicas?

- A) Noradrenalina e levosimendana.
B) Dobutamina e milrinone. D) Dobutamina e dopamina.
C) Milrinone e levosimendana. E) Dopamina e noradrenalina.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31. Em pacientes imunodeprimidos, com infecções das vias aéreas superiores, principalmente, nos portadores de infecção pelo HIV,

- A) a diminuição dos linfócitos CD4 induz a infecções refratárias ao tratamento normalmente preconizado.
B) a diminuição dos linfócitos CD4 não facilita o surgimento de infecções micóticas.
C) o aumento de IgE nas doenças alérgicas não predispõe ao edema da mucosa e não interfere na fisiologia no complexo ósteo meatal.
D) não há retardo do clearance mucociliar em pacientes infectados pelo HIV.
E) Esses pacientes apresentam uma hiperglobulinemia às custas de IgG-2 e uma deficiência de IgG-1 e IgG-4, o que predispõe ao aparecimento das rinosinusites.

32. Nas rinosinusites crônicas associadas a doenças sistêmicas, é CORRETO afirmar.

- A) Na polipose eosinofílica, menos de 30% dos pacientes apresentam a rinopatia eosinofílica não alérgica.
B) A síndrome de Young é uma doença do muco, que se caracteriza por rinosinusite crônica com polipose, azoospermia e bronquiectasia pulmonar.
C) A polipose nasossinusal caracteriza-se pela presença de pólipos nasais múltiplos, geralmente bilaterais, decorrentes de um processo inflamatório da mucosa nasossinusal, sem qualquer associação a uma doença sistêmica.
D) A mucoviscidose é uma doença autossômica dominante, caracterizada por aumento da viscosidade do muco, por um defeito no transporte iônico da mucosa e de outras células secretantes.
E) A confirmação diagnóstica de mucoviscidose é feita quando se encontram, no teste do suor, níveis de cloro de até 30mm por litro.

33. Durante uma cirurgia de Estapedectomia ou Estapedotomia, no momento da abertura da platina do estribo, se sair perilíngua sob pressão com esguicho, a melhor conduta é a de

- A) realizar uma punção raquidiana e dar continuidade à cirurgia.
B) interromper o procedimento cirúrgico de imediato e tamponar o orifício com tecido adiposo e gelfoan.
C) colocar a prótese o mais rápido possível.
D) aguardar por cerca de 5 minutos, com gelfoan no orifício e, depois, dar continuidade ao ato operatório.
E) solicitar ao anestesista para aumentar a sedação, melhorando o plano anestésico.

34. Acerca das cirurgias endoscópicas nasossinuais, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Das chamadas complicações maiores, a fístula liquórica é a mais freqüente.
B) O uso de sistema de navegação auxilia, mesmo aqueles sem um treinamento e compreensão da anatomia desta área.
C) O ósteo do seio maxilar é visto, mesmo antes da unsectomia.
D) Os endoscópios de 75 graus não têm mais utilidade nesses procedimentos.
E) Apenas endoscópios de zero grau são utilizados.

35. No tratamento das paralisias laríngeas, é CORRETO afirmar.

- A) A tireoplastia de tipo I tem indicação para as paralisias unilaterais e, na maioria dos casos, apresenta bom resultado.
B) Sempre é realizada sob anestesia geral.
C) Não necessita incisão cervical.
D) Não possibilita a previsibilidade do resultado vocal.
E) Numa reoperação tardia, não permite corrigir eventual deterioração vocal.

36. Sobre malformações laríngeas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) As estenoses são relativamente freqüentes.
- B) Nas estenoses subglóticas, existe dispnéia sem estridor
- C) O diafragma é devido à persistência de uma membrana vertical que une a comissura anterior à posterior
- D) A laringomalacea é a alteração mais encontrada
- E) Quando há atresia laríngea, é raríssimo que outras alterações estejam presentes.

37. Dos fatores traumáticos da laringe, citados abaixo, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Pacientes entubados por mais de cinco dias apresentam maior risco de lesão traqueal do tipo estenose.
- B) A insuflação do balão, quando mantido abaixo de 30mmH₂O, diminui o risco de lesão.
- C) No trauma cervical externo, as lesões laríngeas são incomuns.
- D) Os acidentes com linha e cordas podem causar traumas laríngeos graves.
- E) Na ingestão de substâncias cáusticas, a lesão é proveniente do contato direto e nunca, da regurgitação.

38. A indicação para implante coclear estaria fora dos critérios aceitáveis,

- A) na surdez profunda pós-lingual, sem resultado na adaptação de aparelho auditivo.
- B) na surdez profunda do tipo neurossensorial, mas que apresenta uma perfuração timpânica residual seca, sem infecção.
- C) em pacientes com deficiência auditiva profunda, apresentando outros comprometimentos na área neurológica, graves e complexos.
- D) em pacientes adultos com perda auditiva profunda de etiologia traumática e recente.
- E) em pacientes com menos de 3 anos.

39. Em relação à Otosclerose, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A vacina anti-sarampo não tem nenhuma importância na sua prevenção.
- B) O estudo tomográfico de alta resolução evidencia os focos da doença e podem prever o prognóstico.
- C) O tratamento clínico nunca produz um resultado aceitável.
- D) Os termos otosclerose e otospongiose são sinônimos, porque representam o mesmo estágio evolutivo da doença.
- E) A incidência da forma clínica é a mesma da forma histológica.

40. As adenotonsilectomias estão contra-indicadas em pacientes

- A) com asma brônquica.
- B) portadores de insuficiência velofaríngea.
- C) que irão ser submetidos a transplantes de fígado.
- D) portadores de neoplasia das tonsilas.
- E) com vários quadros de infecção das tonsilas do tipo bacteriana.

41. Nas doenças inflamatórias agudas da laringe, é CORRETO afirmar.

- A) As laringites catarrais agudas têm como agentes etiológicos mais freqüentes a *Branhamella catarrhalis* e o *Haemophilus influenzae*.
- B) Na epiglotite, o agente etiológico mais comum é o streptococcus do grupo A.
- C) O cruce espasmódico ou laringite estridulosa tem como agente etiológico, apenas, os adenovírus.
- D) A laringite aguda alérgica não apresenta qualquer relação com infecções bacterianas ou refluxo gastroesofágico.
- E) Nas laringotraqueítes, não há envolvimento dos vírus Parainfluenza tipo I.

42. Não se inclui(em) nos sinais ou sintomas de Estesioneuroblastoma:

- A) Epistaxe.
- B) Obstrução nasal.
- C) Crises convulsivas.
- D) Distúrbios visuais e proptose.
- E) Anosmia e abaulamento facial.

43. Nas craniodisostoses, é INCORRETO afirmar.

- A) Na síndrome de Cruozon, pode haver fenda palatina posterior e palato duro sempre ogival.
- B) A síndrome de Apert se caracteriza por apresentar turricefalia, fronte muito alta, região occipital retificada, verticalização dos tetos orbitários e hipoplasia maxilar com displasia facial.
- C) Na síndrome de Pfeiffer, não há alterações nas mãos e nos pés.
- D) Na síndrome de Carpenter, há espinha bifida, fusões vertebrais e polidactilias.
- E) Todas as alterações acima são decorrentes de alterações metabólicas, ligadas à síntese de colágeno, que acometem os tecidos suturais dos ossos do crânio e da face, alterando-lhes o desenvolvimento.

44. Paciente de 76 anos de idade, com perda auditiva severa bilateral, do tipo neurossensorial, com boa discriminação vocal. Assinale a indicação CORRETA para esse paciente.

- A) Treinamento de leitura labial.
- B) Testar e adaptar aparelho auditivo.
- C) Não há indicação para o uso de prótese, porque a perda é severa.
- D) Indicação para implante coclear.
- E) Implante de BAHA.

45. Recém-nascido pré-termo, com oito dias de vida, com estridor laríngeo. Na pesquisa da Emissão Otoacústica, não houve resposta. Marque a alternativa INCORRETA.

- A) Pode ser devido à imaturidade do SNC.
- B) O ruído do estridor pode estar interferindo nas respostas.
- C) Pode haver líquidos ou secreções no conduto ou na orelha média.
- D) A criança, certamente, tem uma função coclear alterada.
- E) Deve-se repetir o exame antes de 30 dias e, se persistir negativo, fazer um BERA.

46. Paciente com quadro de paralisia facial endotemporal de causa iatrogênica em timpanomastoidectomia, de aparecimento imediato (seis horas) após o procedimento e com progressão nas últimas 48 horas, qual conduta deve ser adotada?

- A) Esperar durante 14 dias, para melhorar o edema.
- B) Realizar a descompressão ou reconstrução imediata.
- C) Apenas administrar corticóides em doses elevadas.
- D) Acompanhar com testes de Hilger.
- E) Não fazer eletroneuromiografia do facial nas lesões traumáticas.

47. Paciente de 30 anos, sexo feminino, com quadro de surdez subida unilateral, sem tonturas, com zumbidos. Na avaliação audiológica, nota-se perda do tipo neurossensorial severa unilateral. Qual dos exames abaixo não deve deixar de ser realizado para um melhor esclarecimento?

- A) VDRL.
- B) Tomografia de meatos acústicos sem contraste.
- C) Ressonância Nuclear Magnética com contraste.
- D) Glicemia.
- E) Doppler de carótidas.

48. Paciente de 39 anos, masculino refere ter trabalhado em ambiente com ruído por cerca de um ano e perda auditiva que vem interferindo na sua vida social e laborativa. Exame físico geral e em ORL normais. Audiometrias tonais com discriminação com dados inconsistentes. Pesquisa de reflexos estapedianos presentes bilateralmente. Pesquisa de emissão otoacústica com respostas transientes e produtos de distorção presentes dentro dos limites da normalidade. Qual conduta deveria ser adotada?

- A) Faria uma tomografia de meatos acústicos.
- B) Seria obrigatório fazer um BERA do ponto de vista clínico.
- C) Ficaria com a hipótese de simulação.
- D) Indicaria fazer Eletrococleografia.
- E) Faria uma ressonância magnética do tronco cerebral.

49. Paciente de 30 anos, com anacusia direita e perda auditiva condutiva na orelha esquerda de 40 dB, com perfuração timpânica e episódios esporádicos de supuração. Assinale a alternativa que contém a conduta a ser adotada.

- A) Indicação absoluta para timpanoplastia.
- B) Apenas usar um aparelho auditivo na orelha esquerda.
- C) Timpanoplastia com manipulação mínima da orelha média; se possível, usar membrana de polímeros, pois há risco de piorar a audição.
- D) Desde que não seja usado broqueamento da mastóide, não há risco de lesão.
- E) Estar totalmente contra-indicada a realização de uma timpanoplastia.

50. No tratamento dos quadros de vertigem postural paroxística benigna, usamos medidas de reposicionamento, na tentativa de controlar as crises. Observe a seguinte descrição:

Paciente sentado na frente do examinador, deitar para o lado que apresenta a tontura, persistir nesta posição durante 4 minutos. A seguir é rapidamente deitado para o lado oposto, mantendo sempre a orelha para baixo, ficando nesta posição por 4 minutos.

Trata-se da manobra de

- A) Hallpike.
- B) Semont.
- C) Epley.
- D) Bárány.
- E) Cawthorne.