

RESIDÊNCIA MÉDICA

2022

INCA

PROVA DE ENDOSCOPIA

INSTRUÇÕES

1. Verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** e o seu **NOME** coincidem com os impressos na **FOLHA DE RESPOSTAS**.
2. Esta prova compõe-se de **50 questões**, escolha múltipla, de conhecimentos em Clínica Médica e Cirurgia Geral.
3. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
4. A maneira correta de marcar a sua opção encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize caneta azul ou preta. Assine a folha de repostas NA ÁREA CORRETA, DEMARCADA. NÃO rasure a folha de respostas**
5. A prova terá a duração de 2 horas (das 9:30h às 11:30h), **incluindo o tempo de marcação na folha de respostas**.
6. Ao ser dado o sinal para início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo, com 10 (DEZ) páginas (frente e verso)**.
7. Os últimos 03 (três) candidatos, ao terminarem a prova, só poderão retirar- se da sala juntos.
8. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
9. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE RESPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

1. Em uma ferida, o glóbulo branco mais predominante, e importante, nos primeiros 3-5 dias após a injúria é o:

- a) eosinófilo
- b) neutrófilo
- c) macrófago
- d) linfócito

2. Homem, 63 anos, trabalhou em empresa especializada na fabricação de caixa d'água e telhas. No momento, relata emagrecimento progressivo e dor em hemitórax direito. Nega: tosse e febre. Tomografia computadorizada (TC) do tórax: derrame pleural e espessamento pleural difuso. A hipótese diagnóstica mais provável e a conduta investigativa mais apropriada, respectivamente, são:

- a) mesotelioma / realizar toracocentese com biópsia de pleura
- b) empiema pleural / realizar drenagem torácica
- c) adenocarcinoma de pulmão / solicitar tomografia por emissão de pósitrons
- d) tumor brônquico / solicitar broncoscopia pulmonar

3. A alteração anatômica que pode predispor ao aparecimento de hérnias inguinais diretas é:

- a) alargamento do orifício externo do canal inguinal
- b) alargamento do orifício profundo do canal inguinal
- c) inserção alta do músculo oblíquo interno
- d) persistência do conduto peritônio vaginal

4. Mulher, com fibrilação atrial crônica, hemodinamicamente estável, apresenta quadro de abdome agudo. TC do abdome: isquemia parcial da parede e pneumatose. A conduta mais adequada, nesse momento, é:

- a) só iniciar antibioticoterapia, se houver leucocitose; repetir a TC em uma semana; manter dieta oral
- b) se não houver distensão abdominal, manter alimentação oral; antibioticoterapia oral; repetir a TC em uma semana
- c) dieta oral zero; nutrição parenteral; antibioticoterapia venosa; exames seriados
- d) dieta oral; antibioticoterapia oral; repetir a TC em três dias

5. São efeitos cardiovasculares do pneumoperitônio a diminuição:

- a) da pressão venosa central e a diminuição do débito cardíaco
- b) da pressão capilar pulmonar e o aumento do débito cardíaco
- c) do débito cardíaco e o aumento da resistência vascular sistêmica
- d) da resistência vascular periférica e a diminuição do débito cardíaco

6. É uma veia do sistema venoso superficial a:

- a) femoral superficial
- b) solear
- c) gastrocnêmia medial
- d) safena magna

7. Um dos sinais mais sensíveis de choque hipovolêmico é a:

- a) hipotensão arterial sistêmica
- b) palidez cutâneo-mucosa
- c) agitação psicomotora
- d) taquicardia

8. Os critérios microscópicos, no exame histopatológico, para diferenciar o adenoma folicular do carcinoma folicular da tireoide são:

- a) índice mitótico e invasão vascular
- b) invasão capsular e invasão vascular
- c) invasão capsular e necrose
- d) índice mitótico e necrose

9. Mulher, 68 anos, em investigação de cálculo ureteral, realizou TC de pelve e abdome que evidenciou aneurisma de aorta abdominal infrarrenal sacular com 4cm. A conduta mais adequada, em relação ao aneurisma de aorta, é:

- a) solicitar avaliação pré-operatória para programação cirúrgica eletiva
- b) acompanhamento semestral com exames de imagem
- c) acompanhamento anual com exames de imagem
- d) internação para correção cirúrgica de urgência

10. Para o diagnóstico de infecção não complicada do trato urinário, uma amostra de urina do jato médio deve apresentar, em cultura, ao menos 10^5 unidades formadoras de colônias por mililitro (mL). Quando a amostra é obtida por cateterismo vesical limpo são exigidas para o diagnóstico:

- a) 10^4 unidades formadoras de colônias/mL
- b) 10^2 unidades formadoras de colônias/mL
- c) 10^1 unidades formadoras de colônias/mL
- d) 10^3 unidades formadoras de colônias/mL

11. No tratamento do traumatismo raquimedular (TRM), a administração venosa de metilprednisolona em bolus na dose de 30mg/kg de peso, seguida da infusão estendida de 5,4mg/kg/h por 48 horas está indicada se iniciada:

- a) 24 horas após o trauma
- b) em até 3 horas após o trauma
- c) entre 8 e 24 horas após o trauma
- d) entre 3 e 8 horas após o trauma

12. O método mais adequado de fechamento da parede abdominal quando de uma cavidade grosseiramente contaminada é fechar:

- a) somente a aponeurose e deixar a pele aberta
- b) a pele para lavar a cavidade 24 horas mais tarde
- c) completamente todas as camadas
- d) a pele e aponeurose hermeticamente para prevenir deiscência

13. Na cirurgia bariátrica é fundamental a prevenção adequada do tromboembolismo pulmonar. Pode-se afirmar que a melhor estratégia é o uso:

- a) de meia elástica de média compressão e a deambulação precoce
- b) profilático de heparina de baixo peso molecular e a deambulação precoce
- c) de compressor pneumático e de meia elástica de média compressão
- d) de heparina em dose plena e de meia elástica de média compressão

14. Em relação à sobrevida, após ressecção de metástase hepática de câncer colorretal, são fatores de mau prognóstico:

- a) lesão > 5cm; antígeno carcinoembrionário > 200ng/mL; intervalo livre de doença < um ano
- b) aumento dos testes de função hepática; lesões bilobares < 7cm; intervalo livre de doença < um ano
- c) antígeno carcinoembrionário normal; intervalo livre de doença > 2 anos; lesão > 5cm
- d) lesão < 5cm; antígeno carcinoembrionário até 200ng/mL; intervalo livre de doença < um ano

15. O fim do Século XIX ficou conhecido como o “Século dos Cirurgiões” graças:

- a) à introdução das vestimentas brancas no centro cirúrgico
- b) ao lançamento do livro de Vesalius “*De Humani Corporis Fabrica*”
- c) ao uso de óleo fervendo para a hemostasia
- d) ao conhecimento da anatomia e controle do sangramento / infecção / dor

16. Paciente, 75 anos, com de *diabetes mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), apresenta dor do tipo cólica na região epigástrica e hipocôndrio direito. Exame físico: dor à palpação abdominal; distensão difusa e “peristaltismo de luta”. Radiografia de abdome: delgado distendido e ar na projeção das vias biliares. O diagnóstico mais provável é decorrente de uma fístula:

- a) colecistocolônica
- b) colecistoduodenal
- c) coledococoledociana
- d) coledococolônica

17. No pós-operatório de hemicolectomia direita, homem evolui com peritonite terciária. Inicia-se nutrição parenteral total por veia jugular direita. Surge um novo processo infeccioso e isola-se *Candida albicans* na hemocultura. A conduta terapêutica mais adequada, neste momento, é:

- a) manter o cateter venoso central e iniciar anfotericina B venosa
- b) retirar o cateter venoso central e aguardar 48 horas
- c) manter o cateter venoso central e iniciar fluconazol venoso
- d) retirar o cateter venoso central e iniciar equinocandina

18. O protocolo multimodal de cuidados perioperatórios ACERTO se baseia em atitudes que promovem uma rápida recuperação cirúrgica. Dentre estes cuidados estão:

- a) preparo mecânico do cólon; hidratação venosa no pós-operatório com 40mL/Kg de cristaloides; uso rotineiro de cateter nasogástrico
- b) 12 horas de jejum pré-operatório; antibioticoterapia de rotina; mobilização depois de 12 horas de pós-operatório
- c) dieta pastosa até duas horas antes do procedimento; jejum de 12 horas no pós-operatório; profilaxia de rotina para trombose venosa profunda
- d) dieta líquida até duas horas antes do procedimento; não realizar preparo de cólon; não usar drenos de rotina

19. Pode-se afirmar que em um paciente com pancreatite crônica alcoólica e dor intratável, observa-se na pancreatografia uma imagem:

- a) de “cadeia de lagos” do *Wirsung*
- b) sugestiva de pseudocisto
- c) do *Wirsung* sem alterações
- d) de necrose pancreática

20. Na síndrome de *Peut-Jeguers*, pode-se afirmar que, histologicamente, os tipos de pólipos mais comumente encontrados são os:

- a) pólipos juvenis
- b) adenomas
- c) hamartomas
- d) pólipos vilosos

21. Mulher, 40 anos, foi submetida à tireoidectomia por doença de *Graves*. A operação foi demorada e deixou-se um dreno de *Blake*. Três horas depois, na enfermaria, ela ficou agitada, taquicárdica e taquipneica. A conduta mais adequada é:

- a) prescrição de AAS e dinitrato de isosorbida sublingual
- b) reposição volêmica e início de antibióticos venosos
- c) intubação traqueal e início de anticoagulação
- d) drenagem imediata do hematoma com abertura da sutura

22. Mulher, 39 anos, apresenta quadro de trombose hemorroidária externa, com muita dor, há 24 horas. Uma vez indicado o tratamento cirúrgico deve-se, preferencialmente, realizar:

- a) anopexia mecânica com grampeador
- b) incisão com dreagem do trombo
- c) ligadura elástica
- d) excisão do mamilo contendo o trombo

23. Mulher, 27 anos, foi atropelada há 3 meses. Necessitou de intubação orotraqueal e ventilação mecânica durante 15 dias, com subsequente realização de traqueostomia. Três dias após a retirada da cânula de traqueostomia, a paciente relata início da dispneia com piora progressiva. Exame físico: cornagem e taquipneia. A conduta mais

adequada, nesse momento, tendo em vista a investigação diagnóstica e a melhora do quadro agudo é a realização de:

- a) vídeolaringoscopia direta
- b) TC do tórax
- c) broncoscopia rígida
- d) ressonância nuclear magnética do tórax

24. Homem, 33 anos, é admitido ao setor de emergência pós-acidente automobilístico. No transporte, administrou-se 2 litros (L) de solução cristalóide, em 30 minutos. Exame físico: hipocorado, confuso, enchimento capilar lentificado, taquipneico, frequência cardíaca (FC) = 128bpm; pressão arterial sistêmica (PA) = 90x50mmHg. Realizou-se o protocolo *FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma)*, com o achado a seguir.



Durante a realização do protocolo, iniciou-se oxigenioterapia suplementar e administrou-se, rapidamente, mais 1L de Ringer com lactado. Todavia, o paciente continuou instável hemodinamicamente. A conduta mais adequada neste momento é:

- a) indicar laparotomia exploradora imediatamente, pois deve-se considerar que o protocolo *FAST* foi positivo
- b) realizar lavado peritoneal diagnóstico e, se houver aspiração $\geq 10\text{mL}$ de sangue, indicar laparotomia exploradora
- c) solicitar, com urgência, uma TC de abdome com contraste para identificar o órgão lesado
- d) pesquisar outra fonte de sangramento, que não hemorragia intra-abdominal, já que o protocolo *FAST* foi negativo

25. Homem, 50 anos, é admitido com quadro de parada de eliminação de gases e fezes, além de dor abdominal. Exame físico: hipertimpanismo abdominal. Radiografia anteroposterior e TC do abdome, a seguir.



A melhor descrição das imagens e a hipótese diagnóstica mais provável, respectivamente, são radiografia com distensão de alça cólica cujo ápice encontra-se no quadrante superior:

- a) direito do abdome e, na TC, há pneumatose intestinal / isquemia mesentérica
- b) esquerdo do abdome e, na TC, há rotação mesentérica com afilamento do ceco / volvo de ceco
- c) direito do abdome e, na TC, há rotação mesentérica com afilamento do sigmoide / volvo de sigmoide
- d) esquerdo do abdome e, na TC, há linfonodomegalia mesentérica / obstrução intestinal por tumor de cólon

26. Em relação à triagem do câncer colorretal em indivíduos com idade superior a 50 anos, assintomáticos, sem fator de risco conhecido e com primeira avaliação normal, recomenda-se que a:

- a) colonoscopia seja solicitada a cada dez anos
- b) pesquisa de sangue oculto nas fezes seja realizada a cada dois anos
- c) retossigmoidoscopia seja solicitada a cada 3 anos
- d) tomografia virtual seja realizada a cada 10 anos

27. Mulher, 35 anos, com DM tipo 1 e doença renal crônica estágio IV. Exame físico: hipocorada 2+/4+; FC = 80bpm. Exames laboratoriais: hematócrito (Ht) = 27%; hemoglobina (Hb) = 9g/dL; cinética de ferro normal. A conduta mais apropriada para o tratamento desta anemia é:

- a) iniciar reposição de eritropoetina exógena
- b) iniciar terapia dialítica
- c) iniciar suplementação de sulfato ferroso venoso
- d) realizar transfusão sanguínea

28. É indicação absoluta de punção lombar diagnóstica a suspeita de:

- a) hidrocefalia
- b) neoplasia intracraniana
- c) hipertensão intracraniana
- d) carcinomatose meníngea

29. A melhor alternativa diagnóstica, não invasiva, para o diagnóstico de gastroparesia é:

- a) radiografia do abdome superior com contraste oral
- b) ultrassonografia abdominal
- c) tomografia computadorizada do abdome
- d) cintilografia de esvaziamento gástrico

30. Mulher, 58 anos, com diagnóstico de cirrose pelo vírus da hepatite C (HCV), é admitida com dor abdominal, temperatura axilar (TA) = 38°C e desorientação. Faz uso regular de carvedilol (6,25mg; 2 vezes/dia), furosemida (40mg/dia) e espironolactona (100mg/dia). Exame físico: PA = 100x60mmHg e FC = 62bpm; abdome doloroso difusamente à palpação; ascite de grande volume; *flapping* e edema de membros inferiores (2+/4+). Exames laboratoriais: sódio = 131mEq/L; potássio = 3,2mEq/L; ureia = 85mg/dL; creatinina = 2,1mg/dL; Hb = 11,1g/dL; 10.100 leucócitos com 65% de neutrófilos; 58.000 plaquetas; índice internacional normalizado (INR) = 1,5; bilirrubina total = 2,1mg/dL; bilirrubina direta = 1,5mg/dL; albumina = 3,0g/dL. Paracentese diagnóstica: 350 células com 80% de polimorfonucleares; albumina = 0,9g/dL; glicose = 78mg/dL. A abordagem inicial mais adequada é:

- a) utilizar diurético venoso associado à albumina e aguardar resultado da cultura para definir início de antibioticoterapia
- b) suspender diuréticos; iniciar albumina e aguardar resultado da cultura para definir início de antibioticoterapia
- c) suspender diuréticos; iniciar infusão de terlipressina e administrar ceftriaxone
- d) suspender diuréticos; iniciar albumina e administrar ceftriaxone

31. Homem, 89 anos, com cefaleia temporal bilateral há 3 meses, que não o desperta durante a noite. Não é responsiva a analgésicos comuns e é acompanhada por sensibilidade do couro cabeludo ao pentear os cabelos, além de fadiga dos músculos da mastigação. Houve emagrecimento de 4kg neste período. Exames laboratoriais: Hb = 11g/dL e VHS =115mm/h na 1ª hora. Pode-se afirmar que:

- a) este tipo de cefaleia tem caráter recorrente e melhora com a

administração de oxigênio por cateter nasal ou máscara

b) a melhora clínica acentuada com uso de corticosteróide representa um dado adicional para embasar o diagnóstico deste paciente

c) tumor de base de crânio com hipertensão intracraniana é o diagnóstico principal considerando a refratariedade da dor e a presença de sintomas constitucionais

d) a apresentação descrita é sugestiva de neuralgia do trigêmeo devido a alteração da sensibilidade do couro cabeludo e por não responder a analgésicos comuns

32. Mulher, 54 anos, realizando quimioterapia para tratamento de câncer de mama metastático com último ciclo há 6 dias. É internada por odinofagia de transição (que impede a ingestão de sólidos) e febre. O exame complementar imediato essencial para definição da conduta terapêutica mais adequada é:

- a) cultura de secreção de orofaringe
- b) hemograma completo
- c) tomografia cervical
- d) endoscopia digestiva alta

33. Mulher, 47 anos, com vitiligo, interna para investigação de anemia e cansaço aos esforços, parestesias em membros e dificuldade de deambulação, há 3 meses. Exame físico: mucosas descoradas e língua despilada; marcha talonante; sinal de *Romberg* positivo; hipertonía e hiperreflexia dos quatro membros; reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral; hipoestesia tátil e dolorosa bilateral; apalestesia e perda da noção de posição segmentar. O exame que, mais provavelmente, pode revelar alterações que apontem para a etiologia do quadro clínico descrito é:

- a) eletroforese de proteínas
- b) biópsia da medula óssea
- c) punção lombar
- d) endoscopia digestiva alta

34. Mulher, 40 anos, procurou médico por apresentar cansaço. Pais e irmãos saudáveis. Exame físico: hipocorada 3+/4+; FC = 100bpm; baço palpável a 5cm do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais: Hb = 6g/dL; lactato desidrogenase, contagem de reticulócitos e haptoglobina normais. Aspirado de medula óssea: não se obtém material (seco). Biópsia de medula óssea: medula hiper celular com hiperplasia das 3 linhagens, além de mielofibrose. Após a indicação de transfusão de concentrado de hemácias, o próximo passo, mais adequado, deve ser:

- a) iniciar quimioterapia
- b) solicitar tipagem dos antígenos leucocitário humano (HLA) dos irmãos
- c) indicar radioterapia
- d) encaminhar o paciente para realização de esplenectomia

35. Mulher, 66 anos, está em avaliação de hipercalcemia assintomática. Exames laboratoriais: cálcio corrigido pela albumina = 10,7mg/dL (valor de referência = 8,5-10,5mg/dL); fósforo = 2,6mg/dL (valor de referência = 2,5-4,5mg/dL); creatinina = 0,7mg/dL; paratormônio = 102pg/mL (valor de referência = 12-65pg/mL). Pode-se afirmar que:

- a) hipercalcúria confirmaria o diagnóstico de hiperparatireoidismo secundário
- b) não há indicação de realização de densitometria óssea
- c) a pesquisa de nefrolitíase está indicada, apesar de estar assintomática
- d) está indicada paratireoidectomia total

36. Homem, 44 anos, com história de diarreia infecciosa há 3 semanas, evoluiu com artrite em joelho esquerdo. Exame dermatológico: lesões ceratóticas escamo-crostosas amareladas com algumas vesico pústulas em regiões palmo-plantares e lesões eritemato-descamativas no pênis. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) lúpus eritematoso sistêmico
- b) artrite reativa
- c) doença de Behçet
- d) psoríase

37. Homem, 23 anos, com história de engasgos frequentes e pirose, relata um episódio recente de impactação alimentar em um churrasco, com resolução espontânea. História patológica pregressa: asma na infância e amigdalectomia. A conduta mais indicada na sequência e o achado que confirmará a hipótese diagnóstica mais provável, respectivamente, são:

- a) solicitar esofagomanometria de alta resolução / contrações repetitivas, prolongadas e de alta amplitude no esôfago distal
- b) solicitar EDA com biópsia de esôfago / exibição ≥ 15 eosinófilos por campo de grande aumento
- c) pedir exame de sangue com hemograma e dosagem de imunoglobulina E total / eosinofilia e aumento dos níveis de imunoglobulina E
- d) não solicitar exame complementar e fazer teste de exclusão alimentar de leite e trigo / observação da melhora dos sintomas após 4 semanas de teste

38. Mulher, 42 anos, com hemorragia intracraniana decorrente de aneurisma cerebral roto, em ventilação mecânica na Unidade de Terapia Intensiva (pressão expiratória final positiva = 5cmH₂O), será submetida à craniectomia descompressiva. Possui os seguintes parâmetros hemodinâmicos: pressão arterial sistêmica média = 60mmHg; pressão intracraniana = 15mmHg; pressão venosa central = 14 mmHg. Sua pressão de perfusão cerebral em mmHg é igual a:

- a) 40
- b) 46
- c) 45
- d) 55

39. Mulher, 78 anos, internada por infecção urinária, apresenta quadro agudo e flutuante de confusão mental associado a déficit de atenção importante, além de permanecer grande parte do tempo sonolenta. Exames laboratoriais: leucocitose com desvio à esquerda. A conduta terapêutica mais adequada é:

- a) prescrever um sedativo noturno
- b) tratar e resolver o quadro infeccioso
- c) administrar haloperidol em dose baixa
- d) prosseguir a investigação neurológica

40. Candidato à doação de sangue recebe notificação revelando que não poderá ser doador por apresentar teste anti-HCV positivo. A próxima, e mais adequada, medida a ser tomada é:

- a) realizar elastografia hepática para avaliar estágio da fibrose
- b) pesquisar genótipo do HCV para definir o tratamento adequado
- c) realizar pesquisa do HCV-RNA para a confirmação da infecção pelo HCV
- d) repetir teste anti-HCV em seis meses e, caso positivo, iniciar tratamento com fármaco pan-genotípico

41. Mulher, 47 anos, durante investigação de nódulo mamário Bi-Rads4 e múltiplas lesões osteolíticas, evolui com fadiga progressiva, poliúria, náuseas e constipação. A causa mais provável destes sintomas é:

- a) hipocalcemia
- b) hipercalcemia
- c) uremia
- d) hipopotassemia

42. Homem, 66 anos, tabagista e etilista, apresenta disfagia progressiva para alimentos sólidos e pastosos, tolerando apenas a ingestão de líquidos. Perda ponderal

de 20kg nos últimos 3 meses. EDA: lesão vegetante e estenosante de terço médio de esôfago cuja biópsia foi compatível com carcinoma de células escamosas. O estadiamento revelou doença localmente avançada, T4N0M0. Indicou-se radioterapia neoadjuvante e reavaliação de futura intervenção. A forma mais adequada de suporte nutricional, para esse paciente, é dieta:

- a) enteral por cateter nasoenteral ou gastrostomia
- b) enteral por via oral líquida, com suplementação
- c) parenteral exclusiva, por acesso venoso central
- d) parenteral domiciliar por cateter de inserção periférica

43. A dissociação da resposta pupilar à luz e a contração pupilar de perto pode indicar:

- a) sarcoidose
- b) tuberculose
- c) neurosífilis
- d) toxoplasmose

44. Homem, 52 anos, apresenta tumor gástrico com metástases hepáticas. Após avaliação histopatológica, iniciou-se tratamento com mesilato de imatinibe, com excelente resposta. Nesse contexto, o tipo histológico mais provável é:

- a) linfomado tecido linfoide associado à mucosa (MALT)
- b) tumor estromal gastrointestinal
- c) gastrinoma
- d) adenocarcinoma

45. A distrofia miotônica se caracteriza por fácies:

- a) em máscara
- b) leonina
- c) em machado
- d) de astrônomo

46. Homem, 72 anos, previamente hígido, ex-tabagista, há 1 ano apresenta quadro de dispneia progressiva acompanhada de tosse seca. Não tem histórico de exposição ocupacional/ambiental relevante; não faz uso regular de medicamentos. Exame físico: estertores bibasais “em velcro” e baqueteamento digital. TC do tórax: reticulações periféricas de predomínio basal e periférico; algumas áreas de faveolamento.

Pode-se afirmar, considerando-se a hipótese diagnóstica mais provável, que:

- a) associação de prednisona, azatioprina e acetilcisteína é a opção terapêutica
- b) nintedanibe ou pirfenidona são opções terapêuticas
- c) esta doença tem evolução benigna e não precisa de tratamento específico
- d) associar formoterol ao tratamento de escolha tem benefício comprovado

47. Considere os fármacos antipsicóticos listados na coluna 1 e os efeitos adversos listados na coluna 2. A correlação mais adequada entre os antipsicóticos e seus efeitos adversos é:

Coluna 1	Coluna 2
1 - clorpromazina	A - agranulocitose
2 - haloperidol	B - hipotensão arterial ortostática
3 - olanzapina	C - efeitos extrapiramidais
4 - clozapina	D - ganho de peso

- a) 1-B, 2-C, 3-D, 4-A
- b) 1-C, 2-A, 3-B, 4-D
- c) 1-D, 2-A, 3-B, 4-C
- d) 1-C, 2-B, 3-A, 4-D

48. Homem, 72 anos, submetido à revascularização do miocárdio há 2 anos, queixa-se de dispneia de decúbito, edema de membros inferiores e aumento do volume abdominal, na última semana. Exame físico: extremidades frias; cianose 1+/4+; turgência jugular patológica; presença estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares; SpO₂ = 89%, em ar ambiente; PA = 100x50mmHg; FC = 120bpm com ritmo cardíaco irregularmente irregular; abdome com macicez móvel de decúbito; e edema de membros 2+/4+. Traçado eletrocardiográfico a seguir.



A opção terapêutica mais apropriada é:

- a) anticoagulação sistêmica e cardioversão elétrica
- b) antiagregação plaquetária e cardioversão química
- c) anticoagulação sistêmica e controle da FC
- d) antiagregação plaquetária e controle da FC

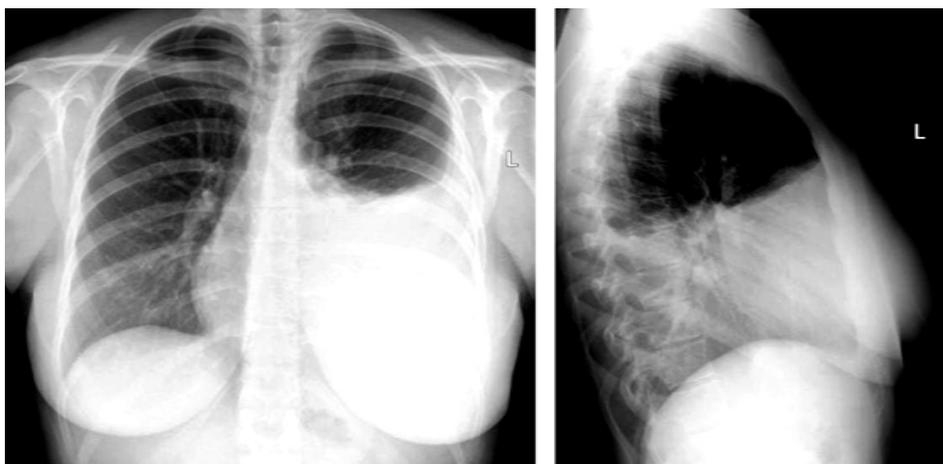
49. Homem, 75 anos, com DM tipo 1 e HAS, coronariopata com *stent* de artéria circunflexa há 2 anos, apresenta quadro de cefaleia, há 1 semana, com melhora parcial após uso de analgésicos. Foi levado, hoje, ao hospital, por familiares com história de diminuição do nível de consciência e crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Exame físico: PA = 260x110mmHg; FC = 105bpm; saturação periférica de oxigênio (SpO₂) = 89% ar ambiente; pupilas anisocóricas (direita > esquerda); ausência de resposta ao estímulo verbal; postura de decorticação à esquerda; roncospulmonares bilaterais; abdome flácido; sinais de liberação esfinteriana urinária e fecal. Glicemia capilar = 260mg/dL. TC do crânio a seguir:



A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) hematoma subdural
- b) hemorragia intraparenquimatosa
- c) acidente vascular encefálico isquêmico
- d) tumor cerebral

50. Mulher, 40 anos, apresenta febre e dor pleurítica há 2 meses. Radiografia do tórax em projeção pósterio-anterior e perfil a seguir.



A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) derrame pleural à esquerda
- b) consolidação pneumônica no lobo inferior esquerdo
- c) atelectasia total do lobo inferior esquerdo
- d) pneumotórax à esquerda