

## Anestesiologia

### 1ª Questão

É muito difundido o uso da Escala de Mallampati para classificação do grau de dificuldade de intubação dos pacientes. Essa escala, basicamente, utiliza a visualização prévia de estruturas como o palato mole, fauce, úvula e pilares amigdalíneos. Qual dos pacientes, a seguir, pode ser classificado com Mallampati II?

- A) Palato mole e base da úvula visualizados com facilidade.
- B) Palato mole totalmente não visível.
- C) Palato mole, fauce e úvula visíveis.
- D) Palato mole, fauce, úvula e pilares amigdalíneos visíveis.

### 2ª Questão

O conhecimento dos receptores de catecolaminas, também conhecidos como “adrenorreceptores”, é fundamental para o uso correto das drogas vasoativas. A Dobutamina é uma das drogas mais utilizadas no ambiente de terapia intensiva e uma das suas ações é a estimulação importante de um desses receptores que está presente no músculo cardíaco, sendo um dos principais responsáveis pelo aumento da contratilidade miocárdica, além da ação inotrópica e cronotrópica. Esse receptor está contemplado em qual das alternativas a seguir?

- A) Receptores alfa 2.
- B) Receptores Beta 2.
- C) Receptores Beta 1.
- D) Receptores DA1.

### 3ª Questão

A Escala de Ramsay é largamente utilizada para avaliar o grau de sedação dos pacientes. Se um paciente for classificado com Ramsay 3, pode-se dizer que este paciente está

- A) sonolento, mas atendendo a comandos.
- B) sedado, sem resposta a estímulos ou pressão glabellar.
- C) cooperativo, orientado e tranquilo ao exame.
- D) sedado e respondendo apenas lentamente a forte pressão na glabellar.

#### 4ª Questão

Os pacientes devem ser avaliados em relação ao seu estado de saúde no período pré-anestésico. Uma das escalas utilizadas para este fim é a escala da *American Society of Anaesthesiologists* (ASA). Um paciente de 58 anos, portador de hipertensão leve controlada, sem outras morbidades, pode ser classificado como

- A) ASA III.
- B) ASA II.**
- C) ASA I.
- D) ASA IV.

#### 5ª Questão

O conhecimento das drogas sedativas, tanto em relação ao mecanismo de ação, quanto ao perfil de aplicabilidade e efeitos colaterais é fundamental. Sobre essas drogas, contemple as seguintes afirmativas:

- I- Age ligando-se aos receptores GABA no sistema nervoso central e tem potencial de amnesia anterógrada importante.
- II- Uma das suas indicações é para procedimentos curtos e que necessitem de despertar rápido após a retirada da droga, efeito associado à característica lipossolúvel dessa droga.
- III- Quando usada em altas doses e por tempo prolongado, os pacientes podem evoluir para acidose metabólica, hiperlipidemia, arritmias e parada respiratória.
- IV- Pode estar associada a quadros de abstinência, principalmente se utilizadas por mais de três dias.
- V- Sua ação ocorre por ativação de adrenorreceptores alfa 2 pós-sinápticos no SNC.

As drogas que podem, mais adequadamente, corresponder às afirmativas acima estão listadas, em ordem, na seguinte alternativa:

- A) Propofol, Propofol, Dexmedetomidina, Midazolam e Midazolam.
- B) Dexmedetomidina, Propofol, Propofol, Midazolam e Dexmedetomidina.
- C) Midazolam, Midazolam, Dexmedetomidina, Propofol e Propofol .
- D) Midazolam, Propofol, Propofol, Midazolam e Dexmedetomidina.**

## Infectologia

### 6ª Questão

Você recebe no ambulatório de infectologia três pacientes com os seguintes perfis sorológicos para hepatite B:

Paciente I – HbsAg - neg; Anti HBc total - pos; anti HBc IgM - neg; HBeAg - neg; Anti HBe - neg; Anti HBs - pos, TGO: 23; TGP: 15.

Paciente II – HbsAg - pos; Anti HBc total - pos; anti HBc IgM - neg; HBeAg - pos; Anti HBe - neg; Anti HBs - neg, TGO: 63; TGP: 72.

Paciente III – HbsAg - pos; Anti HBc total - pos; anti HBc IgM - neg; HBeAg - neg; Anti HBe - pos; Anti HBs - neg, TGO: 43; TGP: 35.

Sobre esses pacientes é possível afirmar, **exceto**:

- A) O Paciente I não precisa de seguimento com infecto e pode receber alta do ambulatório.
- B) O Paciente II apresenta-se em fase aguda da doença e necessita de tratamento imediato.
- C) Considerando apenas as sorologias, todos os Pacientes já foram ou estão infectados pelo vírus da hepatite B.
- D) O paciente III apresenta-se em fase crônica e não-replicativa.

### 7ª Questão

Muito difundida em todo o mundo, a genotipagem viral para HIV ainda não consta na relação dos exames obrigatórios para os pacientes vivendo com HIV/AIDS em nosso país. Sobre esse exame, assinale a alternativa **incorreta**:

- A) Pode auxiliar na indicação do tratamento, principalmente naqueles pacientes que foram presumidamente infectados por parceiro HIV positivo em uso irregular de medicações.
- B) Permite a identificação e a diferenciação entre os sorotipos de HIV I e II e a subclassificação entre os subtipos de HIV I com os subgrupos I-M, I-N, I-O, I-P e os subtipos do HIV 2: A, B, C, D, E, F e G. Esta diferenciação em subgrupos é a principal vantagem do exame.
- C) Pode identificar sorotipos que sejam resistentes à terapia inicial, indicando mudança do esquema. Embora não seja frequente, esse perfil de resistência pode estar presente em pacientes infectados, mesmo naqueles sem fatores de risco clássicos para infecção resistente.
- D) Sua indicação, quando do diagnóstico, para gestantes HIV positivas e crianças HIV negativas é contemplada pelo Ministério da Saúde, caso esteja disponível.

### 8ª Questão

Sobre a Aspergilose Pulmonar Invasiva em pacientes imunossuprimidos, todas as alternativas, a seguir, estão incorretas, **exceto**:

- A) A Imagem típica, embora não específica, na tomografia é uma nodulação com alo de “vidro fosco” em torno e o tratamento inicial mais indicado é com antifúngicos da classe dos Poliênicos.
- B) A detecção de galactomanana no sangue pode auxiliar no diagnóstico, todavia a Beta D-glucana possui sensibilidade e especificidade maior nesses casos.
- C) Sua imagem pulmonar típica é de consolidação sem derrame pleural e o seu tratamento inicial é, preferencialmente, com Voriconazol.
- D) O Tratamento pode ser realizado quando tem-se alta suspeição, mesmo sem comprovação sorológica da infecção. A positividade da galactomanana e a imagem da tomografia podem auxiliar muito nessa decisão.

### 9ª Questão

Um paciente HIV positivo tem suspeita de esofagite por CMV. Neste caso, pode-se afirmar que

- A) a presença na endoscopia digestiva alta de múltiplas pequenas lesões ulceradas, superficiais e discretas, que podem ser elevadas, em forma de cone e com centro ulcerado, reforçam o diagnóstico dessa condição. Uma das opções do tratamento é o Foscarnet, medicação que deve sempre ser o tratamento inicial, quando disponível.
- B) o tratamento inicial é com Aciclovir EV, podendo ser utilizado o Ganciclovir quando disponível.
- C) a presença, na endoscopia digestiva alta, de úlceras múltiplas ou solitárias, grandes, circunscritas, circulares, rasas ou profundas, principalmente no esôfago distal, reforça o diagnóstico dessa condição e o tratamento inicial é com Ganciclovir.
- D) a Lesão mais comum se dá na forma de placas esbranquiçadas que podem se estender por toda a superfície do órgão. O tratamento inicial de escolha é o Aciclovir.

### 10ª Questão

Uma paciente, 52 anos, em tratamento para CA de pâncreas, e portadora de Port-A-Cath, evoluiu com febre após três dias de quimioterapia, sem neutropenia no hemograma e sem instabilidade clínica. Foram coletadas culturas, com o resultado a seguir, ainda aguardando antibiograma:

Hemocultura do sangue periférico → *S. epidermidis*, crescimento em 16 horas.

Hemocultura do sangue de cateter → *S. epidermidis*, crescimento em 12 horas.

Qual é a conduta mais **correta** nessa paciente?

- A) Como a paciente está estável clinicamente, deve-se aguardar o resultado do antibiograma para iniciar o tratamento.
- B) Como o diagnóstico mais provável é de infecção do cateter, este deve ser retirado de imediato e iniciado antibioticoterapia de amplo aspecto sistemicamente.
- C) Como se trata de um cateter de longa permanência a estratégia de *Lock Terapia* pode ser tentada, associando-se a antibioticoterapia venosa sistêmica.
- D) Pode ser tentada a *Lock Terapia* isolada e o cateter deve ser retirado se a febre permanecer após três dias.

## Neurologia

### 11ª Questão

Um paciente de 58 anos está evoluindo com AVCi e hemiparesia à direita. Durante o exame físico, observa-se o sinal de Babinsk à direita. Seu preceptor solicita que você demonstre o Sinal de Oppenheim para os internos que estão durante uma aula de semiologia. Esse sinal consiste na

- A) estimulação da borda lateral do pé em torno do maléolo e extensão do 1º pododáctilo com abertura em leque dos restantes.
- B) compressão bilateral da panturrilha e extensão do 1º pododáctilo com abertura em leque dos restantes.
- C) compressão do tendão de Aquiles e extensão do 1º pododáctilo com abertura em leque dos restantes.
- D) compressão da tíbia deslizando sobre a superfície do osso até a altura do tornozelo e extensão do 1º pododáctilo com abertura em leque dos restantes.

## 12ª Questão

Uma paciente feminina, 38 anos, refere uma história de déficit súbito no MSD há três anos, sendo diagnosticado como AVC e iniciado tratamento com AAS e Sinvastatina. Alega que, frequentemente, tem episódios de formigamento em MMII que, por vezes, duram menos de 24 horas. Já apresentou um episódio de diplopia, sendo diagnosticado como novo AVC há, aproximadamente, dois anos. Há 4 meses, buscou o serviço de urgência, pois não estava conseguindo andar devido à “falta de força” em MIE e foi diagnosticada com hérnia de disco, sendo medicada com AINE e analgésico. Hoje buscou mais uma vez o PS, pois não está conseguindo enxergar com o olho esquerdo desde que acordou.

Ao exame - Marcha com discreta disbasia e ataxia, força muscular grau III em MSD, com hipertonia e reflexo grau IV, além de sinal de Tromer e Hofman. No MIE, nota-se força grau IV e hiporreflexia, com reflexo grau I (Patelar e Aquileu) e atrofia muscular. Pares cranianos com dificuldade de adução do olho direito. Campimetria com amaurose do olho esquerdo e fundo de olho sem alterações. Traz investigação laboratorial que excluiu trombofilias hereditárias ou adquiridas. A tomografia de crânio sem sinal de isquemia ou hemorragia.

Visto a história clínica e o exame físico, as afirmações, a seguir, são verdadeiras sobre a principal hipótese diagnóstica, **exceto**:

- A) Pode haver bandas oligoclonais no líquido.
- B) A ressonância é um dos métodos de imagem que podem ajudar nesse caso.
- C) Uma das suas lesões características é o acometimento do fascículo longitudinal inferior, com expressão clínica como oftalmoplegia internuclear.
- D) Pode haver o sinal de Lhermitte.

## 13ª Questão

Sobre o diagnóstico de Morte Encefálica, assinale a alternativa **incorreta**:

- A) O intervalo entre a realização dos exames deve ser de 6 horas, feito por médicos diferentes. Um desses médicos, obrigatoriamente, tem que ser um especialista em Neurologia ou Neurocirurgia.
- B) Sua semiologia básica visa testar a integridade das funções do tronco encefálico em seus diversos níveis.
- C) Com uma primeira prova positiva para morte encefálica, quando excluído qualquer possível fator de confundimento do exame, é muito baixa a probabilidade de haver uma segunda prova negativa.
- D) O exame “córneo-palpebral” testa, principalmente, a integridade dos seguintes pares: trigêmeo e facial.

### 14ª Questão

Sobre a Síndrome da Hipertensão Intracraniana pode-se encontrar, **exceto**:

- A) Cefaleia.
- B) Déficit na abdução do olho, uni ou bilateral.
- C) Rebaixamento do nível de consciência.
- D) **Tríade de Cushing, caracterizada por hipertensão, bradicardia e papiledema.**

### 15ª Questão

Uma paciente de 48 anos, feminina, compareceu ao PS com uma história de cefaleia de início súbito e forte intensidade. Nega febre. Ao exame apresentava rigidez de nuca importante.

HPP - É hipertensa, todavia, sem uso de medicação regular e sem acompanhamento médico adequado.

Nega história de enxaqueca.

H. Social: tabagista e etilista.

Ao exame - Rigidez de nuca importante e afebril. PA: 160 x 80 mm/Hg, FC: 58 bpm.

Foi realizada tomografia que não evidenciou alterações isquêmicas. Diante da principal suspeita, deve-se

- A) repetir a tomografia em 24 a 48 horas.
- B) **realizar punção do líquido com avaliação da raquimanometria.**
- C) realizar analgesia e dar alta para seguimento ambulatorial.
- D) como provável encefalopatia hipertensiva, iniciar anti-hipertensivo EV de imediato.

## Cirurgia Geral

### 16ª Questão

Sobre a fisiologia do choque, qual (ais) afirmativa (s), a seguir, é (são) verdadeira (s)?

- I - Segundo a classificação de choque da ATLS, a partir da classe II o paciente já se apresenta hipotenso.
- II - O mecanismo compensatório mais precoce na resposta sistêmica à queda no volume intravascular é o aumento da atividade parassimpática.
- III - A tríade da acidose metabólica, hipotermia e coagulopatia é conhecida como tríade letal.
- IV - A hipotermia é um importante fator prognóstico em pacientes vítimas de trauma, com uma mortalidade 4 vezes maior quando a temperatura se encontra abaixo de 35 graus Celsius.

- A) I.
- B) II e III.
- C) **III e IV.**
- D) II, III e IV.

### 17ª Questão

Em relação à antibioticoprofilaxia e às infecções da ferida operatória, qual das afirmativas, a seguir, está **incorreta**?

- A) Os antibióticos devem ser administrados 60 minutos antes do início da cirurgia, com exceção das fluoroquinolonas e vancomicina (120 minutos antes).
- B) Os pacientes que serão submetidos à cirurgias potencialmente contaminadas devem receber profilaxia por 48 horas.
- C) As cirurgias ortopédicas eletivas de mão ou pé, sem colocação de próteses, não necessitam de antibioticoprofilaxia.
- D) A dose inicial de cefazolina para profilaxia em adultos é de 2 g.

### 18ª Questão

Um paciente de 63 anos, submetido a uma angioplastia com *stent* farmacológico há 2 semanas, passa em consulta pré-operatória para orientações sobre a realização de uma herniorrafia inguinal eletiva (sem sinais de estrangulamento ou encarceramento). Encontra-se em uso de AAS e Clopidogrel. Qual é a recomendação que deve ser dada ao paciente nesse caso?

- A) Adiar a cirurgia até completar pelo menos 30 dias do procedimento e suspender apenas o AAS antes da cirurgia.
- B) Informar que não há risco aumentado de intervenção cirúrgica nesse paciente, contanto que sejam mantidas as duas medicações.
- C) Adiar a cirurgia até completar um ano da colocação do *stent* farmacológico.
- D) A cirurgia deve ser realizada após 180 dias do procedimento e suspender ambas as drogas antes da cirurgia.

### 19ª Questão

Um paciente, de 18 anos, vítima de acidente automobilístico, chega ao Pronto-Atendimento com abertura ocular ao estímulo doloroso, resposta verbal com sons incompreensíveis e localiza a dor quando estimulado. Encontra-se com PA 100x70 mm/Hg, FC 120 bpm, taquidispneico, com murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito e desvio da traqueia para a esquerda. Qual é o escore de Glasgow do paciente e qual deve ser a primeira conduta a ser realizada?

- A) Glasgow 8. Intubação orotraqueal.
- B) Glasgow 8. Toracocentese de alívio na linha axilar média, no quinto espaço intercostal.
- C) Glasgow 9. Toracocentese de alívio no segundo espaço intercostal, na altura da linha hemiclavicular.
- D) Glasgow 9. Drenagem do tórax de urgência na linha axilar média, no quinto espaço intercostal.

### 20ª Questão

Em pacientes vítimas de trauma hepático grave, que se encontram instáveis, hemodinamicamente, e com sangramento de difícil controle, uma das manobras que pode ser utilizada durante a cirurgia é a manobra de Pringle. Em relação a essa manobra, qual das afirmativas, a seguir, está **incorreta**?

- A) A manobra de Pringle, quando utilizada por até 60 minutos, geralmente não causa sequelas importantes à função hepática.
- B) Consiste no pinçamento temporário do hilo hepático.
- C) Controla o sangramento hepático de origem arterial e portal.
- D) **É eficaz mesmo nos casos de sangramentos oriundos das veias hepáticas.**

### 21ª Questão

Um paciente de 45 anos, hipertenso, em uso de três drogas anti-hipertensivas, iniciou um quadro de cefaleia e palpitações, de início há dois meses. Realizou uma tomografia computadorizada que mostrou uma massa hipercaptante na suprarrenal esquerda, sugestiva de feocromocitoma. Sobre o diagnóstico, é possível afirmar:

- A) **A pesquisa de catecolaminas urinárias na urina de 24 horas é um dos testes utilizados para confirmar o diagnóstico.**
- B) O bloqueio alfa-adrenérgico deve ser iniciado uma semana antes da cirurgia.
- C) Durante a adrenalectomia deve-se evitar a manipulação excessiva da adrenal e o passo inicial deve ser a ligadura da artéria adrenal, que se origina da artéria renal.
- D) Aproximadamente 60% dos feocromocitomas são malignos, mas a cirurgia é curativa em até 90% dos casos.

### 22ª Questão

Qual (ais) do (s) achados (s), a seguir, estão associados com a necessidade de cirurgia de urgência na dor abdominal aguda?

- I - Piora da distensão abdominal mesmo após passagem de sonda nasogástrica.
- II - Defesa abdominal involuntária.
- III - Pneumoperitônio.
- IV - Mais de 250 leucócitos por mL após a lavagem peritoneal diagnóstica.

- A) I e II.
- B) I, II e III.
- C) I, II e IV.
- D) **I, II, III e IV.**

### 23ª Questão

Em relação à utilização da Tomografia Computadorizada para o diagnóstico da apendicite aguda, qual (ais) afirmativa (s), a seguir, é (são) **correta (s)**?

- I - O protocolo recomendado é a utilização de contraste via oral e endovenoso.
- II - Sinal do alvo é um indicativo de apendicite aguda.
- III - Líquido ou ar periapendicular sugere uma apendicite aguda perfurada.
- IV - Possui sensibilidade e especificidade acima de 90%.

- A) I e II são corretas.
- B) I e III são corretas.
- C) I, II, III e IV são corretas.
- D) **II, III e IV são corretas.**

### 24ª Questão

Sobre os tumores sólidos em crianças, qual das afirmativas, a seguir, está **incorreta**?

- A) Neuroblastomas diagnosticados em estágio 1 ou 2 podem ser submetidos ao tratamento cirúrgico sem necessidade de terapia neoadjuvante.
- B) **O tratamento do tumor de Wilms é baseado em quimioterapia e radioterapia, com a cirurgia reservada apenas para casos mais avançados.**
- C) O transplante hepático é uma opção de tratamento nos casos de hepatoblastomas irrissecáveis.
- D) Os rabiomiossarcomas podem ser classificados em três subtipos: embrionário, alveolar e pleomórfico.

### 25ª Questão

Sobre o trauma renal, está **incorreto** afirmar:

- A) Mesmo em pacientes com trauma renal grau IV é possível a realização de conduta expectante em casos selecionados.
- B) O exame de escolha para avaliação dos pacientes com trauma renal estáveis hemodinamicamente é a tomografia computadorizada com contraste endovenoso.
- C) Nos pacientes hemodinamicamente estáveis, normotensos e sem hematúria franca, a tomografia não é obrigatória.
- D) **As lacerações com menos de 1 cm de profundidade são classificadas como Grau I.**

## Clínica Médica

### Caso Clínico I

Uma paciente, de 18 anos, veio ao consultório após dois anos de acompanhamento com o ginecologista. Refere que estava tratando uma “anemia por falta de ferro”, já com reposição de ferro oral todo esse tempo, sem nenhuma melhora do hemograma. Por recomendação de um clínico, realizou exames laboratoriais que revelaram uma taxa de ferro muito elevada no sangue, ao mostrar os exames no consultório. A paciente se mostrou assintomática todo esse tempo.

HPP - Nega comorbidades

H. Fisiológica - G-0, P-0 e A-0. Ciclos regulares com catamênios de três dias, sem hipermenorreia.

H. Familiar - Duas irmãs também com história de anemia.

Ao Exame - BEG, hipocorada +/4+, anictérica, acianótica e afebril.

AR - MVUA s/ RA.

ACV - RCR, BNF, SS ou BA.

Abdome - Flácido, peristáltico, timpânico, baço palpável na posição de Schuster.

Lab - Hb: 10,2 g/dL, Ht: 31,6%, VCM: 64 fL, HCM: 17 pg, RDW: 12%, leucócitos: 5.360/mm<sup>3</sup> (diferencial normal), plaquetas: 265.000/mm<sup>3</sup>, ferro: 65 mcg/dL (normal de 9 - 26), ferritina: 453 ng/mL (normal de 12 -150), índice de saturação de transferrina de 65% (normal de 20 - 50%) e reticulócitos: 3,3%.

**Sobre esse caso clínico responda:**

### 26ª Questão

Qual é o exame inicial fundamental para o diagnóstico e conduta nessa paciente?

- A) Ressonância hepática com protocolo para depósito de ferro hepático.
- B) Pesquisa genética para Hemocromatose Primária.
- C) Eletroforese de hemoglobina.**
- D) Endoscopia digestiva alta e Colonoscopia.

## Caso Clínico II

Affonso tem 29 anos e se queixa de tosse há 10 dias, associada à dispneia de caráter progressivo e febre não aferida. Além disso, apresenta perda ponderal de 10 kg no período de três meses com mal-estar geral e astenia constantes. Refere, ainda, a presença de múltiplas manchas na pele que surgiram há 2 meses e vêm aumentando. Desconhece qualquer doença prévia, e refere apenas etilismo social de fermentados.

Ao Exame - MEG, hipocorado ++/4+, anictérico, cianótico +/4+,  $STO_2$ : 91%, sarcopênico e emagrecido. Apresenta múltiplas lesões cutâneas vinhosas, nodulares e bem delimitadas. PA: 80 x40 mm/Hg e peso: 62 kg.

AR - Taquidispneico, uso de musculatura acessória FR: 38 irpm, MVUA com raros estertores no final da expiração.

ACV - RCR, BNF, taquicárdico e sopro sistólico no foco aórtico.

Abdome - Escavado, fígado palpável há dois centímetros da RCD e Traube livre.

Laboratório - Hb: 10,3 g/dL, Ht: 33%, VCM: 89 fL, leucócitos: 2.200/mm<sup>3</sup> (segmentados: 86%, linfócitos: 2%), plaquetas: 75.000/mm<sup>3</sup>, creatinina: 0,6 mg/dL, ureia: 23 mg/dL, PCR: 32 mg/L, DHL: 756 U/L (Valor normal até 250), teste rápido de HIV: positivo. Gasometria arterial: pH: 7,21,  $PCO_2$ : 46 mm/Hg.  $HCO_3$ : 16 mEq/L,  $PO_2$ : 52 mm/Hg, BE: -12,1 e  $STO_2$ : 91%. O RX de tórax mostrou um infiltrado intersticial reticular fino no terço inferior, bilateralmente, sem derrame pleural.

**Sobre esse caso clínico responda:**

### 27ª Questão

A terapia inicial para pacientes virgens de tratamento e sem contraindicação a nenhuma das drogas é uma combinação de três medicações: Efavirenz, Tenofovir e Lamivudina, medicação conhecida como o “3 em 1”. Esta combinação tem impacto positivo no tratamento, principalmente no que diz respeito à aderência. Todavia, um efeito colateral conhecido como “terror noturno” pode atrapalhar a adesão e impactar na qualidade de vida do paciente. Este efeito está mais comumente associado ao (à)

- A) Tenofovir.
- B) Lamivudina.
- C) Interação medicamentosa entre o Tenofovir e a Lamivudina.
- D) Efavirenz.

### Caso Clínico III

Lucia, 25 anos, advogada, divorciada, natural e procedente de São Paulo.

HDA - A paciente se queixa de palpitações de longa data e, há 3 meses, notou edema dos membros inferiores, de caráter progressivo, e concomitante aumento do volume abdominal, além de dispneia. Nas duas últimas semanas refere que a dispneia piorou significativamente e não está conseguindo sequer pentear os cabelos. Nega qualquer comorbidade, mas contou que a irmã tinha morrido aos 29 anos de “ataque do coração”. Nega tabagismo e etilismo.

Ao Exame - BEG, corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril e em anasarca. PA: 120x70 mm/Hg. FC: 94 bpm, estase jugular a 45° e enchimento capilar periférico alentecido.

Ar - MVUA com creptos bi-basais.

ACV - RCR, presença de extrassístoles frequentes, BNF, sopro sistólico em FM e B3 audível.

Abdome - Globoso, algo distendido, ascítico, sem massas e fígado palpável há três centímetros do RCD.

MMII - Edema bilateral até raiz da coxa +++/4+, frio, mole e com cacifo bilateralmente.

Laboratório de três semanas atrás - Hb: 12,3 g/dL, Ht: 37,2 %, leucócitos: 8.200/mm<sup>3</sup>, plaquetas: 186.000/mm<sup>3</sup>, ureia: 27 mg/dL e creatinina: 0,6 mg/dL.

Laboratório da admissão: Hb: 12,1 g/dL, Ht: 36,9 %, leucócitos: 10.900/mm<sup>3</sup> (bastões 8%), plaquetas: 226.000/mm<sup>3</sup>, ureia: 86 mg/dL, creatinina: 2,8 mg/dL, dímero D < 0,5, BNP 460 pg/dL (normal 0 - 70 pg/dL) e PCR < 6.

A RNM cardíaca evidenciou um derrame pericárdico, hipocinesia difusa das paredes de ambos os ventrículos com déficit da função sistólica, insuficiência mitral +2/+4, aumento das câmaras cardíacas, em especial do ventrículo esquerdo que apresentava suas paredes com dupla camada, sendo a epimiocárdica compactada e a endomiocárdica de aspecto esponjoso-frouxo.

**Sobre esse caso clínico responda as questões 28 e 29:**

#### 28ª Questão

Aventada a hipótese de síndrome cardiorenal para a paciente, qual seria a classificação?

- A) Síndrome cardiorenal tipo 3.
- B) Síndrome cardiorenal tipo 1.**
- C) Síndrome renocárdica tipo 2.
- D) Síndrome renocárdica tipo 4

### 29ª Questão

Ainda sobre o caso clínico acima, visto os dados da anamnese, o exame físico e os exames complementares disponíveis, qual é a provável causa da disfunção cardíaca dessa paciente?

- A) Síndrome de Takotsubo.
- B) Cardiomiopatia hipertrófica.
- C) **Miocardiomatia não compactada.**
- D) Descompactação miocárdica silenciosa.

### Caso Clínico IV

Um paciente encontra-se no pós-operatório de craniectomia descompressiva devido à queda da própria altura. Evoluiu no quarto PO com febre e RNC, sendo aventada a hipótese de infecção do sistema nervoso central e coletado líquido com cultura positiva para Gram (-) ainda não identificado. Foi introduzido um esquema empírico com Piperacilina + Tazobactan (4,5g de 6/6 h) e Vancomicina. O paciente evoluiu com hipotensão sendo levado a UTI que manteve a prescrição dos antibióticos descritos e iniciou DVA. Após um dia de UTI o paciente evoluiu para o óbito. Perfil microbiológico do hospital com flora positiva para MRSA e VRE.

**Sobre esse caso clínico responda:**

### 30ª Questão

Todas as questões, a seguir, estão incorretas, **exceto**:

- A) **A interpretação do MIC isoladamente, poderia induzir o erro na indicação de terapia antibiótica mais adequada.**
- B) Mesmo com resultado parcial demonstrando Gram (-), deveria ter sido aventada a possibilidade de bactérias resistentes a Vancomicina e iniciado Linezolida.
- C) Casos como esse indicam o uso intratecal de ATBs para correta cobertura e tratamento.
- D) A dose prescrita de Piperacilina + Tazobactan não apresenta cobertura para *Pseudomonas*.

### 31ª Questão

Qual das medicações, a seguir, possui, como mecanismo de ação, a inibição da SGLT-2?

- A) Liraglutida (Victoza®).
- B) Sitagliptina (Januvia®).
- C) Repaglinida (Prandin®).
- D) **Empaglifozina (Jardiance®).**

### 32ª Questão

Um paciente de 26 anos relata episódios de tosse há 5 meses, sem outros sintomas. Nega tabagismo. Nega uso de medicações. O RX de tórax sem alterações. Quais são as três etiologias iniciais que devem ser investigadas?

- A) DPOC, Asma e Síndrome do Gotejamento pós-nasal.
- B) Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), Tumor da Laringe e Asma.
- C) Tuberculose, Asma e Síndrome do Gotejamento pós-nasal.
- D) **Asma, DRGE e Síndrome do Gotejamento pós-nasal.**

### 33ª Questão

A tríade clássica da Síndrome Nefrítica é composta por

- A) Proteinúria, edema e hipertensão.
- B) **Hipertensão, edema e hematúria dismórfica.**
- C) Hematúria dismórfica, proteinúria e hipertensão.
- D) Hipertensão, oligúria e hematúria.

### Caso Clínico V

Uma paciente, 26 anos, com história de neoplasia da mama há dois anos está em uso de Tamoxifeno. Veio ao pronto socorro queixando-se de cefaleia intensa, há aproximadamente três dias, associada a náuseas e vômitos e sem febre. Já havia utilizado diversos analgésicos previamente, sem melhora. O médico do PS, após exame físico neurológico detalhado, aventou algumas possibilidades e solicitou uma tomografia do crânio com contraste. Nesta tomografia foi evidenciado o sinal do delta vazio.

**Sobre esse caso clínico responda:**

### 34ª Questão

Qual é a hipótese mais provável de diagnóstico para esta paciente?

- A) Metástase óssea de câncer de mama.
- B) Metástase cerebral de câncer de mama.
- C) **Trombose venosa cerebral, mais provavelmente de seio sagital superior.**
- D) Proliferação anômala dos seios sagitais associado à hormonioterapia.

### 35ª Questão

Um paciente, de 50 anos, foi internado para colocação de uma prótese total do joelho esquerdo devido à uma osteoartrite. Estava assintomático no leito da enfermaria, todavia, no 5º dia de PO, o paciente iniciou um quadro de confusão mental, choro sem motivo aparente, desorientação temporal e espacial e delírio persecutório. Sobre esse caso clínico, assinale a alternativa **correta**:

- A) A cirurgia de grande porte, associada à internação hospitalar, pode ter desencadeado uma síndrome depressiva grave, o que justificaria os sintomas. Pode-se iniciar o tratamento com antidepressivos tricíclicos associados à psicoterapia.
- B) **Possivelmente, trata-se de um quadro de *Delirium*, quando se deve tentar afastar as causas clínicas que possam desencadear essa síndrome e tratar os sintomas com neurolépticos.**
- C) Provavelmente, esse paciente já tinha um quadro de transtorno depressivo prévio, ou ciclotimia e, assim, deve-se iniciar o tratamento com inibidores da recaptação de serotonina e psicoterapia.
- D) O paciente tem provável *Delirium* e as causas dessa síndrome podem ser dor, infecções ou distúrbios hidroeletrólíticos. Todos esses devem ser rastreados e, como o paciente tem sintomas positivos, deve ser iniciado o tratamento com benzodiazepínicos.

### Caso Clínico VI

Três pacientes são encaminhados ao ambulatório com o objetivo de parar de fumar. A seguir, estão transcritos três pequenos trechos da anamnese de cada um deles:

- 1) Sr. José, 45 anos, tabagista de 50 maços/ano, veio porque a esposa insistiu muito. Quando questionado sobre a vontade de parar de fumar foi enfático: “o cigarro é muito mais companheiro para mim do que ela doutor. Não vou abandoná-lo”.
- 2) Da. Maria, 52 anos, tabagista de 30 maços/ano, contava a seguinte história: “... quero muito parar de fumar doutor, mas tenho medo de não dar conta, já fumo há tanto tempo...”
- 3) Otavio, 38 anos, tabagista de 10 maços/ano. “Eu até penso em parar de fumar, mas fico imaginando que vai ser ruim sem o cigarro, e fumo pouquinho, talvez nem seja tão ruim assim...”.

**Sobre esse caso clínico responda as questões 36 e 37:**

### 36ª Questão

Segundo a escala de avaliação para o grau de motivação de parar de fumar, os respectivos pacientes encontram-se em

- A) Pré-contemplação, manutenção e pré-contemplação.
- B) Contemplação, ação e manutenção.
- C) Ação, contemplação e preparação.
- D) Pré-contemplação, preparação e contemplação.

### 37ª Questão

A aplicação de testes para avaliar a dependência à nicotina é fundamental nos casos contemplados acima. Dentre os citados, a seguir, qual é o teste/escala que melhor se aplica a esta avaliação?

- A) Escala de Karnofsky.
- B) Teste de Fargerström.
- C) Escala ECOG.
- D) Escala de Fugulin.

### 38ª Questão

Eufrasia, de 79 anos, foi trazida pela filha com queixa de esquecimento frequente, episódios de desorientação temporo-espacial e dificuldade de lembrar os nomes das pessoas. Todo esse quadro teve início há, aproximadamente, dois anos. Foi aventada a possibilidade de Doença de Alzheimer, todavia, é necessário excluir outras causas de demência, dado à característica de “diagnóstico de exclusão” da doença de Alzheimer. Sobre o rastreio de outras causas é necessário realizar os seguintes exames, **exceto**:

- A) Tomografia do crânio.
- B) Sorologia para HIV.
- C) Dosagem da vitamina B<sub>9</sub>.
- D) Sorologia para sífilis.

### 39ª Questão

Um paciente, 66 anos, com diagnóstico de DPOC há 10 anos, no último ano já foi internado quatro vezes por exacerbações, com gasometria de base mostrando aumento da PaCO<sub>2</sub> e espirometria com VEF1/CVF < 0,70 e resposta do VEF1 pós-broncodilatador com VEF1 menor ou igual a 50% e < 80% do previsto.

Segundo a classificação de GOLD, este paciente possui uma DPOC **ANULADA**

- A) leve.
- B) moderada.
- C) grave.
- D) muito grave.

### 40ª Questão

Associe a doença/achado laboratorial com o achado do exame neurológico esperado:

- I – Hipotireoidismo.
- II – Esclerose Lateral Amiotrófica.
- III – Tétano.
- IV – Síndrome de Guillain-Barré.
- V – Esclerose Múltipla.

- 1 - Reflexo aquileu com fase de retorno alentecido.
- 2 - Trosseau e Chivostek.
- 3 - Fasciculações da língua.
- 4 - Bandas oligoclonais no Líquor.
- 5 - Função esfinteriana preservada.

A alternativa que melhor responde às correspondências é

- A) I - 1; II - 3; III - 2; IV - 5; V - 4.
- B) I - 3; II - 1; III - 4; IV - 5; V - 2.
- C) I - 1; II - 5; III - 4; IV - 2; V - 3.
- D) I - 2; II - 1; III - 3; IV - 5; V - 4.

## Caso Clínico VII

Uma paciente, de 36 anos, professora primária, católica, é natural e procedente de São Paulo.

QP - Perda de peso.

HDA - A paciente queixa-se de perda ponderal de 16 kg (peso prévio de 60 kg) de início há 4 meses. Refere, ainda, viver cansada, não dormir bem e ter muitos episódios de palpitação. Além disso, alega que o hábito intestinal mudou, sempre foi constipada e agora está indo ao banheiro três ou mais vezes ao dia. Queixa-se, ainda, de ardência nos olhos e, às vezes, visão dupla, edema nas pernas e que as unhas se tornaram quebradiças com alteração no formato dos dedos.

HPP - Nega comorbidades conhecidas. Nega alergia medicamentosa e nega hemotransfusão prévia.

H. Fis - Em amenorreia há dois meses, nega relação sexual nos últimos seis meses.

H. Social - Nega tabagismo, nega etilismo e nega uso de drogas ilícitas.

Ao Exame - BEG, emagrecida, sarcopênica, corada, hidratada, anictérica e acianótica. PA: 160x60 mm/Hg, FC: 112 bpm e baqueteamento digital discreto.

AR: MVUAs RA

ACV: RCR, taquicárdica, precórdio hiperdinâmico.

Abdome: flácido, escavado, sem massas ou vmg.

MMII: edema bilateral na região das pernas, duro e sem cacifo.

Cabeça e pescoço: proptose e eritema da conjuntiva, perda da bola de gordura de Bichat, bócio difuso na região cervical, móvel à deglutição.

**Sobre esse caso clínico responda:**

### 41ª Questão

Visto a história clínica e os dados do exame físico, o diagnóstico mais provável para a paciente é de

- A) Feocromocitoma.
- B) Doença de Graves.**
- C) Tireoidite de Hashimoto em fase inicial.
- D) Síndrome de Cushing.

## Caso Clínico VIII

Maria Antônia, 71 anos está aposentada. Comparece ao ambulatório de Hematologia encaminhado do PSF, e refere que o médico da família ficou muito preocupado com seu exame de sangue de rotina e a encaminhou com urgência para o serviço de hematologia de referência. Achou até estranho todo esse espanto, pois não está sentindo nada.

HPP - Hipertensão arterial sistêmica leve e bem controlada, sem outras comorbidades.

H. Social: Independente para as AIVD's e ABVD's.

Ao exame - BEG, corada, anictérica, acianótica e afebril. Discreta linfonomegalia cervical bilateral, a maior medindo 1,5 cm

Aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações.

Abdome: flácido, peristáltico, timpânico, fígado não palpável, baço palpável na posição de Schuster.

Hemograma a seguir:

Hemoglobina (12-15)	11,4
Hematócrito (35-45)	35,2
VCM (80-100)	90
HCM (26-34)	30
Leucócitos totais (4500 -10.0000)	262.000
Blastos (0%)	0%
Mielócitos (0%)	0%
Metamielócitos (0%)	0%
Bastão (0 - 5%)	2%
Segmentados (40 - 80%)	8%
Eosinófilos (0 - 5%)	2%
Basófilos (0 - 2%)	1%
Linfócitos (20 - 50%)	85%
Monócitos (0 - 10%)	2%
Plaquetas (150.000 - 450.000)	192.000

**Sobre esse caso clínico responda:**

### 42ª Questão

Sobre o caso clínico, todas as afirmações são incorretas, **exceto**:

- A) Constitui uma provável doença de proliferação clonal linfoide, cuja uma das características principais é o escape ao mecanismo de apoptose.
- B) O achado, na citogenética, de translocação 9;22 é muito característico dessa doença.
- C) Se o diagnóstico for confirmado, provavelmente a paciente é candidata à quimioterapia com início imediato.
- D) O uso de Rituximab (anticorpo anti-CD20) não está indicado nessa situação.

## Caso Clínico IX

Um paciente, de 78 anos, dá entrada na sala de emergência com história de diarreia há três dias, diversas evacuações, e os familiares referem letargia nas últimas 24 horas. Ao exame encontra-se em regular estado geral, hipocorado +/4+, anictérico, acianótico, afebril e desidratado ++++/4+. Laboratório com Hb: 17 g/dL, Ht: 52%, leucócitos: 16.000/mm<sup>3</sup> (8% bastões), plaquetas: 225.000/mm<sup>3</sup>, creatinina: 4,2 mg/dL, ureia: 189 mg/dL, Na: 155 mEq/L e peso: 70 kg. Considere uma variação de 10 mEq em 24 horas.

**Sobre esse caso clínico responda:**

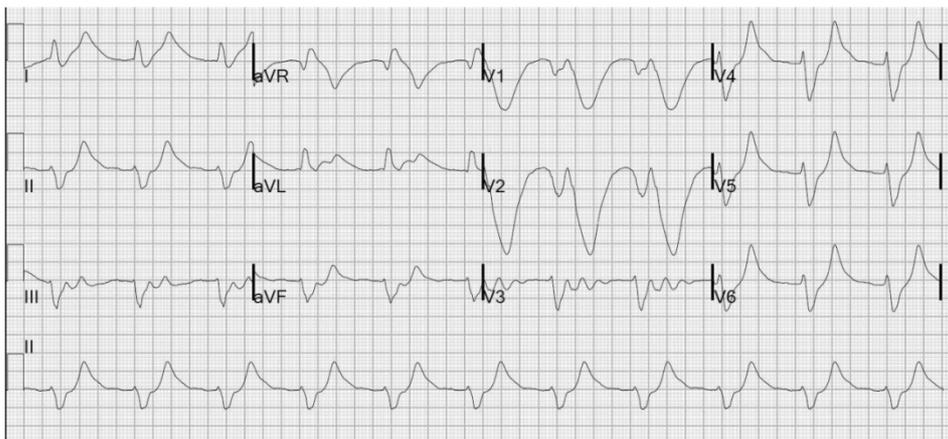
### 43ª Questão

Sobre o caso clínico assinale a alternativa **correta**:

- A) É necessária a reposição de 4,7 litros de soro fisiológico a 0,45% em 24 horas.
- B) É necessária a reposição de 4,2 litros de soro fisiológico a 0,45% em 24 horas.
- D) É necessária a reposição de 2,8 litros de soro fisiológico a 0,2% em 24 horas.
- D) Nenhuma das alternativas anteriores está correta.**

### 44ª Questão

Um paciente de 37 anos, apresentando queimaduras de segundo grau em 60% da superfície corporal, evoluiu com as seguintes alterações no ECG. Analise o ECG e responda:



O provável distúrbio hidroeletrólítico que originou o ECG acima foi a

- A) hipocalemia.
- B) hipernatremia.
- C) hipocalcemia.
- D) hipercalemia.**

## Caso Clínico X

Jessyca Lorrayne, 34 anos, comparece ao ambulatório de nefrologia por “alteração no exame dos rins”. É hipertensa de longa data, com diagnóstico ainda na adolescência e início do tratamento sem história de investigação de causa complementar. No momento está assintomática e refere uma discreta cefaleia esporádica. Quando questionada sobre a história familiar, refere não ter muito contato com sua família, mas sabe que uma das suas irmãs faz diálise regular e a outra toma remédio para os rins.

Ao Exame - BEG, hipocorada +/4+, anictérica, acianótica, afebril, PA: 180x95mm/Hg em ambos os membros.

AR: MVUAs RA.

ACV: RCR, BNF, sem sopros ou bulhas acessórias.

Abdome - Flácido, peristáltico, timpânico, massa palpável em ambos os flancos que se estendem até a região das fossas ilíacas bilateralmente.

Laboratório: Hb: 10,6 g/dL, Ht: 32,5%, leucócitos: 7.200/mm<sup>3</sup> (diferencial sem alterações). Plaquetas: 155.000/mm<sup>3</sup>.

Creatinina: 2,80 mg/dL, ureia: 96 mg//dL e potássio: 3,7 mEq/L .

EAS com proteinúria +/4+, hematúria 30.000 e leucócitos 3.000/mm<sup>3</sup>.

**Sobre esse caso clínico responda:**

### 45ª Questão

Sobre o caso clínico **X**, um acometimento neurológico pode estar associado. Este acometimento está contemplado no item:

- A) **Aneurisma cerebral, em especial de artéria comunicante anterior.**
- B) Doença de Moyamoya.
- C) Isquemia cerebral associada à má formação da artéria carótida interna.
- D) Dissecção espontânea das artérias vertebrais.

## Caso Clínico XI

Maria da Consolação, 87 anos, branca, moradora de casa de repouso, restrita ao leito há quatro anos, totalmente dependente para as AIVD's e ABVD's, apresenta contratura dos MMII e úlcera de pressão na região sacral. Há cinco dias foi diagnosticada com infecção urinária de provável etiologia fúngica e foi iniciado Fluconazol. Nos últimos três dias apresentou piora da interação com rebaixamento de nível de consciência e alguns episódios de movimentos involuntários dos olhos e MMSS. Trazia relatório do médico do asilo que referia: HAS há 32 anos, *Diabetes* há 26 anos, dislipidemia há 22 anos e 4 episódios de AVC, o último há quatro anos, motivo pelo qual a paciente esta restrita ao leito. Além disso, apresentava fibrilação atrial permanente.

Em uso de:

- Varfarina 5 mg, 1 x ao dia
- Captopril 25 mg, 8/8 horas
- Amiodarona 200 mg 1 x ao dia
- Hidroclorotiazida 25 mg 1 x ao dia
- Alprazolam 5 mg, à noite
- Haldol 1 mg pela manhã
- AAS 100 mg, 1 x ao dia
- Furosemida 40 mg, pela manhã
- Omeprazol 20 mg, pela manhã
- Levotiroxina 25 Mcg, 1 x ao dia
- Fluconazol 150 mg, 1 x ao dia

Ao Exame - REG, hipocorada +/4+, anictérica, acianótica, afebril e desidratada +/4+. PA: 120 x 60mm/Hg. FC: 95 bpm, FR: 26 irpm. Pulsos periféricos simétricos com baixa amplitude.

AR: MVUA com creptos discretos bi-basais, sem caráter bolhoso.

ACV: RCI, bnf, sopro mesossistólico em crescendo que termina antes de B2, mais audível em FAo e FA acessório +++/6+, além de um sopro diastólico audível no mesmo foco ++/6+.

Abdome - Flácido, peristáltico, timpânico, sem massas ou vmg.

Pele - Observa-se, na região de antebraço esquerdo uma lesão de caráter enegrecido, bordas irregulares e com diferentes colorações ao longo da lesão, aproximadamente 4 x 2 cm.

Neurológico - Contratura muscular de todos os membros e pouca colaboração da paciente com o exame de força, hipertonia, hiperreflexia global e sinal de Babinski bilateral.

Lab: Hb: 10,6 g/dL, Ht: 32%, leucócitos: 6.950/mm<sup>3</sup> (segmentados: 82%, bastões 4%), plaquetas: 263.000/mm<sup>3</sup>. ureia: 120mg/dL, creatinina: 2,3mg/dL. TTPA com relação de 2,3, INR: >10, TGO: 32, TGP: 25, BT: 0,6, Albumina: 2,8.

Urina I - 232.000 leucócitos, 80.000 hemácias, presença de leveduras, proteínas +/4+. Foi solicitada uma tomografia de crânio que evidenciou sangramento de lesão de provável etiologia secundária neoplásica.

A paciente evoluiu com PCR e óbito e o médico que assistia a paciente chamou os familiares para comunicar o óbito. O mesmo, explicou toda a condição clínica prévia da paciente, enfocando como as múltiplas comorbidades podem ter contribuído para o quadro agudo atual de maneira clara e com linguagem acessível a todos. Após esta explicação foi informado o óbito da paciente de forma empática e explicado os procedimentos subsequentes para liberação do corpo. Uma das irmãs da paciente, muito idosa, sentiu-se mal ao receber a notícia evoluindo com queda da própria altura, intercorrência que foi atendida de imediato pelo médico.

**Sobre esse caso clínico responda:**

#### 46ª Questão

Considerando a faixa de anticoagulação adequada, medida dois meses antes do quadro, qual das alternativas, a seguir, é a melhor explicação para a intoxicação cumarinica atual?

- A) Varfarina + amiodarona pelo aumento do INR observado nessa interação.
- B) Varfarina e Fluconazol, pela metabolização hepática e diminuição da biodisponibilidade da Varfarina.
- C) Varfarina e AAS pela dupla inibição do sistema de ambas as vias de hemostasia.
- D) **Varfarina e Fluconazol, pelo aumento do INR devido à metabolização hepática de ambas as drogas.**

#### 47ª Questão

Na definição de síndrome do idoso frágil, estabelecida pelos critérios de fragilidade de Fried, são corretos todos os itens, a seguir, **exceto**:

- A) Redução da velocidade da marcha e sensação de exaustão.
- B) Perda de peso não intencional e redução da velocidade da marcha.
- C) **Redução da força de preensão palmar e dificuldade de comunicação.**
- D) Perda de peso não intencional e redução da força da preensão palmar.

#### 48ª Questão

A melhor associação entre os quadros clínicos relatados e as deficiências vitamínicas específicas se encontra em uma das alternativas, a seguir. Faça a associação e assinale a alternativa mais **correta**:

- I - Anemia com macrocitose importante, neutrófilos plurisegmentados, aumento do DHL e ausência de quadros neurológicos.
- II - *Rash* com hiperpigmentação nas regiões fotoexpostas, demência e quadro diarreico.
- III - Neuropatia periférica de sensitivo motora de MMII, de caráter simétrico, insuficiência cardíaca congestiva, quadro neurológico agudo caracterizado por confusão mental, nistagmo, oftalmoplegia e ataxia.
- IV - Equimoses, gengivorragia, petéquias, prejuízo na cicatrização, quadros depressivos e histeria.

- A – Vitamina B<sub>3</sub>.
- B -- Ácido ascórbico.
- C – Vitamina B<sub>9</sub>.
- D – Vitamina B<sub>1</sub>.

- A) I - D, II - C, III - A, IV - B.
- B) I - A , II - B , III - C , IV - D.
- C) **I - C, II - A, III - D, IV - B.**
- D) I - A, II - D, III - D, IV - B.

### 49ª Questão

Sobre a doença celíaca, assinale a alternativa **incorreta**:

**ANULADA**

- A) A Manifestação dermatológica clássica é a dermatite herpetiforme. Essa manifestação não costuma responder à retirada do glúten da dieta.
- B) Os pacientes podem apresentar dois tipos clássicos de HLA: HLA-DQ2 e HL DQ8.
- C) Podem ser solicitados os anticorpos antitransglutaminase e antiendomíseo, ambos com boa sensibilidade. Todavia, há discreta preponderância de sensibilidade do antitransglutaminase em relação ao antiendomíseo.
- D) Pode haver um quadro anêmico associado, tanto por anemia de doença crônica, quanto por deficiência de B<sub>12</sub> e/ou deficiência de ferro.

### 50ª Questão

Diversos autoanticorpos estão ligados a manifestações específicas nas doenças reumatológicas. Correlacione o tipo de anticorpo mais característico com a respectiva doença/manifestação:

- I. Anti - RNP
- II. Anti - DNA
- III. Anti - histona
- IV. Anti - peptídeos citrulinados cíclicos
- V. Anti - SCL 70
- VI. c - ANCA
- VII. p - ANCA

- A- Nefrite lúpica.
- B- Esclerodermia.
- C- Artrite reumatoide.
- D- LES fármaco induzido.
- E- Granulomatose de Wegener.
- F- Síndrome de Churg - Strauss.
- G- Doença mista do tecido conjuntivo.

- A) I - B, II - F, III - A, IV - D, V - C, VI - E, VII - G.
- B) I - A, II - B, III - F, IV - E, V - D, VI - C, VII - G.
- C) I - G, II - A, III - B, IV - C, V - D, VI - F, VII - E.
- D) I - G, II - A, III - D, IV - C, V - B, VI - E, VII - F.**

