PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

Processo Seletivo – Edital n. 01/2014.

INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES:

1. Verifique se a prova está completa de acordo com as orientações dos fiscais.
2. A compreensão e a interpretação das questões constituem parte integrante da prova, razão pela qual os fiscais não poderão interferir.
3. Preenchimento do **cartão-resposta Prova Objetiva:**
- Preencher para cada questão apenas uma resposta.
- Preencher totalmente o espaço correspondente, conforme o modelo:
- Usar apenas caneta esferográfica, escrita normal, tinta azul ou preta. Não usar caneta tipo hidrográfica ou tinteiro.
- Para qualquer outra forma de preenchimento, a leitora anulará a questão.
4. Assinar o cartão-resposta da **Prova Objetiva**.

15 DE MARÇO DE 2014

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

Duração total da prova: 3 horas

O CARTÃO-RESPOSTA É PERSONALIZADO. NÃO PODE SER SUBSTITUÍDO, NEM CONTER RASURAS.

1. Paciente do sexo masculino, 75 anos, com queixa de dor lombar de forte intensidade, desencadeada pelo movimento. Trouxe para a consulta médica os seguintes exames laboratoriais: leucócitos 9.540/mm^3; hemoglobina 8,5 g/dL; plaquetas 150.000; ureia 56 md/dL; creatinina 1,5 mg/dL, sódio 140 mEq/L, potássio 4,5 mEq/L, cálcio 12 mg/dL, PTH 5 pg/mL, VHS 110.
Com base no caso apresentado, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Doenças granulomatosas, como a sarcoidose e a tubercolose, doenças linfoproliferativas, mieloma múltiplo e o hiperparatireoidismo primário são as possíveis causas de hipercalcemia.
B) A única opção de tratamento para o mieloma múltiplo é o transplante de medula óssea.
C) O principal achado radiográfico esperado para o paciente seria a presença de osteosclerose.
D) A presença de insuficiência renal ao diagnóstico é um importante fator prognóstico no mieloma múltiplo por estar associada à maior sobrevida.
E) A presença de mais de 10% de plasmócitos no aspirado medular ou na biópsia de medula sugere o diagnóstico de mieloma múltiplo.

2. Qual das manifestações ou complicações clínicas a seguir **NÃO** está relacionada à anemia falciforme?

A) Priapismo.
B) Maior suscetibilidade à infecção por germes encapsulados.
C) Macrocitose.
D) Osteomielite.
E) Retardo do crescimento.

3. Em relação ao manuseio do infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (IAM-ST), assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Angiografia e revascularização devem ser realizadas imediatamente após a administração de terapia fibrinolítica.
B) A terapia de reperfusão deve ser administrada para todo paciente elegível com IAM-ST, cujo início dos sintomas ocorreu dentro das últimas 12 horas.
C) A realização de eletrocardiograma de 12 derivações pelo serviço médico de emergência não é recomendado para os pacientes com sintomas consistente com IAM-ST.
D) A intervenção coronariana percutânea não é considerada o método de reperfusão inicial recomendável em qualquer situação.
E) Transferência imediata para uma unidade hospitalar capaz de realizar intervenção coronariana percutânea não é recomendável para pacientes com IAM-ST.

4. Paciente do sexo feminino, 38 anos, chega à emergência com queixa de mal-estar e palpitação. Nega dor torácica, síncope ou dispneia. Ao exame físico apresenta pulso irregular, 180 bpm, PA: 110 x 70 mmHg, ausculta cardíaca ritmo irregular, sem sopros; ausculta pulmonar murmúrio vesicular, sem ruídos adventícios. Eletrocardiograma evidencia taquicardia supraventricular. Qual das medidas terapêuticas a seguir é considerada uma alternativa **MENOS** desejável?

A) Amiodarona.
B) Adenosina.
C) Metoprolol.
D) Verapamil.
E) Manobra vagal.

5. Paciente do sexo masculino, 78 anos, antecedente de hipertensão, em uso irregular de medicações anti-hipertensivas, chega à emergência com queixa de dispneia aos leves esforços. Nega precordialgia. PA:

90 x 60 mmHg. Ausculta cardíaca ritmo irregular, sem sopros; Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular diminuído, com crepitações bibasais. Oximetria de pulso: 88%. Marque a alternativa **CORRETA** em relação à terapêutica do paciente.

A) A administração de diurético de alça i.v está indicada, levando ao alívio do quadro clínico como resultado de sua ação venodilatadora e redução de natriurese.
B) Oxigênio suplementar não deve ser oferecido, pois o paciente não apresenta hipoxemia.
C) O uso de opioides, como a morfina, pode ser útil por reduzir ansiedade associada à dispneia e possível efeito venodilatador.
D) Vasodilatadores devem ser administrados, independente do nível pressórico.
E) A fibrilação atrial, uma arritmia rara na insuficiência cardíaca, aumenta o risco de complicações tromboembólicas.

6. Qual das classes de medicamentos a seguir não possui recomendação formal em consensos como medicação essencial para o tratamento da insuficiência cardíaca sistólica?

A) Inibidor de enzima de conversão.
B) Bloqueador de receptor de angiotensina.
C) Betabloqueador.
D) Inibidor de renina.
E) Antagonista de receptor de mineralocorticoide.

7. Paciente do sexo masculino, 59 anos, branco, procura assistência médica por queixa de adinamia, náuseas e perda ponderal. Nunca procurou assistência médica anteriormente. Desconhece ser portador de hipertensão ou diabetes. Ao exame físico, apresenta pressão arterial 160 X 90 mmHg, pulso 80 bpm, ausculta cardíaca ritmo cardíaco regular, sem sopros, com atrito pericárdico; ausculta pulmonar sem alterações; edema maleolar +/+4. Exames laboratoriais: creatinina 7,8 mg/dL; ureia 280 mg/dL; Na^+ 138 mEq/L; K^+ 4,7 mEq/L; Ca++ = 8,6 mg/dL; fósforo 6,7 mg/dL, PTH = 850 pg/mL, Hb= 8,7 g/dL. Ultrassonografia evidenciou rim direito 7,5 e rim esquerdo 7,0 cm em seu maior diâmetro, hiperecogenicidade e perda da diferenciação corticomedular. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A principal hipótese diagnóstica para o caso clínico é de doença renal crônica e a biópsia renal deverá ser realizada para o diagnóstico etiológico.
B) A ausculta de atrito pericárdico sugere a presença de pericardite urêmica, a qual deve ser sempre tratada através de pericardiocentese antes do início do tratamento dialítico.
C) Os principais mecanismos fisiopatológicos relacionados à anemia do paciente são diminuição da meia-vida das hemácias e aumento na produção de eritropeitina.
D) A diálise peritoneal não pode ser utilizada como o método dialítico inicial para o paciente.
E) O paciente apresenta hiperparatireoidismo secundário, cujo tratamento pode envolver a combinação de diferentes medicações, como o uso de quelantes de fósforo, ativadores de receptores de vitamina D e calcimiméticos.

8. Paciente do sexo masculino, 54 anos, casado, dois filhos, está em acompanhamento com nefrologista há sete anos devido à doença renal policística. Mãe falecida há cinco anos, realizou hemodiálise por dois anos. Apresenta volume urinário de 1500 ml em 24 horas, creatinina sérica de 2,5 mg/dL e creatinina urinária de 80 mg/dL. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A doença renal policística do adulto não está associada a malformações vasculares.
B) A velocidade de progressão da doença renal crônica é variável, depende de sua causa primária, sendo a doença renal policística uma das causas de mais rápida progressão.
C) Infecção urinária, hematúria, litíase renal e diverticulose intestinal podem fazer parte das manifestações clínicas da doença renal policística do adulto.
D) O aconselhamento genético e o rastreamento da doença nos descendentes e demais familiares não devem fazer parte da conduta médica neste caso.
E) O *clearance* de creatinina da paciente é de 40 ml/min, indicando que a doença renal crônica está no estágio 3.

9. Paciente procura atendimento com nefrologista por quadro de hematúria e proteinúria, associado à perda de função renal. Entre os exames de investigação laboratorial, foram detectados níveis reduzidos de complemento. Baseado nesses dados, qual das glomerulopatias a seguir **NÃO** faria parte de suas hipóteses diagnósticas?

A) Nefropatia por IgA.
B) Glomerulonefrite difusa aguda.
C) Glomerulonefrite membranoproliferativa.
D) Crioglobulinemia.
E) Nefrite lúpica.

10. Qual das manifestações a seguir não é considerada critério para o diagnóstico de artrite reumatoide segundo a Classificação do Colégio Americano de Reumatologia?

A) Rigidez matinal.
B) Artrite assimétrica.
C) Fator reumatoide sérico.
D) Artrite das articulações das mãos (punho, interfalangianas proximais e metacarpofalangianas).
E) Nódulos reumatoides.

11. Paciente do sexo feminino, 28 anos, relata artrite em mãos, *rash* malar e pequenas úlceras orais que iniciaram há cerca de três meses. A ausculta pulmonar revelou diminuição de murmúrio vesicular em bases. Assinale a alternativa que contém outras possíveis manifestações clínicas ou laboratoriais dessa doença.

A) Anemia megaloblástica, leucopenia, hematúria, convulsão.
B) Linfocitose, anti-DNA positivo, pericardite, síndrome antifosfolípide.
C) Lesão eritematosa, pericardite, teste verdadeiro-positivo para sífilis, proteinúria.
D) Anemia hemolítica, leucopenia, lesão eritematosa e pericardite.
E) Leucocitose, trombocitopenia, psicose, fotossensibilidade.

12. Em relação à úlcera péptica, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A estratégia terapêutica comumente utilizada para o tratamento da úlcera péptica consiste na utilização de um inibidor da bomba protônica associado a antimicrobianos, estes últimos caso haja presença de *Helicobacter pylori*.
B) Fatores genéticos e ambientais não são importantes na fisiologia gástrica e no desenvolvimento de úlcera péptica.
C) A infecção pelo *Helicobacter pylori* está relacionada a maioria dos casos de úlcera duodenal, mas não de úlcera gástrica.
D) São consideradas causas comuns de úlcera péptica a síndrome de Zollinger-Ellison, a doença de Crohn e presença de tecido pancreático ectópico.
E) Para a confirmação diagnóstica não é necessária a endoscopia digestiva alta e a pesquisa de *Helicobacter pylori.*

13. Em relação à cirrose hepática, escolha a alternativa **CORRETA**.

A) Hipertensão portal, desnutrição, encefalopatia hepática e câncer hepático são complicações raras relacionadas à cirrose.
B) Cerca de 50% dos indivíduos com cirrose não têm uma causa identificável, sendo a doença denominada cirrose criptogênica.
C) A síndrome hepatorenal caracteriza-se pela elevação da creatinina sérica, baixa natriurese, oligúria e alteração do sedimento urinário, com a presença de hematúria e proteinúria.
D) As indicações mais comuns de transplante hepático são cirrose criptogênica e alcóolica.
E) A espironolactona, um antagonista da aldosterona, é uma droga que pode ser usada para o tratamento da ascite devido à cirrose.

14. Paciente de 58 anos relata diagnóstico de diabete melito há carca de cinco anos, com queixa de urina espumosa e edema de membros inferiores. Refere tratamento oftalmológico com "laser" (*sic*). Pressão arterial: 150 x 90 mmHg. Exames laboratoriais revelaram creatinina de 2,5 mg/dL, parcial de urina com proteinúria +++, sem hematúria. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Devido ao pouco tempo de diagnóstico, o paciente provavelmente está na fase inicial da nefropatia diabética.
B) São considerados fatores de risco para a nefropatia diabética: história familiar, hipertensão, mau controle glicêmico e fatores genéticos, como o polimorfismo genético da enzima conversora da angiotensina.
C) As principais alterações glomerulares encontradas por meio de biópsia seriam redução da matriz mesangial, afilamento da membrana basal e hialinose arteriolar.
D) A biópsia renal é mandatória para o diagnóstico do acometimento renal do paciente.
E) O uso de inibidores de enzima de conversão de angiotensina associa-se ao retardo da progressão da nefropatia diabética, sem possuir efeito sobre a proteinúria.

15. Paciente procura atendimento de emergência devido a quadro clínico de dor abdominal com irradiação para as costas, forte intensidade, em pontada, que piora após a alimentação, associada a náuseas e vômitos. Nega febre. Qual a principal hipótese diagnóstica?

A) Pielonefrite.
B) Apendicite.
C) Pancreatite.
D) Nefrolitíase.
E) Úlcera gástrica.

16. Um paciente internado na UTI está no segundo dia pós-operatório por perfuração intestinal decorrente de acidente automobilístico e começa a apresentar quadro de irritabilidade, náusea e alguns espasmos musculares de membros superiores e inferiores. Ao exame físico você nota que o abdômen está distendido e a sonda nasogástrica tem apresentado drenagem diária de 1,2 litros. A diurese de 24h é de 550ml e concentrada. A gasometria arterial mostra: pH 7,50, HCO_3, 36mEq/l, pCO_2 48. Considerando ainda os seguintes exames laboratoriais: Na 140mEq/l, Potássio 4,0mEq/l, Glicemia 98mg/dl e Cloro 94mEq/l, qual o distúrbio ácido-basico do paciente?

A) Alcalose metabólica com acidose respiratória.
B) Alcalose metabólica e respiratória.
C) Alcalose respiratória pura.
D) Alcalose metabólica pura.
E) Alcalose respiratória e acidose metabólica.

17. Um paciente de 35 anos apresenta dor em flanco e urina escurecida, com tom mais avermelhado. O médico solicita uma tomografia de abdômen e encontra um cálculo de 3,6 cm em pelve renal esquerda. Esse cálculo não foi visualizado na radiografia. O parcial de urina mostra um pH urinário de 4.7, hemácias 50.000 por campo (normal até 10 mil), leucocitúria normal, nitrito negativo. Qual a melhor opção terapêutica para o tratamento do cálculo?

A) Hidratação vigorosa.
B) Litotripsia extracorpórea.
C) Nefrolitotomia.
D) Cirurgia aberta.
E) Bicarbonato via oral.

18. Um agricultor do Paraná, de 42 anos, sem patologias de base, dá entrada no pronto atendimento com queixa de febre, mialgia, tosse seca e cefaleia de início abrupto. Não viajou para nenhuma região distante, pois estava trabalhando no plantio do milho após as últimas chuvas. Ao exame físico apresenta sinais de hemorragia de conjuntiva e baço palpável. Nos exames laboratoriais de entrada não constam anemia nem leucocitose, mas há uma pequena plaquetopenia. A creatinina é de 2,3 mg/dl, o sódio é de 135mEq/L e potássio 2,7mEq/L. O diagnóstico mais provável é:

A) dengue.
B) leptospirose.
C) febre tifoide.
D) malária.
E) influenza.

19. Um aposentado de 69 anos, sem internação recente, é atendido com história de tosse produtiva e febre de 38,4 ºC há dois dias. Ao exame físico encontra-se ligeiramente desorientado, a pressão arterial é normal, a frequência respiratória em repouso está em 32 incursões por minuto e na ausculta pulmonar há estertoração na base direita. A conduta mais indicada é:

A) combinação de ceftriaxone e um macrolídeo em regime domiciliar.
B) monoterapia com uma quinolona respiratória em domicílio.
C) ciprofloxacina em regime hospitalar.
D) ceftriaxona e um macrolídio em regime hospitalar.
E) vancomicina ou linezolida em regime hospitalar.

20. Hiperglicemia no doente crítico pode acontecer como consequência de diversos fatores como aumento do cortisol, catecolaminas, glucagon e hormônio do crescimento. Considerando um paciente diabético, internado na unidade de terapia intensiva secundário a um politrauma, qual o alvo terapêutico mais indicado?

A) Glicemia entre 100 e 140 mg/dl.
B) Glicemia entre 60 e 100 mg/dl.
C) Glicemia entre 140 e 180 mg/dl.
D) Glicemia entre 180 e 220 mg/dl.
E) A glicemia nesse caso não interfere no prognóstico do paciente.

21. Um paciente de 22 anos procura atendimento em caráter eletivo, sem crise no momento, para tratamento de asma brônquica. Apresentou os primeiros sintomas desde a infância. Quando questionado, relata sintomas duas vezes por semana, sendo que uma vez por semana acorda no meio da noite devido a sintomas respiratórios; no ano anterior usou glicocorticoides por duas vezes. Em relação ao tratamento, qual abordagem é a mais adequada?

A) Somente uso de beta agonistas de curta duração quando tiver sintomas.
B) Glicocorticoide em baixa dose e um beta-agonista de longa duração (ambos inalatórios) para uso contínuo.
C) Glicocorticoide em dose moderada e um beta-agonista de longa duração (ambos inalatórios) para uso contínuo.
D) Glicocorticoide via oral, em dias alternados, associado a beta-agonista de longa duração via inalatória para uso contínuo.
E) Glicocorticoide inalatório em baixa dose e de uso contínuo.

22. Febre é um dos sinais mais comuns em uma unidade de terapia intensiva. Sobre o tema, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Febre acima de 41,1 ºC em pacientes críticos é, geralmente, de etiologia não infecciosa.
B) A pneumonia associada à ventilação mecânica é mais comum nas primeiras 48 horas de tratamento, fase em que o paciente é mais crítico.
C) A maioria das infecções associadas a procedimento cirúrgico ocorre já nas primeiras 72 horas.
D) Febre de origem não infecciosa e associada a medicamentos é de fácil identificação quando a equipe está alerta, pois surge pouco tempo após a introdução da medicação.
E) Febre abaixo de 38,8 ºC geralmente é de etiologia não infecciosa.

23. A injúria renal aguda (IRA) apresenta incidência mundial em torno de 5.8% dos internamentos hospitalares e tem distribuição abrangente, da primeira até a nona década de vida, principalmente quinta, sexta, sétima e oitava décadas. Acontece principalmente nos pacientes internados em unidade de terapia intensiva, porém, pode ocorrer em setores da atenção primária, bem como em prontos-socorros. Sobre IRA, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) O diurético furosemida pode ser usado como estimulador de diurese.

B) IRA é definido por aumento da creatina sérica em 0.5 mg/dl ou 1.5 x o valor basal ou 0.5ml/kg/h por 6 horas.
C) O uso de coloide é melhor que cristaloide na expansão volêmica.
D) O uso de protocolos específicos, como o da sepse, não mostra benefício.
E) É sugerido realizar restrição proteica para postergar o início da terapia renal substitutiva.

24. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é conhecida há mais de 100 anos. Possui eventos, publicações e consensos próprios. É um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Sobre a HAS, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Em pacientes não negros sugere-se iniciar o tratamento com bloqueadores dos canais de cálcio ou diuréticos de alça.
B) Nos pacientes acima de 18 anos, diabéticos, com doença renal crônica, devem ser usados inibidores da eca e bloqueadores da angiotensina associadamente.
C) Os pacientes com mais de 60 anos que apresentam pressão arterial acima ou igual a 150/90mmHg devem ser tratados com intenção de se atingir um alvo terapêutico abaixo ou igual a 130/80mmHg.
D) Se o tratamento da hipertensão arterial sistêmica não estiver atingindo o nível desejado, sugere-se iniciar outra classe anti-hipertensiva ou aumentar a dose da medicação já utilizada.
E) Os betabloqueadores devem ser usado como monoterapia e são sempre a primeira opção de tratamento.

25. A injúria renal aguda (IRA) acontece principalmente nos pacientes internados em unidade de terapia intensiva, porém, pode ocorrer em setores da atenção primária, bem como em prontos-socorros. Sobre a IRA, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) O uso de furosemida pode prevenir ou até retardar o início de terapia renal substitutiva.
B) Pacientes que apresentarem diurese menor que 0.5ml/kg/h por 12 horas são classificados como estádio II da classificação AKIN.
C) É recomendado o uso de dopamina como protetor renal na chamada “dose renal da dopamina”.
D) Os aminoglicosídeos devem ser usados 3x/dia para que se consiga prevenir a IRA.
E) O uso de contrastes hiperosmolares é preferível aos contrastes iso-osmolares para prevenção da nefrotoxicidade por contraste.

26. Sobre a hipertensão arterial sistêmica, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) São considerados fatores de risco cardiovascular adicionais o tabagismo, os triglicerídeos acima ou igual a 150mg/dl e o diabetes melito.
B) Para um paciente com hipertensão em estágio 1 ou 2 com risco cardiovascular baixo ou médio, deve-se objetivar durante o tratamento níveis de pressão arterial abaixo de 110/80 mmHg.
C) Em um paciente hipertenso, o uso de bebida alcóolica na dose de aproximadamente 700 ml de cerveja ao dia ou 300 ml de vinho ou 50 ml de uísque é inaceitável.
D) São indícios de hipertensão secundários: início antes dos 20 ou depois dos 60 anos, hipertensão grave e/ou resistente e hipopotassemia espontânea.
E) Os pacientes com pressão arterial no consultório maior que 140/90 mmHg e na medida ambulatorial e residencial da pressão arterial menor que 130/85mmHg apresentam hipertensão do avental mascarada.

27. Uma epidemia de *diabetes mellitus* (DM) está em curso. Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%. Dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 12,1% no estudo de Ribeirão Preto (SP) e de 13,5% em São Carlos (SP). Sobre DM, assinale a alternativa **CORRETA**.

A) O diagnóstico de pré-diabetes é feito com a glicemia de jejum entre 100 e 125m/dl e glicemia pós-prandial entre 140 e 169 mg/dl.
B) Paciente com *diabetes mellitus*, sintomático, com hemoglobina glicada acima de 8%, deve receber insulina associada a outro medicamento hipoglicêmico.
C) O nível alvo para a hemoglobina glicada em indivíduos sem risco de hipoglicemia é menor ou igual a 7,5%.
D) Pacientes com *diabetes mellitus* e hemoglobina glicada maior que 7.5% devem receber tratamento com monoterapia.
E) Pacientes diabéticos com doença renal crônica devem ser medicados com inibidores da ECA e bloqueadores da angiotensina associadamente para diminuir proteinúria e retardar a evolução da doença renal crônica.

28. Paciente masculino, 52 anos, caucasiano, transplantado renal há três anos, com história de intensa exposição solar, apresenta-se para consulta de acompanhamento queixando-se de ferida em região malar há três meses. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação ao câncer de pele em pacientes transplantados renais.

A) O carcinoma basocelular é o câncer de pele de maior incidência nesse grupo e raramente provoca metástases.
B) O risco é semelhante à população geral e o acompanhamento dermatológico não é necessá-

rio. O uso de protetor solar só é recomendado quando o paciente se expuser ao sol de maneira intensa.

C) A incidência de carcinomas espinocelulares é 40 a 250 vezes maior do que na população geral. Além disso, tendem a ser localmente mais agressivos e provocar metástases com maior frequência.

D) A dose e classe dos medicamentos imunossupressores não influencia o risco de o paciente desenvolver câncer de pele.

E) O risco de desenvolver melanoma é maior do que carcinoma basocelular e espinocelular. Porém, os melanomas nesses pacientes tendem a provocar metástases com menos frequência do que na população geral.

29. Podemos definir hipotireoidismo como um estado clínico resultante de quantidade insuficiente de hormônios circulantes da tireoide para suprir uma função orgânica normal. A forma mais prevalente é a doença tireoidiana primária, mas também pode ocorrer hipotireoidismo devido à doença hipotalâmica ou hipofisária (denominado hipotireoidismo central). Assinale a alternativa **CORRETA**.

A) A dosagem do hormônio T3 não deve ser feita para o diagnóstico de hipotireoidismo.

B) A tireoide produz e libera para a corrente sanguínea maior quantidade de T3 e menor quantidade de T4.

C) O rastreamento de hipotireoidismo deve ser considerado apenas em pacientes acima de 50 anos queixando-se de obstipação, queda de cabelo e depressão.

D) Os pacientes com hipotireoidismo podem ser tratados com levofloxacino.

E) A ultrassonografia tireoidiana não deve ser solicitada quando um nódulo for palpado em paciente com hipotireoidismo

30. Sobre o *diabetes mellitus,* assinale a alternativa **CORRETA**.

A) Nos pacientes com menos de 40 anos e sem risco maior para doença cardiovascular, os níveis de LDL e triglicerídeos devem ser < 110 e < 160 mg/dl.

B) Em paciente com diabetes e hipertensão arterial sistêmica, o nível alvo de pressão arterial é de 140/100 mmHg.

C) Para paciente com diabetes e hipertensão arterial sistêmica com níveis de pressão arterial > 125/75 mmHg, iniciar com terapia dupla, sendo um deles inibidor da ECA ou bloqueador da angiotensina.

D) O uso de inibidor direto da renina diminui a proteinúria e retarda a queda da função renal, devendo ser usados sempre em associação ou com inibidores da ECA ou inibidores da angiotensina.

E) O início da terapia com insulina nos pacientes com hemoglobina glicada < 8% deve ser na dose de 0.1 a 0.2 UI/kg/dia.

EM BRANCO

EM BRANCO