

**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CONCURSO PÚBLICO**

Não deixe de preencher as informações a seguir.

<i>Prédio</i>	<i>Sala</i>

<i>Nome</i>

<i>Nº de Identidade</i>	<i>Órgão Expedidor</i>	<i>UF</i>	<i>Nº de Inscrição</i>

MÉDICO / CLÍNICA MÉDICA

ATENÇÃO

- Abra este Caderno, quando o Fiscal de Sala autorizar o início da Prova.*
- Observe se o Caderno está completo. Ele deverá conter 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada, sendo 30 (trinta) questões de Conhecimentos Gerais e 20 (vinte) questões de Conhecimentos Específicos.*
- Se o Caderno estiver incompleto ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal.*
- Uma vez dada a ordem de início da Prova, preencha, nos espaços apropriados, o seu Nome completo, o Número do seu Documento de Identidade, a Unidade da Federação e o Número de Inscrição.*
- Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique se o Número de Inscrição impresso no Cartão coincide com o seu Número de Inscrição.*
- As bolhas constantes do Cartão-Resposta devem ser preenchidas, totalmente, com caneta esferográfica azul ou preta.*
- Preenchido o Cartão-Resposta, entregue-o ao Fiscal, juntamente com este Caderno e deixe a sala em silêncio.*

BOA SORTE !

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Sobre leptospirose, marque a alternativa INCORRETA.

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

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

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

12. Sobre estrogiloidíase, marque a alternativa INCORRETA.

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

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

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

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

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

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

15. Sobre esquistossomose mansônica, marque a alternativa INCORRETA.

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

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

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

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

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

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

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

19. Sobre escabiose, marque a alternativa INCORRETA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31. Paciente hipertenso, 60 anos, chega à emergência com quadro de dispnéia progressiva há 6 horas, sudorese e palidez. Nega dor torácica. Ao exame físico, apresenta estertores crepantes até 1/3 superior de ambos os campos pulmonares, Ausculta cardíaca com presença de B4, pulsos cheios e simétricos, pressão arterial de 220X120. Após monitorização, apresenta taquicardia sinusal, FC de 110 e saturação de 90%. Qual a melhor conduta a seguir para o tratamento deste caso?

- A) Oxigênio suplementar por venturi ou VNI, furosemida EV em bolus, nitrato sublingual ou venoso, reavaliação em 15 minutos.
B) Oxigênio suplementar por venturi ou VNI, furosemida EV em bolus, nitrato sublingual ou venoso, cedilanide 1 amp EV, reavaliação em 15 minutos.
C) Oxigênio suplementar por venturi ou VNI, furosemida VO dose alta, cedilanide EV, inibidor da enzima conversora de angiotensina VO, reavaliação em 15 minutos.
D) Oxigênio suplementar por venturi ou VNI, furosemida EV em bolus, nitrato sublingual ou venoso, aminofilina EV, reavaliação em 15 minutos.
E) Oxigênio suplementar por venturi ou VNI, furosemida VO dose alta, inibidor da enzima conversora de angiotensina VO, cedilanide 1 amp EV, aminofilina EV, reavaliação em 15 minutos.

32. Paciente de 57 anos, chega à emergência com queixa de dor precordial, com irradiação para membro superior esquerdo, contínua, há cerca de duas horas. É hipertenso e diabético, tabagista há 20 anos. Ao exame físico, ausculta pulmonar limpa, ausculta cardíaca sem sopros evidentes, o ritmo é regular, com frequência cardíaca em torno de 110, pressão arterial de 150 por 90. Pulsos cheios e simétricos. Eletrocardiograma mostra supradesnívelamento de ST de V3, V4, V5 e V6. Assinale a melhor conduta abaixo para este caso.

- A) Oxigênio, betabloqueador venoso, aspirina, heparina subcutânea, nitrato sublingual/venoso, clopidogrel e encaminhamento à sala de hemodinâmica para tentativa de revascularização.
B) Oxigênio, betabloqueador venoso, aspirina, heparina subcutânea, nitrato sublingual/venoso e encaminhamento à sala de hemodinâmica para tentativa de revascularização.
C) Oxigênio, aspirina, heparina subcutânea, clopidogrel e trombolítico.
D) Oxigênio, betabloqueador venoso, aspirina, heparina subcutânea e solicitar marcadores de necrose miocárdica. Se positivos, encaminhamento à sala de hemodinâmica para tentativa de revascularização.
E) Oxigênio, betabloqueador venoso, aspirina, heparina subcutânea e solicitar marcadores de necrose miocárdica. Se positivos, iniciar trombolítico.

33. Você está avaliando um paciente com hepatopatia crônica alcoólica, que entrou no serviço com quadro de dor abdominal e ascite importante. Após paracentese e análise do líquido ascítico, como resultado temos gradiente de albumina soro-ascite > 1,1, 200 células polimorfonucleares na análise citológica e cultura positiva para E. Coli. Assinale a alternativa CORRETA.

- A) É um caso de bacterascite monomicrobiana, sendo o tratamento conservador de analgésicos.
B) É um caso de bacterascite monomicrobiana, sintomática, devendo ser tratada como peritonite bacteriana espontânea.
C) É um caso de ascite neutrocítica, devendo ser tratada conservadoramente, com analgésicos.
D) É um caso de ascite neutrocítica, devendo ser tratada como peritonite bacteriana espontânea.
E) É um caso de peritonite bacteriana espontânea, devendo ser tratada com antibioticoterapia e reavaliada com paracentese após 5 dias. Se houver queda de 50% do número de polimorfonucleares, trocar antibioticoterapia.

34. Paciente de 56 anos chega à emergência com quadro de tosse produtiva e febre nos últimos 4 dias, evoluindo com dispnéia progressiva, nas últimas horas, astenia importante e dor torácica tipo pleurítica. O exame físico é sugestivo de presença de derrame pleural no hemitórax direito, confirmado após radiografia de tórax, que mostra condensação no 1/3 médio do pulmão direito e derrame pleural moderado à direita. Decidido analisar o líquido pleural que tinha aspecto citrino com o auxílio do gasímetro, tivemos como resultados pH de 6,9 e glicose do líquido pleural de 35. Assinale a alternativa CORRETA.

- A) A glicemia abaixo de 50 do paciente é bastante sugestiva de derrame por colagenose, como artrite reumatóide. Deveremos iniciar corticoterapia.
- B) Deveríamos aguardar o resultado da celularidade e do DHL para indicar drenagem torácica, pensando em possível empiema pleural, já que o líquido pleural tem aspecto citrino.
- C) Mesmo não sendo possível neste momento termos resultado imediato da dosagem do DHL e da celularidade, poderíamos indicar a drenagem torácica pensando em empiema parapneumônico pelos parâmetros apresentados neste caso e iniciarmos antibioticoterapia.
- D) Não deveríamos ter indicado a toracocentese diagnóstica, pois este derrame provavelmente é parapneumônico e, após início de antibioticoterapia, a evolução da resolução ou não do derrame pleural é o que determinaria a análise do mesmo.
- E) O achado de DHL baixo e predomínio de linfócitos na celularidade caracterizariam o achado de empiema pleural, com indicação de drenagem torácica imediata.

35. Em qual das situações a seguir NÃO teríamos contra-indicação evidente ao uso de trombolíticos numa paciente com diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, com pressão arterial normal, apresentando, no ecocardiograma, hipertensão pulmonar e dilatação do VD?

- A) Não existe benefício em relação ao uso dos trombolíticos neste caso.
- B) Apresentou acidente vascular hemorrágico no último mês.
- C) Paciente é alcoolista importante, com sinais laboratoriais de hepatopatia avançada.
- D) Paciente está grávida.
- E) Paciente tem diagnóstico anterior de mutação do gene da protrombina.

36. Ao considerar as contra-indicações às drogas usadas na insuficiência cardíaca, qual das opções abaixo apresentadas seria a mais adequada para o tratamento de um paciente em classe funcional III da NYHA, com creptações nas bases pulmonares, PA de 120X80, com insuficiência renal crônica agudizada, clearance de creatinina de 20, creatinina de 4,5, potássio de 5,9, sem história de tabagismo, asma ou DPOC, sem doença arterial periférica, com antecedente de cirurgia de revascularização miocárdica e que já usava betabloqueador (carvedilol), captopril, AAS e furosemida?

- A) Carvedilol dose reduzida, nitrato, hidralazina, furosemida, levosimendana (se refratário), AAS e estatina.
- B) Carvedilol dose reduzida, nitrato, hidralazina, furosemida, hidroclorotiazida, dobutamina (se refratário), AAS e estatina.
- C) Suspensão do carvedilol, uso de nitrato, hidralazina, furosemida, levosimendana (se refratário), AAS e estatina.
- D) Suspensão do carvedilol, uso de nitrato, hidralazina, furosemida, dobutamina (se refratário), AAS e estatina.
- E) Carvedilol dose reduzida, inibidor da enzima conversora de angiotensina, aldactone, diurético, digital, AAS e estatina.

37. Qual das alternativas citadas abaixo NÃO faz parte da estratégia de redução de efeitos colaterais associados ao uso combinado das estatinas com os fibratos nas dislipidemias?

- A) Usar estatina como primeira escolha nas dislipidemias mistas com triglicerídeos < 500 mg/dl.
- B) Assegurar-se de que não existe disfunção hepática, renal ou tireoidiana antes de iniciar o tratamento combinado.
- C) Administrar o fibrato pela manhã e a estatina, à noite.
- D) Dar preferência à genfibrozila e não, ao fenofibrato, quando for necessária a associação.
- E) Suspender o tratamento, se houver elevação das transaminases em 3 vezes ou de CPK em 10 vezes os valores normais.

38. Paciente em tratamento para tuberculose com esquema 1, no seu terceiro mês. Encontra-se assintomático, sentindo-se melhor. Traz radiografia com imagem residual da lesão inicial também em regressão, porém, ao exame do escarro, este ainda se encontra fracamente positivo (+/4+).

Qual a melhor conduta das citadas abaixo?

- A) Retornar com a pirazinamida por mais 2 meses.
- B) Iniciar esquema 1 reforçado.
- C) Iniciar esquema 3.
- D) Associar etambutol.
- E) Manter esquema de tratamento atual.

39. Com relação ao manejo dos distúrbios do cálcio e do fósforo na insuficiência renal crônica, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As alterações minerais do cálcio e do fósforo já devem ser avaliadas a partir de um clearance de creatinina menor do que 60mL/min em todos os pacientes com IRC.
- B) O hiperparatireoidismo se caracteriza pela elevação do PTH estimulado pela hiperfosfatemia, acarretando o aumento desproporcional da reabsorção óssea.

- C) A hipocalcemia ajuda a excluir a insuficiência renal crônica como responsável pelas alterações ósseas, já que nesta os níveis de cálcio estão normais ou altos pelo hiperparatireoidismo secundário.
- D) Os quelantes de fósforo devem ser utilizados no manejo da hiperfosfatemia, quando houver insucesso das medidas dietéticas.
- E) A paratireoidectomia está indicada nos pacientes com níveis de PTH persistentemente elevados, com hiperfosfatemia ou hipercalcemia refratárias à terapêutica clínica.

40. Qual das seguintes medidas abaixo NÃO faz parte do tratamento do paciente crítico em sepse nas primeiras 6 horas?

- A) Dosar o lactato sérico em todo caso suspeito de sepse grave.
- B) Iniciar antibioticoterapia o mais precoce possível após obtenção das culturas.
- C) Iniciar reposição volêmica com 20ml/Kg de cristalóides ou equivalentes nos pacientes hipotensos ou com lactato elevado. Procurar manter a PVC entre 8 e 12, pressão arterial média entre 65 a 90 mmHg e saturação venosa maior que 70.
- D) Iniciar hidrocortisona nos pacientes com cortisol sérico baixo.

41. Sobre nefrite lúpica, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A glomerulonefrite proliferativa difusa é a forma mais comum e mais grave da nefrite lúpica. À microscopia ótica, observa-se o acometimento de mais de 50% dos glomerulos.
- B) Os níveis de Anti-DNA são os marcadores de escolha para mostrar atividade da doença, estando geralmente mais elevados quanto maior for a classificação histológica da nefrite.
- C) Entre os pacientes com nefrite lúpica proliferativa, a presença de proteinúria persistente não representa atividade da doença diante da melhora de outros parâmetros.
- D) Uma das medidas essenciais no manuseio da nefrite lúpica consiste na instituição de tratamento anti-hipertensivo e antiproteinúrico agressivo, de preferência com inibidores da enzima conversora de angiotensina (manter PA menor que 130X80 e proteinúria menor que 1 grama).
- E) As classes histológicas I e II estão relacionadas a um excelente prognóstico renal e não necessitam de tratamento específico.

42. 6 semanas após o início do tratamento para hanseníase num paciente considerado multibacilar, com dapsona, clofazimina e rifampicina, este é internado com quadro de queda do estado geral, exantema esfoliativo, hepatomegalia, dor abdominal, icterícia e adenomegalia. Hemograma demonstra anemia hemolítica e agranulocitose. Qual a melhor conduta dentre as citadas abaixo?

- A) Suspender a dapsona (síndrome sulfona).
- B) Suspender todas as drogas e iniciar terapia com prednisona (estado reacional tipo 1).
- C) Suspender todas as drogas e iniciar tratamento com talidomida (estado reacional tipo 2).
- D) Trocar o esquema para rifampicina, clofazimina e minociclina.
- E) Suspender a dapsona e iniciar talidomida (estado reacional tipo 2).

43. Paciente de 59 anos chega ao consultório para seguimento clínico. É hipertensa e diabética, usa anti-hipertensivo e hipoglicemiante oral. Menopausada há 10 anos. Após avaliação inicial, você decide solicitar alguns exames complementares para melhor acompanhamento da paciente. Qual dos exames citados abaixo NÃO faria parte na consulta de rotina para esta paciente?

- A) Dosagem sérica de estrógeno, FSH e LH.
- B) Hemoglobina glicada.
- C) Perfil lipídico.
- D) Fundoscopia, sumário de urina.
- E) Teste ergométrico, mamografia, densitometria.

44. Sobre a encefalopatia pelo HIV, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Provoca, insidiosamente, quadro conhecido como complexo demencial relacionado à AIDS, o qual representa a causa mais comum de alterações do estado mental em infectados pelo HIV.
- B) A demência é representada pela perda progressiva das habilidades cognitivas.
- C) É incomum que a encefalopatia pelo HIV seja doença definidora de AIDS em algum paciente, uma vez que as suas manifestações são habitualmente tardias.
- D) O diagnóstico é de exclusão, após realização de tomografia e exame do líquido.
- E) Uma vez estabelecida, a introdução da terapia anti-retroviral não reverte o quadro demencial.

45. Qual das situações citadas abaixo NÃO caracteriza indicação clássica para início de antibioticoterapia para um paciente com quadro de diarreia aguda, sem melhora com hidratação oral e sintomáticos, de 3 dias de duração?

- A) Disenteria e febre.
- B) Presença de leucócitos fecais.
- C) Paciente imunocomprometido.
- D) Paciente acima de 70 anos.
- E) Paciente diabético.

46. Qual combinação de antibióticos citada abaixo e a mais adequada para tratamento de um paciente internado em regime de UTI, em ventilação mecânica por 7 dias, por trauma automobilístico, tendo feito uso de cefalotina por 3 dias e usado corticóide para tratamento de espondiloartropatia soronegativa, que evoluiu com quadro de pneumonia associada à ventilação mecânica?

- A) Ciprofloxacina e oxacilina.
- B) Piperacilina/tazobactam, ciprofloxacina e vancomicina.
- C) Imipenem e piperacilina/tazobactam.
- D) Ceftriaxona, azitromicina e linezolida.
- E) Cefepime e gentamicina.

47. Quais os fatores de risco usados para o diagnóstico da síndrome metabólica?

- A) Circunferência da cintura, triglicerídeos, HDL, pressão arterial e glicemia de jejum.
- B) Circunferência da cintura, LDL, triglicerídeos, pressão arterial e glicemia de jejum.
- C) Circunferência da cintura, índice de massa corpórea, LDL, triglicerídeos, pressão arterial.
- D) Circunferência da cintura, índice de massa corpórea, LDL, pressão arterial e microalbuminúria.
- E) Circunferência da cintura, índice de massa corpórea, triglicerídeos, pressão arterial e glicemia de jejum.

48. Osteoporose tem sido definida operacionalmente pela OMS, quando verificamos uma densidade mineral óssea, medida pelo T-score na densitometria de

- A) -1,0 a -1,4
- B) -1,5 a -2,0
- C) -2,0 a -2,5
- D) -2,5 a -3,0
- E) -3,0 a -3,5

49. Qual das alternativas abaixo NÃO faz parte dos critérios estabelecidos para o diagnóstico de febre hemorrágica da dengue?

- A) Manifestações clínicas gerais: febre por 2 a 7 dias.
- B) Hepatoesplenomegalia associado a linfadenomegalia generalizada.
- C) Plaquetopenia inferior a 100.000/mm³.
- D) Manifestação hemorrágica.
- E) Sinais de alteração da permeabilidade capilar.

50. Qual o diagnóstico mais provável de um paciente com história de asma e eosinofilia, com vasculite de pequenos vasos e granulomas na biópsia das lesões e ANCA positivo?

- A) Granulomatose de Wegener.
- B) Churg-Strauss.
- C) Poliangeíte microscópica.
- D) Crioglobulinemia.
- E) Púrpura de Henoch-Scholein.