



**01. Sobre a situação epidemiológica das doenças transmissíveis no Brasil, analise as afirmativas abaixo e assinale V para as verdadeiras e F para as falsas.**

- ( ) As doenças transmissíveis no Brasil apresentam um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.
- ( ) Dentro do grupo de doenças transmissíveis com tendência ao declínio, estão a difteria, a rubéola, a coqueluche e o tétano acidental.
- ( ) O principal foco da ação no conjunto de doenças transmissíveis com quadro de persistência está voltado para o diagnóstico e tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão.
- ( ) Estão entre as doenças transmissíveis com quadro de persistência a malária, a tuberculose, as meningites, o tracoma, a filariose, a difteria, entre outras.

**Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA.**

- A) V – V – V – V.                      B) V – V – V – F.                      C) F – F – F – F.                      D) F – F – F – V.                      E) F – V – F – F.

**02. Em relação à Atenção Básica, é INCORRETO afirmar.**

- A) Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural.
- B) É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas.
- C) Utiliza tecnologias de elevada complexidade e alta densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.
- D) Tem como fundamento valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.
- E) O primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência e a coordenação são princípios ordenadores da Atenção Básica.

**03. Considerando o aspecto Regionalização, presente nas diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde em 2006, analise as afirmativas abaixo e assinale com V as verdadeiras e com F, as falsas.**

- ( ) Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização - PDR e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI.
- ( ) É objetivo da Regionalização racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e nos serviços de saúde de abrangência municipal.
- ( ) Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
- ( ) A garantia de acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal não é objetivo da regionalização.

**Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA.**

- A) V – F – F – F.                      B) V – V – F – V.                      C) F – F – V – F.                      D) F – V – F – F.                      E) V – F – F – V.

**04. Em relação aos indicadores de saúde, é CORRETO afirmar.**

- A) Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde.
- B) Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a qualificação e a avaliação das informações produzidas.
- C) Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade importantes a completude dos dados e a consistência interna.
- D) A construção de um indicador só poderá ser realizada através de cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados.
- E) O indicador demográfico população total pode ser utilizado para analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos sexos.

**As questões de 05 a 07 contêm duas afirmações.**

**Assinale, na folha de respostas,**

- A) se as duas são verdadeiras, e a segunda não justifica a primeira.
- B) se as duas são verdadeiras, e a segunda justifica a primeira.
- C) se as duas são falsas.
- D) se a primeira é verdadeira, e a segunda é falsa.
- E) se a primeira é falsa, e a segunda é verdadeira.

**05.**

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início, quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991.

**PORQUE**

Na verdade, o Ministério institucionalizou, nesse momento, as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do País (nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, neste se constituindo como uma política estadual).

**06.**

Em 1995, quando o ministro Adib Jatene assumiu o Ministério da Saúde, o PSF foi transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS).

**PORQUE**

Teria que ser remunerado pela tabela de procedimentos do SIA-SUS (superando a forma convencional), o que ocorreu nos primeiros dias de janeiro de 1996.

**07.**

Além dos membros dos conselhos de saúde, lideranças comunitárias e de entidades envolvidas com a saúde podem participar de momentos coletivos de planejamento do setor saúde.

**PORQUE**

Essa participação amplia a base de legitimação das prioridades escolhidas e pode contribuir para o aperfeiçoamento da gestão de saúde naquele território.

**08. Analise as afirmativas abaixo e marque V para as verdadeiras e F para as falsas.**

- ( ) Em outubro de 1988, o SUS foi instituído constitucionalmente, sendo que a seção que trata da saúde na Constituição compreende os artigos 195 a 200.
- ( ) As Leis 8.080 e 8142, ambas editadas em 1990, conjuntamente formam a Lei Orgânica da Saúde.
- ( ) A organização operacional do SUS evoluiu mediante a edição de três Normas Operacionais Básicas (NOB), cada qual substituindo e aperfeiçoando a anterior. A primeira edição ocorreu em 1991, a segunda, em 1993, e a terceira, em 1995.

**Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA.**

- A) V – V – V.                      B) V – V – F.                      C) F – F – V.                      D) V – F – V.                      E) F – V – F.

**09. Em relação às doenças que não são de notificação compulsória no Brasil, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Cárie dentária, febre amarela, sarampo, difteria, tétano.
- B) Escabiose, febre amarela, hanseníase, doença de Chagas.
- C) Febre amarela, tuberculose, hanseníase, difteria, raiva humana.
- D) Poliomielite, coqueluche, malária, amidalite estreptocócica.
- E) Doença Periodontal de Progressão Rápida (DPPR), sarampo, hanseníase, difteria, febre amarela.

**10. Quando se divide o número de óbitos de uma determinada doença pelo número de casos da mesma doença, multiplicando-se o resultado por 100 ou 1.000, está se referindo ao coeficiente de**

- A) Mortalidade Infantil.
- B) Mortalidade Pós-Neonatal.
- C) Letalidade.
- D) Mortalidade Geral.
- E) Mortalidade Neonatal.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

**11. A respeito da legislação brasileira sobre o aborto, é INCORRETO afirmar.**

- A) Somente nos casos de estupro e risco de vida da gestante é que se permite a interrupção da gravidez.
- B) Nos casos de risco de vida da mãe, é indispensável que este risco esteja ligado à gestação, e somente a interrupção desta faça cessar o risco.
- C) O aborto nas vítimas de estupro, como é previsto em lei, dispensa o consentimento da gestante.
- D) Nos casos de gestação de anencefalos, é necessária a autorização judicial para se proceder ao abortamento de forma juridicamente aceitável.
- E) No caso de abortamento criminoso, o médico que o realiza poderá ter as penalidades aumentadas, caso resulte em lesão corporal grave ou morte.

**12. Considera(m)-se negligência médica:**

- A) situação em que o médico deixa de empregar um cuidado necessário, produzindo dano à saúde do paciente.
- B) situação em que o médico atua de maneira abusiva, não atendendo as normas de cautela de maneira intempestiva, precipitada, produzindo dano à saúde do paciente.
- C) situação em que o médico atua, sem possuir o preparo técnico adequado, ou seja, com insuficiência técnica. É a incapacidade ou a inabilitação para exercer determinado ofício.
- D) as manobras audaciosas e as altas intempestivas.
- E) o uso de técnica obsoleta, a falta de especialização.

**13. Assinale a alternativa FALSA.**

- A) Na estenose pulmonar valvular, os pacientes com gradientes ventrículo direito-artéria pulmonar importantes podem apresentar dor anginosa.
- B) Na estenose aórtica, pode ocorrer angina e síncope.
- C) Na insuficiência aórtica, o paciente pode apresentar dor precordial que melhora com o uso de nitratos.
- D) Na Hipertrofia Septal Assimétrica, o paciente pode apresentar dor, que pode melhorar com o uso de nitratos.
- E) A dor da dissecação aguda da Aorta pode ser confundida com a dor do Infarto Agudo do Miocárdio.

**14. Todos são achados clínicos do mixedema, EXCETO.**

- A) Pele úmida e edema depressível.
- B) Macroglossia.
- C) Voz rouca e grave.
- D) Ascite.
- E) Derrame pleural.

**15. Assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Na síndrome de Cushing, o paciente pode apresentar hipertensão, estrias purpúreas e obesidade do tronco.
- B) Na síndrome de Marfan, o polegar ultrapassa além do bordo ulnar, quando os dedos são dobrados sobre ele.
- C) No hipertireoidismo, pode ocorrer aumento da pressão arterial sistólica.
- D) O sinal de Kussmaul se caracteriza pela turgência inspiratória das veias do pescoço e ocorre frequentemente, no tamponamento cardíaco.
- E) Exoftalmia e edema das pálpebras são achados clínicos da síndrome da veia cava superior.

**16. Entre as drogas utilizadas com maior frequência pelas diversas especialidades médicas nos casos de alterações de conduta, tem-se**

- A) benzodiazepínicos.
- B) inibidores H<sub>1</sub>.
- C) penicilinas benzatinas.
- D) betabloqueadores.
- E) opiáceos.

**17. Em relação à promoção da saúde e prevenção da doença, analise as afirmativas abaixo.**

- |  |
|--|
| <p><b>I.</b> A prevenção primária consta de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral melhor, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente.</p> <p><b>II.</b> Os avanços na saúde pública e na medicina promoveram melhora nas condições de vida e saúde da população.</p> <p><b>III.</b> Os diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações nas tendências dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimentos humanos.</p> <p><b>IV.</b> O Produto Nacional Bruto dos países é diretamente proporcional à redução da mortalidade infantil, ao incremento na esperança de vida, ao acesso à água e ao saneamento básico.</p> |
|--|

**Está CORRETO o que se afirma em**

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

**18. Considerando a Ética e a Legislação Profissional dos médicos, assinale a alternativa FALSA.**

- A) É imperativo jurídico que nas localidades onde não existir perito oficial, o médico, mesmo não sendo médico legista, quando convocado pela autoridade policial ou judicial, realize a perícia médico-legal solicitada.
- B) O código de ética médica veda a participação do médico em perícia, que o periciando é seu paciente.
- C) Atestado médico falso é crime previsto no código penal brasileiro.
- D) O dolo exclui a possibilidade do erro médico.
- E) Os casos de força maior não eximem o médico do Erro Médico.

**19. Em que foro de julgamento da responsabilidade profissional médica a Suspensão e Cassação do exercício profissional são penas previstas?**

- A) Foro Ético.
- B) Juizado Especial Criminal.
- C) Foro Penal.
- D) Foro Civil.
- E) Juizado Especial Civil.

**20. A respeito da Responsabilidade Médica, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) No foro criminal, a condenação do médico pode implicar pena restritiva de liberdade.
- B) Erro médico é a ação médica culposa, lesiva ao paciente.
- C) O erro médico não só pode lesionar o paciente do ponto de vista físico.
- D) O atendimento médico produz uma obrigação de meios.
- E) A penalidade numa ação cível de erro médico pode implicar a cassação do exercício profissional.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

**PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES DE 21 A 24, ANALISE O CASO CLÍNICO ABAIXO.**

Paciente do sexo masculino, 55 anos, hipertenso, diabético, fumante e com passado de doença coronariana é atendido na emergência com história súbita de déficit de força em membros direitos e rebaixamento da consciência há 1h, tendo apresentado crise convulsiva e vômitos durante transporte ao hospital. Ao exame, abria os olhos, gemia e apresentava retirada do membro superior esquerdo apenas aos estímulos dolorosos. A pressão arterial foi 180x100mmHg, e a única medicação utilizada foi 25mg de captopril sublingual. Realizou tomografia computadorizada de crânio sem contraste (1h e meia após o início do quadro) que mostrou discreta hipotransparência em dois terços do território de artéria cerebral média esquerda e hipertransparência dessa artéria. Em seguida, foi transferido à UTI, quando vomitou novamente (2h do início). Chegou com respiração ruidosa, em ritmo de Cheyne-Stokes, com pupilas simétricas e fotorreagentes. Foi prontamente intubado sob sedação e analgesia, solicitados exames e iniciada trombólise com rTPA por veia periférica. Após 12h de UTI, apresentou anisocoria, com pupila esquerda maior e respiração controlada pelo ventilador. Foi feita hiperventilação e encaminhado para nova tomografia que evidenciou hematoma intraparenquimatoso em hemisfério cerebral esquerdo com edema perilesional. Foi levado ao bloco cirúrgico, onde foi drenado o hematoma e monitorizada a pressão intracraniana (PIC). Nas 12h seguintes, estava isocórico, com PIC mantendo-se elevada (25mmHg), com febre (temperatura retal=38°C), e os exames eram: Na<sup>+</sup>=138mEq/L; glicemia=182mg%; pH=7,45; PaCO<sub>2</sub>=22mmHg; PaO<sub>2</sub>=100mmHg com FiO<sub>2</sub>=0,6; bicarbonato=18mEq/L; excesso de base de -8; SpO<sub>2</sub>=96%.

**21. Sobre o atendimento inicial ao paciente, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O paciente tinha fatores de risco para AVC isquêmico, com quadro clínico fortemente sugestivo, não sendo necessária a realização de tomografia para afastar AVC hemorrágico antes da trombólise.
- B) Convulsão e vômitos sugeriam AVC hemorrágico, portanto a trombólise não deveria ter sido feita.
- C) A correção da pressão arterial foi errada, porque a hipertensão era reativa ao AVC e baixar poderia ter piorado a isquemia.
- D) O paciente tinha escala de Glasgow de sete, portanto deveria ter sido intubado antes de ser feita a tomografia.
- E) Os achados tomográficos dificultam o raciocínio diagnóstico do tipo de AVC.

**22. Sobre o tratamento instituído na UTI, é CORRETO afirmar.**

- A) A trombólise venosa foi bem indicada, e o sangramento é uma complicação possível.
- B) A trombólise foi bem indicada, porém deveria ter sido feita via arterial, na sala de hemodinâmica, porque tem menor risco de sangramento e resposta semelhante à trombólise venosa.
- C) A trombólise venosa foi bem indicada, mas deveria ter sido feita através de cateter venoso central, puncionado antes de seu início.
- D) A trombólise foi indicada erroneamente, porque o paciente já tinha fatores que a contraindicavam, tais como extensa área isquêmica precoce na tomografia e ter tido convulsão.
- E) A trombólise estava contraindicada, porque o lapso de tempo entre o evento agudo e o início da droga foi bastante longo.

**23. Sobre a evolução pós-trombólise, é correto afirmar, EXCETO.**

- A) O paciente apresentou quadro de herniação, e o tratamento deveria ter sido com manitol além da hiperventilação.
- B) A hérnia de uncus foi secundária ao hematoma cerebral e ao edema perilesional e deveria ter sido tratada com solução salina hipertônica, corticóide e hiperventilação devido à gravidade do caso.
- C) A hipertensão intracraniana pós-cirurgia não era mais por herniação e deveria ter sido tratada com manitol ou solução salina hipertônica, sem hiperventilação.
- D) Para controle adequado da PIC, dever-se-ia corrigir a natremia, glicemia e temperatura corporal.
- E) O prognóstico desse paciente piorou bastante após o sangramento, visto que hematoma intraparenquimatoso tem evolução pior em pacientes com Glasgow abaixo de nove.

**24. Sobre os exames do paciente, é correto afirmar, EXCETO.**

- A) A natremia esperada para este doente era acima de 140mEq/L.
- B) A glicemia deveria estar sendo controlada com insulina venosa.
- C) A gasometria arterial mostrou uma acidose metabólica associada à alcalose respiratória.
- D) A temperatura retal é cerca de um grau mais elevado que a axilar e, portanto, está em níveis aceitáveis.
- E) A oxigenação sanguínea, apesar da boa oximetria, não está ocorrendo de forma adequada.

**25. Paciente com 62 anos, diabético, chega à urgência do hospital com história de tosse produtiva, expectoração purulenta e dor à inspiração há 3 dias. Ao exame, apresenta-se com estertores finos à ausculta pulmonar, submacicez à percussão e frêmito toracovocal aumentado na base do hemitórax direito. Ainda: temperatura = 37,9°C / frequência respiratória=19ipm / frequência cardíaca=88bpm / Leucócitos=15200 com Bastões=11% - Segmentados=78% - Eosinófilos=1% / TA = 85x60mmHg.**

**De acordo com os dados acima descritos, qual o diagnóstico MAIS CORRETO?**

- A) Choque hipovolêmico.
- B) Choque séptico.
- C) Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica.
- D) Sepses respiratória.
- E) Pneumonia comunitária.

**26. Paciente há 4h na UTI para tratamento de sepse por estafilococcia, respirando espontaneamente, com exames iniciais mostrando acidose metabólica e lactato sérico=2,8mmol/L. Após 3 litros de SF, tinha: PVC=10mmHg; PAM=68mmHg; saturação venosa central de oxigênio (SvcO2)=62%; Hct=30%; pH=7,22; bicarbonato=15mEq/L e oligúria. Qual conduta parece ser a MAIS CORRETA no momento?**

- A) Expansão volêmica com 500ml de coloide em 30 minutos e rever a PVC.
- B) Iniciar Noradrenalina em dose alfa adrenérgica para melhorar a perfusão tissular.
- C) Hidrocortisona 100mg de 8/8h para tratar a provável insuficiência adrenal existente.
- D) Bicarbonato de sódio para melhorar a acidose metabólica e facilitar a resposta a volume e drogas vasoativas.
- E) Dobutamina para melhorar a contratilidade miocárdica e consequentemente a perfusão e SvcO2.

**27. Pelas novas diretrizes do “Surviving Sepsis Guidelines”, qual das condutas abaixo NÃO é prioridade nas primeiras seis horas de tratamento?**

- A) Iniciar expansão volêmica para adequado controle hemodinâmico antes da abordagem do foco infeccioso.
- B) Dosagem de lactato para auxiliar na reposição volêmica.
- C) Controle pressórico com associação de corticoide após não responder a doses crescentes de vasopressor.
- D) Transfusão de concentrado de hemácias em pacientes com hemoglobina abaixo de 10g% e saturação venosa central de oxigênio (SvcO2) abaixo de 70%.
- E) Dobutamina em paciente com SvcO2<70%, hemoglobina>10g%, volemia reposta e PAM>65mmHg mesmo com vasopressor.

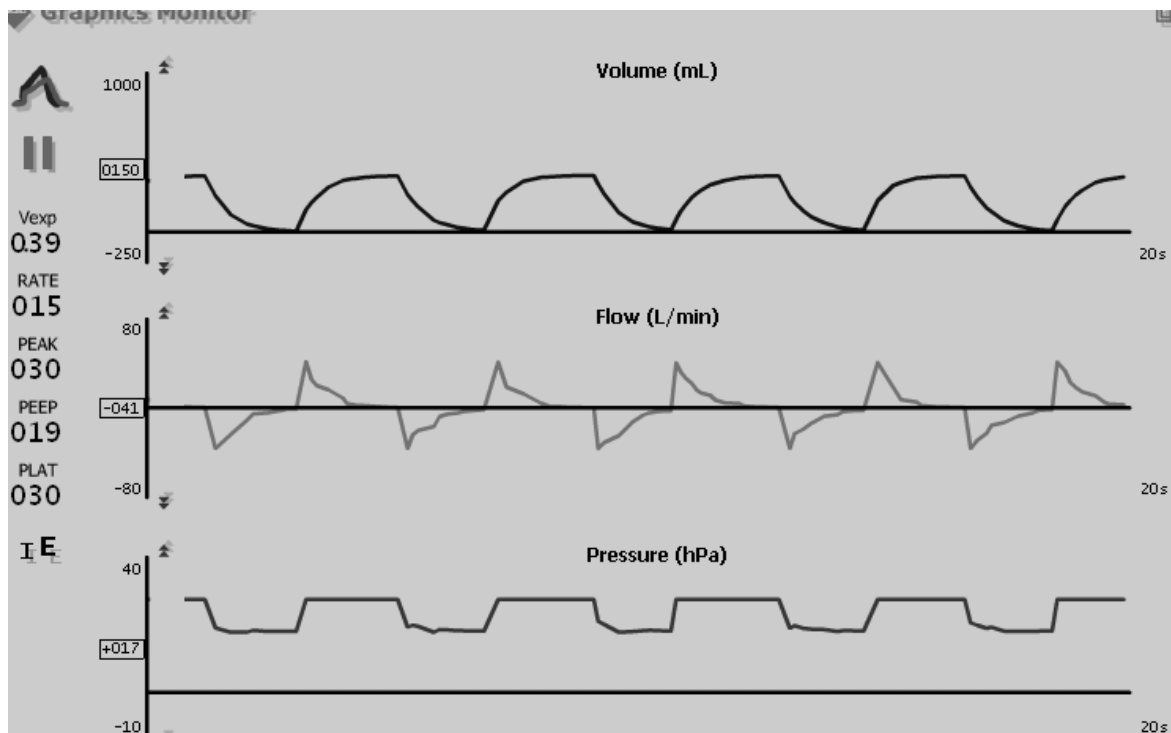
**28. Sobre desmame da ventilação mecânica (VM), é CORRETO afirmar.**

- A) O teste de respiração espontânea é uma forma simples e eficaz de tentar a desconexão da VM, sendo atualmente o método mais indicado para o início do desmame.
- B) O teste com tubo T pode ser realizado durante 60 ou 120 minutos, tendo eficácia semelhante e indicação estabelecida.
- C) O teste de tolerância com PSV (com ou sem SIMV) deve ser realizado com nível de pressão de suporte mínimo, suficiente apenas para vencer a resistência do tubo traqueal.
- D) O uso da ventilação não-invasiva (VNI) como técnica de desmame pode aumentar a mortalidade dos pacientes, por dificultar o diagnóstico da intolerância e retardar a reintubação traqueal.
- E) Caso apresente sinais de intolerância ao desmame após a extubação, deve-se tentar evitar a reintubação com VNI.

**29. Homem com 66 anos e 62kg, sem comorbidades prévias, intubado e em ventilação mecânica há sete dias após TCE; com pressão arterial mantida com baixa dose de noradrenalina em desmame; acordado apesar de baixa dose de sedativo (Escala de Coma de Glasgow=11T); com índice de oxigenação de 290 com FiO2=60%, PEEP=08, volume corrente=460ml e frequência respiratória=26ipm; sem edemas e sem alterações laboratoriais importantes. Qual das afirmativas abaixo é a CORRETA?**

- A) Esse paciente não tem condições de ser submetido ao teste de respiração espontânea no momento pelos seguintes motivos: taquipnéia, sedação e ainda com alta PEEP.
- B) Esse paciente pode ser colocado em tubo T e extubado, se não apresentar sinais de intolerância nas próximas duas horas.
- C) Esse paciente não deve ser colocado em PSV de 7cmH2O, porque seus parâmetros ventilatórios ainda não permitem tal teste, principalmente PEEP e FiO2.
- D) Esse paciente deve ser desmamado, visto que tem um índice de Tobin menor que 100, e pequenas doses de vasopressor e sedativo não contraindicam o início do desmame.
- E) Esse paciente pode ser desmamado, visto que tem bom nível de consciência, apesar da sedação em dose baixa, e que já melhorou do TCE, causa de sua intubação.

30. No modo de ventilação ilustrado pelos gráficos abaixo, indique qual o parâmetro NÃO precisa ser ajustado ou limitado pelo operador.



- A) Tempo inspiratório. B) PEEP. C) Fluxo inspiratório. D) Sensibilidade. E) Pressão de pico.

31. Paciente do sexo masculino, de 64 anos, diabético e tabagista de longa data, admitido no hospital com pneumonia comunitária. Iniciado antibioticoterapia com moxifloxacino venoso. No terceiro dia de internamento hospitalar, após melhora inicial, apresenta (pouco depois de ir ao toalete) dispneia com broncoespasmo e hipotensão (PA=80x50mmHg) que não melhora com infusão rápida de cristaloides. É transferido para a UTI, e sua gasimetria arterial (ar ambiente) revela PaO<sub>2</sub>=52mmHg e PaCO<sub>2</sub>=30mmHg, com Lactato=0,8. Seu eletrocardiograma revela inversão de onda T em parede anterior. Assinale a alternativa CORRETA, com base no diagnóstico mais provável.

- A) Trata-se de um edema agudo pulmonar que deve ser tratado com ventilação não invasiva, nitrato venoso e diuréticos.  
 B) Trata-se de uma crise grave de broncoespasmo, que deve ser prontamente medicada com corticoides e broncodilatadores.  
 C) Deve-se iniciar anticoagulação plena com heparina ou uso de fibrinolítico de imediato e encaminhar o paciente à arteriografia pulmonar.  
 D) Deve-se trocar, imediatamente, o antimicrobiano após coleta de novas culturas.  
 E) Deve-se iniciar anticoagulação imediata e encaminhar o paciente para um cateterismo cardíaco.

32. São causas de elevação da troponina não relacionadas à trombose coronariana todas, EXCETO.

- A) Espasmo coronário.  
 B) Crise hipertensiva.  
 C) Insuficiência renal.  
 D) Sepses.  
 E) Embolia pulmonar.

33. Em uma síndrome coronariana aguda (SCA), após medidas iniciais (monitorização, ECG, morfina, oxigênio, nitrato, AAS, betabloqueador), qual o procedimento CORRETO?

- A) Havendo supradesnivelamento de segmento ST (supra-ST), deve-se realizar angioplastia primária da artéria culpada, por ser sempre mais eficaz que a fibrinólise.  
 B) Nos pacientes sem supra-ST, cuja estratificação precoce de risco revela risco baixo, está indicado avaliação invasiva (cateterismo cardíaco) antes da alta hospitalar.  
 C) Nos pacientes sem supra-ST, cuja estratificação precoce de risco revela risco intermediário, está indicado uso de fibrinolítico quando o paciente, após 48-72h de tratamento, apresenta teste provocativo de isquemia positivo ou ecocardiograma com fração de ejeção <40%.  
 D) Nos pacientes sem supra-ST, cuja estratificação precoce de risco revela risco intermediário, está indicado avaliação invasiva (cateterismo cardíaco) quando o paciente, após 48-72h de tratamento, apresenta teste provocativo de isquemia positivo ou ecocardiograma com fração de ejeção <40%.  
 E) Nos pacientes sem supra-ST, cuja estratificação precoce de risco revela risco alto, está indicado avaliação invasiva (cateterismo cardíaco) quando o paciente, após 48-72h de tratamento, apresenta teste provocativo de isquemia positivo ou ecocardiograma com fração de ejeção <40%.

**34. Com relação às drogas usadas em emergências hipertensivas, é INCORRETO afirmar.**

- A) O nitroprussiato de sódio costuma ser usado para tratar a maioria das emergências hipertensivas, em dose de 0,25 a 10mcg/Kg/min, tendo efeito praticamente imediato, devendo-se ter cuidado em pacientes com insuficiência renal e hepática e no uso prolongado, pelo risco de intoxicação cianídrica.
- B) A nitroglicerina venosa costuma ser bem indicada na hipertensão associada à insuficiência coronariana e no infarto de ventrículo direito, na dose de 5 a 100mcg/Kg/min, apresentando início de ação em cerca de 2 a 5 minutos, podendo provocar “flushing” facial, cefaleia e metemoglobinemia.
- C) A furosemida está bem indicada em situações de hipervolemia, podendo provocar hipocalcemia importante.
- D) A Hidralazina é útil nos casos de eclampsia, nas doses de 10 a 20mg EV a cada 6h, podendo provocar taquicardia e elevação da pressão intracraniana.
- E) O metoprolol, na dose de 5mg EV (podendo ser repetido após 10 minutos até um máximo de 20mg), é uma droga interessante em casos de insuficiência coronariana e dissecação de aorta. Pode desencadear insuficiência cardíaca congestiva e broncoespasmo.

**35. Em relação ao tratamento do edema agudo pulmonar, assinale a INCORRETA.**

- A) Deve-se manter o paciente em decúbito elevado, preferencialmente em posição sentada.
- B) O uso de ventilação não invasiva (CPAP) reduz a necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica, sendo atualmente considerada medida terapêutica de eleição, especialmente nos casos graves.
- C) Uso de opiáceos, como a morfina, é muito útil por reduzir a ansiedade, a pré-carga e os reflexos pulmonares responsáveis pela dispneia.
- D) A boa resposta aos diuréticos de alça, como a furosemida, deve-se mais a seu efeito imediato de aumento da capacitância venosa do que à indução da diurese, que é mais tardia.
- E) O uso de nitratos por via sublingual (a cada 5 a 10 minutos) só é indicado nos casos de edema pulmonar de etiologia isquêmica (coronariana), não sendo útil em outras situações.

**36. Paciente apresentou parada cardiorrespiratória. Analise as afirmativas acerca do período pós-reanimação.**

- I. É comum existir depressão miocárdica temporária, mesmo na ausência de doença coronariana, relacionada à hipoperfusão a às próprias manobras de reanimação.
- II. A pressão arterial deve ser mantida em torno de 80 a 120mmHg, com reposição volêmica ou drogas, para garantir uma adequada pressão de perfusão cerebral.
- III. Hiperglicemia ocorre nos pacientes com pior prognóstico, assim, deve-se manter glicemia menor que 110mg%, com infusão venosa de insulina, se necessário.
- IV. Hipotermia moderada melhora o prognóstico, se feita precocemente nos pacientes que não acordam da reanimação por um período de 12 a 24h.

**Assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Nenhuma das quatro está correta.
- B) Apenas uma das quatro está correta.
- C) Apenas duas das quatro estão corretas.
- D) Apenas três das quatro estão corretas.
- E) Todas as quatro estão corretas.

**PARA AS QUESTÕES 37 e 38, ANALISE O CASO CLÍNICO ABAIXO.**

Um paciente com 70kg, diabético, fumante chega em coma e com sinais de esforço respiratório, com uso da musculatura acessória. Sua gasometria arterial mostra: pH=7,28 / PaO<sub>2</sub>=46mmHg / PaCO<sub>2</sub>=55mmHg / bicarbonato=18mEq/L / saturação arterial de O<sub>2</sub>=88% / excesso de base=-4. Sua família informa que ele vinha com febre, tosse, expectoração purulenta e taquipneia leve há 3 dias e hoje foi encontrado caído no banheiro, com perda da consciência e vômito, tendo sido trazido ao serviço.

**37. Sobre o diagnóstico provável da insuficiência respiratória (IRp), é CORRETO afirmar.**

- A) É provavelmente uma IRp crônica agudizada em paciente fumante e idoso, descompensada por infecção.
- B) É provavelmente uma IRp aguda hipoxêmica, por possível pneumonia comunitária, o que pode ser corroborado por meio de uma diferença alvéolo-arterial de O<sub>2</sub> (DAaO<sub>2</sub>) de 20.
- C) É provavelmente uma IRp aguda hipoxêmica, por possível AVC-I, o que pode ser corroborado por meio de uma DAaO<sub>2</sub> de 20.
- D) É provavelmente uma IRp aguda hipercápnica, por provável obstrução de vias aéreas pelo vômito, o que pode ser corroborado por meio de uma DAaO<sub>2</sub> de 20.
- E) É provavelmente uma IRp aguda hipercápnica, por provável pneumonia comunitária, o que pode ser corroborado por meio de uma DAaO<sub>2</sub> de 40.



**38. Indique o MELHOR tratamento neste momento.**

- A) Administração venosa de volume (cristaloide) para reverter a acidose e melhorar a respiração, associada a bolus de 70ml de bicarbonato de sódio a 8,4%.
- B) Aspiração das vias aéreas e ventilação não invasiva com pressão positiva.
- C) Sedação/analgesia, intubação e ventilação mecânica invasiva em PSV com PEEP=05, FiO<sub>2</sub>=1, pressão de pico=25, sensibilidade de 1cmH<sub>2</sub>O.
- D) Sedação/analgesia, intubação e ventilação mecânica invasiva em PCV com PEEP=05, FiO<sub>2</sub>=1, pressão de pico=25, FR=16ipm.
- E) Sedação/analgesia, intubação e ventilação mecânica invasiva em VCV com PEEP=08, FiO<sub>2</sub>=0,6, volume corrente=500ml, FR=14ipm.

**39. Sobre Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), é correto afirmar, EXCETO.**

- A) A SARA é caracterizada como uma inflamação difusa e homogênea do parênquima pulmonar, com fatores indutores de origem a distância ou no próprio pulmão.
- B) Fazem parte da caracterização da SARA a hipoxemia refratária ao oxigênio, o infiltrado pulmonar bilateral, a redução da complacência pulmonar, a ausência de fator cardiogênico e a presença de fator de risco para seu desenvolvimento.
- C) Os fatores de risco para desenvolver SARA podem ter origem no pulmão (primária) ou fora dele (secundária), sendo a primeira de pior tratamento.
- D) O edema pulmonar da SARA é multifatorial, como, por exemplo, por aumento da permeabilidade microvascular, aumento da força tensoativa pela redução de surfactante e diminuição da depuração de líquido alveolar.
- E) No tratamento, a estratégia de ventilação protetora mais bem demonstrada nos trabalhos e associada à menor mortalidade é a ventilação com baixo volume corrente e pressão de platô menor que 30cmH<sub>2</sub>O.

**40. Os pulmões podem ser lesados por ventilação mecânica, feita de forma inadequada. Sobre isso, analise as afirmativas abaixo.**

- I. A lesão pulmonar induzida pelo ventilador (VILI) corresponde a lesões mecânicas e/ou químicas, podendo haver agressões endoteliais, epiteliais, além de lesão bronquiolar, com inflamação, descamação e necrose.
- II. Barotrauma é a lesão produzida pela pressão excessiva aplicada ao sistema respiratório e consequente ruptura alveolar, como pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo.
- III. Volutrauma é a lesão induzida por excessiva distensão alveolar com alterações epiteliais e endoteliais, de forma semelhante ao que ocorre na SARA.
- IV. Biotrauma é a lesão química, resultante da liberação de mediadores inflamatórios pelas células das unidades alveolares hiperdistendidas, que podem atuar localmente ou a distância.
- V. A vigilância frequente dos parâmetros de mecânica ventilatória, gasometria e radiografia auxiliam tanto no diagnóstico dessas lesões quanto no acompanhamento durante seu tratamento.

**Assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Apenas uma das cinco está correta.
- B) Apenas duas das cinco estão corretas.
- C) Apenas três das cinco estão corretas.
- D) Apenas quatro das cinco estão corretas.
- E) Todas as cinco estão corretas.

**41. Em relação aos distúrbios hidroelotrolíticos, é FALSO afirmar.**

- A) A hipocalemia pode determinar arritmias cardíacas e lesão muscular, sendo necessário repor o potássio. Essa reposição deve respeitar uma velocidade de infusão de até 20mEq/hora. Reposições com velocidades maiores devem ser reservadas para situações de urgência.
- B) As estratégias para tratamento da hipercalemia e suas complicações envolvem o bloqueio da ação do K<sup>+</sup> na membrana celular, o deslocamento do K<sup>+</sup> para dentro da célula e a remoção do K<sup>+</sup> do organismo. São exemplos desses mecanismos: gluconato de cálcio, insulina + glicose (solução polarizante) e diuréticos, respectivamente.
- C) A hiponatremia pode ser classificada em aguda, quando instalada em < 48 horas e crônica, quando se instala em > 48 horas. Clinicamente predominam as alterações neurológicas, cuja intensidade depende da etiologia, magnitude e velocidade de instalação.
- D) Hiponatremia aguda ou crônica assintomática com osmolaridade plasmática reduzida e volume extracelular reduzido deve ser abordada com restrição de água livre.
- E) Na hiponatremia aguda, a reposição de sódio tem como meta a parada dos sintomas ou alcançar um Na<sup>+</sup> > 125mEq/L. Na hiponatremia crônica, a meta também é a parada dos sintomas, mas a correção do Na<sup>+</sup> plasmático não deve exceder um valor superior a 10% do valor a ser repostos nas primeiras horas.

**42. Com relação à hipocalemia, é INCORRETO afirmar.**

- A) K<sup>+</sup> = 2,7 mEq/l é considerado hipocalemia leve (<10% de déficit total).
- B) Na cetoacidose diabética, é preferível repor o K<sup>+</sup> com fosfato de potássio.
- C) Deficiência de magnésio (Mg<sup>++</sup>) é causa de hipocalemia refratária.

- D) Depressão do segmento ST, achatamento onda T e aumento onda U são achados eletrocardiográficos encontrados na hipocalcemia.
- E) Mesmo em situações de hipocalcemia grave ( $K= < 1,5$ ), a velocidade de reposição não deve exceder 40mEq/hora devido ao risco de complicações cardíacas.

**43. Sobre a insuficiência renal aguda (IRA) adquirida no ambiente hospitalar, é FALSO afirmar.**

- A) As principais causas de IRA hospitalar são sepse, cirurgia e contrastes iodados.
- B) IRA pode ocorrer em até 50% dos casos de choque séptico.
- C) Doença vascular periférica, Diabetes Mellitus, idade avançada e doença renal pré-existente são fatores predisponentes à ocorrência de IRA no paciente hospitalizado.
- D) Hipertensão arterial e doença cardíaca não se constituem fatores de risco para ocorrência de IRA.
- E) A IRA do paciente hospitalizado raramente é multifatorial, geralmente sendo fácil a identificação da causa da disfunção renal.

**44. Sobre a IRA, é INCORRETO afirmar.**

- A) Hipermetabolismo, hemorragia gastrointestinal e uso de corticosteroides podem aumentar os níveis de ureia e tornar desproporcional a relação ureia/creatinina, com um aumento excessivo da ureia em relação à creatinina.
- B) Depleção de volume é causa de elevações desproporcionais da ureia em relação à creatinina.
- C) Nefrotoxinas intrínsecas são: ácido úrico, mioglobina e hemoglobina.
- D) O cálculo da fração de excreção de ureia permite que o diagnóstico diferencial entre IRA pré-renal e renal seja feito mesmo quando do uso de diuréticos.
- E) O uso de diuréticos pode beneficiar o paciente com IRA, podendo, inclusive, retardar a consulta com o nefrologista e o início do tratamento dialítico por cerca de 24 horas.

**45. No choque causado por tromboembolismo pulmonar maciço, qual dos parâmetros hemodinâmicos devem ser encontrados, considerando pressão de enchimento do átrio direito (PAD), pressão de artéria pulmonar ocluída (PAPO) e índice cardíaco (IC)?**

- A) PAD ↑, PAPO normal ou ↑, IC normal ou ↑.
- B) PAD ↑, PAPO normal ou ↑, IC normal.
- C) PAD ↑, PAPO normal ou ↑, IC normal ou ↓.
- D) PAD ↑, PAPO normal ou ↓, IC normal ou ↓
- E) PAD ↑, PAPO ↓, IC ↑

**46. Sobre o tétano, é INCORRETO afirmar.**

- A) O tratamento da disfunção autonômica inclui reposição volêmica, sedação e uso de opiáceos (morfina ou fentanil).
- B) O tratamento do tétano inclui neutralização da toxina circulante, eliminação da fonte de contaminação, eliminação dos espasmos musculares e prevenção das complicações.
- C) A causa mais comum de óbito por tétano é a insuficiência respiratória aguda por obstrução e restrição respiratórias secundárias a espasmo e contratura musculares, seguido de sepse e disautonomia.
- D) Constituem indicações de traqueostomia precoce: disfagia, insuficiência respiratória, espasmos frequentes e intensos e excesso de secreção.
- E) Extremos de idade, presença de comorbidades graves, tratamento em unidades não especializadas, período de incubação menor que dez dias e período de progressão menor que 72h são fatores de pior prognóstico.

**47. Sobre leptospirose, é INCORRETO afirmar.**

- A) A reposição eletrolítica de potássio no paciente com IRA secundária à leptospirose deve ser restrita a pacientes não oligúricos.
- B) A plaquetopenia da leptospirose ocorre por consumo periférico e reação inflamatória do endotélio vascular, levando à ativação, adesão e agregação plaquetárias.
- C) Meningite asséptica ocorre em até 90% dos pacientes, sendo assintomática em cerca de 50% dos casos.
- D) A reposição volêmica no paciente com pneumonite leptospirótica deve ser parcimoniosa, para evitar agravamento do extravasamento de líquido decorrente do aumento da permeabilidade capilar.
- E) A miocardite da leptospirose tem como achados mais comuns os distúrbios de condução (BAV de primeiro grau) e arritmias atriais.

**48. Paciente HIV-positivo, com  $CD4 < 50$  células/mm<sup>3</sup> e antecedente de retinite por CMV, tuberculose ganglionar e neurocriptococose, todas adequadamente tratadas. Ele precisa realizar profilaxia para algumas infecções, EXCETO.**

- A) Pneumocistose.
- B) Toxoplasmose.
- C) Micobacteriose atípica.
- D) Tuberculose.
- E) Citomegalovirose.

**49. Qual(is) dos achados abaixo, ao ser(em) encontrado(s) nos exames clínico e laboratoriais, NÃO indica(m) hemodiálise de urgência em paciente com insuficiência renal aguda oligúrica?**

- A) Soluços, vômitos e *flapping*.
- B) Potássio sérico > 6mEq/L.
- C) Creatinina sérica > 3,5mg%.
- D) Estertores à ausculta pulmonar e pressão venosa central elevada.
- E) Taquipneia com bicarbonato sérico = 10mEq/L.

**50. Na condução diagnóstica de Trombose Venosa Profunda(TVP) e Tromboembolismo Pulmonar(TEP), é correto afirmar, EXCETO.**

- A) Nos pacientes com suspeita clínica de TEP, uma cintilografia pulmonar de ventilação-perfusão (CPVP) com alta probabilidade confirma o diagnóstico.
- B) Nos pacientes com alta suspeita clínica de TEP, uma CPVP com baixa probabilidade ou normal indica uma confirmação arteriográfica.
- C) Nos pacientes com alta suspeita clínica de TEP, uma ultrassonografia com Doppler venoso dos membros inferiores normal afasta o diagnóstico.
- D) Nos pacientes com baixa suspeita clínica de TEP, uma CPVP com baixa probabilidade ou normal sugere fortemente outro diagnóstico.
- E) Os pacientes com D-dímero elevado e ultrassonografia com Doppler venoso mostrando trombo nos membros inferiores podem não ter TEP.