

**ACESSO PRÉ-REQUISITO**  
**Especialidade com Pré-Requisito: Clínica Médica**

**Leia atentamente as instruções abaixo**

1. Aguarde autorização para abrir o caderno de provas.
2. Para realizar a prova você usará: a) este caderno de provas; b) um cartão-resposta que contém o seu nome, o número de sua inscrição e um espaço para assinatura.  
Ao receber o cartão-resposta, examine-o e verifique se o nome nele impresso é o seu. Caso haja irregularidade, comunique imediatamente ao aplicador da prova.
3. A resolução no caderno de provas, o preenchimento do cartão-resposta e qualquer assinatura do candidato, devem ser feitos utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta, fabricada em material transparente.
4. Antes de abrir o caderno de provas, assine seu nome no local indicado na capa da prova. Abra o caderno de provas e verifique: a) se faltam folhas; b) se a sequência das questões, no total de 50 (cinquenta), está correta; c) se há imperfeições gráficas. Comunique imediatamente ao fiscal qualquer irregularidade no caderno de provas.
5. A duração da prova é de 4 (quatro) horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital e a marcação do cartão-resposta.
6. A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores da prova.
7. A prova contém 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha com quatro alternativas cada questão, sempre na sequência: a, b, c, d, das quais somente uma alternativa é adequada ao quesito proposto.
8. O cartão-resposta deverá ser preenchido com o cuidado de não ultrapassar o limite do espaço para cada marcação.
9. No cartão-resposta, a marcação de mais de uma alternativa em uma mesma questão, rasuras e o preenchimento além dos limites do círculo destinado para cada marcação, poderá anular a questão.
10. Não é permitido o uso de qualquer tipo de corretivo no cartão-resposta.
11. Não haverá substituição do cartão-resposta por erro de preenchimento.
12. Não serão permitidas consultas, empréstimos e comunicação entre candidatos, bem como o uso de livros, apontamentos e equipamentos eletrônicos ou não, inclusive relógio. O não cumprimento dessa exigência implicará na exclusão do candidato deste processo seletivo.
13. Ao concluir a prova, entregue ao fiscal o cartão-resposta devidamente preenchido e assinado.
14. Decorridas 2 (duas) horas do início da prova, o candidato poderá se retirar definitivamente da sala e do prédio, não sendo permitido, nesse momento, sair com qualquer anotação. O candidato só poderá levar o caderno de provas 30 (trinta) minutos antes do término da prova.


15. Os três últimos candidatos, ao terminarem a prova, deverão permanecer juntos na sala, sendo liberados somente após a entrega do cartão-resposta e terem seus nomes registrados em ata e nela posicionadas suas respectivas assinaturas.
16. Qualquer observação, por parte do candidato, será lavrada em ata, ficando seu nome e número de inscrição registrados pelo aplicador da prova.

**ATENÇÃO**

- Não escreva seu nome ou assine fora dos locais indicados no caderno de provas e no cartão-resposta. Isto anulará sua prova.
- Para preenchimento do cartão-resposta siga as instruções abaixo, obedecendo-as rigorosamente.

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**

- a) Confirme seu nome e número de inscrição
- b) Preencha os círculos de resposta com caneta azul ou preta.
- c) As questões em branco ou com duas ou mais respostas assinaladas serão anuladas.
- d) Assine somente no local indicado
- e) A marcação correta deve preencher todo o círculo do cartão-resposta, como no exemplo:

Marca correta: 

Anápolis, 12 de janeiro de 2020.

Nome por extenso

Assinatura

**QUESTÃO 01**

Paciente de 74 anos, sexo feminino, comparece ao pronto-socorro com história de hemiparesia em dimídio direito de predomínio braquial, sem desvio de rima, sem disfasia, consciente e orientada. É hipertensa e ex-tabagista, em tratamento regular com anlodipino. A paciente relata início dos sintomas há 10 horas. Ressonância nuclear magnética realizado em caráter de emergência revelou infarto isquêmico em território de artéria cerebral média esquerda, sem sangramento associado. O NIHSS calculado foi 5. Com base nessas informações, a melhor conduta é:

- a) trombólise por via endovenosa.
- b) trombólise por via arterial.
- c) trombectomia mecânica.
- d) tratamento conservador.

**QUESTÃO 02**

Os critérios para diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico foram revisados em 2012 pelo *Systemic Lupus International Collaboratin Clinics* (SLICC) com o objetivo de melhorar a acurácia diagnóstica quando comparados aos critérios clássicos do *American College of Rheumatology* de 1997. Dentre esses novos critérios, julgue os itens a seguir e assinale a alternativa correta.

- a) É necessária a presença de 6 critérios dentre 17, sendo pelo menos 2 clínicos e 1 imunológico.
- b) Biópsia renal com nefrite lúpica na presença de anticorpos antinucleares ou anti-dsDNA são suficientes para o diagnóstico.
- c) Alterações neuropáticas como polineuropatia e coreia são critérios neurológicos para diagnóstico.
- d) Embora raramente avaliados, valores elevados de complemento (C3, C4, CH50) são critérios imunológicos.

**QUESTÃO 03**

O co-transportador de sódio-glicose-2 (SGLT-2) é expresso no túbulo proximal e medeia a reabsorção de aproximadamente 90% da carga de glicose filtrada. Sobre a classe de drogas denominadas inibidores da SGLT-2, é correto o que se afirma em:

- a) a capacidade de diminuir os níveis glicêmicos e a hemoglobina glicada é independente da carga filtrada de glicose e da diurese osmótica causada pela glicosúria induzida.
- b) o efeito de redução da glicose é independente da insulina e hipoglicemia é o principal efeito colateral desta terapia.
- c) podem desempenhar um papel cardioprotetor em diabéticos com insuficiência cardíaca, reduzindo hospitalizações pela doença.
- d) podem ser utilizados com segurança em indivíduos com taxa de filtração glomerular entre 15 e 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> e devem ser suspensos quando <15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

**QUESTÃO 04**

Sobre a hiponatremia em pacientes sob terapia intensiva, é correto afirmar:

- a) a infusão de soluções hipotônicas é uma das causas mais comuns no ambiente hospitalar.
- b) o risco de complicações neurológicas associadas ao tratamento é maior na hiponatremia aguda.
- c) por se tratar de paciente crítico, o uso de soluções hipertônicas é sempre necessário para o tratamento.
- d) as formulações de dietas ricas em sódio são suficientes para o tratamento da hiponatremia leve.

**QUESTÃO 05**

Paciente de 56 anos, sexo masculino, é admitido no pronto-socorro com vertigem e palpitações taquicárdicas de início há duas horas. Está consciente, orientado e não apresenta outros sintomas. É portador de miocardiopatia chagásica, estável e atualmente em classe funcional I da *New York Heart Association* (NYHA). À monitorização, apresenta Pressão Arterial (PA) = 118/74 mmHg, Frequência Respiratória (FC) = 16 irpm, Saturação de Oxigênio (SaO<sub>2</sub>) = 96%, Frequência Cardíaca (FC) = 174 bpm e o ritmo ao monitor é mostrado abaixo. A conduta inicial para este caso é:



- a) amiodarona 150 mg IV.
- b) sulfato de magnésio IV.
- c) cardioversão elétrica sincronizada.
- d) desfibrilação (não-sincronizada).

#### **QUESTÃO 06**

Paciente de 72 anos, sexo masculino, hipertenso de longa data, em uso irregular de medicação, procura o consultório querendo um “check up”, por não gostar de usar medicação diária. Não tem queixas clínicas. Durante anamnese ele relata usar enalapril 10 mg somente quando afere a PA e esta encontra-se acima de 150/100 mmHg. Em caso de medidas normais da PA, opta por não usar medicação. Porém, tem percebido a necessidade de usar a medicação por três a quatro vezes ao dia nas últimas semanas. Ao exame físico a PA está em 186/110 mmHg. Sem outras alterações. Baseado nesses relatos é necessário:

- a) orientar quanto ao estilo de vida e uso correto e diário da medicação.
- b) internar o paciente por se tratar de uma Emergência Hipertensiva.
- c) substituir enalapril por ramipril e associar valsartana para melhor controle pressórico.
- d) solicitar exames laboratoriais antes de condutas clínicas nesse caso.

#### **QUESTÃO 07**

São consideradas causas de dor torácica de etiológica não-isquêmica:

- a) Ponte miocárdica e Taquicardia.
- b) Hipertireoidismo e Hipertermia.
- c) Esofagite e Condrite.
- d) Anemia e Hiperviscosidade.

#### **QUESTÃO 08**

Durante uma ressuscitação cardiopulmonar, o médico percebe que o paciente se encontra em Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP). São causas para esse ritmo:

- a) Hipervolemia.
- b) Hipertermia.
- c) Hiponatremia.
- d) Hipóxia.

#### **QUESTÃO 09**

Um paciente comparece à unidade de emergência queixando de palpitações há três horas. Ele nega dor torácica ou dispneia, não apresenta confusão mental e seu exame físico está normal, exceto pela ausculta cardíaca que revela ritmo taquicárdico com FC = 180 bpm. O Ecocardiograma (ECG) de 12 derivações apresenta uma taquicardia de complexo estreito e regular. O próximo passo é:

- a) fazer manobras vagais.
- b) sedar o paciente e fazer uma cardioversão elétrica sincronizada, com 200J.
- c) usar Amiodarona, 300 mg, IV, em bolus.
- d) solicitar parecer da cardiologia, afinal o paciente se encontra estável.

#### **QUESTÃO 10**

Paciente de 68 anos, sexo feminino, diabética, hipertensa, não sabe relatar nome das medicações que faz uso, procura o pronto atendimento queixando de tonturas, náuseas e mal estar generalizado. Ao exame físico, nota-se uma bradicardia, com ritmo cardíaco irregular, FC = 38 bpm. Tempo de enchimento capilar de quatro segundos. Pressão arterial 80/40 mmHg. Ausculta pulmonar com crepitações bibasais. Solicitado ECG de 12 derivações que evidencia BAVT. Nesse caso, é necessário

- a) puncionar acesso venoso para Infusão de Ringer Lactato, 1000 ml, IV.
- b) realizar cardioversão elétrica pela instabilidade da paciente.
- c) iniciar adrenalina 1 mg, IV, em bolus, para controle pressórico.
- d) solicitar marcapasso transcutâneo e, se indisponível, iniciar dopamina IV.

**Leia o caso clínico a seguir e responda às questões 11 e 12.**

Paciente de 68 anos, hipertenso e dislipidêmico, com acidente vascular cerebral isquêmico prévio, compareceu ao consultório de cardiologia há dois meses, com história de dispneia aos esforços, ortopneia e edema de membros inferiores, de curso insidioso e piora progressiva. Ao exame físico, apresentava ritmo cardíaco regular, com presença de terceira bulha, estertores crepitantes em bases pulmonares, turgência jugular e edema de membros inferiores (++)/4+, sem empastamento de panturrilhas. O ecocardiograma transtorácico evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) = 34% e ausência de trombos intracavitários. Após rigoroso acompanhamento, o paciente foi compensado clinicamente, retornando para avaliação oligossintomático, em uso de enalapril 40 mg/dia, carvedilol 50 mg/dia, espironolactona 25 mg/dia, rosuvastatina 20 mg/dia e aspirina 100 mg/dia.

**QUESTÃO 11**

Dentre as alternativas abaixo e segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (SBC 2018), constitui sinal clínico mais específico de insuficiência cardíaca:

- a) crepitações pulmonares.
- b) taquicardia.
- c) terceira bulha cardíaca.
- d) edema periférico.

**QUESTÃO 12**

Frente a um paciente com insuficiência cardíaca, a avaliação da fração de ejeção tem grande importância na implementação de estratégias de tratamento. É considerado, atualmente, o método padrão-ouro para medidas dos volumes e da fração de ejeção das cavidades ventriculares:

- a) ecocardiograma transtorácico.
- b) ressonância magnética cardíaca.
- c) ecocardiograma transesofágico.
- d) cintilografia miocárdica de perfusão.

**QUESTÃO 13**

A Hipertensão Arterial Resistente (HAR) é definida, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, como o descontrole da pressão arterial apesar do uso de três ou mais anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo-se preferencialmente um diurético, ou o uso de quatro ou mais medicamentos para controle pressórico. A causa secundária mais prevalente na HAR é:

- a) hiperaldosteronismo primário.
- b) síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono.
- c) estenose da artéria renal.
- d) coarctação de aorta.

**QUESTÃO 14**

A meningite bacteriana aguda é uma importante condição clínica, muitas vezes com elevada morbimortalidade e com o prognóstico influenciado pela precocidade do diagnóstico. Dentre as alternativas abaixo, qual corresponde a alteração líquórica comumente associada às meningites bacterianas agudas?

- a) Redução do teor de lactato líquórico.
- b) Hiperglicorraquia.
- c) Hipoproteiorraquia.
- d) Pleocitose.

**QUESTÃO 15**

Uma paciente de 60 anos comparece ao pronto atendimento médico com história de astenia e febre há 30 dias, associada a manchas na pele, perda ponderal involuntária e queda progressiva do estado geral. Ao exame físico, apresenta novo sopro cardíaco de regurgitação, esplenomegalia palpável e manchas de *Janeway* na pele. Frente à hipótese diagnóstica de endocardite infecciosa na referida paciente, constitui critério maior de Duke:

- a) novo sopro cardíaco de regurgitação.
- b) febre.
- c) manchas de *Janeway*.
- d) esplenomegalia.

### **QUESTÃO 16**

A cardiopatia chagásica crônica é essencialmente uma miocardiopatia dilatada, tendo progressiva destruição tissular consequente a um processo inflamatório crônico, culminando em fibrose no coração. Em 2006, foi descrito o “Escore de Rassi”, para avaliação prognóstica destes cardiopatas crônicos. Qual das alternativas abaixo representa uma variável do “Escore de Rassi”, com valor prognóstico independente?

- a) Presença de fibrilação atrial.
- b) Bradicardia.
- c) Disfunção ventricular ao ecocardiograma.
- d) Uso de digitálicos.

### **QUESTÃO 17**

A infecção por *Helicobacter pylori* é uma das infecções mais comuns no ser humano em todo o planeta, sendo potencial causa de diversas patologias, como gastrite crônica, úlcera péptica e câncer gástrico. Após a terapia de erradicação, a pesquisa de *H. pylori* pode ser feita por métodos como teste respiratório com ureia 13C ou pesquisa do antígeno fecal com anticorpo monoclonal. Após o término do tratamento, a pesquisa deve ser feita após pelo menos:

- a) uma semana.
- b) duas semanas.
- c) três semanas.
- d) quatro semanas.

### **QUESTÃO 18**

A Embolia Pulmonar (EP) decorre da obstrução da artéria pulmonar ou de um de seus ramos, ocorrendo, na maioria das vezes, como consequência do desprendimento de um trombo formado no sistema venoso profundo. Critérios clínicos podem ser utilizados para melhor direcionar o diagnóstico de embolia pulmonar, como o “Escore de Wells”. Dentre as alternativas abaixo, assinale a que apresenta maior pontuação (probabilidade de ep) no “Escore de Wells”.

- a) Suspeita de tromboembolismo venoso.
- b) Presença de hemoptise.
- c) Imobilização prévia.
- d) Presença de câncer.

### **QUESTÃO 19**

A Fibrilação Atrial (FA) é a principal fonte emboligênica de origem cardíaca que se tem conhecimento. Um dos critérios utilizados para a avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos, em portadores de fibrilação atrial, é o “Escore de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc”. Neste escore, constitui critério com pontuação igual a 1:

- a) dislipidemia.
- b) idade entre 65 e 74 anos.
- c) histórico de AVC ou AIT.
- d) câncer.

### **QUESTÃO 20**

Paciente de 38 anos comparece ao ambulatório de clínica médica com história de relação sexual desprotegida há cerca de dois meses, apresentando, no momento da consulta, lesões eritemato-descamativas palmares e pápulas retroauriculares. Solicitado teste rápido para sífilis, com resultado positivo. Qual dos seguintes achados clínicos é caracteristicamente encontrado na sífilis secundária?

- a) *Tabes dorsalis*.
- b) Lesões gomosas.
- c) Madarose.
- d) Cancro duro.

**QUESTÃO 21**

Paciente de 32 anos de idade foi encaminhado ao ambulatório de hematologia para investigação de anemia. Ao conferir o hemograma colhido na semana anterior, nota-se uma hemoglobina de 9,2 g/dl, com redução do Volume Celular Médio (VCM) e da Hemoglobina Celular Média (HCM). Além disso, o paciente possui dosagem de ferritina sérica e índice de saturação de transferrina dentro da normalidade. A causa mais provável da anemia é:

- a) mielofibrose.
- b) esferocitose.
- c) talassemia.
- d) deficiência de folato.

**QUESTÃO 22**

Paciente de 74 anos, sexo feminino, tabagista há cerca de 60 anos, realiza espirometria para investigação de quadro de dispneia insidiosa que piorou nos últimos meses. Considerando a análise da Capacidade Vital Forçada (CVF), da Capacidade Pulmonar Total (CPT) e do Volume Expiratório Forçado em 1 segundo (VEF1). Qual dos achados abaixo é característico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)?

- a) CVF reduzida.
- b) Relação VEF1/CVF reduzida.
- c) CPT reduzida.
- d) VEF1 aumentado.

**QUESTÃO 23**

Um paciente foi encaminhado para a unidade de terapia intensiva com hipótese diagnóstica de pancreatite aguda de etiologia biliar. Assinale o Critério de Ranson que está associado com pior prognóstico clínico no momento da admissão.

- a) Desidrogenase láctica > 350 U/L.
- b) Creatinina sérica > 2,5 mg/dL.
- c) Cálcio sérico < 8,0 mg/dL.
- d) Leucopenia (contagem de leucócitos < 4.000/mm<sup>3</sup>).

**QUESTÃO 24**

Considerando o diagnóstico e o tratamento da peritonite bacteriana espontânea, assinale a alternativa correta.

- a) A citometria do líquido peritoneal deve apresentar contagem de leucócitos > 250 células/mm<sup>3</sup> para confirmação diagnóstica.
- b) Os principais agentes etiológicos são *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pneumoniae*.
- c) Em caso de confirmação diagnóstica, a primeira escolha para a antibioticoterapia são as quinolonas.
- d) Caso ocorra o crescimento de mais de um germe na cultura do líquido ascítico, deve ser investigada perfuração de víscera.

**QUESTÃO 25**

Paciente de 45 anos, sexo masculino, realizou o esquema de vacinação para Hepatite B por ser profissional de saúde. Qual é o padrão que demonstra que o paciente adquiriu imunidade ao vírus da Hepatite B por vacinação?

- a) Anti-HBc IgG negativo e Anti-HBs reagente.
- b) HbsAg negativo e Anti-HBs negativo.
- c) HBsAg reagente e Anti-HBc IgG reagente.
- d) HBsAg negativo e Anti-HBc IgM reagente.

**QUESTÃO 26**

Frente a um paciente com acidose metabólica, definir se o *anion gap* está normal ou aumentado pode auxiliar na identificação da causa do distúrbio. Assinale a alternativa com situações clínicas que cursam com *anion gap* normal.

- a) Doença renal crônica avançada e acidose tubular renal tipo 1.
- b) Intoxicação por metanol e cetoacidose diabética.



- c) Acidose tubular renal tipo 2 e acidose tubular renal tipo 4.
- d) Hipoaldosteronismo hiporreninêmico e acidose láctica.

### **QUESTÃO 27**

Em caso de úlceras pépticas recorrentes, com diarreia crônica, sem infecção por *Helicobacter pylori*, com dosagem de gastrina muito elevada (acima de 10x o valor de referência) e pH gástrico em jejum < 2,5. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- a) Anemia perniciosa.
- b) Síndrome de Zollinger-Ellison.
- c) Gastrite atrófica.
- d) Síndrome de retenção do antro gástrico.

### **QUESTÃO 28**

Paciente idosa apresentou quadro de pielonefrite aguda por *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenêmicos e foi iniciada antibioticoterapia com amicacina. Após cinco dias de tratamento, foi detectada lesão renal aguda. Em relação à nefrotoxicidade dos aminoglicosídeos, assinale a alternativa correta.

- a) A substituição da amicacina pela gentamicina pode evitar a necessidade de terapia renal substitutiva.
- b) O ajuste de dose da amicacina não é necessário considerando que a lesão renal já está instalada.
- c) A uso de soro fisiológico associado aos diuréticos de alça pode acelerar a recuperação da função renal.
- d) A apresentação mais característica é de disfunção tubular proximal com hipomagnesemia e hipocalcemia.

### **QUESTÃO 29**

Qual dos seguintes medicamentos deve ser evitado em paciente com asma de difícil controle com antecedente de polipose nasal e sinusite crônica?

- a) Ácido acetilsalicílico.
- b) Azitromicina.
- c) Omeprazol.
- d) Dexametasona.

### **QUESTÃO 30**

A metformina é um dos principais medicamentos utilizados no tratamento de diabetes. Assinale a alternativa correta em relação a essa droga e ao seu uso.

- a) Está contraindicada em caso de taxa de filtração glomerular < 60ml/min.
- b) Não deve ser associada com inibidores da DPP-4 pelo risco de hipoglicemia.
- c) Está contraindicada em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada.
- d) Não deve ser associada com inibidores de SGLT-2 pelo risco de hepatotoxicidade.

### **QUESTÃO 31**

Paciente de 45 anos, sexo feminino, comparece ao pronto-socorro com queixa de cefaleia occipital e náuseas, de início há quatro horas, associadas a borramento visual, sem outras queixas. A paciente é tabagista e tem história prévia de hipertensão arterial, em uso regular de anlodipino. O exame físico é normal, exceto pela PA = 216/128 mmHg em ambos os membros superiores. Esta condição trata-se de uma:

- a) urgência hipertensiva. A paciente deve receber furosemida por via endovenosa e captopril via oral.
- b) urgência hipertensiva. A paciente deve receber nitroprussiato de sódio por via endovenosa.
- c) emergência hipertensiva. A paciente deve receber furosemida por via endovenosa e captopril sublingual.
- d) emergência hipertensiva. A paciente deve receber nitroprussiato de sódio por via endovenosa.

### **QUESTÃO 32**

Paciente de 74 anos, sexo masculino, vai até o ambulatório geral referindo tremor em repouso que alivia com o movimento, instabilidade postural, bradicinesia e rigidez. O filho que o acompanha, relata prejuízo de memória, comprometimento da atenção e função executiva. Sobre o tratamento desta condição:

- a) a L-dopa é a mais potente medicação antiparkinsoniana, com bom perfil de segurança e deve ser iniciada em todos os pacientes assim que o diagnóstico é feito.
- b) inibidores da monoaminoxidase B (iMAO-B), como a selegilina, apresentam efeito sintomático discreto e são eficazes como monoterapia na fase inicial da doença.
- c) pacientes com doença moderadamente avançada e idade acima de 70 anos respondem bem aos anticolinérgicos muscarínicos, como o biperideno.
- d) sintomas demenciais associados respondem bem a doses baixas de antagonistas atípicos da dopamina, como olanzapina ou quetiapina.

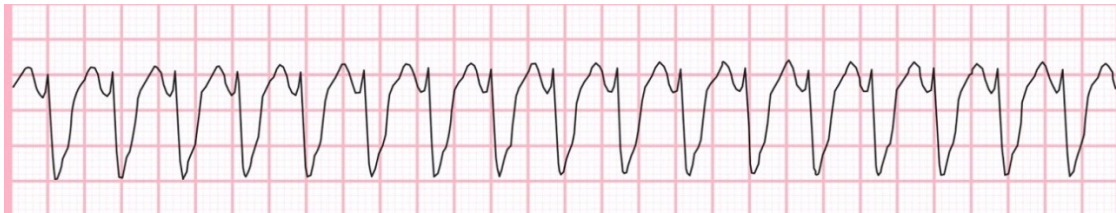
### **QUESTÃO 33**

Paciente de 48 anos, sexo masculino, morador da zona rural ao norte de Anápolis, comparece a consulta médica pela primeira vez queixando disfagia progressiva, tanto para líquidos quanto para sólidos, percebida sobretudo em região retroesternal. Refere episódios de tosse e engasgo à noite, interrompendo o sono. Apresenta ainda constipação intestinal crônica, que progrediu nos últimos dois anos. Diante da suspeita clínica, afirma-se:

- a) o diagnóstico pode ser confirmado com endoscopia digestiva alta, que documenta, por visualização direta, a dismotilidade esofágica.
- b) falta de relaxamento ou relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior e aperistalse do corpo esofágico são achados comuns na esofagomanometria.
- c) um resultado negativo utilizando a fixação de complemento de Machado e Guerreiro exclui a possibilidade de acalasia de etiologia chagásica.
- d) o alívio dos sintomas pode ser obtido com a combinação de nitratos, antagonistas dos canais de cálcio e pró-cinéticos.

### **QUESTÃO 34**

Paciente de 57 anos, sexo masculino, é admitido no pronto-socorro com dor torácica em queimação, retroesternal, de início há três horas, de forte intensidade, associada à sudorese e palpitações. Ao ser monitorizado, seus sinais vitais revelam PA = 164/98 mmHg, FC = 172bpm, FR = 24 irpm e SaO<sub>2</sub> = 94%. O ritmo ao monitor é o seguinte:



A conduta imediata é:

- a) adenosina 6 mg IV.
- b) amiodarona 150mg IV.
- c) metoprolol 5mg IV.
- d) cardioversão elétrica sincronizada.

### **QUESTÃO 35**

Paciente de 68 anos, sexo feminino, comparece a consulta preocupada com o diagnóstico recente de “enfisema pulmonar”. Refere dispneia progressiva aos esforços, atualmente com sintomas ao apressar o passo, subir escadas ou ladeiras, além de tosse intermitente não produtiva. É tabagista ativa, com carga tabágica de 53 anos/maço. Os exames complementares revelam, por meio de radiografia de tórax, “hiperinsuflação pulmonar”, espirometria com VEF1/CVF < 0,70 e VEF1 pós-broncodilatador = 60%. Sobre o estadiamento da doença, a paciente apresenta:

- a) sintomas mMRC = 1, classificação funcional GOLD = 2 e avaliação combinada da DPOC estágio B.
- b) sintomas mMRC = 1, classificação funcional GOLD = 1 e avaliação combinada da DPOC estágio A.
- c) sintomas mMRC = 1, classificação funcional GOLD = 2 e avaliação combinada da DPOC estágio A.
- d) sintomas mMRC = 2, classificação funcional GOLD = 2 e avaliação combinada da DPOC estágio B.



**QUESTÃO 36**

Paciente de 25 anos, sexo masculino, procura o pronto-socorro pela quarta vez na mesma semana, com história de duas a quatro crises diárias de cefaleia unilateral, sempre à esquerda, de intensidade muito forte, com lacrimejamento ipsilateral, congestão nasal e rinorreia. Relata episódios prévios no último ano. Para abortar a dor aguda e tratar profilaticamente a melhor conduta é, respectivamente:

- a) oxigênio inalatório e verapamil.
- b) oxigênio inalatório e sumatriptano.
- c) sumatriptano e verapamil.
- d) oxigênio inalatório e ergotamina.

**QUESTÃO 37**

Paciente de 21 anos, sexo feminino, é atendida ambulatorialmente com queixa de diarreia crônica persistente há 30 dias. É portadora de doença celíaca em tratamento regular. A melhor conduta para o controle da diarreia é:

- a) dieta restrita.
- b) mesalazina.
- c) colestiramina.
- d) probióticos.

**QUESTÃO 38**

Paciente é readmitido no hospital no quarto dia pós-tireoidectomia total por carcinoma papilífero, apresentando rouquidão importante e sinal de Chvostek. A conduta mais apropriada é:

- a) observar, pois as alterações são comuns e transitórias.
- b) acionar o cirurgião devido à suspeita de hematoma cervical compressivo.
- c) iniciar reposição de cálcio devido a hipoparatiroidismo.
- d) ajustar a reposição de hormônio tireoideano, insuficiente.

**QUESTÃO 39**

Paciente de 72 anos, sexo feminino, refere dispneia progressiva aos esforços, atualmente até para os esforços habituais, de início há seis meses, acompanhada de edema de membros inferiores, aumento do volume abdominal e tosse seca. Há duas semanas passou a referir, também, ortopneia e dispneia paroxística noturna. A paciente é obesa (IMC de 32 kg/m<sup>2</sup>), tem história de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Faz uso regular de anlodipino, hidroclorotiazida, metformina e glibenclâmida. Ao exame físico apresenta estertores crepitantes finos em terços inferiores de ambos os hemitórax, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros e turgência jugular a 45 graus, fígado palpável à 3 cm do RCD, PA = 152/88 mmHg, FC = 76 bpm, SaO<sub>2</sub> = 94% e glicemia capilar casual = 256 mg/dl. Ecodopplercardiograma realizado há 30 dias revela hipertrofia ventricular discreta e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 67%. Para este caso deve-se:

- a) introduzir o uso de inibidores da ECA, betabloqueadores e espironolactona para aumentar a sobrevida a longo prazo.
- b) tratar a congestão com diuréticos de alça e apenas ajustar anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.
- c) investigar a presença de doença pulmonar, já que apresenta insuficiência cardíaca direita.
- d) deve-se considerar anticoagulante de uso oral pelo risco elevado de fibrilação atrial.

**QUESTÃO 40**

Sobre a doença mista do tecido conjuntivo afirma-se que:

- a) a sua prevalência seja maior do que lúpus e esclerose sistêmica, acometendo preferencialmente mulheres.
- b) a presença de anticorpos anti-RNP e anti-dsDNA são obrigatórios para a confirmação diagnóstica.
- c) inicialmente descrita como doença grave, hoje é doença de curso indolente e prognóstico melhor.
- d) não há tratamento padrão, sendo adaptável conforme as manifestações clínicas mais prevalentes.

**QUESTÃO 41**

Paciente de 64 anos, sexo feminino, procura pronto atendimento com relato de tosse, febre não aferida e dor ao inspirar profundamente. Sintomas iniciaram há 24 horas. Apresentava sudorese durante o exame físico e crepitação em base do pulmão direito. FR = 26 ipm, FC = 88 bpm, SaO<sub>2</sub> = 96% e PA = 118/72 mmHg. O médico não dispõe de métodos complementares de diagnóstico. O quadro clínico apresentado sugere

- a) que não é possível fazer uma hipótese diagnóstica sem ter acesso a exames complementares.
- b) infecção de vias aéreas superiores, sem necessidade do uso de antibióticos.
- c) pneumonia grave, com necessidade de internação para compensação do quadro e realização de exames.
- d) pneumonia típica, sem necessidade de internação, com prescrição de antibióticos de uso oral.

**QUESTÃO 42**

Foi encaminhado ao pronto atendimento, após ser encontrado desacordado no seu quarto, paciente de 16 anos, sexo masculino, portador de diabetes *mellitus* tipo 1 recém descoberto, ainda em ajuste das doses de insulina. Segundo a mãe, o paciente não aceita o diagnóstico da doença e faz uso irregular da insulina prescrita. Ao exame físico encontrava-se desidratado, PA = 100/60 mmHg, letárgico e com pele fria. A glicemia capilar solicitada apresentou resultado acentuadamente elevada (“*high*”). Sobre o caso descrito acima pode-se afirmar que:

- a) a restrição hídrica é fundamental no manejo inicial desses casos.
- b) não se deve utilizar solução com glicose em nenhuma etapa do tratamento.
- c) deve-se corrigir a hiperglicemia sem descuidar dos níveis séricos de potássio.
- d) é necessário reintroduzir imediatamente a insulina de uso domiciliar do paciente.

**QUESTÃO 43**

Paciente de 32 anos, sexo feminino, chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) queixando de edema de membro inferior direito e aparecimento de lesão “avermelhada” e crescente no mesmo membro. Esse quadro clínico se iniciou há dois dias e foi acompanhado de febre de 38°C e mal estar generalizado. Paciente relata início no local onde sofreu um arranhão durante limpeza da casa. Ao exame físico nota-se área quente, dolorosa e edematosa em região de perna direita. Também é possível a palpação de linfonodo em região inguinal direta. Paciente encontra-se estável hemodinamicamente. Sobre este quadro clínico, afirma-se que:

- a) é necessário aguardar o resultado de um hemograma para confirmar a hipótese diagnóstica.
- b) a antibioticoterapia é fundamental para resolução do quadro clínico.
- c) em casos como esse, de evolução rápida, devem ser hospitalizados imediatamente.
- d) as medidas posturais e óleo de girassol são suficientes em casos como esse.

**QUESTÃO 44**

Paciente de 42 anos, etilista social, ex-tabagista (parou há 10 anos), sedentário, procurou atendimento médico queixando de dor em região epigástrica, irradiada para o dorso, constante, associada à náusea e vômito há dois dias, com piora progressiva. Não refere melhora da dor após os vômitos e nota fezes mais claras nas últimas 24 horas. Afebril. Ao exame físico nota-se discreta diminuição dos ruídos hidroaéreos, descompressão brusca negativa. Sem outras alterações. Não fez uso de bebida alcoólica nas últimas 72 horas. Exames solicitados mostram aumento da amilase em três vezes o valor de referência. Leucócitos dentro da normalidade, transaminases normais, glicemia 102 mg/dl. Para esta situação clínica o tratamento é:

- a) clínico, sem necessidade de usar antibióticos.
- b) cirúrgico frente a gravidade do quadro clínico.
- c) clínico e se faz com uso de antibióticos de largo espectro.
- d) cirúrgico, 48 horas após início de antibióticos.

**QUESTÃO 45**

Paciente de 22 anos, sexo feminino, comparece ao consultório queixando de disúria, polaciúria e dor em baixo ventre há um dia. Nega febre, dor lombar ou outras queixas. Nesse caso, é necessário:

- a) solicitar exame sumário de urina para dar seguimento e tratamento do caso.
- b) iniciar tratamento empírico frente ao quadro clínico clássico.
- c) solicitar ultrassonografia de rins e vias urinárias para dar seguimento e tratamento do caso.
- d) iniciar medicações endovenosas pelo risco de sepse em paciente jovem.

**QUESTÃO 46**

Paciente de 43 anos, portador de transtorno bipolar do humor em uso de lítio, evolui com poliúria (diurese de 5500 ml em 24 horas). Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a provável causa do aumento de débito urinário e a conduta mais adequada para manejo do paciente.

- a) Nefrite intersticial aguda. Aumentar a ingesta hídrica para 6000 ml/dia.
- b) Tubulopatia proximal. Administrar diurético de alça.
- c) Diabetes *insipidus* nefrogênico. Administrar diurético tiazídico.
- d) Insuficiência adrenal. Iniciar fludrocortisona.

**QUESTÃO 47**

Paciente de 16 anos com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1, foi admitido no pronto-socorro com quadro clínico de cetoacidose diabética, com glicemia sérica > 500 mg/dL, pH sérico de 7,04 (normal: 7,35-7,45) e bicarbonato sérico de 8 mmol/L (normal: 22-26 mmol/L). A principal causa da acidose no caso é a

- a) retenção de ácidos fixos por queda da filtração glomerular por nefropatia diabética.
- b) perda excessiva de bicarbonato na urina por poliúria.
- c) impossibilidade de acidificação urinária adequada por disfunção tubular.
- d) produção excessiva de ácidos fixos pelo organismo por deficiência de insulina.

**QUESTÃO 48**

Sobre neurosífilis, assinale a alternativa correta.

- a) A neurosífilis pode ser assintomática em estágios precoces, sendo eventualmente identificada apenas com a pleocitose no líquido.
- b) Para caracterizar neurosífilis, o paciente precisa, obrigatoriamente, ter VDRL positivo no líquido e apresentar formas clínicas graves como *tabes dorsalis*.
- c) Pacientes coinfectados com HIV (Human Immunodeficiency Virus) respondem ao tratamento de neurosífilis tão bem quanto pacientes sem HIV.
- d) A penicilina cristalina é o tratamento de escolha para neurosífilis. Para os pacientes alérgicos à penicilina, pode-se usar ceftriaxone sem prejuízo da eficácia.

**QUESTÃO 49**

Sobre infecções oportunistas no paciente adulto com AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), assinale a correta.

- a) Doença disseminada pelo complexo *Mycobacterium avium* tipicamente ocorre em pacientes com contagem de linfócitos T CD4 menor ou igual a 100 células/mm<sup>3</sup>. Para esses pacientes está indicado profilaxia com Azitromicina.
- b) O uso de corticoides como terapia adjunta para pneumocistose está fortemente contraindicado pelo risco de disseminação da doença.
- c) A neurotoxoplasmose no paciente com AIDS é uma doença de reativação e, portanto, a presença de Imunoglobulina (Ig) M sérica anti-toxoplasma é fundamental para seu diagnóstico.
- d) A profilaxia secundária para pneumocistose com sulfametoxazol-trimetoprim pode ser descontinuada após aumento de linfócito T CD4 para acima de 200 células/mm<sup>3</sup>, por pelo menos três meses.

**QUESTÃO 50**

Sobre bacteriúria assintomática, assinale a alternativa correta.

- a) Pacientes submetidos a transplante renal devem fazer triagem anual com urocultura para tratamento de bacteriúria assintomática.
- b) Assim como as gestantes, os pacientes submetidos a transplante de órgão sólido devem ser triados e receber tratamento para bacteriúria assintomática, já que a imunossupressão severa é fator de risco para sepse.
- c) Está formalmente indicado triagem e tratamento de bacteriúria assintomática nas gestantes, pois o tratamento desta condição está associado ao menor risco de pielonefrite e de baixo peso ao nascimento.
- d) Os idosos são parte do grupo de risco para bacteriúria assintomática e, portanto necessitam de triagem semestral e tratamento adequado conforme resultado de urocultura.