

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 3 (três) 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 em 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, 10 de janeiro de 2021.

Nome por extenso

Assinatura

QUESTÃO 01

A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica, endêmica na América Latina, provocada pelos fungos do complexo *Paracoccidioides brasiliensis* e pela espécie nova *Paracoccidioides lutzii*. Sobre os aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos:

- o uso de sulfametoxazol-trimetoprim em pacientes que já usam tiazídicos deve ser monitorado, pelo risco de púrpura trombocitopênica.
- por ser uma micose sistêmica, o tratamento inicial de escolha para qualquer forma clínica da doença é a Anfotericina B, devendo ter atenção às suas principais toxicidades, sendo elas: nefrotoxicidade, mielotoxicidade e cardiotoxicidade.
- a razão de acometimento da paracoccidiodomicose na infância varia entre 10 a 15 meninos para cada menina, ao passo que na faixa etária entre adultos a doença se distribui uniformemente entre os sexos.
- a forma clínica da paracoccidiodomicose no paciente com AIDS tende a ser mais branda, tendo em vista que nessa população a contagem de linfócitos T CD4 está diminuída e sua resposta imune aos agentes oportunistas está prejudicada.

QUESTÃO 02

A crescente resistência bacteriana aos antimicrobianos é um problema de saúde global. Uma das principais formas de resistência das Enterobactérias é a produção de beta lactamase de espectro estendido (ESBL), que nada mais são do que enzimas capazes de hidrolisar a maioria das penicilinas, cefalosporinas e monobactâmicos. Sobre a terapia para infecção causada por Enterobactéria produtora de ESBL (ESBL-E):

- por apresentar menor espectro, a piperacilina-tazobactam é primeira escolha em relação ao meropenem, tendo em vista a evidência da literatura de não inferioridade da piperacilina-tazobactam em relação aos carbapenêmicos nos estudos de infecções bacterêmicas por ESBL-E.
- o cefepime deve ser evitado para tratar infecções causadas por ESBL-E, mesmo que seja demonstrada susceptibilidade no antibiograma. Porém, se ele já tiver sido iniciado empiricamente e o paciente apresentar evolução clínica favorável, não haverá necessidade de escalonamento.
- o antibiótico de escolha para cistite não complicada por ESBL-E é o Ertapenem, sendo vantajoso pela apresentação de dose única diária.
- nitrofurantoína e fosfomicina via oral são antimicrobianos que atingem uma boa concentração no parênquima renal e podem ser utilizadas para tratamento ambulatorial de pielonefrite.

QUESTÃO 03

A ampliação do arsenal terapêutico para tratar pessoas vivendo com HIV (PVHIV) ao longo das últimas décadas proporciona ao paciente uma melhor sobrevida. Além disso, o fato de as PVHIV em terapia antirretroviral e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmitirem o vírus HIV por via sexual promove efeito positivo sobre o estigma e autoestigma nessa população, melhorando ainda mais a adesão ao tratamento. Sobre a terapia dupla (lamivudina associado a um segundo antirretroviral) nas PVHIV:

- a terapia dupla com lamivudina e dolutegravir é o esquema inicial de escolha para pacientes virgens de tratamento.
- para indicação da terapia dupla com lamivudina e dolutegravir não importa excluir coinfeção com Hepatite B, já que a lamivudina é primeira escolha para terapia de PVHIV coinfectadas com o vírus B.
- a terapia dupla está indicada em detrimento da terapia tripla convencional quando o paciente demonstra problemas na adesão ao tratamento.
- a terapia dupla deve ser utilizada apenas quando haja contra-indicação clara ao uso de tenofovir, abacavir e zidovudina, sendo o esquema preferencial com lamivudina e dolutegravir.

QUESTÃO 04

Paciente de 50 anos, sexo masculino, tabagista (carga tabágica moderada), porém assintomático e sem uso de medicação crônica, procura o ambulatório para prevenção de doença cardiovascular. Seu exame físico é normal. Exames laboratoriais gerais (incluindo glicemia de jejum e perfil lipídico) são solicitados. Além destes, qual outro exame seria também necessário?

- Eletrocardiograma de 12 derivações, para pesquisa de possível área eletricamente inativa.
- Teste ergométrico, para pesquisa de possível isquemia miocárdica.
- Nenhum outro exame, já que o objetivo é calcular o escore de risco de Framingham.
- Angio-TC coronária, para pesquisa de possível doença arterial coronária obstrutiva.

QUESTÃO 05

Paciente de 75 anos, sexo feminino, hipertensa e dislipidêmica (hipercolesterolemia isolada), procura o ambulatório com queixa de dor torácica aos pequenos a moderados esforços, classificada como de alta probabilidade pré-teste pelo diagrama de Diamond e Forrester (NEJM, 1979). Quais classes de medicamentos deverão ser prescritas na presente consulta médica?

- a) Inibidores da ECA e estatinas.
- b) Inibidores da ECA, anti-agregantes plaquetários e estatinas.
- c) Nenhuma medicação, pois o diagnóstico deverá ser confirmado por exames complementares.
- d) Inibidores da ECA, anti-agregantes plaquetários, estatinas e anti-anginosos.

QUESTÃO 06

Paciente de 60 anos, sexo masculino, hipertenso e dislipidêmico, porém assintomático do ponto de vista cardiovascular, retorna ao ambulatório para prevenção de doença cardiovascular, com risco de evento cardiovascular (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico ou insuficiência cardíaca) fatal ou não-fatal, nos próximos 10 anos, estimado em 16% (risco intermediário). Qual exame poderia reclassificá-lo como de alto risco?

- a) Escore de cálcio coronário.
- b) Proteína C reativa ultrasensível.
- c) Espessura da íntima e da média das carótidas.
- d) Índice tornozelo-braquial.

QUESTÃO 07

Paciente de 20 anos, sexo feminino, previamente hígida, procura o pronto-socorro com queixa de dor torácica (que piora à inspiração profunda e com o decúbito dorsal horizontal) de início após cerca de uma semana do término de um quadro gripal. O ECG de repouso revela a presença de supradesnivelamento do segmento ST na quase totalidade das 12 derivações obtidas. Quais medicações deverão ser prescritas para o tratamento da hipótese diagnóstica mais provável?

- a) Fibrinolíticos e antiagregantes plaquetários.
- b) Anti-inflamatórios não-hormonais e colchicina.
- c) Anti-inflamatórios e relaxantes musculares.
- d) Nenhuma medicação, já que há indicação de cateterismo cardíaco imediato.

QUESTÃO 08

Paciente de 70 anos, sexo masculino, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, procura o pronto-socorro com história de dispneia progressiva secundária a congestão pulmonar iniciada cerca de 3 dias após o diagnóstico de pielonefrite aguda (tratada com antibioticoterapia apropriada, guiada por urocultura). A despeito da piora clínica relatada, persiste hemodinamicamente estável (níveis pressóricos em torno de 120/80 mmHg), embora taquicárdico (FC em torno de 120 bpm, com ritmo regular). Quais classes de medicamentos deverão ser prescritas na unidade de emergência?

- a) Beta-bloqueadores e diuréticos.
- b) Bloqueadores de canais de cálcio e diuréticos.
- c) Drogas vasoativas e vasodilatadores.
- d) Vasodilatadores e diuréticos.

QUESTÃO 09

Paciente de 45 anos, sexo feminino, previamente hígida, procura o ambulatório com queixa de dor torácica classificada como de baixa probabilidade pré-teste pelo diagrama de Diamond e Forrester (NEJM, 1979). Qual exame seria necessário para excluir o diagnóstico de Doença Arterial Coronária (DAC) obstrutiva?

- a) Eletrocardiograma de 12 derivações, para pesquisa de possível área eletricamente inativa.
- b) Teste ergométrico, para pesquisa de possível isquemia miocárdica.
- c) Nenhum exame, pois a baixa probabilidade pré-teste exclui clinicamente o diagnóstico de DAC obstrutiva.
- d) Angio-TC coronária, para pesquisa de possível DAC obstrutiva.

QUESTÃO 10

Paciente de 35 anos, sexo feminino, previamente hígida, procura o pronto-socorro com queixa de palpitações taquicárdicas regulares. Encontra-se bastante ansiosa, porém com nível de consciência normal, boa perfusão periférica, níveis pressóricos e saturação de O₂ à oximetria de pulso normais. O ECG de 12 derivações revela a presença de taquicardia de QRS estreito, regular, com FC = 180 bpm, não responsiva a manobras vagais. Qual a próxima medida a ser implementada?

- a) Administração endovenosa de Adenosina.
- b) Cardioversão elétrica.
- c) Desfibrilação.
- d) Administração endovenosa de Amiodarona.

QUESTÃO 11

Paciente de 85 anos, sexo masculino, portador de angina crônica estável e diabetes *mellitus* tipo 2, procura o pronto-socorro com queixa de palpitações taquicárdicas regulares e dor torácica típica. Encontra-se com nível de consciência rebaixado, perfusão periférica diminuída, níveis pressóricos reduzidos (PA = 70/50 mmHg) e saturação de O₂ à oximetria de pulso inferior a 90%. O ECG de 12 derivações revela a presença de taquicardia de QRS largo, regular, com FC = 160 bpm. Qual a próxima medida a ser implementada?

- a) Administração endovenosa de Adenosina.
- b) Desfibrilação.
- c) Cardioversão elétrica.
- d) Administração endovenosa de Amiodarona.

QUESTÃO 12

Paciente de 80 anos, sexo masculino, comparece ao ambulatório de Cardiologia para realizar um “check up”. Não faz uso de medicação alguma. O paciente nega queixas, porém ao questionar sobre subir um lance de escadas, o mesmo refere que sente fadiga. Relata que há cinco anos sentiu dor retroesternal de forte intensidade após esforço físico, porém não foi ao hospital. Seu exame físico é normal em repouso, apresenta Pressão Arterial de 130/70 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm. Sobre o perfil lipídico apresenta Lipoproteína de baixa densidade (LDL) no valor de 170 mg/dL. Apresenta Eletrocardiograma de repouso com provável área eletricamente inativa em parede anterior. Ao Ecocardiograma Transtorácico, apresenta Fração de Ejeção de Ventrículo Esquerdo de 30%, função sistólica reduzida, hipocinesia em parede anterior. Feito diagnóstico de Insuficiência Cardíaca de etiologia isquêmica, está indicado o tratamento medicamentoso inicial com

- a) Ácido Acetilsalicílico, Atorvastatina, Atenolol, Espironolactona e Losartana.
- b) Ácido Acetilsalicílico, Rosuvastatina, Succinato de Metoprolol, Espironolactona e Enalapril.
- c) Clopidogrel, Atorvastatina, Verapamil, Espironolactona, Enalapril e Digoxina.
- d) Ácido Acetilsalicílico, Rosuvastatina, Verapamil e Losartana.

QUESTÃO 13

Paciente de 52 anos, sexo feminino, tabagista, portadora de Dislipidemia e Hipertensão Arterial Sistêmica. Vem à consulta em uso de Enalapril 10 mg de 12/12h, de Anlodipino na dose de 5 mg de 12/12 horas e Sinvastatina 20 mg à noite. Na consulta, apresenta Pressão Arterial de 120/70 mmHg e Frequência Cardíaca de 68 bpm. Tem Lipoproteína de Baixa densidade (LDL) de 170 mg/dL e Triglicérides de 165 mg/dL. Apresenta escore de Framingham de 21% (risco alto). Para redução do risco cardiovascular, em relação ao LDL, é recomendado:

- a) dobrar a dose de Sinvastatina e refazer perfil lipídico em 6 meses para avaliar a necessidade de substituição por estatina de alta potência como a Rosuvastatina.
- b) associar Sinvastatina ao Ciprofibrato.
- c) substituir Sinvastatina por estatina de alta potência como a Rosuvastatina já nessa consulta.
- d) não realizar alteração na medicação, pois a paciente está assintomática.

QUESTÃO 14

Sobre os agentes antiplaquetários orais, podemos afirmar:

- a) o Prasugrel tem início de ação mais lento do que o Clopidogrel.
- b) o Prasugrel e Clopidogrel são inibidores irreversíveis do receptor adenosina difosfato P2Y₁₂ de plaquetas.
- c) o Ácido Acetilsalicílico tem como principal ação antiplaquetária através da inibição do receptor de trombina PAR-1.
- d) o Ácido Acetilsalicílico tem seu efeito antiplaquetário aumentado quando está associado a medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais como o Ibuprofeno.

QUESTÃO 15

Paciente de 71 anos de idade, sexo masculino, portador de Insuficiência Cardíaca de etiologia isquêmica, com Fração de Ejeção de Ventrículo Esquerdo de 28% e hipocinesia importante de parede anterior ao Ecocardiograma Transtorácico; ao Eletrocardiograma apresenta Ritmo Sinusal, Frequência Cardíaca de 76 bpm, complexo QRS com duração de 110 ms, área eletricamente inativa em parede anterior. A melhor medida para reduzir o risco de morte súbita desse paciente é

- a) cardiodesfibrilador implantável (CDI).
- b) amiodarona 200 mg por dia.
- c) cardiodesfibrilador implantável (CDI) com ressinchronizador.
- d) marcapasso unicameral definitivo.

QUESTÃO 16

Paciente de 73 anos, sexo feminino, portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica e Dislipidemia, sofreu Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) de parede anterior. Foi realizado Angioplastia, implante de 02 stents. Relata melhora após o procedimento, porém desenvolveu outra forma de dor torácica, agora refere dor torácica que piora à inspiração profunda e com decúbito dorsal horizontal. Sobre Pericardite pós IAM, qual assertiva é verdadeira?

- a) Pericardite pós IAM é mais comum depois de sofrer IAM sem supradesnivelamento do segmento ST comparado ao IAM com supradesnivelamento do segmento ST.
- b) A incidência da Pericardite pós IAM precoce aumenta com a terapia fibrinolítica.
- c) A Pericardite clínica só surge depois de 72 horas do infarto.
- d) A incidência da Pericardite pós IAM precoce está relacionada com o tamanho do infarto.

QUESTÃO 17

Sobre o efeito medicamentoso em relação ao perfil lipídico sérico, qual das assertivas é a correta?

- a) Os diuréticos tiazídicos promovem redução dos níveis de triglicerídeos.
- b) Os Betabloqueadores não seletivos promovem aumento nos níveis de Lipoproteínas de alta densidade (HDL).
- c) Os inibidores de protease provocam aumento nos níveis de Colesterol total e Triglicerídeos.
- d) Os corticosteroides promovem redução dos níveis de Triglicerídeos.

QUESTÃO 18

Paciente de 42 anos, sexo masculino, está em avaliação de síncope. Ao exame físico, apresenta sopro sistólico grau 3 em borda esternal esquerda. A intensidade do sopro aumenta com a manobra de Valsalva e diminui quando o paciente fica de cócoras. O diagnóstico mais provável é:

- a) Cardiomiopatia restritiva.
- b) Insuficiência Aórtica.
- c) Coarctação de aorta.
- d) Cardiomiopatia hipertrófica.

QUESTÃO 19

Na Policitemia vera ocorre eritrocitose acentuada podendo levar à:

- a) Fibrose pulmonar.
- b) Colestase.
- c) Eventos trombóticos.
- d) Insuficiência renal.

QUESTÃO 20

No hemograma de paciente com síndrome mielodisplásica apresenta mais frequentemente:

- a) Neutropenia.
- b) Anemia.
- c) Pancitopenia.
- d) Trombocitopenia.

Leia o caso clínico a seguir e responda às questões 21 e 22.

Paciente 60 anos, diabético e tabagista, iniciou com quadro há 02 meses de picos pressóricos, evoluindo com edema de membros inferiores, astenia e redução do débito urinário (refere função renal há 06 meses sem alterações). Nega demais comorbidades prévias. Refere medidas pressóricas residenciais na última semana com média de pressão arterial (PA) 160 x 110 mmHg. Ao exame físico, paciente apresentava-se com ausculta pulmonar com crepitações bibasais, exame cardiovascular com ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, sem sopros e PA em ambos os membros superiores de 170 x 100 mmHg. Membros inferiores com edema 2+/4+ bilateral, panturrilhas livres. Exames laboratoriais evidenciaram Creatinina 4,0, Ureia 100, LDL 70, Glicemia de Jejum 120 mg/dL. Ecocardiografia transtorácica com Fração de Ejeção 55%, presença de Hipertrofia Ventricular Esquerda.

QUESTÃO 21

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia e sobre hipertensão arterial:

- o paciente do caso clínico referido apresenta diagnóstico de hipertensão arterial estágio 3 e risco cardiovascular alto, necessitando de terapia não farmacológica associado a terapia farmacológica com combinação de fármacos.
- deve-se avaliar o risco cardiovascular global em todos os indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial visando conhecer o prognóstico do paciente, porém essa avaliação não interfere na decisão terapêutica.
- o tratamento não medicamentoso para controle de Hipertensão Arterial envolve vários aspectos, como controle ponderal, padrão alimentar, cessação do tabagismo, porém a medida não farmacológica de maior impacto no controle pressórico é a redução na ingestão de sódio (redução da pressão arterial em 20-30%).
- o mecanismo da hipertensão arterial no idoso mais comum é o enrijecimento da parede arterial dos grandes vasos e, nesta população, existem fortes evidências científicas comprovando benefício de um controle pressórico mais rigoroso, com impacto em mortalidade.

QUESTÃO 22

Sobre hipertensão arterial secundária e o caso clínico referido, marque a alternativa correta.

- No caso clínico em questão deve-se investigar hipertensão renovascular, pois o paciente apresenta indicadores clínicos de alta probabilidade da doença, já que tem hipertensão arterial grave e com insuficiência renal progressiva.
- A hipertensão arterial secundária tem prevalência de 20 a 30% e, sendo assim, deve ser investigada em todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial.
- No caso clínico em questão deve-se suspeitar de hiperaldosteronismo primário, pois é muito prevalente em hipertensos (> 50%) e o primeiro exame a ser realizado para rastreamento desta patologia é o teste com captopril.
- A Síndrome da Apneia Hipopneia do Sono (SAHOS) é uma das causas de hipertensão arterial secundária, possuindo fatores de risco como sexo feminino e idade, sendo que a perda ponderal não apresenta nenhum impacto na melhora clínica destes pacientes.

QUESTÃO 23

Paciente, 50 anos, sexo feminino, portadora de estenose mitral importante, procurou consultório do cardiologista com quadro de palpitações taquicárdicas diárias de início há aproximadamente 02 meses. Nega demais comorbidades. Nega uso de medicações contínuas. Ao exame físico, ritmo cardíaco irregular com frequência cardíaca (FC) 130 bpm, primeira bulha hiperfonética, sopro diastólico em ruflar 3+/6+ mais audível em foco mitral. Eletrocardiograma (ECG) com evidência de fibrilação atrial (FA). Sobre o caso clínico referido marque a alternativa correta.

- A paciente apresenta escore CHA2DS2VASC 1 e, portanto, não apresenta indicação de anticoagulação plena, porém necessita de profilaxia para endocardite com Penicilina Benzatina a cada 21 dias.
- Através do estudo AFFIRM (NEJM 2002), pode-se evidenciar o impacto em mortalidade no tratamento visando controle de ritmo em pacientes portadores de fibrilação atrial, sendo esta a estratégia terapêutica a ser recomendada neste caso.
- A paciente necessita de tratamento para controle dos sintomas associado à intervenção cirúrgica devido diagnóstico de estenose mitral importante sintomática. Além disso, deve-se introduzir o uso de anticoagulação plena com Varfarina por quadro de FA valvar.
- Estenose mitral no Brasil tem como principal etiologia a calcificação do anel mitral, denominada estenose mitral degenerativa.

QUESTÃO 24

Paciente, 52 anos, Hipertenso e Diabético, admitido em unidade hospitalar com quadro de dor torácica retroesternal, com irradiação para membro superior esquerdo e dorso, associado a náuseas e sudorese, de início há 3 horas. Realizado ECG com evidência de supra ST em derivações dII, dIII e aVF. No momento paciente sudoreico, PA 60 x 40 mmHg, FC 120 bpm, SatO₂ 90%. Marque a alternativa mais adequada em relação à conduta a ser tomada neste caso.

- Marcadores de necrose miocárdica são fundamentais para auxiliar no diagnóstico e prognóstico de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, porém em casos de Síndrome Coronariana Aguda com Supra ST, como o caso referido, não se deve aguardar o resultado dos marcadores bioquímicos para realizar a terapia de reperfusão.
- O paciente deve ser submetido à fibrinólise de urgência, apesar do serviço possuir serviço de hemodinâmica com tempo porta-balão < 90min, pois a terapia fibrinolítica nestes casos apresenta maior impacto em mortalidade.
- O uso de enoxaparina deve ser administrado associado à aspirina 160 – 325mg, inibidor de glicoproteína IIb/IIIa, betabloqueador endovenoso e nitrato.
- Deve-se dosar marcadores de necrose miocárdica de forma imediata, sendo que a evidência de resultado positivo é equivalente ao diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, não havendo a necessidade de investigação de demais etiologias.

QUESTÃO 25

Sobre Nefropatia Induzida por Contraste (NIC), marque a alternativa correta.

- A evolução clínica da NIC é caracterizada por elevação da creatinina sérica nas primeiras 12 horas após exposição, atingindo seu pico em 24h.
- Os pacientes com mieloma múltiplo e doença renal, principalmente nefropatia diabética, são os mais susceptíveis.
- Acredita-se que a NIC é atribuída a hipóxia da medula renal externa, lesão citotóxica dos túbulos por mecanismo direto e obstrução tubular transitória, sendo os contrastes com menor osmolalidade os de maior risco de induzir esta patologia.
- Conforme observado no estudo PRESERVE, o uso rotineiro de N-Acetilcisteína é fortemente recomendado como forma de prevenção de nefropatia induzida por contraste.

QUESTÃO 26

Paciente, sexo feminino, 47 anos, portadora de diabetes *mellitus* tipo 2, em uso Dapaglifozina 10mg/dia, é admitida na unidade hospitalar com quadro há 01 dia de náuseas, vômitos, prostração e dor abdominal difusa. Ao exame físico apresentava-se desidratada 2+/4+, taquipneica, SatO₂ (96%), FC 110 bpm, PA 90 x 60 mmHg. Ausculta pulmonar com murmúrios fisiológicos sem ruídos adventícios. Abdome doloroso à palpação profunda difusa. Exames laboratoriais com leucocitose 12.400, gasometria com pH 7.0, bicarbonato sérico 9.0, glicemia 126 mg/dL. Marque a alternativa mais adequada em relação ao diagnóstico provável deste caso clínico.

- O diagnóstico provável da paciente é de sepse de foco abdominal, devendo-se excluir a possibilidade de Cetoacidose Diabética ou Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico já que a paciente apresenta glicemia < 250 mg/dL.
- A paciente apresenta diagnóstico de CAD, provavelmente induzido pelo uso de um inibidor da DDP-4, cujo mecanismo de ação é estabilização do GLP-1 endógeno, não havendo necessidade de investigação de demais fatores desencadeantes.
- O provável diagnóstico da paciente é Cetoacidose Diabética (CAD), pois a mesma apresenta pH < 7,3, bicarbonato < 15 e quadro clínico sugestivo, sendo a glicemia < 250 mg/dL não exclui o diagnóstico, já que a paciente encontra-se em uso de inibidor do cotransportador sódio-glicose2 (SGLT2).
- O diagnóstico provável da paciente é CAD e os principais fatores etiológicos desta patologia são o uso irregular de medicações hipoglicemiantes e o uso de drogas ilícitas, sendo que fatores infecciosos são causas raras.

Leia o caso clínico a seguir e responda às questões 27 e 28.

Paciente, sexo masculino, 65 anos, admitido na emergência de um hospital terciário com quadro de hemiparesia em dimídio esquerdo associado a cefaleia, desvio de rima labial à direita e disartria de início há cerca de 2h. Comorbidades: Hipertensão arterial e dislipidemia. À admissão apresentava-se consciente, pressão arterial 190 x 120 mmHg, eupneico.

QUESTÃO 27

Sobre este caso clínico, marque a alternativa mais adequada do provável diagnóstico do paciente.

- A principal hipótese diagnóstica é Acidente Vascular Encefálico e, sendo assim, o exame de neuroimagem deve ser realizado com urgência para determinar a etiologia isquêmica ou hemorrágica, lembrando sempre de descartar inicialmente demais hipóteses diagnósticas, como hipoglicemia.

- b) Hipoglicemia não é uma hipótese diagnóstica a ser considerada neste caso, visto que a elevada suspeita clínica de Acidente Vascular Encefálico (AVE) neste caso dispensa a necessidade de verificação de glicemia.
- c) A principal hipótese diagnóstica é AVE hemorrágico, já que o paciente encontra-se hipertenso e com cefaleia, sendo contraindicado a administração de ativador tecidual de plasminogênio recombinante (rtPA) e, portanto, não havendo necessidade de exame de neuroimagem para confirmação diagnóstica.
- d) O paciente possui diagnóstico de Ataque Isquêmico Transitório (AIT), pois apresenta início dos sintomas neurológicos < 24h e, portanto, a realização imediata de uma Tomografia Computadorizada de Crânio com resultado sem alterações isquêmicas agudas descarta a hipótese de AVE.

QUESTÃO 28

Considerando que o paciente do caso clínico tenha realizado exame de neuroimagem (Tomografia de Crânio sem contraste) em 20 minutos após admissão hospitalar com resultado normal (ausência de hemorragia), assinale a alternativa adequada sobre o tratamento deste paciente.

- a) A administração de ativador tecidual de plasminogênio recombinante (rtPA) apresenta benefício significativo em morbi-mortalidade evidenciado por estudo do *The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)* e deve ser realizado imediatamente no paciente em questão, desde que administrado em <3h do início dos sintomas.
- b) A administração de rtPA no paciente em questão apresenta benefício, porém para tal conduta deve-se controlar o pico pressórico do paciente, mantendo uma pressão arterial <185/110 mmHg e, realizar a medicação após tal medida em <3h do início dos sintomas do paciente.
- c) A administração de rtPA deve ser realizada imediatamente no paciente em questão, sendo a dose ideal 0,9mg/kg endovenoso, sendo 10% da dose total administrada em bolus, seguidos por administração do restante da dose total em 1h.
- d) Considera-se contraindicações absolutas à administração de rtPA: uso de heparina nas últimas 72h, AVE ou traumatismo craniano prévio nos últimos 6 meses, hemorragia digestiva nos últimos 3 meses e glicemia capilar > 250 mg/dL.

QUESTÃO 29

O tromboembolismo venoso (TEV), englobando Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e Trombose Venosa Profunda (TVP), é responsável por milhares de mortes anualmente, além dos possíveis efeitos não fatais a longo prazo gerando redução da morbidade dos pacientes acometidos. Sobre TEV, com enfoque em TEP:

- a) a fisiopatologia da doença envolve a redução da resistência vascular pulmonar, hipoxemia, hipoventilação alveolar devido à estimulação reflexa dos receptores irritantes, *shunt* esquerda-direita e aumento da complacência pulmonar.
- b) o quadro clínico em geral é inespecífico, sendo a suspeita clínica fundamental. A dispneia é o sintoma mais frequente e a alteração eletrocardiográfica mais comum é o padrão “S1Q3T3”. Nestes casos, a solicitação de d-dímero é necessária para o diagnóstico devido à sensibilidade e especificidade elevada deste teste.
- c) as principais indicações de filtro de veia cava inferior são hemorragia ativa com impedimento ao uso de anticoagulação e embolia pulmonar recorrente a despeito de anticoagulação bem documentada. Além destas, em casos de embolia pulmonar submaciça o uso de filtro de veia cava inferior associado a trombólise é essencial para o tratamento e deve ser sempre indicada.
- d) a embolia pulmonar pode apresentar uma elevação súbita da pressão da artéria pulmonar, elevando a pós-carga ventricular direita, podendo levar à dilatação e disfunção do ventrículo direito (VD). Em casos de Embolia Pulmonar Maciça, o aumento na tensão da parede do VD resulta em isquemia, podendo levar a infarto do VD e colapso circulatório.

QUESTÃO 30

A cirrose hepática é uma condição com uma ampla variedade de manifestações clínicas e complicações. Sobre esta patologia, marque a alternativa correta.

- a) A ascite pode ser uma das manifestações clínicas de um paciente portador de cirrose hepática, sendo a Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) uma complicação rara porém grave e seu diagnóstico é definido por contagem de neutrófilos absoluta no líquido ascítico >500/mm³.
- b) A encefalopatia hepática é uma síndrome clínica comum em portadores de doença hepática crônica, com curso flutuante e caráter progressivo, apresentando tratamento multifatorial, além de investigação e tratamento de fatores precipitantes, como infecção e distúrbios hidroeletrólíticos.
- c) A síndrome hepatorenal (SHR) é uma forma de insuficiência renal que acomete aproximadamente 50% de portadores de cirrose hepática avançada. Pode ser definida em SHR tipo 1, caracterizada por redução da taxa de filtração glomerular (TFG) e aumento sérico de creatinina de forma constante, e SHR tipo 2, definida por redução da TFG rapidamente progressiva e com pior prognóstico.

- d) A hipertensão portal é uma das manifestações clínicas do quadro de cirrose hepática, sendo definida como gradiente de pressão venosa hepática $>15\text{mmHg}$, ocasionada por uma combinação de fluxo sanguíneo esplâncnico reduzido secundário à vasoconstrição do leito vascular esplâncnico e resistência intra-hepática reduzida.

QUESTÃO 31

Um homem de 47 anos comparece ao departamento de emergência referindo diarreia há dois dias. Sobre este cenário, afirma-se:

- a) a avaliação sorológica e/ou fecal num paciente com diarreia aguda está indicada quando houver febre $\geq 38^\circ\text{C}$, dor abdominal grave, idosos acima de 70 anos, ou imunocomprometidos.
- b) o exame estrutural por sigmoidoscopia ou colonoscopia pode ser apropriado nos pacientes com 3 ou mais episódios ao ano de diarreia aguda e autolimitada.
- c) a reposição isolada de líquidos é insuficiente como forma de expansão volêmica, devendo-se utilizar soluções com glicose e eletrólitos.
- d) nos casos de disenteria, pode-se utilizar agentes anti-secretores e antimotilidade, como a loperamida, como adjuvantes ao tratamento.

QUESTÃO 32

Você está avaliando um homem de 32 anos que se apresenta com úlceras genitais. Sobre esta condição clínica:

- a) são causas habituais a infecção por herpes vírus simples, *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, e *Haemophilus ducreyi*.
- b) a biopsia das lesões está indicada sempre que houver história de úlceras genitais em pacientes com idade ≥ 50 anos, para se excluir lesões neoplásicas.
- c) mesmo que a pesquisa laboratorial para sífilis seja inicialmente negativa, pode-se tratar um paciente empiricamente se houver suspeita epidemiológica para tal doença.
- d) tanto para a sífilis quanto para o cancroide, o tratamento de escolha se faz com penicilina benzatina.

QUESTÃO 33

Sobre a anemia ferropriva, afirma-se:

- a) não se justifica tratamento empírico antes de investigar possíveis causas de sangramento.
- b) os sais de ferro devem ser administrados com as refeições para facilitar a absorção duodenal.
- c) observa-se aumento do número de linfócitos e risco aumentado de intoxicação por cromo.
- d) deve-se pesquisar doença celíaca ou infecção por *H. pylori* quando não houver resposta ao tratamento.

QUESTÃO 34

Um paciente sob ventilação mecânica com PEEP = 10 cmH₂O tem seus parâmetros ajustados para PEEP = 14 cmH₂O. Alguns minutos depois, nota-se queda da pressão arterial e elevação da frequência cardíaca. Nesse cenário, deve-se:

- a) aumentar a FiO₂ em 10%.
- b) diminuir a PEEP para 10 cmH₂O.
- c) iniciar infusão de noradrenalina.
- d) diminuir a pressão de pico inspiratório.

QUESTÃO 35

Sobre vasopressores na terapia intensiva:

- a) a noradrenalina diminui o pH intramucoso e aumenta o lactato periférico.
- b) a dopamina aumenta o shunt intrapulmonar e diminui a PaCO₂.
- c) a acidose láctica com vasopressor ocorre devido a vasoconstrição periférica e glicogenólise aumentada.
- d) a vasopressina pode ser utilizada como alternativa à noradrenalina em pacientes com choque séptico.

QUESTÃO 36

Sobre o manejo de um paciente crítico com choque séptico, afirma-se:

- a) para pacientes com choque séptico e lactato >2 nmol/L, deve-se iniciar cristaloides e vasopressores simultaneamente, e, posteriormente, descalonar o vasopressor.
- b) as terapias vasopressoras de escolha devem ser feitas com norepinefrina associada à vasopressina.
- c) Dobutamina deve ser associada ao tratamento nos pacientes com resposta inapropriada aos vasopressores, com o objetivo de se obter $\text{SvcO}_2 >70\%$.
- d) corticoides não devem ser administrados de rotina, mas são apropriados no choque séptico refratário à ressuscitação com fluidos e vasopressores.

QUESTÃO 37

Sobre a artrite reumatoide:

- a) a presença de fator reumatoide positivo é suficiente para o diagnóstico de artrite reumatoide, mesmo que ainda não tenha manifestação de sintomas.
- b) a síndrome de Felty é caracterizada por artrite reumatoide associada à esplenomegalia e pancitopenia, e apresenta maior mortalidade.
- c) rigidez articular noturna e calcificações nas articulações das mãos e punhos são características da doença.
- d) corticoides melhoram a dor e a inflamação das articulações, e podem modificar o curso natural da doença.

QUESTÃO 38

São considerados marcadores de gravidade para pancreatite aguda grave:

- a) ureia <20 mg/dL.
- b) baixo peso ($\text{IMC} <20$ kg/m²).
- c) hemoconcentração.
- d) hipocalcemia.

QUESTÃO 39

Paciente de 76 anos, portador de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, descobre recentemente ser portador de fibrilação atrial. Sobre a profilaxia de acidente vascular cerebral nesses pacientes:

- a) não está indicado o uso de anticoagulantes orais após a cardioversão e manutenção do ritmo sinusal.
- b) antiagregantes plaquetários não são eficazes, e não devem ser utilizados para profilaxia de AVC.
- c) apesar da necessidade de monitorização da sua atividade, a varfarina apresenta menor risco de sangramento intracraniano nesses pacientes.
- d) os anticoagulantes orais diretos (DOAC) são mais eficazes que a varfarina em prevenir AVC, independente da droga e a dose escolhida.

QUESTÃO 40

Qual das medicações abaixo estaria melhor indicada em um paciente diabético que apresentou hospitalização recente por insuficiência cardíaca?

- a) Saxagliptina.
- b) Liraglutida.
- c) Rosiglitazona.
- d) Empagliflozina.

Leia o caso clínico a seguir e responda às questões 41 a 44.

Paciente sexo masculino, 48 anos, dá entrada na unidade hospitalar, conduzido por familiares, com história de astenia há 5 dias. Ao avaliar paciente no pronto atendimento, o mesmo refere que apresenta febre vespertina há aproximadamente 25 dias, de 38,3°C. Refere não ter outros sintomas associados, exceto uma leve odinofagia. Refere ainda que, durante os momentos febris, sente muita dor no corpo, mas fora das crises se sente bem. Paciente não apresenta dados relevantes de antecedentes patológicos. Ao examiná-lo, você percebe um gânglio cervical à direita, aumentado, levemente doloroso e pouco móvel. Restante do exame físico sem alterações.

QUESTÃO 41

Sobre o raciocínio clínico diante do caso, é imperativo aplicar as evidências diante dos dados descritos. A construção de hipóteses clínicas segue algumas técnicas sempre com objetivo de buscar a maior probabilidade pré-teste possível da verdade diagnóstica. Diante da apresentação clínica do caso anterior e seu contexto descrito, a melhor técnica para construção de hipóteses diagnósticas é:

- a) abordagem sindrômica.
- b) construção hipotético dedutiva.
- c) reconhecimento de padrões.
- d) hipótese probabilística.

QUESTÃO 42

Analisando o contexto clínico descrito, suas respectivas informações e forma de apresentação, a hipótese clínica pode melhor ser trabalhada na perspectiva de uma manifestação:

- a) consumptiva em potencial.
- b) viral.
- c) miastênica.
- d) febril de origem indeterminada.

QUESTÃO 43

Considerando a manifestação mais evidente do caso e a forma de apresentação, a hipótese menos provável, para o contexto do paciente, seria:

- a) neoplasia.
- b) doença infecciosa bacteriana.
- c) doença autoimune.
- d) SIDA.

QUESTÃO 44

Na investigação diagnóstica, a abordagem do método clínico visa, após definir a melhor probabilidade pré-teste da hipótese, selecionar exames de acordo com sua melhor sensibilidade e especificidade, com objetivo de elevar a probabilidade pós-teste da hipótese, conhecendo e respeitando as limitações de cada método, observando custos e considerando as chances de resultados falso positivo e falso negativo. Dentro deste contexto, o melhor subconjunto inicial de exames, na busca pelo diagnóstico, seria:

- a) ultrassom de abdômen e hemoculturas.
- b) hemograma e bioquímica geral.
- c) ressonância magnética de tórax e abdômen.
- d) punção aspirativa do gânglio cervical.

Leia o caso clínico a seguir e responda às questões 45 a 49.

Paciente de 32 anos, sexo masculino, dá entrada no pronto atendimento com quadro de confusão mental e tremor de extremidades. Familiar refere que paciente apresenta quadro de náuseas e vômitos há três dias. Ao abordar o paciente você percebe que o mesmo está corado, anictérico, acianótico e afebril. Na ausculta, o que chama atenção é um atrito pericárdico e níveis tensionais elevados.

QUESTÃO 45

Avaliando a probabilidade pré-teste das hipóteses, o contexto clínico descrito no caso mais se aproxima de uma síndrome:

- a) urêmica.
- b) meníngea.
- c) inflamatória.
- d) pós ictal.

QUESTÃO 46

Considerando o provável diagnóstico sindrômico do caso, a principal conduta terapêutica imediata seria:

- a) hemodiálise.
- b) antibioticoterapia endovenosa.
- c) anti-inflamatório endovenoso.
- d) hidantalização.

QUESTÃO 47

Considerando que, previamente, o paciente era saudável e com exames de bioquímica geral normais, e que, o contexto clínico é agudo, uma hipótese diagnóstica plausível e mais provável seria:

- a) neoplasia cerebral.
- b) lúpus eritematoso sistêmico.
- c) febre reumática.
- d) meningite viral.

QUESTÃO 48

Do ponto de vista etiológico que justifica a apresentação sindrômica do caso, mais provavelmente estamos diante de uma:

- a) glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- b) manifestação epiléptica.
- c) reação de hipersensibilidade.
- d) doença por *haemophilus influenzae*.

QUESTÃO 49

Para trabalhar o diagnóstico com mais precisão, otimizando a probabilidade pós-teste e buscando terapêutica mais adequada, a melhor conduta é:

- a) ressonância magnética de crânio.
- b) dosagem de complemento e antiDNA.
- c) coleta e análise de líquido.
- d) biópsia renal.

QUESTÃO 50

Paciente, 38 anos, sexo masculino, dá entrada no pronto atendimento conduzido por familiares devido quadro de letargia há 12 horas. O mesmo não consegue se comunicar bem no momento. Familiares referem que paciente vem apresentando, há 3 meses, dificuldade de concentração, mudança de humor e se comportando diferente do habitual. Além disso, referem que paciente apresentou perda de peso nos últimos 2 meses. O mesmo não apresenta histórico de antecedentes pessoais. Ao exame físico, o que chama atenção é, além do emagrecimento, mudança da pigmentação na palma das mãos e em mucosa oral, com lesões hiperocrômicas. Considerando o contexto do quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica e a causa da manifestação inicial descrita é:

- a) neoplasia endócrina múltipla tipo 1 / hipomagnesemia.
- b) tuberculose ganglionar / hiponatremia.
- c) acidose tubular renal tipo V / hiponatremia.
- d) insuficiência supra renal / hipercalcemia.