



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI (HU) - EDITAL 19/2013

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMA COM PRÉ-REQUISITO CARDIOLOGIA

DATA: 26/01/2014

HORÁRIO: das 08 às 10 horas

LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O CADERNO DE QUESTÕES

- ☒ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ☒ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ☒ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta** ou **azul, escrita grossa.**
- ☒ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

01. Considere o quadro: Homem, 21 anos de idade, apresenta quadro agudo caracterizado inicialmente por náuseas, febre baixa e dor abdominal na região mesogástrica. Algumas horas mais tarde, a dor ficou mais intensa, localizada no quadrante inferior direito (QID). Ao exame clínico, o abdome encontrava-se com rigidez da musculatura local e descompressão súbita intensamente dolorosa no QID. Considerando o quadro clínico apresentado, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) Cólica biliar.
 - (B) Cólica nefrética.
 - (C) Apendicite aguda.
 - (D) Infecção urinária.
 - (E) Diverticulite em divertículo de Meckel.
02. Considere o quadro: Mulher, 32 anos de idade, apresenta quadro clínico caracterizado por diarreia crônica, desnutrição, fístula perianal complexa, artrite periférica e eritema nodoso. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) Retocolite ulcerativa idiopática.
 - (B) Doença de Behçet.
 - (C) Doença de Whipple.
 - (D) Doença de Crohn.
 - (E) Doença celíaca.
03. Considere o quadro: Paciente com manifestações clínicas caracterizadas por pirose retroesternal, epigastralgia em queimação, eructações e regurgitação, de caráter crônico e recorrente. O principal mecanismo fisiopatológico para esta doença é:
- (A) Infecção por *Helicobacter pylori*.
 - (B) Relaxamento transitório e inapropriado do esfíncter esofágico inferior.
 - (C) Hipergastrinemia.
 - (D) Processo inflamatório antral com disfunção de células D e redução de secreção de somatostatina.
 - (E) Hipercloridria.
04. Considere o quadro: Mulher, 25 anos, história gestacional de dois partos a termo, apresenta quadro clínico caracterizado por dor abdominal aguda e persistente, de forte intensidade, localizada no andar superior do abdome, com irradiação para o dorso, associada à náusea, a vômitos e à distensão abdominal. Para confirmação da principal hipótese diagnóstica, o primeiro exame a ser indicado é:
- (A) Ressonância magnética de abdome.
 - (B) Tomografia computadorizada de abdome.
 - (C) Eletrocardiograma.
 - (D) Dosagem sérica de troponina.
 - (E) Dosagem sérica de amilase e/ou lipase.
05. Considere o quadro: Adolescente do sexo feminino, 14 anos de idade, com elevação persistente de aminotransferases por mais de seis meses. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) Hepatite autoimune.
 - (B) Hepatite A.
 - (C) Cirrose biliar primária.
 - (D) Doença de Wilson.
 - (E) Hemocromatose.

Com base no quadro abaixo descrito, responda as questões 06 e 07.

Paciente do sexo masculino, 60 anos, branco, natural de Pernambuco, no RJ há 40 anos, internou na emergência com febre, icterícia, oligúria, dor e aumento do volume abdominal. Os familiares referiam que o paciente havia recebido transfusão de sangue em 1960 e era etilista de 15g de álcool por dia, há 30 anos. Ao exame, apresentava desorientação, “flapping” espontâneo e ascite moderada, com dor à descompressão. Exames complementares: anti-HCV(-); HBsAg(-); anti-HBc total(+); HBeAg(+), Na= 132 mEq/l; K= 4,0 mEq/l; creatinina sérica= 2,5 mg/dL; EAS normal; líquido ascítico com 850 cels/mm³ e 40% de polimorfonucleares; RX de tórax com derrame pleural à direita.

06. O provável diagnóstico etiológico da hepatopatia é:

- (A) Esquistossomose hepato-esplênica.
- (B) Cirrose pelo vírus da hepatite B.
- (C) Cirrose pelo vírus da hepatite C.
- (D) Cirrose alcoólica.
- (E) Hepatocarcinoma.

07. A oligúria deve ser consequência de:

- (A) Vasoconstrição renal.
- (B) Desidratação.
- (C) Obstrução de vias urinárias.
- (D) Necrose tubular aguda.
- (E) Síndrome de Berger.

Com base no quadro abaixo descrito, responda as questões 08 e 09.

Paciente do sexo masculino, 68 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é admitido na emergência com dispneia, febre e dor torácica à direita do tipo pleurítica de início há 24 horas. Exame clínico: torporoso, cianótico, presença de broncoespasmo importante e febril (temperatura axilar de 39°C). Sinais vitais: PA= 90X40 mm Hg; FC= 110bpm; FR= 48 irpm, com uso de musculatura acessória. R-X tórax: hipotransparência homogênea em terço inferior do hemitórax direito. Laboratório de admissão: leucócitos= 4.800 cel/mm³ (0 /0 /0 /15 /68 /12 /4), sódio = 133 mEq/L, potássio= 5 mEq/L, gasometria arterial (FiO₂= 21%), pH= 7.18, PaO₂=45mmHg, PaCO₂ =82 mmHg, HCO₃= 20 mEq/L, SatO₂=87%.

08. As condutas diagnóstica e terapêutica inicial deverão ser:

- (A) Coleta de culturas, antibioticoterapia, broncodilatador, reposição volêmica e suporte ventilatório invasivo.
- (B) Angiotomografia de tórax, heparinização plena, broncodilatador e suporte ventilatório invasivo.
- (C) Ecocardiograma transtorácico, broncodilatador, aminas vasopressoras e suporte ventilatório não invasivo.
- (D) Tomografia de tórax, antibioticoterapia, aminas vasoativas e suporte ventilatório não invasivo.
- (E) Cateterismo e angioplastia.

09. O distúrbio mostrado na gasometria arterial é acidose

- (A) respiratória aguda.
- (B) mista crônica.
- (C) respiratória crônica.
- (D) mista aguda.
- (E) metabólica pura.

10. Considere o quadro: Paciente do sexo masculino, 72 anos, é internado com fratura de quadril. Tem história de prostactetomia há um ano por “aumento da próstata”. O ortopedista solicita um parecer pré-operatório. Em relação à profilaxia da trombose venosa profunda e do tromboembolismo, deve-se prescrever:
- (A) Heparina não fracionada até a véspera da cirurgia, mantendo com anticoagulante oral por uma semana depois da alta hospitalar.
 - (B) Anticoagulante oral no pré e no pós-operatório, sem estender após a alta.
 - (C) Heparina de baixo peso molecular, mantida por 3 semanas depois da alta hospitalar.
 - (D) Compressão pneumática intermitente no pré e pós-operatório e meias elásticas após a alta.
 - (E) Warfarina contínua.
11. Considere o quadro: Paciente do sexo masculino, 45 anos, ASA 1, em pós-operatório imediato de colecistectomia com incisão mediana. Encontra-se despertável quando chamado, cianose labial (1+/ 4+), sudoreico, com FR = 26 irpm, PA = 150 X 95 mmHg, FC = 96 bpm, SpO2 = 91%. Apesar de não aparentar desconforto, foi colocada a máscara de oxigênio com FIO2 40% e realizada radiografia de tórax, que foi normal. A principal hipótese diagnóstica deverá orientar para a seguinte conduta:
- (A) Aquecimento e analgesia.
 - (B) Sedação e anti-hipertensivo.
 - (C) Analgesia e CPAP.
 - (D) Heparinização plena e anti-hipertensivo.
 - (E) Reabordagem cirúrgica.
12. Considere o quadro: Paciente do sexo masculino, com 49 anos de idade, diabético, evoluiu no pós-operatório de colectomia subtotal por neoplasia de cólon, com a seguinte gasometria: pH = 7,24; pO2 = 90 mmHg; pCO2 = 23mmhg; Bic= 13mEq/l; Apresenta ainda Na = 133mEq/l; Cloro = 109 mEq/l. O tipo de acidose metabólica e sua causa são:
- (A) Acidose com ânion *gap* alterado, provável cetoacidose diabética.
 - (B) Acidose com ânion *gap* normal, provável perda de bicarbonato.
 - (C) Acidose com ânion *gap* normal, provável cetoacidose diabética.
 - (D) Acidose com ânion *gap* alterado, perda de bicarbonato.
 - (E) Acidose com ânion *gap* normal, acidose tubular renal pós-cirúrgica.
13. Considere o quadro: Paciente asmático dá entrada no PS, não conseguindo falar, com taquidispneia importante, cianose e com tiragem intercostal. Ao exame físico, apresenta-se sonolento, dispneico, com murmúrio vesicular difusamente diminuído, raros sibilos e pulso paradoxal. FC= 120 bpm; FR= 36 mov/min. A melhor conduta para este paciente é:
- (A) Ser imediatamente intubado e sedado.
 - (B) Ser tratado com adrenalina endovenosa.
 - (C) Receber antibioticoterapia desde o início da medicação.
 - (D) Receber corticoide como primeira medicação.
 - (E) Fazer inicialmente inalação com beta estimulante.
14. Você é chamado para avaliar um paciente internado em enfermaria, o qual se encontra inconsciente. O paciente não respira e não tem pulso. Você começa as manobras de reanimação cardiopulmonar e, ao monitorizar o paciente, você evidencia ritmo cardíaco de fibrilação ventricular. A prioridade neste instante deve ser:
- (A) Submeter o paciente à intubação orotraqueal.
 - (B) Cardioverter o paciente a 200 J.
 - (C) Providenciar um acesso venoso e prescrever amiodarona 300mg.
 - (D) Desfibrilar com 360J.

- (E) Providenciar acesso venoso, prescrever adrenalina 1,0 mg EV, após um *bolus* de 10 ml de soro fisiológico 0,9% e levantar o braço do paciente.

15. Considere a seguinte prescrição:

- I. Jejum até a segunda ordem;
- II. Nitroglicerina 50 mg a 0,9% 500ml endovenoso (EV), a critério médico;
- III. Enoxaparina 60 U subcutâneo;
- IV. Propranolol 40 mg, via oral 8/8 horas;
- V. AAS 200mg V.O agora;
- VI. Diazepam 5 mg V.O 8/8 horas;
- VII. Cateter de O₂ 4ml/min;
- VIII. Repouso absoluto no leito.

Das situações abaixo, a prescrição acima pode ser usada para:

- (A) Tromboembolismo pulmonar.
 - (B) Dissecção aórtica.
 - (C) Emergência hipertensiva.
 - (D) Angina instável.
 - (E) IAM, com comprometimento de ventrículo direito.
16. Considere o quadro: Paciente do sexo feminino com 76 anos de idade, hipertensa de longa data, procurou o Pronto-Socorro com queixa de tontura e cefaleia occipital. Verificando-se PA = 190x120 mmHg, a paciente foi liberada logo após receber 10mg de nifedipina sublingual. Três horas após alta, a paciente evoluiu com desvio da rima labial, disartria e hemiparesia completa à direita. O diagnóstico mais provável para este quadro é:
- (A) Hemorragia subaracnoide por ruptura de aneurisma cerebral.
 - (B) Hipertensão rebote, pós-nifedipina.
 - (C) AVC isquêmico.
 - (D) AVC hemorrágico hipertensivo.
 - (E) Encefalopatia hipertensiva.
17. Considere o quadro: Paciente do sexo masculino, com 75 anos de idade, é fumante, usava abusivamente café, tem osteoartrose grave e refere, há 3 meses, epigastralgia e perda de peso. A endoscopia revelou úlcera em corpo gástrico, cuja biópsia revelou material necrótico, compatível com fundo de úlcera. A pesquisa de *Helicobacter pylori* na lesão foi positiva à coloração hematoxilina - eosina (HE). A conduta mais adequada para o tratamento é:
- (A) Mediar com claritromicina, tinidazol e pantoprazol por sete dias, manter pantoprazol por mais uma semana e solicitar endoscopia se não houver melhora dos sintomas com o tratamento.
 - (B) Não erradicar a bactéria, tratar o paciente com omeprazol por quatro semanas e solicitar endoscopia, mesmo com melhora dos sintomas após o tratamento.
 - (C) mediar com tetraciclina, metronidazol, subcitrato de bismuto e pantoprazol por quatorze dias e para controle solicitar teste respiratório com ureia marcada.
 - (D) Mediar com amoxicilina, claritromicina e omeprazol por uma semana, omeprazol por mais seis semanas e solicitar endoscopia de controle em, no máximo, seis meses.
 - (E) Não erradicar a bactéria, tratar o paciente com omeprazol por oito semanas e solicitar endoscopia de controle ao término do tratamento.
18. Considere o caso: Paciente do sexo feminino, com 32 anos de idade, relata história de oito meses de fraqueza progressiva e astenia, além de uma semana de febre, náuseas e vômito. Deu entrada no Pronto-Socorro com queda do estado geral, febril, emagrecida e com hiperpigmentação de pele e mucosas. Pulso=98 bat/min (supina) PA=100x60 mmHg, PA=80x40 mmHg (ortostática); Pulso= 110(ortostática), índice de massa corpórea (IMC)=17 kg/m². A avaliação laboratorial demonstrou: hemograma com leucocitose, glicemia=55 mg/dl,

NA=117 mEq/l, K=7.2 mEq/L, U=106 mg/dl, Cr=2,9 mg/dl, Cálcio iônico= 5,5 mg/7,2, base excess (BE)=-6,3. Com relação a este caso, pode-se afirmar que:

- (A) A desidratação e os distúrbios hidroeletrólíticos são decorrentes dos vômitos.
- (B) A presença de febre com neutrofilia exclui o diagnóstico de insuficiência adrenal aguda.
- (C) A presença de hipercalemia e de creatinina elevada sugere o diagnóstico de insuficiência renal aguda.
- (D) A administração endovenosa de soro fisiológico e de hidrocortisona está indicada.
- (E) A presença de cortisol sérico diminuído, independentemente do nível de ACTH, confirma o diagnóstico de insuficiência renal.

19. Considere o quadro: Paciente que recebe anticoncepcionais, com quadro de eritema nodoso, apresenta PPD positivo, dosagem de anti-estreptolisina O (ASLO) elevada e reação de Mitsuda positiva. A condição que pode ser excluída como etiologia do quadro cutâneo é:

- (A) Tuberculose.
- (B) Estreptococcias.
- (C) Alergia ao uso de anticoncepcionais.
- (D) Hanseníase.
- (E) Outras infecções bacterianas.

20. Considere o caso: Um paciente diabético jovem chega ao hospital em confusão mental, taquipneico e taquicárdico, com hipotensão arterial, aumento do volume da região cervical e vermelhidão na região submandibular. Fora submetido à manipulação dentária há três dias, radiografia simples do tórax mostra discreto alargamento do mediastino superior. A conduta imediata mais apropriada é:

- (A) Cavidade oral sob necrose, para ventilação de abscesso dentário, uma vez completadas seis horas de jejum.
- (B) Pedir ecocardiograma para comprovar o diagnóstico de endocardite bacteriana.
- (C) Antibioticoterapia de largo espectro e internação em unidades semi-intensivas.
- (D) Controlar descompensação diabética e agendar mediastinoscopia anterior.
- (E) Realizar cervicotomia exploradora e toracotomia lateral para drenagem ampla da mediastinite.

21. Considere o caso: Homem, 35 anos, procedente de garimpo do Mato Grosso, é admitido com quadro de cefaleia, confusão mental, tendo apresentado uma crise epiléptica tônico-clônica generalizada há 2 horas. Referia emagrecimento e febre baixa não medida há um mês. Ao exame físico: emagrecido, descorado 1+/4+, micropoliadenia generalizada, hepatoesplenomegalia, sem sinais de localização neurológica. Tomografia computadorizada cerebral: lesões nodulares hipodensas, de 1,5-2 cm, com efeito de massa e impregnação “em anel” pelo contraste iodado, rodeadas por halo de edema, simétricas, nos núcleos da base e tálamos. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Encefalite herpética.
- (B) Neurocisticercose ativa.
- (C) Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
- (D) Neurotoxoplasmose.
- (E) Encefalite pelo HIV.

22. Considere o caso: Mulher, branca, 42 anos, com poliartrite crônica e progressiva, em punhos, articulações metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e joelhos, com nódulos subcutâneos indolores na face extensora dos antebraços, há seis anos. Subitamente, apresentou dor e vermelhidão no olho esquerdo. Em relação ao quadro descrito, assinale a opção CORRETA.

- (A) As reações de fase aguda, nesta enfermidade, são específicas.
- (B) A presença de uveíte anterior aguda não se associa a nenhum teste laboratorial específico.
- (C) A manifestação de poliartrite crônica está associada a lesões ósseas em saca-bocado de instalação súbita.

- (D) As manifestações pulmonares estão associadas à presença de positividade para o fator anti-núcleo (FAN).
(E) As manifestações cardíacas, quando presentes, estão associadas à presença do anticorpo anti-Ro.
23. Considere o quadro: Homem, 70 anos, hipertenso, diabético, tabagista, apresenta lesão trófica no hálux direito, dor em repouso e apenas o pulso femoral palpável neste membro. A arteriografia foi solicitada com o principal objetivo de:
- (A) diagnosticar a doença arterial.
(B) avaliar o grau de desenvolvimento da circulação colateral.
(C) determinar o local da obstrução arterial.
(D) avaliar a árvore arterial distal ao local de oclusão.
(E) determinar o diâmetro da artéria femoral.
24. Considere o quadro: Homem, 24 anos, vigia noturno, com história de febre alta há 3 dias, de início abrupto, seguida de cefaleia e prostração. Hoje, notou sangramento gengival e pequenas manchas na pele, principalmente em tornozelos, e dor abdominal difusa, que vem aumentando de intensidade nas últimas 2 horas, acompanhada de náuseas. Exame físico: regular estado geral, hidratado, eupneico, acianótico e anictérico. T= 39°C, PA = 100X60 mmHg. Petéquias em tornozelos. Prova do laço positiva. Hemograma mostrava Hematócrito= 50% e plaquetopenia (76.000/mm³). Após 6 horas de internação, mostrou piora repentina, com hipotensão. A principal hipótese diagnóstica e o tratamento imediato são, respectivamente:
- (A) Leptospirose e hemodiálise.
(B) Febre hemorrágica da dengue e expansão volêmica intravenosa rápida.
(C) Febre maculosa e antibioticoterapia.
(D) Meningococemia e antibioticoterapia.
(E) Febre amarela e transfusão de plaquetas.
25. Em relação às hepatites agudas por vírus B e vírus C, assinale a opção CORRETA.
- (A) O risco de evoluir para a forma fulminante é significativamente menor na hepatite B.
(B) A contaminação por via sexual é menor na hepatite B.
(C) Embora ambas possam evoluir para cirrose, há risco de hepatocarcinoma apenas na hepatite C.
(D) O risco de evoluir para a forma crônica é significativamente menor na hepatite B.
(E) Na hepatite C, não há resposta terapêutica ao interferon e à ribavirina.
26. Em relação ao segredo médico, assinale a opção INCORRETA:
- (A) Chamado a depor como testemunha em juízo, o médico não pode revelar fato de que tenha tido conhecimento no exercício da profissão.
(B) O médico não pode revelar informações obtidas durante exame de admissão, ainda que por exigência dos dirigentes da empresa.
(C) Pode ser revelado fato que tenha se tornado de conhecimento público, desde que se trate de matéria de interesse geral.
(D) A morte do paciente não libera o médico do segredo.
(E) Em caso de menor de idade, o médico não deve revelar aos pais ou responsáveis segredo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.
27. Dos sinais abaixo discriminados, o mais precoce na evolução da nefropatia diabética é a/o
- (A) aumento da depuração (*clearance*) de creatinina.
(B) proteinúria maciça.
(C) hematúria microscópica.
(D) diminuição da depuração (*clearance*) de creatinina.
(E) elevação do potássio sérico.

28. Considere o caso: Paciente masculino de 40 anos, etilista crônico, acordou pela manhã com fraqueza na mão direita. O exame neurológico revelou dificuldade da dorsiflexão da mão e punho direitos. A causa mais provável é a lesão do seguinte nervo
- (A) ulnar.
 - (B) radial.
 - (C) axilar.
 - (D) mediano.
 - (E) cefálico.
29. O dado de exame físico de maior acurácia para o diagnóstico de insuficiência cardíaca é a
- (A) dispneia paroxística noturna.
 - (B) turgência jugular.
 - (C) terceira bulha.
 - (D) ortopneia.
 - (E) hiperfonese de 2ª bulha.
30. O reflexo patelar envolve fibras sensitivas que se originam dos seguintes segmentos espinhais:
- (A) L2-L3.
 - (B) L4-L5.
 - (C) S1-S2.
 - (D) S3-S4.
 - (E) L1-L2.

Com base no quadro abaixo descrito, responda às questões 31 e 32.

Paciente do sexo feminino, 65 anos, deu entrada na emergência com hipercalcemia (cálcio sérico de 15mg/dl) e hipofosfatemia. Como parte da investigação, foi solicitada dosagem de PTH, que foi de 9,1 (n:12-65 pg/ml).

31. A provável causa da hipercalcemia é:
- (A) Malignidade.
 - (B) Intoxicação por vitamina D.
 - (C) Sarcoïdose.
 - (D) Hiperparatireoidismo primário.
 - (E) Amiloidose.
32. Considerando os níveis séricos de cálcio em uma emergência médica, a conduta inicial é:
- (A) Diurético de alça venoso.
 - (B) Alcalinização da urina.
 - (C) Corticoide.
 - (D) Hidratação e bisfosfonatos venosos.
 - (E) Cauterização.
33. A manobra auxiliar aumenta o sopro da cardiomiopatia hipertrófica é:
- (A) Elevação passiva dos MMII.
 - (B) Mudança de posição do paciente de em pé para cócoras.
 - (C) Valsalva.
 - (D) Rivero-Carvalho.
 - (E) Inspiração forçada.

34. A Manobra de Rivero-Carvallo intensifica o sopro da
- (A) estenose mitral.
 - (B) insuficiência Mitral.
 - (C) estenose Aórtica.
 - (D) insuficiência Tricúspide.
 - (E) dupla lesão mitral.
35. Considere o quadro: Paciente jovem do sexo masculino, com diagnóstico de doença reumática e valvopatia mitral com estenose grave, evoluiu com aumento do volume do átrio esquerdo e fração de ejeção do ventrículo esquerdo normal. A arritmia mais comumente associada a essa condição clínica é:
- (A) Taquicardia ventricular.
 - (B) Fibrilação Atrial.
 - (C) Fibrilação Ventricular.
 - (D) Bloqueio sinusal.
 - (E) *Torsades de pointes*.
36. O pulso de Corrigan, descrito como pulso em “martelo d’água”, é característico da valvopatia:
- (A) Estenose aórtica.
 - (B) Insuficiência mitral.
 - (C) Insuficiência venosa.
 - (D) Insuficiência aórtica.
 - (E) Estenose pulmonar.
37. Assinale a opção que contém apenas sinais clínicos, sintomas ou alterações presentes na insuficiência cardíaca.
- (A) Cardiomegalia ao RX, acromegalia e galope de B3.
 - (B) Estase jugular, estertores crepitantes, acidente cerebrovascular.
 - (C) Perda > 4,5 Kg em 5 dias em resposta a tratamento específico, dispneia paroxística noturna, refluxo hepatojugular.
 - (D) Edema pulmonar, acantose nigricans, congestão visceral.
 - (E) Taquicardia, sinal de Allen e dispneia aos esforços moderados.
38. Com relação à classificação da *American Heart Association* (AHA) para estágios e avaliação prognóstica da Insuficiência Cardíaca, assinale a opção com a correlação CORRETA.
- I. Estágio A 1- Alteração estrutural, com sintomas atuais ou no passado.
 - II. Estágio B 2- Sintomas refratários.
 - III. Estágio C 3- Alto risco, sem alteração estrutural.
 - IV. Estágio D 4- Alteração estrutural, assintomático.
- (A) I 2, II 4, III 1, IV 3.
 - (B) I 3, II 4, III 1, IV 2.
 - (C) I 1, II 3, III 4, IV 2.
 - (D) I 4, II 3, III 2, IV 1.
 - (E) I 4, II 2, III 3, IV 1.
39. No tratamento farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca e nível de creatinina em 3,5 mg/dl, a melhor alternativa ao uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina é:
- (A) Bloqueadores de canal de cálcio associados a nitratos.
 - (B) Beta-bloqueador com diurético.

- (C) Nitrato com hidralazina.
(D) Nitrato com diuréticos.
(E) Digoxina e diuréticos
40. Quanto ao uso de betabloqueadores no tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca, assinale o que NÃO mostrou aumento da sobrevida nesses pacientes:
- (A) Atenolol.
(B) Metoprolol.
(C) Carvedilol.
(D) Bisoprolol.
(E) Nebivolol.
41. Considere o quadro: Mulher de 56 anos, hipertensa, diabética e tabagista, com infarto do miocárdio prévio há 2 anos, apresenta perfil lipídico com LDL-colesterol de 150 mg/dL e HDL-colesterol de 33 mg/dL. Segundo as diretrizes para tratamento de dislipidemia da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o tratamento correto inclui orientação dietética e prescrição de estatina com o objetivo de atingir níveis de LDL e HDL, respectivamente, em mg/dL:
- (A) entre 100-130 e inferior a 25.
(B) inferior a 70 e superior ou igual a 35.
(C) inferior a 70 e superior ou igual a 50.
(D) inferior a 100 e superior a 35.
(E) entre 100-130 e superior a 35.
42. Na prevenção de eventos tromboembólicos, o uso de novos anticoagulantes, incluindo dabigatrana, rivaroxabana e apixabana, estaria indicado na seguinte condição clínica:
- (A) Infarto agudo do miocárdio recente e insuficiência cardíaca diastólica.
(B) Fibrilação atrial associada à hipertensão arterial sistêmica com diabetes e insuficiência cardíaca (fração de ejeção do ventrículo esquerdo <35%).
(C) Insuficiência renal grave e prótese valvar mecânica.
(D) Fibrilação atrial associada à valvopatia reumática.
(E) Idade maior que 80 anos, Taquicardia atrial, peso corporal menor que 60Kg e insuficiência renal grave (clearance de creatinina menor que 15ml/min).
43. São indicações clássicas para implante de marca-passo definitivo, EXCETO:
- (A) Doença do nó sinusal.
(B) Fibrilação atrial com elevada resposta ventricular.
(C) Bloqueio atrioventricular total.
(D) Bloqueio atrioventricular Mobitz I sintomático.
(E) Bloqueio atrioventricular Mobitz II com QRS largo.
44. Paciente de 72 anos, sexo feminino, portadora de cardiopatia chagástica, estágio B de insuficiência cardíaca segundo a sociedade americana de cardiologia – American Heart Association (AHA), tabagista, foi admitida na sala de emergência com quadro de dispneia. Tinha antecedente de doença pulmonar obstrutiva crônica. O exame complementar, neste momento, mais adequado para diferenciar a etiologia pulmonar ou cardiológica para a dispneia é:
- (A) Cateterismo.
(B) espirometria.
(C) Sódio sérico.
(D) Peptídeo natriurético cerebral.
(E) Cintilografia miocárdica.

45. Considere o quadro: Paciente do sexo masculino, diabético e hipertenso, admitido no Pronto-Socorro com queixa de dor retroesternal irradiada para o braço esquerdo há 2 horas. Ao ECG, foram evidenciadas alterações de repolarização ventricular com retificação do segmento ST e inversão da onda T de V2 a V6. Das medicações abaixo, aquela que NÃO está indicada na abordagem inicial deste paciente é:
- (A) Clopidogrel.
 - (B) Ácido acetilsalicílico.
 - (C) Enoxaparina.
 - (D) Estreptoquinase.
 - (E) Metoprolol.
46. São recomendações de hospitalização para tratamento de tuberculose, EXCETO:
- (A) Meningoencefalite tuberculosa.
 - (B) Intolerância aos medicamentos anti-Tb, e/ou sem resposta adequada a nível ambulatorial.
 - (C) Baciloscopia positiva par Baar no escarro.
 - (D) Casos em situação de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono.
 - (E) Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas relacionadas ou não a Tb e que necessitem de tratamento ou procedimento em unidade hospitalar.
47. São características do derrame pleural tuberculoso, EXCETO:
- (A) Dosagem de ADA acima de 40 U.
 - (B) Escassez de mesoteliócitos e abundância de linfócitos na citometria diferencial.
 - (C) A pesquisa de Baar no líquido pleural é de baixo rendimento.
 - (D) A glicose acima de 50 mg/dl é parâmetro de exclusão do diagnóstico.
 - (E) O derrame pleural é geralmente amarelo citrino e não há indicação de drenagem pleural.
48. O tratamento de escolha para um paciente asmático que apresenta despertar noturno em média duas vezes por semana, que se ausenta eventualmente do trabalho por causa da sua doença e que se queixa de limitação para os médios esforços é:
- (A) beta 2 de longa ação e corticoide inalatório em alta dose diariamente, além de beta 2 de curta ação de demanda.
 - (B) beta 2 de longa ação e corticoide inalatório em alta dose diariamente, além de tiotrópio de demanda.
 - (C) corticoide oral por período de 2 meses, associado a beta 2 de longa ação, além de ipatrópio de demanda.
 - (D) corticoide oral por duas semanas, associado a beta 2 de longa ação diariamente como manutenção, além de beta 2 de curta ação de demanda.
 - (E) beta 2 de longa ação e corticoide inalatório em alta dose diariamente, associado a inibidor de leucotrieno.
49. Em relação a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), é INCORRETO afirmar:
- (A) A maioria dos pacientes acometidos não têm conhecimento de serem portadores da doença.
 - (B) A espirometria é o padrão ouro como método de avaliação, sendo a relação VEF1/CVF abaixo de 70% o selo do diagnóstico.
 - (C) O uso de tiotrópio por via inalatória é indicação para os pacientes em estágio III e IV da doença.
 - (D) Alguns pacientes podem apresentar Rx do Tórax normal e serem portadores de DPOC com repercussão funcional importante.
 - (E) O uso da associação beta 2 adrenérgico de longa ação e corticoide inalatório não se justifica no tratamento da DPOC, pois a sua patogenia é diferente da asma.

50. Em relação a Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), é INCORRETO afirmar:

- (A) O exame bacteriológico do escarro não é feito de rotina, quando realizado deve conter < 10% de células epiteliais e > 25% de polimorfonucleares.
- (B) A hemocultura é exame de alto rendimento quando feito na fase aguda, antes do uso de antibióticos.
- (C) Os patógenos mais frequentes na PAC são: *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae* e *C. pneumoniae*.
- (D) Os exames sorológicos tornam-se positivos após 3 a 4 semanas do evento agudo, sendo de valor epidemiológico.
- (E) O escore CRB 65 igual ou acima de 3 é indicação de internação imediata do paciente em Unidade de Terapia Intensiva.