



CONCURSO PÚBLICO

## **006. PROVA ESCRITA**

### **2.º TENENTE MÉDICO PM ESTAGIÁRIO (CLÍNICA MÉDICA)**

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 60 questões objetivas.
- ◆ Confira seu nome e número de inscrição impressos na capa deste caderno.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta azul ou preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridos 75% do tempo de duração da prova.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno, podendo levar apenas o rascunho de gabarito, localizado em sua carteira, para futura conferência.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

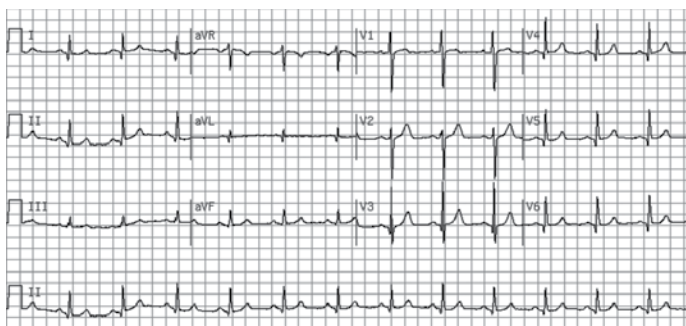
**AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO DE QUESTÕES.**



## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números **01 a 03**.

Paciente do sexo masculino, 52 anos, antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, em tratamento com amlodipina 5 mg, e de tabagismo, procura atendimento médico com queixa de desconforto retroesternal tipo “pressão”, iniciado após grandes esforços há cerca de 2 meses. Refere que há 1 mês notou que o sintoma passou a ocorrer após refeições e tensão emocional. Há cerca de 24 horas apresenta o mesmo desconforto, em repouso, com duração de cerca de 20 minutos, intermitente e reentrante, associado a dispneia, náuseas e sudorese fria. No momento de sua chegada, encontra-se em bom estado geral, assintomático, PA = 140 x 90 mmHg, FC = pulso = 82 bpm, FR = 12 ipm, exame físico normal. Realizado ECG de repouso, que se encontra ilustrado a seguir. Os exames laboratoriais colhidos à admissão foram normais, com exceção da troponina I que foi igual a 1,35 ng/mL (valor normal < 0,16 ng/mL).



**01.** É correto afirmar, em relação à fisiopatologia do quadro apresentado, que

- (A) há formação de trombo intracoronário, com oclusão total da luz arterial.
- (B) a dor descrita provavelmente ocorre em decorrência de alterações nos movimentos de propulsão ou peristalse do esôfago.
- (C) há instabilização de placa aterosclerótica, com ruptura endotelial e ativação da agregação plaquetária.
- (D) é provável que haja placa aterosclerótica fibrótica, estável, e que o mecanismo de dor esteja relacionado ao espasmo coronário.
- (E) a oclusão de ramos subsegmentares da artéria pulmonar explica a ocorrência de dispneia e dor torácica.

**02.** A terapêutica inicial apropriada ao caso em questão deverá incluir

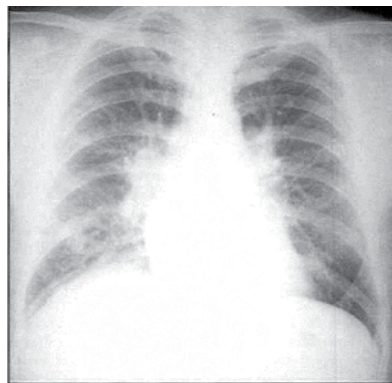
- (A) AAS, rTPA intravenoso e heparina não fracionada.
- (B) AAS, clopidogrel e enoxaparina.
- (C) estreptoquinase e AAS.
- (D) bromoprida e pantoprazol.
- (E) AAS, ticagrelor e heparina não fracionada.

**03.** Em relação à investigação diagnóstica complementar, é correto afirmar que

- (A) a angiotomografia de coronárias deverá ser realizada nesse momento.
- (B) a endoscopia digestiva alta deverá ser realizada com medidas de manometria esofágica.
- (C) o próximo exame deverá ser uma cintilografia miocárdica com estresse farmacológico.
- (D) o cateterismo cardíaco deve ser realizado dentro das primeiras 24 horas da admissão.
- (E) a arteriografia pulmonar deverá ser realizada caso a cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão seja normal.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números **04 e 05**.

Paciente do sexo feminino, 39 anos, asmática, tem antecedente de valvopatia mitral reumática e estava assintomática até aproximadamente há 1 mês, quando passou a apresentar sintomas de dispneia em repouso e sensação de palpitação taquicárdica arritmica. Procura atendimento médico por conta do cansaço intenso e o exame físico evidencia: taquidispneia em repouso, FC=pulso=120 bpm, PA = 120x80 mmHg, estertores crepitantes em 1/2 inferior de ambos os pulmões, associados a sibilos expiratórios, bulhas arritmicas em 2 tempos, com sopro diastólico em foco mitral (ausculta dificultada pela alta frequência cardíaca). A radiografia de tórax e o eletrocardiograma dessa paciente encontram-se ilustrados a seguir.



- 04.** A melhor abordagem terapêutica inicial consiste em administrar
- (A) amiodarona IV e furosemida IV.
  - (B) hidroclorotiazida VO e digoxina VO.
  - (C) diltiazem IV e furosemida IV.
  - (D) propranolol VO e furosemida VO.
  - (E) inalação com beta2-agonista e hidrocortisona IV.
- 05.** O mecanismo fisiopatológico que melhor explica a descompensação clínica dessa paciente é
- (A) o estreitamento expiratório de vias aéreas terminais.
  - (B) a diminuição do tempo de relaxamento diastólico do ventrículo esquerdo.
  - (C) o aumento da frequência cardíaca e déficit inotrópico do ventrículo esquerdo.
  - (D) a congestão pulmonar por disfunção cardíaca sistólica.
  - (E) o aumento da pré-carga do ventrículo direito.
- 06.** Paciente do sexo masculino, branco, 50 anos, sem antecedentes mórbitos; em avaliação clínica, constata-se PA = 170x110 mmHg, sem outras anormalidades detectadas no exame físico. Foram realizadas medidas em condições adequadas, em três consultas diferentes. O paciente é assintomático do ponto de vista cardiovascular e nunca fez uso de medicamentos.
- A abordagem ideal será
- (A) instituir tratamento anti-hipertensivo farmacológico com olmesartana e hidroclorotiazida.
  - (B) instituir tratamento anti-hipertensivo farmacológico com amlodipina.
  - (C) iniciar dieta hipossódica e reavaliar em 3 meses.
  - (D) solicitar monitorização ambulatorial da pressão arterial.
  - (E) internar o paciente e iniciar tratamento com nitroprusiato de sódio.
- 07.** Um paciente de 28 anos de idade, com antecedente de asma brônquica, é atendido em pronto-atendimento em crise de broncoespasmo agudo.
- Assinale a alternativa correta.
- (A) A análise dos fluxos expiratórios permite a distinção e melhor condução dos casos mais graves.
  - (B) O uso precoce de agentes mucolíticos diminui a gravidade clínica do quadro.
  - (C) Os anticolinérgicos inalatórios são a primeira opção terapêutica por sua rapidez de ação.
  - (D) As inalações com agonistas beta-adrenérgicos devem ter intervalos mínimos de 90 minutos, para evitar a ocorrência de arritmias cardíacas.
  - (E) O tratamento deve ser iniciado com broncodilatadores intravenosos.
- 08.** Paciente do sexo masculino, 38 anos, pedreiro, morador da favela do Moinho, em São Paulo, apresenta história de tosse há dois meses, ora seca, ora com expectoração clara. Associado ao quadro de tosse, apresenta emagrecimento de cerca de 5 kg no período. O exame físico não evidencia anormalidades e o paciente encontra-se eupneico em ar ambiente.
- O exame que deverá ser solicitado, tendo em vista a melhor relação custo-efetividade para solução do caso em questão, é:
- (A) espirometria pré e pós-broncodilatador inalatório.
  - (B) endoscopia digestiva alta.
  - (C) radiografia dos seios da face.
  - (D) pesquisa de BAAR no escarro, em três amostras.
  - (E) tomografia computadorizada de tórax com contraste.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números 09 e 10.

Paciente do sexo masculino, 67 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e neoplasia de próstata, submetido a tratamento cirúrgico com prostatectomia radical há 4 anos. Há cerca de 2 dias, relatou início de dor torácica ventilatório-dependente, tosse seca e dispneia limitante em repouso, associada a sudorese e mal-estar. Refere intensificação dos sintomas nas últimas horas, motivando sua procura pelo atendimento médico. O exame físico da admissão mostra o paciente em regular estado geral, taquidispneico em ar ambiente, queixando-se de dor em região retroesternal e base de ambos os pulmões, sudoreico e com extremidades frias, com  $SO_2 = 84\%$ ,  $FR = 36$  ipm,  $PA 80 \times 40$  mmHg,  $FC = 108$  bpm. Ausculta cardíaca evidencia apenas ritmo regular taquicárdico. Ausculta pulmonar sem ruídos adventícios. Os exames laboratoriais evidenciam:  $Hb = 10,9$  g/dL,  $Ht = 29\%$ , leucócitos = 8 200, plaquetas = 190 mil, ureia = 32 mg/dL, creatinina = 1,01 mg/dL, troponina I = 2,80 ng/dL ( $VN < 0,16$ ), CKMB = 4,8 mg/dL ( $VN < 5,0$ ),  $INR = 1,0$ , relação de tempos do TTPA = 1,10.

Foram solicitados eletrocardiograma de repouso e tomografia computadorizada de tórax, que se encontram ilustrados a seguir.



09. Em relação aos achados eletrocardiográficos do caso em questão, é correto afirmar que

- (A) há corrente de lesão subepicárdica em parede inferior.
- (B) a ausência de progressão de onda R na parede anterior é compatível com infarto anterior extenso.
- (C) a taquicardia sinusal é a alteração eletrocardiográfica mais frequente nessa doença.
- (D) as ondas R amplas em V1 sugerem a presença de infarto de ventrículo direito.
- (E) ondas S em D I e ondas T negativas em D III estão presentes em 90% dos traçados do diagnóstico em questão.

10. A conduta terapêutica inicial mais apropriada ao caso em questão, além de medidas de suporte como expansão volêmica, oxigenioterapia e monitorização, tendo em vista a apresentação clínica e os achados laboratoriais, eletrocardiográfico e tomográfico, será:

- (A) antibioticoterapia com piperacilina e tazobactam.
- (B) antiagregação plaquetária com AAS e clopidogrel.
- (C) estreptoquinase 1 500 000 UI.
- (D) dobutamina 10 mcg/kg/min.
- (E) alteplase 100 mg IV e heparinização plena.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números 11 e 12.

Paciente idoso, do sexo masculino, demenciado, portador de gastrostomia, internado para tratamento de pielonefrite com o uso de ciprofloxacina, evolui com quadro de broncopneumonia aspirativa, sendo isolada, em cultura de secreção traqueal, *Pseudomonas aeruginosa*. O esquema antibiótico foi modificado para Meropenem. Após cerca de 7 dias do novo tratamento, passa a apresentar diarreia aquosa volumosa, 15 episódios ao dia, sem produtos patológicos. Seu estado geral é bom, apesar de discreta desidratação e apresentar-se subfebril ( $T = 37,7$  °C), sem sinais de instabilidade hemodinâmica ou toxemia.

11. A avaliação diagnóstica mais apropriada e resolutive do caso em questão será a pesquisa, nas fezes, de

- (A) toxina de *Clostridium difficile*.
- (B) leucócitos.
- (C) trofozoítas de *Entamoeba histolytica*, com glóbulos vermelhos em seu interior.
- (D) gordura fecal.
- (E) *Vibrio cholerae*.

12. O tratamento empírico que poderá ser iniciado, baseado na maior prevalência desse diagnóstico nesse tipo de população, será com

- (A) doxiciclina.
- (B) dieta enteral de baixa osmolaridade.
- (C) metilprednisolona.
- (D) tinidazol.
- (E) vancomicina oral.

13. A tuberculose é uma das principais causas de morte por doença infecciosa no mundo. Estima-se que cerca de 30% da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Os profissionais da área da saúde constituem uma população especial e que merece cuidado redobrado no controle e prevenção dessa doença. Frente a um profissional que trabalhe em ambiente hospitalar e que apresente teste tuberculínico (Mantoux) maior ou igual a 10 mm, recomenda-se

- (A) não prosseguir na investigação, trata-se de pessoa imunizada.
- (B) repetir o teste após 1 semana.
- (C) proceder vacinação com BCG.
- (D) iniciar o tratamento com esquema I.
- (E) solicitar rX de tórax.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números 14 a 16.

Paciente do sexo feminino, 54 anos, branca, mãe de 4 filhos, tabagista, etilista social, hipertensa, apresenta quadro de desconforto em andar superior do abdome, associado a náuseas e alguns episódios de vômitos há cerca de 1 semana, com piora intensa dos sintomas nas últimas 24 horas. Refere que não consegue se alimentar há dois dias e que a dor tem aumentado, apresentando irradiação para as costas, “como se algo a apertasse como uma faixa”. Relata que há dois anos tem apresentado episódios isolados de cólica pós-prandial, que melhora com o uso de escopolamina, sem outros sintomas associados. O exame físico revela a paciente em regular estado geral, com fâscias de dor, desidratada ++/4+, hipocorada +/4+, PA = 100x60 mmHg, FR = 22 ipm, Glicemia capilar = 180 mg/dL. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. O exame do abdome evidencia desconforto intenso à palpação de região epigástrica, com defesa voluntária. Os exames laboratoriais relevantes mostraram: Hb 12,0 g/dL, Ht 36%, leucócitos 17 800 com desvio até bastonetes, plaquetas 185 mil, creatinina 1,7 mg/dL, ureia 86 mg/dL, AST = 130 U/L, ALT = 96 U/L, bilirrubinas totais = 2,8 mg/dL, bilirrubina direta = 1,6 mg/dL, bilirrubina indireta = 0,2 mg/dL, amilase = 880 U/L.

14. A etiologia mais frequente e, portanto, mais provável, do diagnóstico dessa paciente, é

- (A) o etilismo.
- (B) a colelitíase.
- (C) a hipertensão arterial.
- (D) a neoplásica.
- (E) a bacteriana.

15. No diagnóstico inicial dessa paciente configura-se, como preditivo de mau prognóstico,

- (A) a idade superior a 50 anos.
- (B) a amilase sérica superior a 500 U/L.
- (C) a glicemia capilar acima de 150 mg/dL.
- (D) a leucocitose acima de 16 000/mm<sup>3</sup>.
- (E) AST acima de 100 U/L.

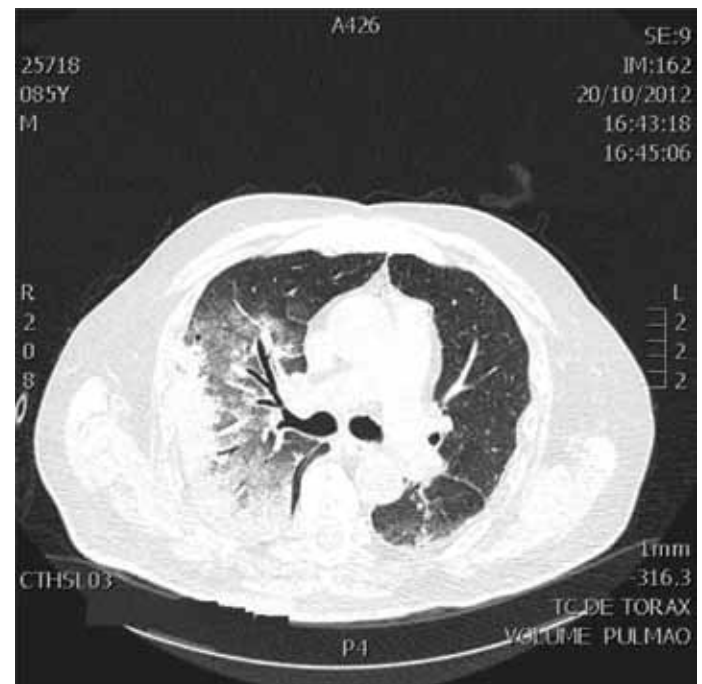
16. A dosagem sérica de um eletrólito, em especial, é fundamental para a monitorização dessa paciente e serve, também, como critério indicativo de maior gravidade nessa doença.

O eletrólito e sua alteração mais associada ao pior prognóstico são, respectivamente:

- (A) potássio – hipercalemia.
- (B) potássio – hipocalemia.
- (C) cálcio – hipocalcemia.
- (D) cálcio – hipercalemia.
- (E) magnésio – hipomagnesemia.

Leia o caso clínico a seguir e responda às questões de números 17 a 21.

Considere um paciente do sexo masculino, 85 anos, com antecedentes de fibrilação atrial crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica e hidrocefalia de pressão normal com implante de derivação ventriculoperitoneal (DVP) há 1 ano, após episódio de alteração progressiva da marcha e confusão mental à época. Não apresentava outros antecedentes ou alterações laboratoriais e fazia uso apenas de broncodilatador associado com corticoide inalatório. Familiares relatam que, há cerca de 15 dias, o paciente apresentou forte quadro gripal, queda do estado geral, prostração e episódios de engasgos frequentes, com alimentos líquidos. Há 2 dias passou a apresentar tosse produtiva com expectoração esverdeada, febre de 38 graus e piora da adinamia com inapetência acentuada, deixando inclusive de ingerir líquidos. Foi trazido ao pronto-atendimento em mau estado geral, sonolento, taquipneico com respiração superficial, desidratado e com leve cianose de extremidades. Sua pressão arterial era de 120x60 mmHg, FC = 120 bpm, T = 37,5 graus. A ausculta pulmonar evidenciava tempo expiratório prolongado e sibilos ins e expiratórios. Ausculta cardíaca com ritmo irregular e ausência de sopros. Sem outras alterações ao exame físico. Foi submetido a um exame de tomografia do tórax e um dos cortes tomográficos encontra-se ilustrado a seguir.



17. Além da ausculta pulmonar descrita no enunciado, os achados adicionais que podem ser encontrados na propedêutica do aparelho respiratório desse paciente são:

- (A) roncos difusos e broncofonia diminuída em hemitórax direito.
- (B) roncos e pectorilóquia fônica em hemitórax esquerdo.
- (C) atrito pleural e broncofonia diminuída à direita.
- (D) estertores subcrepitantes e broncofonia aumentada à direita.
- (E) estertores crepitantes à direita e pectorilóquia egofônica à esquerda.

18. O resultado da gasometria arterial colhida desse paciente provavelmente mostrará:

- (A) pH = 7,26 / PaO<sub>2</sub> = 52 / PaCO<sub>2</sub> = 62 / HCO<sub>3</sub> = 38 / SO<sub>2</sub> = 78%.
- (B) pH = 7,48 / PaO<sub>2</sub> = 92 / PaCO<sub>2</sub> = 35 / HCO<sub>3</sub> = 22 / SO<sub>2</sub> = 90%.
- (C) pH = 7,35 / PaO<sub>2</sub> = 44 / PaCO<sub>2</sub> = 34 / HCO<sub>3</sub> = 26 / SO<sub>2</sub> = 82%.
- (D) pH = 7,18 / PaO<sub>2</sub> = 98 / PaCO<sub>2</sub> = 40 / HCO<sub>3</sub> = 19 / SO<sub>2</sub> = 86%.
- (E) pH = 7,50 / PaO<sub>2</sub> = 60 / PaCO<sub>2</sub> = 52 / HCO<sub>3</sub> = 42 / SO<sub>2</sub> = 93%.

19. A terapia antimicrobiana mais apropriada ao caso em questão será com

- (A) vancomicina e meropenem.
- (B) penicilina cristalina e ampicilina.
- (C) ceftriaxona e clindamicina.
- (D) azitromicina.
- (E) amoxicilina e clavulanato.

20. Espera-se encontrar na avaliação laboratorial renal desse paciente:

(FeNa = fração de excreção de sódio)

- (A) ureia = 135 mg/dL / creatinina = 3,8 mg/dL / FeNa > 1.
- (B) ureia = 22 mg/dL / creatinina = 1,0 mg/dL / FeNa < 1.
- (C) ureia = 152 mg/dL / creatinina = 1,4 mg/dL / FeNa < 1.
- (D) ureia = 142 mg/dL / creatinina = 1,8 mg/dL / FeNa > 1.
- (E) ureia = 80 mg/dL / creatinina = 2,5 mg/dL / FeNa > 1.

21. Em relação ao quadro clínico desse paciente, é correto afirmar que

- (A) a fibrilação atrial com elevada resposta ventricular está determinando instabilidade ao paciente e deve ser prontamente revertida.
- (B) apesar de a pressão arterial encontrar-se em níveis aceitáveis, um estado de hipoperfusão tissular pode existir, configurando um provável quadro de choque misto – hipovolêmico e distributivo.
- (C) a situação descrita é compatível com choque cardiogênico e esse diagnóstico deve ser confirmado pela alteração dos marcadores de necrose miocárdica.
- (D) a introdução do esquema antibiótico deve ser postergada até o resultado definitivo de hemoculturas, para a cobertura apropriada do germe sem a indução de resistência bacteriana.
- (E) a terapêutica antimicrobiana contra germes Gram positivo é necessária pela presença da derivação ventriculo-peritoneal e a coleta de líquido é obrigatória.

22. Homem, 58 anos, procura atendimento médico, referindo o surgimento, há 3 dias, de placa eritematosa com vesículas isoladas e confluentes, em base do hemitórax direito, com distribuição em faixa. Refere que há dor intensa no local, com sensação de “ferroadas”, e choque. A imagem a seguir ilustra tal lesão.



A etiologia e a distribuição anatômica da lesão inicial descrita são, respectivamente,

- (A) fúngica e segmentar.
- (B) viral e segmentar.
- (C) fúngica e dermatomo.
- (D) viral e dermatomo.
- (E) bacteriana e dermatomo.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números 23 e 24.

Mulher, 72 anos, diabética e hipertensa, com queixa de intensa disúria e polaciúria há cerca de 1 semana. Fez uso de chá de “quebra-pedra” sem melhora dos sintomas. Nos últimos dois dias, passou a apresentar dor lombar intensa à direita e febre de até 38,5 graus, resolvendo procurar atendimento médico. Ao exame físico, manobra de Giordano positiva. O exame de urina tipo I está representado a seguir.

COR: amarela

ASPECTO: ligeiramente turvo

pH: 5,0

DENSIDADE: 1,010

PROTEÍNAS: 0,50 g/L (referência - inferior a 0,10 g/L)

GLICOSE: 1,0 g/L (referência - inferior a 0,3 g/L)

PESQUISA DE ELEMENTOS FIGURADOS:

CÉLULAS EPITELIAIS: algumas

LEUCÓCITOS: 21 000/mL (referência - inferior a 30 000/mL)

ERITRÓCITOS: 2 000/mL (referência - inferior a 12 000/mL)

CILINDROS: ausentes

23. A introdução da terapia antimicrobiana no caso em questão deve ser

- (A) adiada até o resultado definitivo da urocultura.
- (B) adiada até o resultado parcial da urocultura, exceto se houver piora clínica nas próximas 24 horas.
- (C) instituída empiricamente e direcionada para o trato urinário.
- (D) contraindicada.
- (E) iniciada neste momento e direcionada para uma possível psóite.

24. Assinale a alternativa que corresponde ao agente etiológico mais provavelmente envolvido no caso em questão.

- (A) *Pseudomonas aeruginosa*.
- (B) *Streptococcus viridans*.
- (C) *Staphylococcus aureus*.
- (D) *Escherichia coli*.
- (E) *Streptococcus agalactiae*.

25. A gastrite atrófica leva a um declínio na produção de um elemento que interfere diretamente na absorção de uma determinada vitamina. Trata-se, respectivamente, de

- (A) fator intrínseco e vitamina B12.
- (B) antígenos de superfície e vitamina E.
- (C) ácido clorídrico e vitamina A.
- (D) muco gástrico e vitamina D.
- (E) ácido clorídrico e vitamina K.

26. Paciente jovem, sexo masculino, apresenta o seguinte perfil sorológico para hepatite B: HBsAg positivo, anti-HBcAg IgG positivo, anti-HBc IgM negativo, HBeAg positivo e anti-HBsAg negativo.

Trata-se de

- (A) paciente portador do vírus da hepatite B, mas não o transmite por ter o anti-HBe positivo.
- (B) infecção recente pelo vírus da hepatite B, devido à positividade do marcador anti-HBc.
- (C) infecção crônica pelo vírus da hepatite B, sem replicação viral ativa.
- (D) um paciente que pode se beneficiar da vacinação, pois tem o anti-HBsAg negativo.
- (E) paciente portador do vírus em replicação e que pode se beneficiar de terapia específica.

27. Corresponde a um sinal de mau prognóstico na apresentação das hepatites virais agudas:

- (A) fosfatase alcalina acima de 4 vezes o valor normal.
- (B) elevação de transaminases acima de 20 vezes o valor normal.
- (C) esplenomegalia volumosa.
- (D) tempo de protrombina muito alargado.
- (E) icterícia persistente por mais de 2 meses.

28. Mulher, 46 anos, etilista crônica, procura atendimento médico com história de uma semana de confusão mental crescente, sonolência e inversão do ciclo sono-vigília. O exame físico mostra icterícia, *spiders* em abdome e ascite volumosa. O exame neurológico evidencia desorientação no tempo e no espaço e *flapping*. Exames laboratoriais: hemograma normal, atividade de protrombina = 45%, glicemia = 72 mg/dL, sódio sérico = 129 mg/dL, AST = 82 U/L, amônia sérica = 65 (normal até 25). Realizada tomografia computadorizada de crânio que mostrou discreta atrofia cortical.

A melhor abordagem terapêutica será com

- (A) glicose intravenosa.
- (B) lactulona.
- (C) plasma fresco congelado.
- (D) naloxone.
- (E) solução salina a 3%.



29. Mulher jovem apresenta quadro de hipermenorreia há pelo menos 3 anos. Relata quadro de fraqueza, astenia e cansaço aos grandes esforços. O exame físico mostra palidez cutaneomucosa e frequência cardíaca de 108 bpm em repouso. As alterações laboratoriais esperadas nesse caso são:
- (A) anemia macrocítica, dosagem de vitamina B12 baixa e dosagem de ácido fólico baixa.
  - (B) anemia macrocítica, ferro sérico baixo e reticulócitos elevados.
  - (C) anemia microcítica, transferrina alta e ferritina baixa.
  - (D) anemia microcítica, transferrina baixa e ferro sérico elevado.
  - (E) anemia microcítica, ferro sérico normal e elevada saturação da transferrina.
30. Cerca de 95% a 97% dos pacientes hipertensos não terão o diagnóstico de uma causa identificável, ou seja, serão considerados como hipertensos essenciais ou primários. Em poucos casos a hipertensão secundária será identificada, mas o esforço é válido uma vez que são causas potencialmente curáveis. Dentre essas causas, está o hiperaldosteronismo primário. A principal causa do hiperaldosteronismo primário é
- (A) a estenose de artéria renal.
  - (B) a hiperplasia adrenal bilateral.
  - (C) o carcinoma de adrenal.
  - (D) o adenoma de adrenal.
  - (E) o hiperaldosteronismo bilateral idiopático.
31. A conduta mais apropriada no tratamento de um paciente com crise aguda de gota, portador de litíase renal e insuficiência renal crônica não dialítica será prescrever
- (A) corticoide.
  - (B) alopurinol e uricosúrico.
  - (C) colchicina e alopurinol.
  - (D) anti-inflamatório não hormonal.
  - (E) colchicina e uricosúrico.
32. A síndrome metabólica que acompanha a obesidade mórbida deve conter
- (A) hiperlipidemia, hipotireoidismo e diabetes *mellitus* tipo 1.
  - (B) hipertensão arterial, hiperuricemia e hipovitaminose.
  - (C) diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia.
  - (D) hipertrigliceridemia, resistência à insulina e ao hipotireoidismo.
  - (E) resistência à insulina, hiperuricemia e hipotensão arterial ortostática.
33. Paciente do sexo feminino, 72 anos, obesa, dislipidêmica, hipertensa e diabética tipo 2 desde os 40 anos, faz uso de amlodipina, AAS, metformina, insulina glargina e atorvastatina. Refere que há alguns anos apresenta sintomas de formigamento intenso em pés, com sensação de frio intenso em extremidades. Relata que atualmente os sintomas pioraram e que tem apresentado dor intensa durante as noites como se estivesse tomando facadas ou choques nas plantas dos pés, fato que tem atrapalhado seu sono. A melhor alternativa terapêutica no caso em questão será com
- (A) complexo B e paracetamol com codeína.
  - (B) opioides.
  - (C) tramadol e inibidores da enzima conversora de angiotensina.
  - (D) dexametasona creme local e prednisona oral.
  - (E) gabapentina e amitriptilina.
34. Paciente do sexo masculino, 42 anos, tabagista e hipertenso em uso de valsartana, refere episódios de cefaleia intensa unilateral, predominantemente frontal, acometendo a região retro-ocular direita, associada a lacrimejamento e obstrução nasal ipsilateral à cefaleia. Por vezes sente mal-estar intenso, chegando a ficar nauseado. Os episódios são frequentemente à noite e chegam a durar até 3 horas. O quadro clínico descrito é altamente sugestivo de
- (A) enxaqueca clássica.
  - (B) cefaleia em salva.
  - (C) nevralgia do trigêmeo.
  - (D) aneurisma cerebral.
  - (E) sinusite frontal crônica.
35. Homem, 36 anos, com nítido descuido da aparência pessoal, procura auxílio médico referindo sentir-se alterado há pelo menos 6 meses. Refere que tem evitado contato com as pessoas de seu convívio social, perdeu o estímulo no trabalho, não sente prazer em nenhuma atividade que tem realizado e notou estar muito desatento, com dificuldade inclusive para responder perguntas. Relata que se sente ameaçado no trabalho, com os colegas querendo, de qualquer jeito, ocupar seu cargo na empresa. Para isso, segundo declarações do paciente, fazem piadas e comentários, sempre às escondidas, sobre sua situação, o que o torna cada vez mais isolado do convívio. Trata-se de um quadro sugestivo de
- (A) depressão maior.
  - (B) risco de suicídio.
  - (C) transtorno bipolar.
  - (D) esquizofrenia.
  - (E) síndrome cerebral orgânica.

36. Homem, previamente hígido, 77 anos, encontra-se internado em pós-operatório de ressecção de tumor intestinal com enterectomia segmentar em intestino grosso. A cirurgia transcorreu sem intercorrências. No terceiro pós-operatório, inicia quadro de apatia, inversão do ciclo sono-vigília, de-sânimo e choro fácil. Além desse quadro, familiares contam que constantemente o paciente refere ter visto alguém na porta do quarto da enfermaria, portando uma arma.

Assinale a alternativa correta.

- (A) O quadro é sugestivo de depressão, devendo ser tratado com antidepressivos, preferencialmente os inibidores seletivos da recaptção da serotonina.
- (B) Trata-se de um quadro de depressão, frequentemente associado ao pós-operatório de grandes cirurgias. O tratamento ideal é feito com antidepressivos tricíclicos.
- (C) O quadro sugere *delirium* e o tratamento sintomático poderá ser feito com quetiapina.
- (D) Trata-se de *delirium*, frequentemente associado ao pós-operatório de grandes cirurgias. O tratamento ideal é feito com benzodiazepínicos.
- (E) Há presença de sintomas psicóticos, o que sugere um quadro de psicose funcional, devendo ser tratado com neurolépticos.

37. Em relação à hanseníase indeterminada, é correto afirmar que

- (A) é a forma inicial da doença, caracterizada por manchas hipocrômicas anestésicas e anidróicas.
- (B) ocorre em pacientes com boa resposta ao bacilo de Hansen e as manchas são bem delimitadas e assimétricas.
- (C) é uma forma tardia da doença, caracterizada por nódulos infiltrados, numerosos, acometendo especialmente o rosto.
- (D) é a segunda fase da doença, correspondendo ao longo período de incubação do bacilo, que pode chegar a 7 anos.
- (E) ocorre em uma minoria da população infectada pelo bacilo, em torno de 10%. É a forma grave, configurada pela baixa resistência ao bacilo.

38. Assinale a alternativa correta.

- (A) Pápulas em couro cabeludo, lesões papulosas na nuca e estruturas esbranquiçadas aderidas às hastes capilares são causadas por larvas de moscas (dípteros).
- (B) Lesões eritematosas elevadas, com desenho linear e serpiginoso, associadas a prurido intenso, são causadas por larvas de nematódeos.
- (C) Presença de escoriações e túneis nas regiões interdigitais, genitais e axilas associadas a prurido noturno são causadas por protozoários flagelados.
- (D) Lesão isolada e indolor em sulco bálano-prepucial, com bordas elevadas e presença de adenopatia inguinal, é causada por entrovírus.
- (E) Placas esbranquiçadas e aderentes sobre a mucosa oral, destacáveis, deixando o leito sangrante, são causadas por bactérias anaeróbias.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números 39 e 40.

Homem, 72 anos, ex-tabagista, diabético tipo 2 e hipertenso é levado ao pronto-atendimento de um hospital terciário por quadro súbito de afasia mista e déficit motor à direita, proporcionado, com força muscular grau 3 em membros superior e inferior direito. O quadro se iniciou dentro do próprio hospital, há cerca de 30 minutos, enquanto o paciente visitava um parente internado na unidade de terapia intensiva.

39. A causa mais provável do quadro apresentado é

- (A) doença cardioembólica.
- (B) doença aterosclerótica.
- (C) vasculite em sistema nervoso central.
- (D) hipoplasia hipertensiva da íntima.
- (E) infecciosa.

40. Dentre os exames a seguir, assinale qual o mais específico para o diagnóstico precoce e que, quando disponível, deve ser solicitado no serviço de emergência, visando ao tratamento trombolítico precoce desse paciente.

- (A) Doppler transcraniano.
- (B) Arteriografia cerebral.
- (C) Angiorressonância de vasos cerebrais.
- (D) Tomografia computadorizada de crânio.
- (E) Ressonância de crânio com difusão.

## CONHECIMENTOS GERAIS

41. De acordo com as diretrizes da Constituição Federal do Brasil e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento integral refere-se

- (A) ao controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo.
- (B) à integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico com participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento.
- (C) à capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.
- (D) à introdução no sistema, da possibilidade de formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e à participação na sua produção.
- (E) à integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

42. Segundo a Lei Orgânica do Município de São Paulo,

- (A) não cabe ao município a participação no controle da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos.
- (B) o município deve fomentar, coordenar e executar programas de atendimento emergencial.
- (C) o município responsabiliza-se pela assistência integral à saúde seguindo, rigorosa e estritamente, as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde na orientação programática e alocação de recursos.
- (D) o município deve submeter-se à coordenação da Secretaria Nacional de Defesa antidrogas (Senad) para administrar os serviços de saúde mental abrangidos pelo Sistema Único de Saúde.
- (E) a implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência será uma atribuição do Conselho Municipal de Saúde, órgão apenas deliberativo, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde, hospitais universitários e empresários dos serviços privados de saúde.

43. Segundo a Política Nacional, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, dentre as quais pode-se citar:

- (A) dedicar-se exclusivamente à execução de ações, deixando a elaboração, o acompanhamento e a gestão de projetos terapêuticos, de qualquer ordem, para órgãos do executivo federal.
- (B) ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária.
- (C) adotar uma política de acesso restrito às populações periféricas dos grandes centros, de baixa renda, para reduzir a demanda nos serviços de alta complexidade.
- (D) oferecer baixa resolutividade, com a consequente redução nos custos, mas suficiente para dar conta da maioria dos agravos à saúde sem recorrer a procedimentos de alta complexidade.
- (E) implantar programas dos serviços de saúde em consonância com as necessidades de saúde dos usuários antecipadamente definidas por análises do Ministério da Saúde.

44. Em determinada comunidade, observa-se, ao longo dos últimos cinco anos, que é constante um grande número de casos de hanseníase e tuberculose e, por outro lado, que têm ocorrido, anualmente, muitos casos novos dessas doenças.

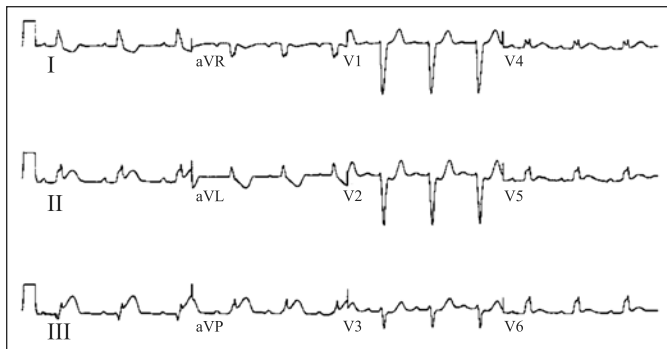
Com base nessa informação, pode-se dizer que, provavelmente, nessa comunidade,

- (A) essas doenças têm altas prevalências e altas incidências.
- (B) essas doenças apresentam altas taxas de prevalência e baixas taxas de incidência.
- (C) a esperança de vida, em razão dessas doenças, está muito reduzida.
- (D) o coeficiente de mortalidade, para ambas as doenças, deve ser muito baixo.
- (E) a taxa de morbidade, para cada uma dessas doenças, só poderá ser calculada se estiverem disponíveis os respectivos números de óbitos.

45. Endemia é a ocorrência de determinada doença que acomete sistematicamente populações em espaços característicos e determinados, no decorrer de um longo período, e
- (A) que mantém a incidência relativamente constante, permitindo variações cíclicas.
  - (B) cuja prevalência é sempre muito baixa.
  - (C) que é sempre multicausal, não podendo ser atribuída a um único fator.
  - (D) para a qual as medidas de quimioprofilaxia são sempre inócuas.
  - (E) cuja previsibilidade dispensa procedimentos de vigilância em saúde.
46. A Proporção de Idosos na População, que é o percentual de pessoas com 60 ou mais anos de idade, na população total, em determinado espaço geográfico e no período considerado,
- (A) permite estimar o índice de Swaroop-Uemura.
  - (B) é essencial para a construção da curva de Nelson Moraes.
  - (C) indica a participação relativa de idosos na população geral.
  - (D) é resultado da razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens.
  - (E) mede, em termos absolutos, o contingente populacional potencialmente inativo.
47. Para o fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do seu território, a secretaria municipal de saúde deve buscar parcerias
- (A) apenas com órgãos governamentais federais.
  - (B) apenas com o setor privado.
  - (C) apenas com instituições filantrópicas.
  - (D) apenas com instituições governamentais e filantrópicas.
  - (E) com instituições governamentais, não governamentais e com o setor privado.
48. As doenças constantes do Anexo I, da Portaria MS104/11 (Lista de Notificação Compulsória – LNC), referente a doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada, devem ser notificadas e registradas
- (A) nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 6 (seis) horas a partir da confirmação do caso.
  - (B) apenas na Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
  - (C) apenas na Secretaria Municipal de Saúde.
  - (D) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
  - (E) apenas na Secretaria Estadual de Saúde.
49. Pelo Calendário Nacional de Vacinação, deve-se oferecer a imunização contra a hepatite B (recombinante), para grupos vulneráveis não vacinados ou sem comprovação de vacinação anterior como, entre outros, bombeiros, policiais militares e
- (A) gestantes em qualquer fase da gestação.
  - (B) gestantes unicamente no terceiro trimestre da gestação.
  - (C) gestantes após o primeiro trimestre da gestação.
  - (D) apenas às mulheres que estiverem na segunda gestação.
  - (E) apenas às gestantes com sorologia positiva para o HIV.
50. No capítulo do sigilo profissional, no Código de Ética Médica, diz-se que é vedado ao médico revelar conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, contudo essa proibição deixará de existir
- (A) se o fato for de conhecimento público.
  - (B) com o falecimento do paciente.
  - (C) quando o médico depuser como testemunha.
  - (D) quando o sigilo for relacionado a paciente menor de idade e a não revelação possa acarretar dano ao paciente.
  - (E) em investigação de suspeita de crime quando a revelação possa expor o paciente a processo penal.

Leia o enunciado a seguir e responda às questões de números 51 a 53.

Homem, 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, ex-tabagista, diabético e dislipidêmico, em uso de atenolol, AAS, metformina, glibenclamida e sinvastatina, chega ao pronto-atendimento com queixa de dor retroesternal há, pelo menos, 2 horas, acompanhada de sudorese intensa, dispneia e náuseas. O exame físico da admissão revela o paciente em regular estado geral, taquipneico leve, palidez cutaneomucosa e sudoreico. PA = 160 x 90 mmHg, FC = 50 bpm, SO<sub>2</sub> = 96% em ar ambiente. O exame físico revela ausculta cardíaca e pulmonar normais. O eletrocardiograma realizado no momento da admissão encontra-se ilustrado a seguir.



(Considere: PR = 220 ms; FC = 50 bpm; duração do QRS = 130 ms)

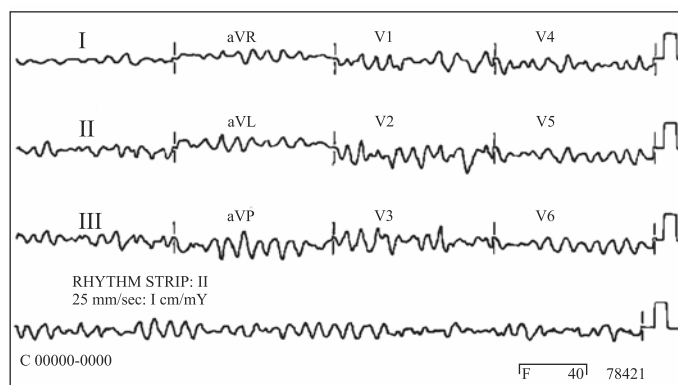
51. Em relação aos achados eletrocardiográficos, é correto afirmar que

- (A) a presença de QRS com duração acima do limite superior da normalidade e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo impedem, pelos achados eletrocardiográficos, a definição de isquemia miocárdica verdadeira nesse caso.
- (B) o ritmo é sinusal, há bloqueio atrioventricular do segundo grau Mobitz tipo I e corrente de lesão em parede inferior.
- (C) há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede inferior por provável oclusão total da artéria coronária direita.
- (D) o distúrbio de condução pelo ramo esquerdo não impede a verificação de isquemia nesse caso, e há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede anterior.
- (E) o infradesnívelamento do segmento ST em V2 e V3 reforça a hipótese de oclusão da artéria coronária interventricular anterior.

52. Em relação à abordagem terapêutica do paciente em questão, é correto afirmar que

- (A) os níveis pressóricos da admissão contraindicam a utilização de medicamentos trombolíticos.
- (B) há necessidade de terapia de reperfusão coronária, seja ela mecânica (angioplastia) ou química (trombólise).
- (C) o tratamento deve ser realizado com heparinização plena e antiagregação plaquetária, aguardando-se 24 horas sem a utilização de metformina, para a realização do cateterismo cardíaco, pelo risco de acidose láctica.
- (D) a administração de trombolíticos é preferível em relação à angioplastia primária, por se tratar de paciente idoso e diabético.
- (E) não há necessidade de suplementação de oxigênio ao paciente, uma vez que a saturação de O<sub>2</sub> encontra-se acima de 90%.

53. Enquanto eram tomadas as medidas iniciais, o paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência, tornando-se arresposivo. O aparelho de eletrocardiograma ainda se encontrava conectado ao paciente e foi realizado o registro a seguir.



A conduta que deve ser prontamente adotada é:

- (A) realizar intubação orotraqueal, ventilação invasiva e encaminhar o paciente imediatamente à hemodinâmica.
- (B) iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, iniciando-se pela intubação orotraqueal e, a seguir, massagem cardíaca.
- (C) realizar cardioversão elétrica sincronizada.
- (D) realizar desfibrilação não sincronizada. Caso o desfibrilador não esteja próximo, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, começando por compressões torácicas.
- (E) aplicar amiodarona intravenosa em bolus, seguida de adrenalina 1 mg e compressões torácicas.

54. Paciente do sexo feminino, 44 anos, apresenta quadro de dispnéia intensa e chiado no peito, cerca de 10 minutos após a realização de exame com contraste iodado. Foi levada ao pronto-atendimento, apresentando dificuldade para enxergar e rouquidão. Ao exame físico, notou-se edema facial e estriador laríngeo. A pressão arterial era de 80 x 40 mmHg.

O fármaco e a melhor via de administração deverão ser, respectivamente:

- (A) adrenalina / intravenosa.
- (B) adrenalina / intramuscular.
- (C) corticoide / intravenoso.
- (D) corticoide / inalatório.
- (E) anti-histamínico / via oral.

55. Homem, 56 anos, etilista crônico – cerca de 5 garrafas de cerveja ao dia – encontra-se internado por broncopneumonia aspirativa, recebendo terapia antimicrobiana parenteral. No terceiro dia de internação, começou a enxergar baratas nas paredes do quarto, a apresentar agitação psicomotora e tremor intenso de extremidades.

O tratamento de eleição deverá ser feito com

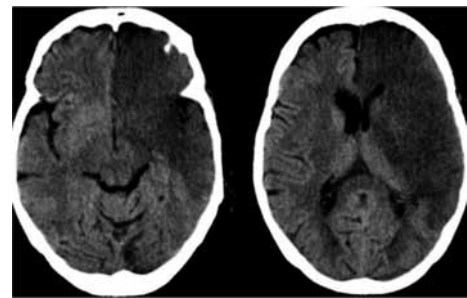
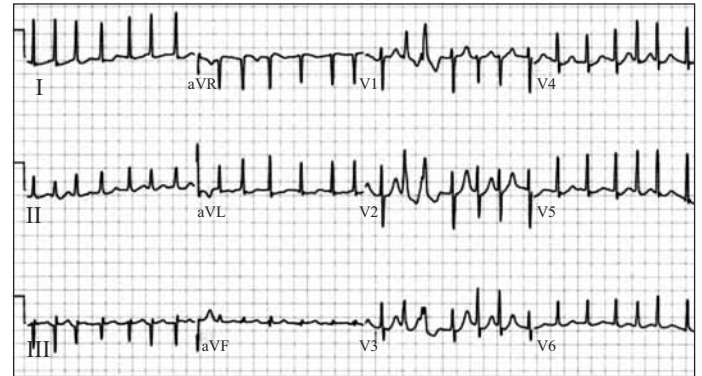
- (A) tiamina e benzodiazepínico.
- (B) tiamina e haloperidol.
- (C) quetiapina e hidantoína.
- (D) glicose a 50% e haloperidol.
- (E) haloperidol e opioide.

56. Paciente jovem, do sexo feminino, foi internada por quadro de polidipsia, poliúria, adinamia e sonolência há, pelo menos, 5 dias. Nos últimos dois dias, ficou muito prostrada e apresentou alguns episódios de náuseas e vômitos. À admissão, a paciente encontrava-se sonolenta, hálito cetótico, respiração de Kussmaul e desidratada. Dextro = 480 mg/dL, corpos cetônicos na urina 4+/4, pH = 7,18 e bicarbonato = 12.

São complicações potenciais e esperadas do tratamento dessa paciente:

- (A) hiperglicemia, oligúria e amaurose.
- (B) neuropatia, infecção e hiperglicemia.
- (C) hipercalcemia, alcalose metabólica e hipoglicemia.
- (D) hipoglicemia, hipocalemia e edema cerebral.
- (E) amaurose, infecção e neuropatia.

57. Mulher, 63 anos, foi admitida no pronto-atendimento após ser encontrada pelos familiares, caída, em casa. Ao exame físico, apresentava rebaixamento do nível de consciência (Glasgow = 11), ausculta cardíaca irregular e desvio conjugado do olhar para a esquerda. O eletrocardiograma e a tomografia computadorizada de crânio encontram-se ilustrados a seguir.



Das medidas apresentadas, assinale aquela que pode ser deletéria ao caso em questão e, portanto, deverá ser evitada inicialmente, mesmo diante de uma indicação precisa.

- (A) Correção dos níveis de glicemia.
- (B) Uso de manitol.
- (C) Anticoagulação plena.
- (D) Controle da pressão arterial, se PAS > 200 mmHg e/ou PAD > 120 mmHg.
- (E) Controle de hipertermia.

58. Paciente jovem do sexo masculino procurou atendimento médico devido ao aparecimento de lesões com aspecto de verrugas em região de glândula e prepúcio. As lesões eram confluentes e assumiam aspecto semelhante a uma couve-flor.

O agente etiológico provavelmente envolvido no caso em questão é o

- (A) *Haemophilus ducreyi*.
- (B) HIV.
- (C) vírus do molusco (Poxvírus).
- (D) *Treponema pallidum*.
- (E) vírus HPV (Papiloma vírus).

59. Em relação ao tromboembolismo pulmonar, é correto afirmar que
- (A) apesar de controversa, a terapia trombolítica pode ser realizada, na presença de indicações precisas, como instabilidade hemodinâmica, até 14 dias após o início dos sintomas.
  - (B) a passagem do filtro de veia cava deve ser feita de rotina nos pacientes idosos, associada ao uso do anticoagulante oral.
  - (C) após o início do uso da varfarina, deve-se manter o uso da heparina até que se atinja um INR entre 4,0 e 5,0.
  - (D) o uso da heparina não fracionada é vantajoso em relação à heparina de baixo peso molecular, devido à maior previsibilidade das dosagens e menor ocorrência de efeitos colaterais.
  - (E) o achado eletrocardiográfico mais frequente é a sobrecarga de câmaras direitas.
60. Paciente com 24 anos de idade foi levado ao pronto-atendimento após tentativa de suicídio, apresentando miose, sialorreia intensa, confusão mental, ansiedade e poliúria com certa incontinência urinária. Os acompanhantes referem que o paciente trabalha com lavoura e ingeriu grande quantidade de um líquido que acreditam ser inseticida. Além das medidas de suporte e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, recomenda-se a administração de
- (A) clorpromazina.
  - (B) fisostigmina.
  - (C) dantrolene.
  - (D) naloxone.
  - (E) pralidoxima.

