



CONCURSO PÚBLICO

011. PROVA ESCRITA

2.º TENENTE MÉDICO PM ESTAGIÁRIO (GASTROENTEROLOGIA CLÍNICA)

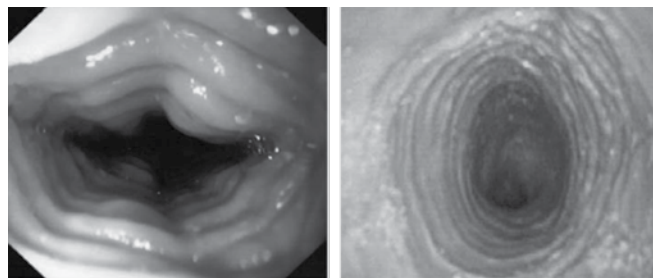
- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 60 questões objetivas.
- ◆ Confira seu nome e número de inscrição impressos na capa deste caderno.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal 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

01. É correto afirmar que é incompatível com o diagnóstico de esofagite eosinofílica a(o)
- (A) frequência maior em adultos jovens do sexo masculino.
 - (B) história de alergia alimentar, rinite e asma.
 - (C) achado endoscópico esofágico com formações anelares, estenoses e erosões longitudinais.
 - (D) resposta clínica insatisfatória aos inibidores de bomba de prótons.
 - (E) infiltração eosinofílica de 3 a 5 eosinófilos por campo nas regiões medial e distal do esôfago.
02. Assinale a alternativa que estabelece a correlação entre gastrite por *Helicobacter pylori*.
- (A) Existe hipergastrinemia pela diminuição da produção de somatostatina.
 - (B) Deve ser erradicado em todos os casos de gastrite, independentemente da gravidade do processo inflamatório.
 - (C) A gastrite predominante antral é fator de risco para úlcera gástrica.
 - (D) O controle da erradicação deve ser feito ao término do tratamento.
 - (E) O diagnóstico da infecção é feito por meio da endoscopia digestiva alta.
03. Em relação às patologias esofagianas, podemos afirmar que
- (A) a hérnia hiatal e a doença do refluxo gastroesofágico são patologias de tratamento predominantemente cirúrgico.
 - (B) a síndrome de Boerhaave implica na laceração da mucosa esofagiana.
 - (C) o esôfago de Barrett constitui fator de risco para o desenvolvimento do adenocarcinoma do esôfago.
 - (D) o divertículo de Zenker é também chamado de divertículo de tração.
 - (E) o tratamento cirúrgico da estenose caustica do esôfago implica em esofagectomia.
04. Varizes esofagianas são dilatações das veias da submucosa e, quando rotas, causam hemorragia digestiva severa. Além das medidas gerais de manutenção, devem ser tratadas, preferencialmente, por
- (A) medicamentos: propranolol e vasopressina.
 - (B) procedimento endovascular TIPS (*transjugular intrahepatic portalsystemic shunt*).
 - (C) esclerose endoscópica.
 - (D) ligadura elástica.
 - (E) balão de tamponamento esofágico.

05. Observe as imagens a seguir.

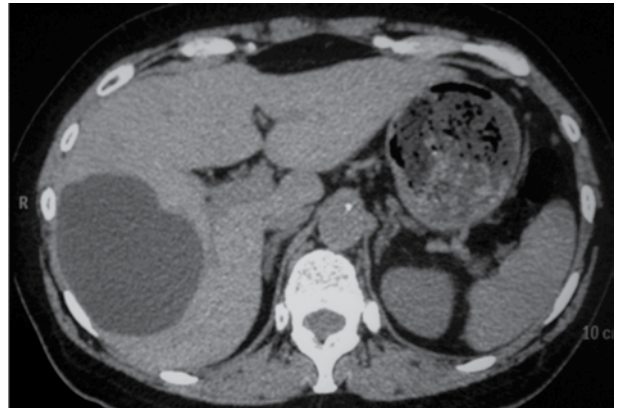


É correto afirmar que as imagens são sugestivas de

- (A) presbioesôfago com ondas terciárias.
 - (B) megaesôfago chagásico.
 - (C) esofagite eosinofílica.
 - (D) monilíase esofágica.
 - (E) esofagopatia decorrente de esclerodermia.
06. A vesícula biliar palpável, na vigência de icterícia, caracteriza
- (A) sinal de Courvoisier-Terrier.
 - (B) sinal de Joubert.
 - (C) sinal de Murphy.
 - (D) sinal de Rovising.
 - (E) sinal de Lichtenstein.
07. Paciente de 28 anos, com história de úlcera duodenal estenosante, desidratado por vômitos recorrentes não biliosos, apresenta alterações hidroeletrólíticas e metabólicas compatíveis com
- (A) alcalose metabólica hipoclorêmica e hipopotassêmica.
 - (B) acidose respiratória hiponatrêmica e hiperpotassêmica.
 - (C) acidose metabólica e acidose respiratória.
 - (D) alcalose metabólica hipernatrêmica e hiperpotassêmica.
 - (E) acidose respiratória hiperclorêmica e hipopotassêmica.
08. Líquido ascítico com gradientes soro-ascite de albumina = 2,0 g/dL é compatível com
- (A) carcinomatose peritoneal.
 - (B) pancreatite aguda com ascite pancreática.
 - (C) tuberculose peritoneal.
 - (D) insuficiência cardíaca congestiva.
 - (E) cirrose hepática.

09. Paciente cirrótico com ascite, edema de membros inferiores e proteína no líquido ascítico < 1 g/dL corre risco de
- (A) encefalopatia hepática.
 - (B) síndrome hepatorenal.
 - (C) hepatocarcinoma.
 - (D) peritonite bacteriana espontânea.
 - (E) hemorragia digestiva por varizes do esôfago.
10. A complicação mais frequente diante da doença ulcerosa péptica é
- (A) hemorragia.
 - (B) perfuração.
 - (C) obstrução.
 - (D) malignização.
 - (E) intratabilidade clínica.
11. Paciente deu entrada no pronto-socorro com quadro de hematêmese e melena. A epidemiologia do sangramento digestivo alto sugere
- (A) gastrite hemorrágica.
 - (B) varizes do esôfago.
 - (C) úlcera gástrica.
 - (D) úlcera duodenal.
 - (E) diástase hemorrágica.
12. Paciente do sexo feminino, 72 anos, é atendida no pronto atendimento com quadro de enterorragia. Ao exame clínico, acha-se sem alterações hemodinâmicas e discretamente descorada. O quadro clínico e epidemiológico é sugestivo de hemorragia digestiva baixa por
- (A) pólipos adenomatosos vilosos.
 - (B) moléstia diverticular.
 - (C) retocolite ulcerativa.
 - (D) câncer de sigmoide.
 - (E) angiodisplasia colônica.
13. O megacolon tóxico é um quadro abdominal extremamente grave, sugestivo de
- (A) volvo de sigmoide em portador de megacolon.
 - (B) retocolite ulcerativa inespecífica.
 - (C) síndrome de Ogilvie.
 - (D) doença de Crohn, forma colônica.
 - (E) obstrução intestinal em alça fechada.
14. O divertículo de Meckel é um remanescente embriológico do
- (A) intestino primitivo.
 - (B) cordão umbilical.
 - (C) conduto onfalomesentérico.
 - (D) conduto peritônio intestinal.
 - (E) divertículo congênito do íleo terminal.
15. O câncer gástrico está associado de forma significativa ao grupo sanguíneo
- (A) A.
 - (B) B.
 - (C) AB.
 - (D) O.
 - (E) RH negativo.
16. Assinale a alternativa que apresenta sintoma sugestivo de doença ulcerosa duodenal.
- (A) Intolerância a gordurosos.
 - (B) Acordar noturno com dor em queimação na região epigástrica.
 - (C) Queimação epigástrica pós-alimentar.
 - (D) Pirose.
 - (E) Desânimo por anemia crônica.
17. Paciente do sexo masculino, 61 anos, com dor epigástrica incomum pós-alimentar, faz consulta médica e endoscopia digestiva alta. A endoscopia mostra úlcera de dois cm, na grande curvatura da região antral, cuja biópsia revelou gastrite crônica, associada à grande quantidade de *Helicobacter pylori*. A conduta correta é
- (A) repetir a endoscopia e nova biópsia. O quadro é sugestivo de câncer gástrico.
 - (B) tratar imediatamente o *Helicobacter pylori* e repetir a endoscopia com nova pesquisa.
 - (C) tratar a úlcera com dieta, antiácidos, pró-cinéticos, ranitidina e repetir a endoscopia.
 - (D) tratar a úlcera com dieta, bloqueadores de bomba de prótons e repetir a endoscopia.
 - (E) tratar a úlcera com dieta, bloqueadores de bomba de prótons e tratar o *Helicobacter pylori*, antes do controle endoscópico.

18. Paciente de 30 anos, após quadro inespecífico de náuseas, mal-estar e inapetência, apresenta-se com icterícia, urina escura que mancha a roupa e dor inespecífica na região do epigástrio e rebordo costal direito. O raciocínio clínico da discussão diagnóstica dessa síndrome icterícia é compatível com
- coledocolitíase.
 - colangite.
 - colangiocarcinoma.
 - colecistite aguda.
 - hepatopatia viral aguda.
19. Paciente do sexo masculino, 62 anos, fumante e alcoólatra, refere quadro de dor epigástrica de forte intensidade, acompanhada de vômitos recorrentes. Antecedentes de hipertensão, diabetes, colesterol e úlcera duodenal tratada. Negava quadro semelhante pregresso. Sem melhora, foi atendido na urgência e dosada a amilase, cujo valor foi de 1453 unidades. Assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico desse paciente.
- Úlcera péptica recidivada.
 - Úlcera péptica penetrante no pâncreas.
 - Pancreatite crônica.
 - Pancreatite aguda.
 - Pancreatite crônica agudizada.
20. Na investigação das patologias digestivas que cursam com sintomas compatíveis com patologias gastroduodenais, o exame parasitológico das fezes se justifica pela possibilidade de
- amebíase.
 - ancilostomíase.
 - giardíase.
 - ascaridíase.
 - teníase.
21. Paciente procura pronto-socorro, com dor no rebordo costal direito, acompanhado de febre, vômitos e sinal de irritação peritoneal local. O ultrassom imediato revela litíase vesicular, paredes espessadas e líquido perivesicular com reação dolorosa ao transdutor. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.
- Antibioticoterapia e colecistectomia após melhora do quadro clínico na mesma internação.
 - Antibioticoterapia e colecistectomia após resolução definitiva do processo inflamatório local.
 - Antibioticoterapia e cirurgia se houver piora do quadro clínico.
 - Colecistectomia de urgência.
 - Antibioticoterapia, punção vesicular guiada pelo ultrassom e colecistectomia eletiva.
22. A principal causa de pancreatite aguda nas mulheres é
- alcooolismo.
 - dislipidemia.
 - idiopática.
 - medicamentosa, sobretudo corticosteroides e diuréticos tiazídicos.
 - migração de cálculos vesiculares.
23. Paciente de 43 anos permaneceu com sonda nasogástrica por 12 dias após trauma abdominal e, três semanas após a retirada da sonda, passou a apresentar disfagia a alimentos sólidos. A investigação diagnóstica inicial implica em
- endoscopia digestiva alta.
 - radiografia contrastada do esôfago e estômago.
 - manometria esofágica.
 - tomografia computadorizada de tórax com contraste iodado via oral.
 - ressonância nuclear magnética do tórax.
24. Observe a imagem a seguir.



O corte tomográfico computadorizado abdominal sugere

- hepatocarcinoma.
 - nódulo de regeneração hepática.
 - cisto hepático.
 - metástase hepática isolada.
 - adenoma hepático.
25. Portador de ileite de Crohn apresenta litíase vesicular em exame ultrassonográfico abdominal de rotina. A maior incidência dessa patologia, nesses pacientes, é devida a
- hemorragia intermitente e maior hemólise intestinal.
 - diminuição de absorção de sais biliares.
 - estase biliar pela menor liberação de colecistoquinina.
 - quadro clínico predominante de cólicas abdominais.
 - suboclusão intestinal.

26. A complicação mais prevalente em portador de moléstia diverticular, forma hipotônica, é
- (A) obstrução de cólon.
 - (B) diverticulite.
 - (C) câncer colônico.
 - (D) hemorragia digestiva baixa.
 - (E) perfuração diverticular.
27. Na suspeita de diverticulite, a maior sensibilidade para o diagnóstico é obtida por meio de
- (A) ressonância nuclear magnética abdominal.
 - (B) radiografia simples de abdome em três posições.
 - (C) colonoscopia.
 - (D) radiografia contrastada do cólon (enema opaco).
 - (E) tomografia computadorizada abdominal.
28. Em atenção à dosagem do antígeno carcino-embriônico (CEA), é incompatível a afirmação de que
- (A) pode apresentar falso-positivo em pacientes com doenças benignas.
 - (B) pode apresentar falso-negativo em portadores de tumores não produtores de CEA.
 - (C) deve ser utilizado para o rastreamento diagnóstico de tumores colônicos.
 - (D) a detecção do antígeno é útil na monitorização de neoplasias de mama, pulmão, estômago e pâncreas.
 - (E) a principal indicação é no período pós-operatório, quando uma elevação dos níveis de CEA pode indicar recidiva ou metástases dos tumores.
29. A presença de anticorpos reagentes para o vírus da hepatite C indica
- (A) ausência de infecção ativa.
 - (B) que deve ser repetido, devido à possibilidade de falso-positivo.
 - (C) diagnóstico de infecção crônica de hepatite C.
 - (D) sequela de tratamento específico da doença.
 - (E) presença de contato prévio com o vírus.
30. O marcador mais relacionado à hepatite autoimune são
- (A) anticorpos totais antimúsculo liso.
 - (B) anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (proteinase C-ANCA).
 - (C) anticorpos totais antimitocôndria.
 - (D) anticorpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA).
 - (E) anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (mieloperoxidase) P-ANCA.
31. O perfil sorológico para hepatite B com resultado de anti-HBcIgM +, HBsAg + e HBeAg + diagnóstica
- (A) infecção crônica com alta infectividade.
 - (B) infecção aguda com alta infectividade.
 - (C) infecção prévia curada.
 - (D) portador crônico assintomático.
 - (E) pós-imunização.
32. Com relação à hepatite A, pode-se afirmar que
- (A) costuma evoluir para cronicidade.
 - (B) tem sido associada ao carcinoma hepatocelular.
 - (C) pode evoluir com hepatite fulminante.
 - (D) a transmissão principal se faz por via hematogênica.
 - (E) em associação ao vírus delta, causa quadros graves.
33. Assinale a alternativa que contém o agente que pode produzir hepatite medicamentosa de forma previsível e dependente da dose.
- (A) Halotano.
 - (B) Clorpromazina.
 - (C) Acetaminofeno.
 - (D) Metildopa.
 - (E) Eritromicina.
34. A interpretação sorológica provável para paciente HBsAg negativo, anti-HBs positivo e anti-HBc IgG negativo é
- (A) hepatite B aguda em resolução.
 - (B) hepatite B crônica.
 - (C) cirrose hepática.
 - (D) resposta imunológica à vacinação.
 - (E) portador inativo do vírus da hepatite B.
35. A doença celíaca está associada à
- (A) intolerância à lactose.
 - (B) intolerância ao glúten.
 - (C) síndrome do cólon irritável.
 - (D) deficiência de ácidos graxos essenciais.
 - (E) insuficiência pancreática crônica.

36. Paciente de 50 anos, portador de retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) há 10 anos, acha-se em tratamento clínico de novo surto, após período de quiescência de 1 ano. Apesar de medicado com mesalazina, corticoides, dieta e suporte emocional há 40 dias, persistem diarreia mucosanguinolenta, anemia, emagrecimento e dor abdominal. O reestudo da conduta passa por
- (A) reavaliar os medicamentos, as dosagens e ajustá-los à intensidade dos sintomas.
 - (B) discutir a possibilidade de megacolo tóxico, que, com antibioticoterapia maciça associada à medicação específica e suporte nutricional, pode melhorar o quadro clínico e nutricional.
 - (C) solicitar colonoscopia atual para esclarecimento diagnóstico e planejamento terapêutico.
 - (D) discutir a possibilidade de abordagem cirúrgica, especificamente uma retosigmoidectomia, uma vez que a retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) acomete principalmente o reto e o sigmoide.
 - (E) discutir a possibilidade de tratamento cirúrgico definitivo com proctocolectomia total e confecção de bolsa ileal.
37. Tiflíte é um termo utilizado para denominar infecção de
- (A) veias hepáticas.
 - (B) veia porta.
 - (C) jejuno proximal.
 - (D) apêndice complicado.
 - (E) ceco.
38. Paciente em tratamento de patologia intestinal apresentava anticorpos anti-gliadina IgG e IgA positivos. Agora apresenta queda acentuada de IgG e ausência de IgA. Essas dosagens indicam
- (A) exame falso-negativo.
 - (B) ação medicamentosa.
 - (C) melhora espontânea, pois se trata de doença viral.
 - (D) aderência ao tratamento dietético específico.
 - (E) hiato imunológico.
39. A diminuição do urobilinogênio urinário está associada a
- (A) anemias hemolíticas.
 - (B) icterícia obstrutiva extra-hepática.
 - (C) hepatites.
 - (D) cirroses.
 - (E) hepatopatia parenquimatosa.
40. A prevenção e o diagnóstico precoce do câncer colorretal devem ser feitos com
- (A) toque retal.
 - (B) pesquisa de sangue oculto nas fezes.
 - (C) dosagem de CEA.
 - (D) dosagem de Ca 19.9.
 - (E) colonoscopia.

CONHECIMENTOS GERAIS

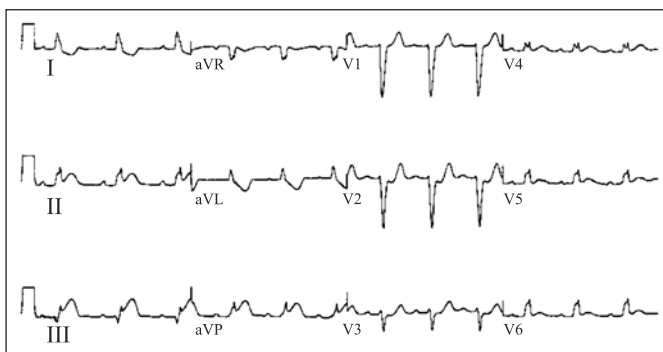
41. De acordo com as diretrizes da Constituição Federal do Brasil e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento integral refere-se
- (A) ao controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo.
 - (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 conseqüente 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
- se o fato for de conhecimento público.
 - com o falecimento do paciente.
 - quando o médico depuser como testemunha.
 - quando o sigilo for relacionado a paciente menor de idade e a não revelação possa acarretar dano ao paciente.
 - 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, SO₂ = 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.

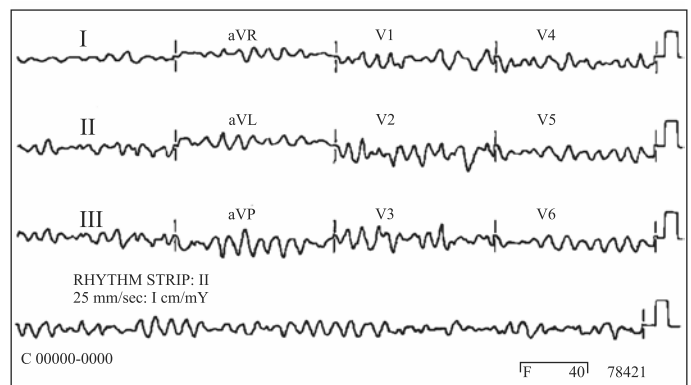


(Considere: PR = 220 ms; FC = 50 bpm; duração do QRS = 130 ms)

51. Em relação aos achados eletrocardiográficos, é correto afirmar que
- a 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.
 - o ritmo é sinusal, há bloqueio atrioventricular do segundo grau Mobitz tipo I e corrente de lesão em parede inferior.
 - há sinais de infarto agudo do miocárdio em parede inferior por provável oclusão total da artéria coronária direita.
 - 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.
 - 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
- os níveis pressóricos da admissão contraíndicam a utilização de medicamentos trombolíticos.
 - há necessidade de terapia de reperfusão coronária, seja ela mecânica (angioplastia) ou química (trombólise).
 - 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.
 - a administração de trombolíticos é preferível em relação à angioplastia primária, por se tratar de paciente idoso e diabético.
 - não há necessidade de suplementação de oxigênio ao paciente, uma vez que a saturação de O₂ 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:

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

54. Paciente do sexo feminino, 44 anos, apresenta quadro de dispneia 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

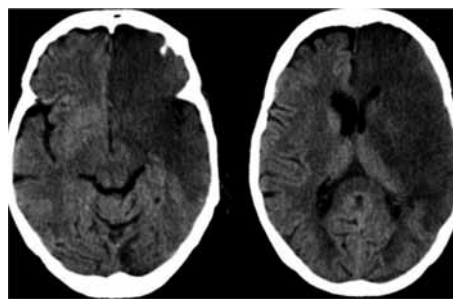
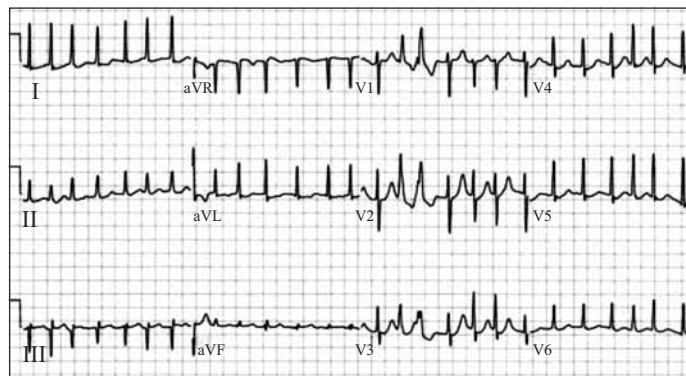
- (A) tiamina e benzodiazepínico.
- (B) tiamina e haloperidol.
- (C) quetiapina e hidantoína.
- (D) glicose a 50% e haloperidol.
- (E) haloperidol e opioide.

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.

