



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA

CONCURSO PÚBLICO

006. PROVA OBJETIVA

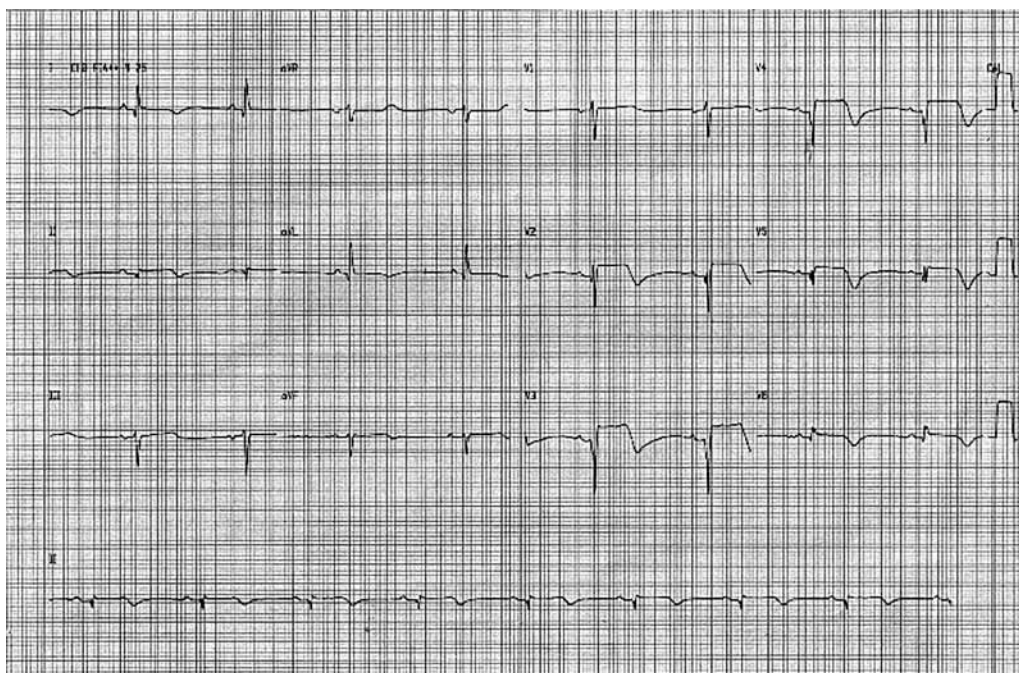
MÉDICO I – CLÍNICO GERAL

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 40 questões objetivas.
- ◆ Confira seu nome e número de inscrição impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ 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 3 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.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- ◆ 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. Homem de 53 anos, sem antecedentes prévios conhecidos, há 15 dias apresenta cefaleia holocraniana de moderada intensidade e tonturas esporádicas. Há 2 dias procurou neurologista, e sua PA estava 140 x 90. Foi solicitada uma tomografia de crânio (sem contraste) e recebeu sintomáticos, sem obter melhora. Hoje os sintomas se intensificaram e procurou o pronto-socorro, onde se constatou PA: 180 x 110, sem sinais meníngeos. O provável diagnóstico e a conduta são:
- (A) síndrome do avental branco; orientações terapêuticas não medicamentosas.
 - (B) pseudocrise hipertensiva; dipirona intravenosa.
 - (C) urgência hipertensiva; captopril por via oral.
 - (D) emergência hipertensiva; nitroprussiato de sódio intravenoso.
 - (E) hipertensão arterial sistêmica (estágio II); tiazídicos por via oral.
02. Homem de 60 anos, tabagista crônico (50 anos-maço) e hipertenso, durante situação de estresse emocional apresentou dor retroesternal em aperto, acompanhada de sudorese fria, palidez e parestesias de membros superiores. Foi levado ao hospital, onde se constatou PA: 110 x 60, frequência cardíaca: 52 bpm, ausculta de bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros e com presença de quarta bulha em foco mitral, pulmões livres, perfusão periférica de 4 segundos, sem estase jugular ou hepatomegalia. Após realizar o eletrocardiograma a seguir, o provável diagnóstico e a conduta são:



- (A) angina variante de Prinzmetal; administrar nitrato por via sublingual.
- (B) infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; solicitar coronariografia de urgência.
- (C) pericardite aguda; administrar anti-inflamatórios não esteroides por via oral.
- (D) angina instável; administrar AAS e clopidogrel por via oral para realizar coronariografia de urgência.
- (E) infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; administrar AAS, betabloqueadores e nitratos por via oral.

03. Mulher de 50 anos, obesa, com história de HAS há mais de 10 anos, sem tratamento adequado. Nos últimos 9 meses refere dispneia aos médios esforços e desconforto retroesternal fugaz. Procurou a UBS, onde foi realizado eletrocardiograma, que mostrou sinais de hipertrofia do ventrículo esquerdo e raio X do tórax normal. Ao exame clínico apresentava-se sem edemas, eupneica, com PA: 130 x 100, frequência cardíaca: 64 spm, bulhas rítmicas com hiperfonese de segunda bulha em foco aórtico com sopro sistólico +/-6 em foco aórtico, presença de quarta bulha em foco mitral, pulmões livres. O provável diagnóstico é:

- (A) insuficiência cardíaca anterógrada secundária a HAS.
- (B) insuficiência cardíaca esquerda secundária a valvopatia aórtica.
- (C) insuficiência cardíaca sistólica com miocardiopatia secundária a HAS e insuficiência coronária.
- (D) pneumopatia crônica, sem cardiopatia.
- (E) insuficiência cardíaca diastólica secundária a HAS.

04. Mulher de 74 anos, tabagista crônica (65 anos-maço) e com história de exposição a fogão a lenha, apresenta cansaço progressivo aos esforços, tosse seca, hiporexia e perda ponderal nos últimos 6 meses. Procurou atendimento médico na UBS, encontrando-se em REG, cianótica ++/4, desidratada +/4, afebril, edema +/4, PA: 105 x 85, frequência cardíaca: 92 bpm, estase jugular a 45° ++/4, diâmetro anteroposterior do tórax aumentado, murmúrio vesicular diminuído globalmente com expiração prolongada e sem ruídos adventícios, bulhas rítmicas e hipofonéticas com sopro sistólico +++/6 em foco tricúspide. O provável diagnóstico é:

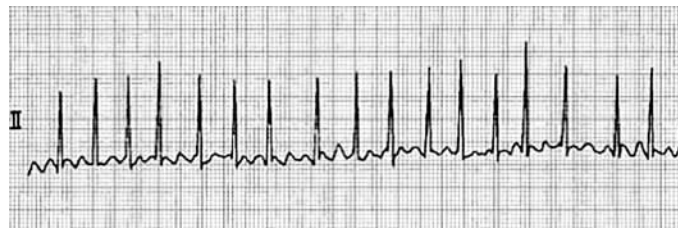
- (A) *corpulmonale* crônico descompensado.
- (B) DPOC secundário ao tabagismo associado a insuficiência cardíaca esquerda.
- (C) insuficiência cardíaca descompensada com “asma cardíaca”.
- (D) fibrose pulmonar secundária à exposição ao fogão a lenha.
- (E) asma brônquica extrínseca.

05. Qual é o diagnóstico da patologia que acompanha a gasometria arterial descrita a seguir, colhida em ar ambiente?

pH: 7,45, pO₂ : 98 mmHg, pCO₂: 23 mmHg, bicarbonato: 24 mEq/L, BE: +1, saturação de O₂: 100%

- (A) Alcalemia metabólica secundária à hipocalemia.
- (B) Crise asmática.
- (C) Sepsis na sua fase avançada.
- (D) Síndrome do pânico.
- (E) Sem patologias, pois a gasometria é normal.

06. Mulher de 62 anos procura atendimento médico referindo palpitações há 3 dias, sem sinais de instabilidade hemodinâmica. Fez o eletrocardiograma (Derivação-DII) mostrado a seguir.



O melhor diagnóstico e a conduta são:

- (A) fibrilação atrial persistente, sendo indicada a realização de ecocardiograma transesofágico para definir conduta.
- (B) fibrilação atrial paroxística, sendo indicada amiodarona em dose de ataque, para controle da frequência cardíaca, com anticoagulação contínua.
- (C) flutter atrial agudo, sendo indicado o uso de drogas betabloqueadoras para redução da frequência cardíaca.
- (D) fibrilação atrial permanente, sendo indicada a redução da frequência cardíaca e o uso da warfarina por via oral, durante 6 meses.
- (E) flutter atrial agudo com instalação há mais de 48 horas, sendo indicada a cardioversão elétrica imediata, sem anticoagulação.

07. Qual é o padrão de exames esperado em um paciente com diagnóstico de hipotireoidismo secundário à disfunção hipofisária?

- (A) TSH abaixo do normal, T4 livre normal.
- (B) TSH acima do normal, T4 livre acima do normal.
- (C) TSH normal, T4 livre abaixo do normal.
- (D) TSH normal, T4 livre normal.
- (E) TSH abaixo do normal, T4 livre abaixo do normal.

08. Homem de 68 anos, tabagista crônico e sedentário, ao se levantar pela manhã, notou dificuldade para ficar em pé e deambular. Procurou o pronto-socorro, onde se constatou hemiparesia esquerda e sem sopros carotídeos, PA: 170 x 100, frequência cardíaca: 64 bpm, Escala de Glasgow: 15. O provável diagnóstico e a melhor conduta são:

- (A) AVC isquêmico (trombótico); reduziria a pressão arterial com medicação por via oral após ressonância nuclear de crânio.
- (B) AVC hemorrágico; reduziria a pressão arterial com drogas injetáveis, após coleta de LCR hemorrágico.
- (C) AVC isquêmico (embólico); solicitaria tomografia de crânio e heparina intravenosa.
- (D) AVC hemorrágico: solicitaria tomografia de crânio antes de reduzir a pressão arterial com drogas injetáveis.
- (E) AVC isquêmico (trombótico); solicitaria tomografia de crânio e observaria os níveis pressóricos por 24 a 48 horas.

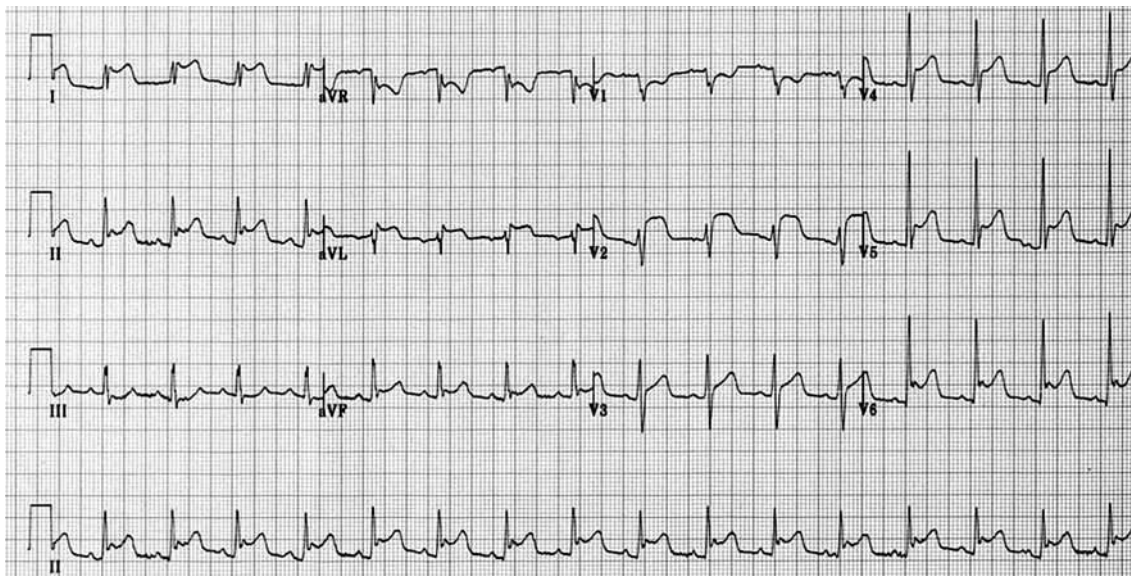
09. Diante de um paciente com dosagem de potássio igual a 6,1 mEq/L, qual alteração mais frequente deveríamos encontrar no traçado eletrocardiográfico?
- (A) Ondas T pontiagudas, apiculadas e com base estreita.
 - (B) Bradicardia sinusal.
 - (C) Arritmia ventricular complexa.
 - (D) Ritmo sinoventricular.
 - (E) Intervalo QT curto.
10. Mulher de 56 anos, sedentária, assintomática, com níveis de PA de 140 x 90, frequência cardíaca de 76 bpm, IMC: 32,5. Tem exames complementares: glicemia: 115 mg/dL, hemoglobina glicada: 5,5%, creatinina: 1,1 mg/dL, LDL colesterol: 120 mg/dL, HDL colesterol: 46 mg/dL, triglicérides: 186 mg/dL. A melhor orientação terapêutica para essa paciente é
- (A) administrar metformina e fenofibratos.
 - (B) administrar sulfanilureia associada com a metformina.
 - (C) melhorar os maus hábitos e reduzir o peso.
 - (D) melhorar a dieta e administrar estatinas.
 - (E) administrar metformina, sinvastatina e tiazídicos.
11. Homem de 42 anos, etilista crônico (1/2 litro de aguardente por dia), refere hiporexia, fraqueza, náuseas, vômitos e mal estar há 3 dias. Ao exame encontra-se em REG, desidratado ++/4, icterico ++/4, afebril, sem edemas, lúcido, orientado, contactuante, sem *flapping*, fígado doloroso à palpação há 2 cm do rebordo costal direito, PA: 120 x 70, frequência cardíaca: 100 bpm. Exames complementares: hemoglobina: 14,2 g/dL, hematócrito: 40%, VCM: 90 fl, 7200 leucócitos/mm³ e sem desvio à esquerda, plaquetas: 182 000/mm³, TGO: 280 U/L, TGP: 264 U/L, gama GT: 3 010 U/L, atividade de protrombina de 90%, bilirrubina total: 5,2 mg/dL, bilirrubina direta: 2,4 mg/dL. Qual é o diagnóstico provável?
- (A) Colangite bacteriana.
 - (B) Hepatite alcoólica aguda.
 - (C) Cirrose hepática alcoólica.
 - (D) Icterícia hemolítica.
 - (E) Hepatite viral aguda.
12. Mulher de 46 anos refere constipação intestinal crônica e dores intermitentes no abdome inferior esquerdo, acompanhada de flatulência, há 1 ano. Há 5 dias as dores se tornaram contínuas e mais intensas, acompanhadas de febre alta. Ao exame encontra-se em REG, desidratada ++/4, febril, sem edemas, frequência cardíaca: 96 bpm, PA: 110 x 60, frequência respiratória: 22 inc/min, temperatura axilar: 38 °C, abdome distendido e doloroso difusamente, sendo a dor mais intensa em fossa ilíaca esquerda, com sinal de Blumberg negativo e RHA diminuídos. Nos exames complementares apresenta hemoglobina: 12,8 g/dL, hematócrito: 37%, leucócitos: 14.650/mm³, com 9% de bastões, plaquetas: 286 000/mm³, ureia: 64 mg/dL, creatinina: 1,4 mg/dL, sódio: 136 mg/dL, potássio: 4,8 mg/dL. Qual é o diagnóstico provável e qual o exame complementar indicado para sua confirmação?
- (A) Apêndice aguda; ultrassom total do abdome.
 - (B) Abdome agudo obstrutivo; raio X do abdome.
 - (C) Infecção do trato urinário; urina tipo I e urocultura.
 - (D) Diverticulite; tomografia computadorizada do abdome.
 - (E) Neoplasia de sigmoide com perfuração intestinal; tomografia do abdome.
13. Qual é o padrão eletrocardiográfico clássico que aparece na maioria dos pacientes portadores da miocardiopatia chagásica?
- (A) Hipertrofia do ventrículo direito e do átrio direito.
 - (B) Hipertrofia de câmaras direitas e bloqueio atrioventricular de 2.º grau (tipo I).
 - (C) Bloqueio de ramo esquerdo, bloqueio da divisão poste-roinferior do ramo esquerdo.
 - (D) Hipertrofia de ventrículo esquerdo, bloqueio de ramo esquerdo.
 - (E) Bloqueio de ramo direito, bloqueio da divisão anterio-superior do ramo esquerdo.
14. Homem de 78 anos, com antecedentes de HAS, em tratamento irregular, refere quedas frequentes, sem perda da consciência há 6 meses, acompanhadas de perda da memória recente e períodos de confusão mental. Há 1 semana os sintomas e sinais se intensificaram e começou a apresentar incontinência urinária. Ao exame físico apresenta-se em REG, hidratado, eupneico, afebril, PA: 140 x 86, frequência cardíaca: 70 bpm, confuso, desorientado, sem sinais de localização neurológica e de irritação meníngea, sem edemas. Exames bioquímicos normais, análise do líquido cefalorra-quídeo normal e tomografia de crânio mostrando sinais de atrofia cerebral acentuada e dilatação dos ventrículos. Qual é o diagnóstico provável?
- (A) Hidrocefalia de pressão normal.
 - (B) Demência de Alzheimer.
 - (C) Demência vascular.
 - (D) AVC isquêmico e trombótico.
 - (E) Demência senil.

15. Considerando-se o *diabetes mellitus* tipo 2, sem falência pancreática secundária, o perfil clínico e o laboratorial esperados são:
- (A) insulinemia reduzida, peso normal, anticorpos anti-GAD positivos.
 - (B) insulinemia normal, sobrepeso, anticorpos anti-GAD negativos.
 - (C) insulinemia elevada, obesidade, anticorpos anti-GAD positivos.
 - (D) insulinemia reduzida, obesidade, anticorpos anti-GAD positivos.
 - (E) insulinemia elevada, peso normal, anticorpos anti-GAD negativos.
16. Mulher de 71 anos, com antecedentes de HAS e *diabetes mellitus* há 20 anos, em tratamento regular, queixa-se de edema de membros inferiores, cansaço, fadiga, tonturas, hiporexia e náuseas há 2 meses. Ao exame clínico encontra-se em REG, palidez ++/4, descorada +/4, hidratada, eupneica, afebril, edema +++/4, PA: 180 x 105, frequência cardíaca: 78 bpm, hiperfonese de 2.^a bulha em foco aórtico, sem sopros, com atrito pericárdico +/4 em foco aórtico e pulmonar, pulmões livres. Exames complementares com ureia: 202 mg/dL, creatinina: 5,8 mg/dL, hemoglobina: 11,6 g/dL, VCM: 84 fl, CHCM: 28 pg, leucócitos: 8 200/mm³, plaquetas: 206 000/mm³, sódio: 130 mEq/L, potássio: 5,1 mEq/L. Quais são o diagnóstico provável e a melhor conduta?
- (A) Insuficiência renal aguda, com indicação de diuréticos para tratamento.
 - (B) Pericardite aguda, sendo indicado o uso de anti-inflamatórios não hormonais.
 - (C) Insuficiência cardíaca descompensada, com indicação de diuréticos para tratamento.
 - (D) Insuficiência renal crônica agudizada, com indicação de hemodiálise de urgência.
 - (E) Insuficiência renal crônica sem indicação de diálise, com tratamento clínico.
17. Em relação ao hemograma descrito a seguir, qual é o diagnóstico provável?
- Hemoglobina: 8,8 g/dL
Hematócrito: 27 %
Volume corpuscular médio: 118 fl
Concentração média de hemoglobina: 32 pg
RDW: 13,1 %
Leucócitos: 4 100/mm³, com granulócitos hipersegmentados
Plaquetas: 96 000/mm³
- (A) Anemia megaloblástica.
 - (B) Anemia moderada secundária a deficiência de ferro.
 - (C) Anemia secundária a hemoglobinopatia (talassemia).
 - (D) Pancitopenia secundária a displasia de medula.
 - (E) Anemia secundária a doença crônica.
18. Homem de 43 anos refere episódios intermitentes de urina escura ao se levantar pela manhã, seguida de cansaço, fadiga, palidez e mal estar. Hoje acordou com os mesmos sintomas referidos, procurando atendimento médico. Na ocasião, encontrava-se em REG, descorado ++/4, icterico +/4, afebril, sem edemas, frequência cardíaca: 104 bpm, PA: 115 x 50, abdome normal, bulhas rítmicas e normofonéticas e sem sopros, perfusão periférica preservada. Exames complementares: hemoglobina: 8,6 g/dL, hematócrito: 24%, VCM: 90 fl, urina I com hemoglobinúria presente, DHL: 906 U/L, bilirrubina total: 4,8 mg/dL, bilirrubina indireta: 3,4 mg/dL. O provável diagnóstico é:
- (A) anemia secundária à hematuria.
 - (B) talassemia maior.
 - (C) hemoglobinúria paroxística noturna.
 - (D) displasia de medula.
 - (E) anemia ferropriva.
19. Na hipercalemia secundária a insuficiência renal crônica, qual é a terapia indicada para redução absoluta da concentração de potássio no organismo?
- (A) Gluconato de cálcio intravenoso.
 - (B) Inalação de drogas estimulantes beta 2.
 - (C) Bicarbonato de sódio intravenoso.
 - (D) Resina de trocas intestinais, por via oral.
 - (E) Sulfato de magnésio intravenoso.
20. Mulher de 50 anos, com história de poliartrite simétrica, predominante nas articulações médias e pequenas há 2 anos, sem comprometimento do estado geral. O exame clínico mostrou sinais de artrite em mãos e punhos, sopro sistólico +/6 em foco aórtico. Exames complementares: fator reumatoide: 82 UI/mL, FAN negativo, proteína C reativa: 8,6 mg/dL, ácido úrico: 9,2 mg/dL, hemoglobina: 12,4 g/dL, leucócitos: 12 300/mm³, com 3% de bastões, plaquetas: 340 000/mm³. Qual é o diagnóstico provável?
- (A) Hiperuricemia com gota.
 - (B) Lúpus eritematoso sistêmico.
 - (C) Surto de febre reumática.
 - (D) Artrite reumatoide.
 - (E) Artrite séptica.

21. Mulher de 28 anos refere dor e edema do membro inferior esquerdo (MIE) há 3 dias, sem traumas e febre. Ao exame encontra-se em BEG, edema +++/4 de MIE, frio, doloroso à palpação, com perfusão periférica preservada, varizes de membros inferiores, afebril, sem adenites, eupneica. O diagnóstico provável e a melhor conduta são:
- (A) ruptura muscular (síndrome da pedrada); tomografia computadorizada de MIE, administrar anti-inflamatórios não hormonais e repouso.
 - (B) trombose venosa profunda de MIE; solicitar doppler venoso de MIE e administrar heparina de baixo peso molecular, por via subcutânea.
 - (C) celulite de MIE; procurar o foco inicial da infecção, iniciar penicilina injetável.
 - (D) insuficiência cardíaca descompensada; solicitar um ecocardiograma e prescrever diuréticos.
 - (E) flebite de MIE; solicitar um doppler venoso de MIE, indicar repouso e diosmina.
22. Mulher de 36 anos refere perda ponderal nos últimos 2 meses, acompanhada de hiporexia, sudorese noturna, fraqueza, adinamia e febre intermitente. Ao exame clínico encontra-se em REG, descorada +/4, hidratada, Tax: 37,9 °C, frequência cardíaca: 106 bpm, PA: 110 x 80, frequência respiratória: 20 inc/min, adenomegalia dolorosa, disseminada, de consistência elástica, com 1,5 cm de diâmetro, não confluentes e não aderidos a planos profundos e no exame de abdome o espaço de Traube encontra-se preenchido. Exames complementares: hemoglobina: 12,0 g/dL, hematócrito: 38%, leucócitos: 20 800/mm³, linfócitos: 18%, monócitos: 8%, plaquetas: 146 000/mm³, DHL: 1 660 U/L, reação intradérmica (PPD) foi negativa, VHS: 108 mm, cálcio: 11,6 mg/dL, raio X do tórax com alargamento discreto do mediastino. Qual é o diagnóstico provável?
- (A) Linfoma de Hodgkin.
 - (B) Toxoplasmose.
 - (C) Paracoccidiodomicose.
 - (D) Tuberculose ganglionar.
 - (E) Sarcoidose.
23. Homem de 36 anos, solteiro, queixa-se de febre, mal estar e lesões de pele eritematosas e não pruriginosas, inclusive na palma das mãos e na planta dos pés, há 35 dias. Fez uso de antialérgicos e corticoides por via oral e sem melhora. Ao exame, apresenta lesões exantematosas, confluentes, disseminadas, sem adenomegalias e sem lesões de mucosa. Qual é o diagnóstico provável?
- (A) Pênfigo vulgar.
 - (B) *Lues* na forma secundária.
 - (C) Reação urticariforme.
 - (D) Rubéola.
 - (E) *Tinea corporis*.
24. Mulher de 48 anos refere acentuado aumento de peso nos últimos anos e de 1 ano para cá apresenta excesso de pelos em face e tronco, fraqueza, edema generalizado, níveis de pressão arterial elevados e de difícil controle. Ao exame clínico apresenta-se em REG, obesidade abdominal, frequência cardíaca: 86 bpm, PA: 180 x 120, frequência respiratória: 22 inc/min, edema de face e de membros inferiores ++/4, estrias violáceas no tronco e abdome, equimoses de membros superiores, pulmões livres, bulhas rítmicas e hiperfonese de segunda bulha em foco aórtico, sem sopros. Exames complementares: sódio: 144 mEq/L, potássio: 3,5 mEq/L, ureia: 56 mg/dL, creatinina: 1,3 mg/dL, glicemia: 163 mg/dL, cálcio: 10,8 mg/dL. Qual é o diagnóstico provável?
- (A) Doença de Addison (insuficiência da glândula suprarrenal).
 - (B) Síndrome de Conn (hiperaldosteronismo primário).
 - (C) Síndrome metabólica.
 - (D) Síndrome de Hashimoto (hipotireoidismo).
 - (E) Síndrome de Cushing (hipercortisolismo).
25. Homem de 26 anos procura atendimento médico devido à presença de cefaleia na região da nuca, acompanhada de tonturas e cansaço há 6 meses. Fez medidas esporádicas da pressão arterial, que sempre mostraram níveis elevados, acima de 160 x 110. Fez uso de vários medicamentos, sem melhora dos níveis de pressão arterial. Ao exame clínico encontra-se em REG, corado, PA: 180 x 120 em membros superiores e 120 x 70 em membros inferiores, frequência cardíaca: 60 bpm, IMC: 28. O diagnóstico provável é:
- (A) HAS renovascular.
 - (B) HAS secundária ao feocromocitoma.
 - (C) HAS acelerada.
 - (D) HAS secundária à coartação da artéria aorta.
 - (E) HAS primária, no estágio 2.

26. Qual é o exame complementar, padrão “ouro”, para diagnóstico do tromboembolismo pulmonar, com hipertensão pulmonar secundária?
- (A) Ecocardiograma transtorácico.
 - (B) Doppler venoso de membros inferiores.
 - (C) Tomografia do tórax com contraste.
 - (D) Raio X do tórax em 2 posições.
 - (E) Dosagem sérica do dímero D.
27. Mulher de 26 anos procurou atendimento médico devido a poliartralgia não migratória, sem febre e com história de infecção do trato urinário de repetição. Ao exame físico apresenta-se em REG, com leve palidez e mucosas descoradas +/4. Exames complementares com hemoglobina: 11,5 g/dL, VCM: 84 fl, CHCM: 30 pg, leucócitos: 10350/mm³, sem desvio à esquerda, plaquetas: 150000/mm³, VHS: 86 mm, urina I com 46000 leucócitos, 15000 hemáceas, nitrito negativo, proteína ++, raras células de descamação, creatinina: 1,5 mg/dL, ureia: 65 mg/dL, sódio: 135 mEq/L, potássio: 4,2 mEq/L, FAN positivo 1/1280 (pontilhado grosso), fator reumatoide menor que 20 UI/mL. Qual é o diagnóstico provável?
- (A) Artrite reumatoide.
 - (B) Artrite soronegativa.
 - (C) Síndrome de Sjögren.
 - (D) Síndrome de Still.
 - (E) Lúpus eritematoso sistêmico.
28. Baseado nos dados da gasometria arterial, quando se deve indicar a reposição de pequenas doses de bicarbonato de sódio intravenoso, nos casos de acidose metabólica de difícil controle?
- (A) pH < 7,1, bicarbonato < 20, BE além de -10.
 - (B) pH < 7,1, bicarbonato < 10, BE além de -14.
 - (C) pH < 7,2, bicarbonato < 20, BE além de -15.
 - (D) pH < 7,0, bicarbonato < 5, BE além de -20.
 - (E) pH < 7,3, bicarbonato < 10, BE além de -10.
29. Homem de 46 anos, com antecedentes de epilepsia e depressão, foi encontrado por familiares quando estava caído no chão, inconsciente, sem perda de controle dos esfíncteres, com várias caixas vazias de medicamentos que utiliza. Foi trazido ao pronto-socorro, onde se encontrava em MEG, comatoso, pupilas midriáticas e fixas, ritmo respiratório irregular, roncos pulmonares na ausculta, hálito etílico, PA: 80 x 50, frequência cardíaca: 100 bpm, sem sinais de localização neurológica e de meningismo, saturação de O₂: 82% em ar ambiente. Qual é o diagnóstico provável?
- (A) Intoxicação por barbitúricos.
 - (B) AVC hemorrágico.
 - (C) Intoxicação por organofosforados.
 - (D) Período pós-comicial.
 - (E) Intoxicação por organoclorados.
30. Qual é a arritmia cardíaca sugestiva de reperfusão miocárdica espontânea ou pós-trombolíticos, durante a evolução de um infarto do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST?
- (A) Taquicardia ventricular não sustentada.
 - (B) Fibrilação atrial com resposta ventricular acelerada.
 - (C) Ritmo idioventricular acelerado.
 - (D) Bloqueio atrioventricular total.
 - (E) Extrassistolia ventricular frequente (acima de 6 extrasístoles por minuto).
31. Mulher de 35 anos, obesa, sedentária, fazendo uso de vários medicamentos para emagrecer, queixa-se de cansaço e dispnéia progressivos, aos esforços, nos últimos 6 meses. Ao exame clínico encontra-se em REG, acianótica, anictérica, afebril, edema ++/4 de membros inferiores, estase jugular ++/4 com inclinação de 45°, pulmões livres, bulhas rítmicas com hiperfonesse de segunda bulha em foco pulmonar e sopro sistólico regurgitativo ++/6 em foco tricúspide, com sinal de Ribeiro-Carvalho positivo, frequência respiratória: 26 inc/min, PA: 110 x 90, frequência cardíaca: 90 bpm, saturação de O₂: 86%. Qual é o diagnóstico provável e como confirmá-lo?
- (A) Asma brônquica (intrínseca); espirometria.
 - (B) Insuficiência cardíaca esquerda; eletrocardiograma e raio X do tórax.
 - (C) DPOC sem relação com tabagismo; raio X do tórax.
 - (D) Hipertensão pulmonar idiopática; ecocardiograma transtorácico.
 - (E) Hipertensão pulmonar secundária a cardiopatia congênita; ecocardiograma transtorácico.

32. Homem de 26 anos refere febre e perda ponderal no último mês, acompanhada de hiporexia e fraqueza. Há 4 dias relata dor retroesternal em queimação, irradiada para a região dorsal, contínua, que melhora com repouso. Ao exame encontra-se em REG, com palidez, eupneico, febril, sem edemas, PA: 118 x 80, frequência cardíaca: 106 bpm, bulhas hipofonéticas e sem sopros. Analisando o traçado do eletrocardiograma desse paciente, qual é o diagnóstico?



- (A) Infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST.
- (B) Fase aguda da pericardite infecciosa.
- (C) Angina instável.
- (D) Infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, de região anterior.
- (E) Angina variante de Prinzmetal.
33. Mulher de 28 anos, com antecedentes de amigdalites de repetição na infância, apresentou, há 2 meses, episódios de febre e dor de garganta, sendo medicada com amoxicilina, obtendo melhora. Há 15 dias apresenta febre, tosse seca, cansaço aos pequenos esforços. Exame físico: REG, palidez, Tax: 37,8 °C, PA: 130 x 70, frequência cardíaca: 98 bpm, frequência respiratória: 23 inc/min, bulhas rítmicas e normofonéticas com sopro diastólico +++/6 em foco aórtico e aórtico acessório, pulmões livres, sem estase jugular e com perfusão periférica de 2 segundos. Exames complementares: ASLO: 286 UI/mL, proteína C reativa: 14,2 mg/dL, hemoglobina: 11,3 g/dL com anisocitose, leucócitos: 13 480/mm³ (sem desvio à esquerda), plaquetas: 246 000/mm³, 3 hemoculturas negativas, eletrocardiograma com intervalo PR de 0,24 segundos, raio X do tórax com área cardíaca normal e discreta congestão pulmonar. O diagnóstico provável é:
- (A) endocardite infecciosa com insuficiência mitral secundária a sequela de febre reumática.
- (B) síndrome de Still.
- (C) cardite reumática com insuficiência aórtica aguda.
- (D) insuficiência cardíaca dilatada por miocardite viral.
- (E) aortite sífilítica com insuficiência aórtica secundária.

34. Qual é a indicação da utilização de drogas betabloqueadoras no tratamento da insuficiência cardíaca sistólica, diante de seu efeito inotrópico negativo?
- (A) As drogas betabloqueadoras melhoram a qualidade de vida, porém não melhoram o tempo de sobrevida.
 - (B) Interfere no remodelamento mecânico e elétrico do miocárdio, aumentando a sobrevida do paciente.
 - (C) Tem efeito vasoconstritor que eleva os níveis de pressão arterial, melhorando o débito cardíaco.
 - (D) Dependendo do tipo de betabloqueador utilizado, pode ter efeito inotrópico positivo.
 - (E) Visa reduzir a frequência cardíaca para melhorar o débito cardíaco.
35. Homem de 46 anos, etilista crônico com ingesta de mais de 1 litro de aguardente por dia há mais de 20 anos, há 6 meses refere perda ponderal, hiporexia, fraqueza, diarreia crônica, lesões eritemato-descamativas de pele, nas extremidades. Ao exame clínico encontra-se em MEG, desnutrido +++/4, descorado ++/4, anictérico, confuso, desorientado, afebril, sem edema de membros inferiores, PA: 100 x 60, frequência cardíaca: 96 bpm, sem visceromegalias, flapping ausente. O diagnóstico provável e sua causa são:
- (A) cirrose hepática; por ingesta de álcool.
 - (B) desnutrição grave secundária à diminuição da ingesta de alimentos; provocada pelo alcoolismo.
 - (C) hepatite crônica por vírus C; associada ao álcool.
 - (D) síndrome consumptiva secundária a neoplasia hepática.
 - (E) pelagra; por deficiência de vitamina B3.
36. Qual é o perfil bioquímico esperado em um paciente com hepatite viral tipo A, na sua fase aguda?
- (A) TGO: 550 U/L, TGP: 850 U/L, bilirrubina total: 2,5 mg/dL, bilirrubina direta: 0,5 mg/dL.
 - (B) TGO: 126 U/L, TGP: 240 U/L, bilirrubina total: 5,5 mg/dL, bilirrubina direta: 1,5 mg/dL.
 - (C) TGO: 1250 U/L, TGP: 2300 U/L, bilirrubina total: 7,8 mg/dL, bilirrubina direta: 5,2 mg/dL.
 - (D) TGO: 1850 U/L, TGP: 810 U/L, bilirrubina total: 3,4 mg/dL, bilirrubina direta: 1,7 mg/dL.
 - (E) TGO: 86 U/L, TGP: 64 U/L, bilirrubina total: 1,5 mg/dL, bilirrubina direta: 0,4 mg/dL.
37. Qual é o diagnóstico provável que justifica o resultado da gasometria arterial descrita a seguir?
- pH: 7,2, pO₂: 88 mmHg, pCO₂: 18 mmHg, bicarbonato: 12 mEq/L, BE: -8, saturação de O₂: 97%
- (A) Cetoacidose diabética.
 - (B) Pneumonia bacteriana.
 - (C) DPOC exacerbado.
 - (D) Síndrome da angústia respiratória do adulto.
 - (E) Crise asmática.
38. Homem de 53 anos, com queixa de dores ósseas e articulares nos últimos 6 meses. Fez uso de vários medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios, sem melhora. Há 1 mês apresenta fraqueza, cansaço e edema de membros inferiores. Encontra-se em MEG, descorado ++/4, edema +++/4, afebril, eupneico, PA = 120 x 70, frequência cardíaca: 86 bpm, pulmões livres, bulhas rítmicas, normofonéticas com sopro sistólico +/6 em foco aórtico. Exames complementares: ureia: 206 mg/dL, creatinina: 8,4 mg/dL, cálcio: 14,2 mg/dL, sódio: 128 mEq/L, potássio: 5,6 mEq/L, urina tipo I com proteinúria ++, raio X dos ossos mostra lesões líticas e articulações de mãos e punhos normais. Qual é o diagnóstico mais provável e como confirmá-lo?
- (A) Insuficiência renal crônica com osteodistrofia renal; biópsia renal com agulha.
 - (B) Metástases ósseas de tumores do aparelho gastrointestinal, endoscopia digestiva alta e colonoscopia.
 - (C) Osteoartrose; densitometria óssea computadorizada.
 - (D) Mieloma múltiplo; eletroforese de proteínas no sangue e urina.
 - (E) Artrite reumatoide, dosagem sanguínea do fator reumatoide.

39. A entidade privada denominada Tecnologia Avançada (T.A.), com vínculo com uma Secretaria Estadual, divulgou informação sigilosa, sem autorização, que acabou por resultar em danos à imagem de terceiros. Conforme dispõe a Lei de Acesso à Informação (Lei n.º 12.527/2011), é correto afirmar, nessa situação, que

- (A) a entidade T.A. não deverá responder pelos danos, sendo o Estado o único responsável por eventual indenização a ser paga a terceiros prejudicados pela divulgação não autorizada da informação.
- (B) a entidade T.A. estará sujeita a responder diretamente pelos danos causados pela divulgação não autorizada, já que a Lei de Acesso à Informação se aplica a entidades públicas e privadas que tenham vínculos com o poder público.
- (C) a entidade T.A. estará sujeita a responder diretamente pelos danos causados a terceiros, mas terá o direito de ser ressarcida pelo Estado pelos respectivos valores pagos.
- (D) a entidade T.A. não poderá ser responsabilizada pela divulgação da informação sigilosa, uma vez que a Lei de Acesso à Informação não se aplica a entidades privadas, sendo aplicável apenas a entidades públicas.
- (E) o único responsável pelos danos causados a terceiros será o funcionário que divulgou, sem autorização, a informação sigilosa, ficando a entidade privada e o Estado isentos dessa responsabilidade.

40. No âmbito do Estado de São Paulo, o Decreto n.º 58.052/2012 estabelece que, nos órgãos e entidades da Administração Pública Estadual, a atribuição de orientar a gestão transparente dos documentos, dados e informações do órgão ou entidade, visando assegurar o amplo acesso e a divulgação, será exercida pelo(a)

- (A) Assessoria Jurídica de cada entidade ou órgão estadual.
- (B) Assessoria Técnica de Organização e Avaliação – ATOA.
- (C) Chefe do Almoxarifado da respectiva repartição.
- (D) Chefia de Gabinete da respectiva Secretaria Estadual, órgão ou entidade.
- (E) Comissão de Avaliação de Documentos e Acesso – CADA.

