PLANTÃO GERAL (1004)

PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA

Além deste caderno de **60** questões, você recebeu:

- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.

Duração máxima da prova: **4 horas**

Autorização para deixar o local de prova: **após 1 hora** do início da prova

INSTRUÇÕES DA PROVA OBJETIVA

1) Na mesa, são permitidos apenas este caderno, o cartão-resposta e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul **SEM A TAMPA**. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.

2) Terminada a prova, entregue este caderno e o cartão-resposta ao fiscal de sala.

3) Os três últimos candidatos somente poderão deixar a sala, juntos, quando último entregar a prova. Os três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

NO CARTÃO-RESPOSTA:

4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.

5) Assine e transcreva a frase impressa no cartão assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).

6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva. A bolinha deve estar completamente preenchida, caso contrário sua resposta poderá não ser computada. Somente as respostas nele assinaladas serão objeto de correção.

Atenção: Por motivo de segurança, o candidato **NÃO** poderá anotar seu gabarito em nenhum outro local que não seja seu cartão-resposta.

NO CADERNO DE QUESTÕES:

7) Verifique, somente após autorização do início da prova, a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).

8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha ou parte dela.

Atenção: Por motivo de segurança, este caderno **NÃO** poderá ser levado pelo candidato em nenhum momento.

Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.

ORGANIZADOR

UERJ UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO | CEPUERJ

LÍNGUA PORTUGUESA

Texto I

Humanização

A humanização é descrita, no campo da saúde, como uma aposta ético-estético-política. É uma aposta ética porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis. É estética porque se refere ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas e é política porque está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

Com base nesta concepção, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional de Humanização, atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS. Sua criação se deve à necessidade de avanço e à qualificação do Sistema Nacional de Saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido.

A Política Nacional de Humanização se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Além disso, está em constante atualização, em busca de coerência com os princípios do SUS, sendo uma política institucional construída coletivamente, envolvendo não só o Governo Federal, mas as instâncias estaduais e municipais. Para se efetivar a humanização, é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde.

Fonte: Fiocruz. Disponível em: https://pensesus.fiocruz.br/humanizacao - adaptado

De acordo com o Texto I, responda às questões de números **1** a **5**.

1) O conceito de ética, no campo da saúde, está relacionado ao comprometimento e à corresponsabilidade porque:

a) envolve comportamentos humanos
b) mostra a importância dos indivíduos
c) sinaliza o valor da disciplina humana
d) discute a fragilidade dos seres humanos

2) O objetivo da criação da Política Nacional de Humanização, em 2003, pelo Ministério da Saúde, foi:

a) substituir a proposta de política de gestão por atendimento humanizado, com o propósito de fazer o SUS dirimir suas responsabilidades
b) rever a política de modelos anteriores já fracassados, de modo a substituí-los e torná-los mais eficazes, a partir de uma gestão para o SUS menos política e mais socializada
c) promover uma política de humanização descentralizadora, na qual o aspecto político seja focado na prática de custos de gestão, enquanto a coletividade opera com saldo de atenção
d) cruzar a ideia da humanização com os modelos já existentes de políticas públicas de saúde, a fim de aprimorar o SUS, em termos de gestão, e de melhorar o tratamento com os pacientes

3) "... e a equidade das ofertas em saúde..." (ℓ.19). A palavra sublinhada pode ser substituída, sem prejuízo de sentido, por:

a) igualdade
b) pluralidade
c) parcialidade
d) intencionalidade

4) O texto tem predominantemente a função informativa. Dessa forma, o elemento valorizado no texto é:

a) mensagem
b) emissor
c) assunto
d) contato

5) "Com base nesta concepção, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional de Humanização, atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS." (ℓ.6-8). O pronome sublinhado, no contexto, refere-se a:

a) "subjetividades autônomas"
b) "demais políticas de saúde"
c) "práticas de atenção e gestão"
d) "Política Nacional de Humanização"

LEGISLAÇÃO

6) Conforme definição extraída diretamente da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, considera-se:

a) autarquia - o serviço autônomo criado por lei, com personalidade jurídica de direito público, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da administração pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada
b) empresa pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, criada por lei para a exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam, em sua maioria, ao Estado ou a entidade da administração indireta
c) sociedade de economia mista - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado com patrimônio próprio e capital público majoritariamente do Estado, criada por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito
d) fundação pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito público, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção e funcionamento custeado por recursos do Estado e de outras fontes

7) Os prontuários médicos são documentos que contêm dados relativos ao paciente, como identificação, histórico familiar, anamnese, descrição e evolução de sintomas e exames, além das indicações de tratamentos e prescrições. Nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados, o tratamento de dados pessoais, assim considerada toda operação realizada com dados pessoais, pode ser realizado para:

a) o tratamento e uso compartilhado de dados necessários à execução de políticas, pela administração pública, independentemente de previsão legal ou respaldo em contratos, convênios ou instrumentos congêneres
b) a execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o titular, quando necessário, a pedido de qualquer das partes
c) a realização de estudos por qualquer órgão governamental, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais
d) o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador

8) A Constituição da República Federativa do Brasil determina que a Administração Pública obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, e estabelece que:

a) a proibição de acumulação remunerada não alcança empregos e funções nem abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público
b) os cargos, os empregos e as funções públicas são acessíveis apenas aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, não sendo permitida a investidura de estrangeiros de qualquer nacionalidade
c) é admitida a acumulação remunerada de cargos públicos, se houver compatibilidade de horários, de 2 cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas
d) as funções de confiança são exercidas exclusivamente por servidores não concursados, eis que se destinam apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento

9) Acerca dos direitos e deveres dos servidores públicos estaduais, o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro (Decreto-Lei nº 220/75) estabelece que será concedida licença:

a) com vencimentos, para desempenho de mandato eletivo
b) sem vencimentos, para trato de interesses particulares
c) para tratamento de saúde, com vencimento e vantagens, pelo prazo máximo de 36 meses
d) por motivo de doença em pessoa da família, com vencimento e vantagens integrais nos primeiros 6 meses e com dois terços por outros 12 meses, no máximo

10) Nos termos da Lei nº 8.429/92, que trata das sanções aplicáveis em virtude da prática de atos de improbidade administrativa, recentemente alterada pela Lei nº 14.230/2021, é correto afirmar que:

a) as disposições dessa lei são aplicáveis, no que couber, àquele que, mesmo não sendo agente público, induza ou concorra dolosamente para a prática do ato de improbidade
b) o sucessor ou o herdeiro daquele que causar dano ao erário ou que se enriquecer ilicitamente está desonerado da obrigação de repará-lo, ainda que haja herança ou patrimônio transferido
c) o mero exercício da função ou desempenho de competências públicas atrai a responsabilidade por ato de improbidade administrativa, independentemente da comprovação de ato doloso com fim ilícito
d) configura improbidade a ação ou omissão decorrente de divergência interpretativa da lei, baseada em jurisprudência, ainda que não pacificada, mesmo que não venha a ser posteriormente prevalecente nas decisões dos órgãos de controle ou dos tribunais do Poder Judiciário

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

11) As diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS foram definidas pela portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde. A estrutura operacional das RAS é composta por cinco componentes, sobre os quais é correto afirmar que o(s):

a) sistema logístico é o responsável pelo sistema gerencial e de financiamento
b) centro de comunicação é responsável pela coordenação do cuidado e dos fluxos do sistema
c) sistema de governança é responsável pelas tecnologias de informações e pela rede diagnóstica
d) pontos de atenção especializadas são responsáveis pela assistência farmacêutica e pelos sistemas de informação

12) A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), publicada pela portaria nº 1.823/2012, tem por objetivo:

a) incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde
b) ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação horizontal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todas as instâncias da rede de atenção
c) substituir a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), fortalecendo as ações de vigilância em saúde no nível das atenções secundária e terciária
d) assegurar que todos os trabalhadores tenham acesso a planos de saúde, promovendo a qualidade de atenção não prevista no SUS

13) A lei nº 8.080/1990 instituiu o SUS. Sua construção baseou-se em um conjunto de princípios organizacionais e doutrinários, entre os quais constam, respectivamente:

a) regionalização / descentralização
b) resolubilidade / hierarquização
c) integralidade / universalidade
d) participação social / equidade

14) "O modelo surge da necessidade de inversão do modelo assistencial hegemônico com ênfase na redefinição das práticas de saúde e na busca da efetivação da diretriz da integralidade no SUS (...). Trata-se de um modo tecnológico de intervenção que contempla problemas, necessidades e determinantes em saúde" (ROUQUAYROL, 2017). Essa citação refere-se ao modelo tecnoassistencial em saúde denominado:

a) sanitarista
b) liberal-privatista
c) vigilância da saúde
d) sistemas locais de saúde

15) "As Normas Operacionais Básicas (NOB) são portarias do Ministério da Saúde que definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para normatizar e operacionalizar relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da saúde nº 8.080 e 8.142, de 1990" (PAIM, 2019). A NOB 01/1996 estabelece o(a):

a) criação dos ambulatórios de especialidades nos níveis secundário e terciário
b) processo de descentralização da gestão de ações e serviços de saúde
c) implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável
d) processo de centralização da vigilância sanitária

16) Após a promulgação da Constituição da República Federativa de 1988, os diversos governos que dirigiram o Brasil implementaram medidas que possibilitaram a estruturação do SUS nos últimos 30 anos (período entre 1988 e 2018). Em relação às medidas governamentais adotadas no período de 1996 a 2000, destacam-se:

a) criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Programa Saúde da Família
b) implementação do tratamento gratuito para HIV/AIDS e criação da Agência de Saúde Suplementar
c) criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
d) aprovação da Emenda Constitucional 95 e implementação da Reforma Psiquiátrica, instalando a rede de Centros de Atenção Psicossociais

17) A determinação dos percentuais orçamentários mínimos, que devem ser aplicados nos serviços públicos de saúde, pela União, estados, Distrito Federal e municípios, foi estabelecida pela:

a) ampliação do Programa Saúde da Família
b) criação do Pacto pela Gestão do SUS
c) Emenda Constitucional 95
d) Emenda Constitucional 29

18) O Pacto pela Saúde foi instituído pelas portarias nº 399/2006 e 699/2006 frente aos desafios e dificuldades encontradas durante a vigência das NOB e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). O Pacto pela Saúde propõe integração das políticas de saúde e é composto por três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto de Gestão do SUS estabelece:

a) prioridades sanitárias pactuadas a partir da análise da situação de saúde da população
b) responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS de forma inequívoca
c) maior autonomia para o Ministério da Saúde na gestão dos processos no SUS
d) articulação e apoio à mobilização social pelo desenvolvimento da cidadania

19) A lei nº 8.142/1990 regulamenta a participação e o controle social no SUS, que são consequências diretas do processo histórico de pensar e construir o SUS, tendo como elementos fundamentais e estruturantes o direito à saúde e à democracia. Em relação aos Conselhos de Saúde, é correto afirmar que:

a) são convocados pelo gestor para debater temas gerais e específicos da política de saúde, conforme a necessidade da população
b) é necessário ter formação técnica prévia e realizar cursos ofertados pelo Ministério da Saúde para participar como membro
c) uma de suas atribuições condiz com a formulação de estratégias e com o controle da execução das políticas de saúde
d) são órgãos colegiados permanentes e deliberativos constituídos por representatividade de 25% dos usuários

20) As Regiões de Saúde são definidas como um "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (Decreto nº 7.508/2011, Art 2º). Sobre as Regiões de Saúde, é correto afirmar que:

a) são referências para as transferências de recursos entre os entes federativos
b) são instituídas pela definição de um cronograma previamente estabelecido pelos Conselhos de Saúde
c) devem conter, no mínimo, serviços de atenção primária à saúde e de vigilância em saúde para serem instituídas
d) devem respeitar as normas nacionais, garantindo a soberania, quando situadas em áreas de fronteiras com outros países

PLANTÃO GERAL

21) Mulher de 48 anos, com hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* do tipo 2, tem diagnóstico de artrite reumatoide há 10 anos. Exceto pelas dores articulares, não tem outras queixas e diz ter ido à consulta, incentivada pela sua irmã. Não é examinada por nenhum médico há alguns anos e diz que esporadicamente usa 20mg de prednisona quando as dores nas mãos pioram. Há dois meses, procurou ambulatório onde, após exames complementares e consulta multidisciplinar, foram prescritos metformina, losartana, metotrexate, hidroxicloroquina e espironolactona. Nesse momento, procura emergência por tosse, dispneia progressiva aos esforços e febre baixa iniciadas há cerca de 20 dias. Tem PCR para covid-19 colhidos no D3 e no D7, após início da febre, negativos. O leucograma é normal e ela não melhorou apesar de ter usado corretamente claritromicina associada à amoxicilina com clavulanato, por 7 dias antes de ir à emergência. A tomografia computadorizada (TC) mostra padrão de acometimento intersticial pulmonar. A droga que mais provavelmente pode estar envolvida na gênese do quadro clínico é:

a) losartana
b) metotrexate
c) espironolactona
d) hidroxicloroquina

22) Homem de 59 anos, fumante e com passado de tuberculose tratada há 15 anos, chega à emergência com hemoptise volumosa. Inicialmente sem sinais de insuficiência respiratória, é levado à tomografia, que mostra massa no ápice do pulmão direito, além de linfonodos aumentados no mediastino e discreto derrame pleural à direita. De volta à emergência, tem sangramento de vulto e consequente hipoxemia. O procedimento de escolha para tentar cessar a hemoptise, nesse paciente, é:

a) embolização da artéria brônquica
b) broncoscopia flexível com cauterização do ponto de sangramento
c) embolização do ramo da artéria pulmonar direita, que irriga o lobo superior daquele lado
d) broncoscopia rígida com lavagem do ponto de sangramento com soro gelado após intubação seletiva do pulmão esquerdo

23) Homem de 55 anos chega à emergência com intensa cianose central, entretanto sua gasometria arterial não mostra hipoxemia (PaO_2 = 92mmHg). Ele não tem baqueteamento digital ou sinais de doença pulmonar crônica, o exame da região precordial está normal e suas extremidades estão quentes. Nesse caso, os medicamentos que podem estar ligados à gênese do quadro são:

a) inibidores da ciclo oxigenase-1
b) inibidores da bomba de próton
c) quinolonas
d) nitratos

24) Paciente de 60 anos chega ao hospital com a seguinte gasometria arterial colhida em ar ambiente: pH = 7,26; $PaCO_2$ = 65mmHg; PaO_2 = 60mmHg; bicarbonato = 26mEq/L. A situação mais provável para esse tipo de gasometria é:

a) edema de glote
b) edema agudo de pulmão
c) tromboembolismo pulmonar
d) doença pulmonar obstrutiva crônica estável

25) Idoso de 72 anos comparece à consulta por cansaço aos esforços há alguns meses. Queixa-se de parestesias nas mãos. Ao exame físico, apresenta turgência jugular a 45 graus, presença de quarta bulha cardíaca, poucos estertores de base e hepatomegalia. Há edema de membros inferiores e parestesias nos terceiros, quartos e quintos dedos das mãos. O ecocardiograma mostra marcante espessamento das paredes ventriculares, com importante disfunção diastólica, fração de ejeção normal, além de aumento biatrial, com pericárdio normal. O eletrocardiograma mostra tendência à baixa voltagem. Ele nega hipertensão arterial e diabetes. Sobre esse caso, é correto afirmar que a:

a) cintilografia miocárdica com pirofosfato positiva indica doença por transtirretina
b) coronariografia normal e a eletroneuromiografia, ao mostrar doença axonal, confirmam o diagnóstico
c) presença de granulações de aspecto cintilantes no septo interventricular, no ecocardiograma, confirma o diagnóstico
d) associação de digitálicos com diurético de alça é melhor associação para o tratamento da condição cardíaca, uma vez que não há tratamento específico

26) Homem fumante, 45 anos, sem outros fatores de risco para doença coronariana, vem queixando-se de dor precordial forte em aperto que surge quando está em repouso. Durante dois desses episódios, procurou emergência devido ao quadro álgico, quando o eletrocardiograma mostrou elevações transitórias do segmento ST na parede anterior. A hiperventilação, em momentos em que estava sem dor, levava a alterações eletrocardiográficas semelhantes. A coronariografia mostrou placas com cerca de 15% de obstrução na artéria descendente anterior (DA). Nesse caso, a melhor conduta é:

a) proceder a angioplastia com colocação de *stent* farmacológico na lesão da DA
b) realizar angioplastia da lesão da DA
c) iniciar anlodipina
d) prescrever AAS

27) Idoso de 80 anos, diabético e hipertenso há mais de 20 anos, com história de acidente vascular encefálico isquêmico há 10 anos e tratamento prévio endovascular de aneurisma da aorta abdominal, sente dor precordial forte com sudorese e tonteira, procurando atendimento emergencial. Ao exame, está eupneico, com saturação de O_2 de hemoglobina de 94%, pressão arterial (PA) = 80x50mmHg, frequência cardíaca (FC) = 110bpm, turgência jugular patológica, pulmões sem estertores, discreta hepatomegalia dolorosa, sem edema de membros inferiores. O eletrocardiograma mostra supradesnivelamento de ST em D2, D3 e aVF e V4R. O tratamento inicial para o quadro hemodinâmico é:

a) prescrição de dobutamina
b) administração de noradrenalina
c) drenagem pericárdica de urgência
d) reposição de volume com soro fisiológico

28) A ivrabadina pode ser usada em várias situações clínicas em que há taquicardia ou em que se deseja diminuir a frequência cardíaca, **EXCETO** nos casos de:

a) taquicardia inapropriada
b) insuficiência cardíaca com ritmo sinusal e FC > 70 bpm
c) insuficiência cardíaca com fibrilação atrial e FC > 90bpm
d) insuficiência cardíaca com ritmo sinusal que não tolera betabloqueador

29) Um paciente de 78 anos com estenose aórtica vem sendo acompanhado em outro hospital. Refere que é hipertenso há anos e usa hidroclorotiazida e enalapril. Nega dispneia de esforço e ortopneia. Nesse caso, a troca valvar aórtica seria indicada, caso houvesse:

a) edema de membros inferiores e fração de ejeção de 50%
b) síncopes e necessidade de revascularização miocárdica cirúrgica
c) fração de ejeção de 55% e gradiente transvalvar médio maior que 30mmHg
d) doença pulmonar obstrutiva crônica com VEF1 < 1L e área valvar de 1,2cm^2

30) Homem de 39 anos, descendente de imigrantes japoneses, grande fumante, comparece à consulta, devido a dor nas panturrilhas ao andar 500m no plano e lesão ulcerada dolorosa no pé direito. Nega hipertensão arterial e diabetes, bem como história familiar de aterosclerose, artralgias, lesões cutâneas, disfagia, tosse, dispneia, disúria ou oligúria. Nega uso de drogas ilícitas. Seus pulsos femorais e poplíteos são normais, enquanto os tibiais posteriores estão muito reduzidos. Há pequena ulceração dolorosa no pé direito e as extremidades de ambos os pés são frias. A arteriografia mostrou ausência de placas de aterosclerose obstrutivas nas artérias proximais e obstruções com recanalização em segmentos de artérias distais dos membros inferiores, com circulação colateral espiralada nessas regiões. Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que:

a) o fenômeno de Raynaud e as tromboflebites de veias superficiais são esperados
b) os anticoagulantes e os corticosteroides em doses imunossupressoras são a base do tratamento
c) a biópsia feita em fase inicial da doença mostra, tipicamente, tromboses das arteríolas e extenso acometimento da lâmina elástica
d) os melhores resultados terapêuticos são obtidos com uso de bloqueadores de canais de cálcio e corticosteroides em pequenas doses

31) Idoso de 65 anos, sabidamente hipertenso desde a adolescência, já com hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo, cuja fração de ejeção varia em torno de 45%, resolve parar os anti-hipertensivos que usa habitualmente, por não tolerar mais uso de polifarmácia, bem como efeitos colaterais de alguns fármacos. Procura emergência no final da madrugada, com intensa dispneia, ortopneia, turgência jugular patológica, sudorese fria, terceira bulha cardíaca audível, além de estertores bolhosos até quase os ápices pulmonares, e pressão arterial de 200x120mmHg. O eletrocardiograma mostra taquicardia sinusal com hipertrofia ventricular esquerda e alterações secundárias da repolarização ventricular. Das drogas frequentemente usadas no manejo inicial de pacientes com a condição apresentada, a que tem sido relacionada a aumento de mortalidade é:

a) nitroprussiato de sódio
b) nitroglicerina
c) furosemida
d) morfina

32) Idosa de 75 anos, com pancreatite aguda grave, apresenta insuficiência respiratória aguda com hipoxemia severa não responsiva a oxigênio sob máscara, além de hipocapnia. A paciente tem alteração de nível de consciência e opta-se por ventilação invasiva. As medidas no manejo da ventilação mecânica que possibilitaram a diminuição da mortalidade, nesses pacientes, de 50% para cerca de 30%, em pouco mais de uma década, foram:

a) manter pressão de plateau < 30cmHg e FiO_2 suficiente para $SaO_2 \geq 90\%$
b) iniciar com volume corrente de 6mL/kg de peso ideal e manter $PaO_2 \geq 80mmHg$
c) iniciar com 60% de FiO_2, ajustando para manter $SaO_2 \geq 92\%$ e PEEP > $12cmH_2O$
d) iniciar com PEEP de $10cmH_2O$ e ajustar a pressão de plateau de acordo com a SaO_2

33) Mulher de 70 anos queixa-se de doença de início insidioso nos últimos 18 meses, com dores pelo corpo, fraqueza, anorexia e perda de peso, além de febre baixa. Procurou diversos médicos, que prescreveram antibióticos e pediram culturas que foram sempre negativas. As tomografias de tórax e de abdômen não revelaram alterações e o ecocardiograma foi normal. Ao longo desse período, surgiram cefaleia e anemia normocrômica e normocítica. A paciente comparece à consulta porque notou perda fugaz da visão no olho esquerdo. Seu último exame de sangue mostrava 10 mil leucócitos com diferencial normal, hemoglobina = 10,5g/dL, plaquetas = $200.000/mm^3$, VHS = 110, cálcio = 10mEq/L e creatinina = 1mg/dL. A melhor conduta, nesse momento, é:

a) pedir Doppler das artérias temporais para guiar melhor local para biópsia
b) solicitar biópsia da artéria temporal para confirmar o diagnóstico
c) iniciar dose baixa de prednisolona diária e metotrexate semanal
d) prescrever prednisona e aspirina

34) Mulher de 45 anos, com trombofilia primária por anticorpo antifosfolipídio (TVP e embolia pulmonar prévios), em anticoagulação oral, usando varfarina 10mg há vários anos, com bom controle clínico, nega outras comorbidades. Nas últimas 48 horas, iniciou gengivorragia e leve epistaxe. Está em estabilidade hemodinâmica e os exames laboratoriais mostram: tempo de pró-trombina de 58 segundos; controle de 11,3 segundos; INR de 5,5; plaquetas e PTT dentro dos valores da normalidade. Nesse caso, a melhor opção terapêutica é:

a) plasma fresco congelado 10 a 20mL/kg e vitamina K10 a 20mg intravenoso
b) plasma fresco congelado 10 a 20mL/kg e ácido épsilon aminocapróico
c) metilprednisolona 1g por três dias e ácido épsilon aminocapróico
d) observação e possível opção de vitamina K1 a 2,5mg via oral

35) Mulher de 68 anos possui histórico de emagrecimento, queda do estado geral e dor lombar progressiva há cinco meses. Posteriormente, apresentou alteração do nível de consciência, dor abdominal, náuseas e vômitos. Os exames laboratoriais mostram: hemoglobina = 9g/dL; leucócitos = 9.000/mm^3; ureia = 55mg/dL; creatinina = 1,4mg/dL; cálcio = 11,5mg/dL; fósforo = 5,5mg/dL; proteína total = 7g/dL; globulina = 3g/dL; gama-GT = 45U/L; e fosfatase alcalina = 1.000U/L. A TC mostra lesões mistas (líticas e blásticas) nas vértebras toracolombares, sem fraturas patológicas. Para confirmar a principal hipótese diagnóstica, deve-se realizar:

a) exame da mama e mamografia
b) cintilografia óssea e TC de crânio
c) mielograma e eletroforese de proteínas
d) dosagem do paratormônio e cintigrafia com sestamibi

36) Mulher de 65 anos, IMC de 30kg/m^2, em investigação diagnóstica de mal-estar e edema de membro inferior direito, recebeu o diagnóstico de trombose venosa profunda há alguns dias. Inicia uso de 40mg de atorvastatina e 10mg de varfarina. Após cinco dias, apresentou dor, vermelhidão e edema em região da mama esquerda, com bordas bem definidas e aparecimento de petéquias, bolhas purpúricas e necrose na sua parte central, com piora progressiva em algumas horas. Os exames laboratoriais de antes do início do anticoagulante mostram tempo de pró-trombina, tempo de tromboplastina e plaquetas normais e redução dos níveis da proteína C. Em relação a essa complicação, é correto afirmar que a:

a) biópsia da lesão deve mostrar vasculite leucocitoclástica
b) síndrome do anticorpo antifosfolipídeo deve estar associada
c) localização preferencial da lesão fica nas pernas em região pré-tibial
d) heparina em dose plena está indicada e será opcional o uso de vitamina K

37) Homem de 65 anos, hígido, apresenta dor epigástrica em queimação há vários anos. Há poucas horas apresentou quadro de hematêmese volumosa, sendo atendido na emergência. Ao exame físico, encontra-se sonolento, hipocorado++/4, PA = 120x80mmHg deitado, PA = 80x60mmHg sentado e FC = 120bpm. As extremidades estão frias, o exame do aparelho cardiopulmonar não mostra alterações nem visceromegalias. Os exames complementares mostram hemoglobina = 12g/dL, leucócitos = 10.000/mm^3, plaquetas = 250.000/mm^3 e TAP com INR = 1,1. A melhor conduta terapêutica, nesse momento, será:

a) prescrever soro fisiológico e concentrado de hemácias
b) iniciar solução salina normal e endoscopia digestiva alta diagnóstica
c) iniciar aminas vasopressoras e endoscopia digestiva alta terapêutica
d) passar CNG, lavar com soro gelado e iniciar aminas vasopressoras e concentrado de hemácias

38) Homem de 45 anos, com história de aumento do volume e dor abdominais, de início há algumas semanas, procura atendimento médico para investigação de ascite. Nega tabagismo, mas é etilista de destilados. O exame físico do pescoço não mostra alteração. A paracentese apresenta proteína total = 3,2g/dL, albumina = 2,2g/dL, adenosina deaminase = 20UI/L, citologia global = 250 células/mm^3, com 50% de células mononucleares. O laboratório mostra hemoglobina = 12g/dL, creatinina = 1mg/dL, proteína total = 6,5g/dL e albumina = 2g/dL. Os achados mais compatíveis com o provável diagnóstico do quadro são:

a) elastase fecal e CPRE alterados
b) gama-interferon e anti-Ro elevados
c) INR alargado e plaquetas diminuídas
d) ecocardiograma e eletroforese de proteínas alterados

39) Homem de 44 anos relata história de dor epigástrica em queimação há quatro anos, de difícil controle, sem relação com a alimentação, associada à diarreia aquosa, em média quatro episódios diários. A endoscopia digestiva alta mostra pregas gástricas exuberantes, úlcera gigante de 2,5cm em antro gástrico, além de outra úlcera localizada em segunda porção duodenal. As biópsias da úlcera gástrica demonstram ausência de malignidade, pesquisa de H. pylori negativa e ausência de parasitas ou granulomas. O anti-HIV é negativo. O hemograma e a bioquímica são normais. O achado mais provável de ser encontrado, nesse caso, é:

a) presença de hipercalcemia associado com hiperfosfatemia
b) presença da mutação metilenotetrahidrofolato redutase (MTHFR)
c) hipergastrinemia de 1000pg/mL, com pH gástrico em jejum de 4,8
d) gastrina de 500pg/mL e resposta ao teste da secretina com gastrina de 700pg/mL

40) Homem de 43 anos relata história de diarreia esporádica há algumas semanas, associada a febre, emagrecimento, lesões nodulares dolorosas em membros inferiores e dor abdominal. Havia dor em articulações sacroilíacas e o anti-HIV é negativo. A colonoscopia revelou várias pequenas úlceras superficiais em cólon descendente e uma úlcera profunda de 3cm encontrada na junção do ceco e íleo terminal. O mesentério está espessado e são vistos agregados linfoides em submucosa e subserosa, sendo o restante da mucosa normal. Os exames de imagem mostram sacroileite bilateral e a biópsia das lesões revelou mucosa com inflamação crônica e aguda, alterações regenerativas e granulomas epitelioides. O diagnóstico mais provável é de:

a) tuberculose intestinal
b) linfoma não Hodgkin
c) doença de Crohn
d) citomegalovírus

41) Idosa de 70 anos, com Alzheimer, foi internada há alguns dias, devido a quadro de síndrome gripal aguda. Desenvolveu alteração do nível de consciência, ficando sonolenta, sem sinais de localização neurológica. Os sinais vitais estão estáveis e os exames laboratoriais mostram: glicemia = 130mg/dL; creatinina = 1,15mg/dL; ureia = 40mg/dL; sódio = 158mEq/L; potássio = 3,7mEq/L; e cloro = 100mEq/L. A tomografia computorizada do SNC não apresentou sangramento ou alterações isquêmicas agudas. A melhor opção terapêutica para correção do nível de consciência deve ser feita com:

a) ringer lactato por via venosa e correção do sódio em 48 horas
b) água filtrada por via enteral e correção do sódio em 48 horas
c) soro glicosado a 5% por via venosa e correção do sódio em 24 horas
d) cloreto de sódio a 0,45% por via enteral e correção do sódio em 24 horas

42) Mulher de 55 anos, com cistite actínica há alguns anos, apresentando hidronefrose bilateral e necessidade de pielostomia bilateral, vem ao hospital com febre, urina turva e alteração do nível de consciência. Os sinais vitais estão estáveis e os exames laboratoriais mostram: hemoglobina = 9g/dL; leucócitos = 10.000/mm^3; plaquetas = 230.000/mm^3; 6% de bastões; glicemia = 100mg/dL; creatinina = 1,8mg/dL; uréia = 55mg/dL; sódio = 135mEq/L; potássio = 5,6mEq/L; cloro = 114mEq/L; pH =7,18; pO_2 = 67mmHg; pCO_2 = 25mmHg; bicarbonato = 14mEq/L; lactato = 1,8mmol/L. O exame de urina mostra piúria maciça e pH urinário de 6,5. O provável diagnóstico do distúrbio ácido-base é acidose:

a) tubular renal distal
b) metabólica por uremia
c) metabólica por septicemia
d) tubular renal proximal tipo 3

43) Homem de 44 anos, tabagista e etilista, previamente hígido, foi achado em um festival de rock, inconsciente e com estado geral comprometido. No hospital, o paciente está gemente, torporoso, desidratado, com baixo volume urinário, e os exames laboratoriais mostram: hemoglobina = 11g/dL; leucometria = 10.000/mm^3; 2% de bastões; glicemia = 70mg/dL; ureia = 100mg/dL; creatinina = 3,5mg/dL; sódio = 135mEq/L; potássio = 7,2mEq/L; bicarbonato = 13mEq/L. A fita urinária (dipstick) mostra pH de 5,4, positiva para sangue e proteína, e o sedimento urinário mostra cilindros granulosos e marrons e ausência de células hematológicas. O diagnóstico mais provável é de:

a) necrose tubular aguda por sepse
b) injúria renal aguda pré-renal
c) síndrome hepatorrenal
d) rabdomiólise

44) Mulher de 21 anos, com diabetes *mellitus* tipo 1 há vários anos, inicia quadro de poliúria, polidipsia e alteração do nível de consciência, sendo internada em cetoacidose diabética. Recebe hidratação venosa e insulina em infusão venosa contínua. Após algumas horas de tratamento adequado, a glicemia é de 220mg/dL, a creatinina, de 1mg/dL, e o potássio, de 4,2mEq/L. O melhor parâmetro a ser seguido para mudar de infusão venosa para insulina regular subcutânea é:

a) cetonúria
b) pH sérico
c) hiato aniônico
d) bicarbonato sérico

45) Mulher de 34 anos, com bócio difuso tóxico, procura atendimento com queixa de agitação psicomotora, astenia, palpitações, emagrecimento, insônia e tremor de extremidades. Os sinais vitais mostram PA = 150x60mmHg e FC = 135bpm. A conduta terapêutica inicial, na sua melhor sequência, será feita com:

a) iodo / metimazol / propranolol / antibiótico
b) propranolol / propiltiouracil / iodo / glicocorticoide
c) iodo radioativo / propiltiouracil / beta-bloqueador / antibiótico
d) beta-bloqueador / metimazol / iodo radioativo / glicocorticoide

46) Mulher de 46 anos, com história de queda do estado geral, astenia, anorexia, episódios de hipoglicemia associada a perda de peso nas últimas semanas, apresenta quadro que evolui com dor abdominal, náuseas e vômitos há dez dias. A PA é de 110x60mmHg deitada e 80x50mmHg em pé, e a FC é de 95bpm. Apresenta, também, hiperpigmentação difusa, pior nas linhas da palma das mãos e nas cicatrizes, além de envolvimento da mucosa interna do lábio inferior. Ela relata que teve tuberculose há cinco anos. O diagnóstico e a melhor conduta, respectivamente, são:

a) hemocromatose / transaminases e TAP
b) hemocromatose / ferro e ferritina sérica
c) insuficiência adrenal secundária por tuberculose / dosagem do ACTH sérico
d) insuficiência adrenal primária autoimune / teste de estímulo rápido com ACTH

47) Homem de 54 anos, com diabetes *mellitus* tipo 2 há 10 anos, IMC de 32kg/m^2, atualmente em uso de dose plena de metformina, glimepirida e atorvastatina 40mg/dia, relata história de angina pectoris, quadro estável, mas de início recente. Ao exame físico, não havia alterações hemodinâmicas e o exame cardiopulmonar estava normal. Exames laboratoriais mostram: glicemia = 200mg/dL; HbA1c = 8,2%; creatinina = 0,8mg/dL; ureia = 22mg/dL; sódio = 140mEq/L; potássio = 4,5mEq/L; colesterol total = 208mg/dL; triglicérides = 250mg/dL; HDL-C = 45mg/dL; LDL = 90mg/mL; ALT = 42UL/mL; AST = 39UL/mL; gama-GT = 99UL/mL. Considerando diminuição da mortalidade, controle da doença e perda de peso, a terapêutica mais adequada é:

a) suspender glimepirida e iniciar insulina noturna
b) associar pitavastatina e iniciar insulina noturna
c) suspender glimepirida e iniciar gliflozina
d) associar fibrato e iniciar gliflozina

48) Homem de 25 anos, HIV positivo, apresenta quadro de cefaleia, vertigem, insônia e irritabilidade, seguido de piora da dor de cabeça e nuca. A TC de crânio é normal. A punção liquórica revela 30 células com predomínio de mononucleares, glicose normal, proteína de 80mg/dL. VDRL positivo 1:8, FTA-ABS positivo. O paciente refere alergia à penicilina. Nesse caso, esse paciente deve ser tratado preferencialmente com:

a) penicilina
b) tetraciclina
c) ceftriaxona
d) sulfametoxazol-trimetoprim

49) Idoso de 70 anos, com neoplasia pulmonar do tipo pequenas células, apresenta quadro de xerostomia, impotência e fraqueza muscular proximal, com reflexos diminuídos. A suspeita é de síndrome miastênica de Lambet-eaton. O principal exame para a confirmação do diagnóstico é:

a) biópsia muscular
b) eletroneuromiografia
c) pesquisa de CPK e aldolase
d) teste com anticolinesterásicos

50) Homem procura o pronto-socorro, com queixas de ardência urinária e descarga uretral purulenta, de início há dois dias. Refere relações sexuais sem o uso de preservativos. O médico decide tratar empiricamente. Nesse caso, o tratamento de primeira escolha é:

a) azitromicina pura
b) ciprofloxacina pura
c) ceftriaxona + azitromicina
d) cefalexina + claritromicina

51) Homem procura o médico com queixas de perda ponderal, sudorese noturna, adinamia e diarreia intermitente, de início há três meses. Refere relações homossexuais sem o uso de preservativos. Traz consigo exame recente de anti-HIV, positivo. Ao exame clínico, apresenta emagrecimento e candidíase oral. Em relação ao início de profilaxias primárias, a melhor conduta é:

a) aguardar genotipagem
b) iniciar sulfametoxazol-trimetoprim
c) aguardar contagem de CD4 e carga viral
d) iniciar sulfametoxazol-trimetoprim e azitromicina

52) Jovem de 20 anos chega ao pronto-socorro com quadro de cefaleia, náuseas e vômitos, de início há 48 horas. Ao exame clínico, encontra-se lúcido e orientado, sem sinais focais. Há sinais de irritação meníngea. A tomografia do crânio, sem contraste, é normal. O exame do líquor revela pleocitose linfocítica, proteína aumentada e glicose normal. O paciente relata episódios anteriores semelhantes, sem nunca ter chegado ao diagnóstico. Casos como esse costumam estar associados, mais comumente, a:

a) doença de Lyme
b) doença de Behçet
c) herpes simples, vírus tipo 2
d) *Mycobacterium tuberculosis*

53) Um paciente cirrótico child C, com queixa de dispneia, que piora na posição ortostática, apresenta sinais evidentes de hipertensão portal: ascite, teleangiectasias e circulação colateral portossistêmica. O exame que confirma a suspeita diagnóstica é:

a) angiotomografia
b) oximetria de pulso
c) ecocardiograma com Doppler
d) espirometria com difusão de CO

54) Paciente diabético, do tipo 1, em uso irregular de medicação, interna-se no hospital em cetoacidose diabética, hipotenso e febril. Vai para a unidade de tratamento intensiva, onde é diagnosticada infeção urinária e iniciada antibioticoterapia, com melhora. No quarto dia de internação, apresenta tosse seca e dispneia. O raio X do tórax revela infiltração pulmonar bilateral. Uma pesquisa de antígeno urinário tem resultado positivo para *Legionella pneumophila* do tipo 1. A provável fonte da infecção é:

a) outro paciente com legionelose
b) colonização prévia do paciente
c) fômites contaminados
d) a água do hospital

55) Homem de 60 anos procura o pronto-socorro com queixas de dispneia progressiva, perda ponderal, edema de face e do tronco superior. A radiografia do tórax mostra alargamento do mediastino. Há suspeita de síndrome de obstrução da veia cava superior. O tumor mais comumente associado a esse quadro é:

a) câncer pulmonar de pequenas células
b) tumor de células germinativas
c) adenocarcinoma pulmonar
d) linfoma de Hodgkin

56) Homem de 50 anos, com dor torácica em investigação, apresenta-se com uma massa mediastinal na tomografia. A mediastinoscopia revela um tumor indiferenciado. Os marcadores tumorais séricos mais úteis na investigação são:

a) CA19-9 e PSA
b) PSA e beta-HCG
c) CEA e alfa fetoproteína
d) beta-HCG e alfa fetoproteína

57) Em um paciente asmático em crise, o achado alarmante que pode indicar insuficiência respiratória grave iminente é:

a) uso da musculatura acessória
b) pulso paradoxal
c) $PaCO_2$ normal
d) hipoxemia

58) Mulher de 30 anos desenvolve quadro de cefaleia, náuseas e vômitos, no sétimo dia pós-parto, sem febre, rigidez de nuca ou sinais focais. A TC de crânio sem contraste revela hemorragia na topografia do seio lateral esquerdo, que é confirmada por ressonância magnética. Não há efeito de massa. A conduta correta, nesse caso, é:

a) heparina subcutânea profilática
b) heparina intravenosa plena
c) trombólise intravenosa
d) expectante

59) Nos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), as infecções bacterianas estão implicadas em grande parte das exacerbações. A classe de antibióticos que tem mostrado benefício em uso profilático, nesses pacientes, é a dos:

a) beta-lactâmicos
b) lincosaminas
c) macrolídeos
d) quinolonas

60) Homem de 45 anos chega ao pronto-socorro com dispneia e dor pleurítica. O raio X do tórax revela um pneumotórax à direita, de cerca de 30%. O paciente refere um episódio anterior. O principal fator de risco para o pneumotórax primário espontâneo é:

a) DPOC
b) tabaco
c) asma severa
d) fibrose cística