



**EDITAL Nº 30/2023**  
**PROCESSO SELETIVO Nº 30/2023**  
**MÉDICO - ESPECIALIDADE CLÍNICA MÉDICA**

**INSTRUÇÕES**

1. Aguarde o fiscal autorizar a abertura do caderno de provas. Após a autorização, confira a paginação antes de iniciar as provas. Caso o caderno de provas esteja incompleto ou tenha qualquer defeito, solicite ao fiscal de sala que o substitua.
2. Este caderno de provas é composto por 60 (sessenta) questões de múltipla escolha, correspondentes à prova objetiva.
3. Verifique, no cartão de respostas, se os dados de identificação (nome, RG, CPF, nº de inscrição, nº do processo seletivo e cargo) estão corretos. Se houver erro, solicite ao fiscal o Formulário de Alteração de Dados Cadastrais, preenchendo-o e entregando-o ao final da prova.
4. Assine o cartão de respostas no local estipulado a este fim. Caso não o faça, como prevê o edital, você será excluído do processo seletivo.
5. Transcreva as suas respostas para o cartão de respostas, único documento válido para a correção da prova objetiva. O preenchimento do cartão é de sua inteira responsabilidade.
6. No cartão de respostas, para cada questão, existem cinco campos de marcação: A, B, C, D e E. Você deverá preencher apenas aquele correspondente à resposta julgada correta, de acordo com o comando da questão (A, B, C ou D).
7. O preenchimento do cartão de respostas deverá ser realizado com caneta esferográfica de tinta preta.
8. Será anulada a questão cujo preenchimento contiver marcações incorretas, tais como: emenda ou rasura, dupla marcação, campo de marcação não preenchido integralmente, etc.
9. O cartão de respostas não será substituído. Não amasse, molhe, dobre, rasgue, manche ou, de qualquer modo, danifique-o, sob pena de arcar com os prejuízos advindos da impossibilidade de realização da leitura ótica ou da correção.
10. A marcação no cartão de respostas não poderá ser realizada por outras pessoas que não o candidato, salvo nos casos de atendimento especial, previamente solicitado.
11. O candidato dispõe de 4 (quatro) horas para realizar a prova objetiva. Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à entrega do material, ao preenchimento do cartão de respostas e a quaisquer outros procedimentos necessários à aplicação.
12. Durante a prova, você não deverá levantar-se sem autorização do fiscal de sala nem poderá comunicar-se com outros candidatos.
13. Somente após transcorridas 3 (três) horas do início da prova, o candidato poderá entregar o caderno de prova objetiva e o cartão de respostas e retirar-se da sala. O candidato somente poderá levar o caderno de provas faltando 15 (quinze) minutos para o término do tempo destinado à realização da prova.
14. É proibido fazer anotação de informações relativas às suas respostas no cartão de inscrição e (ou) em qualquer outro meio, que não os permitidos.
15. Será obrigatória a permanência dos 2 (dois) últimos candidatos em sala, até que o último candidato entregue sua prova.
16. Ao terminar a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao fiscal de sala. Devolva-lhe o cartão de respostas preenchido e assinado e o caderno de prova.
17. O não cumprimento de qualquer uma das orientações constantes em edital e na capa do caderno de prova poderá implicar a anulação de sua prova.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

1. O gabarito oficial preliminar da prova objetiva será divulgado em 6 de fevereiro de 2024, no endereço eletrônico [www.sarah.br/rh](http://www.sarah.br/rh), e poderá ser consultado pessoalmente nos endereços informados no item 3.5. do edital.
2. O resultado definitivo da prova objetiva, o gabarito oficial definitivo da prova objetiva e a agenda da prova prática serão divulgados em 1º de março de 2024, no endereço eletrônico [www.sarah.br/rh](http://www.sarah.br/rh), e poderão ser consultados pessoalmente nos endereços informados no item 3.5. do edital.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

1. Paciente de 28 (vinte e oito) anos de idade, sexo masculino, atendido em consulta ambulatorial com queixa de diarreia e perda ponderal há 10 (dez) meses. As evacuações são líquidas a pastosas, cerca de 5 (cinco) episódios por dia; nega presença de sangue. Relata também episódios de dor abdominal em cólica. Foi realizada colonoscopia, sendo observado aspecto de “pedras de calçamento” (*cobblestones*) no íleo terminal. Após biópsia da região, o exame histopatológico revelou processo inflamatório crônico, com presença de granulomas não-caseosos. Com base nos dados apresentados, qual o diagnóstico mais provável para este paciente?
  - a) Doença de Crohn.
  - b) Retocolite ulcerativa.
  - c) Doença celíaca.
  - d) Intolerância à lactose.
  
2. Paciente de 71 (setenta e um) anos, com quadro demencial em investigação ambulatorial e IMC 17 kg/m<sup>2</sup>, foi internado para tratamento de infecção do trato urinário. Familiares informaram que o paciente não se alimentava há 2 (dois) dias. Durante o tratamento, manteve hiporexia importante e recusa alimentar, sendo feita hidratação venosa e, no terceiro dia de internação, foi prescrita dieta enteral com 30 kcal/kg/dia. Após 48 (quarenta e oito) horas, iniciou com quadro de dispneia, edema de membros inferiores, fraqueza muscular e nistagmo. O eletrocardiograma evidenciou taquicardia sinusal e os exames laboratoriais evidenciaram fósforo 1,6 mg/dL (valor de referência 2,5-4,3 mg/dL), potássio 2,8 mEq/L (valor de referência 3,5-4,5 mEq/L) e magnésio 1,4 mg/dL (valor de referência 1,6-2,6 mg/dL). Qual das alternativas a seguir descreve o tratamento inicial mais adequado para o quadro apresentado?
  - a) Reposição oral de eletrólitos, suspensão da dieta enteral e prescrição de furosemida.
  - b) Reposição endovenosa de eletrólitos; redução da infusão da dieta enteral, com posterior progressão lenta e gradual da terapia nutricional; e prescrição de tiamina endovenosa.
  - c) Reposição oral de eletrólitos; redução da infusão da dieta enteral, com posterior aumento rápido para a meta calculada da terapia nutricional; e dosagem dos níveis séricos de tiamina.
  - d) Reposição endovenosa de eletrólitos, manutenção da dieta enteral na mesma taxa de infusão atual e prescrição de furosemida.
  
3. Qual o nome da síndrome clínica causada pela deficiência da vitamina niacina?
  - a) Beribéri.
  - b) Pelagra.
  - c) Escorbuto.
  - d) Kwashiorkor.

4. Paciente do sexo feminino, 58 (cinquenta e oito) anos, possui diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, com bom controle glicêmico, em uso de metformina, e hipotireoidismo, em uso de levotiroxina. Refere fraqueza progressiva e parestesia em membros inferiores há cerca de 3 (três) meses. Queixa também de fadiga e humor entristecido há 1 (um) mês. Ao exame físico, apresenta força muscular reduzida em membros inferiores, associada à flacidez muscular e reflexos osteotendíneos abolidos. Sensibilidade superficial preservada; porém, sensibilidade profunda abolida em membros inferiores. Qual é a deficiência vitamínica mais provável nesta paciente?
- a) Retinol.
  - b) Riboflavina.
  - c) Folato.
  - d) Cobalamina.
5. A apneia obstrutiva do sono (AOS) é um distúrbio prevalente, porém, subdiagnosticado. Assinale a alternativa correta sobre este tema.
- a) A AOS está associada, principalmente nas suas formas mais graves, com várias comorbidades cardiovasculares, como, por exemplo, acidente vascular encefálico e arritmias (exceto fibrilação atrial).
  - b) A sonolência excessiva residual, mesmo após tratamento adequado com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), pode ocorrer em até 30% (trinta por cento) dos pacientes, não sendo necessário investigar outras causas de sonolência diurna excessiva.
  - c) A prevalência de hipertensão arterial sistêmica em indivíduos com AOS é significativa apenas no grupo de pacientes com hipertensão resistente.
  - d) A AOS pode causar declínio cognitivo, principalmente das funções executivas, de atenção e de memória.
6. Paciente de 82 (oitenta e dois) anos, hipertenso mal controlado, é admitido em pronto atendimento com quadro de hemiparesia direita e afasia súbitas, iniciadas há 2 (duas) horas. Foi avaliado pela neurologia e realizou tomografia computadorizada de crânio, sendo a hipótese diagnóstica acidente vascular encefálico isquêmico e tendo sido considerado tratamento trombolítico com alteplase. Assinale a alternativa correta sobre o caso apresentado.
- a) A trombólise está contraindicada devido à idade do paciente.
  - b) Caso o paciente apresente, na admissão, uma glicemia capilar >300 mg/dL, a trombólise não poderá ser realizada.
  - c) A trombólise está contraindicada devido à história de hipertensão mal controlada, independente dos valores aferidos no momento do atendimento.
  - d) Caso o paciente apresente evidências de um quadro associado de endocardite infecciosa, a trombólise estará contraindicada.
7. O delirium é uma condição prevalente em idosos internados e é multifatorial, podendo ser induzido por diversos medicamentos. Assinale a alternativa correta sobre este distúrbio.
- a) O delirium pode ocorrer mesmo com uso de doses terapêuticas de medicações, como, por exemplo, digoxina e lítio.
  - b) Não há indicação para o uso de benzodiazepínicos no tratamento do delirium, mesmo quando relacionado à abstinência alcoólica.
  - c) Nos pacientes em uso de antibióticos que desenvolvam delirium, o mesmo deve ser atribuído ao quadro infeccioso em tratamento e não à medicação, já que antimicrobianos não são fatores precipitantes.
  - d) Enquanto os betabloqueadores podem desencadear quadro de delirium, não há risco associado ao uso de bloqueadores de canal de cálcio.

8. Sobre a encefalopatia hipertensiva, assinale a alternativa correta.
- a) É importante tratar condições associadas, como a hiponatremia, que pode aumentar o edema cerebral.
  - b) O objetivo do tratamento consiste em diminuir a pressão arterial (PA) de forma rápida, para evitar piora neurológica, sendo recomendado reduzir a PA média em 50% (cinquenta por cento) na primeira hora.
  - c) A tomografia de crânio é importante para o diagnóstico diferencial do quadro com doenças vasculares cerebrais apenas em casos de rebaixamento do sensório.
  - d) O quadro ocorre em indivíduos previamente normotensos que apresentam elevações súbitas da PA, não sendo visto em hipertensos crônicos, pois eles já desenvolveram mecanismos de autorregulação da perfusão cerebral.
9. A síndrome neuroléptica maligna (SNM) é uma emergência neurológica caracterizada por alteração do estado mental, rigidez, febre e disautonomia. Sobre o tema, informe se cada sentença é verdadeira (V) ou falsa (F) e, a seguir, assinale a alternativa com a sequência correta.

- ( ) O diagnóstico de SNM é clínico. Exames complementares podem auxiliar a descartar diagnósticos diferenciais e complicações, mas nenhum exame isoladamente confirma o diagnóstico.
- ( ) Os antipsicóticos são as drogas causadoras. Medicações como metoclopramida e domperidona apresentam ação antidopaminérgica, porém, não podem desencadear o quadro.
- ( ) A SNM pode ocorrer após uma única dose ou tratamento prolongado com a medicação.
- ( ) A SNM pode ser desencadeada por suspensão ou diminuição da dose de antiparkinsonianos.
- ( ) O achado de leucocitose é raro, devendo levar à suspeita de infecção associada.

- a) V - V - F - F - V
- b) F - V - F - V - V
- c) V - F - V - V - F
- d) V - F - V - F - F

10. Sobre as demências, informe se cada sentença é verdadeira (V) ou falsa (F) e, a seguir, assinale a alternativa com a sequência correta.

- ( ) A doença de Alzheimer é a principal causa de demência. Apresenta-se com início insidioso e deterioração progressiva.
- ( ) A demência por corpos de Lewy apresenta declínio cognitivo acompanhado por sintomas extrapiramidais. Raramente cursa com alucinações visuais.
- ( ) Os pacientes com demência frontotemporal podem mostrar importantes alterações comportamentais nos estágios iniciais da doença.
- ( ) A doença de Huntington é doença autossômica recessiva, causada pela expansão de um trinucleotídeo no gene que codifica a proteína huntingtina.
- ( ) A hidrocefalia de pressão normal é causa sempre irreversível de demência e caracteriza-se pela tríade demência, ataxia e retenção urinária.

- a) V - F - V - F - F
- b) V - V - F - F - V
- c) F - F - V - F - V
- d) V - F - V - V - F

11. Paciente, 30 (trinta) anos, sexo feminino, apresentando cefaleia holocraniana de início há cerca de 3 (três) dias, persistente, associada a náuseas e episódios de vômito. Relata quadros semelhantes, geralmente associados ao período menstrual. Contudo, desde ontem tem apresentado visão turva, diplopia e piora evidente com manobra de valsalva, pela primeira vez. Qual a hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais apropriada neste caso?
- a) Provável enxaqueca com aura visual / prescrição de topiramato.
  - b) Provável cefaleia secundária / realização de tomografia de crânio.
  - c) Provável enxaqueca retiniana / prescrição de divalproato.
  - d) Provável cefaleia secundária / realização de punção lombar.
12. Paciente de 50 (cinquenta) anos, sem comorbidades, iniciou uma assimetria facial, precedida por dor cervical. Ao exame físico, apresentava apenas um apagamento do sulco nasolabial a direita e incapacidade de fechar o olho deste lado, sem outras alterações. Realizou tomografia de crânio, sendo este exame normal. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta mais apropriada?
- a) Paralisia Facial Central / prescrição de AAS e estatina.
  - b) Paralisia Facial Periférica / prescrição de corticoides e cuidados oftalmológicos.
  - c) Paralisia Facial Central / prescrição de corticoides e cuidados oftalmológicos.
  - d) Paralisia Facial Periférica / prescrição de AAS e cuidados oftalmológicos.
13. Paciente de 65 (sessenta e cinco) anos, sexo feminino, hipertensa, teria apresentado um quadro agudo de hemiparesia direita e disartria. Procurou a emergência com 3 (três) horas do início dos sintomas, mas, ao chegar, já estava assintomática. O quadro teria durado cerca de 2 (duas) horas. A pressão arterial na admissão foi de 190x100 mmHg. Realizou tomografia de crânio, sendo o exame normal. Qual a conduta mais apropriada neste caso, seguindo a recomendação do escore ABCD2?
- a) Internação, investigação, prescrição de AAS e estatina.
  - b) Internação, investigação e trombólise endovenosa com alteplase.
  - c) Tratamento ambulatorial, investigação e ajuste dos anti-hipertensivos, mas sem indicação de AAS.
  - d) Tratamento ambulatorial, após rápida normalização dos níveis pressóricos na emergência. Sem indicação de AAS.
14. Paciente com 20 (vinte) anos, sexo masculino, apresentando paraplegia espástica de início na infância, não progressiva, com relato de atraso das aquisições motoras observado desde o primeiro ano de vida. Refere que nasceu com prematuridade e baixo peso. Realizou ressonância de encéfalo, cujo resultado não mostrou alterações. Sobre o caso descrito, é correto afirmar que:
- a) Trata-se de uma sequela de acidente vascular encefálico na infância.
  - b) O fato de não ser um quadro progressivo descarta a suspeita de paralisia cerebral.
  - c) Não é possível que seja um quadro com lesão cerebral como, por exemplo, a paralisia cerebral, visto que a neuroimagem foi normal.
  - d) A ressonância de encéfalo normal não descarta o diagnóstico de paralisia cerebral, tendo em vista que o quadro clínico é típico.

15. Paciente de 80 (oitenta) anos, com depressão, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, tem evoluído nos últimos 3 (três) meses com um quadro de declínio cognitivo, passando a apresentar progressivamente maior dificuldade na memória e atenção. Realizou ressonância de encéfalo, que demonstrou apenas achados típicos, considerando a sua idade. Sobre o caso descrito, podemos afirmar que:
- I. Considerando que o paciente esteja em uso de escitalopram, uma suspeita para o caso poderia ser hiponatremia.
  - II. A depressão, quando não tratada adequadamente, poderia associar-se a alterações cognitivas, sendo conhecida como pseudodemência.
  - III. Uma ressonância sem achados típicos descarta doença de Alzheimer.
- a) Apenas I está correta.
  - b) Apenas I e II estão corretas.
  - c) Apenas II e III estão corretas.
  - d) Todas estão corretas.
16. Segundo os critérios diagnósticos para a doença de Parkinson da MDS (Movement Disorder Society), assinale a alternativa que lista, respectivamente, um sintoma motor típico e um critério de apoio que favoreçam este diagnóstico.
- a) Rigidez em roda denteadas e fraqueza muscular.
  - b) Bradicinesia e sintomas motores simétricos.
  - c) Tremor de repouso e prejuízo na motricidade ocular extrínseca.
  - d) Bradicinesia e evidente melhora ao uso da levodopa.
17. Sobre a espasticidade, é correto afirmar que:
- a) O uso de antispásticos orais é de mais fácil acesso e é sempre bem tolerado, produzindo melhora da funcionalidade.
  - b) A toxina botulínica é a melhor opção para tratamento da espasticidade, quando vários grupos musculares são afetados, com prejuízo na funcionalidade.
  - c) A espasticidade tem relação com a lesão do segundo neurônio motor, produzindo um aumento de tônus muscular.
  - d) A espasticidade nem sempre deve ser tratada, visto que há casos em que ela auxilia na funcionalidade, sobretudo no ortostatismo.
18. Paciente do sexo masculino, admitido na emergência com quadro de rebaixamento do nível de consciência. Possui 25 (vinte e cinco) anos e os familiares negaram comorbidades ou uso contínuo de medicações. Ao exame físico, apresentava-se com Escala de Coma de Glasgow de 8 (abertura ocular: 2; resposta verbal: 2; resposta motora: 4). Na avaliação pupilar, apresenta no olho direito uma midríase fixa e, no olho esquerdo, uma pupila média e responsiva ao reflexo fotomotor. Apresenta, ainda, um leve estrabismo convergente. Sobre o caso, assinale a resposta correta.
- a) Provavelmente, trata-se de um quadro de intoxicação exógena por organofosforados.
  - b) Provavelmente, estamos diante de uma lesão neurológica no nervo oculomotor direito e/ou no mesencéfalo do mesmo lado.
  - c) Provavelmente, houve abuso de substâncias, sobretudo opioides.
  - d) Provavelmente, estamos diante de uma lesão neurológica em córtex occipital bilateral.

19. Considerando o caso clínico citado na questão 21 (vinte e um), assinale qual o exame mais indicado para guiar o diagnóstico deste paciente.
- Exame toxicológico.
  - Coleta de líquido cefalorraquidiano.
  - Tomografia de crânio.
  - Eletroneuromiografia.
20. Paciente do sexo masculino, com 36 (trinta e seis) anos, apresentou ao acordar um quadro de diparesia facial. Naquele momento, sem outros sintomas. Ao longo do dia, começou a perceber uma leve fraqueza nos quatro membros, o que o motivou a procurar a emergência. Sobre o caso, é correto afirmar que:
- Apresenta hipótese diagnóstica de síndrome de Guillain-Barré, principalmente se os reflexos profundos forem hipoativos ou abolidos.
  - Uma hipótese seria de miastenia grave, sobretudo, se ao exame físico houvesse aumento de reflexos e presença de sinal de Babinski.
  - A hipótese mais provável é de acidente vascular encefálico de tronco cerebral, sobretudo se houver afasia e alterações comportamentais.
  - Trata-se de uma mielopatia cervical, o que explicaria todos os sintomas relatados.
21. Paciente de 25 (vinte e cinco) anos, proveniente da baixada maranhense, iniciou quadro de pé caído à direita há 1 (um) mês. Após 3 (três) semanas, percebeu um formigamento em quinto dedo da mão esquerda. Ao exame físico, não apresenta lesões dermatológicas. Sobre o caso, é correto afirmar que:
- A hipótese de Hanseníase está descartada, visto que não há lesões dermatológicas.
  - Caso o paciente apresente baciloscopia negativa, somando-se ao fato de não possuir lesões de pele, o diagnóstico de hanseníase estaria descartado.
  - A suspeita de Hanseníase é plausível, mesmo que a baciloscopia seja negativa.
  - A biópsia de nervo sural não é recomendada para pacientes com baciloscopia negativa.
22. Mulher, 65 (sessenta e cinco) anos, hipertensa e diabética, admitida com um quadro de lombalgia há 3 (três) meses, com piora progressiva e necessidade de uso diário de analgésicos. Nega febre, perda de peso, sintomas neurológicos ou esfincterianos. Paciente relata episódio de pielonefrite há 4 (quatro) meses, tratado ambulatorialmente. Ao exame, apresenta dor à palpação da musculatura paravertebral lombar, com limitação em sua amplitude de movimento. Não há déficits neurológicos. Os sinais vitais encontram-se dentro da normalidade. Glasgow=15. Exames laboratoriais: Hemoglobina= 12,5 g/dL; Hematócrito= 37,3%; Leucócitos = 10.500 células/mm<sup>3</sup> sem desvio; Plaquetas = 435.000/mm<sup>3</sup>; Proteína C reativa = 3,5 mg/dL (valor de referência < 0,5 mg/dL); Velocidade de hemossedimentação = 85 mm/h (valor de referência < 15 mm/h). Função renal, hepática, gasometria arterial, lactato e coagulograma dentro da normalidade. Considerando o quadro clínico descrito e sua principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.
- A ausência de febre torna o diagnóstico de infecção na coluna vertebral improvável, direcionando o diagnóstico para uma lombalgia funcional.
  - Deve-se iniciar imediatamente a terapia antimicrobiana empírica pelo potencial de gravidade do quadro.
  - A tomografia computadorizada é o exame de imagem de escolha para elucidar o caso, por sua capacidade de avaliar bem as estruturas ósseas e partes moles.
  - No diagnóstico microbiológico das infecções de coluna, a biópsia vertebral percutânea, guiada por exames de imagem, é o procedimento inicialmente recomendado nos pacientes com hemoculturas negativas e sem indicação cirúrgica imediata.

23. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2017, definiu um grupo de bactérias multirresistentes como de prioridade crítica ou de alta prioridade para vigilância, em decorrência de sua importância epidemiológica nas infecções relacionadas à assistência à saúde. Sobre o tema, assinale a alternativa correta.
- a) Nas infecções causadas por *Clostridioides difficile*, recomenda-se que o paciente esteja acomodado em quarto privativo com banheiro exclusivo e que sejam usadas, preferencialmente, soluções alcoólicas na higiene das mãos.
  - b) Na cultura de vigilância para identificação de pacientes colonizados por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), é obrigatória a coleta do swab das cavidades nasais.
  - c) Os *Enterococcus* spp. apresentam uma grande capacidade de adquirir elementos genéticos móveis, o que confere resistência a novos antimicrobianos, como aos glicopeptídeos. Neste contexto, o *Enterococcus faecalis* tem sido a principal espécie associada à resistência à vancomicina (VRE).
  - d) Nas infecções por *Pseudomonas aeruginosa*, quando houver a necessidade de uso de carbapenêmicos para tratamento ambulatorial, deve-se dar preferência ao ertapenem, por sua comodidade posológica.
24. Evidências científicas sugerem que a adoção de um Programa de Gerenciamento de Uso de Antimicrobianos dentro de um serviço de saúde ajuda a prevenir a seleção e a disseminação de microrganismos resistentes. Uma ação importante envolve a adoção de práticas adequadas na prescrição de antimicrobianos pela equipe médica. Nesse sentido, assinale a alternativa que contém uma boa prática de prescrição de antibióticos no tratamento das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
- a) Usar antibiótico empírico de amplo espectro antes da coleta das hemoculturas.
  - b) Priorizar a administração por via endovenosa durante todo o tratamento antimicrobiano.
  - c) Empregar de rotina a terapia antimicrobiana combinada.
  - d) Reavaliar esquema antimicrobiano após 48 (quarenta e oito) horas do seu início e, se possível, reduzir espectro com base nos resultados microbiológicos.
25. Assinale a alternativa que associa corretamente a infecção com uma opção adequada de tratamento antimicrobiano.
- a) Pielonefrite por Enterobactérias produtoras de carbapenemase do tipo KPC (*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase) - ceftazidima-avibactam.
  - b) Pielonefrite por Enterobactérias produtoras de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL) - cefepima.
  - c) Pneumonia por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) - daptomicina.
  - d) Meningite por *Enterococcus* resistente à vancomicina (VRE) - teicoplanina.
26. Sobre a imunização nos pacientes adultos, assinale a alternativa correta.
- a) As vacinas disponíveis no Brasil para prevenção de herpes-zóster, embora diminuam o risco do desenvolvimento da doença, não são capazes de reduzir o risco de neuralgia pós-herpética naqueles pacientes vacinados que desenvolvem a doença.
  - b) A vacinação contra o pneumococo é indicada para os adultos com 60 anos ou mais e, de acordo com os estudos de imunogenicidade, recomenda-se a administração de uma dose da vacina conjugada 13-valente seguida de duas doses da vacina polissacarídica 23-valente.
  - c) Em 2023, a partir de novas evidências da eficácia da vacina atenuada contra a dengue 1, 2, 3 e 4 (QDenga®), a Sociedade Brasileira de Imunizações introduziu de rotina o seu emprego nos pacientes com 60 anos ou mais.
  - d) Por ser composta por vírus vivo atenuado, a vacina contra a gripe está contraindicada em pacientes portadores de imunodeficiências adquiridas e congênitas ou usuários de drogas imunossupressoras.



27. Nos processos infecciosos do sistema nervoso central (SNC), o exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) é fundamental para elucidação diagnóstica. Sobre o seu emprego na investigação das doenças infecciosas que acometem o SNC, assinale a alternativa correta.
- a) Nas meningites agudas bacterianas, o padrão liquórico caracteriza-se por aumento de celularidade, predomínio linfomonocitário e elevação das proteínas.
  - b) A dosagem de lactato no LCR é uma ferramenta importante no diagnóstico diferencial entre os processos virais e bacterianos, com níveis tendendo à normalidade nas meningites bacterianas.
  - c) Apesar dos avanços recentes das técnicas moleculares, o emprego da PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) no diagnóstico das meningoencefalites virais é desaconselhado, por elevadas taxas de falso negativo e falso positivo.
  - d) Diante de uma suspeita clínica de neurosífilis, a presença de VDRL (Venereal disease research laboratory) reagente no LCR em qualquer título é considerada como diagnóstico da doença por sua boa especificidade.
28. Sobre as manifestações musculoesqueléticas na Chikungunya, assinale a alternativa correta.
- a) A artralgia na fase aguda da doença é caracterizada por um padrão oligoarticular, assimétrico, acometendo principalmente as articulações do esqueleto axial.
  - b) São fatores associados ao risco de cronificação das queixas osteomusculares: idade maior que 45 (quarenta e cinco) anos, sexo feminino, dor intensa, doença articular prévia e alta carga viral.
  - c) Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são as drogas de escolha para o controle algico das manifestações musculoesqueléticas na fase aguda da doença.
  - d) A fase crônica da doença é definida como a permanência dos sintomas por mais de 4 (quatro) semanas após o início do quadro. Nesta fase, os corticosteroides são as drogas de escolha para controle algico.
29. A sepse é uma síndrome clínica causada por uma resposta exacerbada do hospedeiro à infecção, determinando disfunções orgânicas que podem gerar desfechos clínicos graves e óbito. De acordo com as Diretrizes Internacionais do “Surviving Sepsis Campaign” (2021), assinale a alternativa correta.
- a) O qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Score) tem se mostrado uma excelente ferramenta de triagem clínica da sepse, por sua elevada sensibilidade.
  - b) O uso da gelatina e dos amidos na ressuscitação volêmica de pacientes sépticos não é recomendado por seu alto custo e potenciais eventos adversos graves.
  - c) Nos pacientes com possível choque séptico, pode-se realizar uma rápida avaliação clínica e laboratorial para excluir doenças que mimetizem o quadro séptico, desde que o antibiótico seja administrado nas primeiras 3 (três) horas do atendimento.
  - d) A dosagem da procalcitonina é recomendada junto com a avaliação clínica para decidir quando iniciar o tratamento antimicrobiano nos pacientes com suspeita de sepse ou choque séptico.
30. O diagnóstico da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) é, na maioria das vezes, clínico, baseado nos critérios de Berlim. Dentre as alternativas a seguir, assinale o item que faz parte desse critério.
- a) Sintomas respiratórios surgiram ou pioraram dentro do primeiro mês após início do insulto clínico conhecido.
  - b) Opacidades unilaterais presentes no raio-X de tórax ou na tomografia computadorizada de tórax.
  - c) Relação PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> (Pressão parcial arterial de O<sub>2</sub> / Fração Inspirada de O<sub>2</sub>) entre 300 e 350 mmHg.
  - d) A insuficiência respiratória do paciente não deve ser explicada totalmente por sobrecarga volêmica ou pela insuficiência cardíaca.

31. Sobre o emprego das drogas vasoativas e inotrópicas nos pacientes críticos, assinale a alternativa correta.
- a) A vasopressina deve ser empregada como agente de segunda linha na abordagem ao choque séptico refratário ao uso da noradrenalina.
  - b) A dopamina é a droga de escolha nos pacientes com choque cardiogênico que necessitam de vasopressor.
  - c) Nos pacientes com choque séptico associado à disfunção cardíaca, o inotrópico de escolha é o levosimendan.
  - d) A adrenalina apresenta uma potente ação  $\alpha$ -1 adrenérgica e, por não atuar sobre os receptores  $\beta$  adrenérgicos, causa um efeito mínimo na frequência cardíaca.
32. Sobre o emprego dos medicamentos no atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR), assinale a alternativa correta.
- a) A administração da adrenalina é recomendada em todos os tipos de PCR na dose de 1 mg por via endovenosa em bolus a cada 5-10 minutos.
  - b) A amiodarona é indicada na PCR por fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular não responsivas à desfibrilação, na dose de 300 mg (primeira dose) em bolus por via endovenosa.
  - c) O bicarbonato de sódio deve ser administrado de rotina na PCR, independente da existência de distúrbios metabólicos ou hidroeletrólíticos.
  - d) A atropina é indicada na PCR por assistolia ou atividade elétrica sem pulso.
33. Mulher, 28 (vinte e oito) anos, possui diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 e hipotireoidismo por tireoidite de Hashimoto, em uso de insulina glargina 20UI/dia, insulina asparte pre-prandial de acordo com contagem de carboidratos e levotiroxina sódica 88mcg ao dia. Nas últimas semanas, refere hiporexia, náuseas e astenia progressiva. Ao exame clínico, observa-se hiperpigmentação cutânea e da mucosa jugal e hipotensão postural. Exames laboratoriais mostram Hemoglobina = 12,7 g/dL com global de leucócitos e plaquetas dentro da normalidade; TSH = 2.25mUI/mL; glicemia = 97mg/dL; hemoglobina glicada = 6,2%; sódio sérico = 132mEq/L; potássio = 4,8 mEq/L; AST, ALT, ureia e creatinina sem alterações. Baseando-se na hipótese clínica mais provável, assinale a alternativa correta.
- a) A atividade da renina plasmática está suprimida.
  - b) Eosinopenia pode ser observada em aproximadamente 40% (quarenta por cento) dos casos.
  - c) A realização de teste de supressão com dexametasona será necessária para confirmação do diagnóstico, caso o cortisol basal encontre-se dentro da normalidade.
  - d) A concentração de ACTH plasmático está aumentada.
34. Quanto ao manejo do diabetes mellitus na doença renal crônica, assinale a alternativa correta.
- a) Nos indivíduos com diabetes tipo 1 e tipo 2, o rastreamento da doença renal do diabetes deve ter início após cinco anos de diagnóstico da doença.
  - b) O uso combinado de inibidores da enzima conversora (IECA) e bloqueadores do receptor da angiotensina (BRA) é indicado para os pacientes que apresentem albuminúria elevada, com o objetivo de reduzir a progressão da doença renal.
  - c) Nos indivíduos com diabetes tipo 2 e doença renal com taxa de filtração glomerular estimada  $> 20$ mL/min, o uso dos inibidores do cotransportador de sódio e glicose 2 (iSGLT2) é recomendado para proteção renal, independente do valor da hemoglobina glicada.
  - d) A finerenona, um antagonista de receptor de mineralocorticoide não esteroide, é recomendada para proteção renal em pacientes com diabetes tipo 2 e albuminúria  $> 30$ mg/g, mas não deve ser usada em associação com os IECAs ou BRAs.

35. Homem, 48 (quarenta e oito) anos, procurou avaliação em decorrência de dor no quadril e região sacra à esquerda. Realizou exame de imagem que mostrou espessamento cortical e aumento do trabeculado ósseo no íliaco esquerdo e, em menor proporção, asa sacral e fêmur proximal esquerdos, sugestivos de doença de Paget. Cintilografia óssea mostrou aumento da atividade osteogênica na hemipelve esquerda e fêmur ipsilateral proximal à esquerda, compatíveis com a suspeita de doença de Paget. Exames laboratoriais: hemograma, ureia, creatinina, cálcio e fósforo dentro da normalidade; fosfatase alcalina elevada (224 UI/L, VR 53-141 UI/L). Assinale a conduta terapêutica mais apropriada para o caso em questão.
- a) Alendronato 70 mg, via oral, semanal.
  - b) Risedronato 150mg, via oral, mensal.
  - c) Teriparatida 20 mcg, via subcutânea.
  - d) Ácido zoledrônico 5 mg, via intravenoso.
36. Com relação ao tratamento da osteoporose, assinale a alternativa correta.
- a) O denosumabe, um anticorpo monoclonal anti-RANKL, é um antireabsortivo potente que não deve ser usado em pacientes com taxa de filtração glomerular < 35mL/min.
  - b) O risco de osteonecrose de mandíbula é similar com o uso do alendronato, risedronato e ácido zoledrônico.
  - c) O tempo de tratamento com o romozosumabe, um anticorpo monoclonal anti-esclerostina que promove aumento da formação e redução da reabsorção óssea, não deve ultrapassar 12 (doze) meses.
  - d) O tratamento com ibandronato propicia maior redução do risco de fraturas de quadril do que o alendronato e o risedronato.
37. Mulher, 24 (vinte e quatro) anos, previamente hígida, refere palpitações ocasionais, queda de cabelo e insônia. Sem alterações de apetite ou do peso corporal. Nega uso de medicações. Ciclos menstruais regulares. Ao exame: alerta, hidratada, corada, tireoide normopalpável e indolor; PA = 116/78 mmHg, FC 102 bpm, ritmo cardíaco regular e ausculta cardiopulmonar sem alterações. Exames laboratoriais mostraram TSH = 0,003 mUi/mL (VR 0,55-4,78 mUi/mL ); T4 livre = 1,82 ng/dL (VR 0,77 - 1,57 ng/dL); T3 total = 209,4 ng/dL (VR 60-181 ng/dL); anti-TPO = 78 Ui/mL (VR <60 Ui/mL). Ultrassonografia de tireoide mostrou glândula tóxica, textura heterogênea e com volume discretamente aumentado. Cintilografia de tireoide mostrou tireoide tóxica com captação de iodo - 131 em 24 (vinte e quatro) horas de 4% (normal 8-35%). Com relação ao caso clínico, assinale a alternativa correta.
- a) A paciente apresenta doença de Graves e o propiltiuracil propiciará controle mais rápido da função tireodiana.
  - b) O uso do radioiodo representa a opção terapêutica de escolha.
  - c) O uso de drogas antitireodianas não está recomendado.
  - d) É recomendada a realização de pulsoterapia com metilprednisolona.
38. Em relação à propedêutica das anemias, assinale a alternativa correta.
- a) A ausência de reticulocitose descarta a possibilidade de hemólise.
  - b) A elevação da haptoglobina e da LDH pode ser observada nos indivíduos com anemia hemolítica.
  - c) Neutrófilos hipersegmentados podem ser visualizados no esfregaço de sangue periférico na deficiência de ácido fólico ou de vitamina B12.
  - d) Observa-se, na anemia ferropriva, ferritina e capacidade total de ligação do ferro baixas, e saturação de transferrina elevada.

39. Com relação à terapia com anticoagulantes, assinale a alternativa correta.
- a) Nas gestantes que necessitem de anticoagulação, o uso de heparina de baixo peso molecular é o agente preferível.
  - b) Os inibidores diretos do fator Xa são preferíveis em relação aos antagonistas de vitamina K nos pacientes com próteses valvares cardíacas metálicas, devido ao menor risco de trombose valvar.
  - c) Os inibidores do fator Xa, como rivaroxabana e apixabana, não devem ser utilizados no tratamento de fenômenos tromboembólicos em pacientes com câncer.
  - d) Nos pacientes com síndrome antifosfolípide que necessitem de anticoagulação, especialmente para aqueles com história de trombose arterial, os inibidores do fator Xa são superiores à varfarina.
40. Mulher, 45 (quarenta e cinco) anos, previamente hígida, comparece para avaliação pré-operatória para realização de retinaculotomia dos flexores do carpo. Antecedente de artroscopia de joelho sem intercorrências. Os exames laboratoriais mostraram hemograma, glicemia, ureia e creatinina dentro da normalidade, atividade de protrombina de 81%, RNI 1.1 e tempo de tromboplastia parcial ativado (TTPa) alargado (razão paciente/controle 2,1), sem correção no ensaio de mistura. Com relação ao caso clínico, assinale a alternativa correta.
- a) Espera-se que ocorra correção do TTPa com a administração de vitamina K.
  - b) A presença de anticoagulante lúpico pode justificar o achado e, nestes casos, os pacientes podem apresentar aumento do risco de trombose.
  - c) Coagulopatia relacionada à hepatopatia crônica é a principal hipótese que deve ser investigada.
  - d) A paciente apresenta defeito da via extrínseca e o plasma fresco previamente a cirurgia está indicado.
41. Em um paciente com hipertensão, a possibilidade de hiperaldosteronismo primário deve ser considerada nas seguintes situações, EXCETO:
- a) Paciente com hipertensão arterial e história familiar de hipertensão de início precoce ou acidente vascular cerebral em idade jovem (<40 anos).
  - b) Paciente com hipertensão arterial controlada com uma classe de anti-hipertensivo e lesão adrenal detectada incidentalmente em tomografia de abdome.
  - c) Paciente com hipertensão arterial sistêmica e hipocalcemia espontânea ou induzida por diurético.
  - d) Paciente com hipertensão arterial sistêmica e atividade de renina plasmática elevada.
42. Todas as alternativas referem-se a complicações endócrinas que podem estar relacionadas ao uso crônico de opioides, EXCETO:
- a) Hiperprolactinemia.
  - b) Hipogonadismo.
  - c) Insuficiência adrenal secundária.
  - d) Hipotireoidismo primário.

43. A rinite alérgica é um problema de saúde global que afeta diversas idades. Sobre esse tema, podemos afirmar que:
- a) Pode estar associada à asma e o tratamento de formas graves com imunoterapia alérgeno específica reduz as crises de broncoespasmo.
  - b) Por ser um problema de saúde de baixa gravidade, seu tratamento não traz impacto na qualidade de vida, do estudo ou do trabalho.
  - c) Na avaliação de pacientes com rinite alérgica, é comum a presença de eosinofilia no hemograma ou aumento da IgE total.
  - d) Os corticoides intranasais são eficazes na melhora da congestão nasal da rinite alérgica e não alérgica, mas não melhoram os sintomas oculares associados.
44. Mulher, 34 (trinta e quatro) anos, após ingerir um pedaço de chocolate, começou a ter prurido difuso e lipotímia. Contou ter alergia grave à castanha. Ao exame, apresentou rubor facial, urticárias difusas em pescoço, tórax, parte proximal dos membros superiores e inferiores, aparelho respiratório sem alterações, ritmo cardíaco regular em dois tempos, extremidades frias, pressão arterial 70/40 mmHg, frequência cardíaca 110 bpm, frequência respiratória 22 ipm, saturação periférica de oxigênio 96%. Sem edema em mucosas. A primeira droga a ser administrada neste caso é:
- a) Difenidramina endovenosa, para melhora da urticária.
  - b) Epinefrina intramuscular, porque o atraso no tratamento adequado piora o prognóstico.
  - c) Metilprednisolona endovenosa, porque tem ação anti-inflamatória e previne o agravamento do quadro.
  - d) Salbutamol inalatório, para prevenção de broncoespasmo associado.
45. Homem, 28 (vinte e oito) anos, encontra-se no 28º (vigésimo oitavo) dia de pós-operatório de uma ressecção de tumor cerebral, e comparece para avaliação por lesões cutâneas, febre e mal-estar de início há 5 (cinco) dias. Está em uso regular de fenitoína há 6 (seis) semanas e fez uso de dipirona para controle da febre nos últimos 3 (três) dias. Ao exame físico: regular estado geral, apresenta exantema morbiliforme, PA = 105/67 mmHg, FC = 120 bpm, FR = 20 ipm, SO<sub>2</sub> = 96%, T. ax. = 39,5°C, linfadenopatia axilar e inguinal e hepatomegalia. Hemograma com série vermelha normal, leucócitos = 12.500 céls/mm<sup>3</sup>, neutrófilos = 8.125 (65%), eosinófilos = 1.110 (9%), linfócitos = 2.500 (20%), linfócitos atípicos = 500 (4%), monócitos = 250 (2%); TGO = 1174 UI/L (VN 15-37); TGP = 860 UI/L (VN 16-36); GamaGT = 1073 U/L (VN 12-64); Creatinina = 1,63 mg/dL (VN 0,7-1,3); Bilirrubina total = 6,2 mg/dL (VN 0,2-1,2); Bilirrubina direta = 4 mg/dL; EAS sem alterações significativas. Foram colhidas sorologias virais e culturas (sangue, urina e líquor), que mais tarde tiveram resultado negativos. A respeito da conduta do quadro, assinale a alternativa correta.
- a) O diagnóstico DRESS é descartado pela ausência de eosinofilia.
  - b) A antibioticoterapia empírica deve ser prescrita e mantida até melhora do quadro clínico, mesmo após descartar infecção associada.
  - c) A corticoterapia deve ser mantida por semanas a meses, com desmame gradual para evitar recidiva.
  - d) A fenitoína pode ser mantida e a dipirona suspensa, porque a última é a droga suspeita de causar a farmacodermia.

46. A lombalgia é uma causa comum de incapacidade na população em geral. A maioria dos casos tem um curso favorável, mas pode tornar-se recorrente ou permanente, trazendo prejuízo na qualidade de vida. Assinale a afirmativa correta sobre a lombalgia.
- a) Na maioria dos casos, a lombalgia tem como etiologia hérnia de disco.
  - b) A presença de claudicação confirma a radiculopatia como causa da dor lombar.
  - c) Os opioides são drogas de primeira escolha no tratamento da lombalgia crônica.
  - d) A dor à palpação de um ou dois processos espinhosos é sinal de alarme para infecção, neoplasia ou fratura.
47. Homem, 69 (sessenta e nove) anos, está em avaliação pré-operatória para artroplastia total do joelho. De comorbidades, apresenta hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, obesidade grau II e gota. Ingere cerveja nos finais de semana. Faz uso regular de losartana, hidroclorotiazida, atorvastatina e alopurinol. Informa que a última crise de gota foi há 6 (seis) meses e fez uso de anti-inflamatório não hormonal. Assinale a alternativa correta.
- a) A profilaxia de crises de gota com a colchicina é recomendada quando iniciamos o tratamento da gota com medicamentos redutores de urato.
  - b) Os diuréticos tiazídicos e a atorvastatina são drogas que reduzem a excreção de ácido úrico e seu uso deve ser ponderado nos pacientes com gota.
  - c) Deve-se suspender o alopurinol no pré-operatório por aumentar a chance de crise gotosa.
  - d) A punção do líquido sinovial na artrite gotosa revela um líquido amarelo citrino com poucos leucócitos (menor que 3.000/mm<sup>3</sup>), com menos de 25% (vinte e cinco por cento) de neutrófilos e a presença de cristais de urato.
48. Mulher, 42 (quarenta e dois) anos, com pré-diabetes, hipotireoidismo de Hashimoto e tabagismo, relata dor, edema e rigidez matinal nas mãos e punhos de início há 10 (dez) semanas. Ao exame físico, apresenta sinais de artrite na 2<sup>a</sup> (segunda), 3<sup>a</sup> (terceira) e 4<sup>a</sup> (quarta) interfalangianas proximais à direita, 3<sup>a</sup> (terceira) e 4<sup>a</sup> (quarta) metacarpo falangianas direita, 2<sup>a</sup> (segunda) e 3<sup>a</sup> (terceira) metacarpo falangianas esquerdas e punho bilateral. Referiu fadiga e inapetência. Negou febre. A respeito do quadro, assinale a alternativa correta.
- a) O tabagismo é considerado fator protetor para artrite reumatoide.
  - b) O uso de drogas modificadores do curso da doença está indicado desde o início do tratamento da artrite reumatoide e o metotrexato é a droga de escolha.
  - c) Os títulos do Fator Reumatoide podem estar ausentes e não se correlacionam com a gravidade da doença.
  - d) Os corticosteroides melhoram rapidamente os sintomas, mas não há evidência de que retardam a progressão radiográfica da artrite reumatoide.

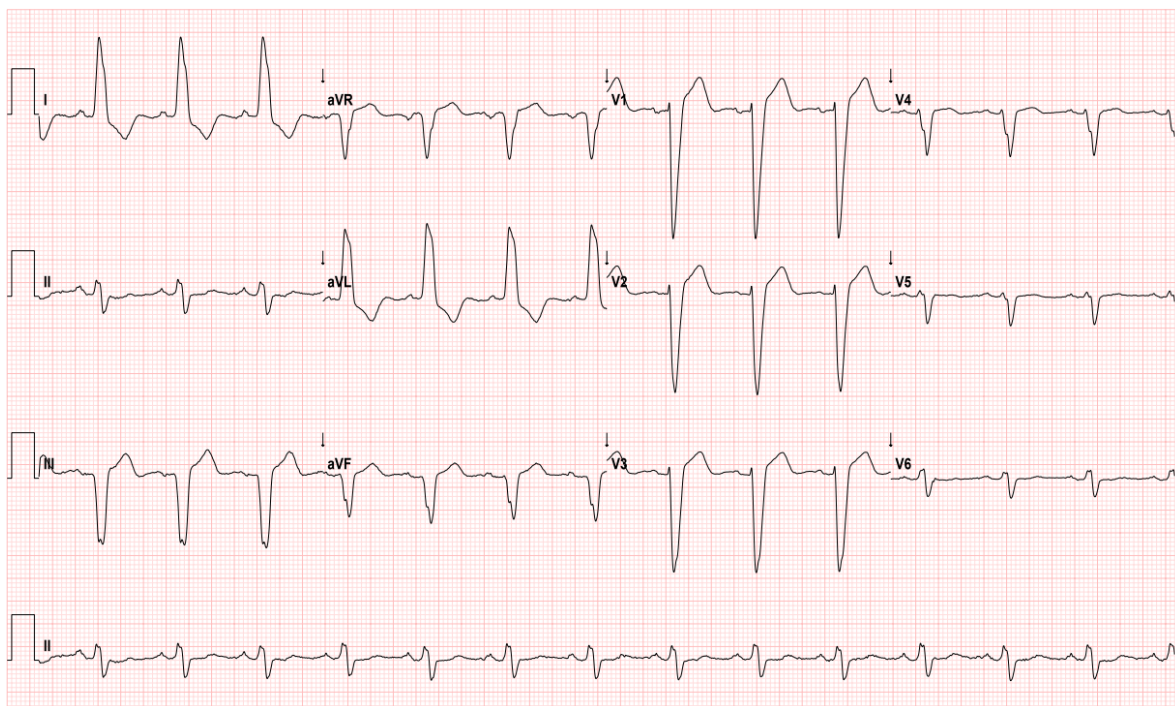
49. Homem, 18 (dezoito) anos, apresenta quadro clínico de monoartrite de tornozelo esquerdo, dactilite do 3º (terceiro) e 4º (quarto) dedos do pé esquerdo e dor lombar baixa. Relata diarreia autolimitada que durou 5 (cinco) dias há 3 (três) semanas. Lesões eritemato-escamativas ceratóticas nas regiões plantares e lesões eritemato-escamosas de aspecto circinado na glândula. Realizou exames que evidenciaram anemia com discreta leucocitose, VHS 64 mm/h, PCR elevado, Fator reumatóide negativo, sorologia para sífilis e Anti-HIV não reagentes. Urocultura negativa e coprocultura com crescimento de *Salmonella enteritidis*. A respeito do quadro clínico, assinale a afirmativa correta.

- a) É provável que o quadro cutâneo articular seja secundário à infecção gastrointestinal e, nestes casos, não tem relação com a positividade para o alelo HLA-B27.
- b) A cultura do líquido sinovial comumente é positiva, revelando crescimento da bactéria causadora da infecção intestinal.
- c) O acometimento ocular pode se relacionar ao caso, manifestando-se como conjuntivite, irite, queratite e uveíte anterior.
- d) A presença de dactilite descarta a psoríase como diagnóstico diferencial.

50. A injúria renal aguda (IRA) é a lesão ou perda da função renal dos rins em curto período de tempo. Em relação à IRA, assinale a alternativa correta.

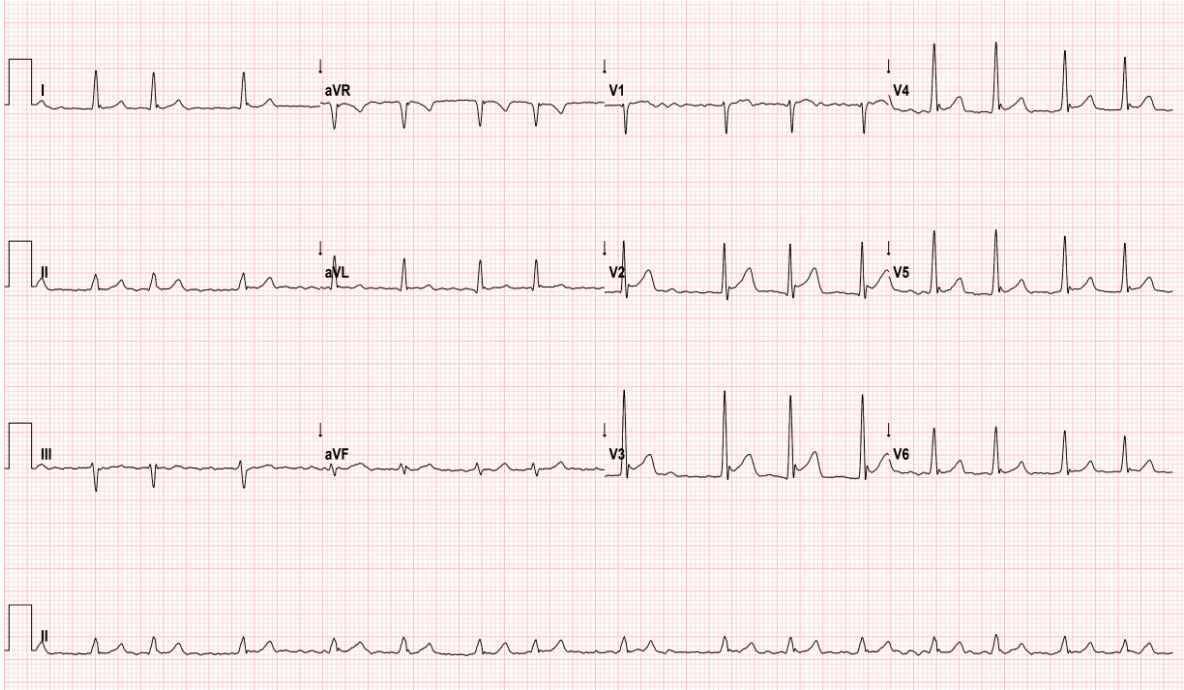
- a) Pacientes com uremia e sinais de pericardite devem ser encaminhados com urgência para hemodiálise.
- b) O aumento da creatinina  $\geq 0,3$  mg/dL em até 7 (sete) dias é um dos critérios de definição da IRA.
- c) A redução do débito urinário com  $< 0,5$  mg/kg/h nas últimas 6 (seis) horas é um critério definidor de IRA com alta acurácia e se relaciona com maior mortalidade em 30 (trinta) dias.
- d) Na prevenção de IRA associada a contraste, devemos evitar depleção de volume, preferir contrastes de alta osmolaridade na menor dose possível.

51. Qual o distúrbio de condução intraventricular apresentado no eletrocardiograma a seguir?



- a) Bloqueio do Ramo Esquerdo.
- b) Bloqueio do Ramo Direito.
- c) Bloqueio Divisional Anterossuperior Esquerdo.
- d) Bloqueio Divisional Inferior Direito.

52. Qual alteração do ritmo está representada no eletrocardiograma a seguir?



- a) Taquicardia atrial.
- b) Flutter atrial.
- c) Fibrilação atrial.
- d) Arritmia sinusal.

53. Qual dos antiagregantes plaquetários a seguir é contraindicado em pacientes com antecedente de ataque isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral do tipo isquêmico?

- a) Clopidogrel.
- b) AAS.
- c) Prasugrel.
- d) Ticagrelor.



54. Homem, 67 (sessenta e sete) anos, em avaliação pré-operatória para retinaculotomia dos flexores do punho (túnel do carpo) à esquerda. Refere diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, com bom controle usando lisinopril 10 mg/dia. Relata infarto agudo do miocárdio há 1 (um) ano, sem necessidade de revascularização. Atualmente, está em uso de AAS 100 mg/dia e atorvastatina, cuja dose não se recorda. O paciente questiona se é necessário suspender o uso do antiagregante plaquetário, uma vez que lhe foi dito que há chance de aumento do sangramento durante o procedimento proposto. Assinale, a seguir, a alternativa que responde corretamente à dúvida do paciente.
- a) Suspender o AAS 7 (sete) dias antes do procedimento cirúrgico.
  - b) Manter o uso do AAS, uma vez que se trata de profilaxia secundária em procedimento com baixo risco de sangramento.
  - c) Manter o AAS e acrescentar outro antiagregante plaquetário como um inibidor do receptor P2Y2, devido ao elevado risco de evento coronariano no período perioperatório.
  - d) Contraindicar o procedimento cirúrgico, devido ao risco elevado de novo evento coronariano.
55. Mulher, 65 (sessenta e cinco) anos, com diagnóstico prévio de fibrilação atrial permanente. Em uso de rivaroxabana 20 mg/dia para profilaxia primária de eventos cardioembólicos. Função renal normal. Está em avaliação pré-operatória para realização de neurocirurgia (hipofisectomia). Em relação ao uso de rivaroxabana durante o período perioperatório descrito, é correto afirmar que:
- a) Não deve ser suspenso, devido ao elevado risco de evento cardioembólico.
  - b) Deve ser suspenso 48 (quarenta e oito) horas antes do procedimento cirúrgico.
  - c) Suspender o uso da rivaroxabana 5 (cinco) dias antes do procedimento cirúrgico e iniciar ponte com uso de heparina de baixo peso molecular.
  - d) Reduzir a dose da rivaroxabana para 10 mg/dia 48 (quarenta e oito) horas antes do procedimento cirúrgico.
56. A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) apresenta melhor correlação com os desfechos cardiovasculares quando comparada às medidas obtidas em consultório. Segundo a 6ª (sexta) diretriz da MAPA, os valores de média considerados normais nas 24 (vinte e quatro) horas para a pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica são, respectivamente:
- a) < 130/80 mmHg
  - b) < 135/85 mmHg
  - c) < 140/90 mmHg
  - d) < 120/70 mmHg
57. Homem, 63 (sessenta e três) anos, com antecedente de acidente vascular cerebral isquêmico ocorrido há 2 (dois) anos, por aterosclerose de grande artéria, apresentou há 1 (um) mês infarto agudo do miocárdio, por oclusão proximal de artéria coronária direita. Dentre as alternativas a seguir, escolha a estatina com sua respectiva dose mais recomendada para o caso descrito.
- a) Pitavastatina 4 mg.
  - b) Sinvastatina 40 mg.
  - c) Rosuvastatina 40 mg.
  - d) Atorvastatina 10 mg.

58. Em relação ao diagnóstico de endocardite infecciosa, é correto afirmar que:
- a) O tamanho da vegetação não é considerado ao se optar pelo tratamento cirúrgico.
  - b) Febre, definida como temperatura maior do que 38 graus, é considerada um critério maior para o diagnóstico.
  - c) 3 (três) critérios maiores são necessários para o diagnóstico definitivo de endocardite infecciosa.
  - d) O ecocardiograma transtorácico é o método de imagem de escolha na avaliação inicial de casos suspeitos de endocardite infecciosa em valvas nativas.
59. Em relação ao acidente vascular cerebral do tipo isquêmico causado por doença de pequenos vasos, é correto afirmar que:
- a) É uma das principais causas de demência vascular.
  - b) Hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* não são fatores de risco importantes.
  - c) A anticoagulação oral é a medida preferencial de prevenção secundária.
  - d) Apesar da baixa ocorrência, a mortalidade é considerada elevada.
60. A doença de Chagas, em nosso país, é importante causa de acidente vascular do tipo isquêmico pelo mecanismo embólico. Considerando o eletrocardiograma o exame cardiovascular mais importante na avaliação inicial do paciente, qual afirmação a seguir é verdadeira?
- a) O bloqueio do ramo direito está frequentemente associado ao bloqueio divisional posteroinferior esquerdo.
  - b) O bloqueio de ramo esquerdo, apesar de raro, está associado a pior prognóstico.
  - c) As extrassístoles ventriculares polimórficas não são preditores de síncope.
  - d) A fibrilação atrial é considerada uma arritmia precoce no curso da cardiomiopatia chagásica.