



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA (ESP-PB)  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)

EDITAL ESP-PB N° 08/2023  
(Republicado por Incorreção 06/12/2023)

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DA COREME/SES-PB PARA MÉDICOS RESIDENTES - ANO  
LETIVO 2024

**CADERNO DE QUESTÕES**  
▶ **CARDIOLOGIA** ◀  
**PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA**

**DATA DA PROVA: 21/01/2024**

**DURAÇÃO TOTAL: 03 HORAS (08:30 às 11:30h)**

**ORIENTAÇÕES AO CANDIDATO:**

- Você receberá do fiscal de sala o seguinte material:
  - Este caderno de questões;
  - Um cartão-resposta destinado à marcação das questões.
- **Confira este material** assim que recebê-lo e, caso contenha algum erro, comunique ao fiscal.
- Após a conferência, assine o cartão-resposta no espaço destinado.
- Não dobre, amasse e/ou rasure o cartão-resposta, pois ele não será substituído.
- Este caderno tem um total de 40 (quarenta) questões.
- Para cada questão são apresentadas 04 (quatro) alternativas de resposta (a, b, c, d), devendo o candidato **escolher apenas uma** e, utilizando caneta esferográfica azul ou preta, preencher completamente o círculo correspondente no cartão-resposta.
- As respostas das questões deverão, obrigatoriamente, ser transcritas para o cartão-resposta, que será o único documento válido utilizado na correção eletrônica.
- Não serão prestados esclarecimentos sobre o conteúdo da prova durante a sua aplicação.
- O candidato não poderá se ausentar da sala antes de transcorrida uma hora do início da prova.

**Boa prova!**  
**Comissão do Processo Seletivo.**



## GABARITO

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
11 -	12 -	13 -	14 -	15 -
16 -	17 -	18 -	19 -	20 -
21 -	22 -	23 -	24 -	25 -
26 -	27 -	28 -	29 -	30 -
31 -	32 -	33 -	34 -	35 -
36 -	37 -	38 -	39 -	40 -

# Cardiologia - PB

Quantidade de questões: 40

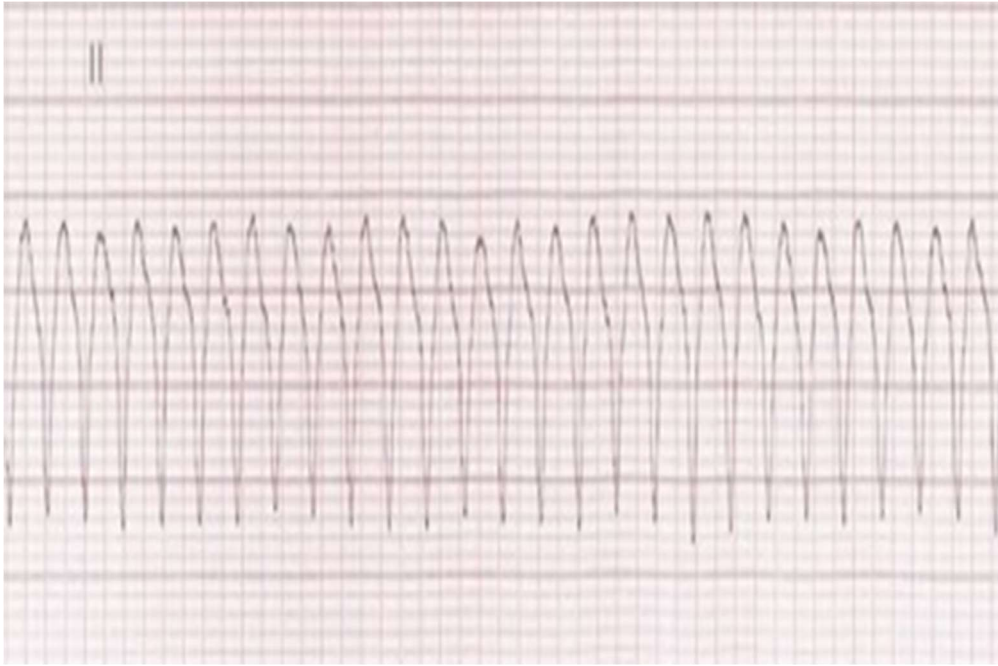
## ► PRÉ-REQUISITO CLÍNICA MÉDICA ◀

1) Homem de 58 anos, hipertenso com histórico prévio de infarto agudo do miocárdio em 2022, vem à consulta ambulatorial de seguimento com queixa de falta de ar com início há quatro meses, progressiva, inicialmente, aos grandes esforços, e, atualmente, incapacitando-o de realizar atividades cotidianas do domicílio. Refere piora dos sintomas à noite, chegando a despertar algumas vezes pela falta de ar. Apresenta inchaço nas pernas. Está em uso de doses otimizadas de atorvastatina, AAS, enalapril, carvedilol, espironolactona empaglifozina e furosemida. Ao exame físico, encontrava-se com pressão arterial 130/80 mmHg, frequência respiratória 18 IRPM, frequência cardíaca 64 BPM, oximetria digital 94 % em ar ambiente. Ausculta cardíaca normal. Ausculta pulmonar com murmúrio reduzido em bases. Abdome flácido. Edema +/4+ em membros inferiores, sinal do cacifo positivo. Trouxe ecocardiograma com fração de ejeção de 38% por hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo, sem valvopatias significativas. Hemograma, plaquetas e função renal normais. Na 134 mEq/L (valor de referência: 135-145). K 4.5 mEq/L (valor de referência: 3.5-5.5). Eletrocardiograma com sinais de sobrecarga ventricular esquerda, QRS estreito, ritmo sinusal.

Dentro deste contexto e visando otimização terapêutica para aumento de sobrevida, qual a melhor conduta?

- A) Associar alisquereno e digoxina.
- B) Trocar enalapril por sacubitril-valsartana.
- C) Suspender carvedilol e associar a ivabradina.
- D) Trocar carvedilol por succinato de metoprolol.

2) Homem, 54 anos, deu entrada na emergência com quadro de dor torácica associada à palpitação há uma hora. Refere histórico de doença de Chagas, em acompanhamento em serviço especializado. Ao exame, encontra-se em Glasgow 15, pressão arterial 80/40 mmHg, oximetria digital 84 % em ar ambiente, frequência respiratória 30 irpm, frequência cardíaca 160 bpm. Realizado o eletrocardiograma mostrado abaixo (vide figura):



De acordo com o contexto do paciente, qual a conduta mais adequada NESTE momento?

- A) Desfibrilação imediata
- B) Infusão de trombolítico
- C) Betabloqueador endovenoso
- D) Cardioversão elétrica sincronizada

3) Homem, 54 anos, tabagista (50 maços/ano) e hipertenso, comparece para seguimento ambulatorial com queixas de dor nas pernas ao deambular, mais intensa nas panturrilhas, que piora aos esforços, sem conseguir andar mais que um quarteirão sem parar. Ao exame físico, pressão arterial 130/80 mmHg, frequência cardíaca 74 bpm, presença de sopro carotídeo à esquerda. Ausculta cardiopulmonar e abdominal normais. Pulsos periféricos reduzidos bilateralmente a partir da fossa poplíteia, enchimento capilar preservado, sem dor à mobilização.

Diante do exposto e considerando o custo-benefício, qual o exame a ser solicitado para avaliação de risco de complicações?

- A) Ressonância magnética de crânio e região cervical
- B) Ultrassonografia com doppler das artérias carótidas
- C) Tomografia de crânio e região cervical sem contraste
- D) Ultrassonografia com doppler venoso em membros inferiores

4) Homem de 55 anos, hipertenso, diabético e tabagista (30 maços/ano), em tratamento irregular (não lembra nome de medicamentos em uso) dá entrada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com dor torácica de início há três horas, em aperto, intensidade 8/10 na escala de dor, associada a dispneia e náuseas. Nega episódio prévio semelhante. Ao exame físico, está sudorético, ansioso, oximetria digital 93 % em ar ambiente. Turgência jugular. Ausculta cardíaca normal. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes até metade do hemitórax bilateralmente. Tempo de enchimento capilar (TEC) < 4 seg. Eletrocardiograma com supradesnivelamento de ST de V1 a V6. Optou-se por tratamento de ataque com AAS, clopidogrel, enoxaparina em dose anticoagulante e trombólise química com tenecteplase. Após 90 minutos da trombólise, paciente persistia com dor de intensidade 6/10, sendo iniciado nitroglicerina IV e

resgates com morfina venosa e surgimento de episódios de taquicardia ventricular necessitando de cardioversão elétrica.

Neste contexto, qual seria a melhor conduta a seguir?

- A) Reiniciar protocolo de trombólise com doses altas de alteplase.
- B) Administrar novas doses de AAS e clopidogrel e associar a fondaparinux.
- C) Aumentar dose de nitroglicerina e programar cateterismo cardíaco para 24h.
- D) Estabilizar paciente e transferir para realizar cateterismo cardíaco de emergência.

5) Homem, 82 anos, internado na unidade de terapia intensiva há três dias por quadro de febre e calafrios, associado à disúria e à polaciúria. Histórico de hiperplasia prostática, em uso de finasterida, e demência leve, em uso de donepezila. Foi iniciado ciprofloxacino, evoluindo com melhora clínica. Ontem à noite, apresentou quadro de agitação grave, querendo sair do leito e arrancar dispositivos.

Considerando o contexto, qual é a terapia mais bem recomendada nesta situação?

- A) Midazolam
- B) Haloperidol
- C) Clonazepam
- D) Clorpromazina

6) Mulher, 35 anos, portadora de diabetes mellitus I em tratamento irregular de insulina, deu entrada na emergência com quadro de apendicite aguda, sendo submetida à apendicectomia de emergência associada à antibioticoterapia com ceftriaxona e metronidazol. Procedimento sem intercorrência, sendo transferida para a UTI no pós-operatório imediato. Admitida hemodinamicamente estável, sem drogas vasoativas e extubada. Gasometria arterial da admissão: pH 7.21, bicarbonato 14 mEq/L, PaCO<sub>2</sub> 30 mmHg, BE -2, PaO<sub>2</sub> 85 mmHg. Lactato 8 mg/dL (VR até 22), Na 140 mEq/L (VR 135 a 145), Cl 100 mEq/L (VR 98 a 106), K 4,8 mEq/L (VR 3,5 a 5,0). Hemograma com 20.000 leucócitos e 85 % segmentados. Glicemia capilar 340 mg/dL. Sumário de urina com 30 leucócitos p/c, 5 hemácias p/c, corpos cetônicos 3+.

Neste contexto, qual a principal hipótese diagnóstica?

- A) Lesão renal aguda
- B) Sepsis de foco urinário
- C) Cetoacidose diabética
- D) Estado hiperglicêmico hiperosmolar

7) Mulher, 78 anos, internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), há quatro dias, em pós-operatório de fratura de quadril, procedimento sem intercorrências. Evolui nas últimas 24 horas com sonolência, tosse com expectoração esverdeada e falta de ar. Ao exame físico, está sonolenta (Glasgow = 11 - abertura ocular: 2; resposta verbal: 4; resposta motora: 5), pouco contactante, oximetria digital 88% em ar ambiente, pressão arterial 60/30 mmHg, frequência cardíaca 104 bpm, frequência respiratória 26 irpm, temperatura axilar 38,4 °C. Ausculta pulmonar com roncosp e crepitações em terço médio e base direita. Tempo de enchimento capilar de cinco segundos. Ausculta cardíaca e abdominal normais. Gasometria arterial em ar ambiente: pH 7.28, bicarbonato 12 mEq/L, PaCO<sub>2</sub> 26 mmHg, PaO<sub>2</sub> 75 mmHg, BE -2. Lactato 35 mg/dL (VR até 20). Iniciado piperacilina-tazobactam e realizado expansão volêmica com ringer lactato, sem resposta, sendo instalada noradrenalina (0,15 mcg/kg/min). Na reavaliação, após duas horas, paciente persiste com dispneia e sinais de má perfusão a despeito de PAM 68 mmHg. POCUS evidenciou presença de linhas B difusas, derrame pleural bilateral e presença de sinais de disfunção do

VE. Gasometria venosa central com pH 7.22, bicarbonato 10 mEq/L, PaCO<sub>2</sub> 18 mmHg, saturação venosa central O<sub>2</sub> 58%.

Considerando o quadro atual da paciente, qual seria a conduta melhor recomendada neste momento?

- A) Realizar nova expansão volêmica com ringer lactato.
- B) Iniciar dobutamina em bomba de infusão contínua.
- C) Associar vancomicina, vitamina C e tiamina.
- D) Acrescentar vasopressina à hidrocortisona.

8) Homem, 68 anos, admitido na emergência devido a rebaixamento do nível de consciência. Acompanhante refere que paciente não acordou aos chamados e estava, há três dias, com febre, tosse com expectoração e calafrios. Diabético e hipertenso em tratamento irregular. O exame físico, na admissão, foi o seguinte: Glasgow = 6 (abertura ocular: 1; resposta verbal: 1; resposta motora: 4), pressão arterial (PA) 110/50 mmHg, oximetria digital 84 % com oxigenioterapia por máscara com FiO<sub>2</sub> de 40 %, frequência cardíaca 108 bpm, frequência respiratória 32 irpm, com tiragem subcostal e batimento de asa nasal. Optado por intubação orotraqueal, sendo coletada a seguinte gasometria arterial em seguida: pH 7.24, PaCO<sub>2</sub> 50 mmHg, PaO<sub>2</sub> 64 mmHg (FiO<sub>2</sub> 100 %), bicarbonato 24 mEq/L, BE -2, SpO<sub>2</sub> 92 %. Realizado POCUS com presença de linhas B difusas, bilaterais, com broncogramas dinâmicos em bases, sem derrame pleural e sem disfunção de VE. Peso estimado 60kg. Ajustes do ventilador mecânico: ventilação volume controlada, volume corrente 540 ml, PEEP 12, frequência respiratória 22, FIO<sub>2</sub> 100 %, fluxo 60 L/min, com pausa inspiratória. A medição das pressões evidenciou platô 32 cmH<sub>2</sub>O e pico 38 cmH<sub>2</sub>O. No momento, com pressão arterial 120/70 mmHg, frequência cardíaca 74 bpm, tempo de enchimento capilar inferior a quatro segundos.

Acerca do caso, assinale o melhor ajuste ventilatório a ser realizado neste momento?

- A) Reduzir frequência respiratória para melhorar oxigenação.
- B) Reduzir volume corrente para manter ventilação protetora.
- C) Aumentar a PEEP para permitir maior recrutamento alveolar.
- D) Aumentar a velocidade de fluxo para melhorar a acidose metabólica.

9) Mulher, 37 anos, deu entrada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de artralgia difusa, náuseas, vômitos e febre, há quatro dias, com piora hoje, e surgimento de dor abdominal, mialgias e piora do estado geral. Nega comorbidades prévias. Ao exame físico, pressão arterial 60/45 mmHg, frequência cardíaca 115 bpm, frequência respiratória 22 irpm, sonolenta, com ausculta cardíaca normal, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido em bases, abdome doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Presença de múltiplas petéquias em membros superiores e inferiores. Pele fria e sudorética. Sangramento gengival à escovação dentária. Colheu hemograma com o seguinte resultado: hemoglobina 13 g/dL, hematócrito 54 %, leucócitos 3000 cels/mm<sup>3</sup> (2000 neutrófilos, 800 linfócitos, 5 % linfócitos atípicos), plaquetas 48000 cels/mm<sup>3</sup>.

Diante deste quadro, qual a conduta mais recomendada neste momento?

- A) Transfusão de plasma fresco 10 ml/kg e crioprecipitado 1 UI/10kg e uso de vitamina K.
- B) Reposição volêmica com 10 ml/kg de soro fisiológico, via parenteral, em 60 minutos.
- C) Expansão volêmica com 20 ml/kg de soro fisiológico, via parenteral, em 20 minutos.
- D) Transfusão de plaquetas e infusão de solução de albumina humana 5 % 0,5g/kg.

10) Homem, 67 anos, admitido na emergência por dificuldade na fala com início há duas horas. Histórico de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, em uso de glibenclamida, anlodipino e

sinvastatina. Ao exame físico, encontra-se em Glasgow = 12 (abertura ocular: 4; resposta verbal: 2; resposta motora: 6), hemiparesia direita proporcionada e disartria. Glicemia capilar 114 mg/dL. Pressão arterial 240/140 mmHg em ambos os membros superiores (MMSS). Demais aspectos do exame físico normais. Realizou a seguinte imagem (vide figura).



Qual a conduta mais recomendada, neste momento, para o paciente?

- A) Nitroprussiato, via endovenosa
- B) Captopril e nimodipino, via oral
- C) Craniectomia descompressiva
- D) Trombectomia mecânica

11) Homem, 63 anos, tabagista pesado, procura assistência médica por falta de ar ao caminhar no plano, progressiva, associada à tosse persistente, por vezes produtiva, com expectoração amarelada. Nos últimos seis meses, apresentou dois episódios de piora da falta de ar e aumento da secreção, com necessidade de utilização de antimicrobianos, sem necessidade de internação. A ausculta pulmonar mostrava discretos sibilos, com restante do exame físico normal. Realizou espirometria que demonstrava VEF1 (volume expiratório forçado no 1º segundo) < 30% do previsto, sem resposta na prova com broncodilatador.

Além da cessação do tabagismo, qual o tratamento mais bem recomendado para o paciente?

- A) Tiotrópio
- B) Formoterol
- C) Salmeterol + fluticasona
- D) Umeclidínio + vilanterol

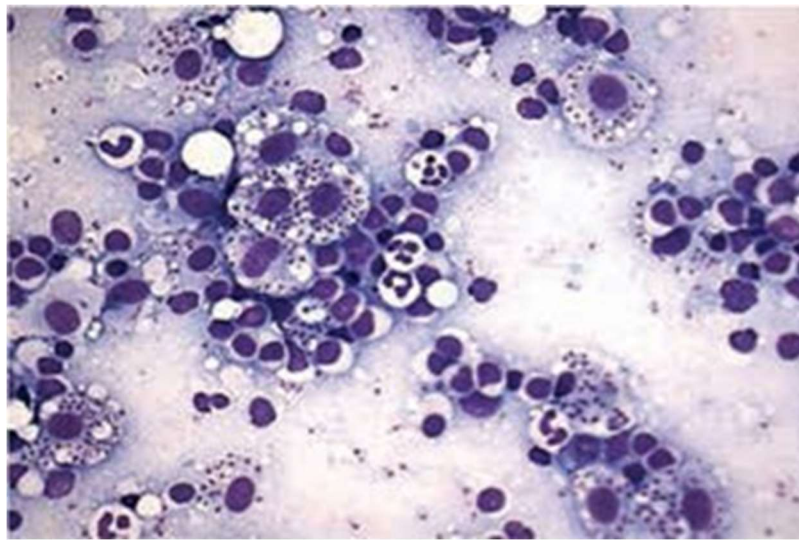
12) Homem, 24 anos, em acompanhamento por asma, em uso de formoterol 6 mcg + budesonida 100 mcg por via inalatória na posologia adequada. Apesar do uso correto da medicação, refere que nas últimas quatro semanas vem apresentando crises de asma quatro vezes por semana, sintomas noturnos duas vezes por semana e necessidade de uso de salbutamol spray quatro vezes por semana. Durante a consulta, encontrava-se assintomático e com exame físico normal.

Qual a medida mais adequada para o paciente, diante deste cenário?

- A) Indicar omalizumabe.
- B) Associar ao montelucaste.

- C) Aumentar dose da budesonida.
- D) Introduzir prednisonal por 14 dias.

13) Homem, 39 anos, agricultor, apresentando febre persistente há dois meses, adinamia, anorexia e palidez. Fez uso de antimicrobianos e sintomáticos sem melhora do quadro. Comparece à consulta médica por piora do estado geral nos últimos dias e quadro compatível com pneumonia. Ao exame físico, encontra-se febril, taquicárdico, hidratado, orientado e cooperativo. Sem adenomegalias. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes em base direita. Ausculta cardíaca normal. Abdome globoso, indolor à palpação, baço palpável 8cm abaixo do rebordo costal esquerdo e fígado cinco centímetros abaixo do rebordo costal direito. Exames laboratoriais: hemoglobina 7,8 mg/dl; leucócitos 3400 cel/mm<sup>3</sup>, com predomínio linfocitário e plaquetas de 65000 cel/mm<sup>3</sup>, creatinina 0,9 mg/dL. Inversão da relação albumina/globulina. Dosagens de LDH e cálcio normais. Foi iniciada a antibioticoterapia para pneumonia e o paciente foi internado. Esfregaço de medula óssea com imagem abaixo:



Diante do contexto acima, qual a hipótese diagnóstica mais provável para o paciente?

- A) Linfoma de Hodgkin
- B) Leucemia mieloide aguda
- C) Leishmaniose visceral
- D) Histoplasmose disseminada

14) Homem, 34 anos, recentemente diagnosticado com HIV (ainda sem tratamento específico), vem evoluindo há uma semana com cefaleia progressiva, inicialmente, de leve intensidade que piorou para forte intensidade, e se associou a náuseas e vômitos seguidos de febre e letargia. Procurou emergência e, ao exame físico, apresentava-se febril, taquicárdico, sonolento e com rigidez de nuca. Foi submetido a punção lombar, com pressão de abertura 45 mmHg (valor de referência até 25), coleta de líquido límpido, com aspecto de "água de rocha". A celularidade normal, proteinorraquia discretamente elevada e glicorraquia reduzida. Coloração por tinta da China positiva.

Qual o diagnóstico mais provável diante deste contexto clínico?

- A) Tuberculose meníngea
- B) Meningite criptocócica
- C) Linfoma primário SNC
- D) Neurotoxoplasmose



15) Mulher, 42 anos dá entrada na emergência com dor abdominal em hipocôndrio direito, febre e calafrios, além de relato de olhos amarelados. Refere também acolia fecal e colúria. Ao exame físico, encontrava-se desorientada, pressão arterial 80/50 mmHg, taquicárdica e icterícia (3+/4). Abdome doloroso à palpação em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Demais aspectos do exame físico normais. Hemograma: leucócitos 14000 cel/mm<sup>3</sup>, 10 % bastões, hemoglobina e plaquetas normais. Bilirrubina direta 8mg/dL (valor de referência: até 1), bilirrubina indireta 1 mg/dL (valor de referência: até 0,5), transaminases com elevação discreta, fosfatase alcalina 480 U/l (valor de referência: até 120) e gama GT 80 U/L (valor de referência: até 36). Ultrassonografia de abdome demonstrou dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas e imagem sugestiva de cálculo em colédoco.

Qual a conduta mais adequada a ser instituída, diante do contexto clínico descrito acima?

- A) Definir diagnóstico etiológico com colangiorressonância.
- B) Indicar colecistectomia videolaparoscópica de urgência.
- C) Realizar descompressão biliar por via endoscópica (CPRE).
- D) Iniciar antibioticoterapia venosa com oxacilina e metronidazol.

16) Homem, 53 anos, tabagista (45 maços/ano), internado por quadro de dispneia, tosse seca persistente e inchaço no rosto, pescoço e braço direito. Refere que há dois meses vem apresentando piora progressiva dos sintomas, além de febre, perda de peso e sudorese noturna. O exame físico mostrava linfadenopatia cervical e axilar, pletora facial, edema em face, região cervical e membro superior direito, além de circulação colateral no tórax. Realizou a radiografia de tórax abaixo.



Qual o diagnóstico mais provável para este paciente?

- A) Linfoma de *Hodking*
- B) Carcinoma de tireoide
- C) Tuberculose ganglionar
- D) Carcinoma broncogênico

17) Mulher, 21 anos, em acompanhamento por lúpus eritematoso sistêmico, em uso de hidroxicloroquina, passou a apresentar edema de membros inferiores há duas semanas. Durante consulta médica, foi

observada pressão arterial elevada. Realizou sumário de urina que mostrou hematuria, dismorfismo eritrocitário e proteinúria. Foi solicitado proteinúria de 24 horas, cujo resultado foi 850 mg/24 horas. Creatinina 1,1 mg/dL.

Considerando o contexto da paciente, qual a conduta mais adequada?

- A) Pulsar com ciclofosfamida endovenosa.
- B) Repetir exames em três meses.
- C) Iniciar prednisona 1mg/kg.
- D) Realizar biópsia renal.

18) Mulher, 19 anos, atendida na emergência por estar evoluindo há duas semanas com febre, adinamia e dispneia. A paciente relatou quadro de febre, dor pleurítica e artrite em cotovelos e joelhos há cinco anos, que cederam após uso de medicação a qual não recorda o nome. Nega cirurgias prévias. O Exame físico mostra sopro diastólico 2+/6 em foco mitral, febre, taquicardia e máculas eritematosas não dolorosas em palmas das mãos e pés. A paciente foi internada e hemoculturas foram coletadas, apresentando crescimento bacteriano.

Qual o agente etiológico mais provável para o quadro clínico atual da paciente?

- A) *Cardiobacterium hominis*
- B) *Staphylococcus aureus*
- C) *Streptococcus viridans*
- D) *Treponema pallidum*

19) Homem, 30 anos, referenciado pela Unidade Básica de Saúde, onde foi observada a presença de petéquias que pioraram nos últimos dias. Relata sangramento em cavidade oral, mesmo sem escovação dentária. Nega quadro febril ou infecções recentes. Ao exame físico, paciente encontrava-se orientado, com sinais vitais normais, em bom estado geral, icterico, presença de rash petequial difuso e hemorragia em mucosa oral discreta. Demais normais. Hemograma atual: hemoglobina 10 g/dL, plaquetas 12.000/cels/mL, leucócitos normais e reticulócitos aumentados. Esfregaço periférico com esferócitos, sem sinais de fragmentação de eritrócitos. Outros exames: LDH 780 U/L (valor de referência: 230-460), haptoglobina 10 mg/dl (valor de referência: 25- 190), bilirrubina indireta 4 mg/dL (valor de referência: até 0,5). *Coombs* direto positivo. Bilirrubina direta e função renal normais.

Qual tratamento seria mais adequado para o contexto clínico deste paciente?

- A) Transfusão de Plaquetas
- B) Glicocorticóide
- C) Plasmaferese
- D) Rituximabe

20) Mulher de 42 anos, atendida no ambulatório por dispneia com início há sete meses, atualmente classe funcional II. Durante a investigação, realizou ecocardiograma transtorácico com pressão sistólica de artéria pulmonar de 48 mmHg e outros sinais sugestivos de hipertensão pulmonar. Foi submetida à cateterização de artéria pulmonar que mostrou pressão média de artéria pulmonar 27 mmHg (normal: até 20), resistência vascular pulmonar 6 WU (normal: 0-2) e pressão de oclusão de artéria pulmonar 10 mmHg (normal: < 15). Não houve resposta ao teste com óxido nítrico. Não foram encontradas causas primárias para justificar a hipertensão pulmonar. Paciente foi considerada de baixo risco em relação à mortalidade.

Qual a opção mais adequada para o tratamento da paciente na situação acima?

- A) Sildenafil + ambrisentan
- B) Valsartan + sacubitril
- C) Treprostinil
- D) Verapamil

21) Homem, 35 anos, apresentando, há três meses, febre baixa vespertina diária, tosse produtiva, inapetência e perda de cinco quilos. Procurou atendimento e fez a seguinte radiografia de tórax (vide imagem). Tratou tuberculose há um ano, com alta por cura.



Considerando o contexto, qual a conduta de melhor custo-benefício para avaliar a necessidade de novo tratamento?

- A) Prova tuberculínica
- B) Baciloscopia de escarro duas amostras
- C) Teste rápido molecular (GeneXpert)
- D) Liberação de interferon gama (QuantiFERON)

22) Homem, 55 anos, dá entrada na Unidade de Pronto Atendimento com hematêmese em grande quantidade, associada à melena. Portador de cirrose hepática, nega episódio semelhante anterior. Ao exame, encontra-se com Glasgow 15, pressão arterial 95/65 mmHg, frequência cardíaca 128 bpm, frequência respiratória 15 irpm, abdome com ascite não tensa. Foram coletados os exames laboratoriais, ainda sem resultados. Paciente recém-admitido na sala de estabilização.

Qual a conduta mais recomendada neste momento, considerando a principal hipótese diagnóstica para o sangramento?

- A) Reposição volêmica maciça.
- B) Transusão de plasma fresco congelado.
- C) Administração de terlipressina endovenosa.
- D) Realização de lavado com sonda nasogástrica.

23) Mulher, 65 anos, vem à consulta ambulatorial de rotina. É diabética de longa data, obesa, hipertensa, em uso de metformina 1,5 g/dia e losartana 100 mg/dia. Vem evoluindo com dispneia aos médios esforços, que alivia com o repouso, sem limitações para as atividades diárias. Traz ecocardiograma com fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 52 % e déficit de relaxamento de ventrículo esquerdo. Hemoglobina glicada 7,3 %. Avaliação negativa para doença coronariana, nefropatia e retinopatia.

Neste contexto, qual a melhor recomendação para controle do diabetes?

- A) Ajustar a metformina para dose máxima/dia.
- B) Trocar metformina por dapaglifozina e glicazida.
- C) Manter dose de metformina e associar a empaglifozina.
- D) Suspender metformina e iniciar liraglutida e pioglitazona.

24) Mulher, 52 anos, etilista, sem outra comorbidade, na perimenopausa, procurou a unidade de saúde com queixas de fadiga, cansaço, tonturas, diminuição da tolerância ao exercício e palpitações eventuais. Nega outras queixas ou comorbidades. Paciente volta para reconsulta com resultado dos exames solicitados: hemograma Ht 29%, Hb 9,2 g/dl, VCM 76 ft, CHCM 32 %, RDW 16 %, leucócitos 6800 cels/mcl, diferencial normal, plaquetas 450000 cels/mcl, esfregaço com hemácias em alvo, Contagem de reticulócitos 0,3 %.

Correlacionando o resultado do hemograma com o contexto da paciente, qual tratamento é melhor recomendado?

- A) Ácido fólico
- B) Hidroxiureia
- C) Vitamina B12
- D) Sulfato ferroso

25) Mulher de 37 anos procura atendimento com queixas de emagrecimento de cinco quilos em 40 dias, fraqueza muscular intensa, insônia, irritabilidade, mudança no ciclo menstrual com irregularidade e pouco fluxo, aumento da frequência de evacuações, além de palpitações. Ao exame, apresenta febre 38,4 °C, pele quente e úmida, frequência cardíaca 115 bpm, extremidades com edema e tremores finos, sem outras alterações. Tireoide aumentada e dolorosa à palpação. Traz os seguintes exames: TSH 0,001uUi/mL (valor de referência: 0,4 - 4,3), T4 livre 4,9 mg/dL (valor de referência: 0,8-1,8), cintilografia de tireoide com área não captante em todo o lobo direito.

Qual o tratamento mais recomendado para a principal hipótese diagnóstica para esta paciente?

- A) Ácido acetilsalicílico
- B) Iodo radioativo
- C) Propranolol
- D) Metimazol

26) Considere o seguinte perfil de exames em paciente que foi doar sangue pela primeira vez, assintomático: HBsAg reagente, anti HBs não reagente, anti HBc IgM não reagente, anti HBc total reagente.

Qual o diagnóstico sorológico mais provável para este paciente?

- A) Hepatite B aguda
- B) Hepatite B crônica

- C) Imunidade por vacina
- D) Imunidade por infecção

27) Homem, 83 anos, hipertenso, atendido na UPA proveniente do domicílio, por queixas de perda de apetite, desorientação, queda do estado geral e tosse úmida (sem conseguir expectorar). Sem outras comorbidades. Ao exame físico, está em regular estado geral, acordado, com fala desconexa e desorientação, pressão arterial 110/80 mmHg, frequência cardíaca 88 bpm, frequência respiratória 22 irpm, mucosas pouco hidratadas. Ausculta pulmonar com roncosp de transmissão na base direita. Exames laboratoriais mostram hemograma com 12000 leucócitos/mm<sup>3</sup>, 50% segmentados, creatinina 1,4 mg/dL (valor de referência: 0,7 a), uréia 58 mg/dL (valor de referência: 20 a 50), proteína C reativa 45 mg/dL (valor de referência: 0,3 a 1). A radiografia de tórax em PA é mostrada abaixo.



Considerando a provável etiologia do quadro do paciente, qual o regime mais adequado de antimicrobiano a ser iniciado, com previsão de tempo de uso?

- A) Amoxicilina/ clavulanato + azitromicina, por 10 dias
- B) Ceftriaxone + claritromicina, por sete dias
- C) Cefepime + levofloxacina, por 10 dias
- D) Piperacilina + tazobactam, por sete dias

28) Mulher, 24 anos, procura a emergência com queixas de febre baixa, dor em baixo ventre e na região lombar direita, associada à disúria e náuseas, há três dias. Refere que iniciou relacionamento sexual recente sem uso de preservativo. Ao exame, encontra-se em bom estado geral, com febre baixa, frequência cardíaca 108 BPM, dor à palpação profunda em flanco direito, Giordano positivo à direita.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual o tratamento mais adequado neste contexto?

- A) Ceftriaxone 1 g por dia
- B) Ciprofloxacina 500 mg por dia
- C) Clindamicina 2,7 g por dia + cefuroxima 1,5 g por dia
- D) Ampicilina/sulbactam 3 g por dia + doxiciclina 200 mg por dia

29) Homem, 25 anos, vem à emergência para consulta. Enquanto estava na sala de classificação de risco, entrou em crise tônico-clônica generalizada. Tempo de crise até o momento: quatro minutos. Segundo o acompanhante, na noite anterior, estava em uma festa e chegou em casa às cinco horas da manhã em

estado de embriaguez. Realizada monitorização dos sinais vitais, instalado oxigênio suplementar e posicionado o paciente em decúbito lateral.

Qual a conduta mais bem indicada neste momento?

- A) Administração de diazepam
- B) Infusão contínua de fenitoína
- C) Administração de fenobarbital
- D) Infusão de glicose 50 % + tiamina

30) Homem, 40 anos, trazido pelo SAMU à emergência após ser encontrado na rua desacordado. Acompanhante refere que este estava em tratamento com levotiroxina, há um mês, por ter sido diagnosticado com problema na hipófise secundária a trauma craniano (acidente de moto há um ano). Nas últimas duas semanas, tinha aumentado a dose da medicação, quando passou a apresentar episódios de queda da pressão arterial, fraqueza, astenia, anorexia e hipoglicemias. Refere, também, crises de dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia e sudorese. Ao exame, PA 80/45 mmHg, glicemia 60 mg/dl, sonolento, ausculta cardíaca e pulmonar normais, exame abdominal sem alterações, sem edema de extremidades.

Considerando o diagnóstico mais provável, qual a terapia de escolha para essa condição?

- A) Glicose 50 % endovenosa
- B) Hidrocortisona endovenosa
- C) Vasopressina infusão contínua
- D) Noradrenalina infusão contínua

### ► SAÚDE COLETIVA ◀

31) O Decreto 7.508/2011, que dispôs sobre a organização do SUS, definiu requisitos para as Regiões de Saúde.

Sobre as Regiões de Saúde, assinale a alternativa que traz um serviço que NÃO é considerado uma porta de entrada de uma Rede de Atenção à Saúde:

- A) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- B) Centro de Especialidades Médicas (CEM)
- C) Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)
- D) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

32) Durante seu turno de atendimento de demanda espontânea em uma UBS, o enfermeiro da equipe direciona um paciente para que você realize uma sutura simples. Durante o procedimento, você se perfura com a agulha que está fazendo a sutura. Após os cuidados iniciais, o paciente é testado e constata-se que ele apresenta Anti-HBs não reagente e HBsAg reagente. Por outro lado, você apresenta esquema vacinal completo, HBsAg não-reagente e Anti-HBs de 300 UI/ml (Valor de Referência: maior 100 UI/mL).

Assinale a conduta correta em relação à prevenção de Hepatite B no profissional de saúde no caso citado:

- A) Nenhuma medida é necessária.

- B) Iniciar nova série vacinal no profissional de saúde, com primeira dose, preferencialmente, em até 24 horas após a exposição.
- C) Iniciar nova série vacinal no profissional de saúde, com primeira dose, preferencialmente, após as primeiras 24 horas da exposição.
- D) Iniciar nova série vacinal no profissional de saúde, com primeira dose, preferencialmente, em até 24hs após a exposição. Iniciar imunoglobulina hiperimune para Hepatite B (IGHAHB).

33) Medidas como incidência e prevalência ajudam a descrever a condição de saúde das populações.

Considerando-se os indicadores de saúde, marque o item que melhor preenche as lacunas abaixo:

\_\_\_\_\_ é a fração de um grupo de pessoas que possui uma condição ou desfecho clínico em um dado ponto no tempo. Por outro lado, a \_\_\_\_\_ é a fração ou proporção de um grupo de pessoas inicialmente livres do desfecho de interesse e que o desenvolvem durante um determinado período. A \_\_\_\_\_ se refere, então, a novos casos da doença que ocorrem em uma população previamente livre dela.

- A) Prevalência / Incidência / Prevalência  
B) Prevalência / Incidência / Incidência  
C) Incidência / Incidência / Prevalência  
D) Incidência / Prevalência / Prevalência

34) Segundo boletim da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba sobre Vírus Respiratórios n 14, publicado em 04/09/2023, foram notificados 95 óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Estado da Paraíba, que tem uma população estimada (censo 2022) de 3.974.687 pessoas. Com essas informações, o serviço de saúde pode construir indicadores a respeito deste agravo.

Considerando tais dados, assinale o indicador de saúde que poderá ser elaborado com os dados descritos:

- A) Coeficiente de incidência  
B) Coeficiente de prevalência  
C) Coeficiente de morbidade geral  
D) Coeficiente de Mortalidade específica

35) Dois colegas clínicos que trabalham no estado da Paraíba estavam discutindo os dados, disponibilizados pelo fabricante, sobre um novo teste de laboratório que identifica infecções por sífilis. O profissional que trabalha em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em João Pessoa, utiliza o teste padrão, que tem uma sensibilidade de 90 % e especificidade de 96 %. O profissional de Riachão do Poço pensa em utilizar o novo teste, que tem sensibilidade de 96% e especificidade de 96 %.

Baseado no cenário acima, qual das seguintes opções seria a mais provável:

- A) A UPA de João Pessoa irá identificar, corretamente, mais pessoas sem infecção por sífilis do que a de Riachão do Poço.
- B) A UPA de João Pessoa irá identificar, corretamente, mais pessoas com infecção por sífilis do que a de Riachão do Poço.
- C) A UPA de João Pessoa irá identificar, corretamente, menos pessoas com infecção por sífilis do que a de Riachão do Poço.
- D) A prevalência de infecção é necessária para determinar que médico irá identificar, corretamente, o maior número de pessoas com sífilis.

36) A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Qual princípio do Sistema Único de Saúde se refere ao conceito acima?

- A) Universalização.
- B) Regionalização.
- C) Integralidade.
- D) Equidade.

37) A Participação da Comunidade é uma das Diretrizes do SUS. A Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade.

É órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente:

- A) Conselho de Saúde
- B) Conferência de Saúde
- C) Fundo Nacional de Saúde
- D) Conselho Nacional de Secretários de Saúde

38) A higienização das mãos (HM) é uma das principais medidas para prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), sendo, portanto, tecnologia fundamental na promoção da Segurança do Paciente.

Sobre a HM, assinale a alternativa correta:

- A) O uso de luvas estéreis pode substituir a higienização de mãos em pacientes selecionados.
- B) A HM com produto específico à base de álcool é considerada preferível à higienização com água e sabão.
- C) Não é obrigatório realizar HM e troca de luvas entre procedimentos caso os procedimentos sejam realizados no mesmo paciente.
- D) Os momentos críticos para a realização da HM são: antes de realizar o procedimento; após risco de exposição a fluidos corporais e após tocar o paciente.

39) O suicídio é considerado um problema de saúde pública e está fortemente associado a outras condições de saúde mental.

Sobre a abordagem à pessoa com sintomas suicidas, assinale a alternativa correta:

- A) O tratamento hospitalar está sempre indicado em pessoas com sintomas suicidas.
- B) A ideação de morte, abstrata, sem o planejamento suicida, é considerada situação de baixo risco de suicídio.
- C) Não é recomendado perguntar abertamente sobre ideação suicida para pessoas com sintomas depressivos não controlados.
- D) São considerados fatores de risco para o suicídio: estar casado, estar grávida, ser médico, ser idoso, ter apresentado tentativas prévias de suicídio.



40) Durante o horário de almoço da sua Unidade Básica de Saúde, você e um colega médico de outra equipe de saúde da família encontram-se na copa almoçando. Você tem percebido que nos últimos meses ele tem ficado mais isolado e menos comunicativo. A enfermeira e os agentes de saúde da equipe dele, além dos pacientes, também relatam que têm notado uma mudança na personalidade do seu colega. Levando em consideração a preocupação de todos em relação ao seu colega, você se aproxima e pergunta como ele tem estado. Sem rodeios, seu colega refere: “Não tenho visto muito sentido na vida, sabe? Tenho estado constantemente cansado e sem esperança de que as coisas irão melhorar daqui para frente. Saí de um relacionamento há pouco tempo e acho que ela era a única pessoa que se importava comigo nesse mundo. Eu acho que, para mim, já deu. Eu peguei algumas ampolas de anestésico na sala de procedimentos na semana passada e levei para casa. Todo dia, antes de vir para o trabalho, eu fico olhando para elas e pensando se irei, ou não, para o trabalho. Eu acho que essa semana é minha última”.

Assinale a alternativa que corresponde à melhor conduta a ser tomada diante do relato acima:

- A) Orientar que seu colega marque uma consulta com um psicólogo e um psiquiatra para poder iniciar o acompanhamento desses sintomas.
- B) Orientar que é muito importante ele iniciar um acompanhamento com um psiquiatra e prescrever um antidepressivo para que ele inicie imediatamente um tratamento.
- C) Pedir para entrar em contato com alguma pessoa de referência na rede de apoio do colega. Orientar para que essa pessoa leve seu colega imediatamente para um serviço de urgência e emergência, para que ele seja avaliado quanto ao risco iminente de suicídio.
- D) Mobilizar a rede de apoio para que seja agendada a consulta com um psiquiatra, ou adiantado um retorno, caso ele já faça acompanhamento. Pedir que essa pessoa acompanhe seu colega e não o deixe sozinho em casa, até o atendimento.