



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

PROCESSO SELETIVO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
EDITAL Nº 017/2021, de 04 de Dezembro de 2021.

# CADERNO DE QUESTÕES

## ► PROVA DE CARDIOLOGIA ◀ PRÉ REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

**DATA DA PROVA: 22/01/2022**

**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 30 (trinta) questões.
- Para cada questão são apresentadas 05 (cinco) alternativas de resposta (a, b, c, d, e), 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.**

**MODELO 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 -

► **PROVA DE CARDIOLOGIA - PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA** ◀

1) Homem de 70 anos com antecedentes de insuficiência cardíaca e doença arterial coronária com diagnóstico de taquicardia ventricular não sustentada. Há 30 dias, foi submetido a implante de um cardiodesfibrilador implantável (CDI) e iniciado amiodarona. Vem para consulta queixando-se de fadiga, palpitações, edema e ganho de três quilos. O CDI foi analisado e demonstrou frequentes taquicardias ventriculares não sustentáveis. Nos exames laboratoriais revelaram nível de tiroxina livre de 2,0 ng/dl (normal: 0,8-1,8), nível total de triiodotironina (T3) de 55 ng/dl (normal: 60-181) e nível do hormônio estimulador da tireoide de 4,3  $\mu$ U/ml (normal: 0,5-4,7). Qual dos seguintes passos seria mais apropriado no manejo da anormalidade da função tireoideana?

- a) Medir o nível de imunoglobulina estimuladora da tireoide.
- b) Começar metimazol 10 mg diariamente.
- c) Repetir a função tireoideana em 4 semanas.
- d) Iniciar liotironina 25  $\mu$ g duas vezes ao dia.
- e) Solicitar ultrassom da tireoide com Doppler a cores.

2) Um homem de 60 anos com história de insuficiência adrenal, tratado com hidrocortisona e fludrocortisona 0,05 mg cinco vezes por semana, hipertensão arterial tratada com clortalidona e depressão tratada com citalopram, apresenta-se ao pronto-socorro com vômitos e tontura do tipo “escurecimento da visão”. Vinha tendo taquicardia ortostática, sódio sérico de 125 mEq/l (normal: 136-145), cálcio sérico de 12,5 mEq/l (normal: 9-10,5) e uma creatinina sérica de 1,4 mg/dl (normal: 0,6-1,1). No estudo da urina nota-se uma osmolaridade urinária de 830 mOsm/kg e indetectável concentração de sódio, na radiografia de tórax apresenta um nódulo pulmonar de 1,2 cm. Além de suspender a clortalidona e iniciar uma dose adicional de glicocorticoide, qual dos seguintes passos seriam mais apropriados no manejo inicial desse caso?

- a) Aumentar fludrocortisona para 0,1 mg diariamente.
- b) Administrar 90 mg de pamindronato intravenoso.
- c) Administrar 100 ml de NaCl a 3% intravenoso.
- d) Começar 40 mg de furosemida duas vezes ao dia.
- e) Administrar 1 litro de NaCl a 0,9% intravenoso.

3) Homem de 56 anos portador de neoplasia de próstata com metástase óssea, em tratamento com terapia de privação androgênica e, para dores lombares, vem em uso de meloxicam 15 mg diariamente e dipirona 1 g de 6/6 horas, sem outras comorbidades. Vinha em uso controlado da doença de base e do quadro álgico quando deu entrada no pronto-socorro com forte dor abdominal em queimação, sudorese fria, taquisfígmia, pressão arterial na admissão de 104/60 mmHg, consciente e agitado. No exame físico do abdome nota-se defesa difusa a palpação superficial, ruídos hidroaéreos ausentes e hipertimpanismo no espaço de Traube e na loja hepática. Demais sistemas sem alterações no exame físico e eletrocardiograma normal. Diante das alternativas, qual seria sua próxima conduta?

- a) Solicitar um ultrassom de abdome total.
- b) Mediar com pantoprazol, ranitidina, dipirona intravenosa e reavaliar sintomas após.
- c) Solicitar radiografia do abdome total e do tórax em ortostase e em decúbito lateral direito.
- d) Solicitar de forma seriada troponina e CK-MB.
- e) Solicitar endoscopia digestiva alta de urgência.

4) Homem de 66 anos de idade com antecedentes de tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica sem broncoespasmo ativo, diabetes tipo 2 em uso de insulina e está programado para ser submetido a cirurgia de correção de aneurisma de aorta abdominal. Não consegue praticar atividade física por causa de sua osteoartrite dos joelhos. Seu eletrocardiograma tem bloqueio de ramos esquerdo e creatinina sérica de 2,1 mg/dl (normal: 0,8-1,3). Esse paciente precisa de estratificação de risco cardiovascular perioperatório, qual dos seguintes testes deveria ser realizado?

- a) Cintilografia de perfusão miocárdica com estresse farmacológico.
- b) Ecocardiogramatranstorácico em repouso.
- c) Teste cardiopulmonar.
- d) Angiotomografia de coronária.
- e) Cineangiocoronariografia.

5) Homem de 45 anos de idade, agricultor, sem comorbidades, deu entrada no pronto-socorro com quadro que se iniciou há 3 horas de náuseas, vômitos, diarreia, agitação psicomotora, broncorreia, bradicardia (42 batimentos por minuto), taquidispneia, saturando 90% em ar ambiente. Durante a avaliação neurológica, nota-se que as pupilas estavam isocóricas e mióticas. Antes de extrair dados da história clínica com a esposa do paciente, ele evolui com crise convulsiva, necessitando de intubação orotraqueal após controle medicamentoso da descompensação neurológica. Além das medidas de suporte hemodinâmico iniciais, seria recomendado inicialmente:

- a) Naloxone intravenoso.
- b) Flumazenil intravenoso.
- c) Lavagem gástrica e carvão ativado.
- d) Bicarbonato de sódio a 8,4% intravenoso.
- e) Atropina 5 mg intravenoso.

6) Qual a etiologia mais provável de um quadro de duas semanas com tontura, fadiga, náuseas sem vômitos em uma mulher de 41 anos de idade com histórico de diabetes tipo 1 e doença coronária que tem uma pressão de 96/72 mmHg e 103 batimento por minutos. Seu exame físico, chama apenas atenção para redução da sensibilidade tátil ao estímulo com agulha distalmente nos membros inferiores; seus exames laboratoriais apresentam discreta acidose metabólica, hiponatremia, hipercalemia e negativo para gravidez pelo exame de urina?

- a) Neuropatia autonômica.
- b) Isquemia miocárdica.
- c) Taquicardia por reentrada nodal.
- d) Insuficiência adrenal.
- e) Acidente vascular encefálico cerebelar.

7) Homem de 45 anos de idade em estágio 3 de doença renal crônica, tomando lisinopril para hipertensão arterial e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Vem a consulta de seguimento com edema pretibial e persistente discreta hipercalemia – 5,4 mEq/l (normal: 3,5-5,0), a despeito da dieta com restrição de potássio e em uso de 40 mg de furosemida uma vez ao dia. Sua creatina é de 1,5 mg/dl, seu nível basal é de 1,4 mg/dl (normal: 0,6-1,1). Qual dos seguintes passos seria mais apropriado no manejo da hipercalemia desse paciente?

- a) Trocar lisinopril por hidralazina.
- b) Aumentar a dose da furosemida.

- c) Iniciar poliestireno sulfonato de sódio.
- d) Trocar furosemida por clortalidona.
- e) Iniciar fludrocortisona.

8) Mulher de 59 anos se apresenta na emergência com exacerbação grave da asma e concomitante infarto miocárdio sem supra do segmento ST com alteração isquêmica no eletrocardiograma. Em domicílio estava fazendo uso de albuterol 1 vez a cada hora sem melhora dos sintomas. Na admissão apresentava-se dispneica, taquicárdica e discreta elevação da troponina. Recebeu oxigênio e aspirina, mantiveram a estatina que tomava habitualmente. Em relação ao cuidado nesse caso, qual seria o próximo passo?

- a) Nebulizaripratrópio, albuterol e budesonida.
- b) Nebulizaripratrópio e metilprednisolona intravenoso.
- c) Nebulizaralbuterol, prednisona via oral e betabloqueador via oral.
- d) Nebulizaralbuterol – ipratrópio e metilprednisolona intravenosa.
- e) Nebulizarbudesonida e prednisona via oral.

9) Qual é o diagnóstico mais provável em uma jovem estudante de 19 anos que se apresenta com sintomas persistentes de queixas somáticas em múltiplos órgãos e sistemas, resultando em problemas sociais e acadêmicos que não são explicados pelas suas condições médicas?

- a) Distúrbio conversivo.
- b) Fingimento.
- c) Doença do transtorno de ansiedade.
- d) Desordem factícia.
- e) Transtorno de sintomas somáticos.

10) Adicionalmente a prednisona e broncodilatadores, qual dos seguintes tratamentos é mais apropriado para um homem de 51 anos com doença pulmonar obstrutiva crônica que desenvolve uma exacerbação aguda por influenza e cuja radiografia de tórax apresenta sem opacidade focal?

- a) Oseltamivir.
- b) Amantadina.
- c) Zanamivir.
- d) Ribavarina.
- e) Amoxicilina-clavulanato.

11) Você está no consultório da UBS e recebe J.L.M., 62 anos, feminino, aposentada informando a você que iniciou há 2 meses quadro de sentimento de culpa, perda de interesse em realizar suas atividades de vida diária, não vem se alimentando como o fazia habitualmente, o que a fez perder 4 Kg, sente apenas vontade de dormir o dia inteiro como se tivesse perdido a energia, não consegue se concentrar, perdendo o foco em conversar e outras atividades, não quer mais sair com suas amigas, nem participar de eventos sociais. Não tem antecedentes patológicos, não faz uso de nenhuma medicação. Traz consigo exames laboratoriais solicitados por outro médico, como TSH, T4, hemograma completo, uréia, creatinina, TGO, TGP, vitamina B12, ácido fólico e glicemia que estão normais. Diante do quadro, qual a conduta a ser iniciada, como tratamento farmacológico de primeira linha:

- a) Trazodona.

- b) Clomipramina.
- c) Reboxetina.
- d) Citalopram.
- e) Quetiapina.

12) Você atende no consultório uma jovem de 27 anos, atendente de telemarketing, em consulta de retorno. Ela foi diagnosticada com Transtorno de Ansiedade Generalizada, sendo prescrito Amitriptilina 25mg/dia e encaminhada para Terapia Cognitivo-Comportamental. Informa que após 10 semanas de tratamento efetivo não vem tendo melhora, seu apetite aumentou, com aumento de 4 kg de peso corporal, e passou a apresentar crises de pânico associado. Diante disto, qual a conduta com o caso:

- a) Manter Terapia Cognitivo-Comportamental e aumentar dose de amitriptilina para 50mg/dia.
- b) Manter Terapia Cognitivo-Comportamental e aumentar dose de amitriptilina para 75mg/dia.
- c) Suspender Terapia Cognitivo-Comportamental e trocar amitriptilina por Escitalopram 10mg/dia.
- d) Suspender Terapia Cognitivo-Comportamental e trocar amitriptilina por Venlafaxina 37,5 mg/dia.
- e) Manter Terapia Cognitivo-Comportamental e trocar amitriptilina por Escitalopram 10mg/dia.

13) Você está na emergência e atende João, 73 anos, aposentado, que iniciou subitamente, há três horas, um quadro de hemiparesia direita, completa e proporcionada grau II e disartria. Em 40 minutos você tem uma TC de crânio com laud normal e ao examinar o paciente novamente observa que os sintomas permanecem. Ao exame: acordado, consciente, mantendo hemiparesia descrita e disartria; restante do exame físico normal. Pressão arterial: 150/90 mmHg, HGT: 132 mg/dL. Sem antecedentes pessoais e sem uso de medicações. Diante do quadro, qual o diagnóstico e tratamento para o caso:

- a) Sem indicação de trombólise venosa, pois se trata de um Ataque Isquêmico Transitório.
- b) Sem indicação de trombectomia mecânica e/ou trombólise venosa, pois se trata de um AVC Hemorrágico – Hematoma intraparenquimatoso.
- c) Tem Indicação de Trombólise venosa, pois se trata de um AVC Isquêmico em janela terapêutica.
- d) Sem indicação de trombectomia mecânica e/ou trombólise venosa, pois se trata de um AVC Isquêmico fora da janela terapêutica.
- e) Tem indicação de trombectomia mecânica, pois se trata de um AVC Isquêmico fora da janela terapêutica para trombólise venosa.

14) Você atende uma jovem de 19 anos, cuja a mãe informa presença de diagnóstico prévio para epilepsia, em uso de carbamazepina 200mg a noite, houve uma diminuição no número de crises, porém ainda vem apresentando quadro de crises convulsivas que iniciam em mão direita, com torção interna, progridem para o braço e rosto, sem que venha a perder a consciência. Você faz o encaminhamento para o neurologista, porém a mãe solicita que seja realizada uma conduta, pois é sexta-feira à tarde e ela só poderá realizar a consulta na próxima semana. Diante do quadro, qual a opção farmacológica adequada para o momento:

- a) Manter carbamazepina e ajustar a dose para 200mg de 8/8 horas.
- b) Suspender carbamazepina e iniciar ácido valpróico 250mg de 12/12h.
- c) Suspender carbamazepina e iniciar fenitoina 100mg de 12/12h.
- d) Suspender carbamazepina e iniciar clobazam 10mg de 12/12h.
- e) Suspender carbamazepina e iniciar valproato de sódio 250mg de 12/12h.

15) Você está na emergência e atende uma jovem de 23 anos, com diagnóstico prévio de enxaqueca, encaminhada da UPA com o seguinte relato: Paciente vem apresentando quadro de dor forte, incapacitante, acompanhada de náuseas, sem vômito, com fotofobia intensa, tendo feito uso domiciliar de sumatriptano nasal. Na UPA foi feito dipirona 1g intravenoso (IV) e cetoprofeno 100 mg intravenoso (IV), duas horas após foi reavaliada e a dor não tinha aliviado. Diante do quadro, a paciente foi encaminhada para hospital terciário. Qual a conduta medicamentosa de primeira escolha a ser feita agora:

- a) Dexametasona IV.
- b) Haloperidol IM.
- c) Clorpromazina IM.
- d) Clorpromazina IM.
- e) Tramadol IV.

16) Você está na emergência e atende um paciente masculino, 52 anos, com antecedente pessoal de hepatopatia crônica, que vinha em acompanhamento ambulatorial. Nas últimas 48 horas, passou a apresentar quadro de dor abdominal de forte intensidade, distensão abdominal, sem evacuar desde então, associado a quadro de febre. Você faz uma paracentese, onde observa líquido amarelo pálido, presença de polimorfonucleares de 450, DHL= 195 U/L (referência 200 U/L), Glicose: 70 mg/dL (50-70 mg/dL), albumina: 0,9 (albumina sérica: 3), ADA: Negativo (Negativo), cultura em andamento. Hemograma sem alterações. Paciente sem alterações no restante do exame físico. PA: 110/60 mmHg, FC: 92 bpm, HGT: 88 mg/dL. Diante do caso, qual o diagnóstico e tratamento a ser iniciado de imediato:

- a) Peritonite Bacteriana Espontânea, iniciar Ceftriaxona.
- b) Peritonite Bacteriana Secundária, iniciar Ceftriaxona.
- c) Peritonite Bacteriana Espontânea, iniciar Meropenem.
- d) Peritonite Bacteriana Secundária, iniciar Ciprofloxacino.
- e) Peritonite Bacteriana Espontânea, iniciar Norfloxacino.

17) Você está na UBS e recebe o Sr. Carlos, 58 anos, mecânico, que passou por avaliação médica no novembro azul e o urologista solicitaram exames laboratoriais que apresentaram como alteração glicemia de jejum de 210 mg/dL e uma hemoglobina glicada de 7,2%. Sem outras alterações em triglicerídeos e colesterol. Ao exame: estado geral bom, anictérico, peso: 79 kg, altura: 1,74m, PA: 130/80 mmHg, sem outras alterações no exame físico. Diante do quadro, no que tange ao tratamento do paciente, baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Mellitus Tipo 2, Conitec/Ministério da Saúde, qual o tratamento de escolha no momento:

- a) Glibenclamida e mudança de hábito de vida.
- b) Metformina e mudança de hábito de vida.
- c) Insulina NPH e mudança de hábito de vida.
- d) Dapagliflozina e mudança de hábito de vida.
- e) Sem tratamento farmacológico no momento, apenas mudança de hábito de vida.

18) Você está de plantão e recebe uma idosa, 76 anos, com quadro de rebaixamento do nível de consciência. Ao examiná-la, você observa Escala de Coma de Glasgow de 12, PA: 100/58 mmHg, FC: 96 bpm, FR: 22 ipm, Glicemia: 602 mg/dL (70-100 mg/dL); potássio: 4,0 mmol/L (3,5-4,5 mmol/L); sódio: 155 mmol/L (135-145 mmol/L); Uréia: 100 mg/dL; creatinina: 1,2mg/dL (0,6-1,2 mg/dL); pH: 7,32; bicarbonato: 18 (22-26 mmol/L); cloro: 107 mmol/L (98-107 mmol/L); pO2:

105 (83-108 mmHg); pCO<sub>2</sub>: 38 ( 35-45 mmHg); cetonúria: negativa. Diante do quadro qual o diagnóstico:

- a) Cetoacidose diabética leve.
- b) Cetoacidose diabética moderada.
- c) Cetoacidose diabética grave.
- d) Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar.
- e) Acidose hiperclorêmica.

19) Você está na urgência e recebe Janaína, 28 anos, atendente de farmácia, com queixa de fraqueza progressiva. O quadro iniciou há dois dias e vem progredindo, o que está dificultando sua deambulação. Ao exame: estado geral bom, consciente, anictérica, afebril, exame do aparelho cardiovascular, respiratório e abdominal sem alterações, neurológico com força grau IV membros inferiores e grau V em membros superiores, reflexos aquileus e patelares ausentes, bicipitais e tricipitais normoativos. Diante do quadro, você decide coletar um líquido por punção lombar, que vem com os seguintes achados: Células: 2 (2-5 por campo); linfócitos 70% (normal > 60%); proteína: 110 mg/dL (35-45 mg/dL); glicose: 50 mg/dL (glicemia 75 mg/dL – referência: 2/3). Outros exames laboratoriais normais. Diante do quadro, qual o tratamento a ser iniciado no momento:

- a) Metilprednisolona por 5 dias.
- b) Imunoglobulina Humana por 5 dias.
- c) Imunoglobulina Humana por 8 dias.
- d) Metilprednisolona por 7 dias.
- e) Imunoglobulina Humana + Plasmaferese por 5 dias.

20) Você está na UBS e recebe Érica, 32 anos, auxiliar de serviços gerais, que apresentou quadro de febre, cefaléia e mialgia de início há 48 horas. Informa que em sua comunidade está havendo casos de Dengue e Chikungunya. Mesmo com quadro leve, ela vem até você pedindo que sejam solicitados exames sorológicos que confirmem qual doença ela está. Diante disto, qual a sua conduta:

- a) Solicitar as sorologias, mas explicar que devem ser coletadas após o 7º dia de início dos sintomas.
- b) Solicitar as sorologias, mas explicar que devem ser coletadas até o 5º dia de início dos sintomas.
- c) Solicitar as sorologias, mas explicar que só devem ser coletadas após o 3º dia de início dos sintomas.
- d) Solicitar as sorologias, mas explicar que devem ser coletadas até o 7º dia de início dos sintomas.
- e) Solicitar as sorologias, mas explicar que só devem ser coletadas até o 3º dia de início dos sintomas.

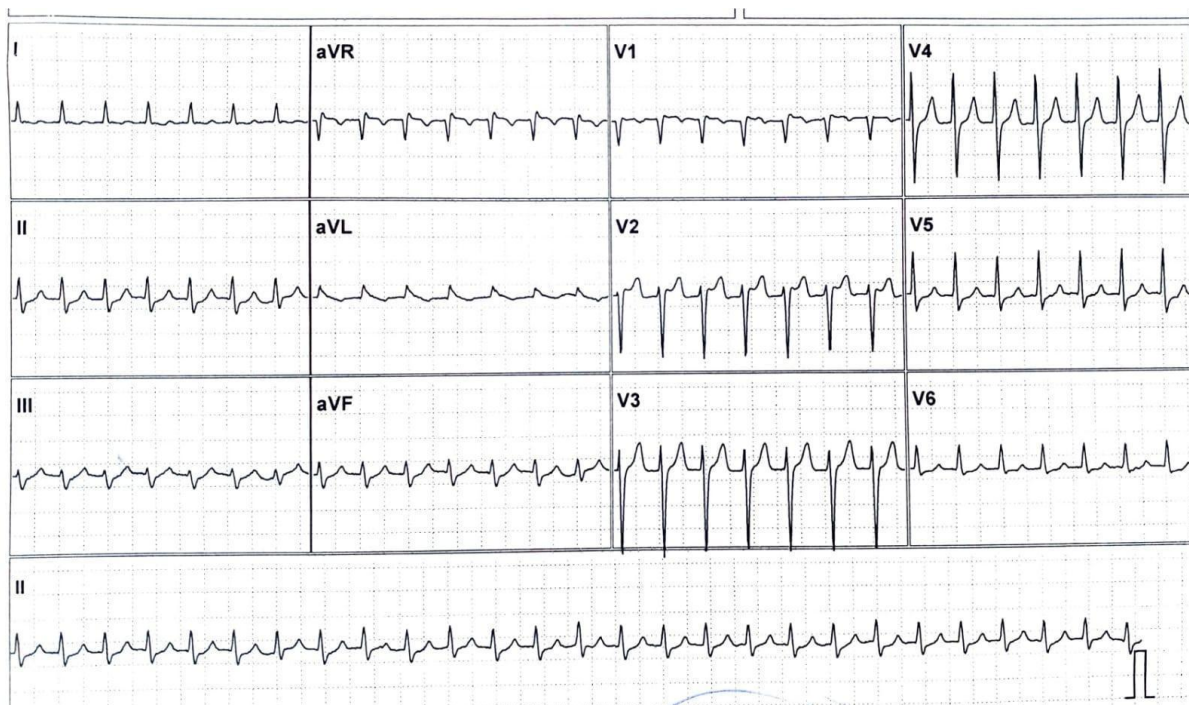
21) Paciente do sexo masculino, 35 anos, tabagista com IMC=34kg/m<sup>2</sup>, comparece para consulta em unidade de saúde da família devido a medidas elevadas de pressão arterial (ao redor de 150x100mmHg). Eletrocardiograma evidenciando sinais de sobrecarga de ventrículo esquerdo. Sobre diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A forma mais comum de hipertensão arterial em adolescentes e adultos jovens é a hipertensão secundária, especialmente relacionada ao hiperaldosteronismo primário.



- b) A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA 24h) é útil para avaliar pacientes com pressão arterial controlada na medida de consultório e evidências de lesão de órgão alvo aos exames complementares.
- c) A dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) é a mais recomendada para portadores de hipertensão primária, e inclui em suas recomendações a restrição de carboidratos (*low carb*) e o estímulo ao consumo de laticínios integrais (alto teor de gorduras).
- d) Para monoterapia inicial, Hidroclorotiazida, Enalapril, Furosemida, Losartana e Anlodipino são consideradas drogas de primeira linha.
- e) A combinação de inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) e bloqueadores de receptor de angiotensina II (BRA) é reservada para casos específicos.

22) Paciente do sexo feminino, 20 anos, previamente hígida, é admitida na sala de emergência com queixa de palpitações taquicárdicas de início súbito há aproximadamente 01 hora. FC 170 bpm, PA 100x60mmHg, consciente e orientada. Realizado eletrocardiograma (figura abaixo).

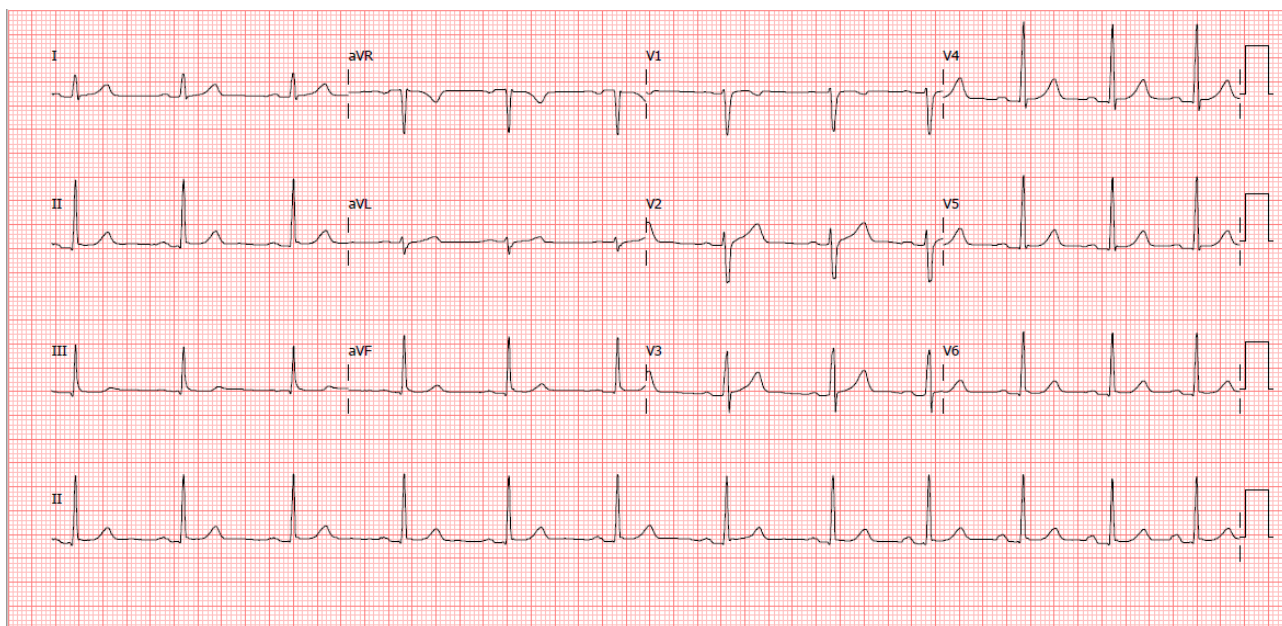


Sobre o caso clínico apresentado, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Trata-se de taquicardia sinusal, e o melhor tratamento é o uso de benzodiazepínicos.
- b) Trata-se de taquiarritmia com instabilidade hemodinâmica, com indicação de cardioversão elétrica de emergência.
- c) Para a arritmia em questão, a primeira conduta é a administração de adenosina.
- d) A manobra de Valsalva modificada é capaz de reverter aproximadamente 40% dos episódios de taquicardia supraventricular.
- e) A arritmia em questão é tipicamente relacionada à síndrome coronariana aguda, sendo fundamental a dosagem de troponina.

23) Homem de 60 anos, tabagista, diabético e portador de doença arterial periférica, é admitido em sala de emergência após episódio de dor torácica de forte intensidade, em aperto e com irradiação para membro superior esquerdo, iniciada em repouso e com duração de aproximadamente 30

minutos, associada a sudorese e náuseas. Nenhum achado digno de nota ao exame físico da admissão. Eletrocardiograma abaixo. Dosagem de troponina negativa.



Sobre o caso clínico apresentado, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Trata-se de angina estável, e a investigação complementar envolve a realização de teste ergométrico.
- b) Trata-se de síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST, e a melhor conduta é coronariografia de emergência.
- c) Trata-se de síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST, e a conduta a ser tomada varia conforme avaliação do risco com uso de ferramentas como o Grace Score ou TIMI Risk.
- d) Trata-se de infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST, e a trombólise química está indicada.
- e) A presença de eletrocardiograma normal e troponina negativa permite alta hospitalar para investigação ambulatorial.

24) Sobre o tratamento ambulatorial da fibrilação atrial (FA), assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A estratégia de controle de ritmo é preferível à estratégia de controle de frequência cardíaca em portadores de FA de início recente, segundo estudos publicados nos últimos anos.
- b) O uso de anticoagulantes não dependentes de vitamina K (NOACs) é proscrito em portadores de FA e prótese mitral biológica.
- c) O uso de AAS na prevenção de fenômenos tromboembólicos é aceitável quando há alto risco de sangramento com NOACs.
- d) Jovens portadores de FA e estenose mitral reumática apresentam baixo risco de fenômenos tromboembólicos.
- e) Anticoagulantes são proscritos para nonagenários portadores de FA, devido ao alto risco de sangramento

25) As estatinas revolucionaram o tratamento da doença aterosclerótica desde os primeiros ensaios clínicos, na década de 1990. Sobre o uso dessas medicações, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O uso de sinvastatina no contexto de prevenção secundária de infarto agudo do miocárdio reduz a mortalidade global.
- b) Embora a queixa de mialgia relacionada ao uso de estatinas seja comum, grande parte desses episódios são devidos a efeito nocebo.
- c) Não há na literatura evidências de benefícios das estatinas na prevenção primária de doença cardiovascular.
- d) As estatinas exercem efeito benéfico através de mecanismos que vão além da redução do colesterol LDL (efeitos pleiotrópicos).
- e) Embora haja associação com aumento de glicose, não há restrição para prescrição de estatinas em portadores de diabetes tipo 2.

26) Sobre as glomerulopatias, assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F):

- A causa mais comum de síndrome nefrótica é a nefropatia diabética.
- Hipertensão de instalação aguda em indivíduos, previamente normotensos, é um indicativo da presença de glomerulonefrite.
- A biópsia renal é fundamental em pacientes com doença renal avançada com rins de tamanho reduzido aos exames de imagem.
- O achado de dismorfismo eritrocitário é inespecífico para o diagnóstico de glomerulopatias.
- Indivíduos com síndrome nefrótica podem se apresentar sem lesão renal aguda (LRA).

A sequência **CORRETA** é:

- a) V, F, F, V, F.
- b) V, V, F, F, V.
- c) F, V, F, F, V.
- d) V, V, V, F, V.
- e) V, F, V, V, F.

27) Paciente do sexo masculino, 70 anos, iniciou tratamento para hipertensão com espironolactona há sete dias e comparece a unidade de emergência devido à fraqueza muscular difusa. Dosagem sérica de potássio = 7 mEq/L. Sobre o diagnóstico e tratamento da hipercalemia, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Pacientes com hipercalemia grave podem apresentar paralisia espástica com frequente acometimento de musculatura respiratória.
- b) Eletrocardiograma é útil na emergência para tomada rápida de decisão, sendo o alargamento do complexo QRS um sinal precoce de hipercalemia.
- c) Pseudo-hipercalemia é comum em pacientes com trombocitopenia.
- d) O uso de insulina é capaz de espolar potássio corporal e é um tratamento eficaz isoladamente.
- e) Diuréticos de alça e tiazídicos são capazes de remover potássio corporal.

28) No diagnóstico das causas de hipertensão secundária, alguns dados clínicos e de exames complementares podem apontar para a etiologia correta. Assinale a alternativa que contenha a relação **CORRETA** entre achado clínico e diagnóstico etiológico na hipertensão secundária:

- a) Hipercalemia - hiperaldosteronismo primário.
- b) Início de hipertensão grave após os 55 anos de idade - hipertensão renovascular.
- c) Pressão arterial baixa em MMSS e alta em MMII - coarctação de aorta.
- d) Bradicardia – feocromocitoma.
- e) Hipocalcemia - hiperparatireoidismo primário.

29) Sobre o Tratamento do Tromboembolismo Pulmonar (TEP) agudo, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Para o uso de rivaroxabana é obrigatório o pré-tratamento com heparina.
- b) O tratamento intra-hospitalar é necessário para todos os pacientes nos primeiros dias de tratamento.
- c) Em pacientes gestantes, as heparinas de baixo peso molecular (HBPM) são o tratamento de escolha.
- d) Terapia trombolítica deve ser considerada para todos os pacientes com baixo risco de sangramento.
- e) Pacientes vítimas de TEP devem receber anticoagulação pelo resto de suas vidas.

30) Idoso do sexo masculino, 75 anos, ex-tabagista e portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), apresenta piora de sua dispneia há 05 dias, associado à expectoração amarelada e em maior volume. Nega ortopneia ou dispneia paroxística noturna. Sinais de broncoespasmo ao exame físico com SpO<sub>2</sub>:85%, desconforto respiratório moderado. Sobre o tratamento da exacerbação do DPOC, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A modalidade de ventilação preferida é a intubação orotraqueal para proteção de vias aéreas.
- b) Está recomendado o uso de cateter de oxigênio de alto fluxo para atingir SpO<sub>2</sub>>95%.
- c) O uso de corticóide por via oral é equivalente a via intravenosa na maioria dos casos.
- d) O uso de agentes mucolíticos como a n-acetilcisteína comprovadamente reduz o risco de desfechos adversos.
- e) A monoterapia com ipratrópio é mais segura do que o uso combinado com beta agonistas inalatórios de curta duração e deve ser preferida.