



Centro Universitário do Espírito Santo

Credenciado pelo Decreto Federal de 02.10.2000, D.O.U. de 03.10.2000.

Redeenciado pela Portaria MEC nº 923 de 01.08.2017, D.O.U. de 02.08.2017.

Credenciado para oferta de cursos superiores na modalidade a distância pela Portaria MEC nº 436 de 29.04.2015, D.O.U. de 30.04.2015.

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA- 2019

A Comissão Coordenadora do Processo Seletivo – ProSel apresenta o resultado das contestações ao gabarito, de acordo com os critérios do Edital do Processo Seletivo para Residência Médica - 2019.

Contestações ao Gabarito Preliminar dos Programas com Acesso Direto:

- Questão 03 – Prova de Medicina Preventiva e Social: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 15 – Prova de Ginecologia e Obstetrícia: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 16 – Prova de Ginecologia e Obstetrícia: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 17 – Prova de Ginecologia e Obstetrícia: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 23 – Prova de Pediatria: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 35 – Prova de Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 50 – Prova de Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.

A Comissão Coordenadora do Processo Seletivo - ProSel comunica que não cabem novas contestações ao gabarito.

Colatina/ES, 20 de novembro de 2018.

Coordenação do Processo Seletivo 2019

RESIDÊNCIA MÉDICA UNESC 2019

CARDIOLOGIA

Inscrição nº:

--	--	--	--	--	--



GABARITO PRELIMINAR - RESIDÊNCIA MÉDICA 2019

PROVA DE CLÍNICA MÉDICA

Questão 01

Os primeiros consensos internacionais sobre a DPOC utilizavam o grau de comprometimento do VEF1 para determinar a gravidade da doença. As diretrizes atuais, no entanto, incorporaram a avaliação de sintomas e exacerbações da DPOC à espirometria para a classificação de gravidade, reconhecendo que apenas medidas espirométricas são insuficientes. Assinale a alternativa correta sobre classificação de gravidade de DPOC.

- a) A classificação do DPOC em leve, moderada, grave ou muito grave não interfere na recomendação do tratamento.
- b) O critério de exacerbação do DPOC inclui a presença de pelo menos uma das seguintes alterações: aumento da dispneia, aumento da frequência cardíaca, aumento da expectoração e aumento da purulência do escarro.
- c) Os fatores mais comuns causadores das exacerbações estão relacionados a agentes não infecciosos irritantes das vias aéreas.
- d) O exacerbador não é considerado para atenção especial quanto ao tratamento farmacológico de manutenção da doença.
- e) A classificação da gravidade da DPOC utiliza os valores de VEF1 pós-broncodilatador expressos em porcentagem do predito e a escala de dispneia do mMRC ou o escore CAT.

Questão 02

Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, que está associada à hiperresponsividade das vias aéreas e leva a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã. Sobre asma brônquica, assinale a alternativa correta:

- a) Os sintomas da asma são uma consequência da obstrução ao fluxo aéreo generalizada e variável, reversível espontaneamente ou com tratamento.
- b) O estreitamento brônquico irreversível é causado pela contração do músculo liso brônquico, pelo edema da mucosa e pela hipersecreção mucosa.
- c) A hiper-responsividade brônquica é a resposta broncoconstritora exagerada aos estímulos inalatórios, que são principalmente agentes infecciosos.
- d) A limitação do fluxo aéreo usualmente é progressiva e associada à uma resposta inflamatória do pulmão, à partículas ou gases nocivos.
- e) É uma doença caracterizada por limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível.

Questão 03

A avaliação funcional da asma, através da espirometria, tem três utilidades principais: estabelecer o diagnóstico; documentar a gravidade da obstrução ao fluxo aéreo; e monitorar o curso da doença e as modificações decorrentes do tratamento. Sobre o diagnóstico funcional da asma, assinale a alternativa correta:

- a) Valor da relação VEF1/CVF < 0,70 define o diagnóstico funcional da doença.
- b) Valor de VEF1 não contribui nas novas classificações de asma.
- c) O diagnóstico de limitação ao fluxo aéreo é estabelecido pela redução da relação VEF1 /CVF.
- d) A intensidade da obstrução ao fluxo aéreo é determinada pela redução percentual da CVF em relação ao seu previsto.
- e) O diagnóstico da asma depende da resposta significativa de VEF1 após aplicação de broncodilatador na realização da espirometria.

Questão 04

Fibrose pulmonar idiopática é uma das formas mais comuns entre as chamadas doenças intersticiais pulmonares. É uma doença crônica não infecciosa, de causa desconhecida e limitada aos pulmões. Sobre a fibrose pulmonar idiopática, assinale a alternativa correta:

- a) A doença é mais comum em mulheres jovens.
- b) A evolução da doença é benigna e auto-limitada.
- c) A doença ainda não dispõe de medicamentos específicos, sendo indicado corticoterapia sistêmica e imunossupressão.
- d) Medicamentos de ação anti-fibrótica são eficazes em reduzir o ritmo de progressão da doença, mas os seus efeitos sobre a sobrevida ainda não estão completamente esclarecidos.
- e) O tratamento com oxigenioterapia nunca é indicado.

Questão 05

Paciente masculino, 45 anos, nega tabagismo, portador de diabetes mellitus, evoluiu com tosse seca há 10 dias, com febre nos últimos 3 dias e dor torácica ventilatório dependente na base direita. Foi solicitado Rx tórax no atendimento de emergência do hospital, com hipótese de pneumonia. Sobre essa conduta, assinale a alternativa correta.

- a) A observação do padrão radiológico é fundamental pra definição agente causal.
- b) O Rx tórax é essencial para o diagnóstico de pneumonia, auxilia na avaliação da gravidade e pode sugerir etiologias alternativas.
- c) O Rx de tórax não deve ser solicitado em paciente com hipótese de pneumonia grave, em que é indicado tomografia de tórax.
- d) O seguimento radiológico deve ser diário, já que a resolução da imagem ocorre de maneira rápida, em dissociação com a melhora clínica.
- e) O Rx de tórax não contribui no diagnóstico diferencial entre pneumonia e tuberculose, sendo sempre indicado tomografia e tórax.

As questões 6 e 7 referem-se ao mesmo caso clínico descrito abaixo.

Paciente feminina, 72 anos, hipertensa, diabética, renal crônica em tratamento conservador, dá entrada no pronto atendimento, com história de vômitos em borra de café. Realizada endoscopia de urgência: identificada úlcera ativa em bulbo duodenal com estigmas endoscópicos de sangramento recente.

Questão 06

Com relação à propedêutica em caso de presença de úlcera péptica ativa, podemos afirmar que:

- a) Tanto a úlcera gástrica quanto a úlcera duodenal devem ser biopsiadas durante a realização de endoscopia para fins de diagnóstico diferencial com neoplasia, não havendo necessidade de realizar nova endoscopia após o tratamento para controle de cura.
- b) Apenas a úlcera duodenal deve ser biopsiada durante a realização de endoscopia para fins de diagnóstico diferencial com neoplasia, sendo necessário realizar nova endoscopia após o tratamento para controle de cura.
- c) Tanto a úlcera gástrica quanto a úlcera duodenal devem ser biopsiadas durante a realização de endoscopia para fins de diagnóstico diferencial com neoplasia, havendo necessidade de realizar nova endoscopia após o tratamento para controle de cura.
- d) Apenas a úlcera gástrica deve ser biopsiada durante a realização de endoscopia para fins de diagnóstico diferencial com neoplasia, havendo necessidade de realizar nova endoscopia após o tratamento para controle de cura.
- e) Apenas a úlcera gástrica deve ser biopsiada durante a realização de endoscopia para fins de diagnóstico diferencial com neoplasia, não havendo necessidade de realizar nova endoscopia após o tratamento para controle de cura.

Questão 07

Com relação à classificação endoscópica dos estigmas de sangramento, encontrados nas lesões em paciente com HDA não varicosa, e a indicação de tratamento endoscópico dos mesmo, podemos afirmar que:

- a) Úlcera Forrest Ib apresenta-se com coágulo aderido e não deve receber tratamento endoscópico.
- b) Úlcera Forrest IIb apresenta-se com coágulo aderido e deve receber tratamento endoscópico.
- c) Úlcera Forrest IIa apresenta-se com sangramento em jato e deve receber tratamento endoscópico.
- d) Úlcera Forrest IIc apresenta-se com coto vascular visível e não deve receber tratamento endoscópico.
- e) Úlcera Forrest III apresenta-se com hematina e deve receber tratamento endoscópico.

Questão 08

Paciente 48 anos, hipertensa, refere dor epigástrica de longa data. Faz uso de IBP 20mg/dia há anos, mantendo-se sintomática. Traz consigo endoscopia realizada recentemente, sem alterações e com presença de teste da urease positivo. Sobre a infecção por H.pylori, é incorreto afirmar que:

- a) A dispepsia funcional só pode ser diagnosticada após a exclusão da infecção por H.pylori.
- b) Teste da urease tem alta sensibilidade e especificidade para diagnóstico inicial de H.pylori, mas baixa sensibilidade para controle de tratamento.
- c) Terapia tripla convencional inicial (claritromicina + amoxicilina + dose dobrada de IBP) deve ser feita por 14 dias.
- d) O teste respiratório pode ser feito tanto para diagnóstico quanto para o controle de cura do H.pylori.
- e) Baixa evidência de que a erradicação do H.pylori esteja associada à redução da frequência do câncer gástrico.

Questão 09

Paciente masculino, 60 anos, com cirrose hepática de etiologia alcoólica, abstinente há 1 ano, é admitido no hospital pela terceira vez no mês por quadro de ascite tensa. Em cada admissão prévia foi submetido à paracentese terapêutica com remoção de 2 e 3 litros de fluido. Ele refere estar seguindo uma dieta restrita de sódio (2g/dia) e tomando 160 mg de furosemida e 400 mg de espironolactona ao dia. A concentração urinária de sódio é baixa, comprovando sua obediência à dieta com baixo teor de sódio. O sódio e o potássio séricos são de 125 mEq/L e 4,2mEq/L, respectivamente. Qual das seguintes é a conduta inicial mais apropriada no tratamento da ascite dessa paciente?

- a) Remover todo líquido ascítico possível e iniciar reposição intravenosa de albumina.
- b) Administra furosemida venosa.
- c) Remover todo líquido ascítico que for possível e adicionar amilorida à sua medicação.
- d) Remover tanto quanto 5l de líquido ascítico e aumentar a dose de ambos os diuréticos.
- e) Colocar um shunt intra-hepático portosistêmico transjugular (TIPS).

Questão 10

Paciente feminina, 42 anos, se apresenta com história de três semanas de fadiga progressiva, desconforto no quadrante superior direito do abdome, náuseas e icterícia. Seu nível sérico de ALT (TGP) a 10 vezes o limite da normalidade. A presença de qual dos marcadores abaixo é indicativa de infecção aguda pelo vírus B:

- a) Anti HBc IgG.
- b) Anti Hbe.
- c) Hbs Ag.
- d) Anti HBs.
- e) Anti HBc IgM.

Questão 11

Paciente masculino, 44 anos, morador de rua, com história de tabagismo e abuso de drogas intravenosas, é avaliado pelo aparecimento de ascite. Ao exame físico, é notável sarcopenia principalmente nas extremidades superiores, ascite moderada e edema de membros inferiores. Realizada paracentese diagnóstica, cuja análise do líquido ascítico revelou: contagem de leucócitos 1.000 (35% neutrófilos, 65% linfócitos) GAS=1. Coloração de gram não demonstrou nenhuma bactéria e os resultados das culturas ainda estão pendentes. Levando-se em conta os dados mencionados acima, qual o diagnóstico mais provável?

- a) Ascite cardíaca.
- b) Cirrose.
- c) Peritonite por tuberculose.
- d) Carcinomatose peritoneal.
- e) Peritonite bacteriana espontânea.

Questão 12

Paciente de 58 anos de idade, hipertenso, com diabetes há doze anos, procurou emergência com quadro de anasarca. Na internação exames evidenciaram: hemoglobina: 10,5 mg/dL; creatinina: 2,5 mg/dL; ureia: 90 mg/dL; EAS: proteinúria +3/+4. Ultrassonografia de vias urinárias evidenciava rins de tamanho aumentado e relação córtico-medular preservada. A biopsia renal mostrou depósitos glomerulares esverdeados pela coloração de vermelho do Congo, com aspecto de birrefringência à luz polarizada. O diagnóstico, mais provável, é:

- a) Glomeruloesclerose segmentar e focal.
- b) Amiloidose.
- c) Doença do depósito denso.
- d) Nefropatia diabética.
- e) Glomerulonefrite membranosa.

Questão 13

A síndrome de lise tumoral é uma emergência oncológica, frequentemente, associada à insuficiência renal aguda. Além disso se caracteriza por importantes alterações metabólicas. São elas:

- a) hipopotassemia, hipouricemia, hipofosfatemia e hypocalcemia.
- b) hipopotassemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hypercalcemia.
- c) hiperpotassemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hypocalcemia.
- d) hiperpotassemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hypercalcemia.
- e) hiperpotassemia, hipouricemia, hiperfosfatemia e hypocalcemia.

Questão 14

Paciente masculino, de 32 anos de idade, negro, com diagnóstico de hipertensão aos 22 anos de idade. Em uso de enalapril 20 mg duas vezes por dia, hidroclorotiazida 25 mg uma vez por dia e anlodipina 10 mg uma vez por dia. Retorna para consulta ambulatorial com exames complementares. Creatinina: 1,0 mg/dL; uréia: 38 mg/dL; sódio: 138 mEq/L; potássio: 3,2 mEq/L; bicarbonato: 32 mEq/L. Ultrassonografia de vias urinárias normal. O diagnóstico mais provável é:

- a) Feocromocitoma.
- b) Coarctação da aorta.
- c) Estenose de artéria renal bilateral.
- d) Hiperaldosteronismo primário.
- e) Hipertensão arterial primária.

Questão 15

Uma paciente de 24 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico, foi atendida com quadro de hipertensão arterial, edema periférico e palidez cutânea. Seus exames mostraram: HT 24%, Hb 8,0g%, leucócitos 3200/mm³, plaquetas 78.000/mm³, ureia 75mg%, creatinina 2,0mg%, albumina 2,3g%, colesterol total 265mg%, sedimento urinário com PTN 3+ e 10 hemácias/campo e proteinúria de 4,5g/24h. Realizou uma biópsia renal que mostrou proliferação celular mesangial, nas alças capilares, difusamente, com importante infiltrado tubulointersticial e presença de crescentes celulares em mais de 50% dos glomérulos. Em relação ao caso, é correto afirmar que:

- a) Pulsoterapia com corticoide, quando associados a ciclofosfamida ou micofenolato mofetil, é boa opção de tratamento para remissão da nefrite.
- b) A paciente tem padrão histológico típico de nefrite lúpica classe V.
- c) Anticorpos anticitoplasma de neutrófilos comumente vêm positivos nestes casos.
- d) Pulsoterapia com corticoide, quando associadas com hidroxicloroquina, levam a remissão da nefrite na maioria dos casos.
- e) Uma microscopia de imunofluorescência mostrará deposição de IgG linear nas alças capilares.

Questão 16

O sódio é o principal íon extracelular, sendo que o seu metabolismo está correlacionado com o metabolismo de água no organismo. Acerca desse assunto, assinale a opção correta:

- a) A correção rápida da hipernatremia pode causar mielinólise pontina.
- b) Em casos de hiponatremia assintomática, o tratamento de escolha é a reposição de solução salina a 3%.
- c) Pacientes com hipernatremia e instabilidade hemodinâmica devem receber hidratação vigorosa com solução fisiológica a 0,45%.
- d) Uso prolongado de diurético tiazídico está correlacionado com risco de hipernatremia.
- e) Hiponatremia hipotônica euvolêmica pode ser causada por hipotireoidismo descompensado.

Questão 17

Marque a alternativa correta, de acordo com as diretrizes do SEPSE 3.0, a respeito do qSOFA na abordagem do paciente com sepse:

- a) O qSOFA determina as disfunções orgânicas durante o algoritmo de diagnóstico de sepse.
- b) O qSOFA é uma ferramenta de triagem para o diagnóstico de sepse.
- c) Os três parâmetros que compõem qSOFA são nível pressórico, nível de consciência e frequência cardíaca.
- d) Paciente com qSOFA < 2 exclui o diagnóstico de sepse.
- e) Os pacientes que preenchem 2 ou mais critérios no qSOFA têm maior gravidade e, portanto, maior chance de óbito.

Questão 18

A respeito das definições de sepse, com relação ao SEPSE 3.0, marque a alternativa falsa:

- a) A definição *Lato-Senso* de sepse consiste em: “*presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por resposta desregulada do organismo à infecção*”.
- b) Os novos conceitos de sepse e choque séptico, de acordo com o SEPSE 3.0, foram universalmente aceitos e aprovados principalmente pelos países em desenvolvimento.
- c) Para o diagnóstico de choque séptico, de acordo com o SEPSE 3.0, é obrigatória a presença de elevação do lactato sérico.
- d) O termo *sepse grave* foi intencionalmente extinto com o intuito de se valorizar e dar a devida importância ao termo SEPSE.
- e) Em termos práticos e clínicos, a definição de sepse consiste na presença de infecção associada à disfunção orgânica representada por variação no score SOFA > 2 pontos.

Questão 19

De acordo com a última atualização da Surviving Sepsis Campaign 2018 referente aos “bundles” de tratamento e abordagem da sepse, é correto afirmar:

- A recomendação desse documento reforça a necessidade da implantação de protocolos de 3 horas e 6 horas na abordagem do paciente com sepse.
- Nesta última atualização não é mais recomendada a coleta de lactato sérico na admissão do paciente com sepse.
- Dentre as medidas recomendadas nesse documento, na abordagem inicial do paciente com sepse podemos citar a coleta da saturação venosa central.
- O pacote de 3 horas e 6 horas passa a ser um único pacote de medidas a serem alcançadas em até 1 hora da suspeita ou do diagnóstico firmado de sepse.
- Quanto à administração de fluidos na sepse, a medida da pressão venosa central continua sendo o melhor preditor de responsividade a volume na fase inicial.

Questão 20

De acordo com o caso clínico descrito abaixo e com o auxílio do score SOFA apresentado na tabela marque a alternativa correta que representa a variação de pontos do score SOFA e o diagnóstico sindrômico do caso.

Paciente de 70 anos, portador de insuficiência arterial periférica crônica e lesão trófica infectada em membro inferior direito. Ao exame físico está desorientado em tempo e espaço, obedece a comandos verbais e está acordado. Pressão arterial em membro superior direito 100/50 mmHg, baixa perfusão capilar periférica em extremidades, ausculta pulmonar sem alterações com taquipnéia e SATO2 de 90% em ventilação espontânea em ar ambiente, exame físico abdominal sem alterações.

Exames laboratoriais: hemoglobina de 9,0 g/dl, Leucócitos de 20.000 cels/mm³, plaquetas de 90.000 cels/mm³. Creatinina de 0,9 mg/dl e Ureia de 70 mg/dl. INR de 1,1 com bilirrubinas totais de 1,3. Gasometria arterial com pH de 7,30 / PO2 de 50/ PCO2 de 24 / HCO3 de 14 / BE – 4.0 SATO2 91%. Lactato de 35 mg/dl

Table 1. Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment Score^a

System	Score				
	0	1	2	3	4
Respiration					
PaO ₂ /FIO ₂ , mm Hg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) with respiratory support	<100 (13.3) with respiratory support
Coagulation					
Platelets, ×10 ³ /μL	≥150	<150	<100	<50	<20
Liver					
Bilirubin, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
Cardiovascular					
MAP ≥70 mm Hg	MAP <70 mm Hg	Dopamine <5 or dobutamine (any dose) ^b	Dopamine 5.1-15 or epinephrine ≤0.1 or norepinephrine ≤0.1 ^b	Dopamine >15 or epinephrine >0.1 or norepinephrine >0.1 ^b	
Central nervous system					
Glasgow Coma Scale score ^c	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal					
Creatinine, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (110)	1.2-1.9 (110-170)	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	>5.0 (440)
Urine output, mL/d				<500	<200

- 07 pontos / sepse.
- 04 pontos / choque séptico.
- 05 pontos / infecção.
- 06 pontos / choque séptico.
- 06 pontos / sepse.

Questão 21

Assinale a afirmativa incorreta:

- a) Desde 2017 Sepsé é considerada uma prioridade em saúde pela Organização Mundial de Saúde (WHO).
- b) A letalidade por sepsé no Brasil está em torno de 55%, segundo estudos epidemiológicos.
- c) De acordo com o SEPSE 3.0, a presença de disfunção orgânica passa a ser prioridade na definição de sepsé.
- d) Os critérios de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) se tornaram dispensáveis na abordagem do paciente com infecção após a publicação do SEPSE 3.0.
- e) A letalidade por sepsé, em países desenvolvidos como a Austrália, é em torno de 26%, conforme estudos epidemiológicos.

Questão 22

Dentre as alternativas abaixo, marque a que melhor representa os meios de avaliação de responsividade a volume na terapia intensiva:

- a) Medida da pressão venosa central, delta PP, elevação passiva das pernas e cálculo da diferença do CO₂ arterial/venoso.
- b) Elevação passiva das pernas, cálculo da diferença do CO₂ arterial/venoso, medida da pressão de oclusão de artéria pulmonar pelo cateter de SWAN-GANZ e variação do volume sistólico.
- c) Delta PP, elevação passiva das pernas, variação do diâmetro da veia cava inferior e variação do volume sistólico.
- d) Medida da pressão de oclusão de artéria pulmonar pelo cateter de SWAN-GANZ, medida da pressão venosa central, elevação passiva das pernas e variação do volume sistólico.
- e) Delta PP, medida seriada de lactato sérico, variação do volume sistólico e elevação passiva das pernas.

Questão 23

No estudo da fisiologia cardíaca, sabemos que o ciclo cardíaco compreende as fases da sístole e da diástole, que por sua vez subdividem-se em eventos temporais bem marcados. Considerando a fase diastólica, julgue as alternativas abaixo e marque aquela que mostra, respectivamente, o primeiro e o último eventos que ocorrem na diástole de um paciente com ritmo sinusal normal:

- a) Abertura da valva mitral e enchimento ventricular rápido.
- b) Relaxamento isovolumétrico e contração atrial.
- c) Abertura da valva mitral e enchimento ventricular lento.
- d) Relaxamento isovolumétrico e enchimento ventricular rápido.
- e) Abertura da valva mitral e contração atrial.

Questão 24

Considere o mecanismo de *Frank Starling* e julgue as alternativas abaixo, assinalando a CORRETA:

- a) Quanto maior a pré-carga, menor a contratilidade do coração.
- b) Em casos de hipervolemia, o coração adapta-se, diminuindo a sua força de contratilidade.
- c) Em casos de hipovolemia, observa-se um acréscimo no débito cardíaco.
- d) Quanto menor a pré-carga, maior o débito cardíaco.
- e) Refere-se à capacidade do coração para se adaptar a variações do volume sanguíneo, alterando a sua contratilidade nas diferentes situações.

Questão 29

As cardiopatias congênitas são condições presentes ao nascimento, e dividem-se em cardiopatias acianogênicas e cardiopatias cianogênicas. Acerca da comunicação inter-atrial (CIA), assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A maioria das crianças e adultos jovens com CIA não corrigida apresentam baixa tolerância ao esforço e cansaço fácil.
- b) A CIA do tipo seio venoso quase sempre é acompanhada de drenagem anômala de veias pulmonares.
- c) Arritmias atriais são mais frequentes nas crianças com dilatação atrial.
- d) O eletrocardiograma mostra retardo da condução ventricular direita (bloqueio incompleto do ramo direito) na maioria dos pacientes com CIA.
- e) O paciente com CIA tipo *ostium primum* pode ter um sopro sistólico de ejeção no foco pulmonar.

Questão 30

Em relação aos achados clínicos na febre reumática, é CORRETO afirmar:

- a) Apesar de infrequente, em indivíduos com sintomas agudos a poliartrite é migratória, dolorosa e de grandes articulações.
- b) Apesar de o exame clínico sugerir o diagnóstico da Coréia de Sydeham, o mesmo deve ser confirmado por meio de exames de neuroimagem.
- c) Nódulos cutâneos são comuns e específicos para o diagnóstico de febre reumática.
- d) O eritema marginado geralmente tem início tardio no curso da febre reumática aguda.
- e) Na cardite reumática, a gravidade da disfunção do ventrículo esquerdo parece estar correlacionada à extensão da valvulite, e não à lesão miocárdica.

Questão 31

Homem, 70 anos, vem ao consultório para um retorno de check-up. É diabético, assintomático do ponto de vista cardiovascular e não possui alterações ao exame físico. Traz entre os exames solicitados na primeira consulta os seguintes: HDL 45 mg/ dL; LDL 108 mg/ dL; triglicerídeos 330 mg/ dL; colesterol total 209 mg/ dL; hemoglobina glicada 6,6%; glicemia de jejum 120 mg/ dL. Com relação ao tratamento da dislipidemia, é CORRETO afirmar:

- a) A associação de genfibrozila e sinvastatina está indicada em razão dos níveis altos de triglicerídeos e LDL.
- b) Faz-se necessária a adição de estatina para o controle da dislipidemia neste momento, além de modificação no estilo de vida.
- c) O tratamento da dislipidemia em idosos deve ter metas menos estritas, uma vez que essa população tem menor benefício no controle lipídico para a prevenção de doença cardiovascular. Assim, pode-se orientar apenas modificações do estilo de vida, além de ajustar o esquema hipoglicemiante.
- d) O tratamento desse paciente deve incluir estatina e niacina, visando a melhora dos níveis de LDL e HDL.
- e) A ezetimiba pode ser empregada nesse paciente em vez da estatina, visto que esse grupo de fármacos provoca mais efeitos adversos nesta faixa etária.

Questão 32

Nos pacientes dislipidêmicos HIV positivos, em uso de terapia anti-retroviral (TAVR), quando há necessidade de uso de estatina, deve-se levar em conta o metabolismo enzimático hepático. Os inibidores de protease, classe de medicamentos fundamental no esquema TARV, são preferencialmente metabolizados pelo CYP P450 3A4 e apresentam interações com estatinas, por compartilharem os mesmos sítios de metabolização hepática. Portanto, deve ser dada preferência para estatinas que atuem em sítios de metabolização distintos, que estão descritas na alternativa:

- a) Pitavastatina e Pravastatina.
- b) Sinvastatina e Rosuvastatina.
- c) Pitavastatina e Atorvastatina.
- d) Rosuvastatina e Sinvastatina.
- e) Pravastatina e Sinvastatina.

Questão 33

Em relação ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, de acordo com a VII Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, julgue as alternativas abaixo e marque a CORRETA:

- a) A meta a ser atingida nos pacientes hipertensos estágios 1 e 2 independe do risco cardiovascular dos mesmos.
- b) Para os pacientes hipertensos em estágio 1 com risco cardiovascular baixo e moderado, podemos iniciar o tratamento com a associação de 2 medicações anti-hipertensivas de classes diferentes em baixas doses.
- c) Para os pacientes hipertensos em estágio 2 ou 3, devemos iniciar com monoterapia e, caso não haja controle, associar uma segunda medicação.
- d) Para os pacientes hipertensos em estágio 3, a meta recomendada é de $< 140/90$ mmHg.
- e) O tratamento deve ser individualizado, embora a escolha inicial sempre inicia com monoterapia.

Questão 34

Nos pacientes hipertensos portadores de diabetes, a classe terapêutica de primeira escolha para o tratamento anti-hipertensivo é:

- a) Beta-bloqueadores.
- b) Inibidores da enzima conversora de angiotensina.
- c) Diuréticos tiazídicos.
- d) Bloqueadores dos canais de cálcio.
- e) Bloqueadores dos receptores de angiotensina.

Questão 35

As emergências e urgências hipertensivas são enfermidades potencialmente fatais. Em alguns casos, requerem diminuição rápida dos níveis pressóricos, por meio da utilização de drogas endovenosas. Nos pacientes com infarto agudo do miocárdio, uma das medicações abaixo deve ser evitada, por ser um potencial indutor de piora da isquemia:

- a) Beta-bloqueador.
- b) Esmolol.
- c) Nitroprussiato de sódio.
- d) Nitroglicerina.
- e) Tartarato e Metoprolol.

Questão 36

Paciente de 42 anos, queixa-se de dispnéia aos esforços, com piora nos últimos dois meses. Ao exame físico, observa-se sopro holossistólico em diamante, nos focos da base, com pico tardio e irradiação para as carótidas. O pulso carotídeo é lento e de baixa amplitude. Dentre as alternativas abaixo, a principal suspeita diagnóstica é:

- a) Estenose mitral.
- b) Insuficiência Mitral.
- c) Dupla Lesão Tricúspide.
- d) Insuficiência mitral grave.
- e) Estenose aórtica.

Questão 37

Sobre o risco de emboilização sistêmica na estenose mitral, é INCORRETO afirmar que:

- a) Cerca de metade dos êmbolos que provocam manifestações clínicas se encontra na extremidade dos membros inferiores.
- b) A redução do débito cardíaco aumenta o risco de embolia sistêmica.
- c) Eventos embólicos podem ocorrer mesmo na vigência de ritmo sinusal.
- d) A embolia sistêmica é causada pela formação de trombos no átrio esquerdo.

e) O risco de embolia sistêmica se correlaciona diretamente com a idade e com o tamanho do átrio esquerdo.

Questão 38

A insuficiência cardíaca é uma condição clínica na qual o coração não consegue bombear sangue de forma efetiva para os tecidos, ou quando o faz às custas de altas pressões de enchimento. De acordo com a classificação estrutural, proposta pela *American Heart Association*, podemos afirmar:

- a) Os pacientes classe estrutural B podem ter sintomas aos pequenos, médios ou grandes esforços.
- b) Os pacientes classe estrutural A não possuem sintomas e nem mesmo alterações na morfologia cardíaca.
- c) Os pacientes classe estrutural C ainda não têm alteração morfológica importante, porém já são sintomáticos.
- d) Os pacientes podem alternar entre as classes estruturais, a depender de fatores como infecção e arritmia.
- e) Os pacientes classe estrutural B ainda não possuem alteração morfológica, porém são sintomáticos de início recente.

Questão 39

Em relação às medidas no manejo dos pacientes com insuficiência cardíaca, julgue as afirmativas abaixo:

- I. O controle do peso deve ser realizado com frequência. Aumento progressivo do peso pode ser preditivo de congestão e retenção hídrica.
- II. Pacientes devem receber vacinação anual contra gripe (*Influenzae*) e de três em três anos para *Pneumococo*.
- III. A Ivabradina pode ser associada em sintomáticos que já estiverem em uso de dose plena de beta-bloqueador, desde que tenham frequência cardíaca ao repouso > 70 bpm.
- IV. Diuréticos podem ser utilizados para melhora de sintomas e da tolerância ao exercício.
- V. O uso do Sacubitril/ Valsartan está indicado nos pacientes que se mantêm sintomáticos, apesar do uso otimizado de iECA, beta-bloqueador e aldosterona.

Quais são as corretas?

- a) I, III, V.
- b) I, II, IV, V.
- c) I, II, III, V.
- d) I, II, III, IV, V.
- e) I, III, IV, V.

Questão 40

A Endocardite infecciosa é uma doença grave, com elevada morbi-mortalidade, na qual o diagnóstico e tratamento precoces são capazes de modificar a história natural da doença. Quanto aos critérios de Duke, modificados para o diagnóstico de endocardite infecciosa, é listado como critério maior:

- a) Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
- b) Glomerulonefrite.
- c) Hemocultura positiva.
- d) Nódulos de Osler.
- e) Aneurisma micótico.

Questão 41

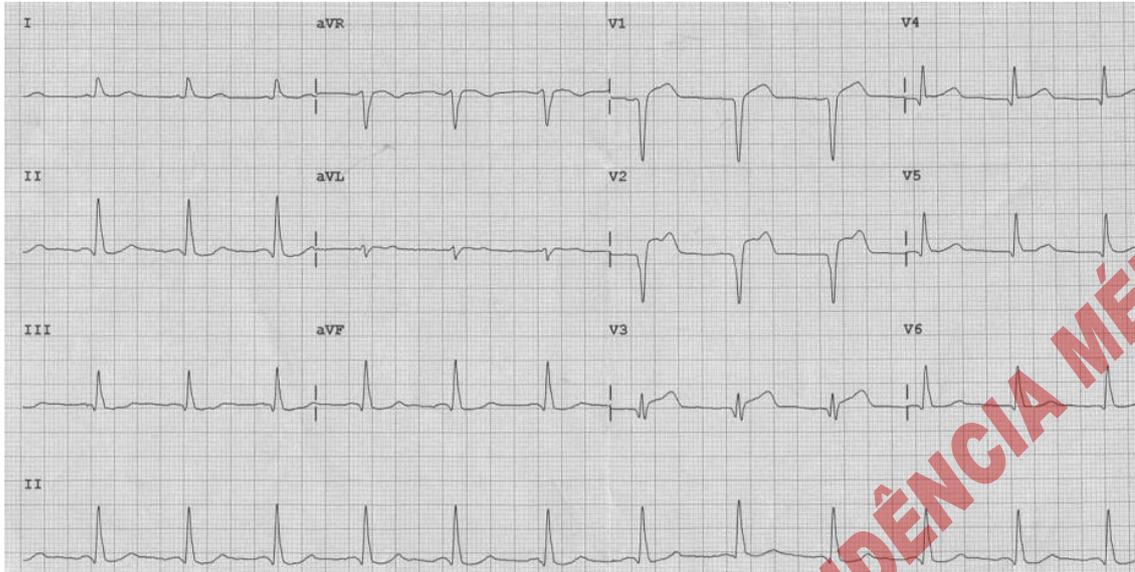
A isquemia é um desbalanço entre a oferta e o consumo de oxigênio no miocárdio. Quando há lesão celular, temos liberação de enzimas marcadoras de necrose miocárdica na circulação sanguínea. Acerca da definição de infarto agudo do miocárdio, julgue as alternativas abaixo e marque a CORRETA:

- a) O infarto tipo V é decorrente de eventos embólicos coronarianos.
- b) O infarto tipo II ocorre após procedimentos de hemodinâmica, como angioplastias.

- c) O infarto tipo IVa ocorre no contexto de cirurgias de revascularização miocárdica.
- d) O infarto tipo I é aquele causado por evento trombótico sobre placa aterosclerótica.
- e) O infarto tipo IVb ocorre logo após procedimentos de angioplastia coronária percutânea.

Questão 42

No contexto das síndromes coronarianas agudas, o eletrocardiograma deve ser realizado em até 10 minutos do atendimento inicial. As alterações isquêmicas podem sugerir a artéria coronária acometida. Analise o eletrocardiograma abaixo:



Pergunta: qual a artéria coronária provavelmente acometida?

- a) Artéria descendente anterior.
- b) Tronco de coronária esquerda.
- c) Artéria circunflexa.
- d) Artéria descendente posterior.
- e) Artéria coronária direita.

Questão 43

Em um paciente, com 22 anos de idade, apresentando câimbras, fraqueza muscular e normotensão arterial, os achados laboratoriais mostraram hipopotassemia ($K = 2,5 \text{ mEq/L}$), renina e aldosterona elevadas no sangue, alcalose metabólica, hipomagnesemia e excreção reduzida de cálcio na urina. Pela anamnese e pelas dosagens na urina, foram afastadas as possibilidades de vômitos sub-reptícios e abuso de diuréticos. A hipótese diagnóstica mais provável para explicar os achados clínicos e laboratoriais, nesse caso, é de:

- a) Síndrome de Bartter clássica.
- b) Síndrome de Gilteman.
- c) Hiperaldosteronismo primário.
- d) Síndrome de Liddle.
- e) Síndrome de Fanconi.

Questão 44

Como demonstrado em estudos epidemiológicos, o excesso de peso é um fator associado à elevação da pressão arterial. Com referência à hipertensão na obesidade, assinale a opção INCORRETA.

- a) Nos pacientes obesos, as alterações hemodinâmicas, como elevação do débito cardíaco e do volume plasmático, são fatores que contribuem para o aparecimento da hipertensão arterial.
- b) Um aumento na atividade simpática tem sido observado nos pacientes obesos e é uma das teorias para explicar a hipertensão nesses indivíduos.

- c) A perda de peso nos pacientes obesos hipertensos aumenta a resposta hipotensora à restrição de sódio e aos medicamentos anti-hipertensivos.
- d) Quanto à hemodinâmica renal, após o ganho de peso, em geral, observa-se uma diminuição da taxa de filtração glomerular, do fluxo plasmático renal e aumento da resistência vascular renal.
- e) O aumento da insulina plasmática, isoladamente, não é responsável pela hipertensão induzida pela obesidade.

Questão 45

Acerca da nefropatia diabética, assinale a opção incorreta.

- a) Valores repetidos de albuminúria entre 30 mg/dia e 300 mg/dia em um paciente com diabetes podem ser considerados como microalbuminúria e, usualmente, são indicativos de nefropatia.
- b) Nos pacientes diabéticos, a presença de microalbuminúria, além de sua relação com a doença renal, é um fator de risco para doença cardiovascular.
- c) Nos pacientes diabéticos do tipo I com microalbuminúria, o controle rigoroso da glicemia e da hipertensão arterial e o uso de drogas inibidoras da enzima de conversão da angiotensina podem reduzir a excreção urinária de proteínas e retardar a progressão para macroalbuminúria.
- d) A hiperglicemia e os produtos de glicosilação induzem as células mesangiais a liberarem o fator de crescimento transformador beta (TGF- β), e este, por sua vez, promove o acúmulo de matriz mesangial intraglomerular.
- e) Nos pacientes diabéticos do tipo II, com microalbuminúria, o uso de drogas inibidoras do receptor da angiotensina II do tipo 1 (BAT-1) não reduz a progressão da proteinúria e da doença renal.

Questão 46

Em pacientes com hemorragia digestiva alta, é correto afirmar:

- a) O uso de octreotídeo está indicado nos casos de varizes de esôfago e nos casos de Mallory Weiss.
- b) O uso de bloqueadores H₂ é tão eficiente quanto o uso de bloqueadores de bomba de prótons nos casos de sangramento por úlcera gástrica.
- c) O uso do balão gastroesofágico é eficaz em parar o sangramento e pode permanecer colocado por até, no máximo, 4 dias.
- d) Pacientes hemodinamicamente instáveis e chocados devem ser intubados somente após a realização da endoscopia alta ou da colocação do balão gastroesofágico.
- e) A endoscopia digestiva alta é mandatória e tem alta resolutividade diagnóstica e terapêutica devendo ser realizada o mais rápido possível.

Questão 47

Sobre o atendimento inicial de um paciente com emergência neurológica, marque a alternativa correta:

- a) Pacientes com Glasgow iguais ou inferiores a 10 devem ser imediatamente intubados.
- b) Caso o paciente apresente convulsão deve receber dose de ataque de diazepam e a seguir receber dose profilática de hidantal de 100mg a cada 8h EV.
- c) Caso o paciente apresente convulsão deve receber dose de diazepam para controle imediato da crise e a seguir receber dose plena de hidantalização (15-20mg/kg) seguida de dose profilática 100mg a cada 8h EV até ser esclarecida a causa da convulsão.
- d) A tomografia de crânio com contraste é mandatória na maioria dos casos de emergência neurológica.
- e) Elevação da cabeceira em 60 graus ajuda a reduzir a pressão intracraniana e deve ser realizada em todos os pacientes.

Questão 48

Paciente do sexo feminino, de 49 anos, portadora de neoplasia de mama metastático triplo negativo tratada com paclitaxel, alcançando uma boa resposta parcial. Porém apresenta parestesias em mãos e pés. Você faz o diagnóstico de neuropatia periférica grau dois relacionada a quimioterapia. Além de uma pausa na quimioterapia, você recomendará:

