



CÂMARA DOS DEPUTADOS

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL 2

TARDE

ANALISTA LEGISLATIVO

MÉDICO - ÁREA MEDICINA DE EMERGÊNCIA

TIPO 1 – BRANCA



SUA PROVA

- Além deste caderno contendo **70 (setenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de prova o cartão de respostas.



TEMPO

- Você dispõe de **4 (quatro) horas** para a realização da prova, já incluído o tempo para a marcação do cartão de respostas.
- 2 (duas) horas** após o início da prova é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de prova.
- A partir dos **30 minutos** anteriores ao término da prova é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**.



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de questões.
- Levantar da cadeira sem autorização do fiscal de sala.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.



INFORMAÇÕES GERAIS

- Verifique se seu caderno de questões está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, notifique **imediatamente** o fiscal da sala, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher o cartão de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.
- Assine seu nome apenas no(s) espaço(s) reservado(s).
- Confira seu cargo, cor e tipo do caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de cargo, cor ou tipo **diferente** do impresso em seu cartão de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- Reserve tempo suficiente para o preenchimento do seu cartão de respostas. O preenchimento é de sua responsabilidade e **não** será permitida troca do cartão de resposta em caso de **erro** do candidato.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas no cartão de respostas.
- A FGV coletará as impressões digitais dos candidatos na lista de presença.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa sorte!

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Médico - Emergência

1

Segundo a portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde, as ambulâncias são classificadas em 6 tipos: de transporte, de suporte básico, de suporte avançado, de resgate, a aeronave de transporte médico e a embarcação de transporte médico.

Assinale a opção que apresenta a definição de *ambulância de suporte básico*.

- (A) Veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante o transporte até o serviço de destino.
- (B) Veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento terrestre, aquático e em alturas.
- (C) Veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.
- (D) Veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, devendo contar com equipamentos médicos necessários para esta função.
- (E) Aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil.

2

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptas a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade.

Dessa forma, devem estar presentes na unidade hospitalar profissionais capacitados para atender às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional.

Assinale a opção que os indica.

- (A) Médicos clínico-geral, pediatra, ginecologista-obstetra, cirurgião geral, traumato-ortopedista, anesthesiologista e assistente social.
- (B) Médicos clínico-geral, pediatra, ginecologista-obstetra, cirurgião geral, anesthesiologista e assistente social.
- (C) Médicos clínico-geral, pediatra, ginecologista-obstetra, cirurgião geral, traumato-ortopedista, neurocirurgião, anesthesiologista e assistente social.
- (D) Médicos clínico-geral, pediatra, ginecologista-obstetra, cirurgião geral, traumato-ortopedista, otorrinolaringologista, oftalmologista, anesthesiologista e assistente social.
- (E) Médicos clínico-geral, pediatra, ginecologista-obstetra, cirurgião geral, traumato-ortopedista, anesthesiologista, dentista e assistente social.

3

Segundo a normatização da atividade na área da urgência-emergência na sua fase pré-hospitalar, o médico deve exercer a regulação médica do sistema. Sobre esse procedimento, analise as afirmativas a seguir.

- I. Receber os chamados de auxílio, analisar a demanda e classificar as prioridades de atendimento.
- II. Manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema.
- III. Conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos, tanto a parte mecânica quanto os equipamentos médicos.
- IV. Exercer o controle operacional da equipe assistencial.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, II e IV, apenas.
- (B) I, III e IV, apenas.
- (C) I, II e III, apenas.
- (D) II, III e IV, apenas.
- (E) II e III, apenas.

4

Paciente com AVE hemorrágico que apresenta na admissão PA 180 x 102 mmHg deve iniciar medicação para reduzir a pressão arterial.

Nesse contexto, a droga **contraindicada**, por risco de aumentar a pressão intracraniana, é a(o)

- (A) Nicardipina.
- (B) Labetolol.
- (C) Fenoldopam.
- (D) Enaprilat.
- (E) Nitroprussiato.

5

Paciente de 45 anos, sexo feminino, previamente hígida, exceto por diagnóstico prévio de enxaqueca. Hoje, ela procurou a emergência em virtude de novo episódio de cefaleia, diferente dos episódios anteriores, dessa vez localizada na região temporal direita, de forte intensidade e contínua há 2 horas, acompanhada de paresia facio-braquiocrural esquerda grau 3.

Ao exame apresentava miose e ptose do olho direito. PA 140 x 80 mmHg. O diagnóstico foi realizado após ressonância magnética (RM) de crânio.

Nesse caso, o tratamento do quadro neurológico e a prevenção de AVC isquêmico devem ser feitos com

- (A) sumatriptano e amitriptilina.
- (B) enoxaparina e rivaroxabana.
- (C) tramadol e apixabana.
- (D) di-hidroergotamina e propranolol.
- (E) alteplase e AAS.

6

Paciente de 60 anos, sexo masculino, hipertenso e portador de DM tipo 2, apresentou crise tônico-clônica generalizada sem fator desencadeante aparente. O estado pós-ictal durou 10 minutos e não apresentou qualquer déficit focal. No momento está assintomático.

O eletroencefalograma, após a crise, foi normal. Passado de AVC sem sequelas aparentes ao exame físico, porém a RM demonstrou infarto prévio em cápsula interna esquerda.

Assinale a opção que indica a melhor conduta.

- (A) Não iniciar anticonvulsivante, porque foi a primeira crise não provocada.
- (B) Não iniciar anticonvulsivante, porque o eletroencefalograma está normal.
- (C) Não iniciar anticonvulsivante, porque não apresenta déficit focal.
- (D) Iniciar anticonvulsivante, porque possui doença estrutural.
- (E) Iniciar anticonvulsivante, porque a crise foi tônico-clônica.

7

Paciente de 25 anos, sexo masculino, portador de HIV e não aderente ao tratamento, procura a emergência com hemiparesia esquerda. Nega febre. RM demonstrou múltiplas imagens em gânglios da base com captação anelar de contraste e edema perilesional.

Considerando a hipótese mais provável, é correto afirmar que

- (A) a contagem de CD4 tipicamente está menor que 350 células/microlitro.
- (B) a sorologia positiva para esta infecção é essencial para o diagnóstico.
- (C) PCR negativo no líquor para esta infecção exclui o diagnóstico.
- (D) a biópsia cerebral é fundamental para o diagnóstico desta infecção.
- (E) a melhora clínica com o tratamento precede a melhora radiológica.

8

Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com duas hospitalizações por exacerbação nos últimos 6 meses.

O hemograma possui policitemia, leucometria normal e sem eosinofilia.

Legenda:

LAMA – antagonista muscarínico de longa duração;

LABA - agonista beta 2 de longa duração;

SAMA - antagonista muscarínico de curta duração; e

SABA - agonista beta 2 de curta duração.

Seu tratamento nesse momento, deve incluir, além de SABA quando necessário, o uso de

- (A) LAMA + corticoide inalatório regular.
- (B) LABA + corticoide inalatório regular.
- (C) LAMA + LABA.
- (D) LAMA + LABA + corticoide inalatório regular.
- (E) LAMA + SABA.

9

Um paciente portador de asma, com 1 sintoma diurno a cada 2 meses e sem sintomas noturnos, prova de função respiratória com volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) normal e sem exacerbações ao ano, deve ser tratado com

- (A) agonista beta 2 de curta duração (SABA), quando necessário.
- (B) agonista beta 2 de longa duração (LABA) 2 vezes ao dia.
- (C) SABA 2 vezes ao dia e LABA 2 vezes ao dia.
- (D) SABA associado a corticoide inalatório 2 vezes ao dia.
- (E) LABA associado a corticoide inalatório 2 vezes ao dia.

10

Pacientes com pneumonia comunitária geralmente precisam de cobertura para *Streptococcus pneumoniae* e germes atípicos. Porém, em alguns casos é necessária a cobertura para outros germes, como a *Pseudomonas aeruginosa*.

Para esse caso, assinale a opção que indica uma situação de risco.

- (A) Hospitalização nos últimos 3 meses com uso de antibiótico IV.
- (B) Colonização por *Staphylococcus aureus* metilcilina resistente (MRSA).
- (C) Doença renal terminal em hemodiálise.
- (D) Pneumonia complicada com empiema.
- (E) Pneumonia demonstrando padrão cavitário ou necrotizante.

11

Na diferenciação entre o pneumotórax primário e o secundário, assinale a opção correta.

- (A) Aproximadamente 50% dos pacientes com fibrose cística terão um episódio de pneumotórax secundário durante a vida.
- (B) O pneumotórax primário ocorre com maior frequência em pessoas com mais de 55 anos, ao passo que o secundário ocorre entre 10 e 40 anos de idade.
- (C) A principal causa de pneumotórax secundário é a doença pulmonar intersticial, sendo em áreas endêmicas, a tuberculose.
- (D) O tabagismo, bem como o hábito de fumar *cannabis* são fatores de risco significativo para pneumotórax primário.
- (E) O pneumotórax primário classicamente ocorre em homens de baixa estatura e com sobrepeso.

12

Paciente com derrame pleural unilateral.

Durante a investigação, a análise do líquido pleural apresentava proteína de 0,4 mg/dL e LDH pleural de 20 mg/dL. As dosagens séricas revelaram proteína sérica de 4,0 mg/dL e LDH sérico 200 mg/dL (normal 125 a 220 mg/dL).

Assinale a opção que apresenta uma causa compatível com esse líquido.

- (A) Pancreatite.
- (B) Atelectasia.
- (C) Artrite reumatoide.
- (D) Uremia.
- (E) Neoplasia.

13

Paciente de 30 anos, sexo feminino, com queixa de tosse com hemoptoico, emagrecimento e febre.

Radiografia de tórax com imagem de pneumonia em segmento 6 à esquerda e derrame pleural. Realizada a toracocentese diagnóstica sem complicações, com a saída de líquido amarelo citrino.

O achado do líquido pleural é compatível com o diagnóstico mais provável de

- (A) celularidade aumentada com predomínio de neutrófilos.
- (B) eosinofilia maior que 10%.
- (C) células mesoteliais menores que 5%.
- (D) adenosina deaminase (ADA) baixa (<40 U/L).
- (E) presença de pH aumentado (>7,50).

14

Paciente de 65 anos do sexo masculino, portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS), dá entrada na emergência com dor lombar súbita de forte intensidade à direita. Fez uso de dipirona em casa sem melhora da dor.

Ao exame físico: PA 162 x 94 mmHg, FC 104 bpm, TA axilar 36,4°C. Ausculta respiratória e cardíacas sem alterações. Presença do sinal de Giordano positivo à direita. Exames complementares: ureia 64 mg/dL; creatinina 1,6 mg/dL (exame anterior há 1 mês com creatinina de 1,7 mg/dL); hemograma: Hto 40%; Hb 14,5 g%; leucometria 8.000/mm³ com diferencial normal; plaquetometria 200 mil/mm³. EAS com hematúria e nitrito negativo. Tomografia de abdome sem contraste demonstrou cálculo de 3 mm em porção distal de ureter direito sem hidronefrose.

Para esse caso, assinale a opção que indica a melhor conduta.

- (A) Internar, analgesia com cetorolaco, estimular ingestão hídrica e chamar urologista de urgência.
- (B) Internar, analgesia com opiáceo, estimular ingestão hídrica e chamar urologista de urgência.
- (C) Tratar ambulatorialmente, analgesia com cetorolaco, estimular ingestão hídrica e aguardar eliminação espontânea do cálculo.
- (D) Tratar ambulatorialmente, analgesia com opiáceo, estimular ingestão hídrica e aguardar eliminação espontânea do cálculo.
- (E) Tratar ambulatorialmente, analgesia com cetorolaco, estimular ingestão hídrica e chamar urologista de urgência.

15

Paciente de 60 anos, internado por estafilococcia MRSA, em uso de vancomicina, apresenta, após 5 dias de tratamento, ureia de 80 mg/dL, creatinina de 4,0 mg/dL. O débito urinário diário era de 1,8 L.

Ao exame estava lúcido e orientado, hipocorado +/4+, ausculta cardíaca com ruído na borda esternal esquerda que aumentava após a aplicação de pressão do diafragma do estetoscópio e com o paciente inclinado para a frente. O eletrocardiograma (ECG) demonstrava elevação difusa de ST. Ausculta respiratória normal. Sem turgência jugular patológica. Exames demonstraram K 6,0 mEq/L e pH 7,25 com HCO₃ de 20 mEq/L.

Para o caso, neste momento, a conduta mais adequada do emergencista é indicar diálise devido ao(à)

- (A) achado cardíaco.
- (B) acidose.
- (C) hipercalemia.
- (D) valor de ureia.
- (E) não indicá-la.

16

Paciente de 80 anos, sexo feminino, hipertensa, internada por pneumonia comunitária tratada, tendo ficado 30 dias na UTI em ventilação mecânica, com cateter vesical e cateter nasoenteral.

Atualmente está no quarto, sem febre, apenas com acesso venoso periférico e em reabilitação motora. Possui exame de urina de elementos anormais e sedimentoscopia (EAS) com presença de hifas e piúria sugestivo de candidíase.

Assinale a opção que indica a melhor conduta.

- (A) Tratar com fluconazol.
- (B) Tratar com caspofungina.
- (C) Tratar com anfotericina B.
- (D) Aguardar urinocultura para tratamento.
- (E) Não é necessário tratamento.

17

Paciente com cirrose hepática *Child C* por esteatohepatite, diagnóstico prévio de varizes de esôfago, em uso de carvedilol e espironolactona regular. É internada com hematêmese de grande volume, PA 80 x 45 mmHg, FC 120 bpm. Feita ressuscitação volêmica com boa resposta.

O tratamento inicial para o sangramento deve, se possível,

- (A) manter medicações, iniciar terlipressina e ligadura elástica endoscópica.
- (B) manter medicações, iniciar terlipressina e escleroterapia endoscópica.
- (C) suspender medicações e escleroterapia endoscópica.
- (D) suspender medicações, iniciar terlipressina e ligadura elástica endoscópica.
- (E) manter medicações e ligadura elástica endoscópica.

18

Paciente com cirrose hepática e hemorragia digestiva alta, sem peritonite bacteriana espontânea, deve receber como antibiótico profilático intravenoso, por 7 dias,

- (A) ceftriaxone.
- (B) amoxicilina/clavulanato.
- (C) meropenem.
- (D) sulfametoxazol/ trimetoprim.
- (E) piperacilina/tazobactam.

19

Paciente 65 anos do sexo feminino, portador de fibrilação atrial, apresenta dor súbita, de forte intensidade na região periumbilical, acompanhada de náuseas e vômitos.

Ao exame: lúcida e orientada, anictérica, hipocorada +/4+ e desidratada +/4+. Ritmo cardíaco irregular em 2 tempos. Ausculta respiratória normal. O abdome está distendido, com peristalse diminuída e doloroso à palpação sem irritação peritoneal. Hemograma com leucocitose e desvio para à esquerda.

Para o caso, assinale a opção que indica a melhor conduta diagnóstica.

- (A) Laparotomia exploradora.
- (B) Angiotomografia de abdome.
- (C) Lavagem peritoneal.
- (D) Cintilografia com hemácias marcadas.
- (E) Colangiressonância.

20

Paciente dá entrada na emergência com dor abdominal de forte intensidade em barra com irradiação para o dorso há 3 dias, após liberação alcóolica.

Realizado TC de abdome que evidenciou aumento do pâncreas com grande área sem captação de contraste sugerindo necrose. O paciente está hemodinamicamente estável.

Após o resultado da TC de admissão,

- (A) iniciar antibioticoterapia com carbapenêmico.
- (B) indicar necrosectomia percutânea.
- (C) indicar necrosectomia cirúrgica.
- (D) aguardar evolução.
- (E) iniciar antibioticoterapia com quinolona.

21

Paciente de 26 anos, previamente hígida é admitida na Emergência por diarreia líquida com 8 episódios nas últimas 24 horas. Seu marido e seus 2 filhos, de 2 e 4 anos, também estão com o mesmo quadro, porém mais brando.

Ao exame: lúcida e orientada, corada, desidratada +/4+, anictérica, acianótica. TA axilar 38.6°C, PA 104 x 65 mmHg e FC 110 bpm. Abdome distendido, peristalse aumentada, doloroso difusamente e sem irritação peritoneal. Febril, nega presença de sangue, muco ou pus. Realizada hidratação vigorosa.

Assinale a opção que apresenta a melhor opção para o caso.

- (A) Não começar antibióticos e fazer loperamida.
- (B) Azitromicina e fazer loperamida.
- (C) Metronidazol e probióticos.
- (D) Levofloxacina e não fazer loperamida.
- (E) Não começar antibióticos e fazer probióticos.

22

Paciente portadora de DM tipo 2 faz uso de metformina e insulina NPH, com recente aumento da dose. Apresentou sudorese e taquicardia, tendo realizado a glicemia capilar, cujo resultado foi de 60 mg/dL.

Para o caso, a melhor conduta, além do ajuste medicamentoso, é

- (A) a ingestão de carboidratos e testar novamente a glicemia capilar em 1 hora.
- (B) o acesso venoso periférico e administrar 25g de glicose a 50%.
- (C) a administração de glucagon, em vez de esperar o acesso intravenoso.
- (D) a ingestão de tabletes de glicose e dosar a glicemia sérica em 5 minutos.
- (E) o acesso venoso periférico com soro glicosado 10% e glicemia capilar horária.

23

Paciente com diagnóstico de cetoacidose diabética, apresenta, na admissão, potássio (K+) sérico de 2,8 mEq/L.

Nesse momento, o tratamento deve ser:

- (A) iniciar insulina venosa e administrar K+ concomitante, visando um K+ de 4 a 5 mEq/L.
- (B) administrar K+ antes, e somente iniciar insulina após um K+ de pelo menos 3,3 mEq/L.
- (C) iniciar insulina venosa, somente após administrar K+, visando entre 4 a 5 mEq/L.
- (D) administrar K+ antes, e iniciar insulina 1 hora após, independentemente do nível sérico de K+.
- (E) iniciar insulina subcutânea, somente após administrar K+, visando entre 4 a 5 mEq/L.

24

Paciente admitido com cetoacidose diabética, realizou teste urinário com nitroprussiato, que demonstrou cetonúria. Após 24 horas de tratamento, apesar da melhora do quadro, o paciente apresentava aumento da cetonúria.

Sobre o caso, é correto concluir que

- (A) o paciente precisa que aumente a infusão de insulina.
- (B) o paciente precisa que seja administrado bicarbonato.
- (C) a cetonúria deve ser usada apenas para diagnóstico.
- (D) o aumento da cetonúria se deve ao betahidroxitirato.
- (E) a dosagem sérica de betahidroxitirato estará aumentada.

25

Paciente de 50 anos, sexo masculino, etilista crônico dá entrada na emergência com desorientação. Ao exame possui nistagmo horizontal e paralisia do reto lateral bilateral. Glicemia capilar com 70 mg/dL, sendo administrado glicose hipertônica IV.

Assinale a opção que apresenta, após essa conduta terapêutica, a evolução esperada.

- (A) Ausência de resposta com todos sinais neurológicos mantidos.
- (B) Melhora parcial do quadro, especialmente do nistagmo.
- (C) Melhora parcial do quadro, especialmente da desorientação.
- (D) Melhora completa de todos os sintomas neurológicos.
- (E) Agravamento do quadro neurológico.

26

Paciente 50 anos, portador de hipertensão arterial, em uso de atenolol e anlodipina, apresenta urticária generalizada com prurido e estridor.

Assinale a opção que indica a medicação de escolha inicial para reversão do quadro.

- (A) Difenidramina IV.
- (B) Epinefrina IM.
- (C) Metilprednisolona IV.
- (D) Glucagon IV.
- (E) Cetirizina IM.

27

Criança de 1 ano é trazida por sua mãe à Emergência, com início súbito de dor abdominal intermitente, de forte intensidade, em cólica iniciada há 1 hora, acompanhada de choro inconsolável e flexão das pernas em direção ao abdômen. Os episódios geralmente ocorrem a intervalos de 15 a 20 minutos. E são acompanhados de vômitos não biliosos.

Ao exame do abdome, pode-se palpar uma massa em forma de salsicha no lado direito do abdômen.

Assinale a opção que apresenta o exame de escolha do abdome para o diagnóstico.

- (A) Ultrassonografia.
- (B) Tomografia computadorizada.
- (C) Ressonância magnética.
- (D) Colonoscopia.
- (E) Clister opaco.

28

Paciente 50 anos queixa-se de constipação crônica e de dor abdominal no quadrante inferior esquerdo do abdome.

Ao exame: paciente estável, hidratada, apenas com dor à palpação sem descompressão dolorosa. O hemograma possui leucocitose de 14 mil com 6 bastões e a TC de abdome confirmou o diagnóstico de diverticulite de sigmoide, complicada com abscesso de 1 cm.

Nesse momento inicial, a melhor conduta é

- (A) drenagem do abscesso por TC + ceftriaxone e metronidazol.
- (B) drenagem cirúrgica do abscesso + ceftriaxone.
- (C) ceftriaxone e metronidazol.
- (D) drenagem do abscesso por TC + ceftriaxone.
- (E) drenagem cirúrgica do abscesso + metronidazol.

29

Paciente 35 anos, hipertireoidismo sem tratamento, com episódio de fibrilação atrial persistente há 10 dias. Está estável hemodinamicamente. Foi controlada a frequência cardíaca com betabloqueador e será iniciado metimazol.

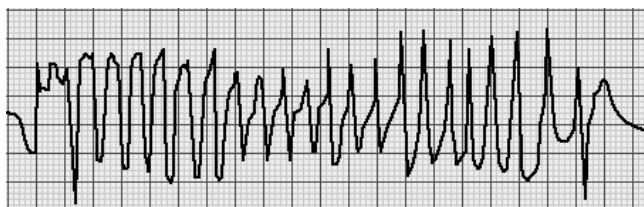
Nesse momento, deve-se fazer

- (A) anticoagulação e cardioversão química.
- (B) anticoagulação e cardioversão elétrica.
- (C) cardioversão química.
- (D) cardioversão elétrica.
- (E) anticoagulação.

30

Paciente com depressão, em uso de amitriptilina, dá entrada na emergência com sudorese profusa, torpor e hipotensão.

O eletrocardiograma (ECG) está abaixo.



Baseado na história medicamentosa e no ECG, é correto afirmar que a alteração eletrocardiográfica inicial, que levou a essa arritmia, foi a presença de intervalo

- (A) PR longo.
- (B) PR curto.
- (C) QT longo.
- (D) QT curto.
- (E) QRS curto.

31

Paciente com insuficiência cardíaca com fração reduzida (ICFe), classe funcional III da *New York Heart Association*, possui exames demonstrando glicose 80 mg/dL; HbA1c 5,0%; ureia 35mg/dL; creatinina 1,2 mg/dL e K⁺ 4,2 mEq/L.

Assinale a opção que apresenta todas as medicações que devem fazer parte do seu tratamento.

- (A) Inibidores do receptor da angiotensina/nepililina, antagonista do receptor de mineralocorticoide e betabloqueador.
- (B) Inibidores do receptor da angiotensina/nepililina, antagonista do receptor de mineralocorticoide, betabloqueador e inibidor do cotransporte de sódio-glicose.
- (C) Bloqueador do receptor de angiotensinogênio, antagonista do receptor de mineralocorticoide e betabloqueador.
- (D) Bloqueador do receptor de angiotensinogênio, betabloqueador e inibidor do cotransporte de sódio-glicose.
- (E) Inibidores do receptor da angiotensina/nepililina, betabloqueador e inibidor do cotransporte de sódio-glicose.

32

Paciente masculino, 35 anos, trazido para a Emergência após uso de cocaína. Queixando-se de dor torácica anginosa típica.

Ao exame: agitação psicomotora, PA 180 x 114 mmHg, FC 120 bpm, ausculta cardíaca e respiratórias normais. ECG taquicardia sinusal e primeira dosagem de troponina normal.

Para o caso, a melhor conduta é

- (A) AAS, betabloqueador, nitroglicerina e benzodiazepínico.
- (B) AAS, nitroglicerina e benzodiazepínico.
- (C) betabloqueador, nitroglicerina e benzodiazepínico.
- (D) betabloqueador, nitroprussiato e benzodiazepínico.
- (E) AAS, betabloqueador, nitroprussiato e benzodiazepínico.

33

Paciente de 45 anos, previamente hígida, com 36 semanas de gestação, procura pronto-atendimento com cefaleia que persistiu mesmo após o uso de paracetamol.

Ao exame: PA 164 x 110 mmHg, repetida e confirmada.

O tratamento por via oral, enquanto não se obtém um acesso IV, deve ser realizado, preferencialmente, com

- (A) propranolol.
- (B) captopril.
- (C) losartana.
- (D) espironolactona.
- (E) nifedipina.

34

Paciente com dor torácica, lipotimia e dispneico admitido na Emergência após trauma por acidente automobilístico. Exame físico: PA 80 x 44 mmHg, sendo que a PA sistólica diminuiu >10 mmHg na inspiração, FC 108 bpm, ausculta cardíaca com bulhas hipofônicas e ausculta pulmonar normal. Presença de TJP 90°. ECG: taquicardia e baixa voltagem.

Assinale a opção que indica o tratamento definitivo de escolha.

- (A) Reposição de volume e pericardiocentese.
- (B) Dobutamina e pericardiocentese.
- (C) Reposição de volume e dobutamina.
- (D) Dobutamina e drenagem pericárdica cirúrgica.
- (E) Reposição de volume e drenagem pericárdica cirúrgica.

35

Na função de perito ou auditor, o médico poderá

- (A) prestar serviços ao próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações.
- (B) intervir nos atos profissionais de outro médico.
- (C) receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa.
- (D) realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos nas dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.
- (E) autorizar, vetar, ou modificar procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando o fato, por escrito, ao médico assistente.

36

Em relação aos documentos médicos, o médico pode

- (A) usar formulários institucionais para atestar, prescrever e solicitar exames ou procedimentos fora da instituição a que pertençam tais formulários.
- (B) atestar óbito, mesmo quando não o tenha verificado pessoalmente ou em casos que não tenha prestado assistência ao paciente, se o fizer como plantonista ou médico substituto.
- (C) deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.
- (D) expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.
- (E) deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para a continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

37

De acordo com as diretrizes do suporte cardíaco avançado de vida – *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), assinale a opção que apresenta as recomendações sobre o manejo das vias aéreas e ventilação.

- (A) Fornecer 100% de oxigênio (O₂) a pacientes com retorno espontâneo da circulação, independentemente da saturação de O₂.
- (B) A pressão cricoide deve ser aplicada durante a intubação, visando prevenir a bronco-aspiração.
- (C) A capnografia contínua é recomendada para confirmar e monitorar o posicionamento correto do tubo traqueal.
- (D) É necessário apertar completamente a bolsa durante a ventilação com bolsa-válvula-máscara para atingir o volume corrente necessário.
- (E) Se o paciente não estiver intubado, mas ventilado com bolsa-válvula-máscara, a relação compressão/ventilação deverá ser de 30:1.

38

A assistolia e a atividade elétrica sem pulso são dois tipos de parada cardíaca que exigem início imediato de ressuscitação cardio-pulmonar (RCP), reversão rápida das causas subjacentes, como hipóxia, hipercalcemia e hemorragia e a administração de

- (A) adrenalina.
- (B) atropina.
- (C) cardioversão elétrica.
- (D) marca-passo.
- (E) vasopressina.

39

Paciente com dor torácica é trazido pelos seus familiares para a Emergência. Logo na admissão, o mesmo perde a consciência e está sem pulso em ritmo de fibrilação ventricular.

Em relação a desfibrilação, de acordo com as diretrizes do ACLS, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os desfibriladores monofásicos são recomendados devido à sua maior eficácia em níveis mais baixos de energia.
- (B) A dose inicial de energia recomendada dos desfibriladores monofásicos é de 120 a 200J.
- (C) A adrenalina deve ser administrada antes da desfibrilação.
- (D) Após a desfibrilação, a RCP deve ser retomada imediatamente, sem verificar o pulso.
- (E) Antiarrítmicos como amiodarona ou lidocaína devem ser administrados antes da desfibrilação.

40

Paciente com depressão com ideação suicida manifestada como desejo ou esperança que a morte lhe ocorra, com frases tipo “espero dormir e não acordar”. Familiares negam doença psiquiátrica prévia ou abuso de drogas ilícitas ou álcool.

O paciente está disposto a aderir a um plano de segurança que o ajude a lidar com sua ideação suicida. Seus pais e sua irmã se prontificaram a ajudar no que for necessário.

Assinale a opção que indica o *tipo de ideação suicida* e o *melhor cenário de tratamento*, respectivamente.

- (A) Ativa / hospitalizar o paciente.
- (B) Passiva / hospitalizar o paciente.
- (C) Ativa / hospitalização parcial 6 a 8 horas por dia.
- (D) Passiva / tratamento ambulatorial.
- (E) Ativa / tratamento ambulatorial.

41

Assinale a opção que apresenta a peculiaridade do atendimento da PCR em pacientes vítimas de afogamento.

- (A) A ventilação é mais importante do que as compressões torácicas, em comparação com o paciente adulto com parada cardíaca não submerso.
- (B) Se necessária a desfibrilação, deve-se manter as roupas molhadas do paciente.
- (C) A imobilização rotineira da coluna cervical é recomendada independente de história de trauma.
- (D) A hipotermia, se presente, deve ser mantida porque atua na proteção cerebral do paciente.
- (E) A administração de respirações de resgate deve ser feita apenas após a confirmação da ausência de pulso.

42

Paciente vítima de acidente de moto, admitido na Emergência, foi carregado na maca com colar cervical, acesso periférico calibroso e muita dor pelo corpo, principalmente em braço direito e perna esquerda aonde possui mais lesões em pele, porém sem deformidades aparentes e nenhuma com sangramento ativo importante.

Está sonolento, FC 120 bpm, pulso filiforme, PA 84 x 40 mmHg, FR 24 irpm e extremidades frias. Ausculta cardíaca e respiratória normais. Abdome indolor à palpação difusa e sem irritação peritoneal. Realizado o exame de ultrassonografia focado para trauma (e-FAST) que não evidenciou a causa.

Deve-se atentar, nesse momento, como causa mais provável de choque do paciente,

- (A) tamponamento cardíaco.
- (B) pneumotórax.
- (C) hemoperitônio.
- (D) fratura de quadril.
- (E) choque neurogênico.

43

Sobre um paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM) que apresenta distúrbios de condução analise as afirmativas a seguir.

- I. Os distúrbios de condução que ocorrem no IAM antero-septal são menos frequentes, porém mais graves, e o grau de complicações arrítmicas geralmente está diretamente relacionado à extensão do infarto.
- II. O bloqueio atrioventricular de segundo ou terceiro grau associado ao IAM da parede inferior está localizado distal ao feixe de His em 90% dos pacientes.
- III. O IAM inferior está tipicamente associado ao bloqueio AV de segundo grau mais benigno do tipo Wenckebach (Mobitz tipo I), ao passo que o bloqueio Mobitz tipo II geralmente ocorre no IAM anterior.
- IV. A bradicardia sinusal é a arritmia mais comumente associada ao IAM inferior. Está presente em até 40% dos pacientes nas primeiras duas horas.

Está correto o que se afirma em

- (A) I e II, apenas.
- (B) II e III, apenas.
- (C) I, II e III, apenas.
- (D) I, III e IV, apenas.
- (E) I, II, III e IV.

44

Paciente 55 anos, sexo masculino, hipertenso, DM tipo 2 e tabagista, sem alterações prévias ao exame físico, inicia dor precordial típica há 3 horas.

Possui ECG da admissão com supra desnível do segmento ST nas derivações DII, DIII e AVF. Ao exame, paciente está hipotenso, taquicárdico e com turgência jugular patológica. Pulsos palpáveis e simétricos. Ausculta cardíaca e respiratória normais.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável, que está associado às alterações eletrocardiográficas da parede descrita.

- (A) Pericardite constrictiva.
- (B) Dissecção aórtica.
- (C) Aneurisma de ventrículo esquerdo.
- (D) Rotura de cordoalha mitral.
- (E) Infarto de ventrículo direito.

45

Paciente 75 anos, hipertenso, procura a Emergência com história de dor precordial de forte intensidade iniciada com duração de 15 minutos, com irradiação para braço em repouso no dia anterior.

Fez uso de nitrato sublingual com melhora. Nega dor precordial prévia. ECG da admissão com alterações inespecíficas da repolarização e primeira dosagem de enzimas normais. Faz uso de losartana e de tadalafila. Não foi programada estratégia invasiva, por enquanto.

O tratamento medicamentoso inicial deve conter

- (A) AAS, nitrato, betabloqueador, estatina e enoxaparina.
- (B) AAS, bloqueador do receptor P2Y12, betabloqueador, estatina e enoxaparina.
- (C) AAS, bloqueador do receptor P2Y12, nitrato, betabloqueador e estatina.
- (D) bloqueador do receptor P2Y12, nitrato, betabloqueador e enoxaparina.
- (E) bloqueador do receptor P2Y12, nitrato, betabloqueador, estatina e enoxaparina.

46

Paciente trazido para a Emergência com queimadura extensa em tronco e braços, após acidente com fogo enquanto cozinhava.

A queimadura é extensa, com bolhas, dolorosa à pressão e uma outra parte com acometimento de tecido subcutâneo. Paciente ansioso e queixando-se de dor de forte intensidade. PA 120 x 80 mmHg, FC 100 bpm, FR 16 irpm, afebril, saturação de O₂ 98% em ar ambiente.

Sobre o manejo inicial desse paciente, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ressuscitação volêmica inicial do paciente com queimaduras moderadas ou graves consiste em uma solução colóide.
- (B) Os gabapentóides são usados como tratamento de primeira linha para dor aguda moderada a grave.
- (C) A terapia antimicrobiana sistêmica profilática está indicada em queimaduras moderadas ou graves.
- (D) As queimaduras superficiais não requerem terapia antimicrobiana tópica mas, em queimaduras superficiais extensas, ela pode ajudar a prevenir a colonização da ferida.
- (E) As queimaduras profundas exigem excisão e fechamento da queimadura em centro cirúrgico, em até 7 dias após a queimadura.

47

Paciente 50 anos, sexo masculino, hipertenso, com dor torácica anterior de forte intensidade, dá entrada na Emergência com PA 94 x 65 mmHg em MSD e PA 70 x 40 mmHg em MSE, FC 114 bpm, FR 36 irpm.

Ao exame: sonolento, diaforese, cianótico. Ausculta cardíaca com RCR 3T (B3) hiperfonese de B2 (P2>A2) e sopro diastólico em foco aórtico 3+/4+. Ausculta respiratória com crepitações bibasais. Radiografia de tórax com alargamento de mediastino.

Assinale a opção que indica o diagnóstico desta complicação aguda e seu tratamento, respectivamente.

- (A) Insuficiência aórtica e balão intra-aórtico.
- (B) Estenose aórtica e balão intra-aórtico.
- (C) Insuficiência aórtica e cirurgia.
- (D) Estenose aórtica e cirurgia.
- (E) Insuficiência aórtica, balão intra-aórtico e cirurgia.

48

Homem de 35 anos com vida sexual ativa relata dor para urinar iniciada há 2 dias. Ao exame possui descarga purulenta pelo meato uretral. A orientação deve incluir abstenção sexual por 7 dias e tratar parceiro/a(s).

O tratamento antimicrobiano empírico mais adequado é:

- (A) ceftriaxone 500 mg IM dose única + doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 7 dias.
- (B) ciprofloxacina 500 mg VO dose única + doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 7 dias.
- (C) ceftriaxone 500 mg IM dose única + azitromicina 500 mg VO por 7 dias.
- (D) ciprofloxacina 500 mg VO dose única + azitromicina 500 mg VO dose única.
- (E) cefuroxima 500 mg VO 12/12h por 7 dias + doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 7 dias

49

Paciente de 25 anos, sexo feminino, procura Emergência por “desmaios”. Relata que episódios acontecem cerca de 3 vezes ao ano há 5 anos.

Descreve que a visão começa a escurecer por alguns segundos, sente náuseas, fica pálida, com conseqüente perda de consciência e queda, tendo retorno da consciência logo em seguida. Associa os episódios a lugares muito cheios ou muito quentes. Nega história familiar semelhante. Exame físico normal, sem hipotensão ortostática. ECG normal.

De acordo com a história, assinale a afirmativa correta.

- (A) O número de episódios recorrentes dessa paciente sugere síncope de origem cardíaca.
- (B) Os fatores precipitantes, como lugares muito cheios ou quentes, sugerem quadro conversivo.
- (C) Os pródromos apresentados de visão escurecida e náuseas sugerem síncope vasovagal.
- (D) A história de queda com trauma dessa paciente sugere crises convulsivas atônicas.
- (E) A ausência de história familiar aponta para uma canalopatia cardíaca.

50

Paciente de 30 anos, sexo masculino, com cefaleia temporal direita de forte intensidade com duração de 1 hora, associado à ptose e lacrimejamento. Já apresentou 4 episódios semelhantes nos últimos 2 dias. Paciente extremamente agitado, andando ininterruptamente pelo consultório, exame físico nada digno de nota.

O tratamento inicial deve ser realizado com

- (A) morfina.
- (B) oxigênio.
- (C) indometacina.
- (D) amitiptilina.
- (E) propranolol.

51

Paciente de 60 anos, sexo masculino, previamente hígido, interna lúcido, com febre e rigidez de nuca, sendo o restante do exame neurológico normal.

Para o caso, assinale a opção que apresenta a melhor *sequência de conduta*.

- (A) Hemocultura, iniciar ceftriaxone e dexametasona e punção lombar após TC crâneo.
- (B) Hemocultura, punção lombar e iniciar ceftriaxone com vancomicina.
- (C) Iniciar ceftriaxone com ampicilina e dexametasona e punção lombar após TC crâneo.
- (D) Iniciar ceftriaxonecom vancomicina e punção lombar após TC de crâneo.
- (E) Hemocultura, punção lombar e iniciar ceftriaxone com ampicilina e dexametasona.

52

Paciente do sexo masculino de 32 anos, iniciou dor abdominal de moderada intensidade em quadrante inferior esquerdo há 2 dias.

Ao exame físico: a dor é localizada, sem irradiação e sem descompressão dolorosa. Nega febre. Realizado TC de abdome que revelou uma massa paracólica de 2 a 3 cm, de formato oval, com densidade de gordura, com revestimento peritoneal espessado e gordura perilesional.

O tratamento inicial para o quadro descrito deve ser

- (A) videolaparoscopia.
- (B) corticoide.
- (C) anti-inflamatório.
- (D) metronidazol.
- (E) ciprofloxacina.

53

Paciente do sexo feminino, 50 anos, internada por pneumonia comunitária, acamada, em uso de amoxicilina/clavulanato e enoxaparina, apresenta, no sétimo dia de internação, queda da plaquetometria de 200.000/mm³ para 60.000/mm³. Aventada a hipótese de HIT (trombocitopenia induzida por heparina).

Assinale a opção que apresenta a conduta a ser seguida.

- (A) Suspender a enoxaparina e trocar por heparina não fracionada.
- (B) Não suspender a enoxaparina, pois a plaquetopenia é transitória.
- (C) Suspender a enoxaparina e aguardar a evolução.
- (D) Suspender a enoxaparina e começar fondaparinux.
- (E) Suspender a enoxaparina e começar varfarina.

54

Paciente 40 anos, sexo feminino, previamente hígida, admitida com dor abdominal em fossa ilíaca direita com descompressão dolorosa difusa.

Realizou TC de abdome que evidenciou apendicite com pneumoperitônio e abscesso de 2 cm. Está estável hemodinamicamente.

A melhor opção de tratamento para o caso é

- (A) antibioticoterapia IV e apendicectomia imediata.
- (B) antibioticoterapia IV e drenagem do abscesso por TC.
- (C) antibioticoterapia IV e apendicectomia após 7 dias.
- (D) antibioticoterapia IV, drenagem do abscesso por TC e apendicectomia após 7 dias.
- (E) antibioticoterapia IV e apendicectomia após 6 semanas.

55

Criança de 4 anos com dor abdominal, náuseas com vômitos e diarreia com sangue há 1 semana, é trazida pelos pais para atendimento de urgência. Esta é a terceira vez que trazem o filho ao pronto-socorro, tendo sido medicado com hidratação venosa e sintomáticos. Referem que parou de urinar desde a noite anterior.

Ao exame, a criança está lúcida e orientada, desidratada +/4+, hipocorada 3+/4+, icterícia 2+/4+, acianótica. PA 140 x 80 mmHg, FC 130 bpm, eupneica e afebril. Restante do exame, digno de nota apenas petéquias em membros inferiores.

Exames laboratoriais com Hb 7g/dL, HT^o 22%, leucometria 12.000 células/mm³ e plaquetas 70.000 células/mm³. Teste de Coombs direto negativo e esfregaço periférico com esquizócitos. Ureia 120 mg/dL, creatinina 4.0 mg/dL. O diagnóstico microbiológico foi realizado pelo *swab* retal.

O tratamento deve ser feito com

- (A) expansão volêmica intravenosa vigorosa e opiáceo.
- (B) ciprofloxacina e metronidazol e expansão volêmica intravenosa vigorosa.
- (C) expansão volêmica intravenosa vigorosa.
- (D) expansão volêmica intravenosa vigorosa e anti-inflamatórios.
- (E) ciprofloxacina e expansão volêmica intravenosa vigorosa.

56

Paciente de 25 anos do sexo masculino apresenta vômitos após libação alcoólica. Procura Emergência com sangramento vermelho vivo em pequena quantidade. A endoscopia revelou lacerações longitudinais no esôfago.

O diagnóstico é

- (A) varizes de esôfago.
- (B) síndrome de Mallory-Weiss.
- (C) lesão de Dieulafoy.
- (D) lesão de Cameron.
- (E) angiodisplasia.

57

Paciente de 75 anos, sexo feminino, foi submetida a cineangiocoronariografia diagnóstica. Dois dias após, a creatinina começou a aumentar, apesar do débito urinário mantido. A sedimentoscopia urinária demonstrou cilindros epiteliais.

Assinale a opção que apresenta a provável causa da insuficiência renal aguda.

- (A) Necrose tubular aguda por contraste.
- (B) Ateroembolismo.
- (C) Nefrite intersticial aguda.
- (D) Vasculite renal.
- (E) Rabdomiólise.

58

Paciente de 65 anos, sexo masculino, portador de DM tipo 2 mal controlado, é internado com cetoacidose diabética, porém euglicêmico.

Legenda:

inibidores do DPP-4 = inibidores da dipeptidilpeptidase 4;

análogos do GLP1 = análogos do Glucagon-like Peptide-1;

inibidores do SGLT2 = inibidores do cotransporte de sódio-glicose 2.

Assinale a opção que indica a classe de droga que causa este quadro atípico de cetoacidose.

- (A) inibidores do DPP-4.
- (B) análogos do GLP1.
- (C) inibidores do SGLT2.
- (D) sulfunilureias.
- (E) biguanidas.

59

Paciente de 80 anos, sexo feminino, com queixa de disúria há 3 dias e início de febre de 38,5°C há 2 dias. Trazida por familiares sonolenta, febril, taquipneica e taquicardia. Ausculta cardíaca e pulmonar: nada digno de nota. Abdome e membros inferiores sem alterações.

Assinale a opção que indica a melhor conduta.

- (A) Colher hemocultura e urinocultura primeiro, devendo-se iniciar antibiótico empírico em até 6 horas, após a admissão.
- (B) Iniciar antibiótico imediato na admissão, devendo-se colher hemocultura e urinocultura após a admissão, em até 4 horas.
- (C) Colher hemocultura e urinocultura primeiro, devendo-se iniciar antibiótico empírico em até 4 horas, após a admissão.
- (D) Colher hemocultura e urinocultura primeiro, devendo-se iniciar antibiótico empírico em até 1 hora, após a admissão.
- (E) Iniciar antibiótico imediato na admissão, devendo-se colher hemocultura e urinocultura após a admissão, em até 2 horas.

60

O D-dímero é uma importante ferramenta no diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP), porque

- (A) níveis elevados de D-dímero em pacientes com probabilidade alta de TEP, confirmam o diagnóstico.
- (B) níveis normais de D-dímero em pacientes com probabilidade alta de TEP, excluem o diagnóstico.
- (C) níveis elevados de D-dímero em pacientes com probabilidade baixa de TEP, confirmam o diagnóstico.
- (D) níveis normais de D-dímero em pacientes com probabilidade baixa de TEP, excluem o diagnóstico.
- (E) níveis normais de D-dímero em pacientes com qualquer probabilidade de TEP, excluem o diagnóstico.

61

Paciente de 30 anos, sexo masculino, possui prática sexual desprotegida, solicita exames para início de uso de profilaxia pré-exposição (PrEP) para HIV.

Fez exames de rotina sendo detectado VDRL 1/64 e anti-HIV negativo. Desconhece quando pode ter sido infectado por sífilis. Sendo assim, seu tratamento deverá ser com

- (A) penicilina G benzatina 2,4 milhões de U IM, em dose única.
- (B) penicilina G benzatina 2,4 milhões de U IM, 1 vez por semana por 3 semanas.
- (C) penicilina G benzatina 4,8 milhões de U IM, em dose única.
- (D) penicilina G benzatina 3 a 4 milhões de U IV 4/4h, por 14 dias.
- (E) penicilina G benzatina 18 a 24 milhões de U IV contínua, por 14 dias.

62

A vacinação é uma estratégia importante na medicina preventiva. Quanto à vacinação do papilomavírus humano (HPV), assinale a afirmativa correta.

- (A) A vacina deve ser realizada preferencialmente depois do início da vida sexual.
- (B) Os pacientes vacinadas não necessitam de rastreamento do câncer do colo de útero.
- (C) A imunização contra o HPV é eficaz na eliminação da infecção pelo HPV.
- (D) A vacinação de rotina contra o HPV é recomendada para indivíduos ≤ 26 anos de idade.
- (E) Adultos com 27 anos ou mais, não vacinados, têm contra-indicação formal à vacinação.

63

Paciente com bradicardia (FC 36), com PA 70 x 34 mmHg e saturação de O₂ 84% em ar ambiente. ECG demonstrou bloqueio atrioventricular de segundo grau do Mobitz tipo II.

O tratamento inicial dessa arritmia deve ser

- (A) amiodarona.
- (B) quinidina.
- (C) lidocaína.
- (D) atropina.
- (E) marca-passo.

64

Paciente com insuficiência renal aguda, em tratamento para hiperpotassemia de 6,5 mEq/L e ECG com onda T apiculada. Iniciada terapia, cujo mecanismo de ação é reduzir a concentração sérica de potássio, ao removê-lo para o meio intracelular.

Essa descrição corresponde ao(à)

- (A) gluconato de cálcio.
- (B) resina de troca.
- (C) diurético de alça.
- (D) glicoinsulino terapia.
- (E) hemodiálise.

65

Paciente de 35 anos, sexo feminino, previamente hígida, inicia quadro de polaciúria e disúria há 3 dias. Alérgica a sulfa. Nega febre. Nega infecções prévias.

Assinale a opção que apresenta a conduta adequada para o caso.

- (A) Urinocultura, após resultado, iniciar se sensível, ciprofloxacina por 3 dias.
- (B) Urinocultura e amoxicilina-clavulanato empírico até o resultado de cultura.
- (C) Fosfomicina, em dose única.
- (D) Amoxicilina-clavulanato, por 3 dias.
- (E) Nitrofurantoína, por 14 dias.

66

Paciente com AVE hemorrágico há 1 semana, acamada, apresenta edema, dor e vermelhidão na perna esquerda há 2 dias. Ultrassonografia com Doppler diagnosticou trombose em veia íliaca esquerda.

O tratamento inicial deve ser com

- (A) apixabana oral.
- (B) enoxaparina subcutânea.
- (C) trombectomia cirúrgica.
- (D) filtro de veia cava inferior.
- (E) fondaparinux intravenoso.

67

Paciente de 30 anos, sexo masculino, previamente hígido, em uso de amoxicilina/clavulanato há 5 dias por infecção de vias aéreas superiores, queixando-se de diminuição do volume urinário iniciada ontem.

Ao exame: está com *rash* difuso maculopapular. Hemograma com eosinofilia. Ureia 80 mg/dL e creatinina 2.0 mg/dL. EAS com 1+ de proteína e leucocitúria. Presença de eosinofilia. Proteinúria 500 mg/24 horas.

Para o caso, a hipótese diagnóstica mais provável é de

- (A) microangiopatia trombótica.
- (B) nefrite intersticial aguda.
- (C) nefropatia por urato.
- (D) trombose de veia renal.
- (E) glomerulonefrite membranosa.

68

Paciente dá entrada com palpitações. ECG com taquicardia supraventricular de QRS estreito. Está eupneico e estável hemodinamicamente. Realizada manobra vagal sem sucesso.

Para tentar reverter a arritmia, o antiarrítmico de escolha é a(o)

- (A) adenosina.
- (B) amiodarona.
- (C) quinidina.
- (D) lidocaína.
- (E) propafenona.

69

A arritmia tipicamente caracterizada por despolarizações atriais rápidas e regulares, a uma frequência característica de, aproximadamente, 300 batimentos por minuto, e uma frequência ventricular regular de cerca de 150 batimentos por minuto, é a(o)

- (A) fibrilação atrial.
- (B) taquicardia atrial multifocal.
- (C) *flutter* atrial.
- (D) taquicardia ventricular.
- (E) taquicardia sinusal.

70

Um paciente com diagnóstico de hemorragia subaracnóidea, deve

- (A) ter a pressão arterial média mantida acima de 130 mmHg.
- (B) ser mantido euvolêmico, afim de evitar isquemia.
- (C) evitar a nimodipina pelo risco aumentado de vasoespasmos.
- (D) postergar ao máximo o reparo do aneurisma, que deve ser eletivo.
- (E) usar, obrigatoriamente, anticonvulsivante, de preferência fenitoína.

Realização

