

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SELEÇÃO DE CANDIDATOS PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA UNIOESTE 2015

Candidato:	inscrição - nome do candidato		
Curso:	código - nome / turno - cidade		
Local de Prova:	nome do local de prova		
Cidade de Prova:	município de prova		
Sala de Prova:	sala	Carteira de Prova:	número

Assinatura do(a) candidato(a): _____

Observações

1. CADERNO DE PROVAS: Este caderno contém a prova de **CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS** do **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CARDIOLOGIA**, que é constituída de cinquenta (50) questões objetivas; cada questão tem cinco alternativas (A, B, C, D, E), das quais somente uma está correta.

2. CARTÃO DE RESPOSTAS: Verifique se as informações que constam no seu cartão resposta estão corretas. Se os dados estiverem corretos, assine o cartão. Caso haja algum erro, **notifique imediatamente o erro ao fiscal**. Oportunamente, leia as instruções para o correto preenchimento das respostas.

3. PREENCHIMENTO DO CARTÃO DE RESPOSTAS: Verifique seus dados impressos nesta folha. Use caneta esferográfica **PRETA** para preencher **TODO** o quadrículo (a marcação indevida anula a resposta dada na questão). Entregue o cartão-resposta **ASSINADO** no local indicado. Não amasse, não dobre e não suje o cartão-resposta, sob pena do não-reconhecimento das respostas pelos equipamentos de leitura.

4. PERMANÊNCIA NA SALA: É vedado sair da sala de provas antes das 09:30 horas, sob pena de desclassificação. O término da prova é às 12:30 horas, impreterivelmente, sob pena de desclassificação. Não há previsão de horário extra para o preenchimento do cartão de respostas.

5. ENTREGA DO GABARITO: Ao retirar-se da sala, você deverá entregar o cartão de respostas e poderá levar consigo o caderno de prova.

6. Verifique agora se a impressão deste caderno está perfeita e se contém as 50 questões que deve conter.

7. DECLARO TER RECEBIDO O CADERNO DE PROVA E O CARTÃO DE RESPOSTAS REFERENTE À INSCRIÇÃO ACIMA.

NOME DO FISCAL

ASSINATURA DO FISCAL

CARDIOLOGIA

1. Em relação ao diagnóstico eletrocardiográfico das taquiarritmias, devemos considerar, EXCETO	
A.	a duração do complexo QRS.
B.	a regularidade dos intervalos RR.
C.	a localização e presença da onda P.
D.	se há onda "F".
E.	a amplitude do QRS.

2. Paciente, 72 anos, sexo feminino, com história de palpitações taquicárdicas de longa data. Relata duas internações devido à arritmia cardíaca. O ECG atual evidencia ritmo de fibrilação atrial. Está em uso de Losartan 50 mg (2x dia), hidroclorotiazida 25 mg, metoprolol 50 mg e AAS 100 mg. Ecocardiograma com HVE discreta a moderada e exames laboratoriais normais. Em relação à prevenção de fenômenos tromboembólicos, podemos afirmar, EXCETO que	
A.	esta paciente apresenta alto risco de tromboembolismo (CHADS = 1 e CHADSVASC = 3), portanto, deve receber terapia com anticoagulante oral, como a warfarina (antagonista da vitamina K) ou os novos anticoagulantes (inibidor oral direto da trombina - Dabigatrana e inibidores do fator Xa – Rivaroxaban, Apixaban).
B.	a eficácia da terapia com AAS é fraca e o risco de sangramentos maiores não é significativamente diferente dos anticoagulantes orais nos pacientes idosos.
C.	os novos anticoagulantes orais podem ser utilizados neste paciente, pois os estudos demonstraram eficácia e segurança quando comparados ao antagonista da vitamina K.
D.	se o HAS-BLED for maior ou igual a 3, a terapia com anticoagulante oral é contraindicada devido ao alto risco de sangramento e o uso de AAS está indicado.
E.	a avaliação da função renal é mandatória para o uso de todos os anticoagulantes orais, principalmente com a dabigatrana.

3. Paciente, 55 anos, hipertenso, ex-tabagista, portador de miocardiopatia isquêmica crônica, história de IAM com angioplastia e implante de stent há 1 ano. Na época apresentava outras lesões discretas. Encontra-se sem angina, classe funcional II NYHA, em uso de carvedilol 50 mg dia, enalapril 20 mg dia, espironolactona 25 mg dia, furosemida 40 mg dia, AAS e clopidogrel. ECG: ritmo sinusal com extrassístoles ventriculares isoladas, condução AV normal, complexo QRS estreito, área eletricamente inativa parede ântero-septal. O ecocardiograma evidencia alteração segmentar na parede anterior e FE de 33%. Cintilografia miocárdica sem sinais de isquemia. Em relação à estratificação de risco de morte súbita cardíaca, podemos afirmar.	
A.	Ressonância magnética para pesquisa de substrato arritmogênico é um exame indispensável para estratificação de risco deste paciente.
B.	A ausência de ectopias ventriculares de alta incidência e de TVNS no holter de 24h caracteriza baixo risco de morte súbita cardíaca.
C.	A prescrição de amiodarona para este paciente reduziria o risco de morte súbita.
D.	Paciente portador de cardiopatia isquêmica crônica, tratamento farmacológico otimizado, boa expectativa de vida tem indicação de cateterismo cardíaco para avaliar isquemia e estratificação de risco.
E.	A disfunção ventricular esquerda é um importante preditor de mortalidade e, neste caso, a presença de cardiopatia isquêmica crônica, tratamento medicamentoso otimizado, FE = 33%, classe funcional II NYHA e sem isquemia miocárdica apresenta alto risco de morte súbita e o implante de CDI é recomendado.

4. Diante de um paciente com diagnóstico de sepse grave, qual dos itens abaixo NÃO tem reconhecido papel em reduzir a mortalidade?	
A.	Controle glicêmico intensivo.
B.	Reposição volêmica precoce e agressiva.
C.	Coleta imediata de material para culturas.
D.	Antibioticoterapia precoce.
E.	Oxigenioterapia hiperbárica para aumento da oxigenação tecidual.

5. Qual alternativa descreve mais adequadamente a Síndrome de Guillain-Barré?	
A.	Tetraplegia flácida súbita, com arreflexia tendínea e insuficiência respiratória aguda.
B.	História progressiva de parestesias crurais, seguidas de paraparesia crural, arreflexia tendínea, além de hiperproteínoorraquia.
C.	Tetraparesia espástica insidiosa, com hiperreflexia tendínea e sinal de Babinski.
D.	Paraparesia crural progressiva, hipo ou arreflexia tendínea e LCR com pleocitose > 500 leucócitos / mm ³ .
E.	Paraplegia crural súbita, arreflexia tendínea e LCR normal.

6. Diante de um paciente em coma de etiologia indefinida, no setor de emergência, qual seria a conduta dispensável no atendimento inicial?	
A.	Realização de glucosimetria, com imediata correção de hipoglicemia.
B.	Cuidados com as vias aéreas e adequada ventilação do paciente.
C.	Cuidados com condições hemodinâmicas e correções de instabilidades.
D.	Administração de tiamina em dose de 250 mg IV e sua manutenção até a definição da etiologia do coma.
E.	Avaliação de especialista em Neurologia.

7. Em relação às hemorragias digestivas, assinale a alternativa CORRETA.	
A.	A perda de aproximadamente 800 ml de sangue nas últimas 48 horas, com pressão arterial e pulso normais quando o paciente estiver deitado, sugere perda moderada de sangue durante um quadro de hemorragia digestiva alta.
B.	O balão de Sengstaken-Blakemore pode ser utilizado por tempo indeterminado na hemorragia digestiva alta varicosa não controlável endoscopicamente.
C.	Pacientes com hemorragia digestiva alta podem apresentar melena e/ou hematêmese, mas não hematoquezia.
D.	No paciente com hemorragia digestiva alta maça, com instabilidade hemodinâmica, a primeira medida a ser feita na emergência é a realização de endoscopia digestiva alta.
E.	Cápsula endoscópica, angiografia mesentérica, cintilografia nuclear e exame proctológico são métodos que podem ser utilizados na investigação diagnóstica de quadros de hemorragia digestiva.

8. Em relação às doenças gastroduodenais, assinale a alternativa INCORRETA.	
A.	A pesquisa de anticorpos antiigliandina é o exame laboratorial mais sensível e específico para Doença Celíaca.
B.	O uso de inibidor de bomba de prótons, levofloxacina e amoxicilina pode ser opção de retratamento do <i>Helicobacter Pylori</i> .
C.	O teste respiratório com ureia marcada, cujo resultado é positivo, sempre significa infecção atual pelo <i>Helicobacter Pylori</i> .
D.	A doença sistêmica mais frequentemente associada com gastroparesia é o Diabetes Mellitus.
E.	O achado de gastrinemia de jejum maior que 1000 pg/ml, na ausência de uso de anti-secretores e anticolinérgicos, com PH intragástrico menor que 2, associados ao quadro clínico, é diagnóstico de Síndrome de Zollinger-Ellison.

9. Paciente feminina, 23 anos, branca, solteira, professora primária, apresenta-se com queixa de mancha no flanco esquerdo há 4 meses. Sem antecedentes patológicos pessoais, negava uso de medicamentos, negava uso de contraceptivo oral, sem antecedentes gestacionais e negava história familiar de doenças cutâneas. Ao exame físico geral sem particularidades, e ao exame dermatológico, ela apresentava mácula hipocrômica no flanco esquerdo com aproximadamente 10 x 6 cm de diâmetro e hipoestesia no teste de sensibilidade dolorosa e térmico. Realizada pesquisa de bacilo álcool ácido resistente (BAAR) de linfa de cotovelos e orelhas com resultado negativo e biópsia cutânea da área comprometida com laudo de dermoepidermite crônica inespecífica. Qual seria a conduta mais adequada para este caso?	
A.	Conduta expectante e repetir os exames em 6 meses.
B.	Vacina BCG, conduta expectante e repetir os exames em 6 meses.
C.	Iniciar tratamento com poliquimioterapia paucibacilar, registro epidemiológico e controle de comunicantes.
D.	Iniciar tratamento de prova com poliquimioterapia, e em caso de melhora, fazer o registro epidemiológico após 2 meses.
E.	Fazer tratamento com cetoconazol por tratar-se de micose superficial.

10. Paciente masculino de 70 anos, encaminhado após identificação de 'caroços' no pescoço. Assintomático. Exame físico mostra linfonodomegalia cervical, axilar e inguinal bilateralmente. Linfonodos de textura homogênea, não endurecidos e não aderidos ao plano profundo. Baço é palpável a 6 cm abaixo de rebordo costal esquerdo. Não apresenta palidez ou icterícia. Hemograma leucócitos=74000/ul (98% de linfócitos), hemoglobina=13g/dl e plaquetas=155.000/ul. Radiografia de tórax normal. Qual o diagnóstico provável?	
A.	Leucemia aguda linfocítica.
B.	Linfoma não Hodgkin linfocítico de grau intermediário de agressividade.
C.	Leucemia linfocítica crônica.
D.	Doença de Hodgkin.
E.	Macroglobulinemia de Waldenström.

11. Paciente, masculino, 19 anos, é admitido no hospital, 2 semanas após completar o primeiro ciclo de quimioterapia para tratamento de leucemia linfóide aguda. Temperatura axilar de 39 °C e exame físico sem sinais aparente de infecção, radiografia de tórax normal evidenciando cateter porto-cath em átrio direito e hemograma mostrando 300 leucócitos totais/mm ³ . São coletadas culturas. Qual alternativa é a MAIS apropriada para este caso?	
A.	Iniciar tratamento anti-estafilocócico pela possibilidade de bacteremia relacionada ao cateter central.
B.	Administrar antibióticos de largo espectro, incluindo cobertura para gram-negativos entéricos e <i>Pseudomonas aeruginosa</i> .
C.	Esperar resultados das culturas e outros exames diagnósticos, sabendo-se que a infecção neste paciente pode ser causada por qualquer microorganismo.
D.	Iniciar profilaxia oral para fungo e bactéria.
E.	Administrar antifúngico endovenoso.

12. Paciente portadora de Lupus Eritematoso Sistêmico apresenta anticorpos anticardiolipina positivos e está com sua doença de base sob controle e história de aborto no primeiro trimestre. Qual a conduta MAIS apropriada para esta paciente?	
A.	Observação e seguimento clínico.
B.	Aumentar a dose de imunossupressor já utilizados pela paciente.
C.	Início de anticoagulação intravenosa.
D.	Prescrição de anticoagulante oral.
E.	Prescrição de aspirina em dose antiagregante plaquetária.

13. Paciente de 42 anos, submetido à ressecção de 60 cm de íleo terminal, apresentará as condições listadas a seguir, EXCETO	
A.	deficiência de vitamina B12.
B.	diarréia colérica.
C.	formação de cálculos biliares.
D.	diminuição nos níveis de ferro sérico.
E.	anemia megaloblástica.

14. Em relação às doenças infecciosas, assinale a alternativa CORRETA.	
A.	A varicela é, dentre as doenças infectocontagiosas exantemáticas, a de maior período de incubação e a única possível de diagnóstico exclusivamente clínico.
B.	A vacinação BCG confere imunidade para todas as formas clínicas da tuberculose.
C.	A carga viral quantitativa para o vírus HIV superior a 30.000 cópias por ml é indicativo de início de terapia antiretroviral de alta potência.
D.	Ciprofloxacino é um bom antibiótico para o tratamento das pneumonias comunitárias pelo seu excelente espectro contra pneumococo.
E.	Dentre as doenças emergentes e reemergentes, pode-se dizer que cólera e dengue são emergentes, enquanto AIDS e hepatite C são reemergentes.

15. Paciente, 62 anos, sexo masculino, com história de dispneia progressiva, atualmente com dispneia para atividades habituais (pequenos esforços). É hipertenso e diabético. Ao exame físico: RCR, sem sopros, quarta bulha (B4) audível, PA = 120/ 80 mmHg, eupneico ao repouso e sem ruídos adventícios pulmonares, membros inferiores sem edema. ECG evidencia área eletricamente inativa em parede inferior e ecocardiograma mostra hipocinesia inferior com função sistólica global reduzida (FE = 40%). Em relação à Síndrome da Insuficiência Cardíaca, podemos caracterizá-la quanto à etiologia, classe funcional e ao estágio. Qual a alternativa CORRETA?	
A.	Provável etiologia isquêmica, classe funcional II e estágio B.
B.	Provável cardiomiopatia dilatada idiopática, classe funcional III e estágio C.
C.	Provável cardiomiopatia hipertensiva, classe funcional III e estágio B.
D.	Provável etiologia isquêmica, classe funcional III e estágio C.
E.	Provável cardiomiopatia chagásica, classe funcional II e estágio D.

16. Paciente, 58 anos, sexo feminino, diabética sob tratamento. Apresenta alterações dos níveis pressóricos há 2 meses. Ao exame cardiológico apresenta: RCR, sem sopros, FC = 80 bpm e PA = 160/ 110 mmHg. Qual a conduta MAIS adequada para esta paciente?	
A.	Orientar medidas não farmacológicas e reavaliar em 3 meses.
B.	Orientar dieta hipossódica, atividade física regular e reavaliar em 6 meses.
C.	Iniciar tratamento medicamentoso, de preferência um diurético.
D.	Internar para controle pressórico, pois trata-se de paciente de alto risco, caracterizando emergência hipertensiva.
E.	Iniciar tratamento medicamentoso incluindo IECA, além da preconização de medidas não farmacológicas.

17. São características próprias da DPOC, próprias da asma e comuns a ambas, respectivamente:	
A.	Edema de mucosa brônquica; indução provável de cor pulmonale; hiper-reatividade brônquica.
B.	Hiper-secreção brônquica; broncoespasmo; relação etiológica com tabagismo.
C.	Remodelamento brônquico; atopia; efeito “shunt”.
D.	Broncoespasmo; relação etiopatogênica com poluição ambiental; boa resposta à imunoterapia.
E.	Remodelamento brônquico; hiper-reatividade brônquica atópica; hipercapnia nas exacerbações graves.

18. Em relação ao exame físico do coração é correto afirmar, EXCETO:	
A.	inclui inspeção, palpação e ausculta.
B.	o foco mitral localiza-se no 4º ou 5º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular.
C.	o foco aórtico localiza-se no 2º espaço intercostal esquerdo junto ao esterno.
D.	o fechamento das valvas mitral e tricúspide originam a primeira bulha cardíaca – B1.
E.	o fechamento das valvas aórtica e pulmonar originam a segunda bulha cardíaca – B2.

19. Quais doenças autoimunes estão mais comumente associadas ao Diabetes Mellitus tipo 1?	
A.	Tiroidite de Hashimoto, Doença Celíaca e Adrenalite.
B.	Miastenia Gravis, Doença Celíaca e Alopecia.
C.	Tiroidite de Hashimoto, Artrite Reumatoide e Adrenalite.
D.	Vitiligo, Ooforite e Doença de Graves.
E.	Adrenalite, Miastenia Gravis e Doença de Graves.

20. Sobre a cetoacidose diabética, assinale a alternativa INCORRETA.	
A.	Pode ser precipitada por hemorragia gastrointestinal, infecções ou antipsicóticos atípicos.
B.	Pode se manifestar por dor abdominal simulando abdome agudo.
C.	Pode se manifestar com importante leucocitose e desvio à esquerda na ausência de infecção.
D.	Apresenta mortalidade comparável à da síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica se a glicemia for superior a 400 mg/ dl.
E.	Nos casos não complicados, pode ser eficazmente tratada com insulina lispro via subcutânea (de hora em hora ou a cada 2 horas).

21. São exames recomendados na avaliação inicial do paciente hipertenso, EXCETO	
A.	ECG.
B.	Creatinina sérica.
C.	MAPA.
D.	Glicemia.
E.	Ácido úrico.

22. Dentre as alternativas abaixo, qual é a arritmia MAIS prevalente no paciente jovem com coração estruturalmente normal?	
A.	Taquicardia por reentrada sinusal.
B.	Taquicardia atrial.
C.	Fibrilação atrial.
D.	Taquicardia por reentrada nodal.
E.	Taquicardia juncional.

23. Qual é a ausculta característica da cardiopatia congênita MAIS comum encontrada no adulto?	
A.	Sopro sistólico panfocal com B2 única.
B.	Sopro sistólico aórtico com B2 hiperfonética.
C.	Sopro sistólico pulmonar com desdobramento fixo de B2.
D.	Sopro diastólico pulmonar com B2 hiperfonética.
E.	Sopro sistólico foco mitral.

24. Paciente internado com quadro de síndrome isquêmica aguda, ECG com supradesnivelamento de ST nas derivações D2,D3 e AVF , evoluiu com hipotensão severa, engurgitamento jugular e ausculta pulmonar limpa. O quadro clínico é MAIS compatível com	
A.	extensão do infarto para VD.
B.	falência de VE por miocárdio atordoado.
C.	síndrome de Dressler.
D.	falência de VE por miocárdio hibernante.
E.	CIA.

25. Qual das opções abaixo NÃO faz parte dos critérios diagnósticos da SIRS (síndrome da resposta inflamatória sistêmica)?	
A.	Leucocitose.
B.	Febre.
C.	Taquipneia.
D.	Rebaixamento do nível de consciência.
E.	Taquicardia.

26. Qual é a etiologia MAIS comum de síncope?	
A.	Arritmogênica.
B.	Isquemia cerebral transitória.
C.	Neurocardiogênica ou neuromediada.
D.	Hipotensão postural farmacológica.
E.	Hipoglicemia.

27. Assinale a alternativa que melhor descreve uma DESVANTAGEM dos stents coronários farmacológicos perante os stents coronários convencionais.	
A.	Maior chance de reestenose no primeiro ano.
B.	Piores resultados angiográficos imediatos.
C.	É imperativo o uso de antiagregantes plaquetários por 1 ano.
D.	Maior chance de trombose tardia.
E.	Stent farmacológico é mais barato.

28. São critérios de Jones para diagnóstico de surto agudo de febre reumática, EXCETO:	
A.	artrite.
B.	cardite.
C.	leucocitose.
D.	ASLO elevada.
E.	febre.

29. Qual droga inotrópica aumenta a contratilidade cardíaca pela sensibilização ao cálcio?	
A.	Dobutamina.
B.	Levosimendana.
C.	Digoxina.
D.	Milrinona.
E.	Noradrenalina.

30. Paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca e ecocardiograma evidenciando FE = 35% e classe funcional III. Quais drogas podem melhorar a sobrevida deste paciente?	
A.	Propranolol, digoxina e furosemida.
B.	Metoprolol, nitrato e digoxina.
C.	Carvedilol, IECA e furosemida.
D.	Metoprolol, espironolactona e IECA.
E.	Carvedilol, espironolactona e nitrato.

31. O sopro de Austin-Flint é característico da seguinte valvopatia:	
A.	insuficiência mitral.
B.	estenose mitral.
C.	insuficiência aórtica.
D.	estenose aórtica.
E.	estenose pulmonar.

32. Com base nas atuais Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica, qual desses medicamentos NÃO pode ser considerado como primeira escolha no tratamento desta doença?

A.	Enalapril.
B.	Nifedipina.
C.	Hidroclorotiazida.
D.	Hidralazina.
E.	Losartana.

33. Em relação à Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada, é CORRETO afirmar.

A.	Digitálicos endovenosos devem ser as primeiras drogas a serem administradas, desde de que a FC esteja acima de 60 bpm.
B.	É prioritário na sala de emergência o início de drogas com impacto na redução da mortalidade, como inibidor de ECA, espironolactona e B-bloqueador.
C.	Os nitratos são fundamentais no tratamento de edema agudo de pulmão com HAS ou normotensão.
D.	Dobutamina deve preferencialmente ser administrada de modo profilático em pacientes de alto risco para descompensação da ICC para otimização dos seus resultados.
E.	O uso de noradrenalina é imperativo.

34. Mulher, 33 anos, com prótese valvar biológica em posição mitral, dupla lesão aórtica de grau leve e insuficiência tricúspide leve a moderada, fração de ejeção de VE = 31%.

ECG: fibrilação atrial, FC média = 72 bpm.

Com estes dados, a opção que agrupa a melhor combinação de drogas que poderia ser prescrita à paciente é:

A.	captopril, aspirina, amiodarona, penicilina benzatina a cada 21 dias.
B.	captopril, aspirina, digoxina, penicilina procaína a cada 21 dias.
C.	digoxina, varfarina, carvedilol, amoxicilina a cada 15 dias.
D.	captopril, varfarina, carvedilol, penicilina benzatina a cada 21 dias.
E.	captopril, dabigatrana, carvedilol, penicilina benzatina a cada 21 dias.

35. Qual a melhor definição de choque?

A.	Insuficiência circulatória.
B.	Hipotensão.
C.	Aumento do lactato sérico.
D.	Descarga adrenérgica.
E.	Desbalanço entre oferta e consumo de oxigênio.

36. Em relação à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) podemos afirmar, EXCETO:

A.	é uma doença caracterizada por limitação persistente do fluxo aéreo e usualmente progressiva.
B.	a espirometria é de grande importância na definição do diagnóstico.
C.	o tabagismo é a principal causa e é responsável por aproximadamente 95% dos casos.
D.	tosse produtiva, dispnéia e sibilância fazem parte da apresentação clínica.
E.	o exame físico é caracterizado por tórax em tonel e murmúrio vesicular diminuído, independente da fase da doença.

37. São drogas ou medidas importantes no tratamento hospitalar do estado de mal asmático, EXCETO:	
A.	Beta-2 agonistas inalatórios.
B.	Corticosteróides endovenosos.
C.	Corticosteróides inalatórios.
D.	Suplementação de oxigênio.
E.	Brometo de ipatrópio.

38. Homem de 27 anos, portador de sorologia positiva para HIV, nega outras doenças, chega ao Hospital com hemiparesia e desvio de rima bucal, nega cefaleia e nega febre. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?	
A.	AVC isquêmico.
B.	Meningite viral.
C.	Neurotoxoplasmose.
D.	Neurocriptococose.
E.	Leucoencefalopatia.

39. Qual é a droga de preferência no controle do estado de mal convulsivo em paciente adulto apenas em uso de diazepam na exacerbação?	
A.	Fenitoína na dose de ataque de 15-20mg/Kg e manutenção de 300mg/dia.
B.	Fenobarbital na dose de ataque 300mg e manutenção de 100mg/dia.
C.	Fenitoína na dose de ataque de 8-10mg/kg e manutenção de 100mg/dia.
D.	Ácido valpróico 500mg/dia.
E.	Carbamaepina 400mg VO de ataque e 200mg/dia VO de manutenção.

40. Paciente em descompensação diabética, PA: 70/45mmHg, FC: 128bpm, FR: 20inc./min., pulsos de baixa amplitude, Na: 164, K: 3,9. Dentre as alternativas abaixo, qual é a prioridade na infusão endovenosa?	
A.	Potássio.
B.	Insulina com potássio.
C.	Água livre.
D.	Solução salina isotônica.
E.	Noradrenalina.

41. Paciente de 24 anos, com trauma cranioencefálico e coma. Entubado e em ventilação mecânica há 06 dias. Evolui no 6º dia com quadro de pneumonia sem choque; função renal normal. Baseado nas etiologias bacterianas mais prováveis, qual destes antibióticos NÃO deveria ser iniciado empiricamente?	
A.	Ciprofloxacina.
B.	Metronidazol.
C.	Vancomicina.
D.	Imipenen.
E.	Cefalosporina de 4a. Geração.

42. Sobre AIDS, assinale a alternativa INCORRETA.	
A.	Condições que, quando presentes, ajudam na definição de caso de AIDS, incluem retinite por citomegalovírus (CMV), Linfoma primário cerebral e Sarcoma de Kaposi.
B.	Diante de teste rápido reagente para HIV em gestante em trabalho de parto deve-se realizar a profilaxia da transmissão materno-infantil com Zidovudina parenteral.
C.	A neurotoxoplasmose é a infecção oportunista de sistema nervoso central mais comum nesta doença.
D.	Mulheres infectadas pelo HIV apresentam maiores chances de desenvolver câncer de colo uterino.
E.	São marcadores para início da terapia antirretroviral os exames de CD4-CD8 < 350 céls/mm ³ , Carga Viral > 5000 cópias/ml e tempo de evolução dos sintomas > 9 meses.

43. Sobre Hepatites virais, assinale a alternativa CORRETA.	
A.	Para o diagnóstico de Hepatite B crônica, é necessário que haja 2 exames HBsAg reagentes com intervalo de 6 meses.
B.	As transaminases necessariamente deverão estar elevadas para indicar hepatite crônica.
C.	Atualmente, a Hepatite C crônica deve ser tratada com Interferon peguilado e Lamivudina.
D.	Para o diagnóstico de Hepatite B aguda, é necessário que o HBsAg e o Anti-HBc IgG estejam positivos.
E.	O tratamento das hepatites B e C crônicas não é custo-efetivo, e não é atualmente recomendado pelo Ministério da Saúde.

44. A diminuição da pressão osmótica provoca ascite pelos parâmetros abaixo citados, EXCETO	
A.	desnutrição.
B.	insuficiência hepática.
C.	síndrome nefrótica.
D.	enteropatia perdedora de proteínas.
E.	insuficiência cardíaca congestiva.

45. Em relação à insuficiência cardíaca (IC), é correto afirmar, EXCETO:	
A.	doença coronariana e HAS são as principais causas.
B.	dispneia é um sintoma marcante nesta síndrome.
C.	a anamnese e o exame clínico são indispensáveis para o diagnóstico.
D.	o ecocardiograma é o exame imprescindível para os pacientes com suspeita de insuficiência cardíaca.
E.	a radiografia de tórax não acrescenta informações para o diagnóstico de IC.

46. Um paciente com queixa de dispneia realiza espirometria com estes achados: - Capacidade Vital Forçada de 2,57 litros (45% do previsto); - Volume Expiratório Forçado no 1º segundo (VEF1) de 2,1 litros (93% do previsto); - Relação entre VEF1 e CVF (VEF1/CVF) de 92% do previsto; - Ausência de resposta ao teste de broncodilatador. Estes achados sugerem o diagnóstico de	
A.	enfisema pulmonar.
B.	fibrose pulmonar.
C.	asma brônquica.
D.	exame normal.
E.	dispneia psicogênica.

47. Qual destes medicamentos pertence à classe de anti-diabéticos orais que aumenta a secreção pancreática de insulina?	
A.	Pioglitazona.
B.	Metformina.
C.	Nateglinida.
D.	Acarbose.
E.	Nenhuma das anteriores.

48. Qual das alternativas abaixo NÃO é critério para indicação de densitometria mineral óssea como triagem para osteoporose?	
A.	Todas as mulheres e homens com mais de 45 anos.
B.	Indivíduos em uso de glicocorticóides por mais de 3 meses.
C.	Mulheres na peri-menopausa com fatores de risco para osteoporose.
D.	Todos os pacientes que sofreram fraturas com trauma mínimo.
E.	Nenhuma das anteriores.

49. Paciente masculino com 37 anos de idade, IMC: 28,2 Kg/m ² com quadro de astenia. Refere antecedentes familiares para diabetes mellitus (mãe e tia materna). Na avaliação laboratorial, apresentou glicemia de jejum de 148 mg/dL. A conduta para definição diagnóstica é	
A.	dosar hemoglobina glicada.
B.	O diagnóstico de diabetes mellitus está firmado.
C.	dosar nova glicemia de jejum.
D.	realizar teste de tolerância à glicose.
E.	dosar anticorpos anti-GAD.

50. Em relação ao diagnóstico da Endocardite Infecciosa, podemos afirmar, EXCETO que	
A.	a história clínica é altamente variável e a suspeita clínica é extremamente importante para o diagnóstico definitivo.
B.	pode-se apresentar como uma doença aguda, subaguda ou crônica.
C.	o diagnóstico consiste em quadro clínico compatível, associado à hemocultura e ecocardiografia.
D.	os critérios de Duke são utilizados para estabelecer o diagnóstico de EI.
E.	o diagnóstico de EI no idoso é facilitado pela existência de múltiplas comorbidades.