PROVA AMRIGS 2019

PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

Instruções

Leia atentamente e cumpra rigorosamente as instruções que seguem, pois elas são parte integrante das provas e das normas que regem a Prova AMRIGS, ACM e AMMS.

1. Atente-se aos avisos contidos no quadro da sala.

2. Seus pertences deverão ser armazenados dentro do saco plástico fornecido pelo fiscal. Somente devem permanecer em posse do candidato caneta esferográfica de ponta grossa, de material transparente, com tinta azul ou preta, documento de identidade, lanche e água, se houver. A utilização de qualquer material não permitido em edital é expressamente proibida, acarretando a imediata exclusão do candidato.

3. Certifique-se de que este caderno:
   - contém 30 (trinta) questões;
   - refere-se ao(s) pré-requisito(s) da especialidade para a qual realizou a inscrição.

4. Cada questão oferece 4 (quatro) alternativas de respostas, representadas pelas letras A, B, C e D, sendo apenas 1 (uma) a resposta correta.

5. No caderno de prova, pode-se rabiscar, riscar e calcular.

6. Será respeitado o tempo para realização da prova conforme previsto em edital, incluindo o preenchimento da grade de respostas.

7. Ao terminar a prova, o candidato entregará ao fiscal da sala a Grade de Respostas devidamente preenchida, a Pesquisa de Satisfação e a Prova, caso deixe o local de prova antes das 2h de início da prova.

8. Os candidatos que deixarem o local de provas antes do tempo previsto poderão levar consigo a capa da prova, que contém, no verso, um espaço para anotação dos gabaritos. Será disponibilizado no site da AMRIGS, ACM e AMMS a prova padrão.

9. A responsabilidade referente à interpretação dos conteúdos das questões é exclusiva do candidato.

10. Os três últimos candidatos deverão retirar-se da sala de prova ao mesmo tempo, devendo assinar a Ata de Prova.

11. Os gabaritos preliminares da prova objetiva serão divulgados na data descrita no Cronograma de Execução.

Boa prova!

V2_30/10/201910:13:0
Controle de QUALIDADE Fundatec
Concursos Fundatec
ISO 9001:2015
A Fundatec utiliza papel com certificação florestal

Espaço para anotação dos gabaritos

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

QUESTÃO 01 – A ação da vasopressina no ducto coletor renal para regulação da permeabilidade à água é mediante:

A) Estimulação da atividade da proteína quinase C via guanilato ciclase.
B) Ligação ao receptor vasopressina do tipo 1 na membrana basolateral.
C) Carreamento da aquaporina 2 por vesículas citoplasmáticas na membrana luminal.
D) Inibição da adenilciclase intracelular nas células principais da membrana basolateral.

QUESTÃO 02 – Mulher de 30 anos, 85 kg e 1,55 m está em uso de atenolol, losartana, metformina, varfarina e azitromicina quando começa a apresentar lesões eritematosas e purpúricas com evolução para bolhas hemorrágicas e necrose nas mamas e coxas. Quais condutas seriam adequadas nesse caso?

A) Substituir a azitromicina por ampicilina e iniciar uso de loratadina.
B) Manter o uso do atenolol e substituir a losartana por captopril.
C) Administrar vitamina K e substituir varfarina por dabigatrana.
D) Substituir a metformina por insulina NPH e desbridar cirurgicamente as lesões cutâneas.

QUESTÃO 03 – Sobre o tratamento de suporte durante o tratamento oncológico, é correto afirmar que:

A) Transfusão de granulócitos tem indicação no manejo da neutropenia febril não responsiva à antibiotiocoterapia.
B) A diminuição da temperatura do couro cabeludo é eficaz para profilaxia da alopecia.
C) Antagonista da neurocinina 1 tem boa indicação na náusea por uso da combinação ciclofosfamida e doxorrubicina.
D) Análogos da somatostatina são a opção de escolha para o manejo da diarreia por quimioterapia.

QUESTÃO 04 – Homem de 77 anos, 80 kg e 1,75 m apresenta fadiga, fraqueza e dispneia progressivas, sem histórico de perda de peso. Ao exame físico, constata-se hepatomegalia e dermatose neutrofílica febril. Qual diagnóstico mais provável?

A) Mielodisplasia.
B) Síndrome mieloproliferativa crônica.
C) Talassemia alfa.
D) Anemia megaloblástica.

QUESTÃO 05 – Homem de 30 anos, 80 kg e 1,80 m apresenta ulcerações aftosas em cavidade oral, foliculite, eritema nodoso, panuveíte bilateral, trombose venosa periférica e artrite em joelhos. Quais alterações devem ser encontradas neste paciente?

A) Edema endotelial, infiltrado neutrofílico e autoanticorpos contra a proteína ligadora do selênio.
B) Deficiência de complemento c3, deficiência das células "natural killers" e deficiência de interleucina 10.
C) Deficiência de zinco, infiltrado polimorfonucleares, autoanticorpos contra a α-enolase.
D) Vasculite da vasa vasorum, deficiência de vitamina B12 e infiltrado linfocítico.

QUESTÃO 06 – Mulher de 55 anos, 60 kg e 1,50 m apresenta episódios recorrentes de *flutter atrial* sem instabilidade hemodinâmica. Qual a conduta mais indicada?

A) Administração de sotalol.
B) Estudo eletrofisiológico com ablação.
C) Cardioversão elétrica.
D) Administração de amiodarona.

QUESTÃO 07 – Qual o distúrbio hidroeletrolítico que está associado com a utilização de β2 agonistas para tratamento de asma brônquica?

A) Hiponatremia.
B) Hipercalcemia.
C) Hipocalemia.
D) Hipermagnesemia.

QUESTÃO 08 – Qual o diagnóstico que está associado aos portadores de doença celíaca?

A) Deficiência de imunoglobulina E.
B) Dermatite herpetiforme.
C) Diabetes mellitus tipo 2.
D) Hipotireoidismo.

QUESTÃO 09 – Homem de 69 anos é encaminhado ao ambulatório de clínica médica no pré-operatório de colecistectomia por colelitíase sintomática. Faz acompanhamento regular por hipertensão e cardiopatia isquêmica (história de angioplastia de circunflexa com colocação de stent há 3 anos). Nega dor torácica ou dispneia mesmo aos moderados/grandes esforços. Costuma andar de bicicleta diariamente para ir até a casa de sua filha e cuida de sua horta domiciliar, com uso de pá e enxada. Faz uso regular de AAS 100 mg, hidroclorotiazida 25 mg, enalapril 10 mg, metoprolol 100 mg/dia e atorvastina 10 mg. Ao exame: PA 110/80, FC 60 bpm, ritmo regular à ausculta cardíaca, sem sopros. Ausência de sopro carotídeo. Exames laboratoriais pré-operatórios normais. ECG com bradicardia sinusal (FC 58 bpm). Qual conduta pré-operatória mais adequada?

A) Liberação clínica para o procedimento, com suspensão do AAS 7 dias antes da cirurgia.
B) Liberação clínica para o procedimento, sem exames ou mudanças na prescrição vigente.
C) Liberação clínica para o procedimento, após realização de teste não invasivo para estratificação de risco cardiovascular.
D) Liberação clínica para o procedimento, após suspensão do metoprolol e consequente realização de teste não invasivo para estratificação de risco cardiovascular.

QUESTÃO 10 – Um paciente de 74 anos encontra-se hospitalizado no segundo pós-operatório de colectomia parcial com anastomose primária por suspeita de neoplasia. Durante a visita rotineira para a avaliação dos sinais vitais, a técnica de enfermagem encontra o paciente sonolento, mas que desperta ao ser chamado – PA: 100/60 mmHg; Tax: 37,3; frequência cardíaca: 94 bpm e frequência respiratória de 20 mpm. Voltando ao posto assistencial, ela questiona a enfermeira se o time de resposta rápida (TRR) deve ser acionado. A enfermeira também ficou com dúvidas e pediu auxílio ao residente de clínica médica, que, por acaso, estava passando pela unidade da internação cirúrgica. Supondo que o residente conheça a conduta adequada, qual foi sua resposta?

A) O TRR não precisa ser acionado, já que o paciente está em pós-operatório recente e a alteração do sensório pode ser por excesso de analgesia.
B) A alteração do estado de consciência e o nível pressórico são um sinal de alerta, é realizada a coleta de exames laboratoriais, incluindo lactato, para evitar chamar sem necessidade o time de hospitalistas.
C) Mesmo sem febre, deve-se chamar o TRR prontamente, pois um diagnóstico de sepse não pode ser afastado e a pronta avaliação, com início precoce de antibióticos, é a medida que mais reduz mortalidade.
D) Chamar a equipe cirúrgica para uma reavaliação do abdome e potencial necessidade de exame de imagem para descartar deiscência de anastomose. Até a reavaliação pela equipe assistente, sugere realizar SF 500 ml em bolus, que encontrasse a critério médico na prescrição.

QUESTÃO 11 – Sobre terapias antimicrobianas de uso hospitalar, assinale a alternativa INCORRETA.

A) Tigeciclina pode ser utilizada em monoterapia para pacientes com infecção urinária causadas por bactérias gram-negativas produtoras de betalactamase de espectro estendido (ESBL).
B) Ceftazidima/avibactam é uma boa escolha terapêutica para tratamento de infecções graves causadas por bactérias produtoras de carbapenemase, independentemente do seu mecanismo de resistência.
C) Piperacilina/tazobactam 4,5 g EV 8/8h (para pacientes com função renal normal) em infusão estendida, reduz mortalidade nas infecções causadas por gram-negativos não-fermentadores, especialmente *Pseudomonas aeruginosa*.
D) Uso da vancomicina com controle adequado de nível sérico mostrou-se igualmente efetivo quando comparado a novos antimicrobianos no tratamento de pneumonia hospitalar ocasionada por *S. aureus* Meticilina Resistente (MRSA).

QUESTÃO 12 – Paciente de 70 anos apresentou, há 4 meses, episódio de fibrilação atrial, revertido com uso de amiodorona, encontrando-se agora com controle de ritmo e frequência. Em consulta de rotina com seu cardiologista, questionou como estaria sua tireóide, pois leu na bula do medicamento sobre uma frequência elevada de alterações tireoidianas. Nesse sentido, quanto às alterações tireoidianas induzidas por amiodarona, analise as assertivas abaixo:

I. Em pacientes com indicação de manutenção do tratamento antiarrítmico, deve-se iniciar tratamento com levotiroxina sempre que paciente sintomático ou níveis de TSH > 10 mU/L.
II. Em pacientes com hipotireoidismo subclínico e anti-TPO positivo, deve-se considerar tratamento com levotiroxina.
III. Após retirada da amiodarona, os níveis de TSH voltam ao normal em 2 a 4 meses.

Quais estão corretas?

A) Apenas I e II.
B) Apenas I e III.
C) Apenas II e III.
D) I, II e III.

QUESTÃO 13 – Mulher de 70 anos, com diagnóstico de TB pulmonar há 4 meses, em tratamento regular com RHZE – RH, procura atendimento médico por tremores em membros superiores e cefaléia progressiva nos últimos 40 dias. Nega tabagismo ou etilismo. Diabética tipo 2, em uso de hipoglicemiante oral. Nega febre recente. Exame físico neurológico sem alterações de pares cranianos e discreta diminuição de força em membros superiores. Sem outras alterações no exame físico. RNM demonstra múltiplas lesões anelares. Tomografia de tórax revela lesão nodular sólida escavada no lobo inferior direito, associada a nódulos centroacinares arborescentes adjacentes. Foi submetida à ressecção da lesão pulmonar cujo AP revelou inflamação crônica granulomatosa com necrose caseosa com pesquisa de BAAR positiva. Frente a esse caso, assinale a alternativa INCORRETA.

A) Infecção por Nocardia deve ser considerada no diagnóstico diferencial por ser BAAR positivo no pulmão sem resposta à esquema terapêutico adequado para tuberculose, com disseminação para Sistema Nervoso Central (SNC).
B) O correto seria realizar primeiramente biópsia em SNC, já que a presença de BAAR na lesão pulmonar pode ser residual.
C) Em locais de alta endemicidade de tuberculose, não é improvável a co-infecção com nocardiose.
D) A possibilidade de tratar-se de um caso de TB resistente, com progressão da doença em vigência do tratamento, não pode ser descartada até que nova cultura do *Mycobacterium tuberculosis* com seus respectivos perfis de sensibilidade sejam divulgados.

QUESTÃO 14 – Homem de 83 anos está internado há 2 dias por quadro de gastroenterite viral, com desidratação e perda de função renal. Foi manejado com ressuscitação volêmica e sintomáticos. No segundo dia de internação apresenta quadro de ortopnéia e queda da saturação. Ausculta pulmonar com crepitantes difusos. RX de tórax no leito apresenta diversão de fluxo, sugerindo congestão. Frente ao quadro de edema agudo de pulmão (EAP) e certa limitação para uso de diurético, foi indicado pelo hospitalista uso de ventilação não-invasiva (VNI). Em relação ao uso de VNI em pacientes com EAP, assinale a alternativa correta.

A) A utilização de dois níveis de pressão (IPAP e EPAP) é indicada para descanso da musculatura respiratória e melhora da ventilação.
B) A utilização de dois níveis de pressão (IPAP e EPAP) é indicada para melhora da ventilação e recrutamento dos alvéolos.
C) A utilização de CPAP é indicada para descanso da musculatura respiratória e melhora da ventilação.
D) A utilização de CPAP é indicada para melhora da hipoxemia e da hemodinâmica.

QUESTÃO 15 – Paciente de 66 anos, com histórico de insuficiência cardíaca (IC) de fração de ejeção normal, interna na unidade de terapia intensiva cardiológica por quadro de insuficiência ventilatória. RX de difícil avaliação, na chegada, revela infiltrado difuso. Foi iniciada terapia com diurético de alça e antibiótico (ampicilina/sulbactam + azitromicina), considerando a possibilidade de infecção respiratória como causa de descompensação da IC. Foram coletados marcadores inflamatórios com os seguintes resultados: PCR 60 mg/dl; Procalcitonina 0,2 ng/ml. Qual a melhor interpretação desses resultados?

A) Paciente apresenta infecção bacteriana, já que a PCR veio inicialmente elevada.
B) Há necessidade de coletar os dois marcadores e sua relação para diagnóstico preciso de infecção.
C) Valores abaixo de 0,5 ng/dl de procalcitonina apresentam alto valor preditivo negativo para presença de infecção bacteriana. Esse achado poderá permitir rápida suspensão do esquema antimicrobiano na avaliação sequencial do caso.
D) A infecção possivelmente é viral.

QUESTÃO 16 – Homem de 67 anos descobriu, em 2012, uma neoplasia de cólon direito (T2N1M0). Na época realizou tratamento cirúrgico, seguido de quimioterapia. Em 2019, em avaliação de rotina com seu clínico geral, encontrou um nódulo pulmonar em RX de tórax. Encontra-se assintomático, sem alterações em exame físico. Colonoscopia normal do ínicio deste ano. Antígeno carcinoembriônico (CEA) 20. Quanto ao seguimento diagnóstico do caso, assinale a alternativa INCORRETA.

A) Existe a possibilidade de tratar-se de um segundo tumor primário.
B) Tomografia de tórax e abdome fazem parte do seguimento da investigação desse paciente.
C) A elevação do CEA confirma recidiva de adenocarcinoma de cólon, mesmo com a colonoscopia recente normal e é indicativa de quimioterapia de resgate.
D) A PET-CT poderia auxiliar no diagnóstico por tratar-se de um paciente com histórico de neoplasia colônica prévia, com CEA elevado e sem lesão em método de imagem convencional, assim como para melhor elucidação do nódulo pulmonar solitário.

QUESTÃO 17 – Homem de 54 anos, diabético em acompanhamento rotineiro na unidade básica de saúde, vem à consulta de rotina com PA 150/90mmHg, sem outros achados novos em seu exame físico. Exames laboratoriais prévios – Glicemia de jejum: 148 mg/dl; hemoglobina glicada: 7,8%; Cr: 1,8; U: 65; Na: 140; K: 4,8. Optou-se por iniciar dose de enalapril 5 mg 12/12h e programou-se retorno ambulatorial em 30 dias. Qual exame deve ser acrescentado às orientações rotineiras para a próxima consulta?

A) Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA).
B) Potássio sérico.
C) Hemoglobina glicada.
D) Relação albumina/creatinina urinária.

QUESTÃO 18 – Homem de 57 anos apresenta quadro de dor abdominal, com evolução de dois anos, progressiva, mais importante em hipocôndrio esquerdo, associada à saciedade precoce. Refere também astenia e sudorese noturna. Ultimamente relata tontura e visão turva. Nega febre. Ao exame físico, paciente apresenta massa palpável em hipocôndrio esquerdo. Traz hemograma solicitado em consulta na Unidade Básica de Saúde, que revela hb: 10,3; VCM: 80; Leucócitos totais: 150500; Eosinófilos: 6%; Basófilos: 11%; Metamielócitos: 8%; Mielócitos: 13%; Bastonados: 20%; Neutrófilos: 40%; Linfócitos: 9%; Plaquetas: 850000. Qual resultado de exame é cardinal para o diagnóstico definitivo deste caso?

A) Análise citogenética com a presença do cromossomo Philadelphia.
B) Tomografia abdominal total com hepatoesplenomegalia.
C) LDH elevado.
D) Presença de blastos no aspirado de medula óssea.

QUESTÃO 19 – Em relação à Doença Renal Crônica (DRC), assinale a alternativa INCORRETA.

A) O declínio na taxa de filtração glomerular não é acompanhado obrigatoriamente por um declínio em paralelo da excreção de potássio urinário.
B) A calcifilaxia é uma das complicações descritas em pacientes em tratamento com hemodiálise ou DRC avançada.
C) A calcinose tumoral é uma das alterações que podem ocorrer em pacientes com DRC em tratamento com hemodiálise.
D) Na DRC, os níveis de prolactina geralmente caem (ou estão no limite inferior do normal).

QUESTÃO 20 – Homem de 46 anos encontra-se no quinto pós-operatório de menismectomia de joelho direito por uma torção durante treino de arte marcial, procura emergência com queixa de dispneia progressiva nas últimas 24h evoluindo para dor ventilatório-dependente à direita. Apresenta história de asma leve desde a adolescência. Sinais vitais na avaliação inicial revelam PA 120/80 mmHg, FC 110 bpm, Tax 37,6; FR 20 mpm. Ausculta pulmonar normal. Medida de saturação venosa de oxigênio de 90% em ar ambiente. Exame dos membros inferiores revela edema do membro inferior D, com discreto aumento de diâmetro comparado ao esquerdo. Frente às possíveis hipóteses diagnósticas, assinale a alternativa correta.

A) A coleta de D-dímeros está indicada já que valores elevados no contexto do caso são essências no diagnóstico de trombose venosa em membro inferior direito ou tromboembolismo pulmonar (TEP).
B) A ausência de sibilos na ausculta pulmonar descarta a possibilidade de broncospasmo como causa da dispneia.
C) O paciente apresenta alta probabilidade de TEP e, portanto, deve ser submetido à uma angiotomografia de tórax se não houver histórico de alergia à contraste.
D) Febrícula e dor ventilatório-dependente são achados que aumentam a possibilidade de infecção pulmonar. Na presença de uma alteração parenquimatosa em RX simples, não há necessidade de realizar angiotomografia de tórax para exclusão de TEP.

QUESTÃO 21 – De acordo com o Consenso Gold (*The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*), para um paciente com diagnóstico de DPOC com mais de duas exacerbações ou uma ou mais admissões em hospital e categorizado como pouco sintomático – escalas *Modified Medical Research Council* (mMRC) de 0-1 e *COPD Assessment Test* (CAT) < 10, portanto, Grupo C (Grupo de Severidade do DPOC). Nesse sentido, qual o tratamento indicado, fora das crises de exacerbação? (Considere LABA – b2-agonista de longa duração; LAMA – anticolinérgico de longa duração; SABA – b2-agonista de curta duração; SAMA – anticolinérgico de curta duração).

A) Um broncodilatador isolado – LABA.
B) Um LABA e SAMA.
C) Roflumilast se FEV1 inferior a 50% do previsto.
D) Um LAMA.

QUESTÃO 22 – Assinale a alternativa INCORRETA sobre a Doença de Wilson (degeneração hepato-lenticular).

A) O diagnóstico é difícil e pode ser baseado na demonstração de uma redução na excreção do cobre urinário (menor de 40 mcg/24 h) ou alta ceruloplasmina sérica (maior que 20 mg/dl).
B) Pode estar associado a alterações neurológicas e à presença de anéis de Kayser-Fleischer.
C) Pode estar associado à anemia hemolítica (coombs negativo).
D) A pesquisa de mutações ATP7B (adenosina trifosfatase transportadora de cobre) pode ser diagnóstica.

QUESTÃO 23 – Homem de 38 anos procura atendimento em posto de saúde por queixa de fadiga com intolerância à atividade física e dor muscular principalmente em membros inferiores. HAS diagnosticada há 3 anos, de difícil controle, em uso de 4 medicamentos anti-hipertensivos, além de DM2 e dislipidemia há 6 meses. Sua esposa relata que o paciente apresenta labilidade emocional. Ao exame físico, PA 150/80 mmHG, peso 92 kg, altura 1,62 m. Equimoses em membros superiores. Fácies em "lua-cheia", GIBA, acantose nigricans em região cervical. Estrias violáceas em abdome. Força grau 5+/5+ em membros superiores e inferiores. Qual exame diagnóstico seria indicado na avaliação inicial desse paciente?

A) TC de abdome.
B) Dosagem sérica de cortisol e ACTH.
C) RNM de sela túrcica.
D) Cortisolúria de 24h ou cortisol após 1 mg de dexametasona.

QUESTÃO 24 – Quanto ao tratamento de insuficiência cardíaca, analise as seguintes assertivas:

I. Independentemente do fenótipo da IC, os objetivos terapêuticos são controle da congestão, estabilização da frequência cardíaca e pressão arterial e melhora da tolerância ao exercício.
II. É necessário identificar possíveis fatores de descompensação da IC como não adesão ao tratamento prescrito, uso de medicamentos cardioestimulantes e infecção, já que suas correções/tratamentos são ponto crítico para o manejo adequado da IC.
III. Mudança no peso corporal, associada a melhora de achados em exame físico, como turgência jugular, são úteis para determinar necessidade/dosagem de diurético e forma de administração.
IV. Uso de antagonistas da aldosterona (p. ex.: espironolactona) está associado com redução de mortalidade e hospitalizações em todos estágios da IC com fração de ejeção reduzida.

Quais estão corretas?

A) Apenas I e III.
B) Apenas II e IV.
C) Apenas I, II e III.
D) I, II, III e IV.

QUESTÃO 25 – Mulher de 27 anos vem à consulta clínica, encaminhada por seu ginecologista, por cansaço. Refere que iniciou dieta vegetariana há 1 ano e, desde então, perdeu aproximadamente 8 kg. Nulípara, apresenta ciclos menstruais regulares, com aproximadamente 6 dias de sangramento, sendo os dois primeiros com fluxo intenso. Traz hemograma – hb: 11; VCM: 82; RDW: 15%. Qual mecanismo fisiopatológico da anemia e quais exames devem ser solicitados?

A) Sangramento inapropriado e carencial – ferro sérico, ferritina, saturação de transferrina, capacidade ferropéxica.
B) Carencial – ferro sérico, vitamina B12, ácido fólico.
C) Sangramento inapropriado – TP, KTTP, ferro, ferritina.
D) Carencial – ferro sérico, ferritina, saturação de transferrina, capacidade ferropéxica, vitamina B12 e ácido fólico.

QUESTÃO 26 – Sobre insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada podemos afirmar que:

A) Por sua prevalência alta, tanto em pacientes com ou sem insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial sistêmica não corrobora o diagnóstico de insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada.
B) A idade é um fator determinante para a suspeita de insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada, sendo esta última muito frequente em pacientes jovens ou de meia idade.
C) A doença coronariana isquêmica pode contribuir para o surgimento de insuficiência cardíaca de fração preservada através do surgimento de fibrose subendocárdica ou de disfunção isquêmica transiente.
D) Diabete melito pode estar associada ao surgimento da insuficiência cardíaca de fração preservada causando aumento da fibrose pericárdica com consequente obstrução da via de saída.

QUESTÃO 27 – Mulher de 72 anos vem à consulta no ambulatório de clínica médica por apresentar dor precordial em aperto, com duração de alguns minutos e alívio com repouso. Traz um eletrocardiograma com alterações inespecíficas da repolarização e um ecocardiograma com doppler mostrando estenose aórtica severa. Qual o próximo exame a ser solicitado?

A) Teste ergométrico.
B) Ecografia de estresse com dobutamina.
C) Ressonância nuclear magnética.
D) Cineangiocoronariografia.

QUESTÃO 28 – O diagnóstico de sífilis tem sido cada vez mais frequente: dados oficiais do Ministério da Saúde, publicados em 2018, mostram que a detecção da sífilis adquirida no Brasil passou de 44,1 casos para cada 100 mil habitantes em 2016 para 58,1 casos para cada 100 mil habitantes em 2017. Sobre a evolução clínica, diagnóstico e tratamento da sífilis, analise as assertivas abaixo:

I. Sífilis adquirida é uma infecção crônica sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, usualmente sexualmente transmitida e caracterizada clinicamente por episódios de doença ativa interrompidos por longos períodos de latência.
II. Sífilis latente é diagnosticada em pacientes assintomáticos, não previamente tratados, que apresentam sorologia positiva para sífilis e exame liquórico normal.
III. Após tratamento para sífilis primária, a titulação dos testes não treponêmicos geralmente reduz ou torna-se não reagente. Já os testes treponêmicos permanecem reagentes mesmo após o tratamento efetivo da doença, o que inviabiliza seu uso para determinação do status atual de infecção.
IV. Para os casos de neurossífilis, está indicado o uso de ceftriaxone endovenosa já que a penicilina aquosa não atinge concentrações liquóricas adequadas no sistema nervoso central.

Quais estão corretas?

A) Apenas I e III.
B) Apenas II e IV.
C) Apenas I, II e III.
D) I, II, III e IV.

QUESTÃO 29 – Quanto à gestação em mulher com Diabetes Melito tipo 1, é correto afirmar que:

A) A presença de retinopatia ou alteração na função renal contraindica a gravidez.
B) Inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA) ou bloqueador de receptor de angiotensina devem ser descontinuados antes da gestação.
C) Insulinas pré-misturadas são preferidas em relação a múltiplas doses diárias de insulina.
D) O alvo da glicemia duas horas pós-prandial é igual ou inferior a 140 mg/dL.

QUESTÃO 30 – Quanto à hiperprolactinemia, é INCORRETO afirmar que:

A) Avaliação da macroprolactina é recomendada na presença de hiperprolactinemia assintomática.
B) O diagnóstico diferencial inclui hipotireoidismo e insuficiência renal.
C) Na suspeita de hiperprolactinemia por medicações, as mesmas devem ser descontinuadas por 3 dias, seguindo-se reavaliação da prolactina.
D) Estrógenos ou testosterona são contraindicados no hipogonadismo induzido por hiperprolactinemia medicamentosa.