



PROCESSO SELETIVO

RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – **TIPO 03**

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **MEDICINA INTENSIVA**

DATA: 26/01/2025 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (**TIPO 03**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 03) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30** do início desta.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

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

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

PROCESSO SELETIVO- RESIDÊNCIASUESPI – MEDICINA INTENSIVA
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.

RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	



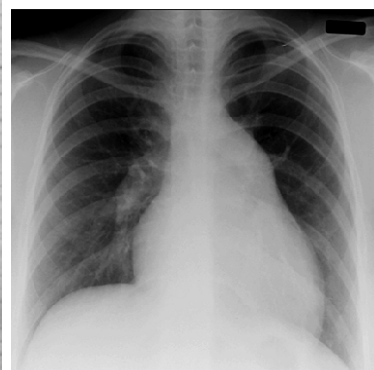
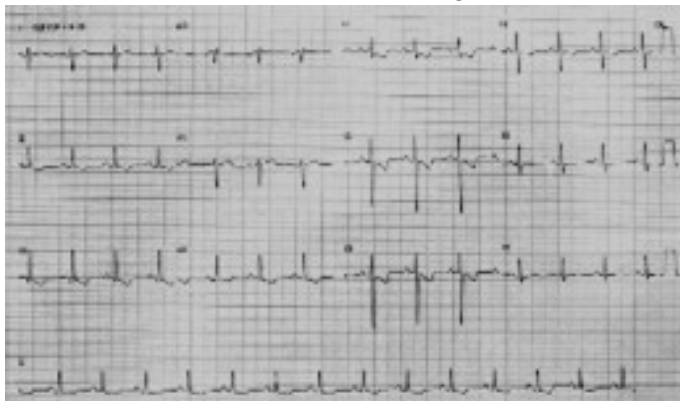
PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI



Nº DE INSCRIÇÃO						

CLÍNICA MÉDICA

- 01.** Assinale a alternativa que **NÃO** contém um achado típico encontrado na esclerose lateral amiotrófica, fazendo, portanto, se questionar essa hipótese:
- Fasciculações em vários músculos, inclusive na língua.
 - Liberação piramidal, incluindo sinal de Babinski.
 - Fraqueza progressiva levando à tetraparesia.
 - Envolvimento de musculatura bulbar levando a disfonia e disfagia.
 - Redução de sensibilidade nas extremidades padrão "bota e luva".
- 02.** Sobre o AVC hemorrágico (AVCH), assinale a alternativa **CORRETA**.
- A etiologia hipertensiva é a principal, sendo a topografia lobar a mais comum, principalmente no lobo frontal, pela rica vascularização.
 - Na fase aguda, semelhante ao AVC isquêmico não trombolisável, a redução da pressão arterial não é necessária de forma agressiva nas primeiras 24h.
 - A angiopatia amiloide é uma causa comum de hemorragia lobar em idosos que não têm hipertensão arterial.
 - Não há nenhum sinal radiográfico preditor de expansão do hematoma, sendo a RM crânio essencial nos 3 primeiros dias do ictus, para avaliar de forma melhor a etiologia do AVCH.
 - O uso de anticonvulsivante de forma profilática está indicado em todos os tipos de AVCH, principalmente na localização talâmica.
- 03.** Ao receber um laudo de RM crânio, realizada hoje, de um paciente com hemiparesia direita há 3 dias de início súbito, descrevendo área de 10 mm com restrição das moléculas de água à sequência de difusão em topografia da cápsula interna à esquerda, pode-se concluir que
- essa área não explica o déficit do paciente, portanto o laudo deve ser revisado.
 - há isquemia aguda tendo como provável etiologia doença de pequenos vasos.
 - é fundamental o estudo com angiografia cerebral para investigação complementar, pois é possível haver hemorragia associada com área de isquemia aguda.
 - há um achado típico de hemorragia hipertensiva em sua topografia mais comum.
 - o contraste (gadolíneo) é fundamental para excluir abscesso, pois a ausência de captação é comum em processos infecciosos.
- 04.** Paciente do sexo feminino com 38 anos de idade foi atendida no ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário com queixa de dispneia, apresentando piora progressiva no último mês. Após avaliação clínica inicial, foram realizados exames de eletrocardiograma e radiografia de tórax, que evidenciaram algumas alterações. Diante dos exames realizados, qual a principal hipótese diagnóstica e quais alterações são observadas nos exames a seguir?

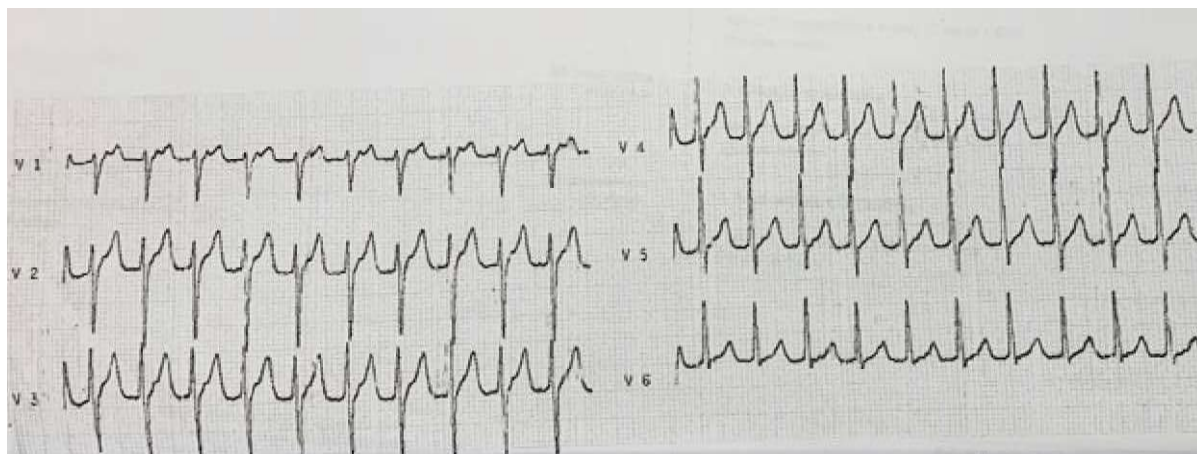


- a) Síndrome de Takotsubo; eixo elétrico do QRS desviado para a esquerda; radiografia de tórax com sinal do quarto arco.
- b) Hipertensão arterial pulmonar; “*strain* de VD” e abaulamento do tronco da artéria pulmonar.
- c) Hipertensão essencial; eixo elétrico do QRS para a direita e abaulamento do tronco da artéria aorta.
- d) Taquicardia sinusal; eixo elétrico do QRS desviado; sinal de Westmark.
- e) Pericardite aguda; eixo elétrico do QRS para a esquerda; infradesnível do intervalo PR.

05. Assinale a alternativa **CORRETA** quanto ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), de acordo com a aferição da pressão arterial (PA) em consultório ou em nível ambulatorial. MAPA = Monitorização ambulatorial da PA; MRPA = Monitorização residencial da PA.

- a) Normotenso: PA <120/80mmHg no consultório e PAS na vigília de 136 mmHg na MAPA.
- b) Hipertensão mascarada: PA <135/85 no consultório e média de 130/80 mmHg na vigília em exame de MAPA.
- c) Hipertensão do jaleco branco: PA > 140/90 mmHg no consultório e na vigília da MAPA com valor médio de 136/86.
- d) Hipertensão verdadeira: PA >140/90 mmHg no consultório e >135/85 mmHg na média de vigília da MAPA.
- e) Hipotensão do jaleco branco: PA < 120/80 mmHg no consultório e >130/85 na vigília da MAPA.

06. Paciente do sexo feminino é admitida com queixa de palidez e palpitações taquicárdicas. O ECG de admissão está demonstrado a seguir. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a primeira conduta a ser adotada.



- a) Fibrilação ventricular e diálise.
- b) Taquicardia ventricular sem pulso e ablação renal.
- c) Taquicardia paroxística supraventricular e manobra vagal.
- d) Atividade elétrica sem pulso e massagem cardíaca.
- e) Fibrilação atrial e adenosina.



07. A úlcera péptica gastroduodenal é uma patologia de grande relevância, com prevalência variável de acordo com a região do mundo analisada, idade da população e condições higienossanitárias, fatores esses que podem estar envolvidos ou serem predisponentes em sua etiopatogenia. Analise as afirmativas abaixo e assinale a informação **CORRETA**.

- a) A úlcera péptica por uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e ácido acetilsalicílico tem localização, principalmente, duodenal, sendo causa frequente de perfuração em pacientes com doenças reumatológicas e cardiopatas pelo uso dessas medicações.
- b) A despeito do uso frequente de inibidor de bomba de prótons como automedicação, a obstrução pilórica secundária à úlcera de canal pilórico representa causa frequente de atendimento em urgência.
- c) A Síndrome de Zollinger - Elisson tem como característica a hipersecreção de ácido gástrico por produção ectópica de gastrina por um gastrinoma, levando à formação de úlceras pépticas no esôfago e no estômago, além de úlceras autoadesivas na cavidade oral.
- d) O sangramento digestivo por úlcera péptica é complicação pouco frequente após o advento e uso de inibidores de bomba de prótons.
- e) Em pacientes portadores de úlcera péptica não complicada causada pelo H.pylori, o tratamento com antibióticos associados ao inibidor de bomba de prótons durante 14 dias, em geral, é o suficiente para a cicatrização da úlcera.

08. A pancreatite aguda é uma condição inflamatória que envolve o pâncreas, podendo ter acometimento de tecido peripancreático associado ou não a acometimento de sistemas orgânicos, o que pode evoluir para a falência de um ou mais órgãos, em casos mais graves. Das afirmativas abaixo, assinale a **CORRETA**.

- a) A tomografia computadorizada de abdome é o primeiro exame de imagem solicitado no atendimento aos pacientes com suspeita de pancreatite aguda.
- b) Amilase e lipase são bons marcadores de diagnóstico de pancreatite aguda, e seus níveis, quando muito elevados, representam uma relação direta com a gravidade do quadro.
- c) A tomografia computadorizada (TC) e a Ressonância magnética de abdomen (RM) podem ser utilizadas para identificar complicações locais, mas não devem ser realizadas de maneira precoce com essa finalidade, pois os achados podem não estar ainda bem evidentes.
- d) A antibioticoterapia profilática deve ser instituída na pancreatite aguda, para diminuir os riscos de progressão do quadro e a translocação bacteriana.
- e) A hidratação venosa vigorosa, de preferência com soro fisiológico, segundo estudos mais recentes, é fundamental para melhorar a evolução da doença, devendo ser iniciada o mais precocemente possível, usando-se em torno de 2 a 3 litros nas primeiras horas de admissão do paciente na urgência.

09. A hipertensão portal é uma anormalidade hemodinâmica associada às mais graves complicações da cirrose hepática, como ascite, encefalopatia hepática, desenvolvimento de circulação colateral e sangramento digestivo por rotura de varizes de esôfago. O manejo e, principalmente, a prevenção dessas complicações impactam diretamente na sobrevida dos pacientes cirróticos. Assinale a alternativa a informação **CORRETA**.

- a) O manejo do paciente com hemorragia digestiva alta (HAD) varicosa tem como meta manter pressão arterial média (PAM) < 60 mm Hg, com a finalidade de evitar ressangramento.
- b) A Classificação de Child Pugh-Turcotte é a mais frequentemente utilizada para avaliar a gravidade dos pacientes cirróticos e se baseia em parâmetros como dosagem de creatinina, o tempo de protrombina ou da reação normalizada internacional (INR) e bilirrubina.



- c) Peritonite bacteriana espontânea (PBE) é a infecção mais característica do paciente com cirrose hepática, ocorrendo infecção do líquido ascítico na ausência de foco séptico intra-abdominal.
- d) Síndrome hepatorenal tem como definição a insuficiência renal que se desenvolve no paciente cirrótico em estágio terminal de doença, com elevação progressiva nos níveis de creatinina e anúria.
- e) Encefalopatia hepática representa uma complicação decorrente da insuficiência hepática, levando à incapacidade do fígado em metabolizar a amônia, ocorrendo, portanto, em pacientes em estágio final de doença.

10. Paciente do sexo masculino, 58 anos, há 8 anos apresenta dor na coluna cervical à direita, de caráter mecânico e intermitente. No último mês, além de piora da dor, passou a apresentar dormência no terceiro dedo da mão direita. O exame físico mostra dor à palpação de processos espinhosos cervicais inferiores. Ao posicionar o pescoço do paciente em extensão/rotação para direita e fazer pressão sobre o topo de sua cabeça, observa-se aumento da dor e parestesia referidos. Evidenciou-se, ainda, redução da força resistida da extensão do cotovelo direito e do reflexo tricipital direito.

Dentre os diagnósticos a seguir, assinale o **CORRETO**.

- a) Neuropraxia comprometendo a raiz C6.
 - b) Hérnia discal com compressão da raiz C8.
 - c) Espondiloartrose com compressão da raiz C7.
 - d) Espondilolistese com envolvimento da raiz C5.
 - e) Espondiloartrite com compressão de C6.
- 11.** Paciente do sexo feminino, 68 anos, há 6 meses foi diagnosticada com artrite reumatoide. No momento, apresenta-se com atividade de doença alta. Os últimos exames complementares mostram:

	Resultado	Valor de referência
Hemoglobina	10	13,3-16,5 g/dL
Hemossedimentação	50	2-28 mm/1ª hora
Proteína C-reativa	20	< 3 mg/L
Creatinina	1,8	0,6-1,1 mg/dL
Taxa de filtração glomerular estimada (MDRD)	28	> 90 mL/min
Fator reumatoide	150	< 14 UI/mL
Antipeptídeo citrulinado cíclico	200	inferior a 5 U/mL

Considerando o uso do metotrexato, qual a conduta **CORRETA**?

- a) Não prescrever.
- b) Fazer em dose reduzida, 5-7,5 mg/semana.
- c) Fazer em dose reduzida, 10-12,5 mg/semana + ácido fólico 5mg 2 x semana.
- d) Fazer em dose plena, 15-17,5 mg/semana + ácido fólico 5 mg 2 x semana.
- e) Fazer em dose plena, 17,5 – 25 mg/semana + ácido fólico 5 mg 2 x semana.



12. Paciente do sexo masculino, 65 anos, hipertenso há 20 anos, faz uso de losartana 100 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. Renal crônico, está há 5 anos em tratamento conservador. Há 4 dias apresenta dor, edema, calor e rubor exuberantes na 1ª articulação metatarsofalangeana direita. Refere que a primeira vez que apresentou um quadro semelhante foi há cerca de 10 anos, sendo que, no último ano, ocorreram três episódios semelhantes ao atual. Nega trauma no local ou outros sinais ou sintomas. Os exames laboratoriais realizados mostram:

	Resultado	Valor de referência	Unidade
Ácido úrico	6,2	3,4-7,0	mg/dL
Creatinina	2,5	0,6-1,1	mg/dL
Taxa de filtração glomerular	28	> 90	mL/min
Proteína C-reativa	8,3	Até 1,0	mg/dL

Qual a conduta terapêutica inicial mais indicada para controle da inflamação?

- a) Alopurinol 300 mg/dia.
 - b) Colchicina 0,5 mg 2/2 hs.
 - c) Prednisona 20 mg/dia.
 - d) Naproxeno 500 mg 12/12 hs.
 - e) Prednisona 60 mg/dia.
13. Sobre anemia em pessoas idosas, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Uma causa importante de anemia ferropriva é sangramento pelo trato gastrointestinal.
 - b) Deve-se inicialmente identificar a causa, para iniciar o tratamento.
 - c) Anemia deve ser considerada uma consequência inevitável do envelhecimento.
 - d) A concentração da ferritina sérica (FS) é um marcador das reservas de ferro no organismo.
 - e) O ferro é mais bem absorvido no duodeno e no jejuno proximal.
14. Sobre imunização em pessoas idosas, **NÃO** é correto afirmar:
- a) O esquema padrão da vacina contra influenza é uma dose única anual.
 - b) A vacina contra herpes zoster está contra-indicada em quem já teve a doença.
 - c) A vacina antipneumocócica é rotineiramente indicada para pessoas com idade superior a 60 anos.
 - d) A vacina contra gripe em idosos ajuda na prevenção de complicações como pneumonia e síndrome respiratória aguda grave.
 - e) O esquema padrão da vacina contra hepatite B é de três doses, no esquema 0-1-6 meses.
15. Sobre a deficiência de vitamina B 12, é **INCORRETO** afirmar:
- a) As pessoas idosas apresentam um risco aumentado de desenvolver deficiência de vitamina B12.
 - b) A metformina pode interferir na absorção do complexo fator intrínseco – vitamina B12.
 - c) Dieta vegetariana ou vegana previne a hipovitaminose.
 - d) A anemia megaloblástica é a manifestação hematológica clássica da deficiência de vitamina B12.
 - e) O uso crônico de inibidores de bomba de prótons pode causar deficiência de vitamina B 12.



- 16.** Paciente, 70 anos, portador de diabetes mellitus há 15 anos, negava hipertensão arterial. Foi detectado com creatinina sérica de 1,7 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada em 40 ml/min e microalbuminúria 500 mg/g. Encontra-se em uso de metformina. Ao exame físico: PA 150x90 mmHg, sem edema e sem outras alterações. Considerando que os exames foram confirmados em nova dosagem, qual o tratamento recomendado para preservar progressão da função renal?
- Iniciar com droga que inibe sistema renina-angiotensina-aldosterona e, após 3-6 meses, iniciar dapaglifozina.
 - Iniciar dapaglifozina, manter metformina e, se não houver melhora da creatinina, iniciar losartana após 3 meses.
 - Iniciar com inibidor do sistema renina-angiotensina e associar dapaglifozina juntamente com semaglutida.
 - Iniciar semaglutida, suspender metformina e espironolactona.
 - Introduzir inibidor DPP4 e bloqueador de canal de cálcio.
- 17.** São achados compatíveis com doença renal crônica as alterações presentes por mais de 3 meses, conforme apresentadas na seguinte alternativa:
- Albuminúria, alteração no sedimento urinário e alteração renal na ultrassonografia.
 - Creatinina elevada, edema de membros inferiores e uremia.
 - Taxa de filtração glomerular entre 60 e 90 ml/min, jato urinário fraco e oligúria.
 - Atrofia renal, piúria e urina espumosa.
 - Clearance de creatinina < 60 ml/min, disúria e urgência miccional.
- 18.** Sobre nefrite lúpica, marque a alternativa **CORRETA**.
- São marcadores importantes de possível atividade renal (nefrite lúpica) em pacientes com lúpus: elevação de complemento e proteína c reativa em altos títulos.
 - Os principais achados de nefrite lúpica em atividade são creatinina elevada e presença de atrofia renal.
 - A imunofluorescência com padrão *fullhouse* é típico de classe VI, caracterizada por predomínio de glomérulos com esclerose global.
 - Paciente com classe III e IV deve ser tratado com compulsoterapia com metilprednisolona e ciclofosfamida.
 - Nefrite lúpica é uma das manifestações sistêmicas mais incomuns no lúpus.
- 19.** Paciente, 55 anos, com diagnóstico de neoplasia de mama com metástase óssea há 6 meses. Faz uso de tramadol 50 mg 6/6h devido a dor em coluna lombar. Há 1 semana paciente refere piora da dor, pontuando na escala numérica 8/10. Diante desse caso, qual a melhor conduta para o controle de dor?
- Associar dipirona 500 mg via oral 6/6h.
 - Aumentar o tramadol para 100 mg 6/6h.
 - Suspender o tramadol e iniciar a codeína 30 mg 6/6h.
 - Associar a morfina 10 mg 12/12h.
 - Suspender o tramadol e iniciar a morfina 5 mg 4/4h.



- 20.** Idoso de 80 anos evolui há 1 ano com queixa de esquecimentos e dificuldade de manejar o próprio dinheiro. Após avaliação com minixame do estado mental, foi identificado comprometimento cognitivo. Quais os exames complementares necessários para o diagnóstico do paciente?
- a) Tomografia do crânio, TSH, T4 livre, vitamina B12, ácido fólico, VDRL.
 - b) Ressonância de crânio, TSH, T4 livre, vitamina B12, ácido fólico, 25-OH vitamina D.
 - c) Eletroencefalograma, TSH, T4 livre, vitamina B12, ácido fólico, VDRL.
 - d) Ressonância de crânio, vitamina B12, ácido fólico, vitamina E e zinco.
 - e) Tomografia do crânio, vitamina B12, ácido fólico, punção liquórica com pesquisa de VDRL.

ESPECÍFICA

- 21.** Paciente do sexo masculino, 82 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico e obeso, em uso de losartana, anlodipina, hidroclorotiazida, AAS, metformina e sinvastatina, chega ao pronto-socorro com quadro de hemiparesia completa à direita e afasia de início súbito, o que indica um acidente vascular encefálico com comprometimento do seguinte território vascular:
- a) cerebral anterior.
 - b) cerebral média direita.
 - c) cerebral média esquerda.
 - d) vértebro-basilar.
 - e) cerebral posterior.
- 22.** Considerando o Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217 de 27/09/2019, assinale um direito do médico.
- a) Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.
 - b) Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica.
 - c) Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
 - d) Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.
 - e) Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública em que as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais.
- 23.** Na assistência ao paciente com parada cardiorrespiratória, além de compressões torácicas de alta qualidade, também está recomendada
- a) desfibrilação, quando detectada taquicardia ventricular sem pulso.
 - b) prescrição de fibrinolítico intravenoso.
 - c) administração de vasopressina após três choques.
 - d) toracotomia com massagem cardíaca intratorácica.
 - e) cardioversão sincronizada, quando identificada assistolia.



24. Paciente idosa em pós-operatório recente de correção de fratura de fêmur, tendo recebido alta hospitalar com prescrição de tramadol para controle da dor, evolui em casa com sonolência e vômitos. O médico que a atendeu no pronto-socorro suspeita de intoxicação por opióide, sendo que, durante o exame físico, observou que as pupilas da paciente estavam

- a) normais.
- b) mióticas.
- c) anisocóricas.
- d) midriáticas e fotorreagentes.
- e) midriáticas e sem reação à luz.

25. Paciente feminina de 60 anos queixa-se de dor muscular e fraqueza. É portadora de linfoma não Hodgkin e está em tratamento quimioterápico há trinta dias com ciclofosfamida, vincristina e prednisona. Foi levada ao pronto-socorro com sonolência. Exame físico: temperatura axilar: 36,5°C; frequência cardíaca: 100bpm; pressão arterial: 120/75 mmHg. Exames complementares iniciais: Na plasmático = 120 mmol/L; Kplasmático = 4,5 mmol/L; creatinina sérica = 1,1 mg/dL; glicemia = 165 mg/dL; Na urinário = 42 mmol/L; osmolalidade urinária = 450 mOsm/kg.

Para esse caso, assinale o diagnóstico mais provável.

- a) Doença de Addison.
- b) Pseudo-hiponatremia resultante da hiperglicemia.
- c) Hiponatremia secundária à administração de corticosteroide.
- d) Síndrome de secreção inapropriada no hormônio antidiurético.
- e) Hiponatremia secundária à severa redução do volume circulante.

26. As opções a seguir apresentam informações corretas sobre a tuberculose, **EXCETO**,

- a) A tuberculose pleural é a forma mais comum de tuberculose extrapulmonar em pessoas não infectadas pelo HIV.
- b) A baciloscopia do escarro é indicada em caso de suspeita clínica e/ou radiológica de tuberculose pulmonar, somente se a tosse durar mais que três semanas.
- c) O teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) está indicado, prioritariamente, para o diagnóstico de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes.
- d) A radiografia de tórax tem como principais objetivos excluir outra doença pulmonar associada, avaliar a extensão do acometimento e sua evolução radiológica durante o tratamento.
- e) O paciente com diagnóstico de tuberculose deve ser testado para HIV.

27. Paciente de 30 anos, sexo masculino, deu entrada na Urgência do Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela, referindo que fora picado por uma serpente na região maleolar direita, mas não levou o animal agressor. Queixa-se de dor e edema no local da picada. Nega diarreia, dor abdominal ou vertigem. Ao exame clínico, apresenta fácies normal, equimose e bolhas no local da picada. O paciente apresenta pressão arterial normal e ritmo cardíaco regular, com 70 batimentos por minuto. Nega oligúria e relata urina de aspecto normal.

Diante do quadro, a principal hipótese é de um acidente com serpente do gênero

- a) Micrurus.
- b) Leptomicrus.
- c) Lachesis.
- d) Crotalus.
- e) Bothrops.

- 28.** As opções a seguir apresentam sinais de alarme para dengue grave, **EXCETO**,
- lipotimia.
 - irritabilidade.
 - vômitos persistentes.
 - adinamia.
 - ascite.
- 29.** Na insuficiência renal aguda pré-renal, os parâmetros urinários encontrados são
- fração de excreção de sódio baixa, fração de excreção de ureia baixa e osmolaridade urinária elevada.
 - fração de excreção de sódio baixa, fração de excreção de ureia baixa e osmolaridade urinária baixa.
 - fração de excreção de sódio elevada, fração de excreção de ureia elevada e osmolaridade urinária elevada.
 - fração de excreção de sódio elevada, fração de excreção de ureia baixa e osmolaridade urinária elevada.
 - fração de excreção de sódio elevada, fração de excreção de ureia baixa e osmolaridade urinária baixa.
- 30.** O principal elemento responsável pela osmolaridade sérica é a concentração sérica de
- potássio.
 - ureia.
 - sódio.
 - glicose.
 - aminoácidos.
- 31.** Paciente masculino de 48 anos de idade é admitido na UTI, após ressecção transesfenoidal de adenomade hipófise. Assinale o distúrbio hidroeletrólítico esperado para o caso descrito.
- hipovolemia, hipernatremia e osmolaridade urinária baixa.
 - hipovolemia, hiponatremia e osmolaridade urinária elevada.
 - hipovolemia, hipernatremia e osmolaridade urinária baixa.
 - hipovolemia, hipernatremia e osmolaridade urinária elevada.
 - normovolemia sem disnatremia.
- 32.** Paciente de 65 anos do sexo masculino, com antecedente de hipertensão arterial mal controlada e diabetes, é admitido na UTI com o diagnóstico de acidente vascular cerebral hemorrágico. Chega à unidade com Glasgow 15, hemiplégico à direita, disártrico e com paralisia facial de padrão central, sem outras alterações ao exame neurológico. Encontra-se ainda com FC 65 bpm, PA 210/110 mmHg, FR 18 ir/min, SatO₂ 97% em ar ambiente e com glicemia capilar de 350mg/dL. A imagem a seguir ilustra a tomografia de admissão:





Qual dos seguintes itens NÃO deve fazer parte da prescrição desse paciente?

- a) Nitroprussiato.
- b) Dexametasona.
- c) Avaliação da fonoaudiologia.
- d) Insulina.
- e) Meia de compressão elástica.

33. Com relação à prescrição de nutrição parenteral, assinale a afirmativa **CORRETA**.

- a) Deve ser indicada para pacientes tróficos de baixo risco nutricional, após 48h de jejum, caso não seja possível utilizar o trato gastrointestinal.
- b) Todas as suas formulações podem ser infundidas por via periférica, o que reduz o risco de infecção sistêmica.
- c) O risco de infecções invasivas por fungos é menor nos pacientes que recebem nutrição parenteral, em comparação àqueles que recebem dieta enteral, uma vez que são mais bem nutridos.
- d) É rica em vitaminas e microelementos, não sendo necessária a complementação desses nutrientes por outros modos.
- e) Em pacientes severamente desnutridos, sua taxa de infusão deve ser aumentada vagarosamente, sob pena de causar síndrome de realimentação.

34. Com relação aos aspectos éticos e legais do cuidado do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos em unidades de terapia intensiva, assinale a afirmativa **CORRETA**.

- a) Não é necessário o consentimento da família para a doação de órgãos caso o paciente tenha deixado manifestação em cartório ou tenha o carimbo “doador de órgãos” em seu documento de identificação oficial.
- b) A possibilidade de doação de órgãos deve ser informada aos familiares pela equipe médica assistente assim que houver a suspeita de morte encefálica, antes do início do protocolo, de forma a aumentar as probabilidades de doação.
- c) Caso a família opte por não proceder à doação de órgãos, uma vez concluído o diagnóstico de morte encefálica e esta sendo confirmada, pode-se proceder à retirada do suporte artificial, desligando drogas vasoativas e o ventilador mecânico.
- d) No termo de doação de órgãos, a família não pode optar pela retirada parcial de órgãos, tendo que acatar a doação de forma integral ou fazer recusa total.
- e) O protocolo do diagnóstico de morte encefálica é composto por duas provas clínicas (incluindo duas provas de apneia) e uma prova complementar, que pode ser, por exemplo, um exame de Doppler transcraniano.

35. De acordo com as diretrizes do Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS), determinadas ações são prioritárias para o manejo de lesões que atentam contra a vida em pacientes politraumatizados. É **CORRETO** afirmar que, no trauma, as lesões consideradas como maiores causadoras de morte precoce são as que ocorrem

- a) no tórax.
- b) nas vias aéreas.
- c) em membros inferiores.
- d) no abdome.
- e) no crânio.



36. O choque mais frequente associado às condições de hemorragia, desidratação ou ainda sequestro de líquidos é o

- a) hipovolêmico.
- b) cardiogênico.
- c) obstrutivo.
- d) distributivo.
- e) séptico.

37. Paciente feminina de 32 anos, asmática e obesa, é admitida no pronto-socorro, por taquidispneia, tosse e sibilância difusa com evolução há 1 dia após início de reforma em seu domicílio. Refratária após medidas iniciais otimizadas, encontra-se em máscara não-reinalante 15 L/min, com uso de musculatura acessória, com tiragem intercostal, sem conseguir falar palavras completas, com frequência respiratória de 32 irpm, sonolência, FC125 batimentos por minuto, PA 125 x 75 mmHg e tempo de enchimento capilar < 3s.

Sobre o caso descrito, assinale a afirmativa **CORRETA**.

- a) Como a paciente é asmática, pode ser feita tentativa com ventilação não-invasiva, com boa resposta.
- b) Deve ser tentado novo ciclo de medidas com agonistas beta-2 adrenérgicos, nova dose de corticoide endovenosa, adrenalina subcutânea e sulfato de magnésio.
- c) Se a opção for por intubação orotraqueal, basta colocar um coxim suboccipital para obter a sniffing position.
- d) Se a opção for por intubação orotraqueal, deve ser priorizada a utilização de cetamina como hipnótico, por seu efeito broncodilatador.
- e) A decisão acerca da via aérea deve ser tomada em leito de terapia intensiva, com transferência imediata da paciente, uma vez que ela se encontra estável hemodinamicamente.

38. Sobre o manejo de pacientes com traumatismo crânio-encefálico (TCE), é **CORRETO** afirmar que

- a) em pacientes com TCE moderado atendidos nas primeiras 3 horas após o evento, deve-se administrar ácido tranexâmico na dose de 1g endovenoso a cada 8 horas.
- b) em pacientes com TCE grave, faz parte do cerne do tratamento a administração de dexametasona, endovenosa, com bolus de 10 mg inicialmente e manutenção de 4 mg a cada 6 horas.
- c) em pacientes que evoluem para quadros de hiperatividade simpática paroxística, deve ser feito manejo agressivo com medicações analgésicas e hipnóticas, dando-se preferência para fentanil e quetamina.
- d) o estabelecimento de uma via aérea avançada pode ser postergado em pacientes com pontuação na escala de coma de Glasgow menor ou igual a 8 e sinais de herniação cerebral, se existirem indícios de proteção de vias aéreas no exame físico.
- e) todos os pacientes com TCE grave e necessidade de intubação orotraqueal devem ser hiperventilados nas primeiras horas, ainda que não tenham sinais de hipertensão intracraniana, visando a manter parâmetros neuroprotetores.

39. Paciente de 23 anos, masculino, com antecedente de depressão e transtorno de personalidade borderline é admitido no pronto-socorro por tentativa de autoextermínio com ingestão de cerca de 20g de paracetamol há cerca de 1 hora. Entre outras medidas, em casos de intoxicação aguda, o seguinte antídoto pode ser usado no caso descrito:

- a) Naloxone.
- b) Flumazenil.
- c) Bicarbonato de sódio.
- d) Acetilcisteína.
- e) Vitamina K.

40. Paciente de 26 anos, masculino, em acompanhamento psiquiátrico irregular por esquizofrenia paranoide, é admitido na sala vermelha por quadro de surto psicótico, com risco de heteroagressão. Na entrada, mantém discurso desconexo, está paranoide, agitado e agressivo, com necessidade de contenção química e mecânica. Após administração de haloperidol 5 mg IM por três vezes e clorpromazina 25 mg IM por duas vezes, o paciente evolui, com melhora da agitação, porém apresenta sudorese e alteração no traçado do monitor cardíaco. Obteve-se então o seguinte ECG:



O diagnóstico eletrocardiográfico do caso em questão é

- a) taquicardia supraventricular com aberrância de condução.
 - b) taquicardia ventricular monomórfica.
 - c) taquicardia atrial multifocal.
 - d) taquicardia ventricular polimórfica.
 - e) fibrilação atrial de alta resposta ventricular.
- 41.** Se o paciente descrito na questão anterior (**40**) mantiver o ritmo previamente mostrado e estabilidade hemodinâmica, a conduta mais adequada é
- a) manter monitorização hemodinâmica e aguardar reversão espontânea do ritmo.
 - b) administrar amiodarona EV 150 mg em dose de ataque e 900 mg EV em dose de manutenção, durante 24h.
 - c) administrar metoprolol 5 mg EV em bolus lento, podendo repetir até 15 mg.
 - d) realizar cardioversão elétrica sincronizada com 50J.
 - e) administrar sulfato de magnésio 2g EV em 15 minutos.
- 42.** Qual o principal objetivo no manejo de um paciente com acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico em UTI?
- a) Manter a pressão arterial sistêmica baixa, para evitar sangramentos.
 - b) Evitar o uso de anticoagulantes, mesmo em casos de AVC isquêmico.
 - c) Garantir a reperfusão cerebral o mais rápido possível, com uso de trombólise ou trombectomia.
 - d) Controlar a glicemia de forma estrita, com níveis entre 40-70 mg/dL.
 - e) Iniciar o uso de esteroides, para reduzir a inflamação cerebral.



43. Qual dos seguintes fatores **NÃO** é um critério para o diagnóstico de sepse, de acordo com a definição mais atual?
- Hipotensão persistente, mesmo após reposição volêmica adequada.
 - Aumento da concentração de lactato sérico acima de 2 mmol/L.
 - Temperatura corporal acima de 38,5 °C ou abaixo de 36 °C.
 - Presença de disfunção de múltiplos órgãos.
 - Hiperglicemia isolada, sem infecção associada.
44. Qual a complicação mais comum após uma cirurgia de colecistectomia laparoscópica?
- Hemorragia intra-abdominal.
 - Lesão do ducto biliar principal.
 - Infecção do local da incisão.
 - Apendicite aguda.
 - Fístula gastroentérica.
45. Em um paciente em ventilação mecânica com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), qual estratégia é recomendada para melhorar a oxigenação?
- Ventilação com volumes correntes elevados (>10 ml/kg).
 - Aumento da pressão inspiratória para valores mais altos (>30 cmH₂O).
 - Utilização de volumes correntes baixos (6 ml/kg) e PEEP adequada.
 - Redução do volume corrente para valores abaixo de 2 ml/kg.
 - Manutenção de pressão de plateau elevada (>30 cmH₂O) para melhorar a oxigenação.
46. Qual a principal utilidade do exame FAST (*Focused Assessment with Sonography in Trauma*) em um paciente politraumatizado?
- Avaliar a função renal e a presença de hematúria.
 - Diagnosticar lesões do pulmão e do coração.
 - Identificar fluidos livres no abdome, especialmente em caso de trauma abdominal.
 - Avaliar a perfusão hepática e renal em tempo real.
 - Confirmar a presença de fraturas ósseas visíveis na ultrassonografia.
47. Em relação ao manejo da eclâmpsia, qual a intervenção inicial mais importante?
- Administração de antibióticos de largo espectro.
 - Administração de anticonvulsivantes, como o sulfato de magnésio.
 - Realização de cesariana imediata em todos os casos.
 - Reposição de líquidos com solução salina hipertônica.
 - Monitorização estrita da pressão arterial, sem uso de medicamentos.
48. Qual dos seguintes sinais sugere uma piora no quadro neurológico de um paciente com traumatismo cranioencefálico (TCE) grave?
- Aumento da pressão arterial, com diminuição da frequência cardíaca.
 - Hipotensão arterial, com aumento da frequência cardíaca.
 - Elevação do nível de consciência após redução da sedação.
 - Normalização da pressão intracraniana
 - Aumento do tônus muscular em resposta aos estímulos dolorosos.



- 49.** Qual dos seguintes antibióticos deve ser iniciado imediatamente em caso de sepse grave em um paciente com suspeita de infecção abdominal?
- a) Cefalexina.
 - b) Vancomicina.
 - c) Amoxicilina.
 - d) Ceftriaxona combinada com metronidazol.
 - e) Clindamicina.
- 50.** Em pacientes submetidos à cirurgia de ressecção do cólon (colectomia), qual a complicação mais comum no pós-operatório?
- a) Pneumonia.
 - b) Infecção de ferida cirúrgica.
 - c) Trombose venosa profunda.
 - d) Fístula anastomótica.
 - e) Acidente vascular cerebral.