



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE  
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 18/2018

*Realização:*



# CADERNO DE QUESTÕES

## PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO MEDICINA INTENSIVA

**DATA: 20/01/2019**

**HORÁRIO: das 08 às 10 horas**

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O  
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✎ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ✎ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✎ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta ou azul, escrita grossa.**
- ✎ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

01. Mulher, 36 anos, vítima de atropelamento por caminhão, chega ao Pronto-Socorro trazida por familiares. Encontrava-se em decúbito dorsal, desorientada, apresentando Saturação de O<sub>2</sub> de 87%. Foi submetida a suporte de máscara com reservatório, elevando a Saturação de O<sub>2</sub> para 97%. Apresentava pressão arterial de 90/60 mmHg, pulso de 125 bpm, escore de Glasgow de 12 (abertura ocular - 4, resposta verbal - 3 e resposta motora - 5) e pupilas isocóricas e fotorreagentes. Foram obtidos dois acessos venosos calibrosos para expansão volêmica com Ringer Lactato. Ausculta pulmonar evidencia roncospirais de transmissão em base de hemitórax direito anterior. Nestas circunstâncias, a conduta mais adequada é:
- (A) Expor o paciente completamente, averiguando dorso e extremidades, assim como controlar a hipotermia.
  - (B) Garantir via aérea definitiva, para melhorar a ventilação do paciente.
  - (C) Encaminhar o paciente ao setor de radiologia, para realização de tomografia computadorizada de tórax.
  - (D) Encaminhar o paciente ao setor de radiologia, para realização de tomografia computadorizada de crânio.
  - (E) Fazer analgesia intensa e fisioterapia respiratória, para tratamento do trauma pulmonar existente.
02. Homem, 44 anos, obeso, vítima de ferimento por arma de fogo no tórax em briga de trânsito, chega ao pronto atendimento com vias aéreas pervias, dispneico, com saturação de O<sub>2</sub> de 82%, pressão arterial de 60/40 mmHg, pulso de 50 bpm e inconsciente. Apresenta turgência jugular, murmúrios abolidos em hemitórax direito e hipertimpanismo à percussão. A primeira conduta a ser adotada nesse paciente é:
- (A) Realizar drenagem torácica na sala de trauma, com dreno torácico número 36.
  - (B) Realizar toracocentese no 5º espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e média à direita.
  - (C) Colocar máscara com reservatório em 15 l/min de O<sub>2</sub> e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico para realização de toracotomia.
  - (D) Solicitar radiografia de tórax.
  - (E) Realizar toracocentese no 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular direita.
03. A indicação de antibióticos está muito relacionada com o potencial de contaminação. Cirurgias limpas tem risco em torno de 5% de infecção e não requerem uso de antibióticos profiláticos. Todas as situações abaixo justificam o uso de antibióticos em cirurgias limpas, EXCETO:
- (A) Colectomia em paciente obeso mórbido.
  - (B) Herniorrafia inguinal em paciente diabético descompensado.
  - (C) Tireoidectomia parcial em portador de doença valvular reumática.
  - (D) Herniorrafia epigástrica em paciente imunocompetente.
  - (E) Hernioplastia videolaparoscópica com uso de tela.
04. Nos últimos tempos, vários trabalhos relatam programas e protocolos voltados para a otimização da recuperação pós-operatória (FAST TRACK). Estes programas têm rotinas que podem variar de acordo com a especialidade cirúrgica, mas possuem alguns aspectos em comum. Os seguintes itens fazem parte de uma rotina de otimização da recuperação do paciente cirúrgico, EXCETO:
- (A) reduzir o tempo de jejum pré-operatório.
  - (B) obter termo de consentimento livre e informado.
  - (C) estimular a deambulação precoce.
  - (D) evitar uso de antissepsia no local do sítio cirúrgico.
  - (E) fazer uso racional de antibióticos.
05. Selecione a afirmação verdadeira sobre a epidemiologia da queimadura.
- (A) A maioria das queimaduras ocorre em ambiente de trabalho.
  - (B) A queimadura por líquidos aquecidos é a causa mais comum de queimaduras em crianças menores de 5 anos.
  - (C) Os homens adultos jovens são os mais propensos a sofrer lesões por queimaduras.
  - (D) A causa mais comum de morte em pacientes internados por queimadura é a oclusão das vias aéreas.
  - (E) A prevenção não tem impacto significativo na incidência ou mortalidade de queimadura.
06. O Escore de Blatchford pode ser utilizado para a avaliação do paciente admitido com hemorragia digestiva alta. Neste escore, são fatores de risco e preditores de gravidade, os seguintes critérios, EXCETO:
- (A) úlcera Forrest 1a (presença de sangramento “em jato”).
  - (B) presença de choque à admissão.
  - (C) presença de melena à admissão.

- (D) paciente portador de insuficiência cardíaca congestiva.  
(E) paciente com cirrose hepática.
07. Sobre hemostasia e terapia transfusional, marque a opção INCORRETA.
- (A) Uma cirurgia com menos de 30% de perda sanguínea rápida de volume provavelmente não precisará de hemotransfusão se o paciente for previamente sadio.  
(B) O tratamento de trombocitopenias secundárias às doenças hematológicas, como na Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), deve ser realizado com base em transfusões de plaquetas.  
(C) A aspirina e os outros AINES atuam bloqueando o metabolismo da prostaglandina nas plaquetas.  
(D) Os conceitos tradicionais de coagulação sustentam que existem duas vias pelas quais elas podem ocorrer: uma via intrínseca e a outra extrínseca. Nesse modelo de cascata, as duas vias convergem para uma via comum.  
(E) Os principais riscos associados a hemotransfusão não são mais infecções pelo HIV e hepatites e sim incompatibilidade ABO, contaminação por bactérias e lesão pulmonar relacionada à transfusão.
08. Jovem vítima de ferimento cervical por estilhaço de artefato explosivo caseiro é conduzido pelo SAMU ao departamento de emergência do hospital com múltiplas lesões em face, região cervical e mão direita. Ao exame físico, o paciente apresenta-se consciente, orientado, eupneico, conversando, com pulso cheio, frequência cardíaca de 128 bpm, pressão arterial de 90/50 mmHg. Ao exame da face, observam-se múltiplas lesões superficiais corto-contusas e sangrantes. Ao exame do pescoço, observa-se lesão penetrante em região cervical à direita, ao nível da cartilagem tireoide, com sangramento local, presença de hematoma pulsátil dolorido, sem desvio da traqueia. Diante do caso clínico apresentado, marque a assertiva CORRETA.
- (A) Realizar observação clínica seriada, considerando paciente hemodinamicamente estável.  
(B) Realizar US duplex arterial cervical para pesquisa de lesão arterial ou venosa associada.  
(C) Indicar exploração cirúrgica, com cervicotomia para correção de possível lesão arterial associada.  
(D) Indicar exploração cirúrgica com esternotomia para controle proximal dos vasos cervicais e então realizar a abordagem direta da lesão.  
(E) Indicar angiografia cervical para identificação da lesão e então avaliar a necessidade de exploração cirúrgica.
09. Um paciente que chega ao Pronto Atendimento vítima de acidente automobilístico grave, apresentando fratura de face e de mandíbula com considerável edema de língua. O quadro caracteriza uma emergência obstrutiva respiratória. A conduta correta a ser seguida é:
- (A) Intubação nasotraqueal em centro cirúrgico.  
(B) Traqueostomia permanente.  
(C) Cricotireoidostomia temporária.  
(D) Videonasolaringoscopia para intubação correta.  
(E) Traqueostomia temporária alta com ressecção de cartilagem.
10. A profundidade da invasão dos tumores de esôfago (a categoria T do sistema TNM), é importante na determinação do tratamento desses tumores. O tratamento das lesões que se estendem para a adventícia, lesões T3, deve ser:
- (A) Ressecção esofágica conservadora.  
(B) Ressecção mucosa endoscópica.  
(C) Quimiorradioterapia e intervenção cirúrgica.  
(D) Cirurgia minimamente invasiva.  
(E) Quimiorradioterapia.
11. A profilaxia antibiótica de rotina NÃO é recomendada na:
- (A) Colectomia videolaparoscópica na colecistite aguda.  
(B) Colectomia videolaparoscópica para colelitíase sintomática não complicada.  
(C) Herniorrafia inguinal videolaparoscópica com uso de tela inorgânica.  
(D) Gastroplastia vertical videolaparoscópica na obesidade mórbida.  
(E) Abordagem cirúrgica videolaparoscópica de cálculos do ducto comum.

12. Homem de 63 anos dá entrada no pronto atendimento vítima de agressão em multidão por ferimento de arma branca em epigástrio. Encontra-se em choque hipovolêmico. Foram obtidos dois acessos venosos calibrosos e o paciente foi encaminhado ao centro-cirúrgico para laparotomia de urgência. O inventário da cavidade abdominal evidencia extenso hemoperitônio e contaminação fecal, lesão em veia mesentérica, lesão grau V de cólon transversal e 3 pequenas lesões em íleo. Nessa circunstância, o planejamento sequencial de tratamento intraoperatório mais adequado para esse paciente é:
- (A) Rafia de veia mesentérica – colostomia terminal com pequena enterectomia das bordas – rafia primária em lesões de íleo.
  - (B) Reparo da lesão venosa – confecção de colostomia em alça – rafia primária de lesões de íleo.
  - (C) Ligadura de veia mesentérica – anastomose primária de cólon – ileostomia de proteção.
  - (D) Rafia de lesão venosa – anastomose primária de cólon – rafia primária de lesões de íleo.
  - (E) Rafia de lesões de íleo – reparo de veia mesentérica – colostomia terminal com enterectomia das bordas.
13. Sobre infecção em cirurgia, analise as assertivas abaixo e marque a opção CORRETA.
- I. O diagnóstico de infecção cirúrgica é eminentemente clínico. Anorexia, taquicardia e batimento de asas do nariz podem fazer parte do quadro clínico;
  - II. Tricotomia extensa e precoce deve ser evitada, pois provoca microlesões, aumenta a colonização da pele e dificulta a antissepsia;
  - III. Controlar os níveis glicêmicos em pacientes diabéticos, evitando hiperglicemia no perioperatório, é uma estratégia de prevenção de infecção do sítio cirúrgico.
- (A) Somente I está correta.
  - (B) Somente I e II estão corretas.
  - (C) Somente I e III estão corretas.
  - (D) Somente II e III estão corretas.
  - (E) Todas estão corretas.
14. Paciente de 39 anos, procurou o Pronto Atendimento com queixas de astenia e hematoquezia. A endoscopia digestiva alta, realizada na admissão, evidenciou múltiplos pólipos gástricos, sem sinais de sangramento. Dando seguimento à investigação diagnóstica, a colonoscopia apresentava mais de cem pólipos, de superfícies hiperêmicas em todo cólon, sem alterações retais. Com base na principal suspeita diagnóstica para este paciente, assinale a opção CORRETA.
- (A) Os pólipos gástricos são mais frequentemente hiperplásicos que adenomatosos e tem baixo potencial de malignidade.
  - (B) Trata-se de polipose adenomatosa familiar (PAF), doença autossômica recessiva.
  - (C) O risco de neoplasia periampular, nestes pacientes é igual ao da população em geral.
  - (D) Há maior frequência de câncer extracolônico quando comparado ao câncer colorretal hereditário não polipoide (HNPCC).
  - (E) Proctocolectomia total é a única opção de tratamento.
15. Em relação às suturas do trato gastrointestinal e às ostomias, assinale a opção CORRETA.
- (A) Durante a confecção de uma jejunostomia, com auxílio de sonda, uma das recomendações é utilizar fios inabsorvíveis e sonda calibrosa, mantendo a mesma tracionada, para se evitar obstrução e extravasamento de secreções.
  - (B) Após a confecção de uma colostomia, é recomendada a realização de toques digitais através do orifício, a fim de verificar a presença de fecalomas, que podem causar obstrução da ostomia.
  - (C) Considerando as anastomoses do tubo digestório, com o advento da videolaparoscopia, as anastomoses mecânicas se mostraram superiores às anastomoses manuais.
  - (D) As anastomoses primárias nunca devem ser realizadas em ressecções intestinais realizadas em caráter de emergência.
  - (E) Para que uma anastomose intestinal mecânica seja bem-sucedida, ela deve ser preferencialmente laterolateral e protegida por um segundo plano de sutura com fios inabsorvíveis.

16. Ao aceitar a regulação de uma paciente com quadro de colangite (icterícia, dor em hipocôndrio direito e febre) e considerando que todos os procedimentos estarão disponíveis, assinale o procedimento que deve ser indicado para a resolução do quadro.
- (A) Exploração cirúrgica das vias biliares por laparotomia.
  - (B) Colectomia videolaparoscópica.
  - (C) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
  - (D) Qualquer procedimento cirúrgico só deve ser realizado se surgir hipotensão e rebaixamento do nível de consciência.
  - (E) Ressonância magnética das vias biliares.
17. Em relação à nutrição parenteral total no paciente oncológico, é INCORRETO afirmar:
- (A) Está contraindicada no paciente oncológico.
  - (B) Está indicada em paciente com mucosite severa.
  - (C) Está indicada em paciente com enterite actínica severa.
  - (D) Contribui no controle dos efeitos adversos da terapia antitumoral.
  - (E) Previne e trata a desnutrição/caquexia produzida pelo tumor.
18. Em relação à doença arterial coronariana, marque a opção CORRETA.
- (A) Os Medicamentos para elevar os níveis de HDL-colesterol têm se mostrado eficazes.
  - (B) A prevenção primária do infarto do miocárdio com aspirina mostrou ser eficaz tanto em homens como mulheres.
  - (C) O ECG de repouso é frequentemente anormal nos pacientes com angina *pectoris*.
  - (D) A Monitorização do ECG ambulatorialmente é frequentemente usada para detecção de isquemia.
  - (E) O uso do *Fractional Flow Reserve* (FFR) é importante na avaliação da significância clínica e hemodinâmica da estenose coronária.
19. Em relação às taquiarritmias supraventriculares, marque a opção CORRETA.
- (A) Os batimentos prematuros supraventriculares são premonitórios para fibrilação atrial e podem ser causados por drogas tais como espironolactona.
  - (B) Na fibrilação atrial com disfunção de ventrículo esquerdo, os beta-bloqueadores são a opção em regime de urgência.
  - (C) Na fibrilação atrial no cenário de instabilidade hemodinâmica, a cardioversão elétrica se impõe.
  - (D) A amiodarona isoladamente, oral ou endovenosa, pode ser útil no cenário de instabilidade hemodinâmica.
  - (E) A amiodarona só tem utilidade se houver necessidade de cardioversão.
20. Um homem de 28 anos procurou o médico por dor intermitente em testículos, exacerbada pelo esforço físico. Negava uso de medicamentos, etilismo, trauma ou cirurgia testicular, quimioterapia prévia ou orquite viral. A ultrassonografia da bolsa escrotal revelou testículos tópicos, atróficos, com ecotextura heterogênea e focos de calcificações. Não havia varicocele. Exames laboratoriais: testosterona = 173 ng/dl (valor de referência: 280-800 ng/dl); FSH = 40,9 mUI/ml (valor de referência: 1,5-12,4 mUI/ml); LH = 26,9 mUI/ml (valor de referência: 1,7-8,4 mUI/ml); prolactina = 46,6 ng/ml (valor de referência: 2-18 ng/ml); espermograma (3 amostras) = azoospermia. A conduta inicial para o diagnóstico etiológico do quadro é:
- (A) Pesquisar macroprolactinemia.
  - (B) Solicitar ressonância nuclear magnética da sela túrcica.
  - (C) Realizar teste terapêutico com agonistas dopaminérgicos.
  - (D) Realizar biópsia testicular.
  - (E) Solicitar cariótipo.
21. Um empresário de 42 anos de idade recebeu o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 há 6 meses. Iniciou tratamento com dieta, exercício e metformina 2 g/dia por via oral. Retorna para controle com os seguintes achados: altura de 160cm, peso de 98kg, pressão arterial de 130x90 mmHg, colesterol total de 212mg/dl, colesterol HDL de 45 mg/dl, triglicérides de 180 mg/dl, glicemia em jejum de 180mg/dl, glicemia pós-prandial de 280mg/dl e hemoglobina glicada de 8%. A melhor opção terapêutica para conduzir o paciente ao alvo glicêmico, levando-se em conta suas características clínicas e seus exames, é:
- (A) associar glibenclamida.
  - (B) iniciar insulina NPH 2 vezes ao dia.

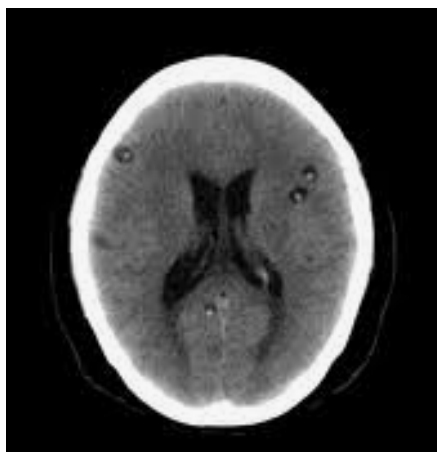
- (C) associar pioglitazona.  
(D) associar um análogo de GLP1.  
(E) associar inibidor da DPP-4.
22. Mulher de 38 anos, previamente hígida, refere cansaço intenso há +/- 15 dias. Ao exame físico, há palidez e icterícia, mas não há visceromegalias. O hemograma mostra hemoglobina de 6,4 g/dl, volume corpuscular médio (VCM) de 109 fl, leucócitos de 4000/mm<sup>3</sup> (contagem diferencial normal), plaquetas de 150 mil/mm<sup>3</sup> e a presença de esferócitos. A contagem de reticulócitos foi de 150.000/mm<sup>3</sup> (valor de referência: 25.000 - 75.000/mm<sup>3</sup>). Com base no quadro clínico e laboratorial, o diagnóstico mais provável é:
- (A) Anemia por deficiência de B12 ou ácido fólico.  
(B) Esferocitose Hereditária.  
(C) Anemia Hemolítica Autoimune.  
(D) Anemia Falciforme.  
(E) Anemia Aplástica.
23. Paciente de 25 anos, portador de leucemia aguda, evolui, 4 horas após o término da transfusão de hemácias, com febre, taquicardia, hipotensão, dispneia, cianose e necessidade de suporte ventilatório invasivo. Houve recuperação do quadro após 96 horas. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) Reação transfusional tardia.  
(B) Insuficiência pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI).  
(C) Sobrecarga circulatória.  
(D) Reação hemolítica aguda.  
(E) Reação febril não hemolítica.
24. Mulher de 22 anos, com história prévia de sangramento menstrual excessivo e equimoses espontâneas, evolui com sangramento profuso após cesárea. Apresenta hemoglobina de 11g/dl, volume corpuscular médio (VCM) de 77 fl, leucócitos de 8000/mm<sup>3</sup>, plaquetas de 100mil/mm<sup>3</sup>, tempo de protrombina (TAP) e tempo de trombina (TT) normais e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) alargado. Com base no quadro clínico e laboratorial, o diagnóstico mais provável é:
- (A) Deficiência de fibrinogênio.  
(B) Deficiência de fator XII.  
(C) Coagulação intravascular disseminada.  
(D) Deficiência do fator XIII.  
(E) Doença de von Willebrand.
25. Homem de 50 anos, refere queixa de astenia e aumento de volume abdominal. Ao exame físico, apresenta palidez cutânea e esplenomegalia (baço a 8 cm do rebordo costal esquerdo). O hemograma revela hemoglobina de 10,5g/dl, volume corpuscular médio (VCM) de 82 fl, leucócitos de 160.000/mm<sup>3</sup> (blastos: 1%; promielócitos: 3%; mielócitos: 7%; metamielócito: 2%; bastão: 10%; segmentado: 67%; basófilo: 1%; eosinófilo: 2%; linfócito: 7%) e plaquetas de 650 mil/mm<sup>3</sup>. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Leucemia linfocítica crônica.  
(B) Leucemia mieloide crônica.  
(C) Leucemia mieloide aguda.  
(D) Linfoma linfoplasmocítico.  
(E) Linfoma marginal esplênico.
26. Na doença renal crônica é comum ocorrer elevação da concentração sérica do paratormônio (PTH) com a progressão da enfermidade. Identifique o mecanismo NÃO relacionado ao hiperparatireoidismo secundário nessa afecção:
- (A) Hipocalcemia.  
(B) Redução da produção de calcitriol.  
(C) Redução da excreção renal de fósforo.  
(D) Aumento do FGF-23.  
(E) Hipofosfatemia.

27. Identifique, entre as enfermidades glomerulares abaixo, aquela cuja patogênese envolve a ativação da via alternativa do sistema de complemento.
- (A) Lesões mínimas.
  - (B) Glomerulonefrite membranoproliferativa tipo II.
  - (C) Nefropatia membranosa.
  - (D) Nefropatia por IgA.
  - (E) Glomerulonefrite crescêntica da Síndrome de Goodpasture.
28. Identifique, entre as manifestações abaixo, aquela menos provável de ocorrer na nefropatia lúpica.
- (A) Síndrome Nefrítica.
  - (B) Síndrome Nefrótica.
  - (C) Nefrite intersticial aguda.
  - (D) Proteinúria associada à hematúria.
  - (E) Hematúria microscópica.
29. Um paciente portador de DPOC que apresenta relação VEF1/CVF de 0,6 e VEF1 de 55% do predito e que se encontra muito sintomático, com 3 exacerbações no último ano, mas sem necessidade de internação, terá a seguinte classificação na avaliação da GOLD/2018:
- (A) GOLD 1 e C.
  - (B) GOLD 2 e D.
  - (C) GOLD 2 e C.
  - (D) GOLD 3 e D.
  - (E) GOLD 2 e B.
30. No manejo da exacerbação aguda da asma, segundo as diretrizes GINA/2017, são condutas iniciais, EXCETO:
- (A) Solicitar rotineiramente RX do tórax e gasometria arterial e prescrever antibiótico na exacerbação da asma.
  - (B) Iniciar com SABA e oxigênio avaliando o grau de dispneia (habilidade em pronunciar frases ou apenas palavras). Aferir a frequência respiratória e do pulso, saturação do oxigênio, checar anafilaxia.
  - (C) Considerar causas alternativas de desconforto respiratório: insuficiência cardíaca, disfunção de vias aéreas superiores, aspiração de corpo estranho e embolia pulmonar.
  - (D) Considerar a transferência para a UTI se o paciente estiver confuso ou apresentar silêncio torácico, após uso de SABA inalatório e brometo de ipratrópio, oxigênio e corticoide sistêmico.
  - (E) Nos casos agudos considerar o sulfato de magnésio endovenoso, se o paciente não estiver respondendo ao tratamento inicial.
31. Considerando o tratamento das pneumonias, assinale a opção que indica uma desvantagem do uso de biomarcadores (proteína C reativa e procalcitonina).
- (A) Apresentam níveis elevados nas infecções bacterianas e baixos nas infecções virais.
  - (B) Aumentam o rendimento dos escores de gravidade.
  - (C) Podem não diferenciar pneumonia por patógenos atípicos de pneumonia viral.
  - (D) Podem auxiliar na definição do prognóstico.
  - (E) Podem ter níveis alterados no início da doença, antes das anormalidades clínicas e radiológicas.
32. Em relação ao teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), é INCORRETO afirmar:
- (A) O TRM-TB está também indicado para o acompanhamento do tratamento.
  - (B) O TRM-TB detecta o DNA do *Mycobacterium tuberculosis* e realiza triagem de cepas resistentes à rifampicina.
  - (C) O tempo de execução do teste no laboratório é de duas horas e o resultado é gerado automaticamente.
  - (D) Nos casos de retratamento, indica-se a realização de TRM-TB, para possível identificação de resistência a rifampicina.
  - (E) Para o acompanhamento dos casos com diagnóstico da tuberculose, deve-se realizar a baciloscopia de escarro mensalmente.

33. Paciente com história de início subagudo de doença e relato de febre, emagrecimento, mal estar, artralgias e angina intestinal. O exame físico evidencia nódulos e úlceras em membros inferiores, além de mononeurite múltipla. O quadro clínico descrito acima sugere o diagnóstico de:

- (A) esclerose sistêmica.
- (B) crioglobulinemia mista.
- (C) doença de Behçet.
- (D) poliarterite nodosa.
- (E) púrpura de Henoch-Schöenlein.

34. Homem de 40 anos, morador da zona rural de Picos/PI, apresentou episódio isolado de crise convulsiva do tipo tônico-clônica generalizada. Não havia história prévia de crises. Na investigação diagnóstica, foi realizada tomografia computadorizada do crânio, mostrada abaixo:



Fonte: Arquivo Hospitalar

Baseado na história clínica e no exame complementar, marque a opção CORRETA com relação ao diagnóstico e conduta:

- (A) Cisticercose cerebral; tratamento com corticoide, albendazol e anticonvulsivante.
  - (B) Abscesso cerebral; tratamento com ceftriaxona, metronidazol e anticonvulsivante.
  - (C) Abscesso cerebral; tratamento cirúrgico das lesões e anticonvulsivante.
  - (D) Cistos coloides; tratamento conservador e acompanhamento com exame de imagem.
  - (E) Metástases cerebrais; uso de anticonvulsivante e rastreamento de sítio primário de neoplasia.
35. Mulher de 55 anos, hipertensa e diabética, em uso regular de losartana, metformina e sinvastatina, deu entrada no serviço de urgência apresentando déficit neurológico agudo, manifestado por hemiplegia direita e disartria. A instalação do quadro ocorreu 4h antes da admissão. Os exames laboratoriais estavam normais e a paciente foi submetida à exame tomográfico, mostrado abaixo.

Marque a opção CORRETA com relação ao diagnóstico e conduta.

- (A) AVC isquêmico; trombólise endovenosa com tenecteplase.
- (B) AVC isquêmico; antiagregante plaquetário, pois a paciente está fora da janela terapêutica para trombólise).
- (C) Ataque isquêmico transitório (AIT); antiagregante plaquetário.
- (D) AVC isquêmico; trombólise endovenosa com alteplase.
- (E) Ataque isquêmico transitório (AIT); conduta conservadora.



Fonte: Arquivo Hospitalar

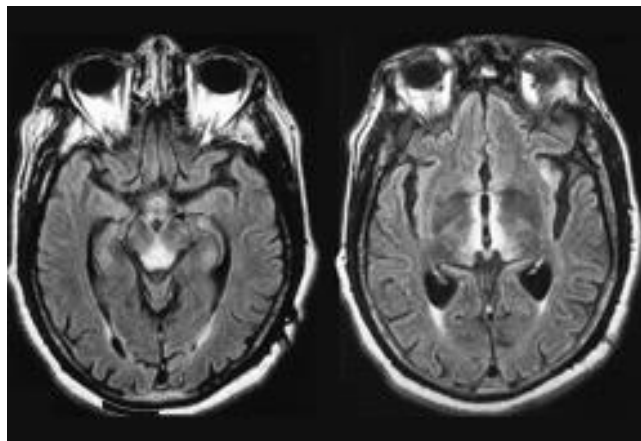


36. Paciente 68 anos, sexo masculino, refere dormência e perda de força nas pernas com início insidioso, dificultando e limitando a deambulação. O exame neurológico evidenciou paraparesia flácida com predomínio distal (grau 5 proximal, grau 4 distal), reflexos tendinosos reduzidos nos membros superiores (bicipital e tricipital) e abolidos nos membros inferiores (patelar e aquileu), além de alteração sensitiva padrão “bota e luva”. Exame do líquido revela 02 células/mm<sup>3</sup>, proteínas de 40 mg/dl e glicose de 120 mg/dl. A glicemia jejum foi de 180 mg/dl e a hemoglobina glicosilada foi de 9%.

Marque a opção CORRETA quanto ao diagnóstico provável.

- (A) Síndrome de Guillain-Barré.  
 (B) Polineuropatia periférica diabética.  
 (C) Polineuropatia inflamatória desmielinizante crônica (PIDC).  
 (D) Miopatia inflamatória.  
 (E) AVC isquêmico.
37. Paciente deu entrada no pronto-atendimento com quadro de confusão mental, desorientação têmporo-espacial e desequilíbrio. Exame neurológico mostrou nistagmo, alteração na motricidade ocular extrínseca (oftalmoparesia) e ataxia. De antecedentes, o paciente relatava etilismo frequente, tabagismo e hipertensão arterial. Também foi relatado por familiares perda de peso importante. Ressonância do encéfalo mostrou alterações nos tálamos e substância periaquedutal (figura abaixo).

Baseado no quadro clínico do enunciado, marque a opção com a hipótese diagnóstica para o caso:

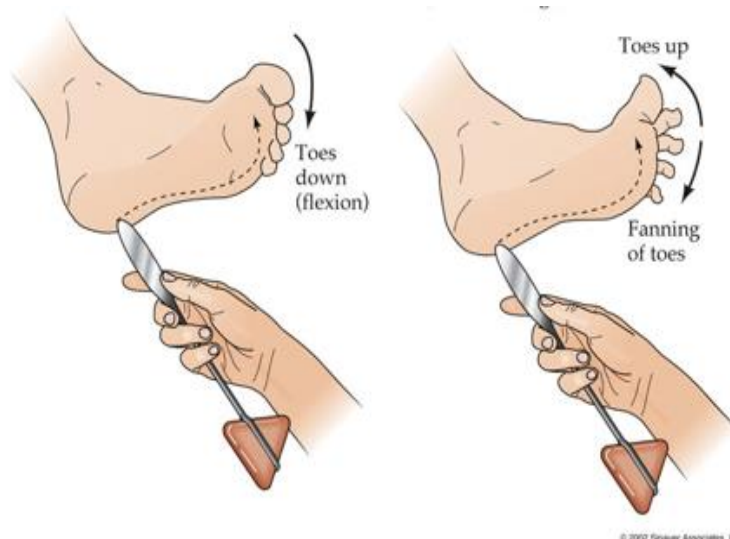


- (A) Encefalopatia de Wernicke.  
 (B) Delirium.  
 (C) Intoxicação exógena.  
 (D) Síndrome paraneoplásica.  
 (E) AVC.

Fonte: Ramulu P et al. Neurology 2002.

38. A figura ilustrada abaixo mostra um importante sinal semiológico que deve ser investigado no exame neurológico:

Marque a opção com o significado clínico deste teste, quando alterado.



- (A) Lesão de via cerebelar.  
 (B) Lesão do neurônio motor inferior / 2º neurônio (nervo periférico).  
 (C) Lesão de via extrapiramidal.  
 (D) Lesão radicular.  
 (E) Lesão do neurônio motor superior / 1º neurônio (via piramidal).

39. De acordo com os critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde, publicado em 2017 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, é considerado inadequado:
- (A) Ter um circulante exclusivo para cada sala cirúrgica em atividade.
  - (B) Ter escovas embebidas com antisséptico para a antisepsia cirúrgica das mãos.
  - (C) Ter mecanismo que mantenha todas as portas das salas cirúrgicas fechadas.
  - (D) Realizar antibioticoprofilaxia até 1 hora antes da incisão cirúrgica.
  - (E) Realizar tricotomia com navalha, lâmina ou gilete.
40. A profilaxia primária da toxoplasmose em pacientes portadores de HIV deve ser realizada com:
- (A) Sulfametoxazol/Trimetoprim.
  - (B) Itraconazol.
  - (C) Ciprofloxacina.
  - (D) Azitromicina.
  - (E) Isoniazida.
41. O *Trypanosoma brucei* é o agente etiológico da:
- (A) Doença de Chagas.
  - (B) Doença de Lyme.
  - (C) Doença de Whipple.
  - (D) Doença do sono.
  - (E) Doença da arranhadura do gato.
42. A conduta recomendada para um indivíduo adulto ou adolescente acima de 10 anos, assintomático, contato domiciliar de paciente com tuberculose pulmonar ativa, é a(o):
- (A) Tratamento da tuberculose com esquema quádruplo.
  - (B) Profilaxia com isoniazida por 9 meses.
  - (C) Tomografia de tórax.
  - (D) Pesquisa de BAAR no escarro.
  - (E) Teste tuberculínico.
43. Com relação à higienização das mãos, é CORRETO afirmar:
- (A) O uso de luvas dispensa a higienização das mãos.
  - (B) O uso de preparações antissépticas alcoólicas remove sujidades.
  - (C) A higienização das mãos deve ser realizada antes e depois do contato com o paciente.
  - (D) O enxague das mãos deve ser realizado no sentido dos cotovelos para os dedos.
  - (E) Médicos estão dispensados de higienizar as mãos ao examinar seus pacientes.
44. Sobre o tratamento da Pancreatite Aguda, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Em pacientes com pancreatite aguda biliar, que é a causa mais comum de pancreatite aguda, é recomendado colecistectomia de preferência na mesma internação hospitalar.
  - (B) Hidratação endovenosa vigorosa é uma das medidas iniciais que pode diminuir complicações relacionadas a pancreatite aguda e melhorar o prognóstico do paciente.
  - (C) Deve-se iniciar antibiótico profilático em pacientes com necrose do parênquima pancreático.
  - (D) Na pancreatite aguda leve é recomendado iniciar alimentação oral ainda nas primeiras 24 horas, caso o paciente tolere alimentação.
  - (E) Deterioração clínica ou ausência de melhora após 5 dias de evolução de um quadro de pancreatite aguda é indicativo de presença de pancreatite aguda com complicações e necessidade de exame de imagem do abdome.
45. São complicações associadas a doença do refluxo gastroesofágico crônica, EXCETO:
- (A) Úlceras esofágicas.
  - (B) Estenose péptica do esôfago.
  - (C) Esôfago de Barrett.
  - (D) Adenocarcinoma de esôfago.
  - (E) Carcinoma epidermoide de esôfago.

46. Homem de 70 anos, portador de marca-passo, foi internado com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow = 10), taquidispnéia, distensão abdominal e oligúria. Foram realizados exames laboratoriais, que mostravam creatinina = 9,8mg/dl, ureia = 280mg/dl, potássio = 7,0 mEq/l, albumina sérica = 2,2 g/dl, Hemoglobina = 12,2 g/dl, hematócrito = 37,4 %, pH = 7,12 e  $\text{HCO}_3^-$  = 14 mEq/l. Radiografia de tórax no leito mostrou aumento de trama vascular peri-hilar bilateral. Em relação a este caso clínico, assinale a opção CORRETA.
- (A) Trata-se de paciente com insuficiência renal e síndrome urêmica, com necessidade de terapia dialítica de urgência.
  - (B) Trata-se de paciente com provável IRA pós-renal, devendo ser tratado com passagem de sonda vesical de demora e levado para realizar tomografia computadorizada do abdome total com contraste.
  - (C) A conduta mais adequada para o caso será a passagem de sonda vesical de demora e a administração de solução polarizante, com avaliação da necessidade de terapia dialítica após 24 horas, mediante realização de novos exames laboratoriais.
  - (D) Trata-se de paciente com provável diagnóstico de IRA pré-renal, devendo ser feita expansão volêmica com soluções cristaloides e solução com albumina.
  - (E) Trata-se de paciente com quadro sugestivo de IRA devido doença glomerular, devendo-se programar biópsia renal e terapia com corticoide após terapia dialítica.
47. Mulher de 48 anos, diabética, hipertensa, em uso de medicações contínuas (captopril, aldactone e metformina), encontrava-se na enfermaria de cardiologia em pré-operatório de troca valvar devido insuficiência mitral severa. O médico residente e seu preceptor passaram em visita às 8 horas da manhã e a paciente estava sem queixas. Todavia, às 13 horas, a paciente apresentou parada cardiorrespiratória (PCR), foi intubada, reanimada após 4 ciclos de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e então conduzida à UTI. Exames laboratoriais da admissão na UTI mostravam creatinina = 1,9 mg/dl; ureia = 52 mg/dl; potássio = 8,0 mEq/l; sódio = 138 mEq/l; pH = 7,28;  $\text{HCO}_3^-$  = 17 mEq/l,  $\text{pO}_2$  = 80 mmHg e  $\text{pCO}_2$  = 55 mmHg. A radiografia de tórax mostrava sinais radiológicos de congestão pulmonar. Com relação à hipercalemia neste caso, é CORRETO afirmar:
- (A) O aumento do potássio foi a provável causa da PCR e o paciente deve ser tratado imediatamente com hemodiálise.
  - (B) Deve ser realizado eletrocardiograma (ECG) e administrado gluconato de cálcio 10%, solução polarizante (insulina + glicose) e furosemida.
  - (C) O paciente apresenta hipercalemia permissiva, devendo ser tratada com hidratação usando ringer lactato e furosemida para aumentar a eliminação tubular renal do potássio.
  - (D) O paciente deve ser tratado com inalação com Beta2-agonistas e poliestireno sulfonato (resina de troca) e deve ser solicitada nova dosagem de potássio de controle após 6 horas.
  - (E) A furosemida, diurético de alça, está indicada no tratamento da hipercalemia em pacientes com função renal pouco alterada, pois atua na maior reabsorção de sódio e cloro e, conseqüentemente, aumenta a eliminação renal do potássio.
48. Mulher de 35 anos, diabética tipo 1, deu entrada no serviço de emergência com queixas de febre, astenia e dor abdominal. Encontrava-se desidratada (++)/4+, com pressão arterial de 88/56 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm e urina escura (exame macroscópico). Foram realizados exames laboratoriais, que mostravam hematócrito = 42%; hemoglobina = 13 g/dl; leucócitos = 18.000 células/mm<sup>3</sup>; TGO = 95 mg/dl; TGP = 102 mg/dl; bilirrubina total = 2,3mg/dl; bilirrubina direta = 2,1 mg/dl. Em relação a este caso, assinale a opção CORRETA.
- (A) Paciente com forte hipótese diagnóstica de litíase renal com cólica ureteral, devendo-se realizar tomografia computadorizada de abdome sem contraste e solicitar avaliação do urologista.
  - (B) Paciente com provável diagnóstico de pancreatite aguda, sendo os melhores exames para se fechar o diagnóstico a amilase, a lipase e a ultrassonografia de abdome total.
  - (C) Paciente tem provável diagnóstico de dor abdominal de origem metabólica, de causa urêmica, devendo ser solicitado função renal e avaliação do nefrologista para decidir sobre diálise.
  - (D) Paciente jovem, com provável diagnóstico de porfiria.
  - (E) Paciente com síndrome de dor abdominal, de provável origem infecciosa, devendo-se tomar medidas de hidratação e ressuscitação volêmica, coletar culturas (hemoculturas e urocultura) e iniciar imediatamente terapia antimicrobiana com cobertura ampla.

49. Mulher de 35 anos foi internada no serviço de emergência com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow = 12), desidratada (++)/4+, com pressão arterial de 100/55 mmHg e frequência cardíaca de 100 bpm. Os familiares informam que a paciente vinha tratando depressão e que fazia uso regular de clonazepam. Não apresentava outras comorbidades. Em relação a este caso, assinale a opção CORRETA.
- (A) Deve-se realizar intubação orotraqueal, expansão volêmica com ringer lactato e administração de flumazenil endovenoso.
  - (B) Paciente não obedece a critérios neurológicos para intubação orotraqueal. Deve ser tratada com expansão volêmica com cristaloides e administração de flumazenil endovenoso.
  - (C) Paciente não obedece a critérios neurológicos para intubação orotraqueal. Deve ser tratada com expansão volêmica com soro fisiológico 0,9%, administração de antibióticos para pneumonia aspirativa e administração de Naloxona endovenosa.
  - (D) Deve-se realizar intubação orotraqueal, expansão volêmica com soro fisiológico 0,9% e administração de N-acetilcisteína endovenosa.
  - (E) Paciente não obedece a critérios neurológicos para intubação orotraqueal. Deve ser tratada com expansão volêmica com cristaloides e administração de fisostigmina endovenosa.
50. Mulher de 44 anos, no 3º DPO de gastroplastia para obesidade mórbida, estava bem e já havia iniciado dieta. Todavia, apresentou súbito desconforto respiratório, com cianose de extremidades e taquicardia. Apresenta glicemia capilar de 130mg/dl e a pressão arterial era de 120/65 mmHg. A gasometria arterial mostrava pH = 7,50; pO<sub>2</sub> = 55mmHg; pCO<sub>2</sub> = 34 mmHg; HCO<sub>3</sub> = 16 mEq/L e SatO<sub>2</sub> = 87 mmHg. Em relação a este caso clínico, assinale a opção CORRETA.
- (A) O diagnóstico provável é de infarto agudo do miocárdio (IAM). Devem ser solicitados enzimas cardíacas e eletrocardiograma (ECG) e o paciente deve ser encaminhado para estudo angiocoronariográfico.
  - (B) O diagnóstico provável é de fistula gástrica. Deve-se realizar tomografia de abdome com contraste e avisar a equipe cirúrgica sobre a alta probabilidade de haver nova abordagem cirúrgica.
  - (C) O diagnóstico provável é de choque séptico. Deve ser realizada expansão volêmica, ventilação não invasiva, administração de corticoide e reavaliação após 6 horas.
  - (D) O diagnóstico provável é de embolia pulmonar. Devem ser solicitados enzimas cardíacas, D-dímero, eletrocardiograma (ECG), radiografia de tórax, ecodopplercardiograma e angiotomografia do tórax.
  - (E) O diagnóstico provável é de pneumonia por broncoaspiração. Deve ser administrado oxigênio em cateter nasal e iniciado ceftriaxona e clindamicina.