



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MÉDICA DA UFPI - EDITAL 24/2016

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO GERIATRIA

DATA: 07/01/2017

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. Com relação ao diagnóstico de sepse e/ou choque séptico, está CORRETO:
- (A) Em pacientes com sepse, deve-se sempre iniciar cobertura antibiótica ampla utilizando drogas com cobertura para germes multirresistentes e realizar descalonamento após resultados de culturas.
 - (B) A presença de hipotensão em paciente com quadro infeccioso caracteriza o diagnóstico de choque séptico.
 - (C) A presença de disfunção orgânica em paciente com processo infeccioso é o que sinaliza a presença de sepse e demanda medidas rápidas para prevenção de sua evolução para choque.
 - (D) A mortalidade de pacientes com choque séptico é superior a 80%.
 - (E) O tempo de antibioticoterapia em casos de choque séptico deve ser de, no mínimo, 14 dias.
02. Uma mulher de 60 anos, vítima de acidente de trânsito, com politraumas, foi admitida com confusão mental, descorada, cianose de extremidades, PA = 85/45 mmHg, FC = 120 bat/ min, oligúria, FR = 34 insp/ min. Gasometria arterial com máscara de venturi O₂ = 10l/min): pH = 7,15; pCO₂ = 32; pO₂ = 64; HCO₃⁻ = 13; Na⁺ = 140 mEq/L e cloro = 100mEq/L. Assinale a opção CORRETA quanto ao distúrbio ácido básico:
- (A) Acidose metabólica AG positiva, acidose respiratória e acidose metabólica (3º distúrbio).
 - (B) Acidose metabólica AG positiva e alcalose respiratória.
 - (C) Acidose metabólica AG normal e alcalose respiratória.
 - (D) Acidose metabólica AG positiva, alcalose respiratória e acidose metabólica (3º distúrbio).
 - (E) Acidose metabólica AG positiva e acidose respiratória.
03. Com relação à prevenção de infecção hospitalar, é CORRETO afirmar:
- (A) O uso de álcool gel é tão eficaz quanto a lavagem de mãos, exceto nos casos de diarreia ou contaminação com fluidos corporais.
 - (B) Lavar as mãos é a medida de maior custo benefício e tem eficácia bem superior ao uso de álcool gel.
 - (C) Técnicos de laboratório e de radiologia são importantes carreadores de microrganismos entre pacientes internados e devem usar batas e luvas descartáveis, trocando-as entre pacientes.
 - (D) O uso de batas por visitantes é uma das medidas mais importantes na prevenção de aquisição de infecção hospitalar para os pacientes internados.
 - (E) O uso de batas por visitantes é mandatório para visitaçãõ de todos os pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva.
04. Com relação aos princípios éticos da prática médica, é CORRETO afirmar:
- (A) O paciente tem direito a saber o seu diagnóstico, exceto quando a família solicita que isso não seja feito pelo risco de não aceitação do quadro por parte do paciente.
 - (B) O cônjuge de um paciente com uma doença grave sexualmente transmissível, como a AIDS, pode ter acesso a essa informação mesmo sem a autorização do paciente.
 - (C) Como médico, quando solicitar, você tem o direito de ter acesso a áreas restritas de ambientes hospitalares independente de ser do corpo clínico do estabelecimento.
 - (D) Como médico, quando solicitar, você tem o direito de acessar informações sobre pacientes, dados de prontuários ou resultados de exames mesmo que não seja o médico responsável pelo paciente.
 - (E) Como médico, independente de laços de amizade ou familiares com o paciente, você só pode ter acesso a qualquer informação do mesmo, caso seja seu médico assistente ou tenha solicitação e autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal para tal. Não é considerada conduta ética a outorga dessas informações fora desse contexto.
05. Homem, 45 anos, internado com diagnóstico de pancreatite aguda após libação alcoólica. Exame físico: desorientado, dispneico, FR= 34 insp/ min, PA = 90/55 mmHg, ausculta pulmonar normal, abdome globoso com dor a palpação superficial e profunda. Encaminhado para a UTI, passado SVD, com diurese colúrica e em pequena quantidade. Na Lesão Renal Aguda (LRA), é CORRETO afirmar:
- (A) Na LRA pré-renal, devido ao baixo fluxo sanguíneo renal, ocorre vasoconstrição da arteríola aferente e eferente, reduzindo assim a pressão de filtração glomerular.
 - (B) Nos casos de pancreatite aguda, a etiologia da LRA é multifatorial, prevalecendo os fatores hemodinâmicos.
 - (C) O uso de diuréticos de alça (furosemida) está indicado com estratégia terapêutica, objetivando aumentar o volume urinário e reduzir o risco de terapia dialítica.
 - (D) Pelo critério de AKIN, paciente que está no estágio I da LRA deve ter um aumento em 0,8 mg/dL ou 1,5 a 2x no valor basal da creatinina.
 - (E) Ainda com base nos critérios de AKIN, no estágio I, teria uma diurese menor que 0,5 ml/kg/h, nas últimas 12 horas.

06. Você é chamado para atender a um paciente com quadro de cefaleia intensa seguido de rebaixamento de consciência súbito (há exatamente uma hora), não obedece comandos, apenas geme e abre olhos a dor e localiza dor a esquerda com hemiplegia direita. Ele tem 52 anos, história de diabetes, dislipidemia e hipertensão bem controladas com Enalapril 10mg/dia, rosuvastatina 10mg/dia e glibenclamida 5mg/dia. Não tem história de trauma ou cirurgia prévias. Sinais vitais evidenciam: PA: 220/120mmHg; FC: 100bpm; FR: 20irpm; Sat O2: 92% ar ambiente. Bioquímica normal. Tomografia de crânio sem contraste abaixo. O diagnóstico e sequência de condutas mais adequada nessa situação são respectivamente:
- (A) Acidente vascular encefálico isquêmico. Intubar, controlar a pressão arterial e quando estiver abaixo de 180/90mmHg fazer trombólise em até 4,5 horas.
 - (B) Acidente vascular encefálico hemorrágico com dois pequenos hematomas intraparenquimatosos. Intubar, admitir para UTI, controle de pressão arterial e colocar Derivação Ventricular Externa (DVE).
 - (C) Acidente vascular encefálico isquêmico. Iniciar AAS e clopidrogel.
 - (D) Acidente vascular encefálico hemorrágico com discreta hemorragia subaracnoide. Intubar e realizar arteriografia para descartar aneurisma.
 - (E) Acidente vascular encefálico isquêmico com sinais de hipertensão intracraniana. Intubar e levar ao centro cirúrgico para colocação de Derivação Ventricular Externa (DVE).
07. Paciente feminino, 62 anos, diabética, hipertensa, portadora de doença renal crônica em hemodiálise, deu entrada no serviço de emergência com dispneia (FR = 36 insp/min), cianose de extremidades, PA = 200/100 mmHg, ausculta pulmonar com estertores crepantes em 2/3 inferiores de ambos os HT, com Ritmo cardíaco irregular. Exames: Potássio = 6,8 mEq/L; Cr = 5,9 mg/dL; pH = 7,25; pO₂ = 56; HCO₃⁻ = 10; pCO₂ = 50; Na⁺ = 142 mEq/L e cloro = 98 mEq/L
- É CORRETO afirmar-se:
- (A) A paciente encontra-se em emergência hipertensiva e edema agudo de pulmão (EAP), necessitando de terapia com hipotensor (vasodilatador), oxigênio e diurético.
 - (B) A paciente deve iniciar nitroprussiato de sódio em dose corrigida para insuficiência renal, iniciar antibiótico de largo espectro após coleta de culturas, pois é imunodeprimida e está séptica.
 - (C) Iniciar imediatamente solução polarizante (bicarbonato e glico-insulina), pois tem hipercalemia e elevado risco de arritmia.
 - (D) A paciente deve ser medicada com captopril sublingual, terapia com oxigênio e 4 ampolas de furosemida endovenoso.
 - (E) A melhor conduta é fazer EOT, VM, fazer ECG e iniciar hemodiálise imediatamente.
08. Paciente feminino, 64 anos, diabética tipo I, foi admitida com Glasgow de 11, febril, FR = 22 insp/min, PA = 120/65 mmHg, poliúrica e desidratada. Exames complementares mostram uma glicemia de 450mg/dL, sódio de 128 mEq/L, potássio de 3,7mEq/L e bicarbonato de 11 mEq/L. Como plano terapêutico, foi administrado insulina regular, solução salina e bicarbonato de sódio 8,4%. Após 4 horas, a paciente iniciou quadro súbito de fraqueza muscular, Glasgow de 8 e arritmia. A causa mais provável é:
- (A) Hipercalemia e hipomagnesemia.
 - (B) Hipercalemia e hipernatremia.
 - (C) Hipocalemia e hipofosfatemia.
 - (D) Hipoglicemia e hiponatremia.
 - (E) Hipocalcemia e hipocalcemia.
09. São manifestações clínicas clássicas de pacientes com forma limitada de esclerose sistêmica:
- (A) Relato de fenômeno de Raynaud há muitos anos.
 - (B) Alteração rápida da textura da pele com início recente de edema e prurido.
 - (C) Refluxo gastroesofágico.
 - (D) Disfagia.
 - (E) Sintomas sistêmicos incomuns, inclusive artralgias, emagrecimento ou dispneia.
10. Você é chamado para atender a um paciente na enfermaria em primeiro dia de pós-operatório de colecistectomia com quadro de dispneia súbita. O paciente tem 55 anos, é diabético e hipertenso. Ao exame físico, o paciente encontra-se afebril, taquipneico, ansioso, a ausculta pulmonar é limpa. FC: 100bpm, PA: 110/80mmHg, Sat O₂: 92% ar ambiente. Ureia: 40; Creatinina: 1,0; Glicemia: 300mg/dL; pH: 7,28; pCO₂: 31; pO₂: 120; bicarbonato 15; Cloro: 100; Sódio 145. Você solicita raio X de tórax e eletrocardiograma que são normais. Exame abdominal normal. Dentre as opções abaixo, a que representa opção CORRETA é:
- (A) Causa mais provável é tromboembolismo pulmonar. Deve-se iniciar anticoagulação e solicitar angiotomografia de tórax.

- (B) Causa mais provável é síndrome coronariana aguda. Deve-se iniciar oxigênio, AAS, anticoagular, seriar enzimas cardíacas e eletrocardiograma.
- (C) Causa mais provável é sepse. Deve-se solicitar culturas e ampliar antibióticos.
- (D) Causa mais provável é cetoacidose diabética. Deve-se iniciar insulina contínua e acompanhar o ânion gap.
- (E) Causa mais provável é hipervolemia. Deve ser feito diurético e iniciar CPAP.
11. Paciente jovem, 22 anos, vítima de atropelamento, deu entrada no serviço de emergência com Glasgow de 12, com múltiplas fraturas ósseas e grandes lacerações de partes moles. Evoluiu com oligúria e elevação de escórias nitrogenada: creatinina = 8mg/dL, Ureia = 220 mg/dL. Decidiu-se pela realização de diálise. São urgências dialíticas, EXCETO:
- (A) Derrame pericárdico de natureza urêmica.
- (B) Disnatremias.
- (C) Hipercalemia com alterações no ECG.
- (D) Hipervolemia.
- (E) Acidose metabólica refratária.
12. Você é chamado para atender a um paciente que teve uma crise convulsiva na enfermaria e não recobrou a consciência após a crise. O paciente faz nova crise convulsiva 20 minutos após a primeira e vomitou. Quando você chega para vê-lo, após 30 minutos da segunda convulsão, o paciente encontra-se sem convulsões ativas porém torporoso e não abre olhos ou responde a comandos. PA: 120/80mmHg; FC: 110bpm; Sat O2 88% ar ambiente. A sequência de condutas mais adequada é:
- (A) Iniciar oxigênio, abrir via aérea, aspirar. Garantir bom acesso venoso, passar SNG e deixar aberta. Solicitar tomografia de crânio com contraste. Dosar sódio, cálcio, glicose, gasometria arterial. Proceder dose de diazepam e hidantal via venosa.
- (B) Intubar imediatamente. Fazer Diazepam venoso seguido de dose de hidantalização e benzodiazepínico venoso contínuo bem como já iniciar anticonvulsivante oral. Solicitar tomografia de crânio sem contraste.
- (C) Iniciar oxigênio, abrir via aérea, aspirar e intubar. Garantir bom acesso venoso e passar SNG deixando-a aberta. Solicitar tomografia de crânio sem contraste e eletroencefalograma (EEG). Dosar sódio, cálcio, glicose, gasometria arterial. Proceder dose de hidantalização venosa e, se houver nova convulsão, fazer benzodiazepínico.
- (D) Iniciar oxigênio, abrir via aérea, aspirar e, se necessário, intubar. Fazer dose de glicose, naloxona e flumazenil. Garantir bom acesso venoso. Solicitar tomografia de crânio com contraste e eletroencefalograma (EEG). Dosar sódio, potássio, magnésio, glicose, gasometria arterial. Proceder dose de hidantalização venosa e fenobarbital por SNG.
- (E) Intubar imediatamente. Garantir bom acesso venoso, passar SNG e deixar aberta. Solicitar tomografia de crânio sem contraste. Dosar sódio, potássio, magnésio, glicose, gasometria arterial. Proceder com dose de hidantalização e fenobarbital venoso. Iniciar noradrenalina.
13. Com relação a decisões referentes à limitação de cuidados, é CORRETO afirmar que:
- (A) É considerado ético e legal a suspensão de procedimentos sem benefício e que aumentem o sofrimento de pacientes no final da vida, no entanto, não é considerado ético ou legal a suspensão de medidas como prescrição de antibióticos, nutrição ou oxigênio.
- (B) Uma vez que terapias de suporte a vida como diálise ou ventilação mecânica sejam iniciadas, não é considerado ético a sua suspensão, exceto na morte encefálica.
- (C) A extubação paliativa é considerada ilegal no Brasil, exceto na morte encefálica.
- (D) É considerado ético não iniciar um tratamento como diálise em paciente com insuficiência renal ou ventilação mecânica em paciente com insuficiência respiratória desde que dois médicos julguem que não é para o benefício do paciente e que o paciente ou seu representante legal tenha sido esclarecido, compreenda e concorde.
- (E) A extubação paliativa, mesmo em quadros de morte encefálica, só deve ser feita com autorização de responsável legal documentada no prontuário do paciente.
14. No atendimento a um paciente politraumatizado, é CORRETO afirmar:
- (A) A principal causa de choque nesses pacientes é a hipovolemia e a ressuscitação volêmica deve ser feita com soluções cristaloides, plasma ou albumina.
- (B) Traumatismo craniano é a causa mais comum de choque nesses pacientes.
- (C) O uso de hemoderivados deve ser realizado sempre que o paciente permanecer instável após reposição de 30mL/kg de cristaloides mesmo que não haja perda sanguínea óbvia.
- (D) A presença de componente cardiogênico contribuindo para o choque nesses pacientes pode ser identificada rapidamente através da realização de exame físico e raio X de tórax.
- (E) A presença de obstrução ao fluxo sanguíneo deve ser ativamente buscada em todo politraumatizado com choque o qual pode ser constatada na maioria das vezes através do exame físico, raio X de tórax associado à realização de ultrassom fast.

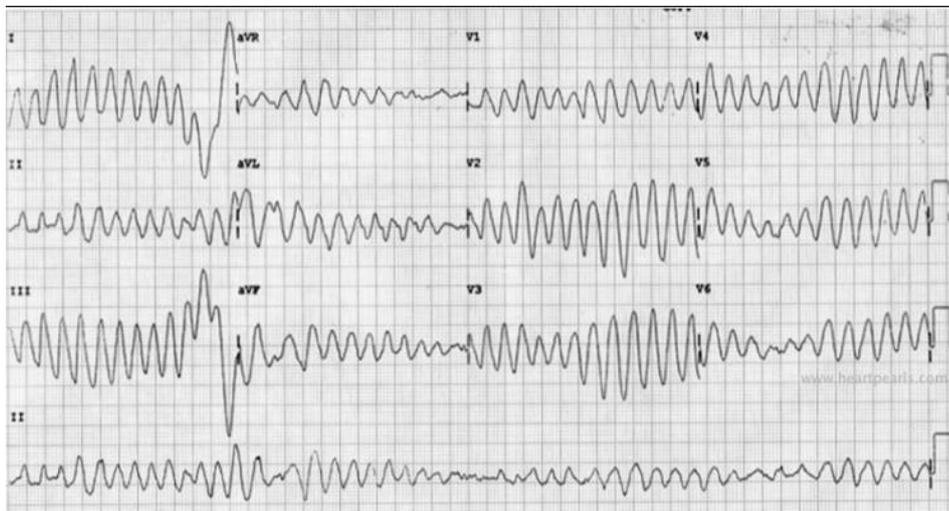
15. Com relação à escolha de antibióticos adequada no tratamento de pacientes com pneumonia, escolha a opção que contém a associação CORRETA.

- I. Ceftriaxona e Azitromicina
- II. Vancomicina e Carbapenêmico
- III. Piperacilina e Tazobactam
- IV. Levofloxacino e Tamiflu
- V. Cefepime e Vancomicina

- (A) Paciente sem comorbidades, internado há 5 dias na enfermaria com fratura de colo de fêmur.
- (B) Paciente portador de HIV proveniente de casa.
- (C) Paciente em tratamento para câncer de mama evoluindo com neutropenia febril e estava fazendo curso de clindamicina oral a domicílio.
- (D) Paciente internada no hospital há 30 dias e na UTI há uma semana em ventilação mecânica. Já fez uso de 2 esquemas antibióticos com Ciprofloxacino, Oxacilina e Cefepime.
- (E) Paciente transplantado renal em uso de imunossupressores vindo de casa.

- (A) IA; IIC; III D; IV E; V B
- (B) IA; IID; III C; IV B; V E
- (C) IE; IID; III A; IV B; V C
- (D) IB; IIA; III C; IV D; V E
- (E) IB; IID; III A; IV E; V C

16. Você é chamado para atender a um paciente na enfermaria que refere sentir tontura e sensação de que vai desmaiar a qualquer momento. Sinais vitais evidenciam: PA: 110/70mmHg; FR: 20irpm; Sat O2: 92% em ar ambiente. O eletrocardiograma revela o ritmo abaixo. A sequência de condutas mais adequada nessa situação é:



- (A) Instalar oxigênio, garantir bom acesso venoso, monitorizar, solicitar bioquímica, eletrólitos e enzimas cardíacas, sulfato de magnésio e, se não reverter, choque em desfibrilação.
- (B) Intubar imediatamente, garantir bom acesso venoso, monitorizar, solicitar bioquímica, eletrólitos e enzimas cardíacas. Fazer amiodarona venosa em bolus.
- (C) Instalar oxigênio, garantir bom acesso venoso, monitorizar, sedar e cardioversão imediata com 200J bifásico.
- (D) Instalar oxigênio, garantir bom acesso venoso, monitorizar, solicitar bioquímica, eletrólitos e enzimas cardíacas. Fazer dose de sulfato de magnésio venoso.
- (E) Intubar imediatamente, garantir bom acesso venoso, monitorizar, solicitar bioquímica, eletrólitos e enzimas cardíacas. Fazer dose de sulfato de magnésio e gluconato de cálcio venoso.

17. Paciente do sexo feminino, 25 anos, chega à emergência trazida pelos pais com história de ter sido encontrada desacordada e dispnéica com vidro de “veneno” vazio ao seu lado. Encontra-se torporosa, com escala de Glasgow de 8, hipotensa (PA: 70/40mmHg) e taquipneica (FR: 28irpm). Sat O2 94% ar ambiente. A sequência de condutas mais adequada é:

- (A) Passar SNG e proceder à lavagem gástrica seguida de carvão ativado imediatamente.
- (B) Como a paciente está torporosa a lavagem gástrica esta contraindicada.
- (C) Instalar oxigênio, iniciar noradrenalina, fazer dose empírica de naloxona, flumazenil e glicose e intubar caso não acorde com essas medidas. A lavagem gástrica está contraindicada, pois não se tem a precisão do momento da ingestão.
- (D) A identificação da substância ingerida é o fator mais importante para a sobrevivência dessa paciente, pois possibilita o uso de antídotos quando existentes.
- (E) Realizar acesso venoso, iniciar infusão de cristaloides, intubar e, somente após via aérea segura proceder com lavagem gástrica e carvão ativado.

18. Paciente admitido na emergência após acidente automobilístico foi diagnosticado com fratura de fêmur direito, trauma torácico e trauma craniano grave. Ultrassonografia fast abdominal normal. Após admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), recebeu ressuscitação volêmica com vários litros de solução cristalóide e foi poli transfundido. Após 24 horas, evoluiu com distensão abdominal e oligúria. Foi aferida a pressão intra-abdominal a qual estava em 20mmHg. Com relação ao aumento da pressão intra-abdominal observada nesse paciente, é CORRETO afirmar:
- (A) Não apresenta síndrome compartimental abdominal a qual se caracteriza pela presença de pressão intra-abdominal superior a 20mmHg.
 - (B) Apresenta síndrome compartimental grave caracterizada por nível de pressão intra-abdominal maior que 20mmHg e presença de disfunção orgânica (oligúria).
 - (C) Apresenta síndrome compartimental leve a qual não justifica a presença da oligúria devendo-se pesquisar outra causa para a mesma.
 - (D) Apresenta síndrome compartimental secundária já que não tem lesão intra-abdominal. Sua presença deve-se provavelmente à reposição volêmica agressiva e politransusão e deve estar contribuindo para a disfunção renal observada.
 - (E) A pressão intra-abdominal elevada deve refletir níveis de pressões intratorácicas elevadas já que não houve lesões intra-abdominais.
19. Com relação à condução de pacientes com pancreatite, é CORRETO afirmar:
- (A) Antibioticoprofilaxia na admissão está indicada em paciente com pancreatite que cursem com febre e/ou leucocitose.
 - (B) Quando indicado o uso de antibióticos, deve-se atentar para penetração do mesmo no tecido pancreático. São consideradas boas opções: ceftriaxona, aminoglicosídeos, vancomicina ou carbapenêmicos.
 - (C) A ultrassonografia abdominal é o exame de imagem inicial mais adequado por ser exame não contrastado e elucidar etiologia do quadro. A tomografia, apesar de visualizar melhor o pâncreas, deve ser postergada para realização após avaliação da função renal, restauração da volemia sendo útil para identificar complicações do quadro.
 - (D) O exame de escolha para diagnóstico desses quadros na emergência é a tomografia com contraste e deve ser feito nas primeiras 3 horas da admissão.
 - (E) A indicação de intervenção cirúrgica deve ser precoce, ou seja, tão logo o paciente apresente o primeiro sinal de gravidade do quadro.
20. Com relação à candidemia, selecione a opção CORRETA.
- (A) Em pacientes críticos instáveis e graves com suspeita de candidemia, recomenda-se iniciar terapia com fluconazol venoso, considerando-se que a grande maioria das espécies de *Candida* são sensíveis ao fluconazol e este possui menos efeitos colaterais em comparação com outros antifúngicos.
 - (B) Os cateteres intravenosos só devem ser removidos após 24 h do início do antifúngico, caso não ocorra melhora clínica significativa com a instituição da terapia medicamentosa.
 - (C) As principais vias de invasão da corrente sanguínea por *Candida* são: o trato gastrointestinal, foco infeccioso a distância e cateter intravascular.
 - (D) O uso prévio de antibioticoterapia prolongada, porém adequada para a sensibilidade do germe isolado o qual está sendo tratado, não predispõe o surgimento de candidemias.
 - (E) As espécies de *Candida glabrata* e *Candida cruzei* melhoram sua sensibilidade ao fluconazol quando se ajusta as doses do mesmo para 800 mg/dia.
21. Na atualidade, a denominação “erro médico” deve ser substituída por “evento adverso”. Com relação a eventos adversos no ambiente hospitalar, é CORRETO afirmar:
- (A) Índices desses eventos são alarmantes em nosso país e os médicos são os principais responsáveis pelos erros.
 - (B) Apesar de frequentes, sua prevenção é complexa e seria possível em aproximadamente 20% dos casos.
 - (C) Sempre que identificado, deve ocorrer relato sistemático para comissão de segurança do hospital e reação rápida para correção do evento em si e correção dos processos. Documentação no prontuário só deve ser feita pela comissão de segurança e qualidade do hospital.
 - (D) São consequência de uma sequência de eventos que envolvem fatores humanos, técnicos e organizacionais e não de um único ato isolado.
 - (E) O uso de prontuários eletrônicos, implementação de protocolos e cultura de punição dos responsáveis diretos pelo evento contribuem para prevenção dos mesmos.
22. Doença cardiovascular é uma complicação frequente do LES e pode afetar o pericárdio, as valvas, o miocárdio e as artérias coronárias. A cardiopatia valvar afeta predominantemente as valvas:
- (A) tricúspide e mitral
 - (B) aórtica e tricúspide
 - (C) tricúspide e pulmonar
 - (D) aórtica e pulmonar
 - (E) mitral e aórtica

23. Com relação ao tratamento de Doença de Crohn, é CORRETO afirmar:
- (A) Deve-se considerar o uso precoce de Terapia Biológica (estratégia Top Down) em pacientes com doença grave de comportamento estenosante ou penetrante.
 - (B) Pacientes com doença de Crohn perianal devem iniciar imediatamente Terapia biológica, mesmo antes da avaliação da necessidade de cirurgia perianal.
 - (C) A Prednisona é a droga de escolha no tratamento de manutenção de remissão na doença moderada a grave.
 - (D) Os aminossalicilatos são a droga de escolha no tratamento da doença exclusiva de intestino delgado.
 - (E) Pacientes que realizaram ressecção intestinal de todos os segmentos com doença de Crohn ativa não necessitam realizar terapia medicamentosa de manutenção.
24. Com relação ao tratamento da Ascite no hepatopata, é CORRETO afirmar que:
- (A) Não se deve realizar paracentese quando houver suspeita clínica de peritonite bacteriana espontânea.
 - (B) A restrição de ingesta hídrica é medida primordial para o tratamento da ascite.
 - (C) A ascite refratária ao uso de diuréticos não é uma indicação de implantação de TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt).
 - (D) Em paracentes superiores a 5 litros, deve-se repor albumina na dose de 6-8 gramas para cada litro de líquido ascítico retirado.
 - (E) O aparecimento de encefalopatia hepática não contraindica o uso de diuréticos.
25. Paciente do sexo feminino, 54 anos, sabidamente portadora de miocardiopatia isquêmica, internou em sinais de ICC descompensada e elevação das escórias nitrogenadas. Sobre a correlação coração-rim, é INCORRETO afirmar:
- (A) A principal causa de morte nos pacientes portadores de doença renal crônica são os eventos cardiovasculares.
 - (B) Na síndrome cardiorenal tipo 2, o paciente tem doença cardíaca progressiva, levando a uma deteriorização crônica da função renal.
 - (C) Na síndrome cardiorenal tipo 3, o paciente tem uma piora da função cardíaca secundária a uma Disfunção Renal Aguda.
 - (D) Na fisiopatologia da SCR, destaca-se a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona pelo baixo débito cardíaco.
 - (E) Na síndrome cardiorenal (SCR) tipo 1, o paciente tem nefropatia crônica, piorando a função cardíaca.
26. Vasculite que geralmente afeta os vasos de pequeno e médio calibres, é um dos tipos raros de vasculite capaz também de acometer grandes artérias. A maior parte dos danos causados pela doença é atribuída à inflamação dos vasos sanguíneos, podendo causar obstrução, aneurisma ou ruptura, mas a vasculite não parece explicar todas as alterações patológicas encontradas nos pacientes - inclusive úlceras da boca e do intestino - podendo ser atribuídas mais propriamente à reatividade anormal dos neutrófilos e dos linfócitos:
- (A) doença de Behçet
 - (B) granulomatose com poliangiite ou granulomatose de Wegener
 - (C) doença de Buerger
 - (D) púrpura de Henoch-Schölein
 - (E) arterite de Takayasu
27. Vários fatores ambientais foram avaliados como desencadeantes potenciais de lupus eritematoso sistêmico (LES). Assinale a opção CORRETA.
- (A) Tabagismo.
 - (B) Exposição à radiação ultravioleta (UV).
 - (C) Vírus Epstein-Barr (VEB).
 - (D) Interferon α (IFN α).
 - (E) Presença de anti-antígenos nucleares (fatores nucleares).
28. Em relação a situações de infecções variadas, está CORRETO:
- (A) Na neutropenia febril, o antifúngico sistêmico sempre deve ser iniciado concomitante aos antibióticos de amplo espectro.
 - (B) Geralmente pacientes portadores de endocardite por fungos que possuem vegetação valvular visível à ecocardiografia transtorácica costumam ter boa resposta à terapia clínica, raramente necessitando intervenção cirúrgica.
 - (C) Em pacientes neutropênicos, as infecções por *Aspergillus fumigatus* constituem a segunda causa mais comum de acometimento fúngico, sendo o pulmão a principal porta de entrada.
 - (D) A tigeciclina é boa opção terapêutica como monoterapia de choque séptico com foco em partes moles, abdômen e vias urinárias mas não em infecções respiratórias.

- (E) O antibiótico Polimixina B é uma boa opção terapêutica para infecções causadas por *Klebsiella pneumoniae* resistentes, assim como para infecções causadas por outros germes gram-negativos como *Serratia* sp, *Proteus* sp, e *Providencia* sp.
29. Paciente de 28 anos, sexo feminino, com quadro de fraqueza muscular, astenia e ganho de 2 Kg em 6 meses. Ao exame, apresenta acne e pletora facial, com estrias violáceas incipientes em flancos. Exames laboratoriais: Cortisol pas-dexametasona 3,9, ACTH 59 (VR: 10-60), Sódio 144 mEq/l (135-145), Potássio 2,1 (3,5-5,0). Assinale a opção que melhor se aplica ao caso:
- (A) Deve-se solicitar TC adrenais.
 - (B) Cortisol urinário livre elevado confirma Doença de Cushing, indicando RNM sela túrcica.
 - (C) O quadro clínico torna PPAD a principal hipótese diagnóstica.
 - (D) Hiperandrogenismo presente no quadro sugere carcinoma adrenal.
 - (E) Deve-se realizar testes dinâmicos com o intuito de descartar ACTH ectópico.
30. Com relação à síndrome hepatorenal, é INCORRETO afirmar:
- (A) Antes de se definir o caso como síndrome hepatorenal, devem-se descartar outras causas de insuficiência renal.
 - (B) Para descartar insuficiência renal pré-renal, deve-se fazer prova de volume com soro fisiológico seguida do uso de espirolactona.
 - (C) Drogas possivelmente nefrotóxicas devem ser imediatamente suspensas.
 - (D) O uso combinado de drogas vasoconstritoras e albumina é recomendado no tratamento de síndrome hepatorenal.
 - (E) A síndrome hepatorenal tipo I é mais aguda e rapidamente progressiva, enquanto que a tipo II é mais insidiosa.
31. Sobre deficiência de vitamina D, assinale a opção CORRETA.
- (A) Pacientes institucionalizados e idosos são de maior risco para seu desenvolvimento.
 - (B) O tratamento consiste em calcitriol 0,25 2x/dia por 2 meses.
 - (C) Níveis de 25-OH-Vitamina D acima de 10 ng/dl são capazes de prevenir hiperparatiroidismo.
 - (D) A exposição solar do nordeste do Brasil torna desnecessária investigação de *status* de vitamina D.
 - (E) Reposição e vitamina D está indicada para redução de risco de câncer de mama e pâncreas.
32. Sobre o tratamento da Síndrome do Intestino Irritável (SII), é INCORRETO afirmar:
- (A) Não há utilidade no uso de antiespasmódicos para SII.
 - (B) São recomendadas mudanças no estilo de vida que incluem aumento da ingestão de fibras, atividade física e reeducação da defecação.
 - (C) A prucaloprida pode ser utilizada na SII padrão constipação.
 - (D) A loperamida pode ser utilizada na SII padrão diarreia.
 - (E) Terapia comportamental e psicoterapia podem ser úteis em pacientes não respondedores ao tratamento medicamento.
33. Paciente de 58 anos, sexo masculino, com lombalgia de longa data. Radiografia de coluna evidenciou múltiplas fraturas vertebrais. Solicitados em seguida, cálcio sérico 10,6 (8-5-10), PTH 110 (10-60). Sobre esse caso, a melhor conduta a ser tomada, dentre as abaixo, é:
- (A) Solicitar eletroforese de proteínas.
 - (B) Reposição de colecalciferol.
 - (C) Solicitar cintilografia de paratíroides.
 - (D) Indicar precocemente artrodese de coluna.
 - (E) Solicitar PSA e toque retal.
34. Com relação à dispepsia funcional, é CORRETO afirmar:
- (A) O ponto principal do tratamento da dispepsia funcional é a dieta sem glúten.
 - (B) É obrigatória a realização de ultrassonografia de abdome antes de definir o diagnóstico de dispepsia funcional.
 - (C) A erradicação do *H. pylori* é recomendada no tratamento da dispepsia funcional.
 - (D) É considerada dispepsia funcional toda queixa dispéptica com mais de 30 dias de duração.
 - (E) O tratamento de escolha na dispepsia funcional são os bloqueadores H2.
35. Assinale a opção CORRETA quanto à osteoporose:
- (A) A ferramenta FRAX, bem validada em nosso país, é útil na definição do diagnóstico de osteoporose.
 - (B) A solicitação de marcadores de metabolismo ósseo, como CTX e P1CP, pode auxiliar na tomada de decisão clínica.

- (C) Densitometria óssea sem alterações descarta fragilidade óssea.
- (D) O diagnóstico de osteoporose só pode ser firmado em mulheres na pós-menopausa ou homens com mais de 50 anos.
- (E) Exercícios de carga estão contraindicados em pacientes osteoporóticos, devido ao risco de precipitação de fratura.

36. Com relação à gestação em paciente com HBV, é INCORRETO afirmar:

- (A) A transmissão intrauterina é rara.
- (B) O período do puerpério aumenta o risco de exacerbação da doença.
- (C) O risco de transmissão do HBV é maior quando a gestante é HBeAg positiva.
- (D) O interferon deve ser usado em toda gestante HBsAg positiva.
- (E) A prevenção no recém-nascido é feita com Imunoglobulina e vacina contra o HBV.

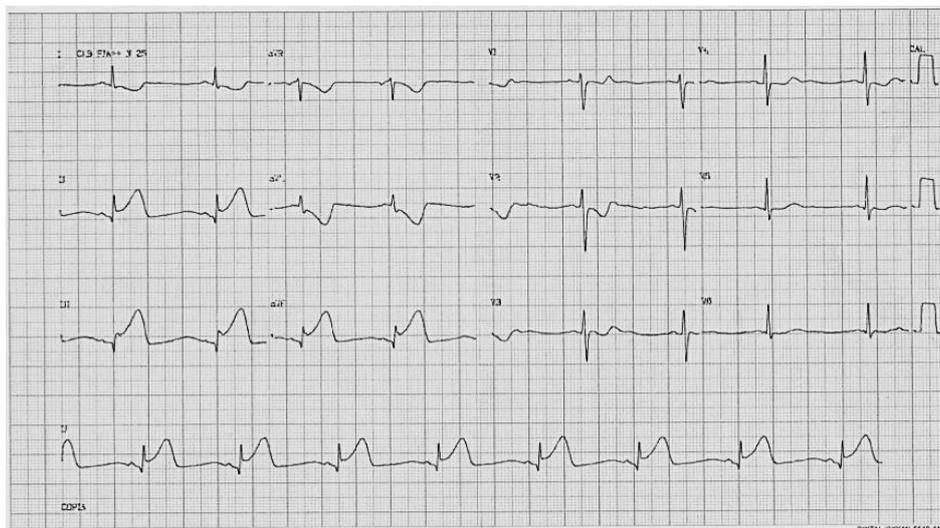
37. Paciente de 58 anos, sexo feminino, com diabetes há 20 anos, apresenta também hipertensão arterial e dislipidemia. Últimos exames laboratoriais, em uso de metformina 850 mg 2x/dia, são: glicemia 169, Glicemia pós-prandial 220, Hb Glicada 8%, Ureia 110 mg/dl, Cr 2,1 mg/dl (clearance de cr de 39). Dentre as opções abaixo, assinale a melhor indicada para o caso:

- (A) Manter metformina e associar insulina e glibenclamida.
- (B) Manter metformina e associar inibidor de DPP-IV.
- (C) Manter metformina e associar inibido de SGLT-2.
- (D) Suspender metformina e iniciar sulfoniluréia.
- (E) Suspender metformina e associar incretinomimético.

38. Paciente de 29 anos, sexo feminino, evoluindo com amenorreia há 3 anos, apresenta migrânea, em uso de propranolol e naratriptano há 4 anos; nega outras medicações. Na avaliação laboratorial, evidenciou: Prolactina 42 (até 25), FSH 77, LH 37, estradiol 40, TSH 1,8 (0,5-5,0), T4 livre 1,1 (0,6-1,5). Sobre o caso descrito, assinale a opção CORRETA.

- (A) Deve-se iniciar tratamento com agonista dopaminérgico.
- (B) A paciente deve ser considerada para terapia de reposição hormonal.
- (C) A suspensão das medicações deve resolver o quadro menstrual.
- (D) Hipotiroidismo central é forte possibilidade diagnóstica.
- (E) Síndrome de Ovários Policísticos deve ser descartada no caso.

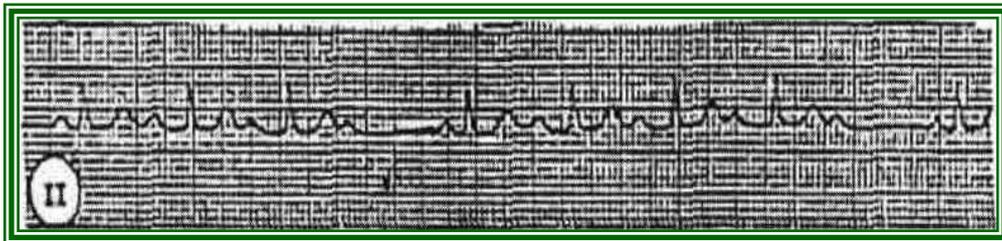
Para as questões 39 e 40, considere o caso a seguir: homem de 48 anos, hipertenso e diabético, foi atendido no Pronto Socorro com quadro de dor anginosa típica de forte intensidade, com início há 2 horas. O eletrocardiograma do paciente está demonstrado abaixo.



39. Considerando o eletrocardiograma de admissão e após as medidas iniciais, a melhor conduta é:

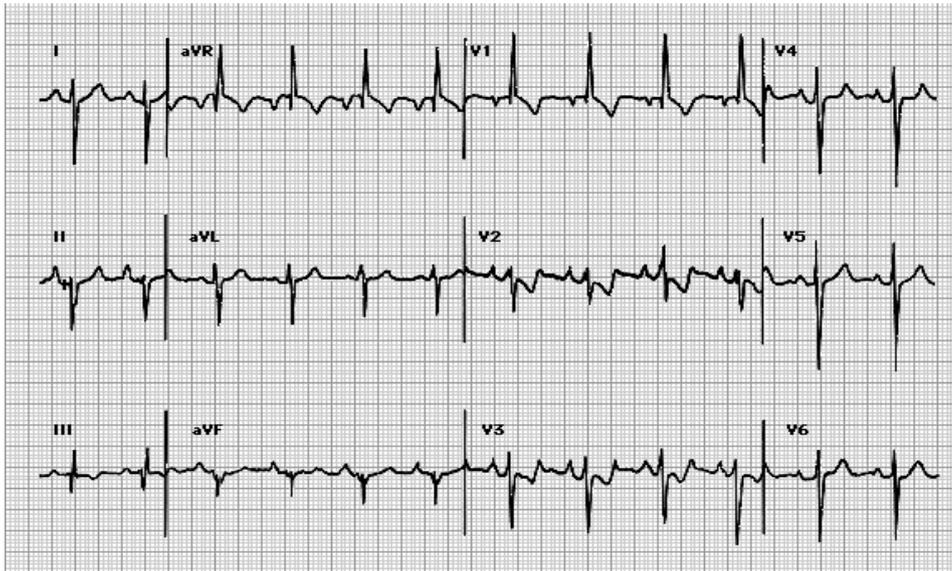
- (A) Terapia anticoagulante tripla.
- (B) Ticagrelor em dose de ataque.
- (C) Angioplastia primária.
- (D) Prasugrel em dose plena.
- (E) Observação.

40. Diante das alterações eletrocardiográficas apresentadas, a(s) derivação(ões) adicional(is) que permite(m) avaliar acometimento do ventrículo direito é(são):
- (A) Derivação bipolar. (B) V3R e V4R. (C) V7 e V8. (D) V2R e V5R. (E) V3 e V4.
41. Sobre tratamento farmacológico de depressão e transtornos disfóricos ansiosos, marque a opção INCORRETA.
- (A) Inibidores seletivos de recaptção de serotonina são substâncias de primeira linha para tratamento medicamentoso em idosos.
 (B) Inibidores seletivos de recaptção de serotonina constituem causa importante de Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético, principalmente em idosos.
 (C) Antidepressivos tricíclicos são terceira ou quarta linha na escolha terapêutica em idosos, pois têm efeitos colaterais relacionados a bloqueio receptores colinérgicos muscarínicos como alteração cognitiva, turvamento visual, retenção urinária.
 (D) Trazodona se enquadra em bom perfil de segurança para induzir sono em pacientes deprimidos e insones, em doses baixas, auxilia no descontinuar de uso de benzodiazepínicos.
 (E) O tempo de tratamento deve ser de 6 a 12 meses para aqueles que estão na recidiva de sintomas antidepressivos.
42. GR, 67 anos, profissional liberal aposentada, residente atualmente com a sua filha única por decisão conjunta, trazida a seu consultório por estar preocupada pois, nas últimas duas semanas, tem se percebido sem iniciativa, com sentimentos de inutilidade e tristeza diárias. Relata que têm ocorrido perdas espontâneas acidentais muito frequentes de urina e que isso nunca lhe aconteceu. Você e sua equipe devem tomar a conduta abaixo:
- (A) Encaminham para Urologia com solicitação de sumário de urina.
 (B) Encaminham para Neurologia clínica com solicitação de tomografia de crânio.
 (C) Encaminham para Psicoterapia e apoio familiar.
 (D) Evoluem na anamnese com solicitação de dados sobre antecedentes na área cognitiva e do humor, e início de tratamento de infecção do trato urinário.
 (E) Evoluem na anamnese com solicitação de dados sobre antecedentes na área cognitiva e do humor, avaliam GDS e ABVDs / AIVDs, quanto a indícios de depressão e incapacidade funcional, propedêutica investigativa de alterações do trato urinário e ação conjunta da psicologia.
43. Considere o caso: idoso masculino, 78 anos de idade, admitido com quadro clínico de síncope recorrente. Não fazia uso de medicamentos cronotrópicos negativos. Durante exame de Holter, apresentou lipotimia correlacionada ao traçado de eletrocardiograma abaixo. Assinale a opção com a melhor conduta.



- (A) Marca-passo cardíaco definitivo devido bloqueio AV sintomático.
 (B) Não deve tomar nenhuma conduta, pois é benigno.
 (C) Ressonância magnética de coração para afastar cardiopatia estrutural.
 (D) Dopamina devido à bradicardia sinusal intensa.
 (E) Marca-passo temporário devido ao bloqueio AV extrínseco.
44. M.R, 85 anos, portador de insuficiência coronariana e pós-operatório tardio de revascularização do miocárdio. Reside sozinho com cuidados contratado e recebe visitas de familiares diariamente ao final da tarde. Admitido em emergência por déficit na área de atenção e concentração, de início súbito, associado à alteração de marcha com desequilíbrio e ataxia, e diminuição global de força muscular. Usuário de Aspirina e caverdilol. Nega Febre e outros sintomas. Avaliação de sd. Coronariana aguda negativa (ECG = ritmo sinusal, alterações de repolarização difusas, BDAS; troponina = 0,01 seriada após 6h não teve variação). Sua conduta imediata deve ser:
- (A) Sala vermelha, oxigenioterapia, avaliação do encéfalo com imagem tomográfica sem contraste, avaliação de glicemia capilar, monitorização não invasiva de sinais vitais, hidratação com solução salina.
 (B) Alta hospitalar visto enzimas cardíacas normais.
 (C) Anticoagulação plena.
 (D) Sala vermelha, oxigenioterapia, avaliação de glicemia capilar, monitorização não invasiva de sinais vitais, hidratação com solução salina e aguardar parecer de especialista.

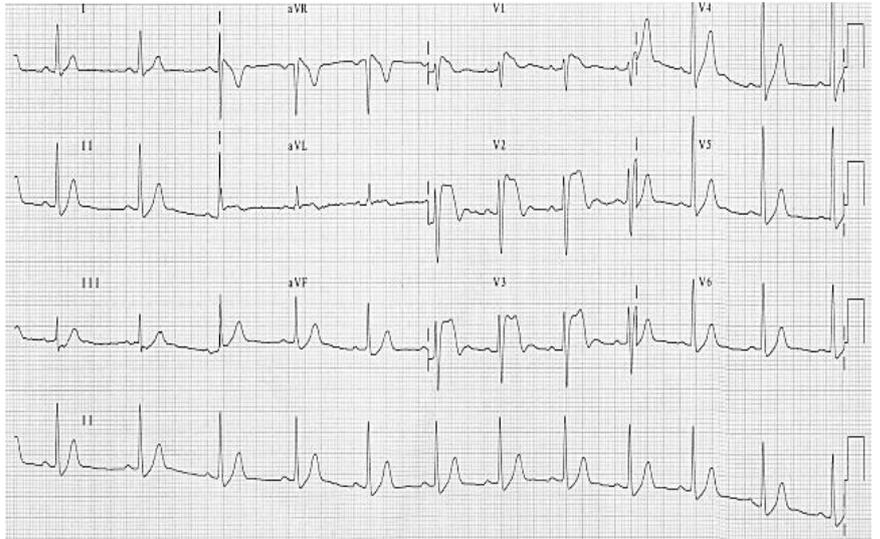
- (E) Sala amarela, para observação clínica de evolução do quadro e aguardo de exames laboratoriais para descartar causas metabólicas.
45. Seu plantão não encerrou e chega informação de que M.R (referido na questão anterior) sofreu queda no banheiro nas últimas 24h com possível trauma em crânio e pescoço e, no momento, glasgow de 9. São diagnósticos possíveis para este caso:
- (A) AVE hemorrágico, hematoma subdural crônico.
 (B) AVE de a. cerebral media direita.
 (C) Hemorragia subaracnóidea, AVE hemorrágico.
 (D) Pneumonia aspirativa.
 (E) Meningoencefalite e Hematoma subdural crônico.
46. Considere o caso clínico: paciente do sexo masculino, 68 anos, de raça negra, evoluindo com dispneia progressiva no último mês, apresenta-se na emergência com sintomas de dispneia aos mínimos esforços. É tabagista atual com carga tabágica de 40 anos-maço. Realizou o eletrocardiograma com o traçado demonstrado abaixo. O provável diagnóstico é:



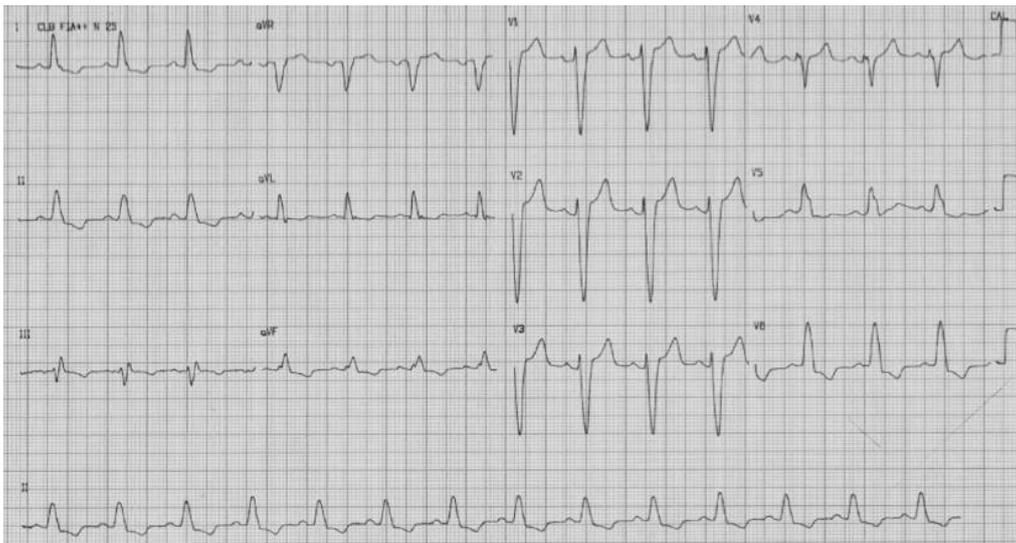
- (A) Insuficiência ventricular esquerda grave.
 (B) Síndrome de Brugada.
 (C) Infarto agudo do miocárdio.
 (D) *Cor pulmonale*.
 (E) Disfunção diastólica do ventrículo esquerdo.
47. Diante do Esquema Vacinal Adultos e Idosos, marque a opção correspondente a sua recomendação em receituário para G.M, 61 anos, portadora de Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2:
- (A) Influenza anual, anti-pneumocócica e zoster a cada 10 anos.
 (B) Influenza anual, anti-pneumocócica após os 60 anos com reforço a cada 5 anos, dT adulto a qualquer tempo: esquema básico de três doses e reforço a cada 10 anos.
 (C) Influenza anual, anti-pneumocócica após os 60 anos com reforço a cada 5 anos, e zoster a cada 10 anos.
 (D) Influenza anual, anti-pneumocócica após os 60 anos com reforço a cada 5 anos, e zoster após os 50 anos exceto em quem já teve contato prévio com vírus varicela.
 (E) Influenza anula, dt adulto a cada 10 anos, hepatite b 3 doses por fazer parte de grupo de risco.
48. Sobre sd. Demenciais, marque a opção CORRETA.
- (A) São importantes critérios de exclusão desta síndrome: delirium, redução do nível de consciência, afasia grave isolada, psicoses e depressão.
 (B) Sd. Demencial tem como fonte de informações a anamnese e exame físico, porém sem a neuroimagem não se pode confirmar a mesma.
 (C) Dentre as causas reversíveis ou parcialmente reversíveis desta síndrome, estão: causas tóxicas como opioides, psicotrópicos, álcool e metais pesados e hipovitaminose D.
 (D) São causas estruturais desta síndrome: hidrocefalia de pressão normal, acidente vascular encefálico, neoplasias e encefalopatia pós-anóxica.
 (E) Demência vascular, Doença de Parkinson, demência por corpos de Lewy, demência associada à Doença de Parkinson são exemplos de etiologia de síndromes demenciais não-Alzheimer.

49. Paciente jovem do sexo masculino, 22 anos, com quadro de síncope recorrente apresentando 3 episódios até o momento. O irmão mais jovem faleceu de morte súbita cardíaca aos 15 anos de idade. O eletrocardiograma de repouso está demonstrado abaixo. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Tromboembolismo pulmonar.
- (B) Dissecção aguda da aorta.
- (C) Síndrome compartimental.
- (D) Síndrome de Brugada.
- (E) Infarto agudo do miocárdio.



50. Quanto ao uso de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis, considere o tratamento para uma paciente com 52 anos de idade, sexo feminino, hipertensa e diabética com insuficiência cardíaca avançada e terapia farmacológica otimizada há mais de 3 meses em acompanhamento ambulatorial sem melhora dos sintomas de dispneia aos mínimos esforços. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo foi de 28% e o eletrocardiograma está demonstrado abaixo. O tipo de dispositivo que deve ser implantado para ter impacto de melhor sobrevida e melhora funcional dessa paciente é:



- (A) Marca-passo dupla câmara.
- (B) Ressincronizador cardíaco.
- (C) Looper implantável.
- (D) Cardiodesfibrilador de câmara única.
- (E) Marca-passo com função *rate-drop-response*.