



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 04

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **MEDICINA INTENSIVA**

DATA: 24/01/2021 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (TIPO 04) 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 04) 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 **1h30min** 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)

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



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS MÉDICAS



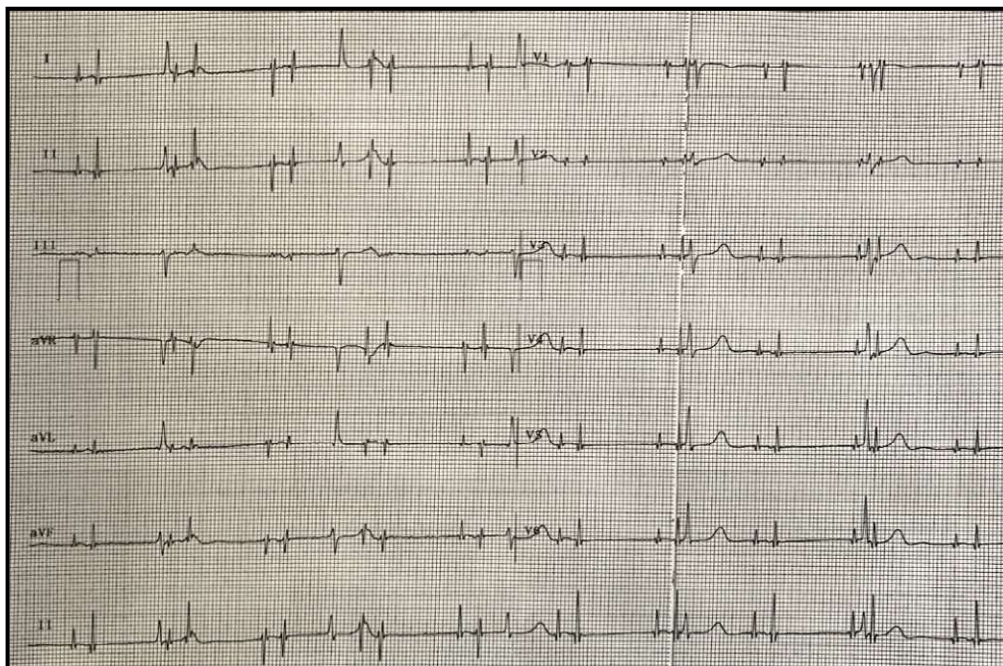
Nº DE INSCRIÇÃO					



CLÍNICA MÉDICA

- 01.** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico vem tendo mudanças importantes quanto ao tratamento da fase aguda, principalmente relacionado ao uso da trombectomia mecânica. Sobre a trombectomia mecânica no contexto de AVC isquêmico, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A trombectomia mecânica agora deve ser priorizada em detrimento da trombólise endovenosa, independente do tempo de início do quadro clínico.
 - b) A trombectomia mecânica só tem benefício, após a falha do trombolítico e respeitando o limite de 3 horas após o início do quadro clínico.
 - c) A seleção de pacientes candidatos à trombectomia mecânica leva em consideração somente se há contraindicações ao trombolítico endovenoso.
 - d) Aqueles pacientes que percebem o déficit neurológico, somente ao acordar, não foram avaliados nos grandes estudos sobre trombectomia mecânica e, portanto, não podem ser submetidos à trombectomia mecânica, independente dos achados da tomografia de crânio ou método com perfusão.
 - e) Os benefícios da trombectomia mecânica se mostraram principalmente para pacientes com oclusão proximal da circulação anterior e até 6 horas do início do quadro clínico, embora haja estudos com benefícios para janelas de tempo até maiores.
- 02.** A enxaqueca (migrânea) é uma das cefaleias primária mais frequente e limitante devido à sua intensidade, seu tratamento preventivo era feito com medicações como anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, antidepressivos; mas com o advento dos anticorpos monoclonais, houve uma mudança de paradigma em relação ao tratamento profilático da enxaqueca. Assinale a alternativa correta que contém um anticorpo monoclonal já aprovado, no Brasil, para tratamento preventivo da enxaqueca e seu mecanismo de ação:
- a) Infliximab – inibidor do fator de necrose tumoral alfa.
 - b) Ocrelizumab – anticorpo anti CD20.
 - c) Erenumab - anticorpo contra o receptor do peptídeo relacionado com o gene da calcitonina (CGRP).
 - d) Blinatumomab - anticorpo anti CD19 e CD3.
 - e) Brentuximab - anticorpo anti CD30.
- 03.** A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença degenerativa que acomete a ponta anterior da medula, baseando-se nesse conhecimento da neuroanatomia, podemos inferir as manifestações clínicas da ELA. Assim, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) O quadro clínico inicial são manifestações sensitivas como parestesias em extremidades.
 - b) Muitos pacientes iniciam a doença similar a uma mielite transversa, com nível sensitivo bem delimitado.
 - c) A limitação motora só ocorre na musculatura distal dos membros.
 - d) Não há acometimento sensitivo e os achados de doença do neurônio motor inferior são bem evidentes como fasciculações e atrofia.
 - e) A musculatura da faringe e língua não é afetada e, portanto, os pacientes conseguem deglutir independente até o fim da doença.
- 04.** Segundo as diretrizes de Hipertensão Arterial da SBC de 2020, assinale a alternativa **INCORRETA** sobre Hipertensão Arterial Sistêmica.
- a) É uma condição multifatorial (genética, meio ambiente, hábitos de vida e fatores socioeconômicos).
 - b) O teste genético de rotina para pacientes hipertensos é recomendado.
 - c) Apresenta alta prevalência, fácil diagnóstico e possui tratamento adequado.
 - d) Indica-se a medida da pressão arterial (PA), anualmente, se a PA do consultório for < 140/90 mmHg.
 - e) Os números que definem a hipertensão arterial sistêmica são arbitrários, mas se caracterizam como valores em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos.

05. Paciente do sexo masculino, 89 anos de idade, proveniente do interior do Piauí de área endêmica de Doença de Chagas foi admitido no pronto atendimento com quadro de síncope recorrente. É portador de cardiopatia chagásica e marca-passo cardíaco definitivo há 10 anos. Diante do traçado eletrocardiográfico obtido na admissão, qual o diagnóstico e a melhor conduta?



- a) Ritmo ectópico atrial; tratamento conservador.
b) Taquicardia ventricular; cardioversão elétrica imediata.
c) Fibrilação atrial aguda; iniciar anticoagulante oral e programar ecocardiogramatransesofágico para reversão da arritmia.
d) Disfunção do marca-passo cardíaco; procedimento cirúrgico para troca de cabo-eletrodo.
e) Marca-passo cardíaco com captura atrial e ventricular adequada; investigação da síncope com teste da mesa inclinada.
06. Paciente de 55 anos, sexo feminino, com infarto do miocárdio com supra de ST de parede anterior há 2 anos. Não foi realizado trombolítico ou angioplastia primária na ocasião. A paciente foi encaminhada ao ambulatório de cardiologia realizando acompanhamento regular. Estava em uso de carvedilol 6,25 mg a cada 12 horas, lisinopril de 5 mg e furosemida de 40 mg diariamente. Fazia uso irregular dos medicamentos no último ano. Há 2 dias foi admitida em pronto-socorro com quadro de piora da dispneia nas últimas 48 horas. Apresentava sintomas de tosse e ortopenia. Na avaliação inicial apresentou-se taquidispneica, com palidez cutânea, sonolência e aferição de PA em 91 x 68mmHg, saturação de oxigênio em 91%, estertores crepitantes em base de pulmão direito, estase jugular presente, reflexo hepatojugular positivo, presença de ascite e perfusão periférica lentificada com extremidades frias. A análise inicial do eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal taquicárdico com frequência cardíaca de 114 bpm e área eletricamente inativa na parede anterior. Assinale a alternativa que corresponde ao perfil hemodinâmico, causa da descompensação e medidas iniciais adequadas.
- a) Cardiopatia chagásica com IC descompensada. Perfil C (frio e úmido). Início de digitálico venoso e amiodarona. Provável causa de descompensação: infecciosa.
b) Cardiopatia hipertensiva com IC descompensada. Perfil L (frio e úmido). Início de diurético venoso e inibidor da enzima conversora de angiotensina. Provável causa de descompensação: má aderência terapêutica.
c) Cardiopatia isquêmica com IC descompensada. Perfil B (frio e úmido). Início de digitálico venoso e milrinone. Provável causa de descompensação: infarto agudo do miocárdio.
d) Cardiopatia isquêmica com IC descompensada. Perfil C (frio e úmido). Início de diurético e inotrópico imediato para controle de sintomas. Provável causa de descompensação: má aderência terapêutica.
e) Cardiopatia isquêmica com IC descompensada. Perfil B (quente e úmido). Início de digitálico venoso e beta-bloqueador. Provável causa de descompensação: má aderência terapêutica.



- 07.** AMS, 57 anos, masculino, com diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar metastático em tratamento quimioterápico, vem em consulta queixando-se de tosse. Qual é a melhor droga para o controle dos sintomas do paciente?
- Morfina 5mg 4/4h.
 - Codeína 30mg 6/6h.
 - Tramadol 50mg 6/6h.
 - Ambroxol 10ml 8/8h.
 - Prednisolona 20mg/dia.
- 08.** Idoso, 80 anos, com quadro de irritabilidade, choro fácil e insônia há 1 mês. Ao exame, paciente emagrecido, IMC=18, sem comprometimento cognitivo, com humor deprimido. Qual a melhor medicação para tratamento do quadro do paciente?
- Amitriptilina.
 - Bromazepam.
 - Diazepam.
 - Quetiapina.
 - Mirtazapina.
- 09.** São exames de rastreio de síndrome demencial, **EXCETO**,
- TSH e T4 livre.
 - Tomografia Computadorizada de Crânio.
 - VDRL.
 - Vitamina B12 e ácido fólico.
 - Eletroencefalograma.
- 10.** Em qual das patologias abaixo os anticorpos séricos contra peptídeos citrulinados cíclicos (Anti CCP) têm valor diagnóstico e prognóstico?
- Artrite Reumatóide.
 - Lupus Eritematoso Sistêmico.
 - Osteoartrite.
 - Polimiosite.
 - Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF).
- 11.** Paciente feminina, 68 anos, apresenta quadro de poliartrite simétrica em mãos e punhos, cumulativa com rigidez pós repouso de 2 horas. Nos exames de imagem, apresenta Rx de mãos com Osteopenia periarticular bilateral. Qual o provável diagnóstico?
- Lupus Eritematoso Sistêmico.
 - Osteoartrite.
 - Esclerose Sistêmica.
 - Osteoporose.
 - Artrite Reumatóide.
- 12.** Ana Maria, 20 anos, foi diagnosticada com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) há 6 meses com poliartrite inflamatória, lesões fotossensíveis em face, edema de membros inferiores, hipertensão arterial sistêmica além de proteinúria e hematúria no sumário de urina. Dra. Fernanda, reumatologista da paciente, desconfiou de nefrite lúpica. Quais exames deveriam estar com resultados alterados para confirmar a suspeição diagnóstica de nefrite lúpica?
- Diminuição de complemento sérico e Anticorpo anti P positivo.
 - Anticorpo anti DNA de dupla hélice positivo e plaquetopenia.
 - Anticorpo anti DNA de dupla hélice positivo e diminuição de complemento sérico.
 - Anticorpo anti SM positivo e derrame pleural.
 - Anticorpo anti SM positivo e plaquetopenia.



13. Em relação às hepatites virais, é **CORRETO** afirmar:
- O diagnóstico de Hepatite A é feito pela presença de AntiHVA IgM ,que torna-se positivo após a segunda semana do início dos sintomas.
 - Aumento de transaminases acima de dez vezes ocorre em Hepatite A,não sendo observada esse aumento nas Hepatites B ou C.
 - A transmissão sexual é uma das principais vias de contaminação da Hepatite C.
 - A Hepatite A pode evoluir como uma hepatite prolongada de até 4 a 6 meses de evolução. Essa forma ocorre principalmente em adultos.
 - A transmissão da Hepatite E segue o mesmo padrão das hepatites B e C.
14. Em relação à parasitose intestinal, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Giardíase é a principal enteroparasitose que leva à má absorção intestinal.
 - O abscesso hepático amebiano costuma ser múltiplo, loculado, provoca com frequência diarreia, febre e icterícia .
 - Ascariíase tem como habitat o duodeno e jejuno e, em adultos, muitas vezes provoca dor epigástrica simulando um quadro ulceroso péptico.
 - Na Síndrome de Loeffler, a imagem radiológica característica são as condensações pulmonares semelhantes às vistas nas pneumonias bacterianas.
 - O método Kato-Katz é indicado na investigação de Estrongiloidíase.
15. Em relação à doença ulcerosa péptica, é **CORRETO** afirmar:
- Até 50% dos pacientes com hemorragia digestiva alta ulcerosa são assintomáticos, antes do episódio de hemorragia.
 - A despeito do tratamento atual, a prevalência de obstrução gástrica em pacientes com úlceras pré-pilóricas ou duodenais é alta,em torno de 60%.
 - As úlceras gástricas e duodenais com boa resposta clínica ao tratamento dispensam endoscopia de controle.
 - A infecção pelo Helicobacterpylori associada à úlcera gástrica ocorre em torno de 95% dos casos.
 - Presença de Helicobacterpylori não foi associada à prevalência de câncer gástrico.
16. Sobre anamnese e exame físico de um paciente idoso, é **INCORRETO** afirmar que:
- A anamnese pode ser dificultada pelo déficit de memória e de audição.
 - A omissão ou desvalorização ou hipervalorização de sintomas é comum na consulta geriatrica.
 - É incomum encontrarmos mais de uma causa para um mesmo sinal ou sintoma.
 - No atendimento ao idoso, o médico deve estar atento as peculiaridades sobre as diversas doenças nesta faixa etária.
 - O *fenômeno iceberg* na geriatria refere-se ao fato de muitos problemas permanecerem ocultos ou submersos durante a entrevista.
17. Sobre as doenças crônicas prevalentes em pacientes idosos, é **INCORRETO** afirmar que:
- O diagnóstico clínico de diabetes no idoso pode passar despercebido, pois os sintomas são inespecíficos.
 - O nível de hemoglobina glicada é utilizado para rastreamento! diagnóstico no idoso.
 - O tabagista passivo é representado por indivíduo não fumante exposto ao fumo em ambientes fechados.
 - d) Idosos podem apresentar restrição de atividade física por osteoartrose, tonturas, déficit visual, insuficiência vascular periférica, depressão ou outros fatores
 - HDL-colesterol é uma fração lipídica importante em idosos. Níveis baixos de HDL-c relacionam-se a maiores riscos para eventos vasculares.
18. As mudanças que ocorrem com o envelhecimento modificam a farmacocinética e a farmacodinâmica dos fármacos, com alterações em sua distribuição, metabolização e eliminação, repercutindo no efeito no organismo do idoso. Sobre iatrogenia medicamentosa, podemos afirmar que:
- Ao prescrevermos diuréticos no idoso, devemos alertar sobre os possíveis efeitos colaterais: desidratação, hipotensão ortostática, e incontinência urinaria.
 - O uso prolongado de cinarizina pode induzir ao aparecimento de tremor.



- c) A terapêutica com anticoagulante requer avaliação detalhada do risco/ benefício, principalmente nos pacientes muito idosos.
- d) Mudanças relacionadas ao envelhecimento, polifarmácia e as múltiplas comorbidades em octogenários predis põem aos efeitos adversos das drogas.
- e) Uso de benzodiazepínico em idosos não aumenta risco de queda.
- 19.** No arsenal terapêutico de antiproteinúricos para o tratamento da nefropatia diabética, uma classe de droga tem se destacado. Quanto ao uso de inibidor de SGLT2, é **CORRETO** afirmar:
- a) Deve ser evitado em paciente com doença renal crônica em estágios mesmo iniciais, mas pode ser usado se proteinúria nefrótica.
- b) Deve ser evitado em paciente com proteinúria independente do nível, mas pode ser usado em caso de doença renal crônica leve a moderada.
- c) Deve ser evitado em paciente com doença renal crônica a em estágios mesmo iniciais, mas pode ser usado em caso de proteinúria independente do nível.
- d) Deve ser usado e é seguro, tanto em paciente com doença renal crônica em estágios iniciais, quanto em casos de proteinúria independente do nível.
- e) Tem efeito neutro sobre a função renal.
- 20.** Paciente 41 anos, em avaliação de paciente com glomerulopatia, apresentando edema de MMII, proteinúria, hematúria com função renal preservada e em programação de biópsia renal. Entre medidas terapêuticas iniciais (não específicas) apropriadas para esse paciente, marque a alternativa que combina as opções que devem ser iniciadas para esse paciente.
- a) Dieta hipossódica, inibidor de enzima conversora de angiotensina (iECA), bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), estatina, furosemida, diuréticos tiazídicos, prednisona 1mg/kg/d, albumina endovenosa e espironolactona.
- b) Dieta hipoproteica e hipossódica, furosemida combinados ou não com diuréticos tiazídico, iECA e se manter proteinúria, associar espironolactona.
- c) Dieta hipoproteica e hipossódica, diuréticos tiazídicos, espironolactona e prednisona 0,5mg/kg/d.
- d) Diuréticos de alça, restrição de proteínas de 0,8g/kg/d, diuréticos tiazídicos, pulsoterapia, estatina, dieta normossódica.
- e) Diuréticos de alça endovenoso, albumina endovenosa e espironolactona.

ESPECÍFICA

- 21.** Um paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica, pesando 120kg, é admitido à UTI ainda sob efeito anestésico e em ventilação mecânica. O modo ventilatório escolhido inicialmente é assistido-controlado a volume. Assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) O volume corrente recomendado para este paciente é 960ml.
- b) Se a frequência respiratória selecionada for 12 incursões por minuto e o tempo inspiratório for 1 segundo, a relação entre a inspiração e a expiração será de 1:4.
- c) Neste modo ventilatório a ciclagem é feita a tempo.
- d) Se o fluxo inspiratório for aumentado ou diminuído, a relação entre a inspiração e a expiração permanece inalterada.
- e) A fração inspirada de oxigênio deve ser mantida em 40% até o momento da extubação.
- 22.** “A quantidade de ar que entra e sai dos pulmões a cada ciclo respiratório completo”. Este é o conceito de:
- a) Volume minuto.
- b) Fluxo inspiratório.
- c) Volume corrente.
- d) Espaço morto.
- e) Volume residual.
- 23.** Marque a alternativa que contém características de um caso de COVID leve:
- a) TC de tórax com vidro fosco difuso acometendo 90% dos pulmões.



- b) Necessidade de ventilação mecânica invasiva.
c) Saturação de 92% com oxigênio sob máscara com reservatório a 10L/min.
d) Saturação de 97% em ar ambiente.
e) Relação PaO_2/FiO_2 de 140.
- 24.** Assinale a alternativa correta no manejo das vias aéreas de pacientes diagnosticados com COVID-19:
- a) A intubação orotraqueal deve ser protelada o máximo possível, pelo risco que oferece à equipe de saúde.
b) Quando indicada, a intubação deve ser realizada de forma rápida, administrando apenas medicação sedativa/hipnótica, sem gastar tempo com aplicação de outros fármacos.
c) O uso de dispositivo de proteção facial (face shield) ou óculos de proteção durante a intubação dificulta a visualização da glote e deve ser evitado.
d) O paciente só deve ser conectado ao ventilador mecânico, após a realização de todos os testes para verificar a posição do tubo na traqueia.
e) O uso de ventilação com AMBU deve ser evitado.
- 25.** Sobre os testes diagnósticos para a COVID-19 pode-se afirmar:
- a) O RT-PCR é considerado o padrão-ouro pela Organização Mundial da Saúde.
b) Os testes sorológicos rápidos são adequados para o diagnóstico precoce, nos primeiros 3 dias de sintomas, pois ficam prontos em 10 a 15 minutos.
c) Os testes rápidos com pesquisa de antígenos por swab nasal só devem ser realizados, se o paciente apresentar coriza ou obstrução nasal.
d) Qualquer um dos testes disponíveis no Brasil são adequados para a investigação de casos de reinfecção pelo coronavírus.
e) A ausência de IgG na pesquisa por quimioluminescência descarta que o indivíduo tenha tido contato prévio com o vírus SARS-CoV-2.
- 26.** Marque a **CORRETA** sobre o manejo da COVID-19:
- a) A posição prona está contra-indicada, pelo risco de extubação acidental durante a manipulação do doente.
b) O uso de corticoide venoso, como a dexametasona, está indicado, nos casos que cursam com hipoxemia e provou reduzir a mortalidade em ensaios clínicos.
c) O uso de heparina profilática está indicado apenas nos casos graves que necessitem de ventilação mecânica.
d) O risco de eventos tromboembólicos associados à COVID-19 só estará aumentado, quando o D-dímero estiver elevado.
e) Deve-se evitar ventilação mecânica com PEEP acima de 5 cmH_2O , pelo risco de barotrauma.
- 27.** Marque a alternativa que **NÃO** faz parte da síndrome nefrótica:
- a) Anasarca.
b) Albumina 1,6mg/dL.
c) Proteinúria de 24h de 7g.
d) Colesterol total > 200mg/dL.
e) Ureia > 150mg/dL.
- 28.** Qual dos seguintes antimicrobianos tem ação preferencial contra bactérias gram-positivas:
- a) Vancomicina.
b) Cefepime.
c) Meropenem.
d) Fluconazol.
e) Polimixina B.
- 29.** Qual das seguintes alternativas não contém um antifúngico:
- a) Voriconazol.
b) Anidulafungina.
c) Polimixina B.
d) Griseofulvina.
e) Terbinafina.
- 30.** Considera-se urgência dialítica:
- a) Acidose mista, com retenção importante de CO_2 .
b) Hiponatremia com rebaixamento da consciência.
c) Hipocalemia com fraqueza muscular.
d) Hipercalemia refratária com alteração eletrocardiográfica.
e) Hipomagnesemia com arritmia cardíaca.



31. Quais das seguintes medicações fazem parte da sequência rápida para intubação orotraqueal:
- Lidocaína e atropina.
 - Adenosina e midazolam.
 - Succinilcolina e fentanil.
 - Amiodarona e propofol.
 - Etomidato e enoxaparina.
32. Aponte a escala utilizada para avaliação do grau de sedação de um paciente:
- RASS.
 - SOFA.
 - APACHE.
 - Glasgow.
 - RIFLE.
33. Indique o principal mecanismo fisiopatológico pelo qual o aumento da pressão intra-abdominal provoca oligúria:
- Diminuição do débito cardíaco.
 - Isquemia intestinal com translocação bacteriana.
 - Necrose tubular aguda.
 - Pressão de filtração glomerular menor que a pressão intra-abdominal.
 - Hidronefrose.
34. Assinale o conceito que foi abandonado com a última revisão das diretrizes internacionais de sepse (Sepsis-3):
- Septicemia.
 - Sepse grave.
 - Choque séptico.
 - Disfunção orgânica.
 - Infecção não complicada.
35. Sobre cuidados paliativos é **CORRETO** afirmar:
- Uma vez instituída a limitação de cuidados mediante assinatura de termo pela família, não é possível retornar o paciente para cuidado pleno.
 - O cuidado paliativo exclusivo deve ser reservado apenas aos pacientes portadores de neoplasias avançadas metastáticas.
 - O cuidado paliativo proporcional permite que os recursos terapêuticos sejam utilizados de acordo com a resposta e a evolução do paciente.
 - Cuidados paliativos só podem ser instituídos em um paciente de UTI se este for transferido para ala de enfermaria.
 - Pacientes em cuidados paliativos não devem receber alta hospitalar, permanecendo internados até o desfecho clínico.
36. Os fluidos são administrados com o objetivo de aumentar o débito cardíaco e a oferta de oxigênio. A capacidade do ventrículo esquerdo para aumentar o volume sistólico em resposta a administração de fluidos é denominada “fluido responsividade”. O paciente que aumenta o volume sistólico/ débito cardíaco em mais que 10 a 15%, após bolus de fluidos é denominado fluido responsivo. Com relação à monitorização da fluido responsividade, é **CORRETO** afirmar:
- Os índices dinâmicos devem ser preferidos em relação aos índices estáticos (PVC, POAP, etc) para predizer fluido responsividade.
 - Os índices dinâmicos são aqueles baseados na interação coração pulmão, durante a ventilação mecânica (ex. variação da pressão de pulso, variáveis ecocardiográficas, teste de oclusão expiratória final) e aqueles que não são baseados na interação coração pulmão (ex. elevação passiva das pernas).
 - A prova de volume convencional e a elevação passiva dos membros inferiores possuem como limitação a necessidade da medida direta do débito cardíaco para serem confiáveis.
 - A variação da pressão de pulso e a variação respiratória no diâmetro da veia cava inferior, não podem ser usadas, durante a respiração espontânea, baixos volumes correntes ou baixa complacência pulmonar.
 - Todas as respostas anteriores estão corretas.
37. As crises hipertensivas correspondem a 3% das urgências médicas. A emergência hipertensiva possui uma prevalência de 24% do total das crises hipertensivas e ocorre em mais de 2% dos pacientes hipertensos, com um progressivo aumento na taxa de mortalidade nas últimas quatro décadas. Quanto às emergências hipertensivas, é correto afirmar, **EXCETO**,
- os fatores de risco incluem: sexo feminino, obesidade, elevado índice de massa corporal, doença cardíaca coronariana ou hipertensiva, uso de elevado número de drogas anti-hipertensivas orais e a não aderência às medicações;



- b) é necessário avaliar a severidade da hipertensão e a urgência do tratamento;
- c) consiste em um aumento agudo na pressão arterial associada com severa e potencialmente ameaçadora lesão de órgãos alvo requerendo imediata hospitalização em uma UTI para controle da pressão arterial em minutos a poucas horas pela administração venosa de drogas anti-hipertensivas;
- d) é um critério necessário uma elevação importante da pressão arterial para o diagnóstico de emergência hipertensiva, se evidência de lesão de órgãos alvos existem;
- e) as apresentações comuns são: edema pulmonar/ insuficiência cardíaca congestiva, infarto cerebral e encefalopatia hipertensiva. Apresentações incomuns são dissecação de aorta, hemorragia intracraniana, eclâmpsia e crise simpática (toxicidade por cocaína e feocromocitoma).

38. Paciente 64 anos, sexo masculino, desenvolve início súbito de fraqueza do membro superior e inferior direito com incapacidade para deambular e falar, de início, 2 horas antes da chegada no departamento de emergência. A avaliação apresenta: escala de Coma de Glasgow: AO: 03, RM: 05 e RV: 01, PA: 160/100mmHg; pulso: 96bpm, FR: 20ipm, SpO2: 96% (ar ambiente); glicemia capilar: 92mg/dl. O Eletrocardiograma não revelou arritmias. A TC de crânio revela perda da diferenciação substância branca/ substância cinzenta em região frontoparietal esquerda. Qual a conduta mais indicada nesse caso:

- a) Intubação orotraqueal;
- b) Redução da Pressão arterial com vasodilatadores endovenosos;
- c) Ativador do plasminogênio tissular recombinante (tPA);
- d) Anticoagulação plena;
- e) Antiagregação plaquetária.

39. Paciente 42 anos, sexo masculino, etilista, com diagnóstico de epilepsia há 6 anos e tratamento irregular, foi admitido no hospital com crises convulsivas tônico clônica generalizadas e inconsciente, há 40 minutos. Submetido a estabilização inicial, glicemia: 102mg/dl, puncionado acesso periférico e administrado tiamina. Realizado diazepam 10mg EV, com repetição da dose em seguida, por persistência das crises. Sem sucesso na cessação das crises, foi iniciado fenitoína 20mg/Kg e, na persistência

dessas, infundido fenobarbital 15mg/Kg. As crises persistiram e o paciente foi submetido à intubação orotraqueal. Diante do status epilético refratário, necessitando de monitorização eletroencefalográfica contínua, qual a conduta farmacológica mais apropriada:

- a) Repetir fenitoína.
- b) Midazolam em infusão contínua.
- c) Repetir fenobarbital.
- d) Levotiracetam.
- e) Ácido valpróico.

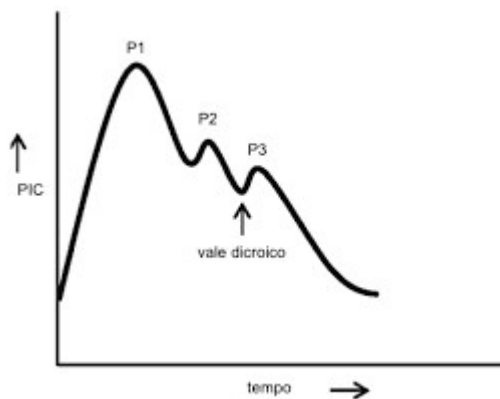
40. A isquemia cerebral tardia é uma frequente complicação da Hemorragia Subaracnóide (HSA) por rotura de aneurisma, contribuindo substancialmente para a morbidade e mortalidade, sendo que a causa mais comum é devido ao vasoespasmio. Avalie as seguintes afirmativas:

1. Geralmente inicia 3 a 4 dias após a rotura do aneurisma com pico do 7º ao 10º dia e resolve-se em 14 a 21 dias;
2. Mais de 1/3 dos pacientes com HSA, tipicamente 4 a 14 dias, após a rotura do aneurisma, desenvolvem déficits neurológicos focais atribuídos à isquemia cerebral;
3. A isquemia cerebral tardia ocorre necessariamente no mesmo território vascular do vasoespasmioangiograficamente visível;
4. A escala de Fisher pode ser usada para prever a probabilidade de vasoespasmio cerebral sintomático;
5. A prevenção do vasoespasmio é difícil e importante no tratamento. Na tentativa de reduzir os efeitos do vasoespasmio, o tratamento precoce e definitivo do aneurisma, administração de nimodipino e manutenção da euvolemia são importantes no manuseio do vasoespasmio.

Assinale com verdadeira ou falsa as afirmativas acima e identifique a sequência **CORRETA**.

- a) V, V, F, V e V.
- b) V, F, V, F e F.
- c) F, F, V, V e V.
- d) V, V, F, F, e V.
- e) F, F, V, F e F.

41. A pressão intracraniana não é um valor estático. Ela exibe variações cíclicas baseadas nos efeitos superpostos da contração cardíaca, respiração e complacência intracraniana. As ondas da pressão intracraniana são produzidas pela transmissão do pulso arterial para o cérebro. A onda possui três componentes: uma onda de percussão sistólica, produzida pela pressão sistólica transmitida ao plexo coróide e representa a pulsação arterial; uma onda de elastância, produzida pela restrição da expansão ventricular pela dura-máter e o crânio e representa a complacência do tecido cerebral e, uma onda produzida pelo fechamento da valva aórtica. Os componentes P1, P2 e P3 correspondem respectivamente à:



- a) P1: complacência do tecido cerebral; P2: pulsação arterial e P3: fechamento da valva aórtica
- b) P1: pulsação arterial; P2: fechamento da valva aórtica e P3: complacência do tecido cerebral;
- c) P1: pulsação arterial; P2: complacência do tecido cerebral e P3: fechamento da valva aórtica;
- d) P1: complacência do tecido cerebral; P2: fechamento da valva aórtica e P3: pulsação arterial;
- e) P1 fechamento da valva aórtica; P2: pulsação arterial e P3: complacência do tecido cerebral.
42. Paciente 70 anos, apresenta-se ao departamento de emergência com maciço e indolor sangramento agudo pelo reto com sintomas posturais. Não tinha história de febre, perda de peso, anorexia ou alterações recentes do hábito intestinal. Não havia história de ingestão de drogas. Era etilismo crônico e não fumante. Negava doença prévia ou cirurgia anterior. Quanto à hemorragia digestiva baixa, é correto afirmar, **EXCETO**,

- a) as etiologias mais comuns de sangramento gastrointestinal inferior variam de acordo com o grupo etário dos pacientes. Em adultos jovens e adolescentes a causa mais comum de sangramento gastrointestinal inferior são: doença inflamatória intestinal, divertículo de Meckel e pólipos; em adultos abaixo de 60 anos, a fonte mais frequente de sangramento gastrointestinal inferior incluem: divertículos colônicos, doença inflamatória intestinal e neoplasias;
- b) as angiodisplasias, divertículos, neoplasias e isquemias são as causas mais comuns de sangramento gastrointestinal inferior nos idosos acima de 60 anos;
- c) instabilidade hemodinâmica à apresentação, a magnitude do sangramento, presença de comorbidades, idade > 60 anos, história de diverticulose ou angiodisplasia, elevação da creatinina e anemia (hematócrito inicial < 35%) está associado com pior prognóstico;
- d) aproximadamente 40% dos pacientes cessam o sangramento espontaneamente sem qualquer tratamento e são improváveis de benefícios de intervenções agressivas;
- e) aproximadamente 10 a 15% dos pacientes com hematoquesia severa tem a fonte de sangramento localizada no trato gastrointestinal superior.

43. Paciente 53 anos, sexo feminino, foi admitida na UTI em PO de colecistectomia após falha na retirada de cálculos biliares pela colangiopancreatografia retrógrada endoscópica. Ela possuía história recente de pancreatite biliar. No 5º dia pós operatório, ela subitamente tornou-se taquipnéica e queixou-se de aperto abdominal. Manteve a angustia respiratória e foi submetida à intubação oro traqueal por severo desconforto respiratório e hipoxemia. Enquanto na ventilação mecânica, sua pressão de pico e platô estavam muito altas. Quanto ao quadro mais provável podemos sugerir:

- a) Tromboembolismo pulmonar.
- b) Síndrome de hipertensão intra-abdominal.
- c) Choque séptico.
- d) Pneumonia hospitalar.
- e) Pneumotórax.



44. A insuficiência hepática aguda causa elevada morbidade e mortalidade e a vida do paciente é ameaçada como consequência de múltiplos distúrbios metabólicos e hemodinâmicos resultantes. Analise as seguintes afirmativas:

- (1) A lesão hepática é usualmente reconhecida pelo aparecimento de icterícia e a insuficiência hepática pela ocorrência de encefalopatia, ascite e coagulopatia;
- (2) A história apropriada de ingestão medicamentosa, rash, transfusão sanguínea, injúria com agulha, cirurgia prévia, história de icterícia em membros da família não é importante para identificar a causa da insuficiência hepática fulminante;
- (3) É importante descartar outras causas de febre com encefalopatia como: sepse bacteriana e infecções tropicais em áreas endêmicas como: malária, leptospirose, dengue, meningite, encefalite, colangite e doença hepática crônica subjacente;
- (4) Pacientes que desenvolvem insuficiência hepática aguda dentro de 7 a 10 dias do início da icterícia apresentam taxas de sobrevivência significativamente mais baixas que aqueles que as desenvolvem tardiamente;
- (5) Durante a realização da intubação orotraqueal desses pacientes, é prudente evitar súbito aumento da pressão intracraniana e herniação, portanto sedação apropriada e medidas anti-edema, são pré-requisitos para intubação orotraqueal.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) V, F, F, V e V.
- b) F, V, V, V e F.
- c) F, F, F, V e F.
- d) F, V, F, F e V.
- e) V, F, V, F e V.

45. Em relação aos pacientes críticos com COVID-19, muitas comorbidades estão associadas com doença severa e aumento da mortalidade. Esta afirmação é verdadeira para todas as comorbidades a seguir, **EXCETO**,

- a) Epilepsia.
- b) Doença cardiovascular e hipertensão arterial sistêmica.
- c) Diabetes Mellitus, doença pulmonar e renal crônica.
- d) Neoplasias (principalmente hematológicas).
- e) Obesidade e tabagismo.

46. As complicações extrapulmonares são comuns entre os pacientes com a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) relacionadas a COVID-19. Dentre os sistemas mais comumente afetados, destacamos os seguintes:

1. Aproximadamente 1/3 dos pacientes com a COVID-19 desenvolvem complicações cardiovasculares. A injúria cardíaca inclui miocardite, cardiomiopatia, pericardite e arritmias;
2. O desenvolvimento de injúria renal aguda em pacientes criticamente doentes com a COVID-19 aumenta o risco de mortalidade e pode requerer terapia de substituição renal;
3. Complicações neurológicas são comuns nos doentes críticos, especialmente delirium ou encefalopatia as quais se manifestam com proeminente agitação e confusão. Os requerimentos de sedação são altos nessa população, principalmente, imediatamente após intubação;
4. Complicações gastrointestinais são mais comuns em pacientes com a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo associado à COVID-19 (2/3) comparado com aquelas por outras causas (1/3) e consistem em elevação de transaminases, severo íleo e isquemia mesentérica;
5. O estado de hipercoagulabilidade é comum, com alguns pacientes desenvolvendo perfis de coagulação anormais e outros desenvolvendo trombose a despeito de anticoagulação profilática e algumas vezes terapêutica.

Assinale a sequência **CORRETA** quanto às afirmativas acima:

- a) Todas as afirmativas estão corretas.
- b) As afirmativas 1, 3 e 5 estão corretas.
- c) As afirmativas 1, 3, 4 e 5 estão corretas.
- d) As afirmativas 1, 2, 3 e 5 estão corretas.
- e) As afirmativas 2, 3 e 4 estão corretas.



47. O atraso na intubação oro traqueal em pacientes com COVID-19, até que o paciente agudamente descompense, é potencialmente prejudicial ao paciente e profissionais de saúde. Para pacientes com necessidade de escalonamento de oxigênio, a monitorização de parâmetros clínicos e troca gasosa a cada 1 ou 2 horas pode determinar um limiar para intubação do paciente com a presença dos seguintes fatores, **EXCETO**,

- a) Persistente ou piora da hipoxemia com $> 50\text{L/min}$ de oxigênio por alto fluxo e fração de oxigênio inspirada (FIO_2) $> 0,6$.
- b) Evolução com hipercapnia e aumento do trabalho respiratório.
- c) Lenta progressão em horas.
- d) Deterioração do status mental.
- e) Instabilidade hemodinâmica ou falência multiorgânica.

48. A maioria dos pacientes com COVID-19 sob ventilação mecânica tem a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) e a duração da ventilação mecânica parece ser prolongada por 2 ou mais semanas. Quanto ao manuseio dos pacientes intubados, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Ventilação com baixo volume corrente (4 a 8ml/Kg de peso corporal predito).
- b) Pressão de platô $<$ ou igual a $30\text{cm H}_2\text{O}$.
- c) Titulação de combinações de FIO_2 e PEEP para alcançar a oxigenação alvo.
- d) Ventilação Prona na SDRA severa, cuja relação $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2$ permanece > 150 durante 16 a 18h por dia.
- e) Terapêutica conservadora de fluidos.

49. O desmame da ventilação mecânica significa a transição do suporte ventilatório total para a respiração espontânea. Na maioria dos pacientes é um processo rápido, porém em 20 a 25% dos casos pode existir um processo progressivo e prolongado. Esses pacientes requerem uma abordagem sistemática e esta deve ser iniciada precocemente, uma vez que o paciente preencha critérios para o desmame. Dentre os pré-requisitos, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) O processo de doença subjacente que o levou à ventilação invasiva foi estabilizado e o paciente está melhorando;
- b) Melhora da troca gasosa ($\text{SaO}_2 > 90\%$ com $\text{FIO}_2 <$ ou igual a 60% , $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 > 150$, $\text{PEEP} < 10\text{cmH}_2\text{O}$) e sem secreção pulmonar excessiva;

- c) Necessidade de ventilação minuto não excessiva ($<$ que 10L/min ; frequência respiratória $< 35\text{ipm}$);
- d) Escala de Coma de Glasgow > 8 ;
- e) Hemodinâmica estável ou com doses mínimas de vasopressores.

50. As vantagens da dieta enteral consistem em preservação da integridade e função do trato gastrointestinal, manutenção do fluxo sanguíneo esplâncnico, provisão da nutrição dos enterócitos, redução das complicações infecciosas e metabólicas, facilidade de administração, baixo custo e evita as desvantagens da nutrição parenteral total. A dieta por sonda gástrica ou enteral deve ser a primeira escolha, pois é relativamente fácil, segura e a maioria dos pacientes. Com relação à estimativa do requerimento energético (calórico), analise as afirmativas abaixo:

1. Geralmente a regra de 25 a 30Kcal/Kg peso corporal ideal satisfaz à necessidade da maioria dos pacientes e como regra geral deve ser iniciada em 8 a 10Kcal/Kg/dia e elevar para 25 a 30Kcal/Kg dentro de dois dias, pois o início rápido causa menos intolerância gástrica e infecção.
2. Em pacientes desnutridos a ingesta calórica inicial deve ser 25% menos que o peso corporal ideal para prevenir re-alimentação e, naqueles com sobrepeso, a ingesta calórica inicial deve ser 25% mais que o peso corporal ideal para atender as necessidades.
3. Em pacientes mal nutridos, uma sobrecarga de glicose e calorias pode causar um desvio maciço de potássio, fosfato e magnésio para o compartimento intracelular, precipitando uma queda desses eletrólitos no plasma, resultando em insuficiência cardiorrespiratória. Esse fenômeno é denominado síndrome de re-alimentação.
4. Os carboidratos usualmente correspondem a 65-70% do total de calorias e os lipídios usualmente de 25 a 30% das calorias e não mais que 40 a 50%.
5. A ingesta protéica deve ser calculada como uma fonte calórica.

Diante das afirmativas acima, é **CORRETO** afirmar:

- a) Todas as afirmativas estão corretas.
- b) As afirmativas 1, 3 e 4 estão corretas.
- c) As afirmativas 2, 4 e 5 estão corretas.
- d) As afirmativas 1, 3 e 5 estão corretas.
- e) As afirmativas 2, 3 e 4 estão corretas.