



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS (CEFOP-RH/PB)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)

PROCESSO SELETIVO
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS
EDITAL Nº 011/2020, de 13 de Novembro de 2020.

CADERNO DE QUESTÕES

► PROVA DE PRÉ REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA ◀

CARDIOLOGIA E MEDICINA INTENSIVA

DATA DA PROVA: 10/01/2021

DURAÇÃO TOTAL: 04 HORAS (08:30 às 11:30h)

ORIENTAÇÕES AO CANDIDATO:

- Você receberá do fiscal de sala o seguinte material:
 - ✓ Este caderno de questões;
 - ✓ Um cartão-resposta destinado à marcação das questões.
- **Confira este material** assim que recebê-lo e, caso contenha algum erro, comunique ao fiscal.
- Após a conferência, assine o cartão-resposta no espaço destinado.
- Não dobre, amasse e/ou rasure o cartão-resposta, pois ele não será substituído.
- Este caderno tem um total de 30 (trinta) questões.
- Para cada questão são apresentadas 05 (cinco) alternativas de resposta (a, b, c, d, e), devendo o candidato **escolher apenas uma** e, utilizando caneta esferográfica azul ou preta, preencher completamente o círculo correspondente no cartão-resposta.
- As respostas das questões deverão, obrigatoriamente, ser transcritas para o cartão-resposta, que será o único documento válido utilizado na correção eletrônica.
- Não serão prestados esclarecimentos sobre o conteúdo da prova durante a sua aplicação.
- O candidato não poderá se ausentar da sala antes de transcorrida uma hora de início da prova.

Boa prova!

Comissão do Processo Seletivo de Residência Médica

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
11 -	12 -	13 -	14 -	15 -
16 -	17 -	18 -	19 -	20 -
21 -	22 -	23 -	24 -	25 -
26 -	27 -	28 -	29 -	30 -

PROVA DE CONHECIMENTOS EM CLÍNICA MÉDICA

1) Em 1999, considerado o Ano Internacional do Idoso, o Programa Nacional de Imunização (PNI) em busca de uma maior universalização do atendimento, estendeu suas ações à população idosa. Inicialmente com a implantação da vacina influenza no Brasil para os idosos a partir dos 65 anos de idade, em campanha anual, além de oferecer as vacinas dT (contra difteria e tétano) e pneumocócica 23-valente (para idosos institucionalizados e doentes crônicos). Em 2000, o benefício da vacina influenza foi estendido para pessoas a partir de 60 anos de idade. Houve algumas alterações no decorrer dos anos, mas algumas das vacinas ainda continuam não sendo disponibilizadas na rotina dos postos públicos de vacinação, embora sejam recomendadas pelas entidades médicas e organizações de saúde e oferecidas pelas clínicas privadas de vacinação.
(BALLALAI, Isabella. Imunização. In: FREITAS, Elizabete Viana et al.– **Manual Prático de Geriatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 32, p. 352-363).

Sobre questões de imunização dos idosos, é **CORRETO** afirmar que:

- a) A vacina contra a *influenza* não apresenta contraindicações conhecidas, podendo ser administrada em qualquer indivíduo.
- b) Os toxóides diftérico e tetânico são pouco imunogênicos, por isso existe a necessidade de reaplicações da vacina a cada 3 anos.
- c) Para todos os idosos, a recomendação para imunização completa é uma dose da VPC13 e pelo menos duas doses da vacina VPP23.
- d) Para idosos com episódio de Herpes-zoster prévio, recomenda-se a aplicação da vacina contra o herpes-zoster após 12 meses desse evento.
- e) A indicação da vacina contra hepatite B é feita apenas para idosos sexualmente ativos.

2) Dona Helena, 67 anos, secretária aposentada, vem pela primeira vez a consulta na Unidade Básica de Saúde do bairro desde que se mudou para morar com sua filha. Seu esposo faleceu de Infarto Agudo do Miocárdio há 4 meses, e, desde então, veio residir com a filha mais velha, o genro e um neto. Tem outra filha que mora em outro estado, mas que não vê há 5 anos, embora conversem por telefone ou aplicativos de vídeo *online* frequentemente.

É sabidamente hipertensa, tem hipotireoidismo e osteoartrite. Refere dores nas articulações das mãos, joelhos e ombro direito, há anos, que pioram com alterações do clima. Apresenta ainda insônia e gostaria de uma medicação para dormir melhor. Mudou-se contra a vontade, embora reconheça que será mais bem cuidada perto da filha.

Faz uso de enalapril 20 mg ao dia, levotiroxina 75 mcg em jejum e condroitina-glucosamina. Quando foi questionada sobre seu estado de humor, afirma desinteresse em atividades que antes lhe davam satisfação, por causa das dores intensas. Mesmo morando com a família, sente-se sozinha. Visivelmente emocionada, com fala pausada pelo choro. Relata episódio de depressão no passado, quando as filhas foram morar em outros estados. Usou fluoxetina por um tempo, mas quando sentiu que estava melhor, suspendeu por conta própria.

Ao exame físico: paciente entristecida, tendendo ao choro, humor deprimido, embora lúcida, orientada no tempo e espaço, atenta, com discurso coerente. Pressão 160x80 mmHg, Frequência Cardíaca (FC) 85 bpm. Ausculta cardiopulmonar sem alterações dignas de nota. Redução da

amplitude do movimento e da força envolvendo todas as manobras do manguito rotador direito. Nódulos de Hederben nos dedos da mão direita.

Com relação ao quadro clínico apresentado, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Depressão prévia e viuvez são fatores predisponentes para quadros depressivos, e o uso de mirtazapina poderia beneficiar a paciente por melhorar o sono.
- b) A principal hipótese da paciente é depressão, sendo interessante e seguro reiniciar a fluoxetina, já que é a droga de primeira escolha nesses casos.
- c) Nesses casos é importante avaliar e tratar a insônia da paciente, visto que prejudica a qualidade de vida, sendo o Diazepam uma ótima opção.
- d) Exames são desnecessários no caso, visto que o quadro apresentado não sofre influência de alterações hormonais ou de outras comorbidades presentes.
- e) Em se tratando de depressão e insônia, qualquer opção de antidepressivo ou de indutor do sono é bem tolerada por esses pacientes, sendo indicados sempre.

3) Maria, G2P1A0, 14 semanas comparece a UBS do seu bairro para sua terceira consulta de pré-natal e traz resultado de VDRL 1:16 e FTA-ABS positivo, estes exames foram solicitados após realização dos testes rápidos, a paciente teve teste rápido positivo para Sífilis. Durante a anamnese a paciente nega quaisquer sintomas, mas refere testagem positiva em gestação anterior, quando fez uso de 8 doses de penicilina e o marido informou que tomou uma, mas sem nenhum registro ou comprovação. Baseado no caso, o que fazer:

- a) Trata-se de cicatriz sorológica.
- b) É necessário refazer o tratamento com Penicilina Benzatina 2.400.000 UI, IM, por semana durante 3 semanas e tratar o parceiro.
- c) Será necessário fazer Penicilina Benzatina 4.800.000 UI, IM e tratar o parceiro.
- d) Penicilina Benzatina 2.400.000 UI, IM, dose única e convocar o parceiro.
- e) O tratamento deve ser realizado com penicilina cristalina, pois a titulação está muito elevada.

4) Paciente do sexo masculino, 32 anos, sabidamente hipertenso há 1 ano, em uso de Losartana 50 mg 1 comprimido diariamente pela manhã, comparece a Unidade Básica de Saúde em retorno para mostrar a seu Médico de Família e Comunidade alguns exames que foram solicitados na consulta anterior. Nega tabagismo, mas afirma etilismo social. É sedentário, não realiza dieta, mas refere que tem reduzido a ingestão de sal. Atualmente vem apresentando como queixas poliúria e astenia. Ao exame físico: PA=130/80 mmHg; ausculta cardiopulmonar sem alterações; peso=100 kg; altura=1,72; circunferência abdominal=105cm.

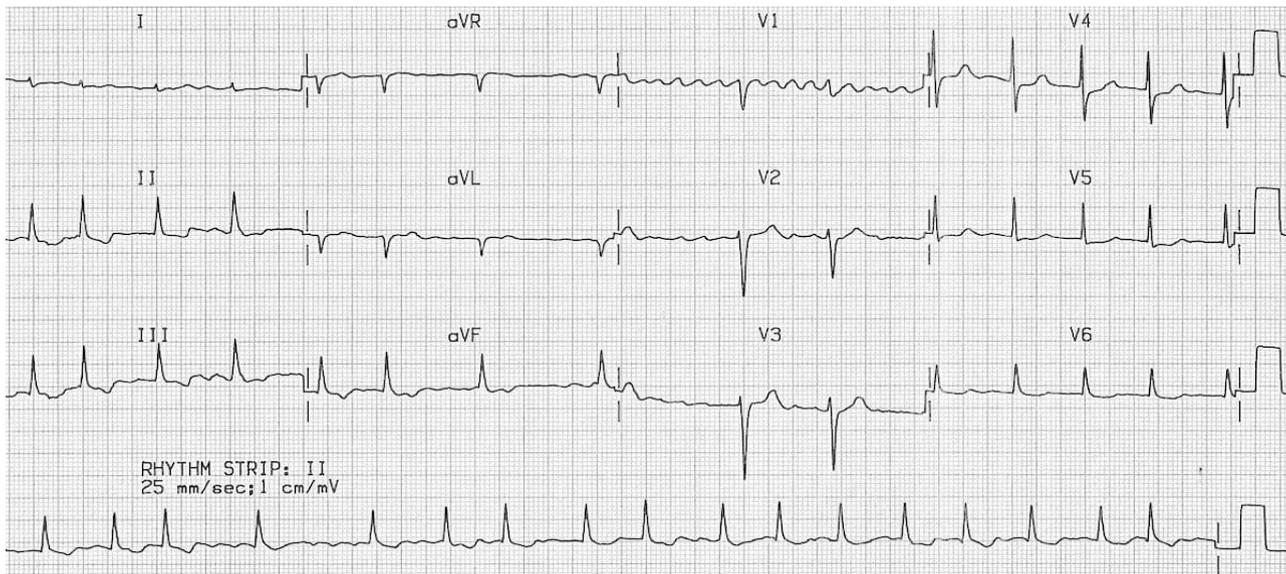
Traz como resultados dos exames os demonstrados a seguir:

HEMOGRAMA COMPLETO	
Eritrograma	Leucograma
Hemácias 5,52 milhões/mm ³ Hemoglobina 15,00 g/dL Hematócrito 46,20 % V.C.M 83,70 fL H.C.M 27,20 pg C.H.C.M 32,50 g/dL RDW 14,30 % Observações: Hemácias normocíticas e normocrômicas.	Leucócitos totais 6.300 cel/mm ³ Neutrófilos 56,9% - 3.584 cel/mm ³ Segmentados 56,9% 3.584 cel/mm ³ Bastonetes 0,0% 0 cel/mm ³ Eosinófilos 2,1% 132 cel/mm ³ Basófilos 0,4% 25 cel/mm ³ Linfócitos Típicos 33,8% 2.129 cel/mm ³ Linfócitos Atípicos 0,0% 0 cel/mm ³ Monócitos 6,8% 428 cel/mm ³ Observações: Leucócitos sem alterações degenerativas de núcleo e citoplasma. Bastonetes dentro dos limites normais.
Contagem de Plaquetas	
Plaquetas 184 mil /mm ³ V.P.M. 10,20 fL P.D.W. 16,60 % Observações: Plaquetas morfologicamente normais.	
Glicemia de Jejum 208,00 mg/dL	
Hemoglobina glicosilada (HbA1c) 8,5%	
Glicemia média estimada (GME) 197,25 mg/dL	
Colesterol total 242,00 mg/dL Colesterol HDL 48,00 mg/dL Colesterol LDL 157,40 mg/dL	
Triglicerídeos 183,00 mg/dL	
Creatinina 0,81 mg/dL	
Transaminase oxalacética (TGO/AST) 23 U/L	
Transaminase piruvica (TGP/ALT) 48 U/L	
Sumário de urina (SU): sem alterações	
ECG: normal	

Com base nas informações apresentadas, assinale a alternativa **CORRETA**:

- Paciente com hipertensão controlada com medicamento, obesidade grau 2 e diabetes tipo 2, poderíamos orientar Mudanças do Estilo de Vida e iniciar Metformina já no diagnóstico.
- Para esse paciente, é interessante fazer Mudanças do Estilo de Vida para controle do peso e da glicemia por 3 meses e reavaliar com glicemia de jejum para decidir a orientação de mudança de conduta, aceitando-se como meta manter valores até 160 mg/dL.
- Nesse caso, pode-se manter o anti-hipertensivo, orientar Mudanças do Estilo de Vida e prescrever Estatina, podendo-se optar pelo uso da Metformina já de início devido o paciente ser diabético e obeso.
- A mudança do estilo de vida deve ser uma orientação proposta, e, nesse caso, poderia iniciar a conduta já com metformina associada a outro agente anti-hiperglicemiante, mesmo que a HbA1c inicial fosse menor ou igual a 7,5%.
- Após início de tratamento para diabetes, é interessante reavaliar o paciente com 3 meses com parâmetros como a HbA1c, e manter essas avaliações de 3/3 meses após controle, associada a função renal e perfil lipídico com periodicidade semelhante.

5) Você está trabalhando na UBS quando atende um paciente do sexo masculino de 68 anos de idade, tabagista, hipertenso, obeso, diabético, antecedente de cirurgia de revascularização miocárdica com troca valvar mitral por prótese biológica há 2 anos, com queixa de palpitação taquicárdica e cansaço aos esforços habituais de início há 5 meses. Medicamentos em uso: hidroclorotiazida 25mg 1xd, enalapril 20mg 2xd, metformina 500mg 2xd. Ao exame: PA 132x84 mmHg, FC 119 bpm, bulhas arrítmicas e normofonéticas. Exames complementares: ECG (em anexo); Ecocardiograma com fração de ejeção do ventrículo esquerdo 35%, aumento moderado de átrio esquerdo, alteração de relaxamento de VE, prótese normofuncionante.



Dentre as combinações de medicações abaixo, assinale a **MELHOR** opção de medicamentos para serem acrescentados à receita do paciente no dia da consulta:

- Amiodarona e varfarina.
- Propafenona e apixabana.
- Diltiazem e varfarina.
- Sotalol e ácido acetilsalicílico.
- Metoprolol e rivaroxabana.

6) Você está de plantão e recebe R.J.M. 16 anos, feminino, trazido pelos pais, pois passou a aumentar a frequência de crises convulsivas após início do tratamento. Segundo seus pais, há dois meses ela passou a apresentar quadro de abalos musculares súbitos e rápidos em membros superiores, ao despertar, associado a alterações de consciência onde parecia ficar “desligada” por segundos. Procuraram o médico da Atenção Primária que solicitou eletroencefalograma, tendo este os seguintes achados: Complexo ponta-onda e poliponta-onda generalizados, sendo assim prescreveu Carbamazepina 400mg/dia dividido em duas tomadas de 12 em 12 horas. Após início do tratamento as crises passaram a aumentar de frequência. Diante do caso, qual a conduta:

- Ajuste de dose da medicação para 600mg/dia.
- Ajuste da medicação para 200mg/dia.
- Troca da medicação para fenitoína.
- Troca da medicação para ácido valpróico.
- Troca da medicação para oxcarbazepina.

7) O manuseio farmacológico do choque circulatório é baseado em inúmeros aspectos, tendo como pilares a utilização de fluidos e drogas com ação vasopressora e inotrópica. Considerando as particularidades desses fármacos, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A noradrenalina possui ação alfa e beta-adrenérgica, possuindo ação vasopressora e inotrópica positiva.
- b) A dobutamina é uma droga beta-adrenérgica, possuindo efeitos cronotrópicos e inotrópicos positivos.
- c) O Levosimendan é uma droga inotrópica que atua com base na sensibilização dos canais de cálcio.
- d) O milrinone atua na inibição da fosfotidil-esterase, levando a efeitos inotrópicos positivos.
- e) A dopamina possui ação beta e alfa-adrenérgica linear e constante, independente da dose.

8) Você está na UBS e recebe J.N.M., feminino, 19 anos, com queixa de cefaleia, hemicraniana direita, pulsátil, associada a náuseas, vômitos, foto e fonofobia. As crises estão ocorrendo entre três e quatro vezes por semana, duram em média 4 horas, onde durante este período a mesma não consegue realizar nenhuma atividade de vida diária, tendo que por uma ou duas vezes no mês procurar emergência para uso de medicações injetáveis. Exame neurológico normal, altura: 1.50m, peso: 70kg, AVC: RCR 2T BNF s/S FC: 74 bpm, PA: 118/78mmHg. Antecedentes pessoais: uso de anticoncepcionais hormonal oral e asma . Diante do caso, qual a **MELHOR** opção terapêutica para a profilaxia de crises:

- a) Amitriptilina.
- b) Propranolol.
- c) Flunarizina.
- d) Ácido Valpróico.
- e) Topiramato.

9) O manejo da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo é baseado na manutenção de uma ventilação protetora, com o objetivo de alcançar uma melhor aeração pulmonar com o menor dano alveolar induzido. Sobre os aspectos desse suporte, assinale a alternativa que apresenta aspectos essenciais para a manutenção dessas metas:

- a) Pressão de Plato < 30 cmH₂O, Driving Pressure < 15 cmH₂O, Volume Corrente < 6 mL/Kg de peso predito para a altura e o sexo do paciente.
- b) Pressão de Plato < 35 cmH₂O, Driving Pressure < 19 cmH₂O, Volume Corrente < 6 mL/Kg de peso predito para a altura e o sexo do paciente.
- c) Pressão de Plato < 30 cmH₂O, Driving Pressure < 20 cmH₂O, Volume Corrente < 8 mL/Kg de peso predito para a altura e o sexo do paciente.
- d) Pressão de Plato > 30 cmH₂O, Driving Pressure > 15 cmH₂O, Volume Corrente < 12 mL/Kg de peso predito para a altura e o sexo do paciente.
- e) Pressão de Plato < 35 cmH₂O, Driving Pressure < 20 cmH₂O, Volume Corrente < 4 mL/Kg de peso predito para a altura e o sexo do paciente.

10) Você está na emergência e avalia em sala vermelha, H.J.S., masculino, 63 anos, informando que há 2 horas apresentou quadro súbito de hemiparesia direita completa e proporcionada, grau 3. O colega que o antecedeu solicitou uma tomografia que veio com a seguinte laudo: área hiperdensa com efeito de massa, localizado em núcleos da base à direita discreto edema perilesional, sugestivo de hematoma Intraparenquimatoso. Sem antecedentes patológicos pregressos. Ao exame: Estado Geral regular, acordado, consciente, Glasgow 15, ACV: RCR 2T BNF s/S FC: 84 bpm, PA:

220/140mmHg, aparelho respiratório e abdômen normais. Diante do caso, qual a conduta indicada no que tange ao manejo da pressão arterial (PA)?

- a) Manter PA próximo a 140/90mmHg, usar no momento nitroprussiato de sódio.
- b) Manter PA abaixo de 120/80mmHg, usar no momento nitroprussiato de sódio.
- c) Manter PA próximo a 140/90mmHg, usar medicamentos anti-hipertensivos orais - IECA.
- d) Manter PA entre 140/90 e 180/110mmHg, usar nimodipino, prevenir vasoespasmos com hemodiluição por hidratação venosa.
- e) Manter PA abaixo de 120/80mmHg, usar nimodipino, prevenir vasoespasmos com hemodiluição por hidratação venosa.

11) Homem de 35 anos é avaliado por piora da sua tosse no último mês. Evolui com sibilos que necessitam de terapia de resgate em vários dias da semana, assim como piora da sua congestão nasal e rinorréia. Tem antecedente de Asma Persistente moderada e rinite desde seus 20 e poucos anos. Há um mês, o paciente fora submetido a cirurgia para reparo de uma lesão de seu ligamento cruzado anterior e desde então, apresenta dor residual diariamente. Além disso, apresenta sinusites de repetição. Não apresenta sintoma de Doença do Refluxo Gastroesofágico. Faz uso de Salbutamol SOS, Formoterol / Budesonida 12+400mcg 2x/dia e Ibuprofeno. Ao exame físico, seus sinais vitais estão normais. SpO2 97% em ar ambiente. Apresenta hiperemia conjuntival e pólipos nasais em ambas as narinas. Ausculta pulmonar evidencia sibilos expiratórios. O resto do exame físico é normal. Laboratório evidencia IgE 265U/mL (Valor de referência 0-90U/mL). Leucometria de 4.000/ μ L com 10% de eosinófilos no diferencial.

Qual o tratamento inicial **MAIS APROPRIADO?**

- a) pHmetria de 24 horas.
- b) Adicionar Montelukast.
- c) Suspender o Ibuprofeno e adicionar Prednisona.
- d) Polipectomia nasal.
- e) Adicionar Brometo de Tiotróprio.

12) Paciente sexo masculino, 28 anos de idade, sem comorbidades ou uso de medicações, dá entrada na sala de emergência quadro de dispnéia progressiva há 2 semanas, no momento aos mínimos esforços, ortopneia, associado a edema de membro inferiores, fraqueza e sonolência. Apresenta história de síndrome gripal autolimitada há 3 semanas. Dá entrada afebril, FC 118 bpm, PA 78x60 mmHg, saturação de oxigênio 93% em ar ambiente, bulhas rítmicas e regulares com presença de B3 e ritmo de galope, sopro holossistólico regurgitativo em foco mitral 2+/6, turgência jugular, pela fria e pegajosa, estertores crepitantes bibasais. Complementares: ECG com taquicardia sinusal, Rx tórax com aumento da área cardíaca e aumento da trama vascular em ápices pulmonares, Cr 1,95 mg/dL, U 141, troponina 0,53 ng/mL (normal <0,03), hemograma normal, lactato 3,9 (normal < 2,0). O manejo inicial desse paciente deve incluir, **EXCETO:**

- a) Monitorização invasiva.
- b) Nitroglicerina intravenosa.
- c) Dobutamina intravenosa.
- d) Diurético de alça.
- e) Considerar balão intra-aórtico.

13) Paciente de 60 anos é avaliada por uma queixa de dispneia aos esforços há dois anos. Ela apresenta dispneia e sibilos quando sobe ladeiras, especialmente se carrega alguma coisa consigo. Nega outros sintomas. Cessou tabagismo há 5 anos e tem história de hipertensão. Medicamentos de uso habitual incluem Hidroclorotiazida e Ramipril. Ao exame físico, sinais vitais estão normais. SpO₂ de 97% em ar ambiente. Ausculta pulmonar e avaliação cardiovascular sem alterações dignas de nota. Laboratório evidencia Hemoglobina normal. Espirometria evidencia FEV₁ de 75% do predito, com FEV₁/FVC de 0,65. ECG e Radiografia de tórax normais. Qual o tratamento inicial mais adequado?

- a) Roflumilast.
- b) Broncodilatadores de longa e curta duração.
- c) Broncodilatador de curta duração.
- d) Broncodilatador de curta duração e corticoide inalatório.
- e) Prednisona via oral.

14) Conforme a etiologia da lesão renal aguda ela pode ser dividida em pré-renal, renal e pós-renal. Com base na diferenciação da lesão renal pré-renal e renal, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A lesão pré-renal tende a apresentar sódio urinário < 20 mEq/L, enquanto a renal > 20 mEq/L.
- b) A fração de excreção de sódio < 1 é relacionada geralmente a etiologia pré-renal.
- c) A fração de excreção de ureia na etiologia renal tende a ser superior a 50.
- d) A presença de osmolaridade acima de 500 e densidade > 1.020 sugere etiologia pré-renal.
- e) A presença de sedimentos hialinos sugere etiologia renal e granulosa, pré-renal.

15) Homem de 52 anos com diagnóstico recente de Adenocarcinoma de pulmão é avaliado em seu consultório. Apresenta antecedente de tabagismo, com carga tabágica de 80 maços-ano. Ele não faz uso de nenhum medicamento. Ao exame físico, os sinais vitais encontram-se em Temp: 37,1°C, PA 110 x 70mmHg, FC 99bpm; FR18irpm, SpO₂ 94% em ar ambiente. Apresenta sarcopenia de musculatura temporal. Ausculta pulmonar evidencia Murmúrio vesicular reduzido em 1/3 superior do hemitórax direito. O restante do exame encontra-se normal.

Laboratório:

<p style="text-align: center;">Hb 10,6g.dL; Leucócitos 9700/μL VCM 87fL Ferritina 430μg/L Ferro 30μg/dL TIBC 200μg/dL Saturação de transferrina 15%.</p>

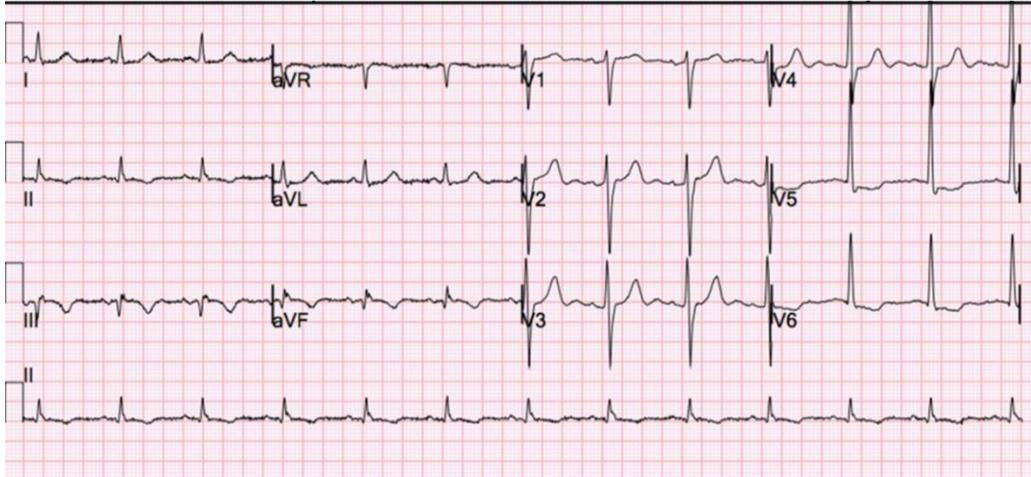
Avaliação do sangue periférico encontra-se normal. Radiografia de tórax evidencia massa em lobo superior do pulmão direito e linfadenopatia hilar e mediastinal bilateral. Ele iniciará quimioterapia para o tratamento da Neoplasia de pulmão, não-pequenas células.

Qual o tratamento **MAIS ADEQUADO** para esse paciente com anemia?

- a) Eritropoetina.
- b) Sulfato de ferro oral.
- c) Sacarato de ferro IV.
- d) Não tratar.

e) Hemotransusão.

16) Paciente sexo masculino, 81 anos, atendido na emergência com quadro de dor torácica precordial em aperto após assistir jogo de futebol, dor recorrente. Antecedentes: AVC hemorrágico prévio, hipertensão, obesidade, diabetes mellitus insulino-dependente, tabagista. Uso de AAS 100mg, sinvastatina 40mg, losartana 50mg 2xd, metformina 1000mg 2xd, insulina 10 UI à noite. Ao exame: PA 104x75 mmHg, FC 74 bpm, turgência jugular, bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopro, estertores crepitantes bibasais. Exames na sala de emergência após estabilização: ECG em anexo, Creatinina 1,7 mg/dL, troponina 1,1 (normal < 0,03). Escore de GRACE: 147.



Qual a assertiva **MAIS ADEQUADA** para estratificação?

- Angiotomografia de coronárias.
- Cintilografia de perfusão miocárdica com estresse farmacológico.
- Cinenangiocoronariografia em até 2 horas.
- Cineangiocoronariografia em até 24 horas.
- Cineangiocoronariografia em até 72 horas.

17) O tratamento do choque circulatório deve sempre que possível ser avaliado por variáveis dinâmicas de mensuração da perfusão tissular. Entre elas o lactato, a saturação venosa central de oxigênio (SvcO₂) e o delta PCO₂ (Δ PCO₂). Com base esse conceito, entre as opções a seguir, assinale aquela que contempla o comportamento esperado dessas variáveis em um paciente com melhora da relação entre a oferta e consumo de oxigênio com o tratamento do choque circulatório:

- \uparrow Lactato, \downarrow SvcO₂ e $\uparrow\Delta$ PCO₂.
- \downarrow Lactato, \uparrow SvcO₂ e $\downarrow\Delta$ PCO₂.
- \uparrow Lactato, \downarrow SvcO₂ e $\downarrow\Delta$ PCO₂.
- \downarrow Lactato, \downarrow SvcO₂ e $\downarrow\Delta$ PCO₂.
- \uparrow Lactato, \uparrow SvcO₂ e $\uparrow\Delta$ PCO₂.

18) Durante atendimento você recebe J.N.J.S., 56 anos, com queixa de tremor e lentidão nos movimentos. Alega que o tremor iniciou há 3 meses, em mão membro superior direito, tendo progredido em seguindo para o esquerdo. Acompanhando o tremor tivemos associado quadro de lentificação dos movimentos. Já apresentava antes tontura, onde vinha em tratamento medicamentoso com flunarizina há 6 meses. Antecedentes: HAS em uso de Losartana Potássica 100mg/dia. Ao exame: Estado geral bom, AVC: RCR 2T BNF s/S FC:72bpm, PA:122/80mmHg,

aparelho respiratório e abdômen normais. Presença de sinal da roda denteada em membros superiores – punhos. Diante do caso, qual o diagnóstico e conduta:

- a) Doença de Parkinson – Iniciar Levodopa.
- b) Doença de Parkinson – Iniciar Pramiprexol.
- c) Parkinsonismo medicamentoso – suspender flunarizina e iniciar Levodopa.
- d) Parkinsonismo medicamentoso – suspender flunarizina, acompanhar evolução dos sintomas por 6 meses.
- e) Parkinsonismo medicamentoso – substituir losartana e acompanhar evolução dos sintomas por 6 meses.

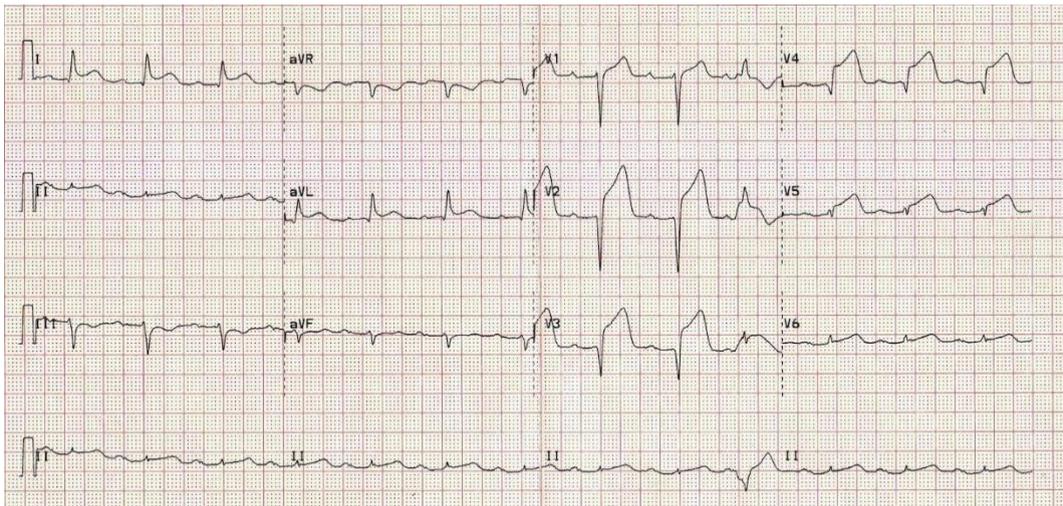
19) A sepse segue sendo responsável por elevadas taxas de mortalidade em todo o mundo. Contudo, a adesão de medidas simples e precoces, que configuram o bundle da primeira hora, pode levar a melhorias significativas desses desfechos. Sobre o Bundle da Primeira hora da sepse, assinale a alternativa que apresenta uma variável que **NÃO** é contemplada por esse Bundle:

- a) Coleta de lactato e de culturas preferencialmente antes da infusão de fluidos e de antimicrobianos.
- b) Início de antibiótico correto, direcionado para o foco infeccioso e com base no perfil do paciente.
- c) Noradrenalina se hipotensão após reposição volêmica, com meta de PAM > 65 mmHg.
- d) Administrar 30 mL/Kg de cristalóide se lactato > 4 mmol/L ou hipotensão.
- e) Dobutamina se Saturação Venosa Central de Oxigênio < 65% após infusão de cristaloides.

20) Você está na Unidade Básica de Saúde e recebe F.M.S., 28 anos, feminino. Esta apresentou há cerca de dois meses quadros de início súbito de palpitações, sudorese, tremores, sensação de sufocamento associado a dor torácica. Alega que as crises vêm ficando frequentes, cerca de quatro por semana, com duração de 10-30 minutos, tendo dado entrada na UPA por 3 vezes. Alega vir com preocupações persistentes dos ataques se repetirem e disto acontecer no trabalho. Não apresenta antecedentes patológicos, informa ter feito avaliação cardiológica que foi normal, assim como exames laboratoriais onde TSH e T4 estavam dentro da normalidade. Diante do caso, qual a opção terapêutica **MAIS INDICADA**:

- a) Escitaloprm.
- b) Duloxetina.
- c) Amitriptilina.
- d) Mirtazapina.
- e) Bupropiona.

21) Paciente do sexo masculino, 55 anos, hipertenso, diabético, tabagista, portador de má formação arteriovenosa intracerebral, dá entrada na emergência do hospital de Monteiro-PB com queixa de dor retroesternal em aperto iniciada há 2 horas. ECG inicial identificado abaixo. Ao exame PA 117x72 mmHg, FC 74 bpm, apresenta ritmo regular sem sopro, sem turgência jugular, ausculta respiratória normal. Você está tomando medidas iniciais de monitorização e medicamentos, enquanto a Central de regulação informa que a hemodinâmica mais próxima é do Hospital Metropolitano em Santa Rita e há uma ambulância para transporte, com tempo estimado de viagem de 4 horas. Qual a alternativa **CORRETA**?



- Iniciar infusão de alteplase e encaminhar para o Hospital Metropolitano.
- Iniciar infusão de alteplase e encaminhar para o Hospital Metropolitano apenas e se não houver critérios de reperfusão.
- Encaminhar direto para o Hospital Metropolitano para angioplastia primária.
- Realizar a estratégia farmacoinvasiva.
- Encaminhar para angioplastia primária no Hospital Metropolitano, realizando a infusão de trombolítico dentro da ambulância para otimizar tempo na transferência.

22) Sobre Delirium e o Confusion Assessment Method (CAM), podemos **AFIRMAR** que os critérios maiores são:

- Rebaixamento do nível de consciência e déficit de atenção.
- Início agudo e flutuante, associado à alteração do nível de consciência.
- Pensamento desorganizado e déficit de atenção.
- Início agudo e flutuante, associado a déficit atencional.
- Início agudo e flutuante, associado a pensamento desorganizado.

23) As indicações de hemodiálise em pacientes críticos possuem inúmeras variáveis, sobretudo quanto a sua possível indicação precoce. Contudo, algumas situações são classicamente utilizadas para indicar diálise de urgência. Entre as opções a seguir, assinale aquela que apresenta um paciente que **NÃO** possui indicação de diálise de urgência:

- $K > 8$ refratária a medidas clínicas (solução polarizaste, beta-agonista, entre outras medidas).
- Edema agudo de pulmão em paciente anúncio, com insuficiência respiratória.
- Paciente séptico, com pH 6,85 após infusão de 250 mL de bicarbonato de sódio.
- Paciente com intoxicação por lithium, associada a estado de mal convulsivo.
- Paciente com uréia 250 mg/dL, em tratamento de uma infecção urinária e nefrolitíase.

24) Você atende E.J.S.S., 72 anos, trazido por familiares, com queixa de “sonolento demais”. Informam que o paciente teve diagnóstico de Alzheimer há 6 anos, e que há um mês passou a apresentar quadro de agressividade com familiares e cuidadores associado à insônia, passava a noite gritando e chamando pelos pais e irmão, e opondo-se a realização de higiene pessoal. Procuraram o médico da UPA que orientou início do uso de risperidona 1,0 mg/dia. Após iniciar medicação, o mesmo passou a apresentar sonolência excessiva e letargia. O exame físico geral encontra-se normal, e exames laboratoriais dentro dos padrões da normalidade. Sem outros antecedentes patológicos e em uso de galantamina 24mg/dia há 3 anos. Diante do quadro, qual sua conduta?

- a) Suspender galantamina e risperidona e caso sintomas retornem iniciar clorpromazina.
- b) Manter risperidona e suspender galantamina.
- c) Manter galantamina, suspender risperidona e caso os sintomas de retornem, iniciar clonazepam.
- d) Manter galantamina, suspender risperidona e caso os sintomas retornem iniciar quetiapina.
- e) Suspender Galantamina e risperidona e iniciar quetiapina.

25) Paciente masculino 52 anos com ascite de gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 1,3 g/dl e nível de proteínas no líquido ascítico maior que 2,5 g/dl. Qual a **PRINCIPAL** hipótese dentre as abaixo apresentadas?

- a) Síndrome nefrótica.
- b) Insuficiência cardíaca congestiva.
- c) Hepatite crônica.
- d) Carcinomatose peritoneal.
- e) Hipotireoidismo.

26) Dentre os achados da síndrome de lise tumoral se relacionam todos abaixo, **EXCETO**:

- a) Hiperuricemia.
- b) Hipercalemia.
- c) Hiperfosfatemia.
- d) Hipercalcemia.
- e) Desidrogenase lática > 1.500 UI.

27) No diagnóstico do parasita (forma amastigota) responsável pela Leishmaniose visceral (Calazar), qual o método diagnóstico de **MAIOR** sensibilidade:

- a) Hemocultura periférica.
- b) Aspirado de medula óssea.
- c) Biópsia hepática percutânea.
- d) Biópsia de linfonodos.
- e) Punção esplênica aspirativa.

28) Acerca da Doença de Still no indivíduo adulto, qual a alternativa **INCORRETA**:

- a) Febre, artralgias ou artrites, rash cutâneo, anemia e linfadenopatias são as manifestações mais frequentes.
- b) *Rash* cutâneo do tipo exantema eritematoso, cor de salmão, evanescente, predominando em tronco e membros superiores, não é pruriginoso é a manifestação cutânea mais comum.
- c) Leucocitose acentuada (20.000 a 30.000), anemia normocítica e trombocitopenia, além de elevação marcada de ferritina são alterações laboratoriais frequentemente encontradas.
- d) A etiologia é incerta, porém existem associações com agentes infecciosos como Citomegalovírus, Epstein Barr Vírus, Influenza A, vírus de hepatite B e C.
- e) O C-ANCA é um marcador laboratorial com boas sensibilidade e especificidade, sendo positivo em mais de 80 % dos casos.

29) Mulher de 30 anos, hipertensa há 6 anos, com IMC (Índice de Massa Corporal) de 24, em uso de Inibidores da ECA(IECA) em doses adequadas , e mesmo assim com níveis pressóricos permanentemente elevados, e com relato de fraqueza muscular progressiva e falta de forças nas pernas e braços há 2 anos, tendo se exacerbado nos últimos 6 meses. De exames complementares, evidencia-se um ECG com sobrecarga de VE, uréia e creatinina normais, Na+ 145 e K+ 3,0 , com glicemia de jejum de 90 mg. Supondo tratar-se de uma hipertensão arterial secundária, dentre os seguintes diagnósticos, qual seria a resposta correta, como sendo a **MAIS PROVÁVEL** causa deste quadro clínico:

- a) Insuficiência Renal Crônica.
- b) Hiperaldosteronismo primário.
- c) Uso de A.C.H.O. (anticoncepcionais orais).
- d) Feocromocitoma.
- e) Insuficiência adrenal.

30) Sobre a Síndrome de *Guillain Barré* assinale a alternativa **ERRADA**:

- a) Trata-se de polirradiculoneurite desmielinizante aguda, cursando com inflamação das bainhas de mielina dos nervos periféricos.
- b) Disautonomias manifestas como hipo ou hipertensão arterial, taquicardias /bradicardias e sudorese são porem incidir em até 70 – 80% dos casos.
- c) Rebaixamento do nível de consciência e alterações em pares cranianos (VI, VII e VIII) são manifestações do quadro em até 40 % dos casos.
- d) São diagnósticos diferenciais intoxicação por chumbo, botulismo, porfiria aguda e paralisias periódicas hipo- ou hipercalêmicas.
- e) Pode apresentar rápida progressão, com tetraplegia e necessidade de entubação orotraqueal em 24 a 48 horas, assim como pode ser lentamente progressiva, chegando ao déficit motor mais extremo em 3 a 4 semanas após o início do quadro.