



# SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA  
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

Edital Nº 02/2015

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**

**CADERNO DE QUESTÕES**

**DATA: 1º DE NOVEMBRO DE 2015.**

## PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

**ESPECIALIDADES:** Cancerologia Clínica; Cardiologia; Endocrinologia; Endoscopia; Gastroenterologia; Geriatria; Hematologia e Hemoterapia; Medicina Intensiva; Nefrologia; Pneumologia; Reumatologia

### INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 50 (cinquenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber o Cartão-Resposta, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure o Cartão-Resposta.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.3.18 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e o Cartão-Resposta no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e o Cartão-Resposta ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

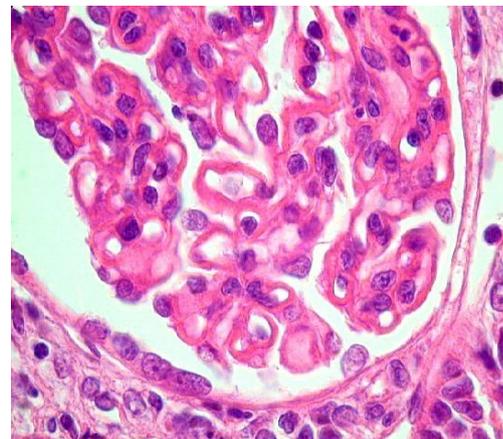
Seleção Residência Médica 2016

- 01.** Paciente do sexo masculino, 59 anos, diabético, com desconforto torácico com mais de 10 minutos de duração procura o pronto-socorro. Realizado eletrocardiograma que mostrava infradesnivelamento do segmento ST de 2mm em DI e aVL. A dor precordial cedeu depois de 10 minutos da administração de nitrato por via sublingual e o segmento ST retornou à linha de base depois de 2 horas da chegada do paciente ao pronto-socorro. Neste momento, chegou dosagem de troponina, que se mostrava elevada. A respeito desse caso clínico, assinale a alternativa correta.
- A) A realização de cateterismo precoce deverá reduzir o risco de morte.
  - B) Em relação à terapia anti-agregante plaquetária, a droga de primeira escolha será o clopidogrel.
  - C) A melhor via de administração da nitroglicerina neste caso seria a endovenosa e não a sublingual.
  - D) Recomenda-se o uso de beta-bloqueador mesmo que o paciente apresente sinais de insuficiência cardíaca.
- 02.** Paciente do sexo feminino, 80 anos, apresenta doença do nó sinusal. Na anamnese, mais especificamente na história patológica pregressa, ela afirmou que apresenta depressão e usa amitriptilina. Em relação a esse caso clínico, assinale a alternativa correta.
- A) A única função do tratamento da disfunção do nó sinusal é aliviar sintomas.
  - B) Se não for tratada, a disfunção do nó sinusal está associada a aumento de mortalidade.
  - C) A disfunção do nó sinusal, uma vez instalada, permanecerá mesmo com a retirada da amitriptilina.
  - D) Uma forma de tratar este tipo de disfunção do nó sinusal seria utilizar bloqueador dos canais de cálcio não-dihidropiridínicos.
- 03.** Paciente, feminina, 35 anos, queixa-se de dispneia a moderados esforços. Na ausculta cardíaca, observa-se 1ª bulha hiperfonética em foco mitral, 2ª bulha hiperfonética em foco pulmonar, estalido de abertura da valva mitral e ruflar diastólico (++/4). A hipótese diagnóstica clínica de estenose mitral foi confirmada pelo ecocardiograma, que mostrou área valvar de 0,8 cm<sup>2</sup> e escore de Block de 6. O tratamento de escolha para a paciente acima é:
- A) tratamento clínico com diurético.
  - B) tratamento cirúrgico com comissurotomia mitral.
  - C) tratamento cirúrgico com troca da valva mitral por uma prótese.
  - D) tratamento por via percutânea com dilatação da valva mitral por cateter-balão.
- 04.** Paciente do sexo feminino, 25 anos, procura ambulatório de cardiologia queixando-se de dispneia a pequenos esforços. Ao exame físico, observa-se turgência jugular (++/4). AC- RCR, B3, sopro sistólico (+/4) em foco mitral. Ausculta de crepitações nas bases pulmonares, fígado palpável a 5 cm do rebordo costal direito e edema de membros inferiores (+++/4). Em relação ao quadro acima, assinale a alternativa correta.
- A) A presença de turgência jugular reflete aumento da pressão arterial.
  - B) A terceira bulha costuma aparecer mesmo na insuficiência cardíaca de grau leve.
  - C) A presença de crepitações em paciente sem doença pulmonar é achado específico de insuficiência cardíaca.
  - D) O edema de membros inferiores é frequentemente encontrado mesmo em pacientes que estão usando diurético.
- 05.** Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, hipertensa, obesa, com história de ronco e em uso de doses máximas de telmisartan, anlodipina e hidroclorotiazida, sem controle da pressão arterial. Sobre o caso acima, assinale a alternativa correta.
- A) Trata-se de caso de hipertensão resistente e a causa da hipertensão pode ser diagnosticada com polissonografia.
  - B) Trata-se de caso de hipertensão resistente e se for diagnosticada síndrome da apneia do sono (SAOS) leve deverá ser indicado o uso de CPAP.
  - C) Trata-se de caso de hipertensão refratária e se for diagnosticada SAOS de grau leve, o tratamento deverá ser recomendação para perda de peso.
  - D) Trata-se de caso de hipertensão refratária e se for diagnosticada SAOS de grau moderado, o tratamento deverá ser prescrição de prótese bucal.

06. Paciente de 26 anos, após teste de aptidão física, foi admitido na emergência por mialgia e urina escura. Mencionou também que durante o teste de aptidão teria caído e batido a cabeça no chão. Tomografia contrastada de crânio realizada nas primeiras 6 horas de internamento foi normal. No três primeiros dias, observa-se a seguinte curva de creatinina: dia 1 = 0,7 mg/dl / dia 2 = 3,3 mg/dl / dia 3 = 8,1 mg/dl. Sumário de urina mostrava Hb+++ e hemácias 2/campo. Com base nesses dados, qual a principal hipótese para a insuficiência renal aguda desse paciente?
- A) Hipovolemia.  
B) Rabdomiólise.  
C) Necrose tubular aguda.  
D) Nefropatia por contraste.
07. Paciente de 65 anos, portadora de insuficiência renal crônica, em Hemodiálise há 12 anos, procurou o ambulatório queixando-se de dores ósseas lombares, quadril e joelhos. Relatou também que seu médico informou que tinha calcificações vasculares. A análise laboratorial evidenciou cálcio sérico total de 10,5 mg/dL e fósforo sérico de 6,5 mg/dL. Raios-X da mão revelou a imagem abaixo. Qual das alternativas abaixo contempla as opções terapêuticas possíveis no caso em questão?



- A) Calcimimético, Sevelamer, paratireoidectomia.  
B) Desferal, Sevelamer, restrição de fósforo alimentar.  
C) Análogos da Vitamina D, Sevelamer, carbonato de cálcio.  
D) Análogos da vitamina D, calcimimético, acetato de cálcio.
08. Paciente masculino, 48 anos, 70 Kg, tem história recorrente de litíase renal. A investigação metabólica realizada em duas ocasiões evidenciou na urina de 24 horas: cálcio urinário 380 mg e 360 mg, Ácido úrico 500 mg e 600 mg e sódio 200 e 250 mEq. Dosagem sérica de cálcio, fósforo, sódio, potássio, bicarbonato e creatinina, normais. Qual a recomendação dietética adequada para evitar a formação de novos cálculos, além da ingestão de líquidos?
- A) Normal de cálcio e sódio e restrito em proteínas.  
B) Normal de cálcio e restrita em sódio e proteína.  
C) Normal em proteínas e restrita em cálcio e sódio.  
D) Normal em cálcio e proteína e restrita em sódio.
09. Um paciente 50 anos procura o ambulatório para avaliação de proteinúria. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 120/80 mmHg e anasarca. Creatina sérica de 1,0 mg/dL e o sumário de urina evidenciava proteína ++, hemoglobina +. Proteinúria de 24h: 3,8 g. A biópsia renal é mostrada na figura ao lado. Nesse contexto, a conduta mais adequada seria:
- A) Tratamento sintomático.  
B) Monoterapia com corticoide.  
C) Ciclosporina com corticoide.  
D) Ciclosfosfamida com corticoide.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

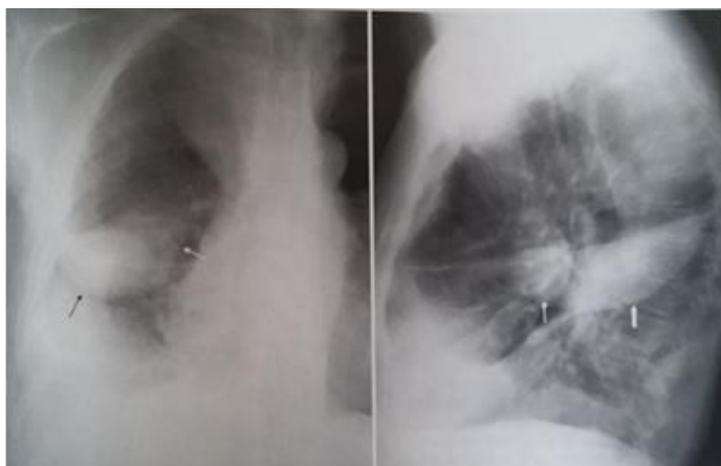
10. Paciente, diabético, 68 anos, assintomático, procura seu médico por “alteração no sumário de urina”. Por duas ocasiões foi evidenciado no sumário de urina nitrito positivo e mais de 10 leucócitos por campo e na urinocultura 100.000 ufc/ml de E.coli. Diante desse caso, a conduta mais adequada é:
- A) fazer antimicrobiano em dose única.
  - B) fazer antimicrobiano por três dias.
  - C) fazer antimicrobiano por sete dias.
  - D) fazer vigilância periódica, expectante.
11. Paciente de 56 anos, gênero feminino, refere que há cerca de 12 horas, começou a apresentar dor abdominal no mesogastro, de moderada intensidade, associada a distensão abdominal importante e parada de eliminação de flatos e fezes. Informa que há cerca de 4 horas, apresentou ainda vômitos de repetição. Antecedente: Apresentava história de úlcera duodenal de difícil tratamento com subestenose e história de cirurgia por histerectomia, colecistectomia e apendicectomia. Negava etilismo e tabagismo. Ao exame, apresentava sinais de desidratação, distensão abdominal e ruídos hidroaéreos aumentados. Os exames laboratoriais evidenciam leucocitose com neutrofilia e desvio a esquerda e acidose metabólica. Baseado no caso acima, marque o item correto sobre a propedêutica diagnóstica.
- A) Depois da história e do exame físico, o Rx simples de abdômen é o primeiro exame que deve ser realizado no paciente com suspeita de obstrução intestinal.
  - B) No caso acima, o Rx simples de abdômen pouco ajudaria, pois a paciente deve ter um quadro de suboclusão intestinal alta secundária a úlcera duodenal.
  - C) A presença de neutrofilia e desvio a esquerda define a presença de obstrução com estrangulamento intestinal.
  - D) A presença de acidose define uma importante depleção de volume somente quando existe necrose de alça intestinal.
12. Paciente masculino, 45 anos, etilista pesado, cirrótico, internado por descompensação da doença de base, evolui com desorientação e sonolência. Familiar refere que paciente apresentou melena até 3 dias atrás e após não teve mais evacuações. Ao exame, encontra-se em Glasgow 13 (AO 3, RV 4, RM 6), com flapping, exame abdominal com RHA presentes, ascite não tensa. Hemograma com discreta anemia, eletrólitos normais. Realizou EDA no dia do sangramento, evidenciando-se varizes de esôfago, submetidas a escleroterapia. Realizada paracentese diagnóstica hoje, com retirada de 40ml de líquido amarelo citrino, com citológico mostrando 250 leucócitos, sendo 80 neutrófilos e dosagem de albumina no líquido de 1,8g/dl. Foi iniciado propranolol para profilaxia de ressangramento das varizes. Em uso de espironolactona e furosemide. Qual fator que provavelmente causou o quadro neurológico neste paciente?
- A) Peritonite bacteriana espontânea.
  - B) Uso de espironolactona e furosemide.
  - C) Hipovolemia secundária à paracentese.
  - D) Hemorragia digestiva associada à constipação.
13. Paciente feminina, 25 anos, obesa, interna por quadro clínico-laboratorial compatível com pancreatite aguda. US abdominal mostrou microlitíase biliar e não visualizou pâncreas devido a interposição gasosa. Iniciada alimentação no quarto dia de evolução. 48 horas após o início da dieta reiniciou com dor abdominal e sensação de plenitude pós prandial. Ao exame, encontra-se afebril, com FC 102 bpm, FR 22, PA 120/80 mmHg, dor à palpação profunda do abdômen em epigastro e hipocôndrio direito. Hemograma com 14500 leucócitos, 85% segmentados. Elevação de amilase e lipase 4x os valores normais. Função renal e eletrólitos normais. TC de abdômen com pâncreas heterogêneo, com dimensões aumentadas, com área que não apresenta realce pelo meio de contraste em corpo e cauda (aproximadamente 40% do órgão), com borramento e densificação da gordura peripancreática. Colhidas 2 amostras de hemoculturas. Suspensa dieta oral, aumentada hidratação venosa e otimizada a analgesia. Nesse contexto, qual conduta adicional é recomendada para esta paciente?
- A) Prescrição de imipenem.
  - B) Prescrição de nutrição parenteral total.
  - C) Realização de CPRE com papilotomia.
  - D) Realização de desbridamento cirúrgico.

14. Paciente feminina, 50 anos, procura atendimento apresentando emagrecimento recente de 2kg em 3 meses, icterícia, fadiga, sonolência diurna excessiva, prurido intenso e esteatorreia. História de colecistectomia há 10 anos. Ao exame físico, encontra-se icterica, com hipotensão postural, xantelasma, exame abdominal com hepatoesplenomegalia, circulação colateral visível e ascite. Exames laboratoriais mostraram hipercolesterolemia, fosfatase alcalina e gama glutamiltransferase moderadamente elevadas, transaminases 2x o valor normal, hiperbilirrubinemia direta. O hemograma mostra Hb 10g/dl, leucócitos 3000/mcl com diferencial normal e plaquetas 105000/mcl. Imunoeletoforese de proteínas com pico de IgG e dosagem de anticorpos antimitocondriais regaente, com título alto. Nesse contexto, a principal hipótese diagnóstica para a paciente seria:
- A) Colangiocarcinoma.
  - B) Cirrose biliar primária.
  - C) Coledocolitíase crônica.
  - D) Colangite esclerosante primária.
15. Paciente masculino, 35 anos, previamente hígido, admitido na UPA por apresentar hematoquezia volumosa hoje, seguida de síncope. Nega uso de medicações. Ao exame, encontra-se hipocorado, com FC 120 bpm, PA 110/80 mmHg (deitado) e PA 80/60 mmhg sentado, sem outras alterações significativas no exame físico. Hemoglobina 8mg/dl. Realizada passagem de sonda nasogástrica com drenagem de pequena quantidade de resíduo amarronzado. Puncionado acesso venoso e prescrita reposição volêmica. Nesse contexto, qual o exame a ser indicado a seguir?
- A) Angiografia mesentérica.
  - B) Endoscopia digestiva alta.
  - C) Retossigmoidoscopia.
  - D) Colonoscopia.
16. Paciente de 38 anos, feminina, procura atendimento por apresentar anorexia, febre baixa, dor abdominal em fossa ilíaca esquerda e constipação há 3 dias. Ao exame físico, os sinais vitais estão normais e o exame abdominal revela RHA presentes, dor e massa à palpação de fossa ilíaca esquerda. Leucograma com 14000 leucócitos/mcl e diferencial normal. Nesse contexto, o exame complementar mais indicado para diagnóstico do quadro do paciente é:
- A) Enema opaco.
  - B) Colonoscopia.
  - C) TC de abdômen.
  - D) US pélvico transvaginal.
17. Um senhor de 56 anos, tabagista (38 maços/ano), comparece a consulta com tosse, geralmente seca e dispneia aos exercícios intensos. Nos últimos 12 meses apresentou 3 quadros de infecção respiratória: tosse com secreção esverdeada e piora da dispneia, sem internação. Trouxe espirometria que mostrava obstrução sem resposta à prova broncodilatadora e VEF 1 pós broncodilatador de 1,24 (41% do previsto). Vem em uso de beta 2 agonistas de curta ação e no momento encontra-se estável clinicamente. Qual das opções abaixo seria mais indicada como terapia de manutenção no atual contexto clínico deste paciente?
- A) Beta agonista de curta ação.
  - B) Teofilina de liberação prolongada.
  - C) Corticoide inalatório em altas doses.
  - D) Anticolinérgico inalatório de longa ação.
18. Paciente de 32 anos, asmático, em tratamento há 3 meses em uso budesonida (400 mcg/dia) e formoterol 24 mcg/dia. Refere que há um mês vem apresentando 3 crises noturnas semanais e necessidade de uso de salbutamol spray de 3-4 vezes por semana. Nega sintomas de obstrução ou prurido nasal e refluxo e faz bom controle ambiental. Encontra-se assintomático e com exame físico normal. Qual seria a melhor estratégia terapêutica para esse paciente?
- A) Aumentar dose do corticoide inalatório e manter dose de formoterol.
  - B) Prescrever corticoide oral em doses baixas e manter esquema atual.
  - C) Associar antileucotrieno e manter doses de corticoide inalatório.
  - D) Iniciar drogas anti IgE e aumentar dose do corticoide inalatório.

19. Paciente, 22 anos, masculino, procura a emergência com dor torácica súbita, sem piora com respiração e discreta dispneia. Nega hemoptise. Ao exame físico, encontra-se normotenso com frequência respiratória de 14 mrm e cardíaca de 80 bpm. Restante do exame físico: normal. História de colecistectomia há 3 meses. Nega internamentos recentes, neoplasia, eventos embólicos prévios ou situações que limitem a mobilidade. O médico que atendeu o paciente considerou tromboembolismo pulmonar (TEP) como possível diagnóstico e utilizou o escore de Wells para guiar sua conduta frente ao caso. Após a avaliação pelo escore clínico de wells, qual seria a melhor conduta neste contexto clínico?

- A) Trata-se de paciente com alta probabilidade clínica de tromboembolismo e deve-se solicitar angiotomografia de tórax em aparelho multidetectores.
- B) Trata-se de contexto de baixa probabilidade de embolia pulmonar e D dímero (medido por ELISA) dentro da normalidade exclui TEP na grande maioria dos casos.
- C) Paciente tem quadro clínico altamente sugestivo de embolia pulmonar e a recomendação é de iniciar heparina de baixo peso molecular até realização de exames elucidativos.
- D) Diante da angiotomografia negativa para TEP a ultrassonografia de membros inferiores deve ser o próximo exame solicitado e se negativo o diagnóstico de TEP está excluído.

20. Paciente de 65 anos, com dispneia progressiva, ortopneia e dispneia paroxística há 4 meses comparece a emergência com piora dos sintomas associada a edema de membros inferiores e crepitações à ausculta pulmonar. Ausculta cardíaca revela galope em B3. radiografia de tórax realizada durante avaliação inicial mostra a seguinte imagem.

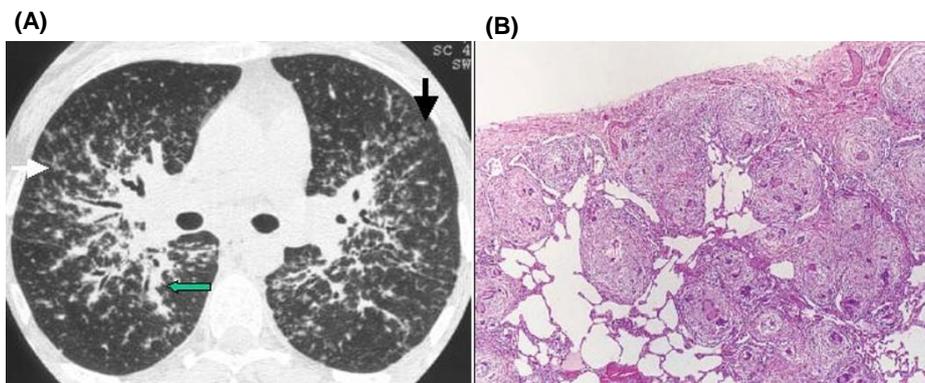


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Diante do achado radiológico exposto, qual a conduta mais adequada a ser seguida?

- A) Solicitar tomografia de tórax e broncoscopia para investigar neoplasia de pulmão.
- B) Otimizar terapêutica para insuficiência cardíaca e repetir radiografia de tórax.
- C) Iniciar terapia anticoagulante em doses plenas para embolia pulmonar.
- D) Iniciar antibioticoterapia para pneumonia grave da comunidade.

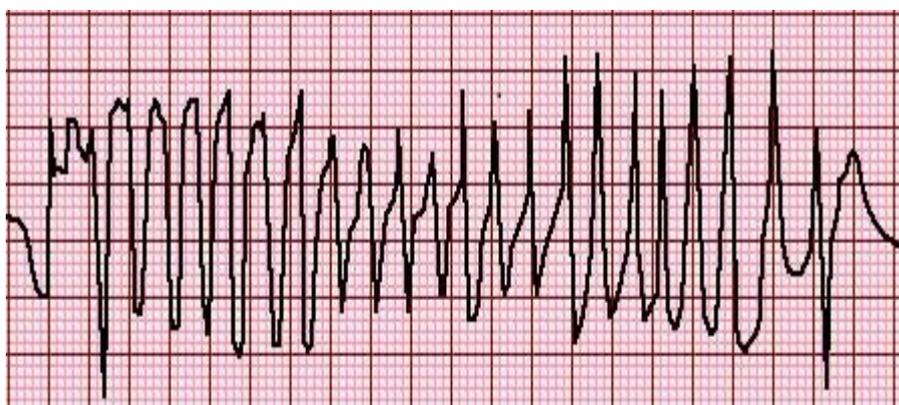
21. Um paciente de 44 anos procura atendimento ambulatorial com tosse seca persistente, fadiga e dispneia progressivas. A radiografia de tórax mostrava infiltrado de padrão intersticial bilateral. Realizou tomografia de tórax de alta resolução (figura A) e diante dos achados tomográficos foi submetido a biópsia pulmonar (figura B).



Conferir figuras (A) e (B) correspondentes com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Qual o diagnóstico mais provável neste contexto?

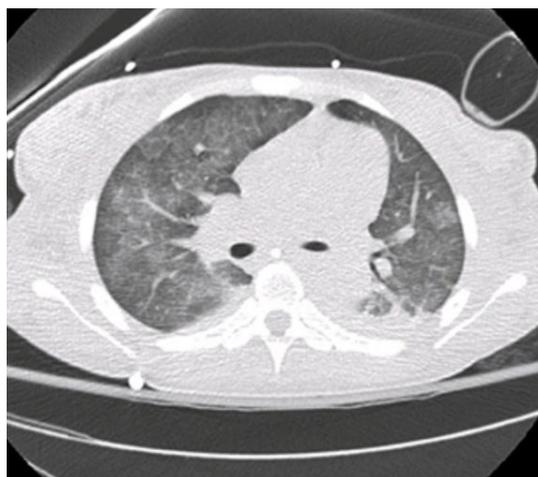
- A) Pneumonia por hipersensibilidade.
  - B) Linfangite Carcinomatosa.
  - C) Tuberculose Miliar.
  - D) Sarcoidose.
22. Mulher, 62 anos, procura atendimento médico com adinamia, parestesias de mãos e redução da acuidade visual. Nega febre ou perda de peso. Traz hemograma que mostra Hb= 9,8 g/dl, Ht= 28%, VCM= 106 fl, CHCM= 32%, Leucócitos=4400 /mm<sup>3</sup> e Plaquetas= 128.000/mm<sup>3</sup>. Exame físico: encontra-se orientada, cooperativa, icterica (+/4), sem adenomegalias cervicais. Com alterações de sensibilidade em mãos e pés, restante do exame físico normal. Paciente com boas condições sociais sem restrições alimentares. Qual o diagnóstico mais provável para o quadro desta paciente?
- A) Leishmaniose.
  - B) Anemia aplásica.
  - C) Anemia perniciosa.
  - D) Deficiência de ácido fólico.
23. Mulher de 65 anos é internada com quadro de febre diária, dispneia de esforços, palidez e manchas na pele há 40 dias. Tem antecedente de revascularização miocárdica. Você observa palidez, petéquias em membros inferiores e esplenomegalia Boyd III. O mielograma revelou parasitas com formas amastigota em macrófagos. Foi iniciado tratamento e ela apresentou mal súbito e o ECG mostrado na figura abaixo. Qual das drogas abaixo foi utilizada no tratamento da sua doença e é a provável causa direta desta intercorrência?



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

- A) Quinidina.
- B) Itraconazol.
- C) Glucantime.
- D) Anfotericina B.

24. Paciente de 18 anos, sexo feminino, acompanhada por Lupus Eritematoso Sistêmico é avaliada por dispneia. Refere que o desconforto começou acerca de 24 horas, com progressiva piora. Nega febre, mas refere episódios de tosse com raros hemoptoicos neste período. Revisão de prontuário mostra que paciente tem anticardiolipinas (IgG e IgM) positivas, mas sem critérios para Síndrome Antifosfolípide. Estava fazendo uso irregular de hidroxiquina 400mg há 6 meses. Nega uso de outros medicamentos. Exame físico evidencia taquipneia (28ipm) e taquicardia (115ppm), sem outras alterações. Realiza os seguintes exames: Hemograma, função renal e eletrólitos normais. Dímero D=1.400ng/mL (normal até 500). Ecocardiograma: normal. Tomografia de tórax: veja imagem. Gasometria arterial:  $FiO_2=21\%$ ,  $pH=7,44$ ,  $PaO_2=60\text{mmHg}$ ,  $PaCO_2=20\text{mmHg}$ ,  $HCO_3^-=25\text{mEq/l}$ . Espirometria: Capacidade vital forçada (CVF)=3,5l (97% do predito), Volume expiratório forçado no primeiro segundo ( $VEF_1$ )=3l (93% do predito),  $VEF_1/CVF=85\%$ , Capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO)=65mlCO (150% do predito). Não houve mudanças significativas após uso de broncodilatador.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 5)

Nesse contexto, qual a conduta mais apropriada para esta complicação que a paciente apresentou?

- A) Trombólise.
- B) Anticoagulação.
- C) Imunossupressão.
- D) Antibioticoterapia.

25. Paciente de 20 anos comparece ao ambulatório com história de dor lombar matinal que melhora ao longo da manhã. Relata que há 2 meses apresenta também dor na articulação coxo-femoral esquerda. Sem antecedentes mórbidos relevantes. Uso esporádico de paracetamol para a dor. Exames laboratoriais revelaram Hemoglobina de 11,0g/dl e velocidade de hemossedimentação de 88mm. Uma ressonância magnética mostrou sacroileíte inicial e simétrica. Qual dos itens abaixo representa a melhor escolha terapêutica inicial nesse caso?

- A) Etanercept.
- B) Cetoprofeno.
- C) Metotrexate.
- D) Sulfassalazina.

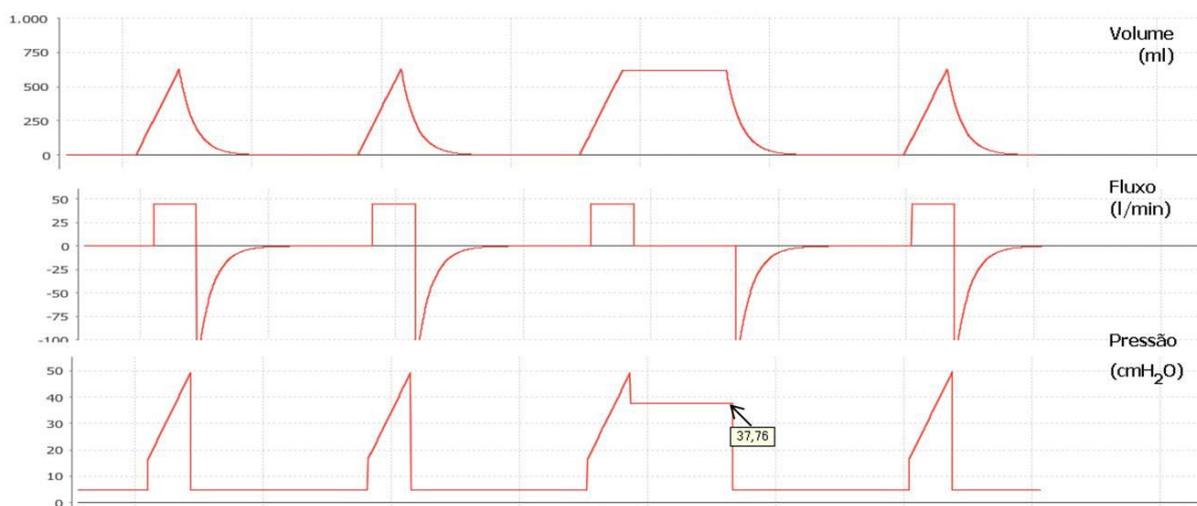
26. Paciente de 37 anos, sexo feminino, procura atendimento por intolerância aos esforços. Refere que nos últimos 6 meses vem observando progressiva dispnéia durante atividades físicas e, nas últimas 2 semanas, apresenta cansaço até com atividades corriqueiras (como vestir-se e tomar banho). Nega tabagismo, uso de drogas ilícitas, medicamentos ou patologias prévias. Exame físico evidencia taquicardia (115bpm), pressão arterial normal, segunda bulha hiperfonética (principalmente em foco pulmonar), aumento da coluna de pressão venosa jugular durante inspiração e o achado da figura. Não há exames laboratoriais disponíveis no momento. Com base nos achados, qual dos medicamentos provavelmente deverá ser usado no alívio sintomático dessa paciente?



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 6)

- A) Captopril.  
B) Sildenafil.  
C) Prednisona.  
D) Ciclofosfamida.
27. Mulher de 18 anos comparece para avaliação com quadro de episódios de febre (até 38°C), artrite migratória de tornozelos, joelhos e cotovelos. Era previamente hígida e sem antecedentes mórbidos. Ao exame físico, há frequência cardíaca de 118 bpm, sopro sistólico mitral (3+/6+) com irradiação para a axila. ECG mostrou intervalo PR de 24ms. Qual dos itens abaixo apresenta a estratégia adequada para controle da provável condição clínica da paciente?
- A) Amoxicilina/Clavulonato por 03 anos.  
B) Penicilina V potássica por 05 anos.  
C) Penicilina benzatina por 10 anos.  
D) Eritromicina estolato por 20 anos.
28. Homem de 45 anos comparece para consulta de rotina com os seguintes exames: Glicemia de jejum 102mg/dl, glicemia 2h após 75g de glicose oral 185mg/dl. É sedentário e tem dieta rica em gorduras animais. Seu peso é 66,7 Kg e altura é 1,65m. Isoladamente qual a melhor estratégia preventiva nesse caso?
- A) Perder 5% do peso corporal.  
B) Iniciar Glimeperida 1mg por dia.  
C) Dieta pobre em gorduras animais.  
D) Atividade aeróbica 150 minutos semanais.
29. Paciente de 65 anos, sexo feminino, comparece à emergência com queixa de astenia. Refere que é diabética, mas devido a interrupções no fornecimento das medicações, está sem uso de insulina há cerca de 1 mês; desde então vem apresentando poliúria e polidipsia. O exame físico mostra sinais vitais normais e mucosas ressecadas, sem outras alterações relevantes. Exames laboratoriais: Hemograma normal, Glicemia=850mg/dl, pH=7,37, PaCO<sub>2</sub>=36mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>=20mEq/l, Na<sup>+</sup>=150mEq/l, Cl<sup>-</sup>=117mEq/l, Albumina=4g/dl. Qual solução devemos usar na hidratação inicial dessa paciente?
- A) Dextrose 5%.  
B) Ringer-lactato.  
C) Solução salina 0,45%.  
D) Soro fisiológico 0,9%.

30. Mulher de 40 anos está internada há 24 horas para avaliar episódios de perda da consciência, sudorese e tremores. É profissional da saúde e tem antecedente de transtorno de personalidade e picos de pressão arterial alta. Exame físico não mostra alterações exceto por Pressão Arterial de 150x90mmHg. Durante uma crise de alteração da consciência exames mostraram Sódio de 145mEq/L, Potássio de 4,2mEq/L, glicose 45mg/dl, insulina e peptídeo C elevados. Qual o diagnóstico mais provável?
- A) Feocromocitoma.  
 B) Doença de Addison.  
 C) Uso de glibenclamida.  
 D) Tumor carcinoide não-beta.
31. Paciente do sexo feminino procura ambulatório de cardiologia porque vem apresentando picos hipertensivos associados a Taquicardia, sudorese profusa e cefaleia. Neste contexto, caso os níveis urinários de metanefrinas totais estejam elevados, o tratamento curativo de escolha para a hipertensão dessa paciente seria:
- A) tratamento cirúrgico.  
 B) tratamento medicamentoso.  
 C) ablação de nervos simpáticos renais.  
 D) estimulação elétrica do seio carotídeo.
32. Durante avaliação de rotina, mulher de 65 anos tem nódulo tireoidiano detectado no exame físico (medindo aproximadamente 1cm em lobo direito). A paciente está assintomática e não tem comorbidades ou exposição prévia a radiação. Exame físico é normal em outros aspectos. Ultrassonografia de tireoide evidenciou: nódulo cístico (medindo 1,6cm) em lobo tireoidiano direito, sem linfonodomegalias ou outras alterações. Neste contexto, qual conduta deve ser adotada para a paciente?
- A) Encaminhar para a cirurgia.  
 B) Solicitar cintilografia de tireoide.  
 C) Manter em observação periódica.  
 D) Solicitar punção aspirativa por agulha fina.
33. Paciente masculino, 39 anos, peso ideal 70Kg, internado na UTI por sepse pulmonar por pneumonia da comunidade. No momento, apresentando SpO<sub>2</sub> 86% com FiO<sub>2</sub> 55%. O ventilador encontra-se em modo A/C VCV com demais ajustes mostrados na figura. A relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> está em 257. Neste contexto, qual dos ajustes abaixo fará parte de uma estratégia protetora da ventilação mecânica desse paciente?



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 7)

- A) Ajustar o Volume corrente para 560ml.  
 B) Buscar manter a Pressão de Platô < 40cmH<sub>2</sub>O.  
 C) Usar menor FiO<sub>2</sub> possível para manter SpO<sub>2</sub> > 95%.  
 D) Buscar manter o diferencial de pressão Platô-PEEP menor ou igual a 15cmH<sub>2</sub>O.

34. Mulher de 32 anos dá entrada na UTI com quadro de dengue grave. Encontra-se taquicárdica e taquípneica e afebril, com pressão arterial = 80 x 60 mmHg e débito urinário reduzido. Após ressuscitação volêmica adequada persiste com mesmos níveis pressóricos e diurese reduzida. Nesse momento, a pressão venosa central é 17 mmHg e o hematócrito é de 37 mmHg, o mesmo da admissão na UTI (exames atuais também semelhantes à admissão Hb = 13,9 g/dl e leucócitos normais sem desvio a esquerda e plaquetas normais). Ecocardiograma a beira do leito mostra veia cava inferior dilatada com colabamento ausente a inspiração e Fração de ejeção do Ventrículo esquerdo de 45%. Qual a etiologia mais provável do choque neste momento da evolução clínica?
- A) Cardiogênico por miocardite viral.
  - B) Hipovolêmico por hemorragia persistente.
  - C) Distributivo por infecção bacteriana secundária.
  - D) Hipovolêmico por perdas de líquidos para o terceiro espaço.
35. Paciente masculino, 18 anos, dá entrada na UTI proveniente do Pronto-atendimento com encefalopatia, taquicardia (FC 110 bpm) e hipotensão (PA: 70x50mmHg). Observa-se celulite importante no lado esquerdo da face. Segundo a acompanhante o mesmo manipulou a lesão no dia anterior. Qual dos objetivos iniciais de reanimação deve ser buscado nas primeiras 6h de tratamento?
- A) Pressão Venosa Central de 15-20mmHg.
  - B) Pressão arterial média > 55mmHg.
  - C) Saturação venosa central > 70%.
  - D) Saturação venosa mista > 55%.
36. Homem de 42 anos dá entrada no setor de emergência com mal estar associado a taquicardia e sudorese. Refere ainda dor precordial de moderada intensidade, em aperto com irradiação para mandíbula. Encontra-se ansioso, taquicárdico, pressão arterial = 170 X 100 mmHg e tem pupilas midriáticas mas reagem adequadamente à luz. Qual agente mais provavelmente explicaria o quadro de intoxicação aguda desse paciente?
- A) Cocaína.
  - B) Carbamato.
  - C) Amitriptilina.
  - D) Ácido valproico.
37. Homem de 60 anos é levado à emergência após desmaio. Informou ser terceiro episódio. Os dois primeiros, ocorreram após esforço físico e o último ocorreu hoje quando encontrava-se deitado. Não apresentou movimentos clônicos nem liberação esfinteriana. Nega situações de stress recentes e encontrava-se em ambiente tranquilo. Não teve palpitações, náuseas, vômitos ou dor precordial antes ou após desmaios e não faz uso de medicações. Nega doenças cardíacas ou pulmonares. Exame físico mostra sinais vitais normais, ausculta pulmonar e cardíaca idem. Observa-se PA 120 X 80 mmHg em ortostase e queda na pressão sistólica de 5 mmHg em posição supina. Eletrocardiograma normal. Qual o provável mecanismo de síncope e a melhor conduta a ser realizada nesta situação?
- A) Síncope neuralmente mediada e deve-se liberar o paciente com orientação de observação pela família e evitar situações de stress.
  - B) Síncope por hipotensão ortostática e deve-se liberar e orientar o paciente a evitar situações que levem a vasodilatação como comer grandes refeições.
  - C) Síncope de origem cardíaca e deve-se considerar internação para prosseguimento diagnóstico com exames específicos como ecocardiograma e avaliação de arritmias.
  - D) Síndrome do seio carotídeo e deve-se realizar massagem carotídea e caso esta manobra seja positiva o paciente deve permanecer internado para realizar exames específicos.

38. Paciente de 70 anos, com diagnóstico de doença de Parkinson em tratamento com levodopa há cerca de 10 anos. Apresenta cognição preservada e veio para consulta médica devido piora do quadro motor há 4 meses, agora com movimentos involuntários estereotipados e rítmicos com contrações musculares repetidas do membro superior direito e posturas bizarras do tórax, desencadeadas após a tomada da levodopa e durante situações estressantes, com melhora parcial através de técnicas de relaxamento. Nesse momento, a conduta farmacológica mais adequada é associar:
- A) doses elevadas de levodopa.
  - B) benzodiazepínico clonazepam.
  - C) antagonista do receptor NMDA amantadina.
  - D) inibidor da monoamina oxidase tipo B selegilina.
39. Paciente homem, com 75 anos, apresentando progressiva alteração de comportamento, depressão e confusão mental. Ao exame físico, tem hiperreflexia e pupilas de Argyll Robertson. Qual o tratamento de primeira escolha para a doença mais provável?
- A) Aciclovir 10mg/kg endovenoso por 10 dias.
  - B) Ceftriaxone 2g endovenoso por 10 a 14 dias.
  - C) Anfotericina B 1mg/kg endovenosa por 10 a 14 dias.
  - D) Penicilina cristalina 2,4 milhões endovenoso de 4 em 4 horas por 10 a 14 dias.
40. Paciente transplantado de medula óssea há seis meses referindo tosse seca e dor pleurítica há 10 dias, sem febre. O raio X de tórax mostrou opacidade no pulmão direito e a tomografia computadorizada do tórax é mostrada na figura.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 8)

Qual seria o tratamento mais correto a ser iniciado para esse paciente com base nos dados apresentados?

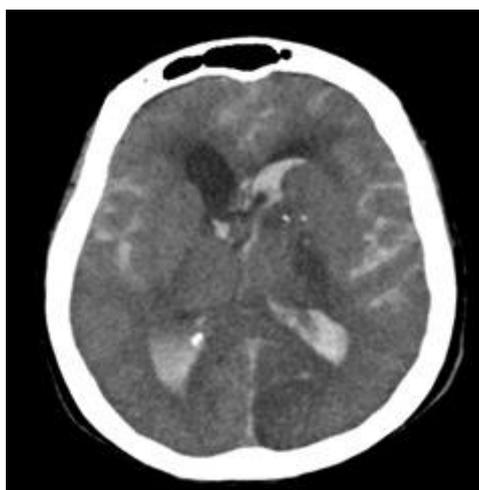
- A) Piperacilina Tazobactam 4,5g IV cada 8h.
- B) Esquema básico para tuberculose: RHZE.
- C) Voriconazol 6mg/kg endovenoso.
- D) Meropenem 1 g de 8 em 8h.

41. Homem, 44 anos, há 60 dias com febre, anorexia, perda de peso (10% do peso) e aumento acentuado de gânglios cervicais à esquerda. Os gânglios tinham consistência firme e eram indolores e tinha acentuada candidíase oral. Teste rápido para HIV foi positivo e histopatológico da biópsia dos gânglios mostrou infiltrado granulomatoso com abundante necrose caseosa, com coloração de Wade positiva. Foi iniciado RHZE e três semanas depois começou a terapia antiretroviral. Houve melhora acentuada dos sintomas, mas dois meses depois os gânglios começaram a doer, aumentar de tamanho e a apresentar hiperemia com sinais de flutuação. A febre também retornou, mas o apetite e o estado geral se mantinham preservados. Diante do diagnóstico mais provável, a conduta mais correta para o caso seria:
- A) Puncionar o gânglio para exames e iniciar antibiótico pois deve haver infecção secundária.
  - B) Suspende o esquema RHZE e repetir a biópsia, pois pode se tratar de doença linfoproliferativa.
  - C) Puncionar o gânglio para exames e trocar o esquema RHZE pois a piora sugere resistência medicamentosa.
  - D) Iniciar corticoterapia após puncionar o gânglio, pois pode se tratar de Síndrome de reconstituição imune do HIV.
42. Médico emergencista procura ambulatório de tuberculose para receber orientações após ter entubado paciente com insuficiência respiratória e ter sido informado 24 horas depois que o mesmo era portador de tuberculose pulmonar em atividade comprovada por bacilosocopia atual. O médico foi submetido a teste tuberculínico = 2 mm por ocasião do incidente e foi orientado a realizar novo teste 06 semanas após evento, cujo resultado foi uma endureção de 10 mm (teste atual). No momento encontra-se assintomático e tem radiografia de tórax normal. Qual é a conduta mais adequada a ser tomada neste momento?
- A) Realizar vacinação com BCG.
  - B) Expectante pois não houve viragem tuberculínica.
  - C) Iniciar isoniazida por tratar-se de tuberculose latente.
  - D) Teste tuberculínico em 2 semanas para afastar efeito booster.
43. Mulher, 32 anos, com diagnóstico de nefrite lúpica em desmame de corticoterapia por atividade da doença, iniciou há 10 dias febre, adinamia, empachamento e dor abdominal com diarreia líquida. Evoluiu com hipotensão, choque séptico e lesões purpúricas periumbilical. Ao exame parasitológico de fezes foram encontradas estruturas larvárias. Qual o tratamento de primeira escolha para o caso apresentado?
- A) Albendazol.
  - B) Ivermectina.
  - C) Tiabendazol.
  - D) Cambendazol.
44. Paciente, 21 anos, apresentou crise convulsiva tônico-clônico generalizada, sem sintomas premonitórios e sem liberação esfinteriana, em seu local de trabalho. Trazida à emergência, onde chegou sonolenta, em torno de 1h após o episódio. Refere ter sido o primeiro episódio. Nega cefaleia, trauma, doenças prévias ou atuais. Nega uso de medicações, de álcool ou de drogas ilícitas. Nega epilepsia na família. Ao exame, movimentava os 4 membros, acordava ao comando verbal leve, está orientada, apresenta lesão por mordedura na língua, pequena escoriação no braço e no couro cabeludo (caiu da cadeira onde estava sentada), glicemia capilar 110 mg/dl, afebril, sinais vitais normais, exame físico sem outras alterações significativas. O exame neurológico minucioso não mostrou alterações. Exames de eletrocardiograma, hemograma, eletrólitos, função renal, glicemia, função hepática e sumário de urina normais. Teste rápido para HIV não reagente. Foi solicitado eletroencefalograma. Qual exame adicional deve ser solicitado para investigação do quadro da paciente?
- A) Dosagem de prolactina.
  - B) Punção lombar com exame do líquido.
  - C) Tomografia computadorizada de crânio.
  - D) Ressonância nuclear magnética do encéfalo.

45. Paciente feminina, 65 anos, referenciada para atendimento em ambulatório especializado por apresentar redução da acuidade visual, cefaleia temporal esquerda, episódica, de início gradual, com piora cerca de duas a três horas após seu início, de moderada intensidade (5/10). A paciente caracteriza a dor como chata, maçante e eventualmente as dores são intensas, lancinantes. A dor piora à noite, com a exposição ao frio, quando escova o cabelo ou deita do lado esquerdo, sem fatores de melhora. Como sintomas associados apresenta mal-estar, claudicação da mandíbula, febre baixa e perda de 3kg em 3 meses. O exame neurológico é normal. Nos exames laboratoriais, velocidade de hemossedimentação de 63 mm/h e anemia normocrômica e normocítica leve. A tomografia computadorizada de crânio sem contraste é normal. Considerando a principal hipótese para a cefaleia da paciente, qual o tratamento recomendado?

- A) Ibuprofeno.
- B) Prednisona.
- C) Topiramato.
- D) Sumatriptano.

46. Mulher de 50 anos, com história prévia de enxaqueca e hipertensão arterial, apresentou episódio súbito de cefaleia de forte intensidade há cerca de 10 horas, com deterioração progressiva do nível de consciência. Chegou à emergência em estupor e o exame neurológico revelou abertura ocular ao estímulo verbal, pronunciando palavras desconexas, com reflexo de retirada ao estímulo doloroso à direita e hemiparesia à esquerda. Realizou tomografia de crânio na urgência que revelou a imagem abaixo.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 9)

Quanto ao tratamento de suporte para o caso, a conduta mais adequada nesse momento é:

- A) indicar restrição de água livre.
- B) providenciar ventriculostomia de emergência.
- C) prescrever glicocorticoide intravenoso em altas doses.
- D) iniciar ventilação mecânica mantendo  $\text{PaCO}_2 < 30 \text{ mmHg}$ .

47. Homem de 60 anos, hipertenso e diabético, em tratamento medicamentoso irregular, sem outras doenças prévias, apresentou episódio súbito de hemiparesia à esquerda, no trabalho. Foi trazido rapidamente à emergência, sendo atendido na primeira hora após o início do quadro. Na avaliação inicial o mesmo estava com pressão arterial de 160x100mmHg, glicemia capilar de 200mg/dL e a tomografia de crânio sem contraste não identificou sangramento. Os exames colhidos chegaram trinta minutos após a admissão na emergência e revelaram um hematócrito de 36%, plaquetas de 140.000 plaquetas/ $\text{mm}^3$  e um coagulograma normal. Nesse momento, a conduta mais adequada no tratamento do quadro é:

- A) trombólise intravenosa com rtPA.
- B) tratamento neuroprotetor com hipotermia.
- C) anticoagulação com heparina de baixo-peso molecular.
- D) inibição do receptor da glicoproteína IIb/IIIa com abciximabe.

48. Paciente de 45 anos, sexo masculino, procura atendimento de urgência por queixa de fraqueza em membros. Refere que o quadro se iniciou há menos de 12h e vem piorando progressivamente. O exame físico evidencia diminuição importante da força nos quatro membros, reflexos tendinosos profundos difusamente diminuídos e sensibilidade normal. Como antecedentes, paciente refere diagnóstico prévio de anemia baseado nos seguintes exames: (Data: 1 semana antes deste atendimento) Hb=6,1g/dl VCM=118fl Leucócitos=3.800/mm<sup>3</sup> (bastões=0% segmentados=50% eosinófilos=1% basófilos=1% linfócitos=40% monócitos=8%) Plaquetas=290.000/mcl LDH=1.400U/L (normal até 350) Vitamina B12=250pg/ml (normal=200-900) Ácido fólico=45ng/ml (normal=55-100) Homocisteína=25mcmol/l (normal=5-15) Ácido Metilmalônico=350nanomol/l (normal=70-270) Creatinina=0,5mg/dl. Não lembra o nome da doença diagnosticada, mas refere que foi tratado com medicamento intramuscular diário desde a data destes exames. Considerando que o tratamento foi correto para o diagnóstico e, com base nessas informações, qual o padrão eletrocardiográfico esperado para esse paciente neste momento?

Imagem 1

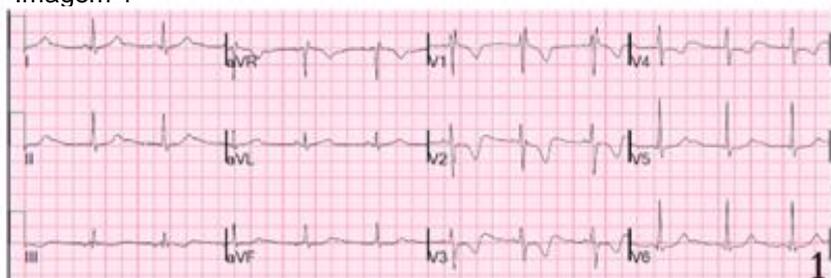


Imagem 2

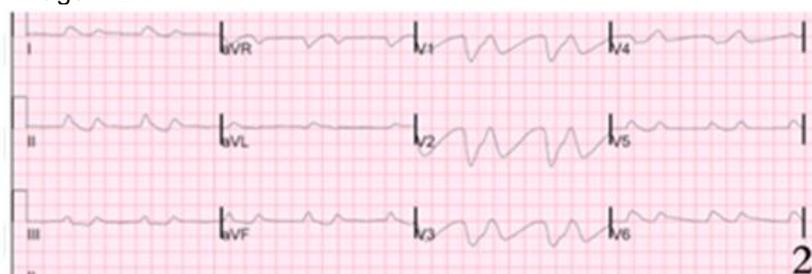


Imagem 3

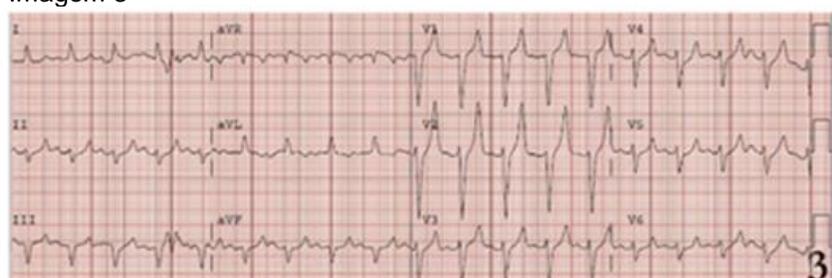
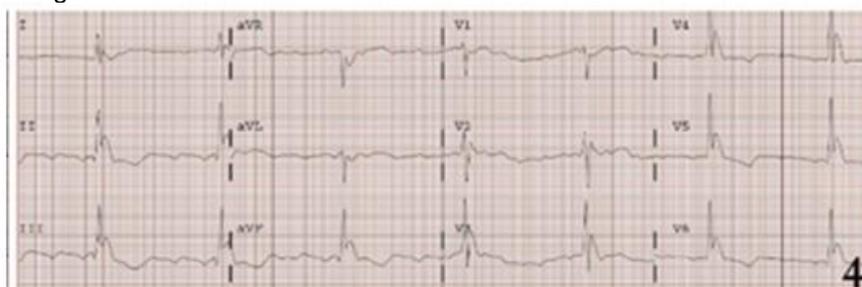


Imagem 4



Conferir figuras correspondentes com melhor resolução no anexo (FIGURA 10)

- A) Imagem 1
- B) Imagem 2
- C) Imagem 3
- D) Imagem 4

49. Paciente masculino, 42 anos, agricultor, encaminhado para avaliação dermatológica por apresentar lesões bolhosas rompidas, com eritema, erosões rasas com crostas, não pruriginosas, em couro cabeludo, região frontal e malar, parte superior do tórax e dorso. Sem lesões em mucosa oral ou nasal. Algumas áreas exibem extensa esfoliação. As lesões pioram com a exposição ao sol. A biópsia descreve bolha acantolítica intraepidérmica na região subcórnea. Qual o diagnóstico das lesões desse paciente?
- A) Dermatose linear por IgA.
  - B) Dermatite herpétiforme.
  - C) Epidermólise bolhosa.
  - D) Pênfigo foliáceo.
50. Paciente, portador de plasmocitoma extramedular em parede torácica, admitido na emergência com fraqueza e hiporexia. Ao exame, encontra-se desidratado (2+/4+), hemodinamicamente estável e consciente. Na avaliação laboratorial foi detectado calcemia de 13,2mg/dl. Gasometria com pH 7,47, PaCO<sub>2</sub> 35 mmHg, HCO<sub>3</sub> 30 mEq/l. Indicada internação hospitalar. Neste momento, junto com hidratação venosa com solução salina, qual outra medicação é melhor indicada para correção do distúrbio eletrolítico do paciente?
- A) Calcitonina.
  - B) Furosemide.
  - C) Mitramicina.
  - D) Pamidronato.