

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA- 2024

A Comissão Coordenadora do Processo Seletivo – ProSel apresenta o resultado das contestações ao gabarito, de acordo com os critérios do Edital do Processo Seletivo para Residência Médica - 2024.

Contestações ao Gabarito Preliminar dos Programas de Cardiologia:

- **Questão 01 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO DEFERIDA/QUESTÃO ANULADA.**
- **Questão 20 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.**
- **Questão 23 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO DEFERIDA/QUESTÃO ANULADA.**
- **Questão 25 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.**

A Comissão Coordenadora comunica que não cabem novas contestações ao gabarito.

Colatina/ES, 21 de novembro de 2023.

Coordenação do Processo Seletivo 2024



RESIDÊNCIAS UNESC 2024/1

Médicas

CARDIOLOGIA

Inscrição nº:

CLÍNICA MÉDICA

Questão 01 – QUESTÃO ANULADA

Mulher de 56 anos de idade, com cirrose hepática secundária à hepatite autoimune, é hospitalizada com história de dor abdominal, diarreia e febre não aferida há 3 dias. Medicamentos de uso domiciliar incluem: azatioprina 100 mg/dia, espirolactona 100 mg/dia, furosemida 40 mg/dia e propranolol 40 mg/dia. Ao exame físico: apresenta ascite moderada, flapping, temperatura: 38,5°C, FC: 96bpm, pressão arterial 98/60 mmHg. Resultado de exames laboratoriais revelam HB: 11 g/dl (VCM: 89 / HCM:27); contagem de leucócitos: 12.400/μL sem desvio; plaquetas: 104.000/μL; CR: 2mg/dl; UR: 85mg/dl; albumina 2,6mg/dl; bilirrubina total: 3,5mg/dl e INR: 2,8. Levando-se em conta o quadro clínico da paciente, qual é a causa mais provável da descompensação e a conduta inicial?

- Síndrome hepatorenal – manter diuréticos e iniciar antibioticoterapia empírica.
- Peritonite bacteriana espontânea – iniciar antibioticoterapia empírica e administrar plasma fresco para realizar paracentese quando INR<1,5.
- Síndrome hepatorenal – iniciar infusão de albumina e realizar paracentese apenas quando INR estiver <1,5.
- Peritonite bacteriana espontânea – iniciar antibioticoterapia empírica e realizar paracentese independente do INR.
- Peritonite bacteriana espontânea – realizar infusão de albumina e realizar paracentese após infusão de plasma para normalização do INR.

As questões 2 e 3 referem-se ao mesmo caso clínico descrito abaixo:

Paciente masculino, 56 anos, pedreiro, hipertenso, diabético, com histórico de hérnia de disco lombar, dá entrada no pronto atendimento, por quadro de vômitos em borra de café. Realizada endoscopia de urgência: identificada úlcera ativa em bulbo duodenal com estigmas endoscópicos de sangramento recente.

Questão 02

Com relação a propedêutica em caso de presença de úlcera péptica ativa, podemos afirmar que:

- Tanto a úlcera gástrica quanto a úlcera duodenal devem ser biopsiadas durante a realização de endoscopia para fins de diagnóstico diferencial com neoplasia, não havendo necessidade de realizar nova endoscopia após o tratamento para controle de cura.
- Tanto a úlcera gástrica quanto a úlcera duodenal devem ser biopsiadas durante a realização de endoscopia para fins de diagnóstico diferencial com neoplasia, havendo necessidade de realizar nova endoscopia após o tratamento para controle de cura.
- Apenas a úlcera gástrica deve ser biopsiada durante a realização de endoscopia para fins de diagnóstico diferencial com neoplasia, havendo necessidade de realizar nova endoscopia após o tratamento para controle de cura.
- Apenas a úlcera duodenal deve ser biopsiada durante a realização de endoscopia para fins de diagnóstico diferencial com neoplasia, sendo necessário realizar nova endoscopia após o tratamento para controle de cura.
- Apenas a úlcera gástrica deve ser biopsiada durante a realização de endoscopia para fins de diagnóstico diferencial com neoplasia, não havendo necessidade de realizar nova endoscopia após o tratamento para controle de cura.

Questão 03

Com relação a classificação endoscópicas dos estigmas de sangramento, encontrados nas lesões em paciente com HDA não varicosa, e a indicação de tratamento endoscópico dos mesmos, podemos afirmar que:

- Úlcera Forrest IIb apresenta-se com coágulo aderido e deve receber tratamento endoscópico.
- Úlcera Forrest Ib apresenta-se com coágulo aderido e não deve receber tratamento endoscópico.
- Úlcera Forrest IIa apresenta-se com sangramento em jato e deve receber tratamento endoscópico.
- Úlcera Forrest IIC apresenta-se com coto vascular visível e não deve receber tratamento endoscópico.
- Úlcera Forrest Ia apresenta-se com sangramento em babação e deve receber tratamento endoscópico.

Questão 04

Paciente masculino, 72 anos, com cirrose hepática de etiologia alcoólica, abstinente há 1 ano, é admitido no hospital pela terceira vez no mês, por quadro de ascite tensa. Em cada admissão prévia foi submetido à paracenteses de alívio com remoção de 2 e 3 litros de fluido. Ele refere estar seguindo uma dieta restrita de sódio (2 g/dia) e tomando 160 mg de furosemida e 400 mg de espironolactona ao dia. A concentração urinária de sódio é baixa, comprovando sua obediência à dieta com baixo teor de sódio. O sódio e o potássio séricos são de 125 mEq/L e 4,2 mEq/L, respectivamente.

Qual das seguintes é a conduta inicial mais apropriada no tratamento da ascite deste paciente?

- a) Administrar furosemida venosa.
- b) Remover todo líquido ascítico possível e iniciar reposição intravenosa de albumina.
- c) Remover todo líquido ascítico que for possível e adicionar amilorida à sua medicação.
- d) Remover no máximo 5l de líquido ascítico, não fazer reposição de albumina e aumentar a dose de ambos os diuréticos.
- e) Remover todo líquido ascítico possível, fazer reposição de albumina e fazer furosemida venosa.

Questão 05

Um homem de 69 anos, com FA e histórico de troca valvar (valva mitral) foi submetido a provas de função hepática e os resultados indicaram uma combinação de doença colestática e hepatocelular. A ultrassonografia do fígado não demonstrou anormalidades. A biopsia hepática revelou esteatose, infiltrado inflamatório portal agudo e crônico. Qual das seguintes drogas é a mais provável de causar esta condição?

- a) Pioglitazona.
- b) Fenitoína.
- c) Esteroides androgênicos.
- d) Beta bloqueador.
- e) Amiodarona.

Questão 06

Um homem obeso, de 46 anos, é admitido no hospital em seu primeiro caso de pancreatite, apresentando uma pancreatite aguda leve. Não possui história patológica progressiva significativa, não é etilista e nem tabagista. USG de abdome superior revela fígado com aumento difuso da ecogenicidade, vesícula biliar com grande quantidade de microcálculos e ausência de dilatação de vias biliares. Baseando-se nos achados do USG e considerado que o paciente não desenvolveu nenhuma outra complicação, qual a conduta mais adequada:

- a) Realização de CPRE seguida de colecistectomia após resolução da pancreatite antes da alta.
- b) Realização de colecistectomia 4-8 semanas após a alta.
- c) Nenhuma cirurgia/procedimento é indicada a menos que o paciente apresente episódios repetidos de pancreatite.
- d) Realização de CPRE seguida de colecistectomia 4-8 semanas após a alta.
- e) Realização de colecistectomia após a resolução da pancreatite antes de alta.

Questão 07

Um homem com 64 anos de idade, história de diverticulose colônica, apresenta-se no pronto atendimento do hospital com dor em quadrante superior esquerdo do abdome. Sua tomografia revela abscesso de 2 x 1,2 cm na topografia da dor. O paciente é internado e iniciado antibioticoterapia venosa. Nova tomografia realizada no quarto dia de internação, revela que o abscesso está aumentado e agora mede 4 x 4,2 cm.

Qual a próxima etapa na conduta desse paciente?

- a) Realizar cirurgia de ressecção do cólon e desbridamento.
- b) Realizar drenagem percutânea com colocação de cateter.
- c) Solicitar colonoscopia para melhor avaliação do cólon.
- d) Mudar antibioticoterapia, pois trata-se de resistência bacteriana.
- e) Associar corticoide intravenoso ao tratamento que já está instituído.

Questão 08

Um homem de 55 anos, se apresenta com um primeiro episódio de ascite. Realizada paracentese diagnóstica, com retirada de fluido ascítico amarelo citrino; nível de proteína 2,8 g/dL e o nível de albumina de 2,1 g/dL. Uma amostra sanguínea simultânea mostra albumina de 3,9 g/dL. Qual a causa mais provável da ascite neste caso?

- a) Doença Cardíaca.
- b) Cirrose.
- c) Síndrome Nefrótica.
- d) Doença Pancreática.
- e) Carcinomatose Peritoneal.

Questão 09

Um homem de 57 anos, se apresenta no pronto atendimento de um hospital, as duas horas da manhã, com dor abdominal súbita que começou horas mais cedo, hipotensão, taquicardia e sudorese fria. A dor é intensa e progressiva. Exame abdominal revelou distensão abdominal e ausência de peristaltismo, presença de equimose periumbilical. Com relação aos achados do exame físico desse paciente, pode-se afirmar que:

- a) São encontrados em 10-15% dos pacientes com pancreatite aguda grave.
- b) São patognomônicos de pancreatite necrotizante.
- c) São proporcionais a manifestações de vômitos intensos associados a pancreatite aguda.
- d) Estão associados a mal prognóstico nos pacientes com pancreatite hemorrágica.
- e) Estão relacionados apenas a íleo adâmico de qualquer etiologia.

Questão 10

Qual das seguintes afirmativas sobre o tratamento com glicocorticoides na retocolite ulcerativa (RCUI) é verdadeira?

- a) O glicocorticoide é indicado na indução e manutenção da remissão em pacientes com RCUI moderada a grave.
- b) O hormônio adrenocorticotrófico é a alternativa mais segura ao tratamento convencional com glicocorticoides.
- c) Doses acima do equivalente a 40-60 mg/dia não são associadas a benefício clínico adicional.
- d) A budesonida oral é uma alternativa igualmente eficaz e segura à terapia convencional com glicocorticoides.
- e) Os glicocorticoides tópicos (retal) são mais efetivos que a mesalazina tópica no tratamento da doença distal.

Questão 11

Mulher de 93 anos, doença de Alzheimer em fase grave (FAST 7b), em uso de donepezila, memantina, sertralina e olanzapina, além de valsartana, anlodipina, hidroclorotiazida para hipertensão; metformina e glibenclamida para diabetes; sinvastatina para dislipidemia; glicosamina com condroitina em pó para osteoartrite; alendronato, cálcio e vitamina D para osteoporose; e paracetamol para dor. Ela começou a apresentar dificuldades para aceitar os medicamentos, ora recusando-os ora retendo-os na boca. Nesse caso, qual deve ser a conduta mais adequada?

- a) Amassar e dissolver todos os medicamentos de uso habitual nos alimentos e líquidos.
- b) Acrescentar um medicamento inibidor de bomba de prótons para proteção gástrica.
- c) Otimizar a prescrição e avaliar a desprescrição dos medicamentos inapropriados.
- d) Introduzir sonda nasoenteral para garantir o fornecimento de todos os medicamentos.
- e) Solicitar internação hospitalar para administração parenteral de medicações equivalentes e suplementação nutricional.

Questão 12

Homem, 83 anos de idade, tem o diagnóstico de câncer de cólon há cinco anos. Há alguns meses vem apresentando sintomas como emagrecimento e dor abdominal em hipocôndrio direito, que melhora com o uso de codeína + paracetamol. Nos últimos dias, evolui com náuseas, episódios de vômitos amarronzados, com odor fétido, dor abdominal generalizada em cólica, com intensidade 10/10. Chegando ao pronto-socorro muito debilitado e com a suspeita de obstrução intestinal aguda, é levado ao centro cirúrgico, onde constata-se doença avançada com carcinomatose peritoneal difusa e grave e sem nenhuma possibilidade de abordagem cirúrgica. A esposa do paciente encontra-se na saída do centro cirúrgico, e o médico lhe informa da doença inoperável do marido, e ela, ansiosa, solicita que o doutor não conte o diagnóstico ao paciente. Diante dessa demanda da esposa do paciente, como o médico deve agir?

- Realizar reunião familiar na intenção de equalizar informações e entender os motivos para não informar o diagnóstico ao paciente, e depois pensar em relatar algo a ele conforme demanda apresentada.
- Evitar informar ao paciente sobre o real diagnóstico observado, a pedido da família, obedece ao princípio ético da não-maleficência e principalmente o respeito à autonomia.
- Deve acionar a equipe multiprofissional e passar o caso para a assistente social do hospital, pois desconfia da atitude da esposa, deixando que a assistente social e a equipe resolvam a situação.
- Não comunicar ao paciente, em hipótese alguma, o diagnóstico realizado pois o preserva de situações conflituosas e de sofrimento que poderiam acarretar aceleração no processo de adoecimento.
- Deve informar à mulher que é direito do paciente saber de sua situação, deixando claro que, assim que ele acordar da anestesia, receberá todas as informações da sua doença, independentemente de o paciente questionar ou não.

Questão 13

Um médico é chamado para atender em domicílio um homem de 85 anos de idade. Familiares relatam que o paciente era lúcido e plenamente funcional até há 15 dias, mas apresentou mudança gradual no comportamento desde então: parou de dar atenção às netas, por vezes parece estar desorientado, repete as mesmas perguntas a seus filhos, tem dificuldade para vestir-se sozinho e aparenta certo desequilíbrio ao se levantar do sofá – motivo pelo qual solicitaram que a consulta ocorresse no domicílio. Há um dia, o paciente tem deixado cair objetos, quando os segura com a mão direita. O paciente não tem história de doença psiquiátrica prévia; é diabético (usa metformina XR 850 mg por dia) e consome álcool esporadicamente, nos finais de semana. As aferições das glicemias capilares ao longo do dia resultaram normais na última semana. O filho relata que o paciente sofreu uma queda há um mês – escorregou num estacionamento, sem maiores consequências. Na ocasião, foi submetido a uma sutura na região frontal direita e a uma radiografia de crânio, que resultou normal.

Qual o diagnóstico provável para o caso e o exame complementar indicado para confirmá-lo, respectivamente?

- Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff; dosagem de tiamina sérica.
- Doença de Alzheimer; avaliação neuropsicológica.
- Hidrocefalia de pressão normal; teste de Miller-Fisher.
- Delirium; eletroencefalograma.
- Hematoma subdural crônico; tomografia de crânio.

Questão 14

As quedas são situações preocupantes que ocorrem em idosos e podem acarretar graves consequências para a saúde desse grupo populacional, além de ser um possível indicativo de fragilidades físicas e até doença aguda.

Sobre quedas de idosos, assinale a alternativa correta:

- a) Há correlação entre o local de queda e o perfil clínico-geriátrico de pacientes idosos. Por exemplo, quedas externas tendem a ocorrer em pacientes mais frágeis ou com estilo de vida inativo.
- b) Quedas associadas a síncope, histórico de quedas com lesões e função executiva reduzida são fatores associados ao aumento de risco de quedas com lesões graves.
- c) O uso de protetores de quadris para diminuir o impacto da queda mostrou-se ineficaz para fraturas de quadril, especialmente em pacientes institucionalizados.
- d) O medo de cair é altamente prevalente em idosos que já sofreram quedas e incomum em pessoas sem histórico de quedas.
- e) A suplementação de vitaminas do complexo B parece estar associada à prevenção de quedas.

Questão 15

Mulher de 89 anos de idade, portadora de doença de Alzheimer com comprometimento cognitivo acentuado há cerca de quatro anos. Os familiares desejam saber qual é a fase da doença em que ela se encontra. A forma mais adequada para avaliar o estágio da demência dessa paciente é por meio de:

- a) SPECT – cerebral.
- b) dosagem de marcadores sanguíneos.
- c) dosagem de marcadores liquóricos.
- d) instrumento de avaliação funcional.
- e) ressonância magnética do crânio.

Questão 16

Mulher, 85 anos de idade, solicita orientações por dificuldade de dormir o que a tem deixado com muita sonolência diurna e prejuízo à sua qualidade de vida. Informa que, ao se deitar para dormir, sente formigamento e “fisgada” em membros inferiores, associado a uma necessidade incontrolável de movimentar as pernas. Após breve movimentação, há alívio temporário dos sintomas.

Assinale a alternativa que contém fatores comumente associados a essa enfermidade e a droga indicada como primeira opção de tratamento, respectivamente.

- a) Insuficiência renal; melatonina.
- b) Diabetes mellitus; desloratadina.
- c) Ferropeia; pramipexol.
- d) Ansiedade; vortioxetina.
- e) Hipovitaminose D; colecalciferol.

Questão 17

Os cuidados paliativos representam um modelo de assistência à pacientes com doenças potencialmente ameaçadoras à continuidade da vida e têm como objetivo oferecer qualidade de vida aos pacientes e aos seus familiares. Um dos diversos instrumentos utilizados na oferta destes cuidados é a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Em relação a este instrumento de avaliação, qual é a sua indicação?

- a) Avaliação prognóstica.
- b) Avaliação de dor oncológica.
- c) Avaliação de sobrevida.
- d) Avaliação de sintomas físicos e psicológicos.
- e) Avaliação de mortalidade.

Questão 18

Um homem de 86 anos está sendo avaliado em visita domiciliar. Ele foi diagnosticado com carcinoma broncogênico, estágio 4, há três meses. Ele tem história de tabagismo de 60 anos-maço. Optou por priorizar os cuidados paliativos e não procurou quimioterapia ou outros tratamentos oncológicos específicos. O paciente está principalmente acamado e tranquilo. No entanto, ele chora ao tossir escarro tingido de sangue. Sua família está preocupada com o sofrimento do paciente. Qual das seguintes é a recomendação mais adequada para este paciente?

- a) Tranquilização.
- b) Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina.
- c) Radioterapia paliativa.
- d) Uso de benzodiazepínicos.
- e) Toalhas escuras.

Questão 19

Um homem de 70 anos se apresenta-se para avaliação de falta de ar progressiva, pois ele tem histórico de fibrose pulmonar idiopática (FPI). O diagnóstico foi confirmado por biópsia pulmonar cirúrgica há alguns anos. Desde o diagnóstico, a dispneia vem piorando progressivamente. No passado tentou terapia com antifibróticos em baixa dosagem, mas não tolerou por sangramento digestivo. Atualmente usa 4 litros por minuto de oxigênio suplementar por cânula nasal e mostra limitação das atividades de vida diária. Embora descreva que está confortável no repouso, mostra sinais de insuficiência respiratória.

Ao exame físico, apresenta crepitações basilares, está caquético e a saturação de oxigênio é de 88%. Qual é o melhor próximo passo no manejo desse paciente?

- a) Reexposição com o medicamento antifibrótico.
- b) Abordar as metas de cuidados no final da vida e planejamento de cuidados avançados.
- c) Internação no hospital, preferencialmente em leito de terapia intensiva, por exacerbação de doença pulmonar intersticial e possível infecção.
- d) Encaminhar para avaliação de transplante.
- e) Iniciar ventilação não invasiva e preparar material para realização de Intubação orotraqueal.

Questão 20

Paciente masculino, 38 anos, casado, sem filhos, tabagista crônico, portador de adenocarcinoma de pulmão avançado com linfangite carcinomatosa e sem possibilidade de tratamento modificador de doença. Em progressão de doença e com dispneia refratária ao uso de opioides em altas doses e demais medidas farmacológicas e não farmacológicas. O mesmo encontra-se internado em enfermaria de cuidados paliativos e sendo acompanhado pela mãe e esposa. Qual afirmativa a seguir está correta quanto ao manejo de sedação paliativa?

- a) Trata-se do uso de medicamentos que reduzem o nível de consciência para alívio de sintomas refratários em paciente com doença avançada terminal.
- b) A sedação paliativa provoca o falecimento do paciente com doença avançada terminal, com o objetivo de cessar o seu sofrimento.
- c) Na sedação paliativa utilizam-se medicações sedativas em doses elevadas, para o controle adequado do sintoma refratário.
- d) Os opioides são sempre utilizados na sedação paliativa por seu efeito sedativo e compõem a estratégia de sedação paliativa.
- e) Deve ser realizada sob monitorização sendo indicada a transferência do paciente da enfermaria para a unidade de terapia intensiva, caso seja indicada.

Questão 21

Paciente feminina, 38 anos, trazida pelo serviço de emergência após acidente automobilístico carro X poste. Encontra-se sonolenta com pouca resposta aos estímulos (Glasgow Coma Scale: 9), Pressão arterial 85x55 mmHg, Frequência cardíaca: 122 bpm, Frequência respiratória de 25 irpm. Sem sinais de exteriorização de sangramentos e sem escoriações. Em relação ao manejo dessa paciente, assinale a alternativa correta:

- a) Lavado abdominal com saída de conteúdo hemático indica abordagem cirúrgica.
- b) Paciente deve ser levado imediatamente ao setor de imagem para realização de tomografia na busca do foco do choque.
- c) Paciente deve ser levado ao centro cirúrgico o mais brevemente possível.
- d) Realização do US protocolo Fast sem alterações exclui necessidade de outras investigações abdominais.
- e) Paciente deve ser monitorizada e reavaliada em 24h.

Questão 22

Paciente feminina, 85 anos, internada por choque séptico de foco urinário há 6 dias. Extubada há 3 dias, sem drogas vasoativas, evoluindo com confusão mental e períodos de agitação psicomotora. Teste do CAM-ICU positivo. Diante desse quadro, assinale a melhor opção:

- a) Diante do quadro de delirium, o principal tratamento é haloperidol 5mg 6/6hs.
- b) A busca ativa por dor e seu tratamento adequado podem ajudar na prevenção e controle do delirium.
- c) O ajuste do ciclo sono – vigília dentre outras modificações ambientais não ajudam no tratamento.
- d) O melhor tratamento para o quadro em questão seria quetiapina 25 mg 3x/dia.
- e) Contenção pelo risco de queda.

Questão 23 - QUESTÃO ANULADA

Paciente encontrado na rua durante chuva com rebaixamento do nível de consciência. Ao chegar no hospital apresenta-se pouco responsivo, com tremores, FC: 68 bpm, PA: 95X50 mmHg, Temp. axilar: 34°C. Sobre esse caso assinale a melhor alternativa:

- a) Como tratamento inicial, deve-se retirar as roupas molhadas e iniciar aquecimento externo com cobertores e através de soro aquecido via sonda nasogástrica.
- b) No caso de o paciente evoluir com parada dos tremores e rigidez muscular mostra uma piora do quadro de hipotermia.
- c) No caso de evolução para parada cardiorrespiratória, após 20 minutos sem retorno a circulação espontânea, devemos cessar os esforços.
- d) Não há necessidade de se obter temperatura central, visto que, apesar da limitação técnica para aferição periférica, nesse paciente o quadro clínico é o suficiente para guiar a terapêutica.
- e) Realização de solução salina hipertêmica.

Questão 24

Paciente, feminina, 58 anos, internada na UTI por crises convulsivas e confusão mental. Durante a investigação inicial, observou-se à tomografia, imagem de lesão cerebral com efeito de massa, desviando linha média em 1,2 cm com halo de edema importante. Nesse momento encontra-se sob ventilação mecânica invasiva sedada com RASS: -3, pupilas anisocóricas, sem drogas vasoativas. Sobre este caso, assinale a melhor alternativa:

- a) Não é necessário aprofundar sedação, visto que se encontra no alvo para a doença em questão.
- b) A hiperventilação (PCO₂: 20-25 mmHg) faz parte do tratamento inicial dessa paciente, como primeira linha.
- c) O uso de corticoide pode ser uma alternativa de tratamento.
- d) A paciente não deverá receber anticonvulsivante, visto não ter benefício neste caso.
- e) Associar diazepam para prevenir novas crises.

Questão 25

Paciente, masculino, internado há 16 dias por acidente vascular encefálico isquêmico, com diversas complicações, ainda invadido com cateter venoso central, tubo orotraqueal e sonda vesical de demora. Em relação ao diagnóstico de infecções relacionadas a assistência, qual a melhor alternativa?

- O achado de aumento de secreção traqueal e cultura de aspirado traqueal com *Pseudomonas* sp., mesmo sem alteração radiológica faz o diagnóstico de pneumonia associada a ventilação mecânica.
- A presença de febre e achado de uma amostra hemocultura positiva para *Staphylococcus hominis*, sem outro foco infeccioso, faz o diagnóstico de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central.
- A presença de febre e achado de uma amostra hemocultura positiva para *Staphylococcus aureus*, sem outro foco infeccioso, faz o diagnóstico de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central.
- O achado de febre e cultura de aspirado traqueal com *Pseudomonas* sp., mesmo sem alteração radiológica faz o diagnóstico de pneumonia associada a ventilação mecânica.
- Paciente não possui indicação de cobertura com antibióticos de amplo espectro.

Questão 26

Uma mulher com 53 anos de idade, internada por cirrose de etiologia alcoólica e hemorragia digestiva alta, em uso de furosemida 40 mg endovenosa por dia, evoluindo com piora da função renal nos últimos 3 dias. Encontra-se em regular estado geral, icterícia 2+/4, edemaciada, sonolenta, com flapping presente. Sinais vitais: pressão arterial de 90 x 60 mmHg, FC de 90 bpm e FR de 16 irpm. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alteração. Abdome com ascite volumosa. Edema de membros inferiores de 2+/4+.

Sobre a causa de injúria renal aguda (IRA) apresentada, é correto afirmar que:

- Esta paciente apresenta síndrome hepatorenal.
- Para diferenciar causa pré-renal de hepatorenal, deve-se dosar a fração de excreção de ureia.
- Nesta paciente, a IRA é causada por uma síndrome compartimental abdominal.
- Para afastar causa pré-renal, deve-se suspender o diurético e iniciar expansão com albumina.
- Esta paciente não apresenta IRA pré-renal, pois encontra-se em anasarca.

Questão 27

Paciente masculino, com 27 anos de idade, está internado com quadro grave de hemólise pós ataque de abelhas. À admissão, apresentava creatinina sérica de 1,1 mg/dl, a qual se elevou para 3,9mg/dl, após 5 dias. Nas 24 horas prévias à coleta desse exame, o paciente teve diurese de 340 ml. O paciente se mantém hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas. Considerando a diretriz do KDIGO (Kidney Disease Improvement Global Outcomes), qual a classificação de AKIN?

- O paciente apresenta injúria renal aguda estágio 1.
- O paciente apresenta injúria renal aguda estágio 2.
- O paciente apresenta injúria renal aguda estágio 3.
- O paciente apresenta injúria renal aguda estágio 4.
- O paciente apresenta injúria renal aguda, de origem pré-renal, não sendo possível, nenhum estadiamento.

Questão 28

A síndrome de lise tumoral é uma emergência oncológica, frequentemente, associada à insuficiência renal aguda. Além disso se caracteriza por importantes alterações metabólicas. São elas:

- hipopotassemia, hipouricemia, hipofosfatemia e hipocalcemia.
- hipopotassemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hipercalcemia.
- hiperpotassemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hipercalcemia.
- hiperpotassemia, hipouricemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia.
- hiperpotassemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia.

Questão 29

Paciente masculino, 32 anos, negro, com diagnóstico de hipertensão aos 22 anos de idade. Em uso de enalapril 20 mg duas vezes por dia, hidroclorotiazida 25 mg uma vez por dia e anlodipina 10 mg uma vez por dia. Retorna para consulta ambulatorial com exames complementares. Creatinina: 1,0 mg/dL; uréia: 38 mg/dL; sódio: 138 mEq/L; potássio: 3,2 mEq/L; bicarbonato: 32 mEq/L. Ultrassonografia de vias urinárias normal. O diagnóstico mais provável é:

- a) hiperaldosteronismo primário.
- b) feocromocitoma.
- c) coarctação da aorta.
- d) estenose de artéria renal bilateral.
- e) hipertensão arterial primária.

Questão 30

O sódio é o principal íon extracelular, sendo que o seu metabolismo está correlacionado com o metabolismo de água no organismo. Acerca desse assunto, assinale a opção correta:

- a) A correção rápida da hipernatremia pode causar mielinólise pontina.
- b) Em casos de hiponatremia assintomática, o tratamento de escolha é a reposição de solução salina a 3%.
- c) Pacientes com hipernatremia e instabilidade hemodinâmica devem receber hidratação vigorosa com solução fisiológica a 0,45%.
- d) uso prolongado de diurético tiazídico está correlacionado com risco de hipernatremia.
- e) hiponatremia hipotônica euvolêmica pode ser causada por hipotireoidismo descompensado.

Questão 31

Qual a estratégia semiológica utilizada para distinguir o sopro de insuficiência tricúspide do sopro da insuficiência mitral?

- a) Auscultar o paciente sentado e em pé.
- b) Auscultar o paciente em decúbito lateral esquerdo.
- c) Solicitar ao paciente para prender a respiração.
- d) Solicitar ao paciente para tossir.
- e) Proceder a Manobra de Rivero-Carvallo.

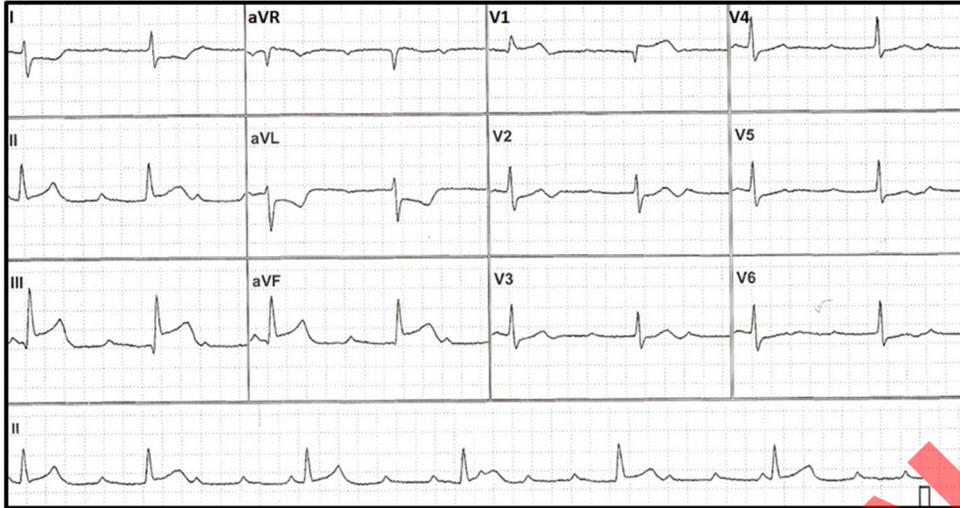
Questão 32

Considere o mecanismo de Frank Starling e julgue as alternativas abaixo, assinalando a INCORRETA:

- a) em casos de hipovolemia, o coração adapta-se diminuindo a sua força de contratilidade.
- b) refere-se à capacidade do coração para se adaptar a variações do volume sanguíneo, alterando a sua contratilidade nas diferentes situações.
- c) quanto maior a pré-carga, maior a contratilidade do coração (até o limite de estiramento da fibra muscular).
- d) quando se aumenta a pré-carga, em geral, aumenta-se o volume sanguíneo ejetado a cada batimento.
- e) quanto menor a pré-carga, menor o débito cardíaco.

Questão 33

Paciente de 64 anos, deu entrada no pronto atendimento com quadro de dor precordial de forte intensidade, tipo em queimação, surgida ao repouso, irradiada para o braço esquerdo e mandíbula. Apresentava-se sudoreico, mal perfundido, com FC de aproximadamente 40 bpm e pressão arterial de 90/60 mmHg. Imediatamente foi levado à sala de emergência, onde foi monitorizado, providenciado acesso venoso e realizado o eletrocardiograma abaixo:



Em relação ao diagnóstico eletrocardiográfico e anatômico de isquemia, marque a alternativa que descreve a alteração eletrocardiográfica existente e a coronária com maior probabilidade de estar acometida:

- Bloqueio átrio-ventricular avançado. Coronária circunflexa.
- Infra-desnívelamento de segmento ST em D1 e aVL. Coronária circunflexa.
- Supra-desnívelamento do segmento ST nas derivações inferiores. Coronária direita.
- Supra-desnívelamento do segmento ST nas derivações D2, D3 e aVF. Coronária descendente anterior.
- Supra-desnívelamento de segmento ST em D1 e aVL. Coronária circunflexa.

Questão 34

Em relação aos bloqueios átrio-ventriculares, marque a alternativa correta:

- o bloqueio átrio-ventricular de primeiro grau ocorre em regiões próximas à entrada das veias pulmonares.
- o bloqueio átrio-ventricular do 2º grau Mobitz I (com fenômeno de Wencheback) caracteriza-se por prolongamento progressivo do intervalo PR antes de ocorrer o bloqueio da onda P.
- o bloqueio átrio-ventricular avançado sempre é sintomático, e tem localização supra-hissiana.
- no bloqueio átrio-ventricular total observamos dissociação parcial entre contratilidade átrio-ventricular.
- todas as alternativas anteriores são verdadeiras.

Questão 35

Criança de 5 anos de vida, com histórico de baixo-peso e infecções pulmonares de repetição, procura cardiologista para avaliação. Mãe nega cianose. Ao exame físico, nota-se sopro sistólico infra-clavicular esquerdo. Qual a cardiopatia mais provável?

- Comunicação inter-atrial.
- Transposição de grandes artérias.
- Comunicação inter-ventricular.
- Persistência do canal arterial.
- Defeito do septo átrio-ventricular forma total.

Questão 36

As cardiopatias congênitas são doenças graves, responsáveis por complicações e mortes no período pós-natal. Analise as cardiopatias abaixo e marque aquelas correspondentes a cardiopatias congênitas cianóticas (ou cianogênicas):

- a) Comunicação interatrial e comunicação interventricular.
- b) Drenagem anômala parcial de veias pulmonares e transposição de grandes artérias.
- c) **Truncus e Tetralogia de Fallot.**
- d) Truncus e comunicação interventricular.
- e) Dupla via de saída de ventrículo direito e defeito do septo atrioventricular.

Questão 37

Paciente com quadro de dispneia súbita, chega ao pronto socorro para avaliação. Durante exame físico, o médico nota a presença de sinais de choque cardiogênico, com hipotensão e perfusão periférica bastante lentificada. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal, sem sinais de isquemia. Qual o próximo exame a ser solicitado?

- a) **Ecocardiograma.**
- b) Enzimas miocárdicas.
- c) Angiotomografia de aorta.
- d) Cintilografia miocárdica.
- e) Angiorressonância.

Questão 38

O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) refere-se à obstrução da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Acerca da fisiopatologia dessa doença, julgue as alternativas abaixo e marque a correta:

- a) a embolia paradoxal é quando o trombo se desloca do átrio esquerdo para o átrio direito, através do forame oval patente.
- b) **o êmbolo é constituído por um coágulo sanguíneo na maior parte das vezes, embora não sempre.**
- c) um trombo se desloca pelo lado esquerdo do coração até chegar aos pulmões e obstrui uma artéria que diminui de calibre em seu trajeto.
- d) o trombo nunca se desloca de um ponto de origem para outro ponto.
- e) a embolia pulmonar é causada sempre por um aneurisma.

Questão 39

Paciente de 60 anos, obeso, diabético e dislipidêmico, vem em consulta de rotina. Interrompeu as suas medicações há 1 ano, por ocasião da pandemia e do difícil acesso ao sistema de saúde. Traz consigo um Doppler de Carótidas mostrando aterosclerose discreta em carótidas (20%). Apresenta o seguinte perfil lipídico atual:

- Colesterol Total: 242 mg/ dL
- HDL: 42 mg/ dL
- Triglicerídeos: 355 mg/ dL.

Qual a medicação ideal a ser iniciada?

- a) Fenofibrato.
- b) Ciprofibrato.
- c) Alirocumabe.
- d) **Rosuvastatina.**
- e) Sinvastatina.

Questão 40

A aterosclerose é uma doença crônica, de origem multifatorial, que causa a formação de placas de gordura em artérias de médio e pequeno calibre, podendo ser causadora de eventos isquêmicos agudos. Qual o evento índice que ocorre na placa de gordura que desencadeia um evento isquêmico agudo?

- a) Ponte miocárdica sobre placa.
- b) Vasoespasmio severo.
- c) Embolia gordurosa.
- d) Dissecção espontânea.
- e) Trombose sobre placa.

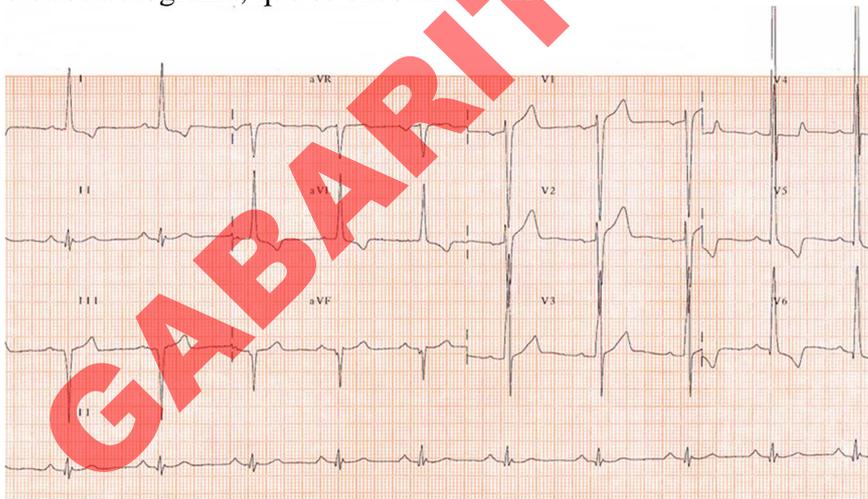
Questão 41

Mulher de 24 anos, casada há um ano, procurou pela primeira vez a unidade de saúde ambulatorial para uma consulta clínica, por apresentar atraso menstrual de três semanas. O médico avaliou a paciente e, ao exame físico, verificou, na média de 3 medidas, PA = 188 x 98 mmHg, utilizando-se manguito convencional, e IMC = 33 kg/m². Em relação ao diagnóstico de hipertensão, podemos afirmar que:

- a) É necessário confirmar o nível pressórico em uma segunda consulta.
- b) É necessário confirmar o nível pressórico com MAPA de 24 hs.
- c) Trata-se de hipertensão do jaleco branco.
- d) Trata-se de hipertensão mascarada.
- e) Paciente tem diagnóstico de hipertensão arterial nesta consulta.

Questão 42

Paciente de 50 anos, sexo feminino, negra, trabalhadora do lar, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde com queixa de cefaleia. Refere já ter feito medidas aleatórias da pressão arterial (PA) em consultas prévias, nos últimos 10 anos, sendo descobertos valores elevados (em torno de 150/90 mmHg) em mais de uma ocasião. Nega uso de medicamentos. Na consulta foram realizadas duas medidas de PA no membro superior direito, com os seguintes resultados: 158/88 e 154/88 mmHg, e uma no membro superior esquerdo, com o valor de 154/89 mmHg. Sem outras alterações no exame clínico. Foi realizado exame de eletrocardiograma, que se encontra abaixo:



No que se refere ao tratamento medicamentoso, qual a opção ideal para início de terapia?

- a) Anlodipina + Enalapril.
- b) Anlodipina.
- c) Enalapril.
- d) Hidroclorotiazida.
- e) Atenolol + hidroclorotiazida.

Questão 43

As crises hipertensivas podem ser classificadas em urgências hipertensivas, emergências hipertensivas e pseudocrises hipertensivas. Qual o tratamento adequado para os casos de emergência hipertensiva?

- a) internação em enfermaria, com administração de metoprolol endovenoso para controle pressórico.
- b) internação em enfermaria, com administração de anti-hipertensivos via oral.
- c) internação em UTI, com administração de nitroprussiato de sódio endovenoso para controle pressórico.
- d) tentar controlar a causa base que está levando à descompensação pressórica.
- e) uso de inibidores de enzima conversora de angiotensina e inibidores de canal de cálcio.

Questão 44

A estenose aórtica caracteriza-se pela diminuição da abertura dos folhetos da valva aórtica. Os sintomas associados são definidores de necessidade de cirurgia. Nos pacientes com estenose aórtica que apresentam síncope, a sobrevida média, quando não são submetidos à cirurgia, é curta. Qual o mecanismo fisiopatológico que mais comumente explica a ocorrência de síncope no paciente com estenose aórtica?

- a) Hipertrofia concêntrica, com fibrose e obstrução da via de saída de ventrículo esquerdo.
- b) Aumento da pós-carga, com conseqüente diminuição do débito cardíaco.
- c) Aumento da pré-carga, com congestão veno-capilar pulmonar.
- d) Isquemia sub-endocárdica, devido ao efeito de constrição exercido sobre as coronárias.
- e) Hipertrofia concêntrica, com isquemia sub-endocárdica.

Questão 45

A principal conduta médica para os pacientes com valvopatias é a definição do momento ideal de intervenção (cirurgia). Em quais pacientes está indicada a intervenção (seja cirúrgica ou endovascular)?

- a) Pacientes assintomáticos no estágio B.
- b) Pacientes do estágio C, independente das condições do coração.
- c) Pacientes sintomáticos (estágio D).
- d) Pacientes nos estágios C2 e D.
- e) Pacientes assintomáticos no estágio D.

Questão 46

Em relação à fisiopatologia da insuficiência cardíaca, sabemos que quando há diminuição do débito cardíaco, são estimulados sistemas de adaptação cardíaca, de forma compensatória. O tratamento medicamentoso capaz de prolongar a sobrevida dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida inclui medicações que classicamente foram desenvolvidas para pacientes diabéticos, mas que no decorrer dos estudos científicos se mostraram muito eficazes nos pacientes cardiopatas, sendo eles diabéticos ou não. Marque a alternativa que demonstra medicação que diminui a mortalidade desses pacientes:

- a) Diuréticos de alça.
- b) Análogos de GLP-1.
- c) Inibidores da DPP-4.
- d) Inibidores de SGLT-2.
- e) Atenolol.

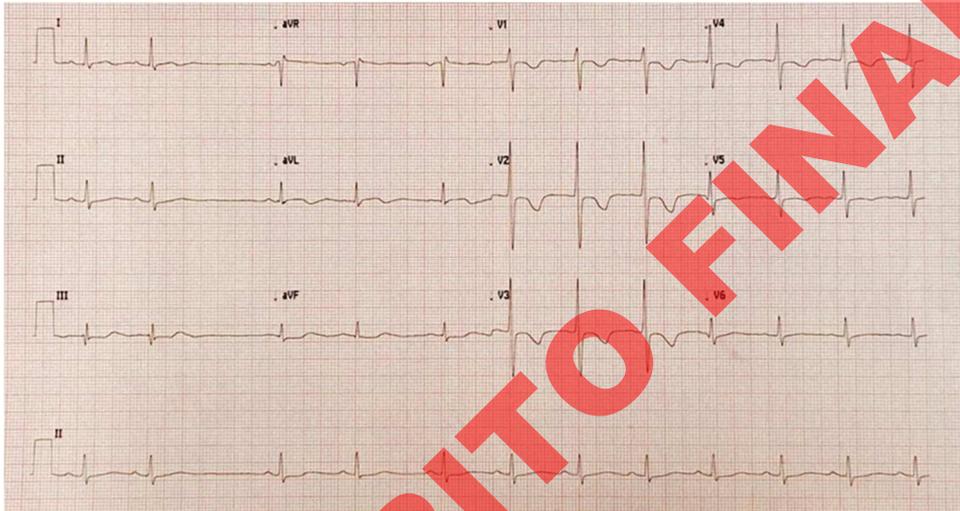
Questão 47

A insuficiência cardíaca muitas vezes se apresenta inicialmente com quadro de descompensação. Para melhor otimização diagnóstica e terapêutica, precisamos diferenciar os perfis hemodinâmicos dos pacientes. Desta forma, um paciente que se apresenta com sinais e sintomas de baixo débito, além de crepitações pulmonares, edema de membros inferiores e turgência jugular é classificado como perfil:

- a) Perfil A.
- b) Perfil B.
- c) Perfil B/C.
- d) Perfil C.**
- e) Perfil D.

Questão 48

Paciente de 68 anos, com antecedentes de HAS, DM e dislipidemia, procura pronto socorro com quadro de dor torácica em peso, iniciada há 60 dias, quando subia escada. Passou, portanto, a subir as escadas mais devagar, com alívio da dor. Há 1 semana, passou a apresentar a dor logo nos primeiros degraus, mesmo subindo devagar, o que o motivou a procurar ajuda médica. No momento do atendimento, paciente negava sintomas, e apresentava o seguinte eletrocardiograma:



Qual a propedêutica mais adequada para o paciente a partir desse momento?

- a) Eletrocardiogramas seriados.
- b) Cateterismo cardíaco (estratificação invasiva).**
- c) Ecocardiograma de estresse.
- d) Teste ergométrico.
- e) Angiotomografia de coronárias.

Questão 49

É de suma importância entendermos os mecanismos que desencadeiam as doenças. Na fisiopatologia da síndrome coronariana aguda, destaca-se o infarto agudo do miocárdio tipo IV-b, que consiste em:

- a) Desbalanço entre oferta e consumo.
- b) Dissecção espontânea de coronária.
- c) Trombose sobre placa.
- d) Embolia coronariana.
- e) Trombose de stent.**

Questão 50

Sabemos que a dor torácica é uma das principais causas de procura ao pronto socorro. São inúmeras as causas de dor torácica, e devemos, portanto, estar atentos às características clínicas para tentarmos estabelecer relação diagnóstica e solicitar os corretos exames complementares. Considere um paciente de 68 anos, obeso, hipertenso e dislipidêmico, que chega ao pronto socorro queixando-se de dor torácica aguda, intensidade 10/10, irradiada para dorso. Ao exame físico, apresenta PA de 210/100 mmHg no braço esquerdo e 160/80 mmHg no braço direito.

Qual a principal hipótese diagnóstica para o paciente?

- a) Dor torácica cardíaca não isquêmica – dissecção de aorta.
- b) Dor torácica não cardíaca – pseudocrise hipertensiva.
- c) Dor torácica anginosa – síndrome coronariana aguda.
- d) Dor torácica cardíaca não isquêmica – miocardite.
- e) Dor torácica não cardíaca – espasmo esofágico.

GABARITO FINAL 2024/1