



EDITAL Nº 01/COREME/2016



PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

ESPECIALIDADES: **Endocrinologia, Gastroenterologia, Hepatologia, Medicina Paliativa, Pneumologia, Reumatologia**

**I N S T R U Ç Õ E S**

1. O tempo total concedido para a resolução desta prova é de **três** horas, incluindo o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
2. Confira, no cartão-resposta, seu nome, seu número de inscrição e a especialidade para a qual se inscreveu e registre essas informações nos espaços abaixo. Coloque seu nome e assine no local indicado. Verifique, no cartão-resposta, se há marcações indevidas nos campos destinados às respostas. Se houver, reclame imediatamente ao fiscal.
3. Depois de autorizado pelo fiscal, verifique se faltam folhas neste caderno, se a sequência de **quarenta** questões está correta e se há imperfeições gráficas que possam causar dúvidas. Comunique imediatamente ao fiscal qualquer irregularidade.
4. Cada questão objetiva é apresentada com **cinco** alternativas diferentes de respostas (de “**A**” a “**E**”), das quais apenas **uma é correta**.
5. A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo permitidas perguntas aos fiscais. Utilize os espaços e/ou páginas em branco para rascunho. Não destaque folhas deste caderno, **exceto** a grade constante da última folha.
6. Transcreva as respostas para o cartão-resposta com caneta esferográfica transparente de tinta **preta** (preferencialmente) ou **azul**. O cartão-resposta será o único documento válido para efeito de correção. **Em hipótese alguma ocorrerá sua substituição por erro de preenchimento ou qualquer dano causado por você.**
7. Durante a realização da prova não será permitida comunicação entre candidatos ou pessoas estranhas ao Processo Seletivo, bem como consulta a livros, revistas, folhetos ou anotações, nem porte/uso de relógio de qualquer modelo, de telefones celulares ou de qualquer outro equipamento eletrônico, de bonés, de chapéus ou de qualquer outra cobertura. É vedada também a ingestão de alimentos e bebidas, com exceção de água acondicionada em embalagem plástica transparente, sem rótulo e/ou etiquetas.
8. Caso esteja portando algum dos objetos mencionados acima, eles deverão ser embalados, identificados e deixados à frente na sala, em local visível, antes do início da prova. Embalagens para tal fim serão fornecidas pela COPERVE/UFSC. Objetos eletrônicos deverão estar desligados.
9. Ao terminar, entregue ao fiscal o seu caderno de prova e o cartão-resposta. Você só poderá entregar este material e se retirar definitivamente do local de prova após **uma** hora do início da prova.
10. Os **três** últimos candidatos somente poderão entregar as suas provas e o cartão-resposta e retirar-se do local simultaneamente.
11. Para conferir suas respostas com o gabarito oficial quando da sua divulgação, anote-as na grade disponibilizada na última folha do caderno de prova, a qual poderá ser destacada e levada com você.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

INSCRIÇÃO

NOME DO(A) CANDIDATO(A)

ESPECIALIDADE

**Para todas as questões desta prova, assinale a alternativa CORRETA e transcreva a resposta para o cartão-resposta.**

**01)** Paciente do sexo feminino, 54 anos, portadora de HAS e diabetes *mellitus* (DM), é encaminhada ao ambulatório de clínica médica com resultado de ultrassom de abdome “de rotina” mostrando esteatose hepática. Está em uso de glimepirida, metformina, enalapril e terapia de reposição hormonal (TRH). Faz pilates uma vez por semana e questiona o que é preciso para “tratar a gordura no fígado”.

Laboratório: hemograma normal, glicose= 123 mg/dL, Hb glicosilada= 7,1%, LDL= 120 mg/dL, HDL= 50 mg/dL, TG= 180 mg/dL, TGO= 43 U/l, TGP= 45 U/l, GGT= 54 U/l, creatinina= 0,9 mg/dL, ureia= 36 mg/dL, TSH= 2,3 mU/l

Qual a orientação para essa paciente?

- A ( ) Estimular a realização de exercícios físicos regulares e o controle dietético e dos fatores de risco.
- B ( ) Tranquilizar a paciente, já que não há sinais de doença hepática e o achado de esteatose é esperado em pacientes com DM.
- C ( ) Solicitar uma TC de abdome para avaliar melhor a doença.
- D ( ) Iniciar estatina, com aumento progressivo da dose até a resolução da esteatose no ultrassom.
- E ( ) Iniciar fibrato e suspender TRH pelo risco de piora da esteatose hepática com administração hormonal.

**02)** Paciente do sexo masculino, 53 anos, portador de cirrose hepática por hepatite C, em uso de furosemida e aguardando transplante hepático, há três dias apresentou T= 38,4 °C e aumento do volume abdominal. Posteriormente tornou-se confuso, desorientado, com *flapping* e sonolência. Os exames na sala de emergência mostraram: Hb= 11,7 mg/dL, leucócitos= 5670 mm<sup>3</sup>, plaquetas= 120.000 mm<sup>3</sup>, ureia= 72 mg/dL, creatinina= 1,5 mg/dL, glicose= 110 mg/dL, Na= 128 mEq/L, K= 2,8 mEq/L, Cl= 101 mEq/L.

A conduta mais adequada na admissão é:

- A ( ) aumentar o diurético, repor K por via parenteral e prescrever norfloxacin.
- B ( ) corrigir a hipocalcemia, investigar estado infeccioso e prescrever enema de lactulose.
- C ( ) orientar restrição de água livre, manter a furosemida e administrar lactulose.
- D ( ) administrar soro fisiológico, repor K por via parenteral e iniciar espironolactona.
- E ( ) solicitar hemoculturas, TC de crânio e análise do liquor.

**03)** Paciente do sexo masculino, 48 anos, relata pirose, tosse seca e pigarro há cerca de um ano. Seu exame físico não apresenta alterações, exceto por obesidade. Tabagismo ativo. Endoscopia digestiva com esofagite grau A e gastrite enantemática com urease positiva. O plano terapêutico mais indicado para o tratamento inicial desse paciente é:

- A ( ) cirurgia antirrefluxo.
- B ( ) recomendações de mudança de estilo de vida e prescrição de omeprazol sob demanda.
- C ( ) recomendações dietéticas e comportamentais e prescrição de omeprazol por dois meses.
- D ( ) esquema combinado com lansoprazol, amoxicilina e claritromicina por sete dias.
- E ( ) biópsia gástrica para orientação terapêutica.

**04)** Paciente do sexo feminino, 62 anos, retorna à consulta com o clínico com resultados de ultrassom de abdome em função de um desconforto abdominal nos últimos seis meses. Não refere outros sinais ou sintomas relacionados à queixa principal e seu exame físico é normal. Desconhece história familiar porque foi adotada. Usa apenas omeprazol e levotiroxina. Ultrassom de abdome apresenta área nodular hipocogênica no lobo hepático direito medindo 2,5 cm. Preocupada, pergunta se pode ser câncer. Qual a melhor orientação e conduta iniciais para essa paciente?

- A ( ) Conversar sobre as possibilidades diagnósticas e solicitar uma colonoscopia.
- B ( ) Tranquilizar, pois a imagem nodular é de um tumor hepático benigno, e pedir uma EDA para prosseguir a investigação.
- C ( ) Tranquilizar, pois a imagem nodular é de um cisto hepático simples, e pedir uma TC de abdome para prosseguir a investigação.
- D ( ) Demonstrar preocupação e encaminhar a paciente para punção do nódulo hepático.
- E ( ) Tranquilizar e solicitar controle com ultrassom em seis meses.

**05)** Paciente do sexo feminino, 30 anos, realizou tratamento para anemia por deficiência de ferro com sulfato ferroso 2 comprimidos/dia (total de 80 mg de ferro elementar/dia). Nega qualquer intercorrência no período, sem efeitos colaterais da medicação. No retorno, após um mês de tratamento, o sangramento foi resolvido, mas ainda mantém anemia hipocrômica e microcítica no hemograma, sem melhora significativa nos resultados de ferro e ferritina. Qual a explicação mais provável para esses achados laboratoriais?

- A ( ) Trata-se de erro laboratorial, pois a paciente está recebendo dose adequada da medicação, deve-se manter a dose e repetir os exames.
- B ( ) A paciente está recebendo quantidade inadequada da medicação, deve-se prescrever ferro endovenoso, já que não houve melhora nos resultados de exames.
- C ( ) A paciente está recebendo quantidade adequada da medicação, a dose preconizada é de 80 mg de ferro elementar ao dia, deve-se investigar outra etiologia para a refratariedade ao tratamento.
- D ( ) A paciente está recebendo quantidade inadequada da medicação, a dose preconizada é de cerca de 180 mg de ferro elementar ao dia.
- E ( ) A paciente está recebendo quantidade adequada da medicação, deve-se investigar alterações na absorção do ferro que justifiquem a refratariedade ao tratamento.

**06)** Paciente portador de fibrilação atrial comparece para controle de anticoagulação. Está assintomático. Faz uso de varfarina 5 mg em dias alternados e traz exame realizado há cerca de 24 horas: RNI= 4,2. Em relação ao resultado do RNI esperado para esse paciente, é correto afirmar que:

- A ( ) RNI= 4,2 está acima do esperado, o paciente pode ter ingerido vitamina K em excesso através de sua alimentação.
- B ( ) RNI= 4,2 está acima do esperado, o paciente pode ter ingerido bebida alcoólica, que levou à potencialização do efeito anticoagulante da droga.
- C ( ) RNI= 4,2 é adequado, pode-se manter a dose da medicação e solicitar nova reavaliação em quatro semanas.
- D ( ) RNI= 4,2 está abaixo do esperado, o paciente pode ter ingerido uma dose inadequada da medicação.
- E ( ) RNI= 4,2 está abaixo do esperado, o paciente pode ter se esquecido de fazer uso da medicação.

- 07)** Paciente do sexo masculino, 60 anos, com quadro progressivo de cansaço, mal-estar e dispneia aos esforços, realizou investigação clínica e laboratorial. O hemograma apresenta pancitopenia com presença de 15% de blastos circulantes. Qual o provável diagnóstico desse paciente?
- A ( ) Trata-se de leucemia aguda, a presença de mais de 10% de blastos no hemograma é suficiente para o diagnóstico definitivo.
  - B ( ) Trata-se de síndrome mielodisplásica, a presença de mais de 10% de blastos no hemograma é suficiente para o diagnóstico definitivo.
  - C ( ) Está descartada a hipótese de leucemia aguda, pois a quantidade de blastos no hemograma é menor que 20%.
  - D ( ) Está descartada a hipótese de síndrome mielodisplásica, independentemente da quantidade de blastos encontrada no mielograma.
  - E ( ) Trata-se de leucemia aguda, mas é importante a realização de mielograma para verificar a presença de mais de 20% de blastos na medula óssea.
- 08)** Paciente internado por aplasia após quimioterapia desenvolve neutropenia febril, sem evidências de foco infeccioso. Ao exame físico, apresenta-se normotenso, sem mucosite ou qualquer outra alteração. Qual o tratamento inicial para esse paciente?
- A ( ) Antibioticoterapia após resultado das culturas.
  - B ( ) Antibioticoterapia com cefalosporina e vancomicina.
  - C ( ) Antibioticoterapia com carbapenêmico e vancomicina.
  - D ( ) Antibioticoterapia com amicacina e vancomicina.
  - E ( ) Antibioticoterapia empírica de amplo espectro.
- 09)** Paciente do sexo feminino, 18 anos, procura o posto de saúde por apresentar episódios paroxísticos de súbita sensação de mal-estar epigástrico ascendente, seguidos por turvação da consciência, olhar parado, automatismos oromastigatórios e manuais bilaterais, com duração de aproximadamente um minuto, cerca de duas vezes por semana há três meses, após o qual volta normalmente às suas atividades habituais. Ela faz uso regular de anticoncepcional oral à base de estrogênio sintético de baixa dosagem, pois não quer engravidar. A melhor alternativa terapêutica para essa paciente é:
- A ( ) levetiracetam.
  - B ( ) fenitoína.
  - C ( ) carbamazepina.
  - D ( ) fenobarbital.
  - E ( ) valproato.
- 10)** Paciente do sexo feminino, 23 anos, obesa e hipertensa, procura o serviço de emergência com cefaleia diária há dois anos, de piora progressiva, descrita como constante, em pressão, em faixa, bifrontal e bioccipital. Ocasionalmente, apresenta episódios breves de perda visual, desencadeados por tosse ou esforço físico, com duração de segundos, sem foto ou fonofobia. Refere também náusea e vômitos quando a dor é severa e vem percebendo piora gradativa da sua acuidade visual. Paciente alerta com exame neurológico normal, exceto por papiledema bilateral. Qual a melhor opção terapêutica?
- A ( ) Topiramato ou valproato.
  - B ( ) Prednisona ou vitamina A.
  - C ( ) Acetazolamida ou topiramato.
  - D ( ) Verapamil ou gabapentina.
  - E ( ) Acetazolamida ou verapamil.

**11)** Paciente do sexo feminino, 55 anos, hipertensa, com história de litíase renal recorrente, procura o posto de saúde com queixas típicas de migrânea sem aura, incapacitante, que ocorre em episódios frequentes, três vezes por semana. Deseja iniciar tratamento profilático. Qual a opção terapêutica **menos** indicada para essa paciente?

- A ( ) Propranolol.
- B ( ) Verapamil.
- C ( ) Valproato.
- D ( ) Topiramato.
- E ( ) Carbamazepina.

**12)** Paciente do sexo masculino, 65 anos, consulta por dorsalgia. A radiografia da coluna revela uma vértebra torácica com espessamento do osso cortical, trabeculado grosseiro, com áreas líticas e blásticas em combinação no corpo vertebral. Seus exames laboratoriais indicam elevação da fosfatase alcalina, na fração óssea. A hipótese diagnóstica e a conduta correta nesse caso são:

- A ( ) doença óssea de Paget – tratamento com bisfosfonatos.
- B ( ) osteomielite vertebral – hemocultura e tratamento antibiótico empírico.
- C ( ) osteoporose – densitometria óssea e tratamento com bisfosfonatos.
- D ( ) metástase óssea – biópsia óssea e procura do sítio primário de neoplasia.
- E ( ) espondiloartrite axial – tratamento com agente anti-TNF.

**13)** Autoanticorpo presente na mãe associado à ocorrência do lúpus neonatal:

- A ( ) Anti-DNA.
- B ( ) Anti-Sm.
- C ( ) Anti-RNP.
- D ( ) Anticardiolipina.
- E ( ) Anti-Ro.

**14)** Doença reumatológica cujo diagnóstico deve ser considerado na febre de origem obscura no paciente idoso:

- A ( ) arterite de Takayasu.
- B ( ) arterite de células gigantes.
- C ( ) doença de Kawasaki.
- D ( ) poliarterite nodosa.
- E ( ) poliangeíte microscópica.

**15)** De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, publicado em 2016, em relação ao paciente com dengue, é correto afirmar que:

- A ( ) são orientações para tratamento sintomático: hidratação vigorosa e uso de analgésicos e antitérmicos com dipirona, ibuprofeno e nimesulida.
- B ( ) são sinais de alerta para febre da dengue grave: dor abdominal intensa, vômitos persistentes, hipertensão, esplenomegalia dolorosa, irritabilidade, hemorragias importantes, diminuição da diurese, diminuição brusca da temperatura ou hipotermia, desconforto respiratório, queda repentina do hematócrito e das plaquetas.
- C ( ) são condições que permitem alta hospitalar nos casos de dengue grave: ausência de febre durante 48 horas, melhora do quadro clínico, hematócrito normal e estável por 24 horas, plaquetas em elevação e acima de  $50.000/\text{mm}^3$  e estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
- D ( ) na prova do laço negativa, é possível descartar a hipótese de dengue.
- E ( ) na prova do laço, considera-se para resultado positivo o surgimento de mais de 10 petéquias em uma área de  $5 \text{ cm}^2$ , independente da idade do paciente.

**16)** Paciente do sexo feminino é admitida com quadro de pneumonia intersticial bilateral e alocada em enfermaria de dois leitos. No quarto dia de internação, manifesta lesões vesico-bolhosas em região tóraco-abdominal, com dor local, diagnosticadas como herpes-zóster. Considerando que a paciente ao lado é gestante, soropositiva para HIV e desconhece sua situação quanto a infecções prévias e considerando-se também os servidores da saúde que atuam no local, quais são as condutas mais adequadas quanto ao manejo e às medidas de precaução e isolamento?

- A ( ) Iniciar aciclovir para as duas pacientes e manter o quarto em precaução de contato; vacinar todos os servidores da unidade.
- B ( ) Vacinar as pacientes e iniciar ganciclovir para a paciente gestante; mantê-las em quarto com precaução de contato e por aerossóis; vacinar os servidores da unidade.
- C ( ) Tratar a paciente fonte com ganciclovir; administrar imunoglobulina antivaricela zóster para a gestante e manter os cuidados de precaução de contato e por aerossóis; oferecer vacina para todos os servidores.
- D ( ) Tratar com aciclovir e imunoglobulina antivaricela zóster as duas pacientes e mantê-las em precaução de contato; oferecer vacina e imunoglobulina para os servidores da unidade.
- E ( ) Tratar a paciente fonte com aciclovir, isolando-a; administrar imunoglobulina antivaricela zóster para a gestante e mantê-la com cuidados de precaução de contato e por aerossóis; vacinar os servidores não imunes.

**17)** Paciente do sexo feminino, 18 anos, procura o serviço médico referindo ter se exposto sexualmente, com parceiro eventual, cuja sorologia é desconhecida para HIV. O intercurso foi vaginal. Não utilizou preservativo e não utiliza nenhum método contraceptivo. Nesse contexto, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, 2015, a conduta correta é:

- A ( ) realizar anti-HIV teste rápido para descartar a possibilidade de a paciente já ser portadora de HIV e considerar a profilaxia antirretroviral de acordo com o resultado; oferecer contracepção de urgência se solicitada.
- B ( ) oferecer a terapia antirretroviral com dois medicamentos até 96 horas após a exposição, considerando-se que a relação vaginal-receptiva é de risco elevado.
- C ( ) não indicar profilaxia antirretroviral, já que a prevalência de HIV na população geral é baixa (5%), independente da forma de sexo praticada.
- D ( ) quando houver a recomendação de terapia antirretroviral, realizá-la por 21 dias, com tenofovir + lamivudina como esquema preferencial.
- E ( ) não realizar a testagem rápida para HIV, já que o risco de transmissão é baixo na relação heterossexual, e oferecer apenas a terapia dupla.

**18)** Paciente do sexo masculino, 64 anos, índice de massa corporal (IMC) = 19, ex-tabagista há dez anos de 60 maços-ano, refere três exacerbações infecciosas no ano de 2016, com necessidade de antibioticoterapia. Apresenta dispneia aos mínimos esforços, tendo que parar após caminhar poucos minutos no plano. Faz uso continuado de formoterol 12 mcg de 12/12h. Espirometria atual:

	Pré-BD	% previsto	Pós-BD	% previsto	% variação
CVF	3,60l	86%	3,72l	89%	3%
VEF1	1,95l	59%	2,11l	64%	8%
VEF1/CVF	0,54	69%	0,57	72%	5%

Em relação à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

- I. IMC  $\leq$  21 acarreta pior prognóstico na DPOC.
- II. O fato de apresentar duas ou mais exacerbações em um ano indica um prognóstico pior e pode implicar mudanças no seu tratamento.
- III. Sua espirometria demonstra um distúrbio ventilatório obstrutivo moderado.
- IV. A exposição a fatores de risco (no caso o tabagismo), a ausência de reversibilidade ao broncodilatador e índice de Tiffenau  $<$  0,70 pós-broncodilatador fecham os critérios diagnósticos de DPOC.

- A ( ) Todas as afirmativas estão corretas.  
 B ( ) Somente as afirmativas I, III e IV estão corretas.  
 C ( ) Somente as afirmativas I e II estão corretas.  
 D ( ) Somente as afirmativas II e III estão corretas.  
 E ( ) Somente as afirmativas II, III e IV estão corretas.

**19)** Paciente do sexo feminino, 70 anos, portadora de fibrilação atrial, em uso de amiodarona de longa data, procura atendimento médico com queixa de tosse pouco produtiva, astenia e febre baixa, com 10 dias de evolução. Apresenta radiografia de tórax com infiltrado intersticial bilateral, principalmente em bases pulmonares. Pontuava 2 na escala CURB-65, sendo então indicada sua hospitalização.

Em relação à pneumonia adquirida na comunidade, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

- I. A terapia antimicrobiana, seja em monoterapia ou em terapia combinada, deve ter cobertura sobre *Streptococcus pneumoniae* e bactérias atípicas (*Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae*).
- II. A vacina pneumocócica conjugada em crianças tem reduzido de forma importante a incidência de pneumonias comunitárias em nível mundial.
- III. Nesse caso, a toxicidade pulmonar a drogas pode ser considerada no diagnóstico diferencial de pneumonia adquirida na comunidade.
- IV. A pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae* tende a ocorrer em surtos (escolas, domicílio etc.) e pode estar associada a rash cutâneo e anemia hemolítica.

- A ( ) Somente as afirmativas I, II e IV estão corretas.  
 B ( ) Somente as afirmativas I, II e III estão corretas.  
 C ( ) Somente as afirmativas II, III e IV estão corretas.  
 D ( ) Todas as afirmativas estão corretas.  
 E ( ) Somente as afirmativas I, III e IV estão corretas.

**20)** Paciente do sexo feminino, 68 anos, apresenta diagnóstico confirmado de fibrose pulmonar idiopática. Nega outras comorbidades. Encontra-se em acompanhamento médico regular e faz uso de tratamento medicamentoso otimizado. Durante consulta ambulatorial, realizou gasometria arterial em ar ambiente com os seguintes resultados: PH 7,40 / PCO<sub>2</sub> 40 mmHg / PaO<sub>2</sub> 58 mmHg / HCO<sub>3</sub> 24 mEq/L / BE 1,0 / SaO<sub>2</sub> 89%. Apresenta eletrocardiograma com ritmo sinusal e sinais de sobrecarga ventricular direita. Ecocardiograma com função sistólica de VE normal, FEVE 60%, pressão sistólica da artéria pulmonar de 60 mmHg. Em relação ao caso clínico, é correto afirmar que:

- A ( ) há indicação de oxigenoterapia domiciliar somente se a PaO<sub>2</sub> for menor que 55 mmHg e a SaO<sub>2</sub> < 88%.
- B ( ) há indicação de oxigenoterapia domiciliar noturna exclusiva.
- C ( ) nesse grau de hipoxemia, associada à presença de *cor pulmonale*, há indicação de oxigenoterapia domiciliar.
- D ( ) nesse grau de hipoxemia, há indicação de oxigenoterapia domiciliar somente se houver policitemia associada.
- E ( ) é necessário complementação com polissonografia ou oximetria noturna para a avaliação de oxigenoterapia domiciliar.

**21)** Paciente do sexo masculino, 28 anos, procura a emergência com tosse, dispneia e febre há dois dias. Ao exame físico, apresenta FC= 120 bpm, FR= 32 rpm, PA= 90/60 mmHg, temperatura axilar 38,5 °C, SatO<sub>2</sub> 89% em ar ambiente, tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos e sonolência. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes em todo HTE. É realizado o diagnóstico de pneumonia comunitária grave e calculado o escore Quick SOFA, caracterizando o quadro como sepse. Qual o escore Quick SOFA no caso descrito (caracterizando sepse)?

- A ( ) FC ≥ 110 bpm; escala de coma de Glasgow < 15; PAS ≤ 100 mmHg.
- B ( ) FR ≥ 22 mrm; FC ≥ 110 bpm; SatO<sub>2</sub> < 90%.
- C ( ) FR ≥ 22 mrm; FC ≥ 110 bpm; PAS ≤ 100 mmHg.
- D ( ) FR ≥ 22 mrm; escala de coma de Glasgow < 15; PAS ≤ 100 mmHg.
- E ( ) FC ≥ 110 bpm; escala de coma de Glasgow < 15; SatO<sub>2</sub> < 90%.

**22)** Paciente do sexo feminino, 18 anos, dá entrada na emergência, procedente do setor de radiologia, onde iria se submeter a uma tomografia de crânio eletiva para investigação de cefaleia crônica. Após a infusão do contraste radiológico, a paciente apresentou queixa de dificuldade respiratória, seguida de síncope. Na emergência, apresenta-se com sudorese fria, FR= 28 rpm, FC= 120 bpm e PA= 80/50 mmHg. Qual o diagnóstico mais provável e as condutas adequadas para o caso descrito?

- A ( ) Síncope vasovagal. Providenciar acesso venoso calibroso, manter conduta expectante e tranquilizar os familiares.
- B ( ) Anafilaxia. Garantir a permeabilidade das vias aéreas, administrar epinefrina subcutânea e anti-histamínico endovenoso. Após o controle da crise, liberar a paciente para o domicílio com corticoide via oral.
- C ( ) Reação anafilactoide. Garantir a permeabilidade das vias aéreas, administrar anti-histamínico e corticoide endovenosos. Após o controle da crise, manter em observação na emergência por 6 horas.
- D ( ) Síndrome do pânico. Providenciar acesso venoso calibroso, administrar benzodiazepínico e tranquilizar os familiares.
- E ( ) Anafilaxia. Garantir a permeabilidade das vias aéreas, administrar epinefrina intramuscular e infusão de cristaloides. Após o controle da crise, administrar corticoide e manter em observação por no mínimo 12 horas.



**23)** Paciente do sexo masculino, 30 anos, internado na UTI há cinco dias com diagnóstico de pancreatite alcoólica grave, está necessitando de suporte ventilatório e vasopressor em baixa dose desde a admissão. Há um dia evolui com febre e piora das trocas gasosas. Os níveis de proteína C reativa (PCR) estão elevados mas a dosagem seriada não mostrou valores crescentes. É solicitada uma dosagem de procalcitonina (PCT), que está elevada em três vezes o valor de referência. Em relação ao quadro clínico-laboratorial descrito, é correto afirmar que:

- A ( ) a elevação dos valores da PCR e da PCT ocorre por estímulos inflamatórios inespecíficos.
- B ( ) a elevação da PCT sugere processo infeccioso.
- C ( ) a elevação da PCR é mais precoce que a da PCT nos quadros de infecção.
- D ( ) a elevação da PCR associada ao aumento da PCT permite firmar o diagnóstico de pneumonia associada à ventilação mecânica.
- E ( ) a elevação da PCT é específica de infecção pancreática.

**24)** Paciente do sexo feminino, 81 anos, com antecedentes de DM, internada na UTI há 15 dias devido a um AVC isquêmico com rebaixamento do nível de consciência e necessidade de ventilação mecânica. Está em tratamento de PAV tardia por *Acinetobacter baumannii*, no oitavo dia de Polimixina B. Há dois dias apresenta febre persistente de 39 °C associada a instabilidade hemodinâmica. A urocultura coletada há um dia demonstra crescimento de *Providencia stuartii*, TSA ainda não disponível. Qual a conduta apropriada?

- A ( ) Trocar Polimixina B por Colistina, pois a Polimixina não tem excreção urinária.
- B ( ) Aumentar a dose de Polimixina B para atingir a concentração adequada na urina.
- C ( ) Associar Linezolida, ampliando o espectro de antibióticos para a cobertura de germes gram-positivos.
- D ( ) Associar Meronem, considerando a resistência intrínseca da *Providencia* à Polimixina B.
- E ( ) Suspende Polimixina B e coletar novas culturas em 24 horas.

**25)** Paciente do sexo feminino, 32 anos, admitida na UTI há 12 horas com quadro de choque séptico de foco urinário e síndrome do desconforto respiratório agudo ( $PaO_2/FiO_2 < 150$ ). Recebeu ressuscitação volêmica inicial com cristalóide em bólus na dose de 30 ml/kg de peso. Está necessitando de suporte vasopressor com noradrenalina na dose de 0,9 mcg/kg/min, dose estável nas últimas quatro horas. O lactato inicial era de 4 mg/dl, com queda para 1,8 mg/dl após seis horas. O débito urinário é de 1 ml/kg/hora nas últimas duas horas. É realizado o cálculo da variação da pressão de pulso (delta PP), cujo valor é 20%. Qual a conduta mais adequada em relação ao manejo do quadro de choque?

- A ( ) Repor volume com alíquotas de cristalóide em bólus até que a delta PP caia abaixo de 13%.
- B ( ) Repor volume com alíquotas de solução mista de cristalóide + colóide até que a delta PP caia abaixo de 13%.
- C ( ) Iniciar dobutamina até que a delta PP caia abaixo de 13%.
- D ( ) Manter a monitoração dos sinais de hipoperfusão tecidual para indicar a necessidade de reposição de fluidos.
- E ( ) Iniciar diurético em baixa dose para melhorar as trocas gasosas.

**26)** Paciente do sexo masculino, 40 anos, há cerca de 40 dias iniciou com úlceras dolorosas em cavidade oral. Há uma semana, apareceram lesões bolhosas em tronco e MMSS. Ao exame físico, as bolhas são flácidas e rompem-se facilmente. O sinal de Nikolski está presente. Em relação ao quadro acima descrito, é correto afirmar que:

- A ( ) o quadro clínico sugere pênfigo vulgar e os anticorpos envolvidos provavelmente são contra as desmogleínas 1 e 3.
- B ( ) a presença do sinal de Nikolski sugere o diagnóstico de pênfigo foliáceo.
- C ( ) o padrão histológico esperado no quadro acima descrito é de acantólise subcorneal ou da camada granular.
- D ( ) as lesões de mucosa e as bolhas flácidas são sugestivas de pênfigo foliáceo.
- E ( ) o quadro descrito é compatível com pênfigo vulgar paraneoplásico.

**27)** Paciente do sexo masculino, 64 anos, procura o Serviço de Emergência com queixa de vermelhidão e prurido no corpo todo há dois dias. Refere que há um mês percebeu o aparecimento de placas eritematoescamosas em joelhos, cotovelos e couro cabeludo. As lesões foram coalescendo até tomarem todo o corpo. Ao exame físico, o paciente encontra-se em regular estado geral, FC= 110 bpm, FR= 22 rpm, PA= 150/80 mmHg, temperatura 37,8 °C. A pele está intensamente eritematosa e quente em toda a superfície corporal, com áreas de descamação grosseira. O exame das mucosas não evidencia lesões. Qual o diagnóstico e a etiologia mais prováveis do quadro descrito acima?

- A ( ) Pustulose exantemática aguda generalizada. Reação de hipersensibilidade a drogas.
- B ( ) Micose fungoide. Manifestação paraneoplásica.
- C ( ) Pênfigo foliáceo eritrodérmico. Lesão imunomediada.
- D ( ) Pitiríase rubra pilar. Etiologia desconhecida.
- E ( ) Eritrodermia. Exacerbação de dermatose inflamatória preexistente.

**28)** Em relação ao controle da dispneia em paciente de 56 anos, do sexo masculino, portador de neoplasia pulmonar avançada com metástases pulmonares e linfangite carcinomatosa, restrito ao leito, dependente completo para cuidados, índice de massa corporal de 17 kg/m<sup>2</sup> e cujo plano de cuidados é exclusivamente paliativo, pode-se afirmar que:

- A ( ) a abordagem padrão ouro é a intubação orotraqueal.
- B ( ) opioides e benzodiazepínicos são contraindicados devido ao risco de provocarem apneia.
- C ( ) ventilação não invasiva provavelmente pouco contribui para o conforto respiratório do paciente, de acordo com as melhores evidências da literatura.
- D ( ) a presença de roncos terminais é evidência de dispneia, e eles devem ser agressivamente tratados.
- E ( ) sedação paliativa é contraindicada em caso de dispneia refratária porque ainda não existe regulamentação legal para a prática.

**29)** Paciente do sexo feminino, 62 anos, é portadora de neoplasia intestinal com metástases hepáticas e carcinomatose peritoneal. Apresenta queixas de fadiga intensa, falta de apetite e náuseas e vômitos. Perdeu 10 kg nos últimos dois meses e o índice de massa corporal atual é de 17,5 kg/m<sup>2</sup>. Está restrita ao leito, é dependente completa para autocuidados e apresenta períodos ocasionais de confusão mental. Quais os cuidados mais apropriados quanto à nutrição da paciente?

- A ( ) Iniciar nutrição parenteral, já que a via enteral é inadequada pela presença de vômitos.
- B ( ) Avaliar criticamente em conjunto com a paciente e seus familiares o papel da nutrição no final da vida para definir quais as alternativas de oferta nutricional seriam proporcionais e estariam de acordo com os valores dessa família.
- C ( ) Realizar gastrostomia para garantir a oferta de dieta hipercalórica e hiperproteica e reduzir os riscos de broncoaspiração.
- D ( ) Inserir sonda nasoenteral para garantir a oferta de dieta hipercalórica e hiperproteica e reduzir os riscos de náuseas e vômitos.
- E ( ) Prescrever suplementação de dieta hipercalórica e hiperproteica por via oral para garantir a oferta das necessidades calórico-proteicas basais.

**30)** Paciente do sexo feminino, 37 anos, portadora de neoplasia de endométrio com invasão de bexiga, apresenta queixas de dor tipo fisgada, contínua, de forte intensidade (intensidade 8 em escala de dor de 0 a 10). Assinale a alternativa que melhor descreve o tipo de dor e a opção de tratamento mais apropriada, respectivamente.

- A ( ) Dor nociceptiva; amitriptilina.
- B ( ) Dor somática; gabapentina.
- C ( ) Dor neuropática; pregabalina.
- D ( ) Dor nociceptiva; morfina.
- E ( ) Dor somática; tramadol.

**31)** Paciente do sexo masculino, 91 anos, restrito ao leito devido a quadro de demência avançada, portador de neoplasia de bexiga da qual é oligossintomático e cuja família não identifica novas queixas, apresenta durante o exame físico pulso com ritmo irregular. A pressão arterial é 125/70 mmHg e o eletrocardiograma revela uma fibrilação atrial com frequência cardíaca de 79 bpm. Qual a melhor conduta?

- A ( ) Internação hospitalar para cardioversão elétrica.
- B ( ) Nenhuma nova medida deve ser acrescentada ao plano de cuidados, uma vez que o paciente está assintomático.
- C ( ) Internação hospitalar para cardioversão química com amiodarona.
- D ( ) Anticoagulação com varfarina e antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico.
- E ( ) Internação hospitalar para a realização de ablação por cateter.

**32)** Paciente do sexo feminino, 31 anos, foi recentemente diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica. A investigação para hipertensão arterial secundária revelou a presença de estenose de artéria renal unilateral. A paciente não apresenta comorbidades. Qual o tratamento farmacológico mais apropriado?

- A ( ) Hidralazina.
- B ( ) Clonidina.
- C ( ) Enalapril.
- D ( ) Hidroclorotiazina.
- E ( ) Propranolol.

**33)** Paciente do sexo masculino, 69 anos, procura atendimento médico para a realização de exames de rotina anuais. Não apresenta queixas e, ao exame físico, observa-se a presença de pulso irregular. A pressão arterial é 130/75 mmHg e o eletrocardiograma revela ausência de ondas p, intervalo RR irregular e frequência cardíaca de 72 bpm. O eletrocardiograma do ano anterior apresentava ritmo sinusal. Considerando o diagnóstico mais provável, qual a conduta inicial mais adequada?

- A ( ) Anticoagulação.
- B ( ) Cardioversão elétrica.
- C ( ) Prescrição de betabloqueador.
- D ( ) Prescrição de amiodarona.
- E ( ) Prescrição de digoxina.

**34)** Paciente do sexo feminino, 71 anos, apresenta queixas de tremores nas mãos e ansiedade extrema. Relata que desde que enviuvou, há 10 anos, ficou muito ansiosa e depressiva, por isso faz uso de “remédio para os nervos”, que a ajuda a dormir e a se sentir melhor. Há dois dias, no entanto, suspendeu o uso da medicação porque “acabou a receita”. Qual o diagnóstico mais provável?

- A ( ) Síndrome do pânico.
- B ( ) *Delirium tremens*.
- C ( ) Doença de Parkinson.
- D ( ) Abstinência a benzodiazepínicos.
- E ( ) Surto psicótico.

**35)** Paciente do sexo feminino, 52 anos, procura atendimento endocrinológico devido ao surgimento de abaulamento cervical anterior nos últimos seis meses. Ao exame físico, identifica-se nódulo tireoidiano de aproximadamente 2,0 cm em lobo direito. Ultrassonografia de tireoide: nódulo de 2,1 x 1,4 cm em polo superior do lobo direito, hipoeoico, com halo periférico, vascularização periférica maior que central ao estudo com *doppler*, sem presença de microcalcificações. Exames laboratoriais com TSH: 2,1 mU/L (valor de referência: 0,55 a 4,78 mU/L). Com base no caso clínico, pode-se afirmar que:

- A ( ) se as concentrações de TSH estivessem elevadas, a dosagem dos anticorpos antitireoperoxidase (anti-TPO) não trariam informações importantes para o diagnóstico de tireoidite autoimune.
- B ( ) se fosse detectada hiperfunção tireoidiana, mesmo que subclínica, estaria indicada a realização de cintilografia da tireoide.
- C ( ) a ultrassonografia de tireoide é um exame limitado para a detecção de nódulos tireoidianos porque apresenta baixa sensibilidade.
- D ( ) os achados ultrassonográficos isoladamente permitem uma distinção absoluta entre lesões benignas e malignas.
- E ( ) se indicada a realização de punção aspirativa por agulha fina do nódulo tireoidiano, a citologia sugerir neoplasia folicular (categoria IV de Bethesda) e a cintilografia identificar nódulo hipocaptante, não se indica a realização de cirurgia.

**36)** Paciente do sexo masculino, 46 anos, com diagnóstico há três anos de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), história de infarto agudo do miocárdio há quatro meses, hipertenso, obeso grau 3. Retinopatia diabética incipiente em ambos os olhos e neuropatia periférica dolorosa bilateral. Exames laboratoriais: hemoglobina glicada 9,2%, LDL 137 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) em 49 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. No momento, em uso de metformina e glibenclamida nas suas doses máximas diárias. Sobre o caso clínico, é correto afirmar que:

- A ( ) a insulinoterapia não pode ser considerada para esse paciente porque a sua hemoglobina glicada (A1C) é inferior a 10% e aumentaria o risco de hipoglicemia e ganho de peso associado.
- B ( ) a cirurgia bariátrica contribui para a piora da função da célula beta pancreática em pacientes obesos grau 3.
- C ( ) o paciente apresenta doença renal 3A, o que indica a suspensão do uso da metformina pelo risco de acidose.
- D ( ) a meta ideal de hemoglobina glicada (A1C) para os adultos com DM2, na ausência de gravidez, são valores inferiores a 6%.
- E ( ) por se tratar de paciente com DM2 e doença aterosclerótica já definida, a indicação de tratamento intensivo com estatinas está estabelecido, não havendo a necessidade de estratificação de risco.

**37)** Paciente do sexo masculino, 39 anos, encaminhado pelo dentista para avaliação clínica devido a prognatismo e apneia do sono. Ao exame físico, identifica-se protrusão da frente, acentuação dos malares e dos sulcos nasolabiais, dedos em "salsicha", hiperidrose, *acantose nigricans* cervical e papilomas cutâneos (*skin tags*). Suspeitando de um diagnóstico de acromegalia, pode-se afirmar que:

- A ( ) o diagnóstico do excesso de produção de GH é clínico, baseado nas manifestações clínicas típicas dos pacientes.
- B ( ) no momento do diagnóstico de acromegalia, a maioria das lesões hipofisárias apresentam dimensões pequenas, sendo chamadas de microadenomas.
- C ( ) se não puder ser afastado o diagnóstico de acromegalia com as dosagens basais de GH e IGF1, está indicada a realização do teste de tolerância à glicose (com 75 g de glicose anidra) para estimular a produção de GH.
- D ( ) a presença de papilomas cutâneos (*skin tags*) são importantes marcadores da presença de pólipos colônicos em pacientes com acromegalia.
- E ( ) o melhor exame de imagem após a confirmação do diagnóstico clínico e laboratorial de acromegalia é a radiografia de sela túrcica.

**38)** Num paciente que sofreu intoxicação por varfarina, como deve ser a conduta em relação ao controle laboratorial de RNI?

- A ( ) Deve-se realizar dosagem seriada de RNI: coleta na admissão e por pelo menos 48 horas.
- B ( ) Deve-se realizar dosagem seriada de RNI: coleta na admissão e a cada 6 horas por 24 horas.
- C ( ) Devem ser realizadas duas dosagens de RNI: coleta na admissão e 24 horas após a ingesta.
- D ( ) Devem ser realizadas duas dosagens de RNI: coleta na admissão e 12 horas após a ingesta.
- E ( ) Deve-se realizar dosagem de RNI, sendo que uma dosagem na admissão é suficiente para verificar a necessidade de administração de vitamina K.

**39)** As complicações mais frequentes de acidente botrópico são:

- A ( ) coagulopatia e insuficiência medular.
- B ( ) necrose cutânea e insuficiência medular.
- C ( ) necrose cutânea e hemólise predominantemente extravascular.
- D ( ) insuficiência renal aguda e hemólise predominantemente extravascular.
- E ( ) insuficiência renal aguda e coagulopatia.

**40)** Paciente previamente hígida, 25 anos, submeteu-se a apendicectomia e evoluiu com infecção da ferida operatória. No hemograma, foi detectada plaquetose (plaquetas= 560.000/mm<sup>3</sup>). Em relação ao quadro clínico descrito, o mais provável é que:

- A ( ) a alteração na contagem de plaquetas seja secundária ao processo infeccioso.
- B ( ) a alteração na contagem de plaquetas não seja secundária ao processo infeccioso e deve-se administrar AAS.
- C ( ) seja necessário administrar AAS, independentemente da causa da plaquetose.
- D ( ) a etiologia da plaquetose seja trombocitemia essencial, por isso deve-se administrar AAS.
- E ( ) a etiologia da plaquetose seja trombocitemia essencial, por isso não se deve administrar AAS.

✂-----

**GRADE DE RESPOSTAS (Somente esta parte poderá ser destacada)**

<b>QUESTÕES</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	
<b>RESPOSTAS</b>																					
<b>QUESTÕES</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	
<b>RESPOSTAS</b>																					

