



Apelo às Residências de Saúde

Edital N° 02/2020



PSU-RESMED/CE - 2021

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

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

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, 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 40 (quarenta) 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 a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.18 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

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

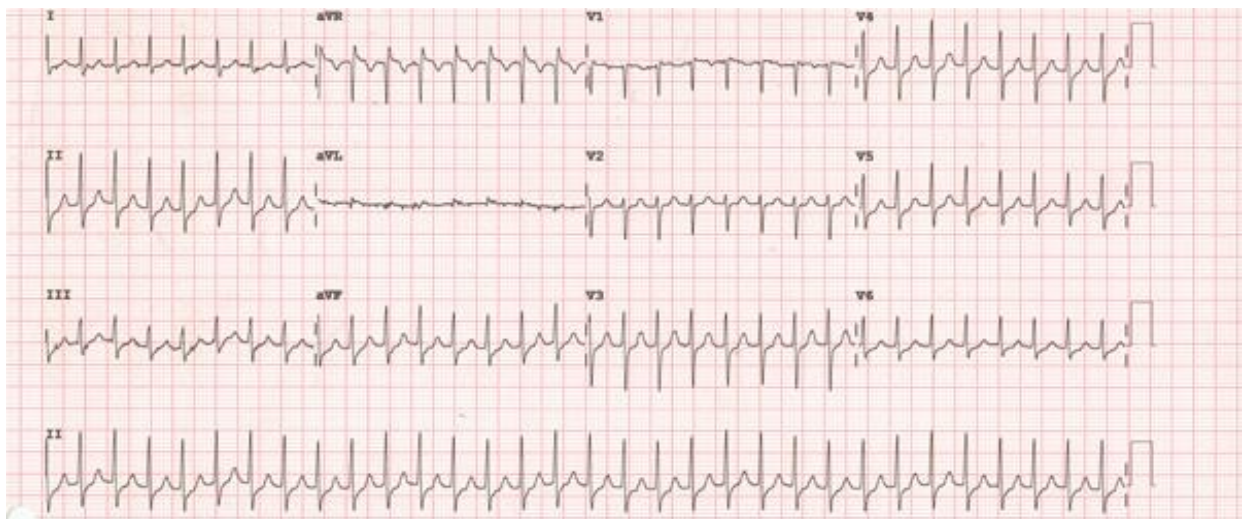
Boa prova!

Fortaleza, 22 de novembro de 2020.

Inscrição

Sala

01. Mulher de 76 anos comparece à emergência cardiológica com queixa de palpitações. Exame físico: Exoftalmia, ritmo cardíaco irregular e frequência cardíaca de 160bpm. Realizado eletrocardiograma que evidenciou fibrilação atrial de alta resposta ventricular. Filha relata que a paciente apresenta quadro de adinamia há 4 meses, porém com piora nos últimos dias associado a febre diária não aferida, tremor de extremidades e confusão mental. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual o tratamento farmacológico indicado para promover controle sintomático de forma imediata?
- A) Tionamida.
B) Glicocorticoide.
C) Solução iodada.
D) Betabloqueador.
02. Homem de 24 anos, recém-diagnosticado com linfoma não-Hodgkin com presença de massa mediastinal superior a 10cm, comparece ao ambulatório de Hematologia para programar início de quimioterapia. Foi optado por internar o paciente para a administração do primeiro ciclo de quimioterapia em virtude de sua alta carga tumoral. Visando evitar complicação oncológica que pode decorrer do tratamento, qual a medida mais importante a ser implementada?
- A) Hemodiálise.
B) Hidratação venosa.
C) Alcalinização da urina.
D) Administração de diurético.
03. Mulher de 37 anos procura o pronto-socorro com queixa de palpitações taquicárdicas iniciadas há 20 minutos, associada a dispneia e sensação de "agitação no pescoço". Ao exame físico, observa-se que a paciente está orientada, sem sinais de instabilidade hemodinâmica. PA 100 x 60 mmHg, FC 160 bpm, SpO₂ 95%. Ausculta cardíaca: RCR, 2T, B1 hiperfonética, sem sopros. Ausculta pulmonar sem anormalidades. Foi solicitado um ECG (em anexo). Um ecocardiograma bidimensional, realizado em avaliação cardiológica ambulatorial prévia não evidenciou anormalidades cardíacas estruturais. Foi realizada massagem do seio carotídeo, porém, sem êxito.



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

Qual a conduta terapêutica mais rápida e eficaz para o término da arritmia com o menor risco de efeitos adversos?

- A) Verapamil IV.
B) Adenosina IV.
C) Cardioversão elétrica.
D) Ablação por cateter com radiofrequência.

04. Homem de 58 anos, hipertenso e dislipidêmico, acorda às 6 horas da manhã com hemiparesia direita e afasia. Esposa comenta que o viu acordar à 1h da manhã para ir ao banheiro andando, e que o mesmo falou algumas palavras ao voltar. Ao exame neurológico é constatada hemiparesia direita completa, afasia, desvio do olhar conjugado para esquerda e hemianopsia homônima direita, pontuando 19 na NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale). À entrada, encontra-se com PA de 200x100mmHg, em ritmo de FA com frequência ventricular média de 80bpm, glicemia de 200mg/dl. Realizada a TC de crânio em anexo. Angio-TC mostrou oclusão proximal de artéria cerebral média esquerda (M1).



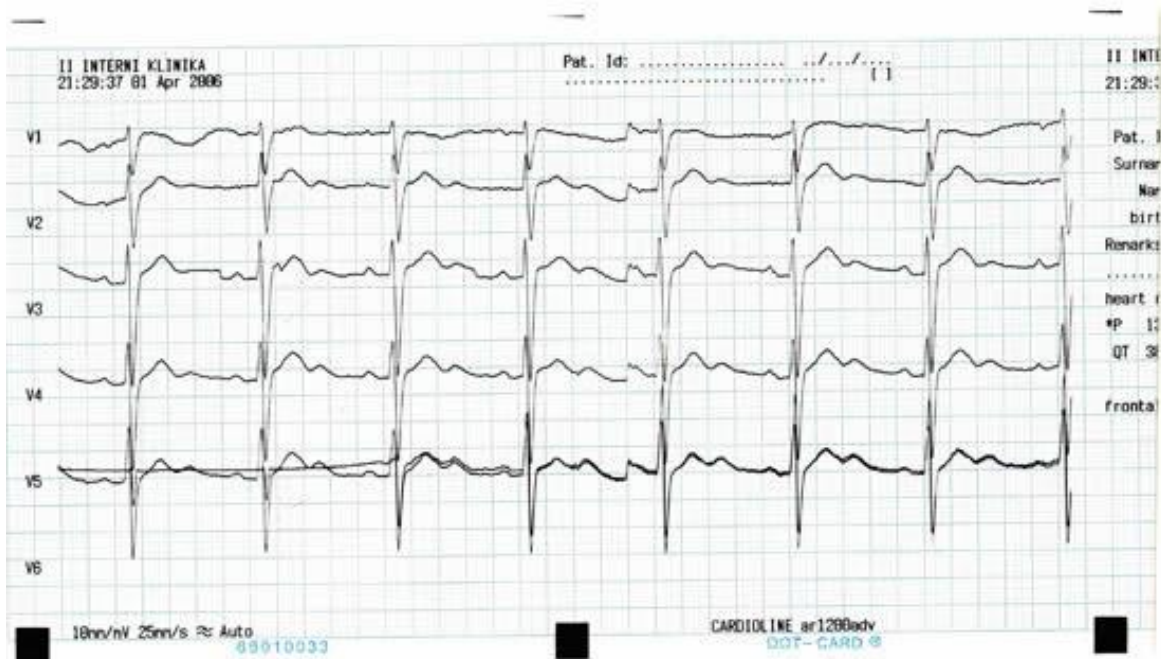
- Qual a conduta terapêutica mais indicada visando restaurar a perfusão cerebral com o menor risco para o paciente?
- A) Encaminhar para trombectomia endovascular após trombólise intravenosa.
 - B) Encaminhar para trombectomia endovascular mantendo controle de pressão e glicemia.
 - C) Anticoagulação plena com controle de frequência da fibrilação atrial (< 100 bpm) e da pressão arterial.
 - D) Manter frequência cardíaca < 100 bpm, PA < 220x120mmHg e glicemia < 180mg/dl e monitoração em UTI.
05. Paciente masculino, 35 anos, obeso, refere início súbito de febre, dor e edema em joelho direito 3 dias após trauma no futebol, evoluindo com lesão conto-contusa e dificuldade de deambular. Etilista e tabagista. Ao exame: T: 38,5 °C ACP: normal; presença de derrame articular, calor e rubor, com limitação de movimento do joelho direito. Exames laboratoriais: Hemograma com leucócitos:10.500uL, HBsAg: reagente. VHS: 45mm, PCR: 6,5 mg/dL. Análise do líquido sinovial demonstrou celularidade 53.000/mm³ com 80% de polimorfonucleares. Enviado líquido sinovial para coloração de Gram, culturas e pesquisa de cristais. Qual a conduta imediata?
- A) Antibioticoterapia e anti-inflamatório.
 - B) Compressas e anti-inflamatório.
 - C) Terapia antiviral e prednisona.
 - D) Metotrexate e prednisona.
06. Idoso, 65 anos, procura a UPA com quadro de febre, mialgia, tosse seca e coriza nasal há 3 dias. Ao exame, apresenta-se consciente, orientado, FR 25 ipm, hidratado, FC 96 bpm, PA 110 x 80 mmHg, AP MVU rude sem ruídos adventícios, AC BCNF, RCR, 2T, S/S, SpO₂ 92% em ar ambiente. Raio-X de tórax com infiltrado intersticial bilateral nas bases. Qual a conduta terapêutica farmacológica considerando-se o diagnóstico mais provável?
- A) Amoxicilina.
 - B) Dexametasona.
 - C) Fosfato de Oseltamivir.
 - D) Ceftriaxona e Clindamicina.

07. Paciente masculino, 42 anos, asmático, controlado com budesonida/formoterol inalatório. Deu entrada na emergência com história de aperto torácico súbito há cerca de 10 minutos, pouco tempo após uso de ibuprofeno. Ao exame físico, apresentava sibilância difusa e edema periorbital e labial. Sem estridor. Após 3 inalações com doses apropriadas de Salbutamol/Ipratropio, paciente não apresentou melhora. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, além de continuar o uso de sabultamol/ipatrópio inalatório, a conduta terapêutica mais apropriada nesse momento seria:
- A) Epinefrina.
 - B) Aminofilina.
 - C) Metilprednisolona.
 - D) Sulfato de Magnésio.
08. Homem de 66 anos dá entrada na emergência com história de cefaleia súbita e intensa evoluindo com síncope, crise convulsiva tônico-clônica seguida por rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow de 6). Apresenta a seguinte tomografia computadorizada (TC) de crânio:



- Além de intubação orotraqueal, qual a conduta adequada no momento?
- A) Hidantalização venosa, nimodipina por sonda nasoesteral e realização de angiografia cerebral.
 - B) Diazepam intravenoso seguido de trombólise com alteplase 0,9mg/kg. Repetir TC após trombólise.
 - C) Hidantalização venosa, seguida de trombólise com alteplase 0,9mg/kg. Repetir TC após trombólise.
 - D) Hidantalização venosa, nimodipina por sonda nasoesteral, início de heparina profilática e realização de angiografia cerebral.
09. Homem de 55 anos, hipertenso e tabagista, é admitido no pronto-socorro com dor retroesternal em queimação e uma sensação de "fraqueza" em ambos membros superiores há aproximadamente uma hora. Não há relação com o esforço físico. Relata episódios semelhantes nas duas últimas semanas, porém de duração mais curta. Não foram observadas anormalidades ao exame físico. Realizou um ECG de 12 derivações onde observou-se alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Qual melhor conduta diagnóstica, considerando-se a sintomatologia e a estratificação de risco do paciente?
- A) Liberação imediata para seu domicílio com orientação de realização ambulatorial de teste ergométrico.
 - B) Liberação imediata para seu domicílio, com orientação de realização ambulatorial de angiotomografia de coronárias.
 - C) Observação por 12h com ECG seriado, dosagem de troponina 4, 6 e 12h após admissão, se normais, realizar teste ergométrico antes da liberação para domicílio.
 - D) Observação por 12h com ECG seriado, dosagem de troponina 4, 6 e 12h após admissão, e se normais, liberar para avaliação através de teste ergométrico ambulatorial.

10. Paciente internou-se com história de fadiga e fraqueza muscular especialmente em membros inferiores, há cerca de 40 dias. Ao interrogatório complementar, negava qualquer outro sintoma ou sinal, bem como uso de drogas lícitas e ilícitas e distúrbio alimentar. Ao exame físico, apresentava pressão de 105/60 mmHg, frequência respiratória de 16 irpm, temperatura de 36,7 °C. Ausência de edema. Os demais exames estavam sem anormalidades. Os resultados do ECG e dos exames laboratoriais liberados mostraram: Creatinina sérica de 1,2 mg/dL; ureia de 40 mg/dL; Na de 133 mEq/L; Cloro de 81 mEq/L; Mg de 2,0 mEq/L; pH 7,50; HCO₃ de 34 mEq/L e PaCO₂ de 46 mmHg.



Além da solicitação da dosagem do principal eletrólito implicado no quadro, qual é o próximo exame mais indicado para prosseguir a investigação diagnóstica?

- A) Sódio urinário.
 - B) Potássio urinário.
 - C) Cortisol urinário livre.
 - D) Relação aldosterona/renina plasmática.
11. Paciente procura a emergência com dor lombar de forte intensidade à esquerda. Realizou uma tomografia abdominal que evidenciou cálculo ao nível de ureter distal em nível de Sacral de 9 mm. Temperatura, 36,5 °C, pulso 80 bpm e Giordano negativo. Creatinina era de 0,8 mg/dL. Diante do quadro, qual é conduta mais adequada dentre as opções abaixo?
- A) Hidratação vigorosa, AINES e diurético.
 - B) Hidratação venosa, opioides e ureterrenoscopia.
 - C) Hidratação venosa, AINES, litotripsia extracorpórea.
 - D) Hidratação venosa, AINES, bloqueador alfadrenérgico.
12. Um adolescente é levado ao pronto-atendimento por amigos, apresentando náuseas e vômitos. Os acompanhantes relataram que o paciente havia ido, na noite anterior, a uma festa. Apresentava tremores, nervosismo extremo, comportamento violento, midríase e temperatura de 38,5 °C. Ao exame físico, apresentava frequência cardíaca: 112 bpm e pressão arterial: 120/80 mmHg. Os exames evidenciaram creatinina sérica: 3,2 mg/dl; ureia sérica: 120 mg/dl; fósforo sérico: 7,2 mg/dl; potássio sérico: 5,7 mg/dl. A urianálise evidenciava Hb +++, proteína +, 3 hemácias por campo e presença de cilindros granulares pigmentados. Qual a doença mais provável para justificar o quadro clínico e laboratorial?
- A) Glomerulonefrite pós-infecciosa.
 - B) Nefrite túbulo-intersticial aguda.
 - C) Insuficiência renal aguda pré-renal.
 - D) Insuficiência renal aguda por rabdomiólise.

13. Homem, 23 anos, foi hospitalizado com história de artralgia, fadiga, prostração, mialgia, hiporexia e emagrecimento. Evoluiu com febre, insuficiência respiratória e necessidade de terapia intensiva (CTI). Tomografia de tórax evidenciou imagens compatíveis com hemorragia alveolar. O exame laboratorial inicial evidenciou; Cr 6,0 mg/dl; Ur 180 mg/dl; Na⁺ 138 mEq/L; K⁺ 4.0 mEq/L; C3 56 mg/dl (VR: 90 a 180mg/dl); C4 9 mg/dl (VR: 10 a 40mg/dl); virologia negativa, Fator reumatoide: não reagente, EAS: hemoglobina +4, proteína +3, leucócitos 15 /campo. hemácias 20/campo com 7% de acantócitos. Realizada biópsia renal que evidenciou 11 glomérulos em condições de estudo sendo um globalmente esclerosado, 3 nos padrões da normalidade, 4 com proliferação endocapilar, 7 com crescentes celulares e 7 glomérulos com depósitos em alças capilares. Soro anti-IgG, anti-IgM, anti-C3, anti-lâmbda, anti-kappa e anti-C1q positivos fortes (+++) em mesângio e alças, global e difuso. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?
- A) Crioglobulinemia mista.
B) Síndrome de Goodpasture.
C) Lúpus Eritematoso sistêmico.
D) Granulomatose com poliangiíte granulomatosa.

14. Paciente feminina, 65 anos, internada há 14 dias após episódio de AVC isquêmico. Evoluindo com hemiplegia esquerda, com disfagia e baixa aceitação de dieta. Peso atual de 77Kg (perda de 6kg desde a admissão). Atualmente encontra-se dependente para higiene, em uso de fraldas de forma contínua e restrita ao leito. Ao exame de pele, notou-se hiperemia em região trocântérica que não empalidece quando pressionada, sem calor local, e com pele íntegra (foto abaixo). Exames mostram Hb: 9,6g/dL. Ht: 29,5% GB: 5650/ μ l (diferencial sem alterações). PLQ: 338000/ μ l PCR: 0,1mg/dL. Cr: 1,0mg/dL. Alb: 3,2g/dL. LEGENDA: Hb: hemoglobina; Ht: hematócrito; GB: glóbulos brancos; PLQ: plaquetas; PCR: proteína C reativa; Cr: creatinina; Alb: albumina.



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

- Qual o estadiamento da lesão detectada e quais medidas podem prevenir sua piora e o surgimento de novas lesões?
- A) Estágio 1 – antibioticoterapia, suplementação nutricional e mudança de decúbito.
B) Estágio 1 – vigilância com escala de Braden, suplementação nutricional e mudança de decúbito.
C) Estágio 2 – antibioticoterapia, mudança de decúbito e hidratação da pele.
D) Estágio 2 – vigilância com escala de Braden, papaína na região afetada e suplementação nutricional.
15. Homem de 60 anos, com diagnóstico de gota tofácea crônica, em uso de alopurinol 100 mg/dia, chega à emergência com quadro de dor de início súbito, de forte intensidade, em joelho esquerdo. Nega febre ou outras queixas. Hipertenso em uso de losartana 100 mg/dia, dislipidêmico em uso de atorvastatina 20 mg/dia e uso de furosemida 20 mg/dia devido à insuficiência cardíaca. Essa é a terceira visita à emergência dentro do último ano por quadro semelhante. Ao exame: PA: 130 x 80 mmHg Ausculta cardiopulmonar: normal presença de calor e rubor em joelho esquerdo. Exames laboratoriais: Hemograma: normal Taxa de filtração glomerular: 25 ml/min, Ácido úrico: 7.8 mg/dl, VHS: 37 mm. Qual a melhor conduta nesse momento?
- A) Infiltrar articulação com corticoide e manter alopurinol.
B) Iniciar corticoide oral e aumentar dose de alopurinol.
C) Iniciar anti-inflamatório e suspender o alopurinol.
D) Iniciar colchicina e manter alopurinol.

16. Homem de 78 anos, portador de carcinoma urotelial de bexiga, é admitido na emergência com quadro de constipação, distensão abdominal, náuseas, vômitos, poliúria e confusão mental de início há 4 dias. Qual o mecanismo fisiopatológico mais provavelmente responsável pelo quadro clínico desse doente?
- Secreção ectópica de PTH intacto.
 - Produção de PTHrp pelas células tumorais.
 - Conversão da 25-OH-vitamina D em 1,25-OH-vitamina D.
 - Liberação de cálcio ósseo pela presença de lesões osteolíticas.
17. Paciente masculino, 70 anos, portador de HAS e DM, comparece à consulta inicial de seguimento em serviço de referência. Apresenta-se bem, sem queixas. Relata internação por pneumonia há 7 meses e há 4 meses apresentou herpes zoster em dorso, que não deixou sequelas. Mostra exames de bioquímica sem maiores alterações e os seguintes exames sorológicos: anti-HIV, VDRL, anti-HCV e HBsAg não reagentes; antiHBc reagente e anti-HBs reagente. Carteira vacinal aponta reforço de dupla adulto administrada há 2 anos. LEGENDA: VPC 13: vacina anti-pneumocócica 13 valente; VPC 23: vacina anti-pneumocócica 23 valente. Além do uso de vacina para influenza anualmente, qual o esquema de imunização adequado a ser prescrito?
- VPC 13 agora, VPC 23 em 6 meses e herpes zoster em 8 meses.
 - VPC 13 agora e VPC 23 em 6 meses, herpes zoster em 6 meses.
 - hepatite B (3 doses - início agora), VPC 23 agora, VPC 13 em 6 meses.
 - hepatite B (3 doses - início agora), VPC 13 agora, VPC 23 em 6 meses.
18. Paciente sexo feminino, 39 anos, iniciou febre há 10 dias e há 7 dias vem relatando náuseas, vômitos, edema de membros inferiores e oligúria. Há 3 dias, evoluiu com dispneia súbita e dor torácica evoluindo com dor e cianose em dedos das mãos e pés procurando a emergência. Ao exame: PA: 150x90mmHg FC: 110bpm SatO₂: 91% Hipocorada ++/+4 Necrose em dois pododáctilos. ACP: normal Edema de MMII ++/+4 Ausência de pulsos em região dorsal dos pés. Exames laboratoriais: Hb: 9,7mg/dl com reticulócitos normais (0,3%) Leucócitos: 9.700/uL Plaquetas: 80.000uL TPTA: 32,9 segundos (controle: 25,8 s) TGO: 40U/l TGP: 37U/l Ur: 138 mg/dl Cr: 3,1mg/dl Na: 130 mEq/l K: 5,0 M mEq/l Sumário de urina: Proteína ++ Hemoglobina ++ Proteinúria 24H: 1.02g Anticardiolipina IGG: 80GPL U/ml IGM: 12MPL/ml Presença de esquizócitos em sangue periférico. AngioCT: Sinal do halo invertido em lobo inferior do pulmão direito com falha de enchimento em ramo segmentar de artéria pulmonar direita; Biópsia renal: Sugestiva de microangiopatia trombótica. Diante do quadro clínico, qual o tratamento inicial mais adequado?
- Corticoide, heparina, plasmaférese.
 - Ciclofosfamida, heparina, corticoide.
 - Rituximabe, heparina, imunoglobulina.
 - Micofenolato de mofetil, heparina, imunoglobulina.
19. Homem, 32 anos, sem comorbidade prévia, evolui há 12 horas com dor tipo cólica em hipocôndrio direito, febre e calafrios. Chega à UPA sonolento, FC 120bpm, PA 80 x 40 mmHg, FR 27irpm, tempo de enchimento capilar (TEC) 4 segundos, ausculta cardiopulmonar sem alterações, e abdômen flácido, doloroso em HD, Murphy positivo, RHA diminuídos. Exames iniciais revelaram Hb 12,1 g/dL Htc 37,4% Leucócitos 22.800/mm³ (10% bastões, 70% neutrófilos) Plaquetas 210.000/ mm³, Lactato 4,2 mmol/L, Ureia 62 mg/dL Creatinina 1,5 mg/dL. Qual a melhor conduta imediata a ser adotada?
- Ressuscitação volêmica com cristaloides (30ml/kg em 3 horas), e após estabilização encaminhar para cirurgia.
 - Ressuscitação volêmica com cristaloides (30ml/kg em 3 horas), obter hemoculturas, iniciar ampicilina-sulbactam.
 - Ressuscitação volêmica com cristaloides (30ml/Kg na primeira hora), obter hemoculturas e iniciar ceftriaxona e metronidazol.
 - Ressuscitação volêmica com cristaloides (30 ml/Kg na primeira hora), obter hemocultura, e encaminhar para cirurgia imediatamente.
20. Homem de 73 anos, internado em Unidade de Terapia Intensiva há 2 meses por pneumonia grave e uso de antibióticos de amplo espectro, passou a apresentar diarreia volumosa com cerca de 12 episódios por dia, presença de sangue e muco nas fezes, febre alta, hipotensão refratária a volume, leucocitose e hiperlactatemia nos últimos dois dias. Qual o exame complementar de escolha para confirmação diagnóstica?
- Coprocultura.
 - Colonoscopia.
 - Pesquisa de toxina A e B nas fezes.
 - Pesquisa do antígeno GDH nas fezes.

21. Homem, 67 anos, cardiopata (classe funcional I), em uso de AAS e clopidogrel por ter colocado dois “stents” farmacológicos há cerca de 3 meses, apresenta há 4 dias febre elevada, cefaleia, dor retroorbitária e mialgia intensa. Há 2 dias houve aparecimento de rash cutâneo eritematoso difuso e dor abdominal intensa. Chega à UPA, consciente, orientado, desidratado, afebril (Tax 36.7C), PA= 90 x 60 mmHg, TEC > 3 segundos, FR 24 irmp, FC 110 bpm, AP: MVU sem ruídos adventícios, AC: BCNF, RCR, 2T, sem sopros, Abdome flácido, doloroso difusamente à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Exames revelaram: Hb= 17,1 g/dL Htc= 52,4% Leucócitos 2.300 /mm³ Plaquetas 45.000/mm³ Ureia 56 mg/dL Creatinina 1,2mg/dL TGO 122 U/L TGP 105 U/L albumina 3,1 g/dL. Qual a conduta a ser tomada?
- A) Hidratação oral, novo hemograma com 24h e manter medicações.
B) Hidratação endovenosa (20 ml/kg em 20 minutos), manter o AAS e clopidogrel.
C) Hidratação endovenosa (20ml/kg na primeira hora), manter somente o clopidogrel.
D) Hidratação endovenosa (10 ml/kg na primeira hora), suspender o AAS e clopidogrel.
22. Adolescente de 16 anos deu entrada no Setor de Emergência com quadro de cefaleia, vômitos e febre de início há cerca de 24 horas. Realizou tomografia computadorizada (TC) de crânio na admissão tendo o resultado sido considerado normal. Em seguida, foi submetido a punção lombar que revelou pressão de abertura de 19 cmH₂O. Na análise do líquido cefalorraquidiano foram observadas 538 células/mm³ (68% de neutrófilos, 20% de linfócitos e 12% de monócitos), glicose de 14mg/dL e proteína de 358mg/dL. Não foram visualizadas bactérias pela coloração de Gram. Foi iniciado tratamento empírico com ceftriaxona 2g intravenoso de 12/12h. Após 48 horas do internamento, paciente evolui com sonolência, hipertensão e bradicardia. Ao exame do fundo de olho foi visualizado papiledema e uma nova TC de crânio foi realizada revelando a imagem abaixo.

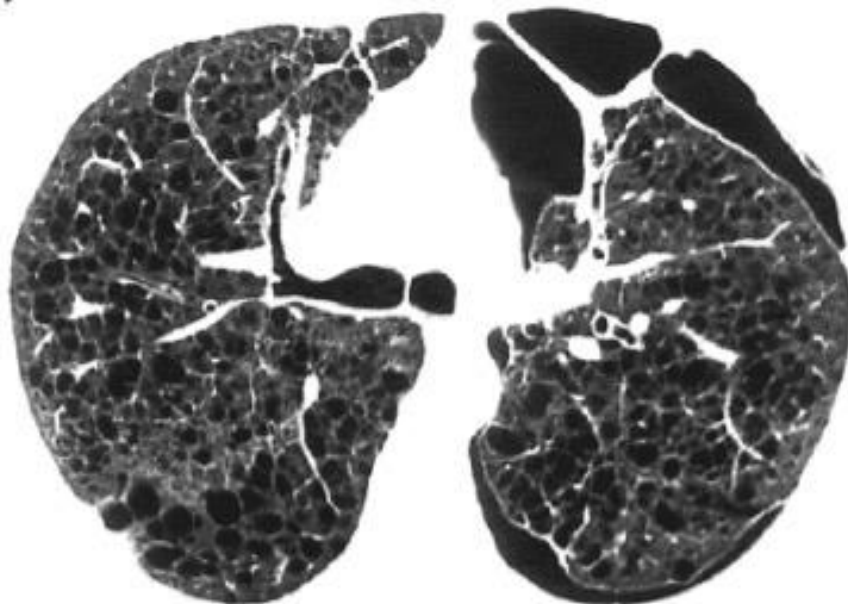


- Além da entubação, qual a conduta mais adequada?
- A) Iniciar sedação contínua e introduzir manitol intravenoso de horário.
B) Iniciar sedação contínua e ampliar esquema para Meropenem e Vancomicina.
C) Administrar manitol intravenoso em bolus e indicar drenagem ventricular de emergência.
D) Ampliar antibioticoterapia para esquema com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.
23. Homem de 59 anos é admitido no Pronto-Socorro com cefaleia intensa, vômitos e desorientação há duas horas. É hipertenso de longa data em uso irregular da medicação anti-hipertensiva. Ao exame físico, observa-se PA 220 x 130 mmHg, FC 96 bpm. Ausculta cardíaca: RCR, 3T, B4, sem sopros. Ausculta pulmonar sem anormalidades. Os pulsos são palpáveis e simétricos. Não foi possível a realização do exame de fundo de olho pela agitação psicomotora apresentada pelo paciente. No ECG realizado, observa-se critérios de sobrecarga ventricular esquerda. Qual a melhor recomendação terapêutica para reduzir de modo seguro a pressão arterial do paciente?
- A) Captopril sublingual para atingir PA de 140 x 90 mmHg em até 2 horas.
B) Nitroprussiato de sódio IV para atingir PA de 180 x 100 mmHg imediatamente.
C) Nitroprussiato de sódio IV para atingir PA de 160 x 110 mmHg em até 2 horas.
D) Captopril sublingual e Furosemida IV para atingir PA de 130 x 80 mmHg em 30 minutos.

24. Homem de 45 anos deu entrada na emergência com hematêmese associada a instabilidade hemodinâmica. Após estabilização do quadro, foi realizada endoscopia digestiva alta, que evidenciou úlcera duodenal Forrest Ia, sendo realizada terapia endoscópica local. Qual a conduta mais adequada nesse momento?
- A) Iniciar octreotide e manter durante 5 dias.
 - B) Administrar procinético e repetir a endoscopia no dia seguinte.
 - C) Dar alta hospitalar com omeprazol oral e retorno ambulatorial precoce.
 - D) Manter omeprazol endovenoso e monitorização por 48-72 horas antes da alta.
25. Mulher de 18 anos estava comendo caranguejo na praia quando apresentou urticária difusa, procurando a emergência. Ao ser avaliada pelo médico, apresentava queixa de dispneia com estridor laríngeo e hipotensão arterial sistêmica. Qual a conduta imediata?
- A) Adrenalina subcutânea + hidratação venosa.
 - B) Adrenalina intramuscular + hidratação venosa.
 - C) Adrenalina subcutânea + hidrocortisona endovenosa.
 - D) Adrenalina intramuscular + hidrocortisona endovenosa.
26. Homem de 65 anos, diabético tipo 2, em uso de metformina e glibenclamida previamente ao internamento atual, é admitido em Unidade de Terapia Intensiva devido a choque séptico de foco urinário. Encontra-se intubado, em uso de vasopressores, em dieta zero pela instabilidade hemodinâmica e com aporte de 100 gramas de glicose na hidratação venosa de manutenção. Glicemias aferidas nas últimas 24 horas: 240mg/dL - 310 mg/dL - 255mg/dL - 290mg/dL. Qual a melhor forma de conduzir a hiperglicemia desse paciente?
- A) Suspender a glicose da hidratação.
 - B) Reintroduzir os hipoglicemiantes orais.
 - C) Prescrever esquema móvel de insulino terapia subcutânea.
 - D) Iniciar insulina endovenosa em bomba de infusão contínua.
27. Homem de 54 anos, portador de cirrose hepática, foi admitido na emergência com quadro de hemorragia digestiva, evoluindo no dia seguinte com desconforto abdominal. Realizada paracentese, que evidenciou 462 polimorfonucleares por mm³ e bacterioscopia positiva para bacilos gram-negativos. Dentre as opções abaixo, qual a conduta mais adequada?
- A) Cefotaxima 2g EV de 8/8 horas por 5 dias.
 - B) Ceftriaxone 1g EV de 24/24 horas por 7 dias.
 - C) Metronidazol 500mg EV DE 8/8 horas por 10 dias.
 - D) Ciprofloxacino 400mg EV de 12/12 horas por 14 dias.
28. Homem, 40 anos, usuário de cocaína, procura atendimento com relato de dor intensa, edema e cianose intermitente em pododáctilos. Após 2 semanas, a cianose tornou-se fixa. Ao exame: estado geral regular, afebril, eupneico, PA: 150x90mmHg, cianose em 2º, 3º e 4º pododáctilos direitos e em 3º e 5º pododáctilos esquerdos. Exames evidenciaram Hb: 10g/dl, Leucócitos: 3.700mm³, plaquetas: 180.000 mm³, VHS: 35mm 1h, PCR: 5mg/dl, pANCA 1:80, FAN negativo, sumário de urina com hemácias dismórficas, proteinúria de 24h: 1,2g, Ur: 89mg/dl, Cr: 2,3mg/dl, C3: 56mg/dl. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual a conduta imediata além da suspensão da cocaína?
- A) Rituximabe.
 - B) Imunoglobulina.
 - C) Ciclofosfamida EV.
 - D) Pulso de metilprednisolona.
29. Homem de 24 anos foi trazido à emergência com quadro de convulsão tônico-clínica generalizada. Devido aos abalos motores, a equipe de enfermagem não conseguiu obter um acesso venoso, e o paciente continua com crise convulsiva. Qual a conduta mais adequada nesse momento?
- A) Diazepam subcutâneo.
 - B) Midazolam subcutâneo.
 - C) Diazepam intramuscular.
 - D) Midazolam intramuscular.

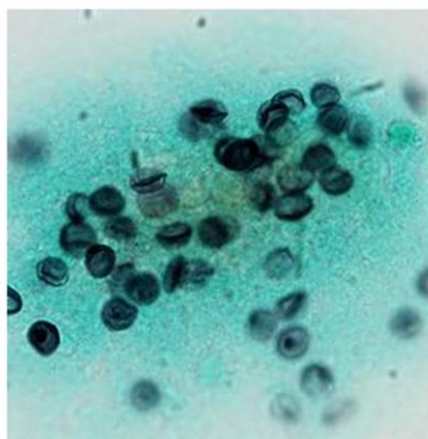
30. Mulher, 25 anos, 32 semanas de gestação, deu entrada na emergência com quadro de desvio de rima labial para a direita, recebendo alta com diagnóstico de paralisia de Bell e prescrição de corticoide via oral. Três dias retorna por apresentar fraqueza nos braços, seguida no mesmo dia de fraqueza nas pernas e dispneia. Paciente não consegue contar até 10 em um fôlego só e queixa de piora progressiva da dispneia. Ao exame, é constatada tetraparesia com reflexos abolidos nos 4 membros, paralisia facial bilateral, disфонia com reflexo nauseoso abolido bilateralmente. Gasometria mostra hipercapnia com saturação e PaO₂ normais. TC de crânio é normal. LCR apresenta 3 células (100% linfócitos) e proteína 96 mg/dL. Além de solicitar a eletroneuromiografia, qual a conduta recomendada neste momento?
- A) Ventilação não-invasiva e realização de plasmaférese.
 - B) Ventilação não-invasiva e administração de aciclovir IV
 - C) Intubação orotraqueal e administração de imunoglobulina IV.
 - D) Intubação orotraqueal e aguardar eletroneuromiografia para definição terapêutica.
31. Mulher de 23 anos é atendida no pronto-socorro após ter apresentado síncope durante missa dominical. Relata ter apresentado turvação visual e náuseas antes de perder a consciência. O episódio foi de curta duração e logo houve recuperação após adotar decúbito dorsal e fazer a elevação dos membros inferiores. A paciente relata que havia superlotação no local e que a temperatura estava muito elevada. Relata episódios semelhantes previamente. Nega comorbidades ou uso crônico de fármacos. Não havia anormalidades ao exame físico. Realizou ECG em repouso que evidenciava um distúrbio de condução pelo ramo direito. Qual a conduta mais adequada no momento?
- A) Implante de marcapasso cardíaco dupla-câmara.
 - B) Manobras isométricas de contrapressão de membros inferiores.
 - C) Farmacoterapia com fludrocortisona ou agentes vasoconstritores.
 - D) Tranquilização e expansão do volume plasmático com líquido e sal.
32. Mulher de 35 anos, diagnóstico recente de leucemia mieloide aguda, internada para a realização do primeiro ciclo de quimioterapia. No décimo segundo dia de tratamento, teve pico febril. Ao exame, a paciente se apresentava com bom estado geral e hemodinamicamente estável apesar da temperatura axilar de 38,5 ° C, sem sinais de mucosite nem foco infeccioso aparente. Neutrófilos 10 células por mm³. Foram colhidas hemoculturas. Qual a conduta mais apropriada para o caso?
- A) Administrar antitérmico e iniciar antibioticoterapia empírica endovenosa.
 - B) Administrar antitérmico e aguardar resultado de hemoculturas para iniciar tratamento guiado.
 - C) Não administrar antitérmico para não mascarar a febre e iniciar antibioticoterapia empírica endovenosa.
 - D) Não administrar antitérmico para não mascarar a febre e aguardar resultado de hemoculturas para iniciar tratamento guiado.
33. Paciente de 65 anos, com história de dispneia progressiva aos esforços há 1 ano. No momento apresenta-se com m-MRC (Escala de dispneia do Medical Research Council modificada) de 03, SpO₂: 96% em ar ambiente, ausculta cardiopulmonar normal e com edema de membros inferiores (2+/-4). Realizou ecocardiograma com fração de ejeção normal, sem valvulopatias e pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 55 mmHg. Posteriormente realizou cateterismo cardíaco direito cujos dados relevantes foram pressão média de artéria pulmonar de 26 mmHg, pressão atrial esquerda e de oclusão da artéria pulmonar elevadas e resistência vascular pulmonar normal. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a classe de drogas mais apropriada para alívio dos sintomas do paciente seria:
- A) Diurético de alça.
 - B) Antagonista da vitamina K.
 - C) Inibidor de fosfodiesterase-5.
 - D) Antagonista do receptor de endotelina.
34. Mulher de 35 anos, portadora de câncer de colo uterino localmente avançado, faz uso de analgésico potente cujo nome não sabe informar para controle de dor de forte intensidade. Evolui com sonolência, sendo levada à emergência. Ao exame, apresenta-se torporosa, bradipneica e com pupilas mióticas. Qual a conduta imediata?
- A) Atropina.
 - B) Naloxone.
 - C) Flumazenil.
 - D) Expansão volêmica.

35. Paciente feminina 40 anos, não tabagista, previamente hígida, dá entrada na emergência com dor torácica aguda à esquerda, intensa, que surgiu após esforço físico. Ao exame, apresenta dispneia leve, SpO₂ 96% em ar ambiente, murmúrio vesicular difusamente reduzido e sibilos expiratórios discretos. Como a radiografia de tórax foi inconclusiva, realizou tomografia cujo corte é mostrado na figura abaixo.



Considerando a hipótese mais provável, outro aspecto que poderia estar presente e ajudar no diagnóstico da doença de base seria:

- A) Candidíase esofágica.
 - B) Supuração pulmonar.
 - C) Lesões ósseas.
 - D) Ascite quilosa.
36. Jovem, 25 anos, HIV positivo, em abandono de tratamento, última contagem de linfócitos TCD4+ = 80 células/mm³ há cerca de um ano, chega à emergência com quadro de tosse seca, febre baixa intermitente e perda de peso de 3kg há um mês. Há 10 dias houve piora da tosse e aparecimento de dispneia aos mínimos esforços. Ao exame, apresenta-se consciente, orientado, taquipneico (FR 28 ipm), afebril, acianótica. PA = 120 X 80 mmHg, FC 110 bpm, AP: MVU sem ruídos adventícios, AC: BCNF, RCR, 2T, S/S, Abd inocente. Realizou Raio-x de tórax que evidenciou infiltrado intersticial perihilar; gasometria revelou: pH 7,35 pCO₂ 40 pO₂ 55 HCO₃ 32. Realizou coleta de escarro induzido, sendo realizado um teste para identificação do agente etiológico.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Diante do quadro clínico e do exame que definiu o diagnóstico (figura), qual o medicamento de escolha para o tratamento específico?

- A) Clindamicina com dapsona.
- B) Anfotericina B com fluconazol.
- C) Anfotericina B com 5-fluocitosina.
- D) Sulfametoxazol com trimetoprim.

37. Mulher de 38 anos comparece à emergência com quadro de dor em andar superior do abdome com irradiação para o dorso, náuseas e vômitos de início há 24 horas. Exame físico: Pressão arterial 150x90mmHg, FC 105, abdome doloroso em andar superior à palpação sem sinais de peritonite. Amilase 600UI/L Lipase 560UI/L Transaminases e enzimas canaliculares discretamente elevadas. Demais exames laboratoriais sem alterações. Ultrassom abdominal: colelitíase. Em relação à terapia nutricional da paciente, qual a conduta adequada?

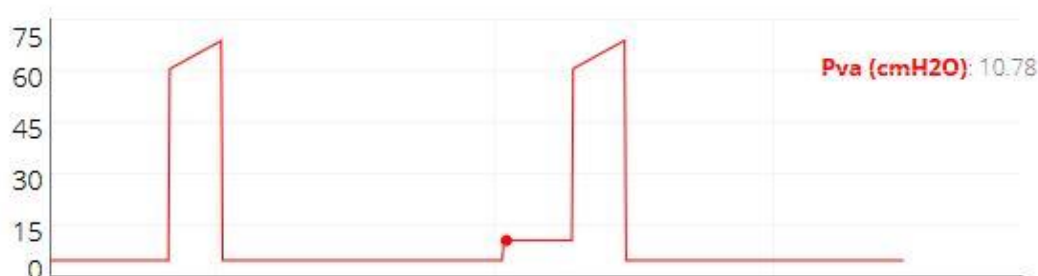
- A) Iniciar nutrição parenteral imediatamente.
- B) Manter dieta zero inicialmente e alimentar o mais precocemente possível.
- C) Aguardar normalização das enzimas pancreáticas para introdução da dieta.
- D) Deixar paciente de jejum por 7 dias seguido por reintrodução lenta da dieta oral.

38. Paciente masculino, 70 anos, com diagnóstico prévio de DPOC, evoluindo com dispneia intensa e tosse seca após exposição a queimadas na vizinhança há cerca de 48h. Deu entrada na emergência taquidispneico, alerta, lúcido, com retração da fúrcula esternal e ausculta respiratória com ronos e sibilos difusos bilaterais. Normotenso. FC: 101bpm. SpO₂: 87%. A radiografia de tórax exibia hiperinsuflação bilateral. Após otimização da terapia broncodilatadora, corticoterapia, oxigenioterapia com FiO₂ de 40% e sessão de 30 minutos de ventilação não invasiva bem adaptada, o paciente permanecia sem melhora clínica e a gasometria arterial mostrava pH: 7,24 PaCO₂: 70 mmHg PaO₂: 60 mmHg SaO₂: 90% HCO₃: 23 mEq/L Excesso de Base: 0. Neste momento, a abordagem terapêutica mais apropriada seria:

- A) Manter a ventilação não invasiva e reduzir a FiO₂.
- B) Prolongar a ventilação não invasiva e aumentar a FiO₂.
- C) Instituir a ventilação mecânica invasiva e manter a FiO₂.
- D) Instalar a oxigenioterapia nasal de alto fluxo e manter a FiO₂.

39. Você está avaliando um paciente com asma grave, de 60 anos, peso ideal 55kg, que está sob ventilação mecânica controlada a volume com volume corrente (VC) de 380ml, frequência respiratória de 10 irpm, Fluxo inspiratório de 60L/min, terapia broncodilatadora e anti-inflamatória otimizadas e que apresenta sibilos expiratórios prolongados e hipertransparência bilateral na radiografia de tórax. O gráfico da curva de pressão versus tempo do ventilador durante uma pausa expiratória é mostrado na figura abaixo.

LEGENDA DA FIGURA: Pva: Pressão nas vias aéreas durante a pausa expiratória.



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

Considerando a hipótese mais provável para a intercorrência atual do paciente, o ajuste mais adequado para reduzir o risco de dano ao parênquima pulmonar seria:

- A) Reduzir o volume corrente.
- B) Reduzir o fluxo inspiratório.
- C) Reduzir a pressão expiratória final.
- D) Reduzir a pressão de pico inspiratório.

40. Homem de 18 anos procura atendimento no Ambulatório de Clínica Médica com queixa de epistaxe bilateral, gengivorragia e manchas no corpo. Nega uso de medicamentos. Ao exame, apresenta petéquias e equimoses difusamente, sem outras alterações nem sinais que sugiram infecção. Realizou hemograma na urgência, que evidenciou contagem de plaquetas de 12.000/mm³ confirmada no citrato, sem outras citopenias e sem alterações no esfregaço de sangue periférico. Qual o tratamento de escolha nesse momento?

- A) Rituximab.
- B) Esplenectomia.
- C) Corticoterapia.
- D) Transfusão de plaquetas.