



**PROCESSO SELETIVO
RESIDÊNCIA MÉDICA 2021**

BOLETIM DE QUESTÕES

MEDICINA INTENSIVA

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

1. Este é o BOLETIM DE QUESTÕES da Prova, o qual contém 50 QUESTÕES OBJETIVAS.
2. Verifique se este BOLETIM está completo e se o mesmo corresponde ao programa de sua opção. Em caso de divergência, comunique imediatamente ao fiscal.
3. Além deste BOLETIM, você receberá o CARTÃO-RESPOSTA. Confira, cuidadosamente, o material recebido e, em caso de divergência, comunique imediatamente ao fiscal.
4. Não destaque qualquer folha do grampo. Não identifique, quer com seu nome, quer com seu número de inscrição ou de outra forma, qualquer folha destinada às suas respostas. Marque de forma legível, evitando rasuras. Use caneta esferográfica azul ou preta.
5. Para cada uma das QUESTÕES OBJETIVAS são apresentadas quatro alternativas, classificadas com as letras “A”, “B”, “C” e “D”. Só uma corresponde ao quesito proposto. Marque uma alternativa somente. A marcação de mais de uma anula a questão. As instruções para preenchimento do CARTÃO-RESPOSTA estão indicadas no mesmo. Observe a única maneira correta apresentada. Utilize caneta esferográfica azul ou preta.
6. Ao final da prova, dirija-se ao fiscal para entregar todo o material recebido: o BOLETIM DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA. A devolução do material é de sua inteira responsabilidade. Em seguida, assine a lista de frequência na linha correspondente ao seu nome.
7. O tempo total de prova é de 04 (quatro) horas.
8. Mantenha a calma e a tranquilidade.

BOA PROVA!

01) Paciente do sexo masculino, 67 anos, comparece à emergência com queixa de dor lombar de forte intensidade com irradiação para as pernas, bilateralmente, há 24 horas, associada à sensação de dormência em períneo. Tem apresentado ainda dificuldade para urinar nesse período. Já teve dor lombar outras vezes, mas nada comparado ao que está apresentando no momento. Diante deste quadro, a conduta a ser realizada é:

- A) Analgesia com corticoterapia, RX de coluna lombar e repouso.
- B) Analgesia com opioide, dexametasona e TC de coluna lombar.
- C) Analgesia, fisioterapia e TC de coluna lombar.
- D) Analgesia, RM de coluna lombar e avaliação urgente do ortopedista.

02) Sobre o manejo da hiperglicemia e diabetes no paciente hospitalizado, marque a alternativa correta:

- A) A manutenção de antidiabéticos deve ser avaliada criteriosamente quando da internação. A metformina é contraindicada para pacientes com infecção de qualquer sítio, pelo risco de acidose láctica, podendo ser mantida nos demais pacientes internados sem essa condição.
- B) Durante a reconciliação medicamentosa, o paciente que fazia uso da insulina degludeca em domicílio pode, caso não haja disponibilidade desta no serviço hospitalar, fazer uso da insulina NPH como substituta, pois ambas têm efeito de “insulinas basais”.
- C) Se houver hipoglicemia com rebaixamento do nível de consciência em ambiente hospitalar, a prioridade do tratamento deve ser com soro glicosado a 5%, podendo ser oferecidos 15 gramas de glicose por via oral, caso não haja melhora em 15 minutos.
- D) Nos pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, podem ser mantidas drogas antidiabéticas que comprovadamente tenham efeito na redução da retenção hídrica, como as gliflozinas (inibidores das SGLT-2) e as glitazonas (tiazolidinedionas).

03) Após atender três pacientes hipertensos, em uso regular de doses máximas de quatro anti-hipertensivos (dos quais um é diurético) e sem controle pressórico adequado, você avista a possibilidade de hipertensão secundária.

Paciente I: Masculino, 36 anos, com sopro abdominal, história prévia de edema de pulmão súbito e alteração da função renal.

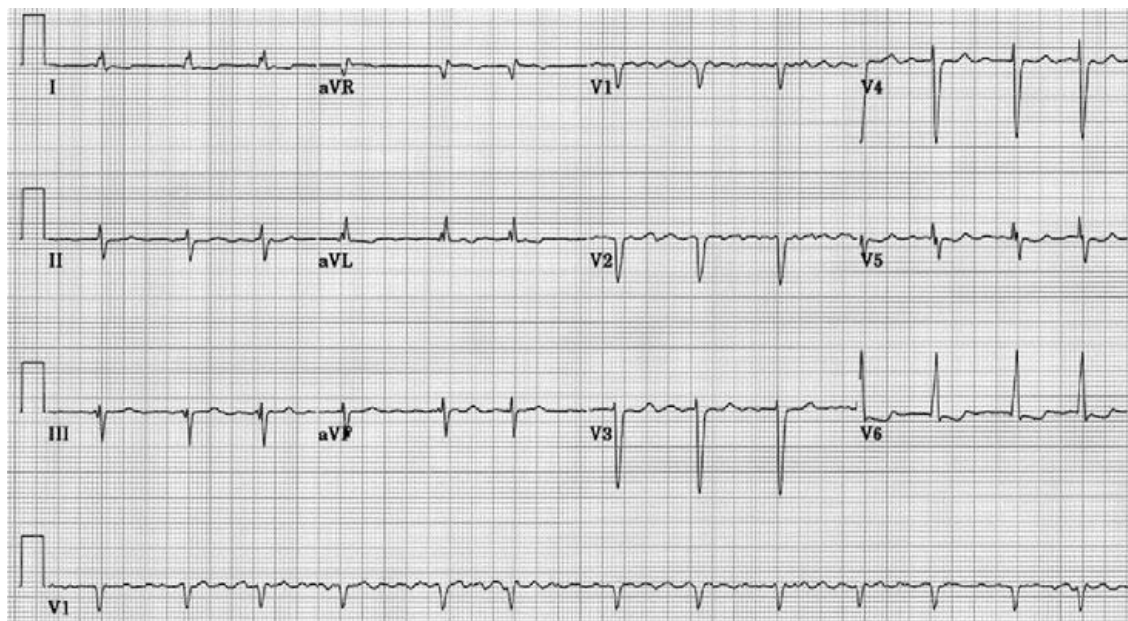
Paciente II: Feminino, 47 anos, com nódulo adrenal e hipopotassemia.

Paciente III: Feminino, 32 anos, com pulsos femorais de amplitude diminuída e pressão arterial diminuída em membros inferiores.

Tendo em vista os dados apresentados, marque a assertiva correta:

- A) O diagnóstico do paciente I será confirmado com a dosagem de metanefrinas plasmáticas livres e catecolaminas séricas.
- B) Uma hipótese para a paciente II é o hiperaldosteronismo primário e as dosagens de aldosterona e atividade de renina plasmática podem fazer parte do rastreamento diagnóstico.
- C) O paciente III provavelmente tem estenose de arterial renal e um ultrassom renal com doppler deve ser solicitado.
- D) Os pacientes I e II são suspeitos para síndrome de Cushing (adenoma produtor de ACTH) e a dosagem do cortisol basal é mandatória.

04) Paciente, sexo feminino, 56 anos, vem à consulta de rotina e traz o seguinte eletrocardiograma:



Para instituir a terapêutica adequada, é necessário:

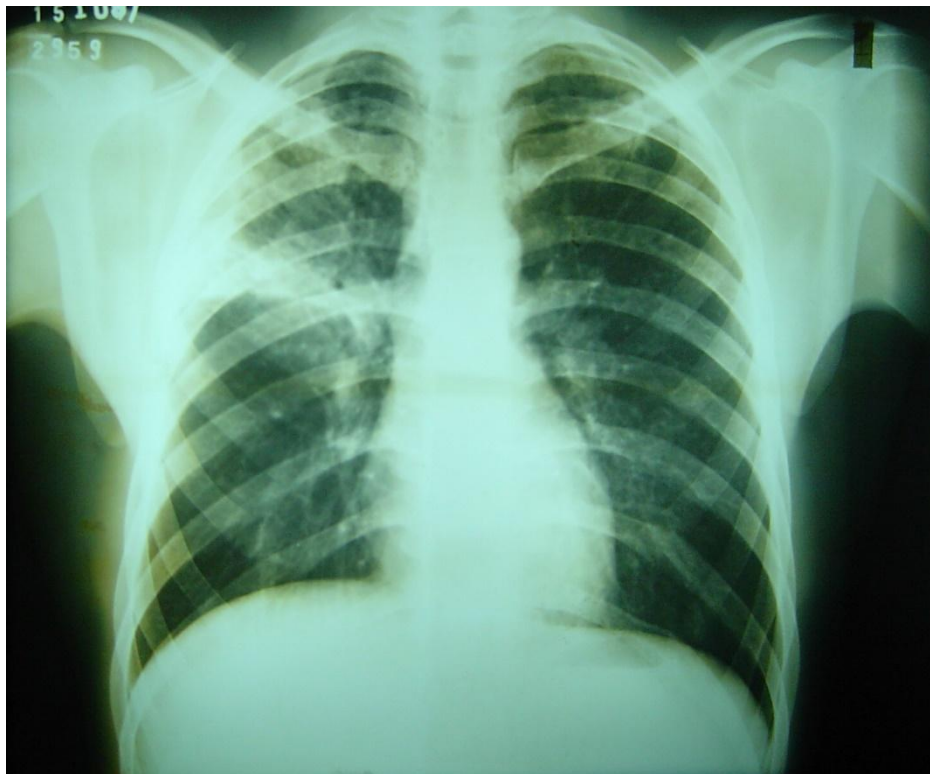
- A) Calcular o CHA2DS2-VASc e o HAS-BLED.
- B) Solicitar ecocardiograma transtorácico.
- C) Solicitar Cineangiocoronariografia.
- D) Instalar marcapasso transvenoso.

05) Paciente do sexo masculino, 56 anos, foi levado por familiares à emergência com quadro de dor precordial de forte intensidade iniciada há 2 horas. Faz tratamento para hipertensão arterial com Losartana 50 mg 2 vezes ao dia, diabetes em uso de metformina 850 mg/dia, e dislipidemia usando sinvastatina 20 mg/dia. É tabagista há 30 anos (1 maço ao dia). Na emergência, foi classificado como Killip I. Nesta unidade não há serviço de hemodinâmica. O eletrocardiograma mostrou supradesnivelamento do segmento ST de 2 mm nas derivações V1 a V6. Baseado no quadro e nessa condição, a conduta a ser realizada é:

- A) Solicitar enzimas cardíacas e seriar o eletrocardiograma para confirmar infarto agudo do miocárdio e encaminhar o paciente a hospital de referência cardíaca.
- B) Administrar AAS e heparina endovenosa e encaminhar a serviço com hemodinâmica independente do tempo de transporte do paciente.
- C) Administrar fibrinolítico, devido tempo já transcorrido dos sintomas, inviabilizando o transporte do paciente para serviço com hemodinâmica.
- D) Administrar fibrinolítico somente se o tempo de deslocamento para um hospital dotado de hemodinâmica disponível for superior a 2 horas.

06) MRS, 28 anos de idade, vem em consulta médica relatando tosse produtiva com expectoração purulenta há 07 dias, acompanhada de sensação febril e dor torácica anterior direita. Nega tabagismo e pneumopatias prévias, mas é hipertenso. Nega alergias medicamentosas. A irmã cita que ele vem apresentando tosse seca em torno de 30 dias. Exame físico: eupneico, regular estado geral, sem edemas. AC: RCR em 2T sem sopros, FC: 70bpm, PA: 110 x 80 mmHg e AP: roncos em ápice direito FR: 16ipm.

Realizou radiografia de tórax em PA abaixo:



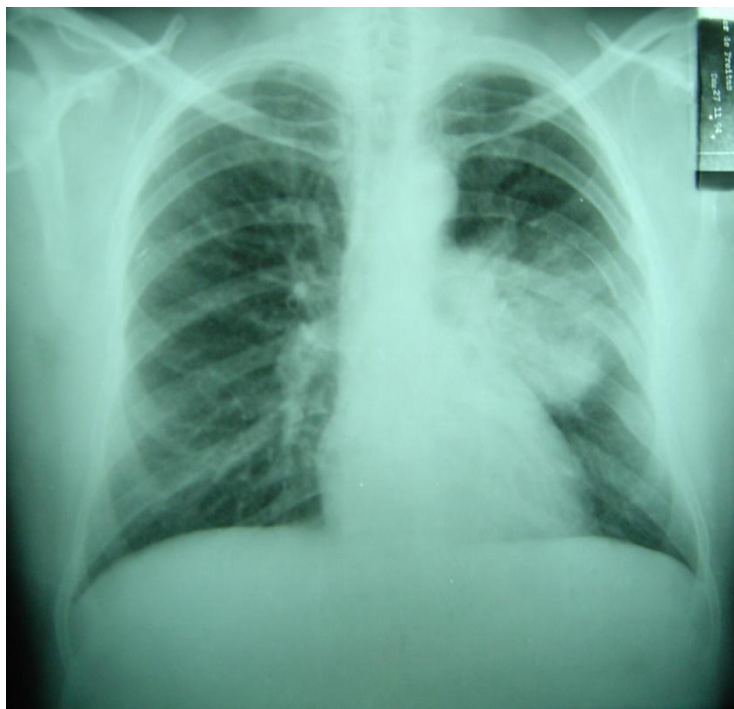
Acervo pessoal

A conduta mais adequada para o caso é:

- A) Deve ser diagnosticado como pneumonia adquirida na comunidade e iniciar azitromicina 500 mg/dia por 07 dias.
- B) Iniciar amoxicilina 500mg VO 8/8h e solicitar baciloscopia no escarro, sendo a primeira amostra colhida na consulta e outra na manhã seguinte.
- C) Na suspeita de tuberculose pulmonar, deve-se solicitar baciloscopia no escarro (02 amostras) e IGRA (Interferon Gamma Release Assay).
- D) Iniciar levofloxacino 500mg/dia por 07 dias, e solicitar tomografia computadorizada de tórax (alta resolução).

07) SNB, 56 anos de idade, há mais de 20 dias evolui com dor torácica anterior esquerda, tosse produtiva com expectoração branco amarelada, citando que antes expectorava secreção mucosa e em menor quantidade. É hipertenso. Não sabia informar sobre perda de peso, negava febre e hemoptoicos. Tabagista em torno de 30 anos, fumando em média 7 cigarros de porronca/dia. Ao exame físico: temperatura axilar: 36,9°C PA: 135 x 85 mmHg FC: 85bpm FR: 18ipm regular estado geral, eupneico, consciente e orientado, hidratado, sem edemas de membros inferiores, AP: MV rude diminuído globalmente com roncos difusos AC: RCR em 2T sem sopros abdome: plano, indolor, sem massas ou megalias.

Apresentava radiografia de tórax em PA abaixo:



Acervo pessoal

Sobre o caso é correto afirmar:

- A) Prescrever amoxicilina 875mg 12/12h VO por 14 dias e reavaliar após completar esquema de antibiótico.
- B) Iniciar ciprofloxacino 500mg 12/12h VO por 10 dias e solicitar broncoscopia com lavado brônquico.
- C) Por apresentar CRB-65: 0 não necessita internação e deve iniciar claritromicina 500mg VO 12/12h por 07 dias.
- D) Prescrever amoxicilina+clavulanato 500mg/125mg VO 8/8h por 07 dias com prednisona 20mg VO 05 dias e solicitar tomografia computadorizada de tórax.

08) KBR, 70 anos de idade, vem para atendimento médico trazido por familiares que informaram que o paciente evolui há dois dias com hiporexia e astenia, acompanhadas de tosse, porém não consegue expectorar. Hoje não quis levantar-se da cama nem aceitou alimentação. Negam DM e HAS, mas a filha cita que o pai tem coração grande, mas não sabe quais os medicamentos que utiliza. É ex-tabagista, parou em torno de 10 anos, fumava cigarro comum e porronca, não sabem precisar a quantidade. Ao exame físico: regular estado geral, sonolento, dispneico (+/4+), acianótico, afebril, normocorado, desidratado (+/4+), edema maleolar (+/4+) AC: ritmo cardíaco irregular sugestivo de fibrilação atrial FC: 90bpm PA: 100 x 60mmHg AP: MV diminuído em ambos hemitórax, com roncos e crepitações finas bibasais, oximetria de pulso: 94% FR: 26ipm abdome: nada digno de nota. Sobre o caso, é correto afirmar:

- A) Necessita internação com reidratação EV vigorosa e realização de tomografia computadorizada do tórax, hemograma, sódio, potássio, urina EAS.
- B) Colher laboratório, realizar radiografia de tórax e reidratação EV. Após coleta de hemocultura e urocultura, iniciar antibioticoterapia EV, internar.
- C) Solicitar radiografia de tórax, hemograma, sódio, potássio, urina EAS. Iniciar reidratação oral e prescrever amoxicilina com azitromicina VO.
- D) Internar, reidratação EV e solicitar inicialmente hemograma, sódio, potássio, urina EAS, ureia, creatinina e tomografia computadorizada de crânio.

09) O tratamento para o HIV vem evoluindo continuamente e, nos últimos anos, houve uma mudança no olhar sobre a prevenção. Atualmente, é possível oferecer mais alternativas – cientificamente eficazes – em relação à única opção disponível até pouco tempo atrás: o preservativo. O Ministério da Saúde elaborou a mandala de Prevenção Combinada que associa diferentes métodos de prevenção ao HIV, às IST e às hepatites virais (ao mesmo tempo ou em sequência), conforme as características e o momento de vida de cada pessoa.



Fonte: Ministério da Saúde

Dentro da Prevenção Combinada, recomenda-se:

- A) A identificação de populações chaves que incluem homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, população de rua, pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo, negros, jovens e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.
- B) A PEP – profilaxia pós-exposição, é recomendada em casos de violência sexual ou acidente perfuro-cortante, pode ser iniciada até 1 semana após a exposição e deve ser mantida por 3 meses contínuos.
- C) A PrEP – profilaxia pré-exposição, está indicada apenas para casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV e para profissionais do sexo que têm alto risco de infecção.
- D) O tratamento como prevenção para todos os indivíduos vivendo com HIV, que apresentem a carga viral acima de 10.000 cópias/mm³ ou contagem de linfócito CD4+ < 500 cel/dL.

10) Paciente do sexo feminino, 32 anos, procurou clínico para iniciar tratamento para perda de peso. Tem Circunferência abdominal de 92 cm e IMC de 33. Sem história de hipertensão e diabetes ou outra morbidade. Nos exames iniciais, seu médico observou AST: 151 e ALT: 126 e alteração de todo o perfil lipídico. Prosseguiu com a investigação, solicitando a sorologia para as hepatites virais com o seguinte achado:

HBsAg: positivo	Anti-HBs: negativo
Anti-HBc IgM: positivo	Anti-HCV: negativo
Anti-HBc IgG: negativo	Anti-HAV IgM negativo e IgG positivo

Este perfil sorológico nos permite chegar a que conclusão?

- A) Paciente teve contato com hepatite A e B e deve aguardar positividade subsequente do Anti-HBs, que ocorrerá em 30 dias.
- B) Paciente tem hepatite B crônica, estado de portador assintomático e já curou de hepatite A. Encaminhar a serviço de referência.
- C) Paciente está fazendo resposta vacinal ao vírus B. Teve contato com vírus A. O aumento das transaminases pode estar associado a quadros de síndrome metabólica, como a esteatohepatite.
- D) Paciente tem hepatite B aguda e A curada. Repetir exames com 15 dias, depois mensal para acompanhar status sorológico e função hepática.

11) Frente a um exame de urocultura que demonstrou crescimento bacteriano (E. coli, > 1.000.000 UFC/ml), considere os seguintes pacientes para tratamento medicamentoso (todos assintomáticos do ponto de vista de sintomas de infecção do trato urinário):

- 1) Clara: 23 anos, hígida, gestante com 8 semanas de idade gestacional.
- 2) Pedro: 65 anos, diabético tipo 2 em uso de insulina NPH e regular.
- 3) Severino: 58 anos, em pré-operatório de ressecção transuretral da próstata.
- 4) Nazaré: 60 anos, hipertensa e portadora de artrose e fibromialgia.

Com base nas recentes evidências científicas, para qual/is paciente/s você deveria instituir tratamento antimicrobiano para bacteriúria assintomática?

- A) Pedro e Nazaré.
- B) Clara e Pedro.
- C) Clara e Severino.
- D) Todos os pacientes citados.

12) Os antibióticos estão entre os medicamentos mais frequentemente prescritos na Medicina moderna. As boas práticas em antibioticoterapia perpassam pelo reconhecimento das indicações e dos efeitos colaterais de cada classe de drogas.

Relacione os antibióticos e seus possíveis efeitos colaterais e numere corretamente a coluna que apresenta a melhor associação:

- | | |
|--------------------|----------------------------------|
| 1. Ciprofloxacino. | () Síndrome do "Homem Vermelho" |
| 2. Imipenem. | () Ototoxicidade |
| 3. Vancomicina. | () Ruptura de tendão; tendinite |
| 4. Amicacina. | () Crises convulsivas |

A) 4 - 3 - 1 - 2.

B) 3 - 4 - 2 - 1.

C) 1 - 2 - 3 - 4.

D) 3 - 4 - 1 - 2.

13) D.B., 32 anos, sexo masculino, relata que há 3 dias está apresentando febre (T: 38,9°C) contínua, acompanhada de calafrio e sudorese profusa, principalmente à noite, que remite ao uso de dipirona, mas retorna antes do horário da próxima dose. Ontem, notou aparecimento de exantema em face e terço superior do tronco. Refere odinofagia, mialgia intensa e dor articular. Relata, ainda, astenia importante desde o início do quadro, assim como redução do apetite. Resolveu buscar atendimento devido piora do estado geral. Nega quadro semelhante com familiares ou vizinhos.

Sobre o caso, avalie as assertivas a seguir:

- I. O exantema da dengue costuma surgir após a remissão da febre.
- II. Caso apresente tosse, coriza e conjuntivite, o sarampo é uma forte hipótese diagnóstica.
- III. No Chikungunya, o exantema atinge principalmente o tronco e extremidades, incluindo plantas e palmas.
- IV. A síndrome retroviral aguda deve ser considerada se houver relação sexual desprotegida nos últimos meses.

Estão corretas:

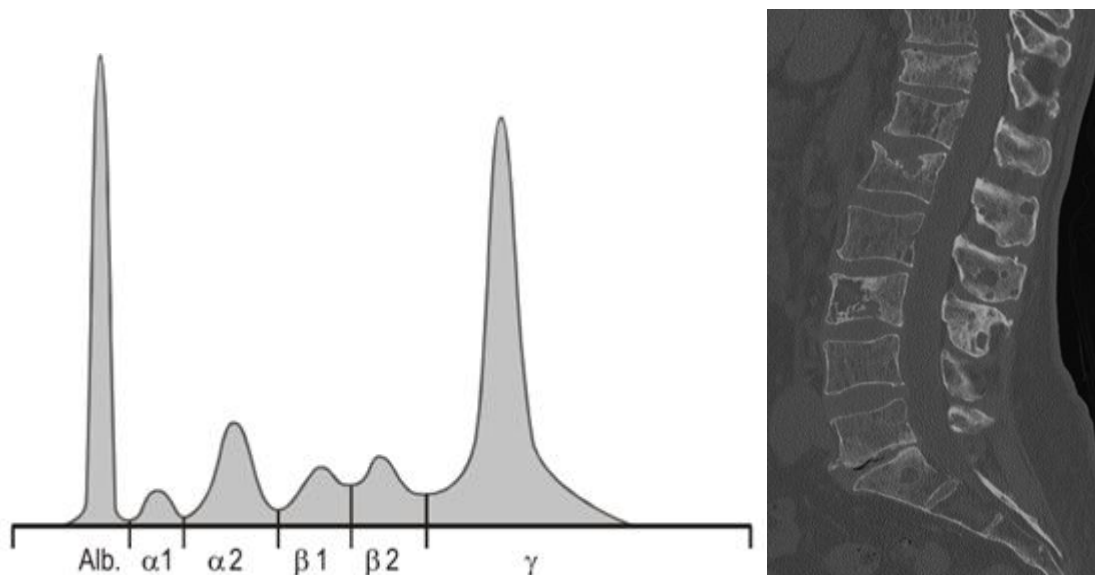
A) I, II, III e IV.

B) Apenas I e III.

C) Apenas II, III e IV.

D) Apenas II.

14) Paciente masculino, 65 anos, lavrador, procedente do município de Castanhal/PA, apresenta há 3 meses, quadro de dor intensa em coluna lombar, não responsiva à analgesia simples, associada à perda ponderal de 6 kg neste íterim. Após quadro de tosse produtiva, febre e de gengivorragia iniciada na última semana, foi internado na enfermaria de Clínica Médica para investigação diagnóstica. Na admissão, além de outros achados, foram detectados, ao exame físico, palidez cutâneo-mucosa, hepatomegalia e, na avaliação laboratorial, aumento agudo de escórias nitrogenadas e hipercalcemia. A eletroforese de proteínas séricas e a tomografia computadorizada de coluna lombosacra demonstrou os seguintes achados:



(Case cortesia do Prof. Assoc. Frank Gaillard, Radiopaedia.org, rID: 7682)

Qual a principal hipótese diagnóstica para o caso?

- A) Mieloma múltiplo.
- B) Leishmaniose visceral.
- C) Hiperparatireoidismo primário.
- D) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.

15) Paciente do sexo masculino, 67 anos, procura pronto atendimento por apresentar cansaço a esforços como subir as escadas em casa e tosse produtiva há 5 dias. Há 10 dias foi submetido à cirurgia de catarata. Relata que sempre tem tosse, mas com piora nos últimos dias e já trata com pneumologia por doença obstrutiva crônica, fazendo uso de bombinha que não recorda o nome. Tem hipertensão arterial em uso de Anlodipino 10 mg ao dia. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, afebril, com aumento de frequência respiratória e cardíaca, sem alteração em ausculta cardíaca, porém com estertores crepitantes em bases. Saturação de O₂ em ar ambiente, oscilando entre 94-95%, PA: 190 x 100 mmHg. Ao internar este paciente, a medida a ser feita para aplicar a profilaxia para tromboembolismo venoso é:

- A) Melhorar saturação de oxigênio e pressão arterial.
- B) Melhorar a tosse e a pressão arterial.
- C) Suspender bombinha e avaliar plaquetas no hemograma.
- D) Melhorar a saturação de oxigênio e normalizar frequência cardíaca.

16) Mulher, 35 anos, relata que há 4 meses vem referindo cefaleia recorrente, holocraniana, dor de intensidade 7/10, associada a fotofobia, que alivia ao uso de dorflex®. Relata que os episódios se tornaram mais recorrentes durante a pandemia da Covid-19. Associado a isso, relata dor lombar de caráter mecânico, com queixa de edema generalizado, não observado ao exame físico. Durante interrogatório complementar, relata estresse excessivo, choro imotivado, sentimento de culpa, pensamentos relacionados à morte, além de sono não reparador. Exame físico sem alterações. Quanto ao manejo da paciente, deve-se:

- A) aumentar a dose do analgésico simples e associar a relaxante mais potente.
- B) prescrever um AINE, associado a um relaxante muscular mais potente.
- C) deixar um opióide fraco para as crises de cefaleia ou dor lombar.
- D) Iniciar um anti-depressivo e encaminhá-la para psicoterapia.

17) Texto: Paciente de 45 anos, pardo, vem ao ambulatório com histórico de AVE isquêmicos de repetição desde os 38 anos. Relata que os únicos exames que realizou para investigação dos eventos foram tomografias de crânio. Atualmente tem algumas sequelas motoras em reabilitação com a fisioterapia. É hipertenso em uso de losartana 50mg de 12/12h e Hidroclorotiazida 25mg/dia. A pressão arterial no momento da consulta é 140x90mmHg. FC:88bpm. Ausculta cardiopulmonar normal no momento da consulta. Sobre este paciente, é correto afirmar que:

- A) O AAS 100mg, como prevenção secundária, deve ser iniciado após descartar causas trombóticas.
- B) A provável causa dos eventos é a hipertensão arterial primária, devem-se ajustar os anti-hipertensivos.
- C) É preciso investigação etiológica mais detalhada para definir a melhor forma de prevenção secundária.
- D) Ele deveria estar em uso de estatina de alta potência, associada a clopidogrel, independente da etiologia.

18) Homem, 28 anos, chega ao serviço de Urgência com quadro de cefaleia há 2 dias, constante, associado à febre (temperatura axilar = 38.6 °C). Relata que há alguns dias apresentou odinofagia, associada à rinossinusite e alguns episódios de diarreia. Não apresenta sinais neurológicos focais. Ao exame físico, nota-se rigidez de nuca. Apresenta PA:100x70mmHg, FC:102bpm FR:20irpm. Perfusão periférica adequada. Exame do líquido:

Características	Resultados	Valores de referência
Aspecto	Límpido	Límpido
Cor	Opalescente	Incolor, cristalino ("água de rocha")
Cloretos	715	680 a 750mEq/L
Glicose	82	45 a 100mg/dL
Proteínas totais	52	15 a 50mg/dL
Globulinas	Negativa	Negativa
Leucócitos	52 neutrófilos 94 linfócitos	0 a 5 cél/mm ³

Diante deste quadro o patógeno mais provável é:

- A) M.tuberculosis, devendo ser tratado com RHZE por 12 meses.
- B) S.pneumoniae, devendo ser tratado com Ceftriaxona 4g/dia
- C) N. meningitidis, devendo ser tratado com Penicilina G benzatina 2.4M UI
- D) Viral, devendo ser internado para observação e medidas de suporte.

19) Idosa, 65 anos, é trazida à urgência devido quadro de “convulsão”. Familiares descrevem um episódio de perda da consciência associada a abalos tônico-clônicos em casa. Nega episódios prévios semelhantes. Familiares negam febre, tosse ou outros sintomas prévios e referem apenas que a paciente vinha apresentando-se um pouco mais sonolenta. Sem histórico de trauma recente. No Pronto-socorro, a paciente apresentava escala de Glasgow de 14 pontos, apenas desorientada, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits focais. Ausculta cardiopulmonar normal. Perfusão periférica adequada, SatO₂:96% em ar ambiente, PA:110x70mmHg, FC:88bpm, FR:18irpm. Glicemia capilar: 115. Realizada TC de crânio normal. Dentre as condutas iniciais que devem ser tomadas para o manejo do caso está:

- A) Investigar distúrbios do sódio e infecções.
- B) Trombolizar, caso não tenha contra-indicação.
- C) Realizar punção do líquido cefalorraquidiano.
- D) Proceder hidantalização para evitar novas crises.

20) Homem de 55 anos é internado para limpeza cirúrgica de pé diabético infectado. Devido ao seu quadro, estava restrito ao leito. Após o procedimento, evoluiu com sangramento importante no local da cirurgia. O débito urinário quantificado estava em torno de 700ml nas últimas 12 horas. O preceptor do caso, preocupado, perguntou ao residente como estava a função renal do paciente. O residente, muito tranquilo, respondeu que o valor da creatinina sérica era de 1,0mg/dL.

Baseado na situação relatada, é correto afirmar que:

- A) O preceptor deveria ficar tranquilo, pois a creatinina estava dentro do valor de referência e o débito urinário estava normal.
- B) O residente tem razão para ficar tranquilo, pois injúria renal aguda só é caracterizada a partir de creatinina maior que 1,5mg/dL.
- C) O paciente em questão tem fator de risco apenas para injúria renal aguda de origem renal, pelo próprio diabetes.
- D) Para ficar realmente tranquilo, o residente precisaria comparar a creatinina atual com o valor basal do paciente, além de quantificar o débito urinário por Kg/h.

21) Maria Lúcia, 61 anos, é portadora de diabetes há 7 anos. Faz uso irregular de Glicazida MR 60 mg/d e Metformina 1500 mg/d. Na última visita médica, há 6 meses, apresentava creatinina 1,2 mg/dL. Na consulta atual, apresenta PA: 128x86 mmHg, IMC: 30 kg/m², glicose 180 mg/dL, hemoglobina glicada 8,8%, Ureia 40 mg/dL e creatinina 1,3 mg/dL, com taxa de filtração glomerular (TFG) 52 mL/min/1,73 m² (CKD-EPI) e microalbuminúria (relação albumina/creatinina em amostra de urina): 200 mg/g.

Considerando o diagnóstico de doença renal crônica (DRC) pelo KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), qual é a classificação (categoria) da DRC da paciente com base na taxa de filtração glomerular (G) e na albuminúria (A):

- A) G2A3.
- B) G3aA2.
- C) G4A2.
- D) G3bA1.

22) Paciente do sexo masculino, 20 anos, é levado pela mãe para consulta clínica devido seu filho ter apresentado episódio de febre baixa e congestão nasal há 1 semana. Atualmente, paciente não tem queixas clínicas, apenas que sua urina ficou um pouco mais escura. Ele só foi à consulta porque a mãe deseja que ele realize um “check up”. Você examina o paciente que está com bom estado geral, ausculta cardíaca e pulmonar normais com leve dor à palpação profunda em flanco esquerdo, PA: 120 x 80 mmHg nos dois membros superiores. Você solicita exames e recebe os resultados abaixo:

Hemograma:	Urina EAS:
Hemácias: 4,53	piócitos: 2 – 4 por campo
Hemoglobina: 13, 5	Hemácias: 20 – 30 por campo
Hematócrito: 40,5%	Proteína: presença de 1 +
Leucócitos: 5,800	
Neutrófilos: 58 %	Creatinina: 0,9
Linfócitos: 40%	Ureia: 45
Plaquetas: 203.000	

A hipótese diagnóstica mais provável neste caso é:

- A) Glomerulonefrite pós estreptocócica.
- B) Nefrite lúpica.
- C) Nefropatia por IgA.
- D) Doença de lesão mínima.

23) Paciente do sexo feminino, 22 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico desde os 17 anos, procura a emergência com história de edema generalizado. Nota que o edema foi progressivo nas duas últimas semanas. Queixa-se de fadiga e mal estar geral. Está em uso de hidroxicloroquina 400 mg, 6 dias na semana e vitamina D. Teve quadro viral no mês anterior que resolveu espontaneamente sem tratamento específico. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, palidez cutâneo mucosa, acianótica, anictérica e afebril. Peso: 58 kg e Altura: 1,62 cm. AC: BCNF, em 2 tempos, ritmo regular, FC: 100 bpm. AP: MV presente, reduzido em bases. FR: 23 irpm. PA: 140 x 85 mmHg. Edema generalizado com caxifo positivo em membros inferiores. Sem lesões cutâneas. Exames:

Hemograma:	Albumina sérica: 2,9
Hb: 11,0 g/dl	Urina EAS: com cilindros hialinos
HT: 33,1 %	Proteína: 3+ / Piócitos: 8-9 p/campo
Leucocitos totais: 3,890	hemácias: 20 - 30 p/campo
Neutrófilos: 2,200	Proteinúria de 24 horas: 982 mg/24h
Linfócitos: 986	C3: 22 (consumido)
Plaquetas: 128.000	C4: 8 (consumido)
Creatinina: 1,2	

Sobre o quadro acima, a conduta inicial a ser realizada é:

- A) Prescrever ivermectina ou albendazol, IECA, pulsoterapia com metilprednisolona 1g por 3 dias seguidos, manter hidroxicloroquina.
- B) Prescrever prednisona 60 mg/dia (dose de 1mg/kg), associado a inibidor de ECA ou BRA, aumentar hidroxicloroquina para uso diário. Monitorar função renal diária para necessidade de diálise precoce.
- C) Prescrever prednisona na dose de 1 mg/kg de peso, manter hidroxicloroquina, iniciar azatioprina 100 mg/dia e monitorar função renal.
- D) Prescrever pulsoterapia com metilprednisolona 1g/dia dose única, seguida de pulsoterapia com ciclofosfamida 1 g. Reavaliar exames em 15 dias.

24) Paciente com 52 anos, já diagnosticado com cirrose de origem alcoólica é internado devido a quadro de encefalopatia hepática. Última internação há 3 meses por hemorragia digestiva varicosa, corrigida via endoscópica. Ao exame físico, apresenta escala de coma de Glasgow com 14 pontos (apenas desorientado), com ausculta cardiopulmonar normal. Abdome é flácido, não doloroso à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, com manobra de semicirculo de Skoda exibindo maciez até altura da cicatriz umbilical. Sobre o manejo desse paciente, é correto afirmar que:

- A) Não há necessidade de puncionar a ascite para análise do líquido.
- B) O uso de aspartato de ornitina só estaria indicado, no momento, se a etiologia da cirrose fosse viral.
- C) Deve ser investigado uso de diuréticos, distúrbios hidroeletrólíticos e desidratação na gênese do quadro.
- D) Ainda não é preciso refazer a endoscopia digestiva alta para avaliar-se novo sangramento.

25) Paciente de 42 anos, relata 3 episódios de vômitos com sangue vivo iniciados hoje. Relata que já tem histórico de dispepsia, mas nunca realizou acompanhamento clínico. Nega emagrecimento. Ao exame físico encontrava-se hipocorado 2+/4+, desidratado +/4, eupneico, afebril, anictérico. Tórax: presença de telangiectasias. AC: BCNF 2t sem sopros RCR, FC:100bpm, PA: 90x75mmHg. AP: MV+ s/RA. Abdome ligeiramente globoso, flácido, não doloroso à palpação. Extremidades: eritema palmar e edema de MMII +/4. Sobre o manejo desse paciente, é correto afirmar que:

- A) Além da reposição volêmica, deve-se fazer terlipressina por 7 dias e posteriormente realizar uma endoscopia digestiva alta.
- B) Após estabilização volêmica, deve-se fazer inibidor de bomba de prótons em infusão contínua e realizar uma endoscopia digestiva alta para terapia endoscópica com eletrocautério.
- C) A endoscopia digestiva alta deve ser feita após estabilização hemodinâmica, em até 24 horas, de preferência, para terapia endoscópica combinada.
- D) A endoscopia digestiva alta deve ser feita com urgência em até 6 horas, pois é o tratamento endoscópico que garantirá a estabilidade hemodinâmica.

26) Você é médico da UTI e admite o Sr. Antônio 49 anos, 78 kg, com quadro grave de insuficiência respiratória aguda por quadro infeccioso, que já com indicação de via aérea definitiva e ventilação mecânica. Então é feito a sedação do paciente, realizado o procedimento de intubação e ajustado o ventilador com os seguintes parâmetros:

Modo= VCV (ventilação controlada a volume), VC= 500ml; FR= 12 irpm; Fluxo= 30L/mim; PEEP= 6cmH₂O; FiO₂= 50%.

E em seguida solicita uma gasometria de controle e recebe este resultado abaixo:

pH= 7,58; PCO₂= 58 mmHg; HCO₃= 23mEq/L; PO₂= 85mmHg.

Analise as DUAS afirmativas seguintes:

- 1- A partir da análise da gasometria arterial e o ajuste objetivando alcançar uma PCO₂≈ 40mmHg, deve-se aumentar a frequência respiratória para aproximadamente 16, PORQUE;
- 2- Ao aumentar a frequência respiratória, o paciente elimina maior quantidade de dióxido de carbono (CO₂). Assinale a opção correta:

- A) As duas afirmativas são proposições falsas.
- B) A primeira afirmativa é uma proposição verdadeira e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- C) A primeira afirmativa é falsa e a segunda é verdadeira.
- D) As duas afirmativas são verdadeiras, mas a segunda não é justificativa correta da primeira.

27) José, 35 anos, chega ao Pronto Socorro gritando de dor ao nível do epigastro, de início de forma súbita, com irradiação para região retro esternal, está muito agitado, taquipneico, cianose de extremidades, com náuseas e sudorese intensa. Durante sua avaliação, paciente subitamente para de falar.

Analise as afirmativas abaixo e assinale a sequência correta:

- 1) Inicia o atendimento com avaliação das vias aéreas, instalar cateter de O₂ e realiza o exame físico detalhado. ()
- 2) Checa responsividade, chama ajuda, avalia pulso, se ausente inicia RCP com massagem 100-120 bpm. ()
- 3) Dentre as causas de dor torácica possíveis para este paciente, podemos listar: IAM, Dissecção da Aorta, Tromboembolismo Pulmonar. ()
- 4) Inicia o atendimento com instalação de oxigênio, monitorização, acesso venoso e solicitar ECG 12 derivações. ()
- 5) Havendo um desfibrilador disponível, imediata análise de ritmo, que se pode estar em FV ou TV, deve-se então aplicar choque 360 J (monofásico) ou 200 J (bifásico). ()

- A) V,F,F,V,F.
- B) F,V,V,V,F.
- C) F,V,V,F,V.
- D) V,V,V,F,F.

28) Homem dá entrada na UTI em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio, recebeu uma mamária para descendente anterior e safena para marginal esquerda. Recebia pelo acesso venoso central Dobutamina 12 ml/h (5 mcg/ kg/min) e Noradrenalina 20 ml/h (0,3 mcg/ kg/min). Na monitorização hemodinâmica invasiva, apresentava os seguintes resultados:

IC: 1,8 L/ min/ m².

IVS: 45 ml/ m².

RVS: 1100 dyn/ seg/ cm⁵.

Qual a medida inicial mais adequada conforme os parâmetros acima?

- A) Realizar expansão volêmica com cristalóide.
- B) Fazer o acréscimo da Dobutamina para 7,5 mcg/ kg/min.
- C) Reduzir a Dobutamina para 2,5 mcg/ kg/min.
- D) Fazer acréscimo na Noradrenalina para 0,5 mcg/ kg/min.

29) Ana luiza, 58 anos, 78kg, foi realizar uma urografia excretora.

Sinais vitais de chegada: PA= 124 X 77 mmHg FC=98 bpm FR=16ipm SAT O₂= 97%.

Durante o exame, apresentou coceira na garganta e reação com formação de pápulas e placas eritematosas, falta de ar, taquipneia.

Sinais Vitais:

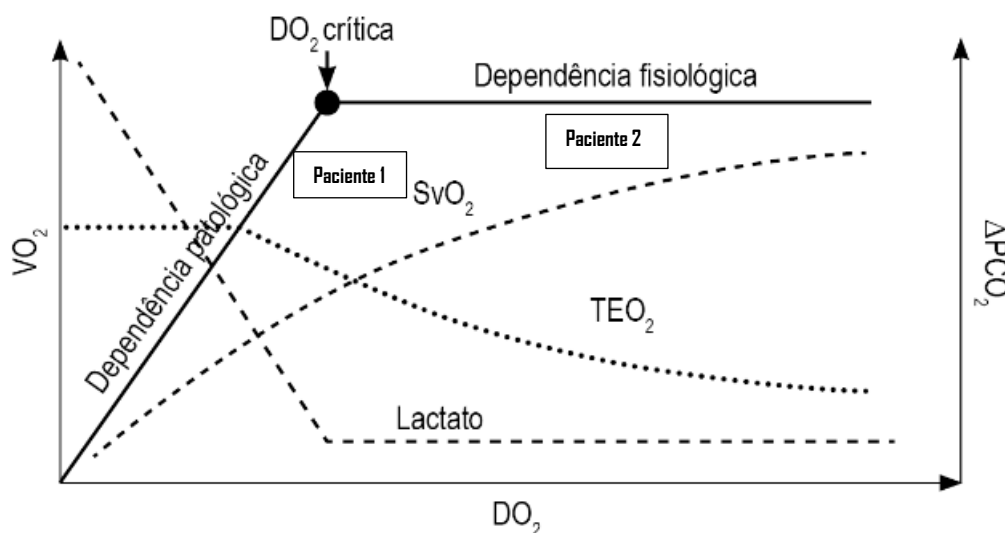
PA= 160 x100 mmHg FC= 120 bpm FR=30 ipm SAT O₂=88%

Foi indicada a entubação orotraqueal.

Qual a melhor opção de drogas e as suas respectivas doses para realizar o procedimento?

- A) Fentanil 500 mcg/10ml + AD 8 ml. Fazer EV 8ml; Midazolan:15 mg/3ml + AD 12 ml. Fazer EV 2ml; Succinilcolina 100mg (pó) + AD 10 ml. Fazer EV 3 ml.
- B) Tramal 50 mg -IM; Etomidato 2 amp /40 mg-fazer EV 23 ml. Succinilcolina 500mg (pó) + AD 10 ml. Fazer EV 5 ml.
- C) Morfina 2mg/ml- EV Fazer 1 ml em bolus; Propofol -100mg/100ml-fazer EV -78 mg em bolus.
- D) Fentanil 500 mcg/10ml + AD 8 ml. Fazer EV 4 ml em bolus; Quetamina 100mg /2 ml+ AD 8 ml EV fazer 8ml EV em bolus. Succinilcolina -100mg (pó) + AD 10 ml -Fazer 7 ml EV.

30) O gráfico abaixo representa a evolução de um paciente com redução progressiva da DO_2 (Oferta de Oxigênio aos tecidos), decorrente de um choque séptico. Marque a alternativa correta em relação aos pacientes 1 e 2 no gráfico:



- A) O paciente 1 encontra-se em estado hemodinâmico normal, mantendo uma boa oferta de oxigênio aos tecidos, com lactato em queda.
- B) O paciente 2 encontra-se em estado hemodinâmico normal, mantendo uma boa oferta de oxigênio aos tecidos, com lactato em queda ou normalização.
- C) O paciente 1 encontra-se em evolução para piora clínica, próximo ao DO_2 crítico com necessidade de medidas urgentes para melhora da oferta de oxigênio.
- D) O paciente 2 encontra-se em evolução para piora clínica, próximo ao DO_2 crítico com necessidade de medidas urgentes para melhora da oferta de oxigênio.

31) Idosa, 78 anos, chega na urgência com edema agudo pulmonar. Tem antecedente de hipertensão arterial há 20 anos e hipertrofia do ventrículo esquerdo. Foi iniciado o tratamento medicamentoso com as seguintes drogas por via endovenosa: furosemida 40 mg, morfina 10 mg, cedilanide 0,4 mg e aminofilina 240 mg. A paciente evolui com hipoventilação grave e cianose de extremidades. Qual das mediações abaixo está indicada para reverter a depressão respiratória?

- A) Efedrina.
- B) Naloxona.
- C) Flumazenil.
- D) Midazolan.

32) Paciente em tratamento de sepse de foco indeterminado, em uso de antibiótico de largo espectro, sem melhora clínica com as medidas iniciais tomadas, opta-se por monitorização hemodinâmica invasiva. Com relação aos dados da monitorização (SvO_2 e $SvcO_2$):

- () A SvO_2 é aferida na artéria pulmonar por meio de um cateter de artéria pulmonar tipo Swan Ganz, já a $SvcO_2$ é medida por meio de cateter venoso central, posicionado no átrio direito.
- () A SvO_2 tem sempre valores inferiores a $SvcO_2$.
- () A SvO_2 e consequentemente a $SvcO_2$ são diretamente proporcionais ao Débito Cardíaco (DC).
- () Os valores normais de SvO_2 e $SvcO_2$ não significam necessariamente que o fluxo sanguíneo está adequado a todos os órgãos e tecidos, pois ambos são marcadores globais de perfusão tecidual

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:

- A) F-F-V-V.
- B) V-V-F-F.
- C) V-F-V-V.
- D) F-V-F-V.

33) Motoboy sofre acidente de moto e é levado ao hospital Metropolitano. Na avaliação primária, o médico percebe que o paciente tem grande ferimento e hematoma em região fronto-parietal direita, abre os olhos apenas ao estímulo doloroso, nota reação pupilar somente à esquerda, emite sons incompreensíveis e apresenta postura de decorticação e grandes escoriações pelos membros inferiores. Qual das opções abaixo contém o Glasgow e a conduta adequada que o médico deve adotar para este paciente?

- A) GCS = 6, Atendimento nos moldes do ATLS, Intubação orotraqueal, tomografia de crânio e avaliação da neurocirurgia.
- B) GCS = 8, Atendimento nos moldes do ATLS, Cânula orofaríngea, máscara de oxigênio com 10 litros/ min e avaliação neurocirúrgica.
- C) GCS = 7, Atendimento nos moldes do ATLS, Intubação orotraqueal, tomografia de Crânio e transferência para UTI.
- D) GCS = 5, Atendimento nos moldes do ATLS, Intubação orotraqueal, tomografia de crânio e transferência para um centro de trauma.

34) Mulher de 65 anos, hipertensa e diabética, em uso regular de medicações, chega à UTI após cirurgia de Revascularização do Miocárdio de 6 horas de procedimento com 40 minutos de circulação extra corpórea (CEC), término há 1 hora. Está em uso de Dobutamina 5 mcg/ kg/min e Noradrenalina 0,3 mcg/ kg/min, apresentou sangramento importante pelo dreno na primeira hora de 800 ml de sangue pelo dreno mediastinal. Qual a conduta imediata a ser tomada?

- A) Realizar a correção do sangramento com a administração de protamina, visto que a principal causa associada ao sangramento neste momento é decorrente do uso da heparina utilizada na CEC.
- B) Transfusão de concentrado de plaquetas devido ao sangramento proveniente do consumo de plaquetas pelo sangramento.
- C) Avaliação imediata da equipe de cirurgia cardiovascular pela necessidade de reintervenção cirúrgica imediata.
- D) Deve-se observar o débito do dreno cardíaco por mais 4 horas e, caso haja um aumento, deve-se proceder à transfusão de concentrado de plaquetas e protamina.

35) As síndromes hipoxêmicas respiratórias refratárias são causas de grande temor no ambiente intensivo e cada vez mais frequentes pela presença em infecções respiratórias, atualmente nas gripais, como no caso do SARS COV 2 (COVID 19). Assinale a alternativa correta em relação a estas síndromes:

- I- Em geral, a síndrome respiratória hipoxêmica refratária deriva de uma injúria pulmonar de grande importância ou de uma evolução de uma injúria inicialmente menos grave, acentuada pela aplicação de uma ventilação mecânica inadequada.
- II- A síndrome de hipoxemia refratária é relativamente incomum, mas percebida com facilidade pela equipe que assiste o paciente acometido.
- III- Não existe uma definição oficial para a Síndrome Hipoxêmica Refratária.
- IV- O grau de hipoxemia seguro para o tecido varia de paciente para paciente e depende de vários fatores, como débito cardíaco, hemoglobina, hemoperfusão.

Qual a resposta correta?

- A) Apenas I e III.
- B) Apenas I, III e IV.
- C) Todas estão corretas.
- D) Todas estão erradas.

36) A obstrução das vias biliares causada por cálculos, pode levar a sepse em curto intervalo de tempo sob várias condições, portanto sua desobstrução o mais precoce possível se faz necessária. Qual das alternativas abaixo pode ser considerada CORRETA em relação a esta etapa:

- A) O uso da videolaparoscopia, apesar de menos invasiva, não permite a manipulação com abertura das vias biliares em casos de obstrução por cálculos maiores que 1,5cm.
- B) A técnica indicada com maior índice de sucesso para desobstruir a via biliar distal é a coledocotomia com jejunohepatoanastomose.
- C) A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada intraoperatória apresenta uma taxa de sucesso superior a 80% no tratamento desobstrutivo nas coledocolitíases.
- D) O estudo contrastado realizado por punção transparietohepática deve ser indicado toda vez que houver a suspeita diagnóstica de obstrução das vias biliares intra e extra-hepática.

37) Em relação aos defeitos anatômicos da parede anterior do abdome, mais especificamente da região inguino-crural, analise as afirmativas abaixo e assinale a INCORRETA:

- A) O método de Bassini, descrito em 1884, consiste na sutura dos músculos oblíquo interno e transversos e da fáscia transversalis, denominada por Bassini de “tripla camada”, ao ligamento inguinal.
- B) A técnica de Lichtenstein, com baixa recidiva (em torno de 0,5%), apesar de apresentar elevada tensão, consiste na aplicação de uma prótese de polipropileno no canal inguinal, onde é fixada ao ligamento inguinal e ao tendão conjunto.
- C) O espaço miopectíneo descrito por Fruchaud em 1956 é delimitado superiormente pelos músculos oblíquo interno e transversos, inferiormente pelo ligamento pectíneo (ex. Cooper), lateralmente pelo músculo íleo-psoas e medialmente pelo músculo reto abdominal.
- D) Alguns autores defendem, com base no conhecimento atual, que os fatores que aumentam a pressão intra-abdominal revelam a hérnia inguinal, mas não a causam, sendo o colágeno e as suas alterações o fator principal para o desenvolvimento da hérnia inguinal.

38) Paciente, 40 anos, sexo feminino, foi submetida à cirurgia bariátrica há três anos, com eliminação de aproximadamente 40kg (peso inicial 120Kg) e melhora das comorbidades pré-operatórias. Abandonou o acompanhamento multidisciplinar com poucos meses de pós-operatório. Dá entrada no serviço de urgência com quadro de dor abdominal alta, associada à vômitos incoercíveis, quadro iniciado há 4h. Encontra-se desidratada, pouco sonolenta e levemente hipotensa. Abdome algo distendido em andar superior com massa palpável em região epigástrica. Diante do quadro citado, qual o possível diagnóstico a ser suspeitado e condutas iniciais:

- A) Colecistite aguda, analgesia e exame de imagem.
- B) Pancreatite aguda, NPT e exame de imagem.
- C) Suboclusão intestinal, sonda gástrica e exame de imagem.
- D) Úlcera perfurada, Endoscopia e Laparotomia.

39) Paciente do sexo masculino, 40 anos, foi transferido de uma UPA para hospital de referência ao trauma, após receber atendimento inicial por ter sido vítima de acidente com atropelamento por motocicleta. Foi submetido à intubação orotraqueal, pois estava comatoso, (presença de TCE e Glasgow=8) ainda no local, e encontrava-se hemodinamicamente estável durante o exame primário e secundário, com exames laboratoriais normais, exceto discreta alteração na gasometria arterial. Contudo havia dor torácica em região de HTD (área de hematoma extenso de parede). Ao dar entrada naquele hospital, constatou-se por exame de imagem complementar (TC), área de contusão pulmonar extensa no referido HT, provável motivo da dessaturação progressiva, mesmo sob ventilação mecânica com ajustes adequados de parâmetros. Cerca de trinta minutos depois de sua chegada e já em ambiente de cuidados intensivos, houve alteração abrupta dos parâmetros hemodinâmicos, com dificuldade em mantê-lo sob ventilação mecânica, assim como ausculta totalmente abolida naquele hemitórax. Identifique abaixo, qual alternativa melhor se adequa e poderia justificar a sequência de eventos relatada:

- A) Existe elevada probabilidade de não ter sido identificado derrame pleural volumoso durante o primeiro atendimento, justificando a piora relatada.
- B) A contusão pulmonar extensa identificada, justifica completamente os eventos relatados.
- C) Provável piora do quadro neurológico com repercussão ventilatória secundária.
- D) Possibilidade elevada de pneumotórax hipertensivo associado ao uso da ventilação mecânica em área de lesão pulmonar constatada.

40) A síndrome Compartimental Abdominal (SCA) por aumento da pressão intra-abdominal (PIA) em pacientes internados em UTI apresenta muita relevância em seu conhecimento fisiopatológico, diagnóstico precoce e manejo adequado, portanto, das alternativas a seguir, qual não pode ser considerada correta:

- A) Pacientes suspeitos e admitidos à UTI com pelo menos dois fatores de risco para HIA/SCA (os fatores de risco são coincidentes com os fatores etiológicos) associados com novas ou progressivas disfunções orgânicas devem ter a PIA monitorada.
- B) A medida da PIA para o diagnóstico de HIA/SCA é obtida via cateterismo vesical e deve ser expressa em mmHg, sendo que a relação para conversão é de $1\text{mmHg} = 1,36\text{ cmH}_2\text{O}$.
- C) Nos casos de Síndrome Compartimental secundária, a PIA acima de 12 mmHg (PIA > 12 mmHg) é o valor indicado para a Descompressão Cirúrgica.
- D) A SCA primária advém de causas abdomino-pélvicas, das quais se citam trauma abdominal complexo, aneurisma roto de aorta, hemoperitônio, pancreatite aguda, peritonites, hemorragias retroperitoneais, transplantes hepáticos e fechamento primário da parede abdominal sob tensão.

41) De acordo com o Consenso Brasileiro sobre Câncer Gástrico atualizado recentemente, podemos considerar a afirmativas corretas, EXCETO:

- A) A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) e a ressonância nuclear magnética (RNM) devem ser utilizados apenas em casos selecionados.
- B) A ressecção endoscópica está indicada nos tumores adenocarcinoma bem diferenciados, restritos à mucosa (T1a), menores que 2 cm no seu maior eixo e não ulcerados.
- C) A ressecção combinada de órgãos adjacentes ou multivisceral, deve ser evitada, mesmo que o paciente tenha boa condição clínica, pois nesses casos alcançar a ressecção R0 é impossível.
- D) A gastrectomia subtotal laparoscópica pode ser realizada nos casos de câncer gástrico precoce do terço distal.

42) A pancreatite aguda em sua forma necrotizante apresenta elevada morbimortalidade, vários aspectos de sua condução devem ser conhecidos para sua melhor condução, portanto, nas alternativas abaixo, identifique a que melhor represente o CORRETO em relação ao assunto em questão:

- A) Dois de três critérios fecham o diagnóstico da pancreatite aguda (PA): Elevação de amilase e lipase 3x ou mais seus valores normais, dor compatível com PA, alterações em métodos de imagem (Tomografia Computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética).
- B) Pacientes hemodinamicamente estáveis com diagnóstico de pancreatite necrotizante, devem ser submetidos ao tratamento cirúrgico precocemente, para controle do foco infeccioso.
- C) Sinais de necrose infectada indicam o tratamento cirúrgico, enquanto em caso de necrose estéril a intervenção cirúrgica deve ser absolutamente contraindicada.
- D) O acesso videolaparoscópico está contraindicado nas pancreatites necrotizantes, pelo risco de disseminação da infecção durante a realização do pneumoperitônio.

43) Em relação ao tromboembolismo venoso (TEV), podemos considerar correto, EXCETO:

- A) Em pacientes cirúrgicos, a chance de desenvolvimento de TEV depende, essencialmente, da idade do paciente, do tipo de cirurgia e da presença de fatores de risco adicionais associados.
- B) Todos aqueles indivíduos mais velhos (com idade superior a 60 anos), serão sempre avaliados como alto risco para desenvolvimento de TEV.
- C) São medidas de tratamento corretivo para TEV: Meia elástica de compressão gradual (MECG), Compressor pneumático intermitente (CPI) ou Bomba plantar (BP).
- D) Em pacientes de alto risco, recomenda-se a profilaxia mantida por 3 semanas, mesmo que o paciente tenha alta ou volte a deambular. Algumas situações especiais, detalhadas abaixo, podem prolongar o tempo de profilaxia, por apresentarem risco elevado de desenvolvimento de TEV a médio prazo.

44) As lesões das Vias biliares podem ocorrer acidentalmente durante intervenções cirúrgicas sobre a vesícula, vias biliares, estômago ou pâncreas. Em relação às classificações dessas lesões, podemos considerar como alternativa INCORRETA:

- A) O sistema de Bismuth foi criado para classificar estenoses benignas.
- B) O sistema de classificação de Stewart-Way está relacionado às lesões ocorridas durante as colecistectomias pela via laparoscópica, incluindo lesões vasculares.
- C) Além das estenoses, a inclusão de fistulas de cístico e ductos acessórios estão contemplados na classificação de Strasberg.
- D) A lesão iatrogênica por secção Tipo IV de Bismuth tem sua localização descrita nesta classificação como intra-hepática.

45) Dentre as neoplasias neuroendócrinas do trato digestório, o tumor carcinoide é o mais frequente. Os de localização no intestino delgado, especificamente, apresentam as seguintes características:

- I- Crescimento lento, mais frequentes na sexta década de vida.
- II- Preferencialmente localizados no 1/3 distal do íleo.
- III- Nódulos pequenos na serosa com secreção preferencial de serotonina.
- IV- Lesões metastáticas são pouco frequentes com incidência inferior à 2%.

- A) I, II e IV.
- B) II, III e IV.
- C) I, II e III.
- D) II e IV.

46) Sobre o câncer de esôfago, NÃO podemos afirmar:

- A) O tabagismo e a ingestão de álcool são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer esofágico, com maior frequência de carcinoma de células escamosas do que de adenocarcinoma.
- B) A disfagia para sólidos costuma ser o primeiro sintoma do câncer esofágico que se desenvolve à medida que a lesão cresce, causando o estreitamento do esôfago.
- C) ADRGE e sua pouca relação com o esôfago de Barrett impossibilita sua influência com o fator de risco na gênese do câncer de esôfago.
- D) Acalasia, Síndrome de Plummer-Vinson e a estenose causada pela ingestão de substâncias corrosivas (como soda cáustica), também apresentam maior risco de desenvolvimento de câncer esofágico de célula escamosa.

47) Paciente adulto, sexo masculino, peso de 70 kg, vítima de queimaduras de segundo grau em tronco anterior e coxa direita. Nas alternativas abaixo, identifique a alternativa que melhor represente a extensão das lesões e sua reposição hídrica respectivamente:

- A) Médio queimado com 19% de área queimada e sua reposição de volume pela fórmula de Parkland deverá ser de 8500 ml em 24h, sendo 4250ml nas primeiras 8h e 4250ml nas próximas 16h.
- B) Médio queimado, com 18% de área queimada e sua reposição de volume pela fórmula de Parkland deverá ser de 5.040ml em 24h, sendo 2520ml em 8h e 2520ml nas próximas 16h.
- C) Pequeno queimado, com 10% de área queimada e sua reposição de volume pela fórmula de Parkland deverá ser de 2800ml em 24h, sendo 1400ml em 8h e 1400ml nas próximas 16h.
- D) Grande queimado, com 27% de área queimada e sua reposição de volume pela fórmula de Parkland deverá ser de 7560ml em 24h, sendo 3780ml em 8h e 3780ml nas próximas 16h.

48) Paciente dá entrada na UTI, com diagnóstico inicial de sepse urinária. Poucos dados foram repassados de seus familiares; ao exame físico, temos: sonolência, sinais vitais: FC 120 bpm, FR 30 irpm, PA 80 x 40 mmHg e oximetria 85% em ar ambiente. Dentre as condutas abaixo, são medidas esperadas, EXCETO:

- A) Acesso venoso central (jugular ou subclávia), sedação, nestes acessos, monitorização da PVC e SvO₂, parâmetros úteis para entendermos volemia e perfusão.
- B) Coletar culturas (hemocultura: 3 amostras) e iniciar infusão de antibióticos em até 3 horas da apresentação clínica, com o resultado da 1ª amostra em mãos.
- C) Reposição volêmica: Cristaloide (SF 0,9% ou Ringer) 20 a 30 ml/kg, seguido do início de aminas, caso não ocorra resposta adequada ao volume.
- D) Monitorização contínua e invasiva da PA, a chamada “PAM”.

49) Sobre o tratamento cirúrgico pela via laparoscópica da apendicite aguda, considere a alternativa CORRETA e assinale-a:

- A) Em relação à técnica de sepultamento do coto apendicular, devemos evitar o uso de fios sintéticos pelo risco de fístulas no pós-operatório.
- B) A cauterização da artéria apendicular deve ser preferida em detrimento à sua ligadura com clips metálicos, justamente para evitar rupturas dos mesmos e sangramentos volumosos.
- C) Em relação aos tempos cirúrgicos executados na apendicectomia, a ligadura da base apendicular seguida de sua secção, deve preceder a ligadura da artéria apendicular, garantido com isso menor risco de sangramento intraoperatório.
- D) O campo cirúrgico obtido pela via laparoscópica facilita o tratamento adequado de coleções septadas ou difusas, possibilitando lavagem e aspiração mais efetiva da cavidade em casos mais complexos de apendicite.

50) O conhecimento dos conceitos básicos e ajustes iniciais da Ventilação mecânica (VM) são essenciais, principalmente aos médicos que trabalham nestas áreas. Porém, em períodos especiais, há necessidade de recrutamento de outras especialidades médicas para atuação na “linha de frente”, como estamos vivenciando na atual pandemia do SARS COV 2, esses conhecimentos fizeram e estão fazendo diferença para salvar muitas vidas, portanto dentre as afirmativas abaixo, identifique a INCORRETA:

- A) A Fração inspirada de oxigênio (FiO₂), representa a proporção de oxigênio no ar inspirado. Uma FiO₂ de 1,0 (100%) deve ser usada inicialmente para recuperar a hipoxemia decorrente da instalação do aparelho e ajustes iniciais, sendo diminuída gradualmente para valores que permitam uma pressão parcial de oxigênio arterial (PaO₂) acima de 60mmHg e uma saturação de oxiemoglobina arterial (SaO₂) entre 93 e 97%.
- B) Volume minuto (VM) é o produto do VT pela frequência respiratória (FR), seus valores normais variam de 5 a 10 L/min. Representa o principal determinante da PCO₂ - o aumento do VM corresponde à diminuição dos níveis de CO₂.
- C) Os modos ventilatórios podem ser controlados/mandatórios (o paciente inicia os ciclos respiratórios através de ajuste da sensibilidade, porém o ventilador controla e finaliza a inspiração), assistidos (quando o ventilador fornece o ciclo de acordo com os parâmetros ajustados, sem participação do paciente) e de suporte (quando o ventilador gera uma pressão positiva para auxiliar a respiração; a pressão pode ser contínua – CPAP, ou bifásica - BIPAP).
- D) Volume corrente (VT: Tidal volume) corresponde à quantidade de ar ofertada pelo ventilador a cada ciclo ventilatório