

NOME:

CPF:

Orientações:

Esta prova está composta por 40 questões de múltipla escolha, referente aos pré-requisitos divulgados em edital, com valor total de 0 a 100. O tempo de conclusão da prova será de 2 horas, com início às 8:00 hs e término às 10:00 hs. É proibido a utilização de celular ou qualquer recurso eletrônico de comunicação. Esta conduta implicará na reprovação do candidato do concurso.

- 1) Paciente de 70 anos, portador de HAS, DM tipo 2 e doença de Parkinson há 20 anos. Acamado há cerca de 5 anos e em uso de gastrostomia, apesar de ainda manter cerca interação com a família. Evoluindo com poliúria, desidratação, adinamia. Recebe visita da equipe de assistência domiciliar que constata urina com odor fétido e dextro de 320 md/dl. Encaminhado ao hospital para receber avaliação clínica. Em relação ao controle da Diabetes Mellitus, considere a resposta correta
 - A) Fatores individuais podem alterar a correspondência entre a HbA1c e as glicemias médias diárias, no entanto, sem alterar a glicação da hemoglobina.
 - B) A hiperglicemia sintomática deve ser evitada em todos os pacientes, mesmo em pacientes com baixa expectativa de vida ou em cuidados paliativos.
 - C) Condições que afetam o ciclo de vida das hemácias e plaquetas, podem causar discrepâncias entre o valor de HbA1c e a glicemia média estimada.
 - D) É recomendável a meta de HbA1c < 7,0% para indivíduos com diabetes mellitus tipo 1, desde que não incorra em hiperglicemias graves e frequentes.

- 2) Paciente de 22 anos, portador de asma brônquica desde os 4 anos de idade. É acompanhado pelo pneumologista, no entanto é má aderente ao tratamento. Vem evoluindo em exacerbações recorrentes, com piora da performance funcional e qualidade de vida. Em última consulta foi solicitado prova de função pulmonar. Em relação a prova de função pulmonar, considere a resposta correta
 - A) O distúrbio ventilatório obstrutivo é demonstrado na espirometria pela presença da relação VEF1/CVF maior que o limite inferior do previsto.
 - B) A reversibilidade da limitação de fluxo pode ser avaliada pela resposta aguda (10-15 min) da CVF à inalação de broncodilatador de curta ação.
 - C) Considera-se como variação broncodilatadora significativa o aumento do VEF1 em $\geq 12\%$ e ≥ 200 mL em relação ao valor basal.
 - D) A reversibilidade pode ser também verificada comparando a função pulmonar basal e após 4 semanas de uso de broncodilatadores de longa duração.

- 3) Mulher de 30 anos deu entrada na unidade de pronto atendimento trazida pelo SAMU, em sibilância, torporosa com saturação de 78%. Relato de asma brônquica desde a infância com 3 internações prévias por exacerbações, sendo uma destas com necessidade de intubação orotraqueal e internação em

unidade de terapia intensiva. Realizado teste rápido para Covid com resultado negativo. Vem em acompanhamento com pneumologista e em uso regular de medicação. Em relação a asma brônquica grave, considere a resposta correta:

- A) Ausência de variação de resposta ao broncodilatador na espirometria exclui o diagnóstico, especialmente no asmático grave.
 - B) Os estudos da eficácia de medidas de prevenção de exposição à poeira doméstica no controle da asma ainda são controversos.
 - C) A prevalência de rinite alérgica em asmáticos em geral encontra-se em torno de 80%, no entanto, no Brasil, ela é pouco prevalente em casos de asma grave.
 - D) Pacientes asmáticos têm maior predisposição a apresentar sintomas de ansiedade e depressão, independente da gravidade da doença.
- 4) Paciente de 78 anos, viúvo, 3 filhos, hipertenso, diabético e tabagista crônico com carga tabágica de 40 maços-ano. Parou de fumar há 3 anos após necessitar de uso de O2 em domicílio. Encontra-se na terceira internação este ano devido a descompensação do DPOC associado a infecção pulmonar. Percebe maior restrição para atividades básicas da vida diária devido a piora de dispneia e maior necessidade de oxigenioterapia. Em relação ao manejo do DPOC, assinale a resposta correta:
- A) O tratamento do DPOC está relacionado a interações das medicações existentes, comorbidades, gravidade da doença e independe das preferências do paciente.
 - B) As medidas espirométricas avaliam o grau de comprometimento do VEF1 no DPOC e conseguem determinar a gravidade da doença com boa correlação com os sintomas.
 - C) A redução do VEF1 não está associada ao aumento da mortalidade em DPOC, apesar do seu papel na identificação da doença e classificação da gravidade.
 - D) As exacerbações do DPOC aumentam o processo inflamatório, aceleram a progressão da doença e aumentam o risco de eventos cardiovasculares.
- 5) Paciente de 85 anos, com demência avançada (FAST 7) sem etiologia definida, possui como comorbidade DPOC com múltiplas vindas ao PS por exacerbação. Esteve recentemente internado por descompensação de DPOC, recebendo alta há cerca de 14d da data de admissão no PS. No último ano com 05 vindas ao PS que resultou em 04 internações. Acamado há 01 ano, totalmente dependente para ABVDs e com importante declínio funcional nos últimos meses. Medicações em uso: Meropenem (D0: 01/02) / Teicoplanina (D0: 01/02) / formoterol + budesonida / ipratropio / salbutamol / ácido acetilsalicílico / lactulose / omeprazol. Em relação ao manejo clínico do DPOC podemos afirmar:
- A) O *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* recomenda o uso de broncodilatador de curta ou longa duração para aliviar a dispneia, o que não se aplica aos pacientes com DPOC leve e escore da escala mMRC de 0-1

- B) O uso associado de glicopirrônio + indacaterol não reduz diminuí a taxa anual de exacerbação em DPOC moderada ou grave, mas aumenta o VEF1 matinal pré-dose em relação aos uso de LAMA isoladamente.
- C) Caso os sintomas sejam considerados relevantes, broncodilatadores de curta ou longa duração podem ser utilizados independente da preferência do paciente e poderão ser mantidos dependendo da melhora dos sintomas.
- D) Conforme os sintomas se tornem mais proeminentes e frequentes ou ocorra a hiperinsuflação dinâmica, a opção deve ser por um broncodilatador de longa duração associada ao tiotrófio que melhora a tolerância ao exercício.
- 6) Mulher de 60 anos chega ao pronto atendimento com quadro de queda do estado geral, tosse seca e secreção nasal com picos febris há 3 dias. Realizou exames que detectaram infecção com comprometimento de 25% do parênquima pulmonar e TEP subsegmentar sendo encaminhada para UTI. Teste rápido de COVID-19 negativo. Lá iniciou empiricamente Tazocin realizado por 7 dias e evoluiu com diarreia ainda sem controle e com instabilidade do padrão hemodinâmico e respiratório. AngioTC de tórax com falha de enchimento de ramo subsegmentar do lobo médio e lobo inferior direito, sugerindo tromboembolismo. Tronco da artéria pulmonar, artérias pulmonares direita e esquerda com topografia, calibre e atenuação para fluxo normais. Gasometria arterial com pH: 7,47 Bic: 32,8 pO₂: 79 pCO₂: 45 SaO₂: 96%. Assinale a alternativa correta:
- A) Rotineiramente, avaliamos a extensão da TEP através da tomografia computadorizada ou da angiografia pulmonar por cateter, de forma que a TEP submaciça corresponde à pelo menos duas artérias lobares ou mais de 50% da perfusão pulmonar.
- B) O diagnóstico de tromboembolia pulmonar é realizado através da combinação da probabilidade clínica pré-teste (escores) com o resultado dos exames de imagem, sendo atualmente o método de eleição a angiografia pulmonar por cateter.
- C) A longo prazo, os pacientes devem receber anticoagulantes por no mínimo seis meses, sendo sua manutenção decidida pela presença de fatores de risco para a recorrência e a probabilidade de sangramento.
- D) Considerando-se que a repercussão da TEP aguda depende da carga embólica e da condição cardiopulmonar subjacente do paciente, atualmente têm-se valorizado mais as implicações do ponto de vista funcional
- 7) Paciente de 40 anos, portador de fibrose pulmonar idiopática com transplante pulmonar há 3 anos. Encontrava-se bem até há 1 ano quando iniciou com sintomas relacionados a rejeição de enxerto. Encontra-se na fila de retransplante, no entanto, vem em progressão de doença com internações frequentes por descompensação respiratória. Relata que apesar da expectativa do transplante, teme que não conseguirá sobreviver a isto. Gostaria de mudar o foco do tratamento para priorizar outras coisas em sua vida, mas persiste na expectativa do transplante porque teme que a família sofra muito com a sua desistência. Em relação a avaliação de prognóstico da DPI, assinale a alternativa correta:
- A) O diagnóstico e estadiamento precisos orientam o prognóstico e a escolha da medicação, no entanto, a consideração a respeito do transplante pulmonar dependerá da resposta terapêutica ao tratamento.

- B) O diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática, embora implique em mau prognóstico, independe de uma avaliação para comorbidades comuns, mas se beneficia das decisões a respeito da farmacoterapia.
- C) O padrão radiológico da fibrose pulmonar idiopática se caracteriza por opacidades em vidro fosco frequentes, com predominância periférica e subpleural das alterações, em zonas superiores e anteriores.
- D) Alguns sintomas de DRGE (pirose e regurgitação) podem indicar que a fibrose pulmonar resulta de aspiração recorrentes ou sugerir uma doença associada, como esclerodermia.
- 8) Paciente de 75 anos, hipertenso, diabético e tabagista crônico (28 anos-maço), deu entrada no PS com história de AVCi com presença de hemiplegia súbita à direita e desvio de rima facial. Não realizado trombolítico por perda da janela terapêutica. Evoluiu com sequelas e redução da funcionalidade e dependência de atividades básicas de vida. Apresentou piora respiratória durante internação. Paciente alerta, porém sem resposta verbal. Fez gesto de que estava com dispneia. Feito RT-PCR para Covid-19 com resultado positivo. Assinale a alternativa correta:
- A) O uso de esteroides é estratégia terapêutica consagrada para o tratamento de pacientes portadores de multimorbidades e infectados em todos os casos de Covid-19.
- B) Entre as manifestações neurológicas relatadas na Covid-19 podemos incluir: tontura, agitação, fraqueza, convulsões, problemas de fala ou visão ou problemas de equilíbrio.
- C) O teste de RT-PCR deve ser considerado uma medida precisa de infecção por Covid-19, tendo em vista a concordância diagnóstica com a clínica e outros testes.
- D) Os testes de antígeno são suficientes para substituir o RT-PCR quando usados para diagnóstico ou exclusão de Covid-19, em pessoas com sintomas.
- 9) Homem de 42 anos, etilista e tabagista “pesado” de longa data. Portador de tumor de base de língua fistulizado para região cervical com expansão tumoral local com grande ferida envolvendo 2/3 da circunferência do pescoço. Apresenta edema de todo segmento cefálico. Dor ESAS 10/10. Não ingere nada há dias. Iniciado tratamento com Fentanyl endovenoso contínuo na dose de 10 mcg/h com bom controle algico. Além da característica equianalgésica, o fentanil difere da morfina na medida em que apenas o primeiro está associado à:
- A) Vasodilatação acentuada
- B) Dilatação pupilar
- C) Efeito cumulativo
- D) Taquicardia reflexa
- 10) Paciente de 78 anos portadora de Ca de Endométrio localmente avançado com dor em região de arcos costais à direita, com fraturas, após queda da própria altura, sem perda de consciência há 2 semanas. Foi medicada com Paracetamol 750mg VO 6/6h e Nimesulida 100mg VO 12/12h com pouco controle da dor. A medicação foi trocada por Morfina 10 mg Sub cutâneo (SC) a cada 4h. Passou a apresentar sonolência, com miose pupilar e bradipneia com FR = 8 incursões por minuto. Ao ser chamada mostra-se consciente e

- orientada. Assinala a alternativa mais adequada quanto ao diagnóstico e conduta:
- A) Intoxicação por opioide, introduzir naloxone
 - B) Intoxicação por opioide, introduzir morfina SC em BIC com metade da dose diária
 - C) Paciente respondendo a chamado, manter dose de opioide e observar
 - D) Paciente respondendo a chamado, rotação de opioide e manter dose equianalgésica
- 11) Paciente de 35 anos portadora de neoplasia de cólon recidivada com abdome congelado e inúmeras metástases hepáticas, já submetida a cirurgia e QT previamente. Apresenta dor abdominal intensa apesar do uso de tramadol 100mg a cada 6h e Amitriptilina 50 mg/dia. Passa a apresentar quadro de confusão mental, sonolência, oligoanúria e sufusões hemorrágicas em pele. Você é chamado para opinar sobre o uso de opióide. Qual seu parecer?
- A) Sugerir aumento da dose de tramadol (200 mg a cada 6 hs)
 - B) Sugerir morfina 10 mg VO de 04/04 hs com ajuste de dose, se necessário
 - C) Sugerir Fentanil 100 mcg/dia em BIC com ajuste de dose, se necessário
 - D) Sugerir Morfina 100 mg/dia em BIC com ajuste de dose, se necessário
- 12) Paciente de 55 anos, proveniente da enfermaria de cardiologia, onde encontrava-se internado há 30 dias, com história de dispneia progressiva de difícil manejo clínico. ECO TT com FE 0,29 e átrio esquerdo com aumento discreto de seu diâmetro. Ventrículo esquerdo com importante comprometimento sistólico difuso com predomínio nas paredes ínfero septal e discinesia apical. Valva mitral e tricúspide com refluxo importante. Valva aórtica com refluxo mínimo. Presença de trombo em região apical do VE, com diâmetro de 1,5 x 1,3 cm. Durante internação cursou com celulite em MIE e fez uso de Ceftriaxona associada a Clindamicina. Vem em piora da dispneia e função renal sendo solicitada vaga na UTI. Avaliado pela Cirurgia Cardíaca devido ao diagnóstico de miocardiopatia Isquêmica com disfunção VE grave, sendo indicado cateterismo cardíaco, que encontra-se agendado. Chega à UTI com acesso periférico, sem drogas, ventilação espontânea com cateter O2 e anasarcado. Em relação ao diagnóstico e manejo da insuficiência cardíaca avançada, podemos afirmar:
- A) Medicções que agem em diferentes mecanismos fisiopatológicos da IC surgem para complementar a ação exercida sobre o sistema neuro-humoral
 - B) Presença de sintomas de insuficiência cardíaca persistentes e graves, em pacientes em uso irregular de medicação são classificados com IC refratária
 - C) Teste de caminhada de 6 minutos com $TC6min < 300m$ ou $VO2$ pico $> 12-14 ml.Kg^{-1}.min^{-1}$ é característico de pacientes com insuficiência cardíaca avançada
 - D) Pacientes que reduziram NT-proBNP abaixo de 1.000 pg/mL, após a introdução de enalapril ou sacubitril-valsartana, apresentaram mais eventos de morte ou hospitalização por IC.
- 13) Idosa de 70 anos, viúva, portadora de tetraparesia flácida assimétrica com primeiros sintomas iniciados ao final de 2016 em evolução progressiva. Internou-se há 1 ano para investigação, recebeu alta com diagnóstico de ELA, para reabilitação e seguimento com programação de ciclofosfamida mensal. Perdeu o seguimento e interna novamente para nova investigação por piora de disfagia e dispneia. Mantendo-se estável, com VNI, mas sem condições de

desospitalização, sem suporte familiar. Aguarda vaga para hospital de retaguarda..# Medicações em uso: Dieta pastosa obstipante Sulfa-TMP 400-80mg 2cp 12/12h NBZ SF0,9% 5ml 6/6h Riluzol 50mg 12/12h Fluoxetina 20mg/d Simeticona 40gts 8/8h Loperamida 2mg 12/12h SVA ACM VNI S/N. Em relação ao manejo clínico da ELA, podemos afirmar que:

- A) Recomenda-se inicialmente a ventilação noturna por meio de ventiladores pressóricos de dois níveis de pressão e frequência respiratória, conhecidos como suporte ventilatório.
- B) A resolução dos sinais e sintomas de hipoventilação é um dos benefícios da ventilação mecânica não invasiva na ELA, no entanto esta medida vem acompanhada com complicações clínicas como infecções pulmonares recorrentes.
- C) Queda de 10% do peso corporal nos últimos três meses, presença de disfagia moderada e capacidade vital forçada (CVF) maior que 60% do predito, são critérios de indicação da Gastrostomia endoscópica percutânea.
- D) A ELA bulbar se manifesta com alguns sinais e sintomas como: Incontinência emocional com choro e riso incontrolláveis, hiperreflexia tendinosa, disartria espástica e disfagia com sialorréia importante.

14) Homem de 55 anos, obeso IMC de 29 Kg/m², tabagista 20 maços-ano, procura cardiologista para avaliação clínica, por insistência da esposa. Relata que trabalha como advogado, não tem tempo de praticar esportes, mas sente-se muito bem e não tem conhecimento de doenças cardiovasculares na família. O motivo da consulta foi realmente para satisfazer o desejo da esposa, que é cardiopata e anda muito preocupada com o seu desinteresse pela própria saúde. No retorno ao cardiologista trazia exames com glicemia de 130 e colesterol total de 260 com LDL de 112. Níveis pressórico em torno de 140/90 mmHg. Em relação ao risco cardiovascular podemos afirmar que:

- A) Em relação a estratificação de risco cardiovascular, devemos considerar que o risco residual não tem significância clínica, depois que os principais fatores de risco tradicionais estão bem controlados.
- B) A incorporação de ferramentas para a avaliação do risco relativo versus risco vitalício também se justifica, especialmente na avaliação de jovens com alto risco absoluto, mas com alto baixo risco relativo para doença cardiovascular.
- C) Apneia do sono, ácido úrico > 7 mg/dL (homens) e > 5,7 mg/dL (mulheres), Proteína C-reativa ultrasensível > 2mg/L, FC > 80 bpm e síndrome metabólica são fatores que podem modificar o risco do paciente hipertenso.
- D) Tabagismo, quantificado como carga maço/ano, tabagismo passivo e outras formas de tabagismo, como charutos, cachimbos, exceto cigarros eletrônicos, são considerados elementos centrais no risco CV.

15) Paciente de 55 anos, masculino, procura o ambulatório de clínica médica para consulta rotineira. Apresenta-se sem queixas e com exames laboratoriais sem alterações. Seu exame físico mostra um IMC+23,4 Kg/m² e PA= 160/90 mmHg. Ele refere níveis pressóricos semelhantes em aferições domiciliares. Não há outras alterações no exame físico. Em relação ao tratamento da HAS, assinale a alternativa correta:

- A) O início do tratamento com combinação de dois fármacos deve ser feito com um IECA, ou BRA, associado a diurético tiazídico ou similar ou betabloqueador. Em pacientes de alto risco não obesos, as combinações com diuréticos são as preferenciais
 - B) A suplementação de potássio constitui-se em uma alternativa segura, sem importantes efeitos adversos, com impacto modesto, mas significativo, na PA e pode ser recomendada para a prevenção do aparecimento da hipertensão arterial.
 - C) Devido a seu efeito sobre os níveis pressóricos, o tabagismo é um dos fatores de risco considerados evitáveis de doença e morte cardiovasculares, e seu enfrentamento precisa ser realizado de maneira ostensiva.
 - D) Num conceito de religiosidade que transcende a espiritualidade, estabelece um conjunto de valores morais, emocionais, de comportamento e atitudes, que pode contribuir na redução de risco CV, apesar de não interferir no controle pressórico.
- 16) Paciente deu entrada no PS pela manhã com queixa de dor torácica em aperto, iniciada na noite anterior, em repouso, sem irradiação, semelhante às dores que apresentou nos episódios prévios de infarto. Na entrada apresentava ECG com corrente de lesão antero septal e troponina de 160 (VR < 14). Evoluiu com piora de estado geral, queixa de fadiga e mal estar inespecífico, PA 60x30 mmHg, extremidades frias. Em choque cardiogênico, foi iniciado vasopressores e encaminhado à UTI. Colhidos novos marcadores, que apresentaram curva (troponina chegou a 7390 e CKMB 356). Em relação ao manejo da síndrome coronariana aguda, podemos afirmar:
- A) A cinecoronariografia deve ser realizada preferencialmente dentro das primeiras 24 horas do início do IAMCST, aguardando um tempo mínimo de 3 a 6 horas da administração da terapia trombolítica primária.
 - B) Em pacientes com IAMCST, a angioplastia percutânea primária deve ser realizada em pacientes que evoluem em choque cardiogênico ou disfunção ventricular esquerda grave após a estabilização hemodinâmica do paciente.
 - C) Pacientes com escore HEART ≤ 4 associado à troponina negativa, ECG com alteração de repolarização inespecífica e ausência de antecedentes de doença arterial coronariana podem ser liberados do serviço de emergência para reavaliação ambulatorial.
 - D) Mesmo com a disponibilidade de dosagem de troponina, a coleta de outros marcadores de necrose miocárdica são fundamentais para o melhor diagnóstico e manejo da síndrome coronariana aguda.
- 17) Mulher de 74 anos, com histórico de queda da própria altura seguida de perda de consciência deu entrada no PS em GCS 14, PA 120x60, FC 70, Sat O2 94%. Realizada tomografia computadorizada (TC) de crânio com AVE hemorrágico nucleocapsular à direita com hemoventrículo e desvio de linha média de cerca de 8 mm. Evoluiu com piora clínica, em GCS 7, sendo indicada intubação oro traqueal e transferida para avaliação da neurocirurgia. Foi abordada em região frontal E para drenagem de hematoma nucleocapsular D. Após 15 dias como não havia previsão de extubação, foi realizada traqueostomia pela cirurgia geral. No período foi tratada de infecção do trato urinário com meropenem e vancomicina. Consegue movimentar

- minimamente a cabeça para sinalizar sim ou não. Responde a comandos verbais. Apesar de hemiplegia à esquerda. Sem expressão verbal. Não apresenta fácies de dor ao exame físico. Questiono diversas vezes, em momentos diferentes, sobre desconforto, e ela nega todas as vezes. Em relação a diagnóstico e prognóstico no AVE, assinale a resposta correta:
- A) Enquanto que no hematoma hipertensivo, o diagnóstico mais provável é em hemorragia localizada nos núcleos da base, a angiopatia amilóide caracteriza-se por presença de sangue no espaço subaracnóideo.
 - B) A ressonância magnética tem sensibilidade e especificidade mais elevadas que a tomografia computadorizada e é o exame de escolha na fase aguda da hemorragia cerebral com hipertensão intracraniana.
 - C) Os fatores que mais reconhecidamente conferem prognóstico ruim para os pacientes com hemorragia intracraniana são: volume da hemorragia maior que 30 cm³, sangramento intraventricular e localização primariamente supratentorial.
 - D) A angiografia por cateter é o método de escolha para identificação de malformações arteriais de alto fluxo, quando o hematoma pode atrapalhar a identificação pela angiografia por tomografia computadorizada.
- 18) Paciente do sexo feminino, 55 anos, portadora de colecistopatia calculosa, é submetida à colecistectomia eletiva, sem intercorrências. No quarto PO, apresentou quadro febril (39°C), acompanhado de aumento de frequência cardíaca (>90 bpm/min), aumento de frequência respiratória (> 20 imp) e alterações na leucometria (> 12.000). Foi submetida à tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou abscesso subfêrnico. Rx de tórax com pneumonia de base direita e amostra de hemocultura, com resultado negativo. Em relação aos mediadores inflamatórios da Sepse: proteína C reativa (PCR) e procalcitonina (PCT), podemos afirmar:
- A) A dosagem da PCT é mais dispendiosa que a de PCR e não há estudos que justifiquem o uso de um indicador em detrimento do outro.
 - B) A determinação dos níveis séricos da PCR distingue somente a SRIS de natureza infecciosa, encontrando-se nestes casos valores de PCR > 10 mg/dl.
 - C) Os níveis de PCR reduzem mais rapidamente do que de outros indicadores de inflamação em um processo de resolução do quadro séptico.
 - D) A PCT é induzida primariamente por infecções localizadas e distingue a SIRS de causa não-infecciosas podendo contribuir para o diagnóstico precoce.
- 19) Paciente de 82 portador de IC com FE 35% ,HAS , DM tipo 2, dislipidemia, IAM há 4 anos, 3 AVEs prévios, primeiro há 8 anos com sequela motora à D. Transferido do PS para a sala de emergência por descompensação de diabetes e hipotensão por sepse de foco urinário. Paciente acamado há 3 meses, com perda progressiva de funcionalidade, PPS 40 nos 2 meses pré internação atual, escara em trocanter e hiperemia em sacro. Esposa relata desorientação nos últimos meses, compatível com quadro demencial progressivo pós AVE. Realizado cateterismo vesical intermitente, sendo evidenciado urina com piúria franca. Realizada expansão volêmica com 2L SF0,9%, sem necessidade de vasopressores para estabilidade hemodinâmica. Iniciado ceftriaxone 2g IV e insulina em BI para controle glicêmico. Em relação ao manejo da sepse urinária em UTI podemos afirmar:

- A) A sepse grave é caracterizada por hipoperfusão tecidual e hipotensão arterial grave com necessidade de agentes vasopressores.
 - B) Na UTI, deve-se coletar a urina dos pacientes com sonda vesical, da sua porção inicial e armazenar em recipiente de cultura para estímulo da multiplicação bacteriana.
 - C) Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na intensa vasodilatação periférica são: inibição da óxido nítrico sintetase induzida; aumento da atividade da vasopressina e ativação dos canais de K⁺ ATP-sensíveis na membrana celular.
 - D) A presença de bactéria na urina pode ocorrer em pacientes de UTI e não há indicação de troca regular de sonda vesical ou monitorização microbiológica de rotina.
- 20) Paciente de 24 anos, procedente do litoral de SP, mora com a esposa, sem filhos, possui 5 irmãos. Trabalhava consertando bicicletas, no momento está aposentado. A esposa e a mãe vem poucas vezes visitá-lo devido a suporte social escasso e necessitarem do auxílio do transporte municipal. Apresenta quadro de pneumopatia por bronquiectasias de longa data, com 3 tratamentos prévios para tuberculose. Vem apresentando piora com uso de 02 domiciliar há 10 meses e duas internações prévias neste ano. Realiza acompanhamento no ambulatório com cirurgia torácica e pneumologia. Há 3 semanas veio ao serviço realizar exames quando percebido desconforto e exacerbação do quadro pulmonar. Inicialmente internado em enfermaria, evoluiu com insuficiência respiratória devido a nova infecção, transferido para UTI sendo necessário intubação orotraqueal durante 2 semanas (extubado há 2 dias), também apresentou piora da função renal, necessitando de hemodiálise. Atualmente alternando oxigenioterapia por cateter nasal e ventilação não invasiva, com parâmetros respiratórios limítrofes. Paciente em leito, em precaução de contato, consciente, orientado. Taquipneico, em uso de CN 02 a 4L/min, FR=25 ipm, taquicárdico (FC=138 bpm), normotenso, afebril. Presença de baqueteamento digital. Em relação ao uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) em pacientes com pneumopatia grave podemos afirmar:
- A) Máscaras com orifício de exalação na própria máscara podem diminuir a reinalação de CO₂ quando comparadas com o uso de orifícios de exalação no circuito único dos ventiladores de VMNI.
 - B) A máscara facial total tem a desvantagem de aumentar o vazamento e possibilitar o uso de maiores pressões inspiratórias, além de aumentar o risco de as lesões de pele relacionadas ao uso da máscara.
 - C) As máscaras nasais são as interfaces mais frequentemente utilizadas para a aplicação da VMNI no ambiente hospitalar, reduzindo a resistência das narinas ao fluxo de ar e a presença do vazamento de ar pela boca.
 - D) O uso da VMNI para o tratamento da exacerbação grave da asma está contra indicado, devido ao alto risco de barotrauma e ao desconforto e intolerância do paciente em desconforto respiratório.
- 21) Homem de 54 anos, com antecedente de HAS sem tratamento e tremor essencial há mais de 10 anos, refere que iniciou com náuseas e fraqueza nas pernas bilateral, seguido de adormecimento do lado esquerdo do corpo, com perda de firmeza para segurar objetos. Relata instalação súbita do sintoma. Procurou PS externo sendo encaminhado a hospital de referência para

avaliação da neurologia com diagnóstico de AVE isquêmico de ACM D. Paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e anisocoria e foi indicada a realização de craniectomia descompressiva. TC de Crânio com hipodensidade em lobos frontal, parietal e occipital a direita.

- A) A utilização de manitol intravenoso e hiperventilação otimizada fazem parte do tratamento de segunda linha em pacientes com hipertensão intracraniana
 - B) O Neurocheck é uma avaliação neurológica rápida, que auxilia na tomada de decisões clínicas e substitui o exame neurológico suplementar.
 - C) Os corticóides são úteis no tratamento da pressão intracraniana elevada por infarto cerebral, hemorragia e trauma cranioencefálico.
 - D) Faz parte do neurocheck o registro seriado da escala de Glasgow, tamanho, simetria e fotoreação das pupilas, tipo de respiração e défices neurológicos focais.
- 22) Paciente de sexo feminino, 40 anos e com diagnóstico de abdome agudo inflamatório foi submetida à laparotomia exploradora, com inventário operatório de colicistite perfurada e sepse abdominal. Evoluiu no pós operatório com insuficiência respiratória, necessitando de ventilação mecânica com FiO2 acima de 50% e altos níveis de PEEP. Apresentava lesões intersticiais bilaterais no Rx de tórax com relação PaO2/FiO2 < 200. Permaneceu hipotensa mesmo após reposição adequada de volume e necessitou de drogas vasoativas para manter a pressão arterial. Em relação ao esquema sedativo podemos afirmar:
- A) A Ketamina é um antagonista do receptor NMDA, sem alteração da pressão intra craniana, com efeito sedativo, analgésico e não produz depressão respiratória.
 - B) O propofol é um agonista do receptor NMDA que aumenta a pressão intracraniana, porém com ausência de efeito analgésico
 - C) O midazolam é um agonista do receptor GABA, com efeito analgésico e sem efeito anticonvulsivante, que provoca maior instabilidade hemodinâmica que o propofol.
 - D) A dexmedetomidina tem ação alfa-2 agonista, reduz delirium, aumenta a pressão intracraniana, com potência sedativa e analgésica moderada.
- 23) Homem de 49 anos, hipertenso e diabético, com história prévia de aumento do volume abdominal, associado a hiporexia, perda ponderal involuntária de 15kg, febre e dor abdominal difusa. Investigação com US de abdome mostrou sinais de hepatopatia crônica e hipertensão portal, com trombose portal; múltiplos nódulos hepáticos e ascite moderada. TC de abdome com fígado de dimensões aumentadas; massa sólida hipovascularizada mal delimitada ocupando quase todo o lobo esquerdo hepático, medindo aproximadamente 11,0 cm, de aspecto neoplásico; várias outras lesões nodulares sólidas hipovascularizadas esparsas, por todos os segmentos hepáticos medindo até 3,0 cm; e trombose tumoral do tronco da veia porta e dos ramos portais. Realizou paracentese diagnóstica à admissão, negativa para PBE, GASA = 2,5 (3,3 - 0,8). Lab com hipercalcemia. Eliminações OK, em uso de laxantes de horário. Paciente portador de provável doença neoplásica e cirrose hepática de etiologia indeterminada (Child B). Está em programação de bx hepática. Em relação as possibilidades terapêuticas podemos afirmar:

- A) A técnica ablativa local por radiofrequência é uma alternativa à cirurgia nos pacientes com tumores < 3 cm, menos de 3 tumores e ausência de ascite.
- B) Pacientes com tumor único < 5 cm ou até três tumores < 3 cm, com sinais de invasão vascular ou doença extra-hepática devem ser considerados para transplante hepático.
- C) Radioembolização da arterial hepática, se disponível, pode ser considerada nos casos refratários à quimioembolização ou quando não há invasão macrovascular.
- D) O Sorafenibe como tratamento adjuvante após cirurgia ou terapia ablativa, mostrou benefício em termos de sobrevida global ou sobrevida livre de recorrência
- 24) Mulher de 68 anos com cirrose por provável NASH, CHILB B / MELD 9, em acompanhamento na hepatologia, sem indicação de transplante hepático. Deu entrada no PS com dor abdominal há 3 dias, em epigástrio com irradiação para o restante do abdome. Evoluiu, nos últimos 2 dias, com queda do estado geral, prostração, hiporexia e dores no corpo, assim como tosse seca. Refere que evacuou ontem, porém houve redução das evacuações no dia anterior. Nega febre. Irmã nega confusão mental ou alteração do nível de consciência. Evoluindo em disfunção renal aguda com hipercalemia com alteração eletrocardiográfica (K 6.8 / onda T apiculada) Peritonite bacteriana espontânea (Neutrófilos 19mil em líquido ascítico / bacterioscopia +). Em relação ao manejo clínico da síndrome hepatorenal, podemos afirmar:
- A) Deve-se empregar os critérios SHR-AKI para diagnóstico e graduação da lesão renal aguda em pacientes com cirrose.
- B) Administração de albumina venosa está indicada na profilaxia da SHR associada a PBE, a dose de 1,5 g/kg de peso no primeiro e 1,0 g/kg de peso no terceiro dia.
- C) A combinação de vasoconstrictores sistêmicos (preferencialmente terlipressina) e albumina é a terapêutica de escolha para o tratamento da ICA-AKI
- D) O diagnóstico de síndrome hepatorenal deve se basear nos critérios ICA-AKI, visando a instituição precoce de medidas terapêuticas
- 25) Paciente, feminina, 60 anos, ex tabagista, admitida no PS com quadro de náuseas, hiporexia, apatia há 3 dias. Refere perda de peso nos últimos 6 meses e há cerca de 1 mês passa maior parte do tempo deitada na sua cama devido a fadiga e adinamia. Em investigação clínica dado diagnóstico de CA colorretal com retossigmoidectomia associado a colostomia terminal e ressecção de metástase hepática com quimioterapia adjuvante. Em relação ao câncer colorretal avançado podemos afirmar:
- A) Entre os fatores ambientais, a dieta gordurosa, com carnes vermelhas e de alto teor calórico são fatores predisponentes para o câncer de cólon.
- B) Não há benefício no emprego da quimioterapia adjuvante nos pacientes com adenocarcinoma estádios I e 2.
- C) O tratamento quimioterápico adjuvante em pacientes no estágio 2 de alto risco está associado a aumento da sobrevida em 15%.
- D) O diabetes mellitus resistente a insulina não tem implicação como fator de risco para adenocarcinoma de cólon
- 26) Paciente de 61 anos, portadora de neoplasia de mama avançada, relata queda do estado geral, inapetência, astenia e emagrecimento associado a

desconforto álgico há 1 semana. Acompanhada pela oncologia que descreve Ca de mama triplo negativo com recidiva precoce em SNC e queda importante de performance/funcionalidade durante a radioterapia. Há 8 anos, foi diagnosticada com câncer de mama e submetida a quadrantectomia à direita, seguida de quimioterapia e radioterapia adjuvantes. Quatro anos após, evoluiu com recidiva tumoral, apresentando acometimento pulmonar e linfonodal em cadeia cervical à esquerda e mama direita, posteriormente apresentando quadro de rouquidão, sendo submetida a novas sessões de radio e quimioterapia. Permaneceu relativamente bem até a internação atual quando contatou-se progressão de doença com metástase cerebral. Quanto as estratégias preventivas para o câncer de mama, podemos afirmar:

- A) A implantação de um programa de rastreamento mamográfico organizado, com exames realizados a intervalos regulares de 1 a 2 anos, em mulheres a partir dos 25 anos de idade, reduz a mortalidade por câncer de mama.
- B) O emprego da ultrassonografia mamária associado à mamografia apresenta importantes benefícios, tais como ser operador dependente e aumentar o número de biopsias negativas.
- C) A utilização da ressonância magnética associada à mamografia apresenta-se como importante ferramenta na prevenção secundária do câncer de mama em mulheres idosas com alto risco.
- D) Não se observa redução na mortalidade por câncer de mama em mulheres submetidas ao rastreamento apenas com a utilização do autoexame, podendo ainda resultar em aumento no número de biopsias por lesões benignas.

27) Jovem de 22 anos notou massa no pescoço há 2 semanas. Encontra-se em bom estado geral, mas refere emagrecimento de 4 Kg nos últimos meses. Estuda e trabalha; mora com a família e tem um gato em casa. Ao exame físico: massa de 4 cm de diâmetro, indolor, de consistência endurecida e com pouca mobilidade, abaixo do ângulo da mandíbula e anterior ao esternocleido-occipito-mastóideo. Restante do exame físico sem anormalidades. Em relação ao câncer de tireoide podemos afirmar:

- A) Um nódulo tem probabilidade maior de ser carcinoma se o paciente for do sexo feminino, particularmente em indivíduos com idade > 30 anos.
- B) A ultrassonografia cervical tem acurácia para avaliação de tumor primário de 90% e para avaliação de linfonodos suspeitos de 85,3%.
- C) A ressonância magnética pode ser utilizada em situações específicas, como suspeita de invasão do nervo laríngeo recorrente ou do esôfago
- D) Os tumores papilíferos que à ultrassonografia medem entre 3 e 4 cm de diâmetro, são considerados de alto risco.

28) Idoso de 65 anos, portador de Alzheimer há 5 anos, dependência parcial para ABVDs, trazido ao PS pela filha que referiu paciente mais letárgico, menos responsivo desde o início da manhã. Ao verificar sinais vitais, notou hipertensão e bradicardia, além de mais rebaixado com piora de padrão ventilatório com estertoração em ambos hemitórax. Nega lipotímia/síncope, dor torácica, dispneia. TC tórax com espessamento de paredes brônquicas nos lobos inferiores associado a opacidades micronodulares centroacinares. Considerar as hipóteses de congestão ou ainda processo inflamatório de pequenas vias aéreas no diagnóstico diferencial. Impacção brônquica no lobo

inferior direito. Discreto derrame / espessamento pleural. O padrão das opacidades não é comumente encontrado em casos de pneumonia viral. Correlacionar com exame laboratorial. Encaminhado à UTI e iniciado antibioticoterapia. Em relação ao paciente portador de Alzheimer, podemos afirmar:

- A) A disfunção colinérgica está associada aos déficits cognitivos, neuropsiquiátricos e funcionais, justificando o interesse no uso de agonistas da colinesterase.
- B) A resistência insulínica nos tecidos pode estar envolvida na patogenia da Doença de Alzheimer, por aumentar os níveis de beta amiloide no sistema nervoso central.
- C) Recomenda-se o uso dos agonistas da colinesterase, como donepezila, rivastigmina ou galatamina para tratamento da Doença de Alzheimer leve a moderada.
- D) O tratamento da depressão na Doença de Alzheimer com inibidores de recaptção de serotonina devem ser evitados devido a falta de benefício

29) Paciente de 75 anos, masculino, com antecedentes de diabetes mellitus, da entrada na UTI com quadro de insuficiência respiratória aguda e choque. Acompanhantes Informam que ele estava gripado há alguns dias e que a febre aumentou em duração e intensidade nas ultimas 24 hs e há uma hora o paciente ficou inconsciente. Ao exame, estava febril com $T_{ax}=39^{\circ}C$, taquipneico, com $FR=35$ insp/min, com ausculta de estertores e ambas as bases pulmonares e hipotenso com $PA=83/39$ mmHg. A gasometria arterial mostrava $pH=7,24$; $pCO_2=29$ mmHg e $pO_2=51$ mmHg. Testes para Covid-19 negativos.

- A) Recomenda-se o uso de hidrocortisona em doses elevadas nos pacientes com sepse pulmonar grave ou choque séptico
- B) Os corticosteroides em doses baixas devem ser utilizados somente em pacientes com choque séptico que evolui com disfunção hepática.
- C) A associação de níveis reduzidos de cortisol, avaliados com níveis de albumina sérica, hiponatremia e hipoglicemia, ajudam no diagnóstico de disfunção adrenal.
- D) A utilização de dexametasona é contra indicada quando da dosagem de cortisol basal e teste de cortrosina, para diagnostico de disfunção adrenal

30) Paciente de 60 anos procura atendimento por dor em joelhos. Refere que tem esta queixa há mais de 5 anos, mas que piorou nos últimos 2 anos, quando engordou 5 Kg após aposentar-se. O exame físico demonstra crepitações à movimentação passiva e ativa de ambos os joelhos, além de discreto calor. Não há sinais de derrame articular. Em relação ao uso crônico de antiinflamatórios não hormonais (AINH), podemos afirmar:

- A) O uso crônico de AINH mais seletivos, em pacientes cardiopatas e hipertensos não afeta a evolução das doenças cardíacas pregressas.
- B) O inibidor seletivo de COX2, pode ser utilizado em pacientes com doença cardíaca isquêmica ou cardiovascular, ao contrário inibidores não-seletivos de COX-2.
- C) A indometacina e naproxeno não causem efeitos deletérios a função renal de pacientes com DM tipo 1.

- D) Paciente hipertenso, deve utilizar anti-hipertensivo bloqueador de canal de cálcio, quando necessitarem fazer uso AINHS em doses baixas.
- 31) Paciente masculino de 67 anos, com diagnóstico de TB pulmonar há 4 anos, com início de esquema RIPE na ocasião (tendo ficado internado por 49 dias, devido à síndrome consumptiva, febre e astenia). Atualmente em tratamento regular para TB pulmonar em fase de manutenção, com importante síndrome consumptiva. Em vigência de tratamento para PNM nosocomial, com odinofagia, astenia e lentificação da fala. Em investigação para provável neoplasia de sítio ainda indeterminado (Sd. paraneoplásica?). Paciente não possui ciência do diagnóstico e prognóstico de seu quadro atual. Em relação ao diagnóstico de tuberculose, podemos afirmar:
- A) Quando duas ou mais amostras de escarro estão negativas na PCR em pacientes com baciloscopia positiva, deve-se descartar micobactérias não-tuberculosas.
 - B) Além de rápida e barata, a baciloscopia tem alta sensibilidade e alto valor preditivo positivo em locais onde micobactérias não tuberculosas são comumente isoladas.
 - C) Teste de sensibilidade para detecção de gene de resistência é confiável, mas não é recomendado para substituir os testes de sensibilidade convencionais.
 - D) A utilização da biologia molecular para diagnóstico de TB, até o momento, não está indicada em TB pulmonar- espécimes respiratórias.
- 32) Paciente de 45 anos, refere sintomas gripais há 05 dias. Exame de RT-PCR para Covid positivo. Evoluindo rapidamente para insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica em UTI. TC de torax que mostrou área pulmonar com 50 a 75% de vidro fosco. Desmame ventilatório difícil devido a agitação e ansiedade do paciente. Família Relata que paciente é mecânico e portador de transtorno de ansiedade com uso abusivo de Clonazepan. Filha relata que estava afastada do pai há 1 ano por conflitos familiares e retornou agora ao saber de seu adoecimento. Família compreende que o fator psicológico possa interferir no processo de recuperação do paciente e esta se mobilizando para tentar reverter esta situação.
- A) O transtorno de ansiedade causa importantes prejuízos no funcionamento em diversas áreas levando o paciente a evitar exposição social.
 - B) Deve-se buscar sintomas de evitação em indivíduos que apresentem medo intenso de agir de forma adequada
 - C) A prevalência de depressão em paciente com transtorno da ansiedade é baixa e não compromete seu desempenho social
 - D) Em presença de multimorbidades, o diagnóstico de transtorno de ansiedade torna-se mais claro e de fácil tratamento.
- 33) Paciente de 73 anos, refere que, há cerca de 3 semanas, iniciou quadro de dor abdominal, tipo cólica, no início de leve intensidade, mas com piora progressiva, associado a sangramento via vaginal e ardência urinária. Devido a permanência da dor, procurou o PS de onde, após avaliação e analgesia, foi encaminhada a hospital de referência. Realizou TC de abdome sem contraste: útero globoso com dimensões aumentadas e atenuação difusamente heterogênea, com volume de 500m³// formação densa mal definida na região anexia direita (2,5cm), indistinta do ovário. USG pélvica: útero globoso, de

dimensões aumentadas, difusamente heterogêneo não se identificando eco endometrial. recomenda-se prosseguir investigação com RNM de pelve, pela hipótese de neoplasia primária. Em relação ao diagnóstico de adenocarcinoma endometrial, podemos afirmar:

- A) O diagnóstico de adenocarcinoma endometrial é suficiente para o estabelecimento da abordagem terapêutica, que deverá ser a cirurgia, a depender do tipo histológico e caracterizações imunoistoquímicas.
- B) O PET/CT demonstra grande sensibilidade, especificidade e acurácia na detecção pré-cirúrgica de metástases linfonodais, e substituí, o estadiamento cirúrgico para o carcinoma de endométrio
- C) Na suspeita de adenocarcinoma endometrial ou na necessidade de afastar essa neoplasia, o estudo histológico de amostra do endométrio é necessário e o método mais eficaz para sua obtenção é através da biopsia ambulatorial com cânula de Pipelle.
- D) O estudo imunoistoquímico da peça operatória de adenocarcinoma endometrial pode ser necessário quando houver dúvida diagnóstica e/ou suspeita da presença de tumor misto que poderá implicar em necessidade de terapêutica complementar.

34) Homem de 42 anos, comerciante, casado, pai de menino de 11 anos, filho de pais evangélicos. Hígido até há 3 meses quando iniciou com perda ponderal importante e icterícia. Encaminhado a hospital de referência onde foi feito diagnóstico tomográfico e por ressonância magnética de síndrome colestática devido a neoplasia de vias biliares avançada. Realizado drenagem transparietohepática e biópsia (inconclusiva), recebendo alta hospitalar com orientação de acompanhamento ambulatorial. Após 1 semana evoluiu com dor abdominal, vômitos e febre e foi reinternado com diagnóstico de sepse abdominal por colangite. Recebeu antibioticoterapia e aguardava nova biópsia quando abriu quadro de Insuficiência Renal Aguda Dialítica. Durante toda internação o paciente mostrou-se introspectivo, depressivo, não aceitava aproximação e negava sintomas. Diz que já sabia sobre a gravidade da doença, pois o oncologista já disse que esta muito difícil o tratamento, mas não gostaria de conversar sobre o assunto. Em relação ao manejo da depressão na doença avançada, assinale a resposta correta:

- A) Recomenda-se que a dose do antidepressivo nas fases de continuação e de manutenção do tratamento de pacientes com depressão unipolar seja menor que a foi necessária para se atingir a remissão, pois a manutenção da mesma leva a maior índice de efeitos colaterais.
- B) Em pacientes depressivos e com comportamento suicida, o uso de risperidona em doses baixas ou de carbonato de lítio em doses convencionais, proporcionam redução rápida e significativa da ideação e do comportamento suicida.
- C) A presença de sintomas residuais de depressão, não representa uma forma ativa e clinicamente importante do transtorno e não está associada à recorrência da síndrome completa
- D) Quanto mais longo é o período sintomático, menor é a possibilidade de recuperação, que nos primeiros seis meses de sintomas é de 80%, caindo vagarosamente com o passar dos meses.

35) Mulher de 45 anos com diagnóstico de paramiloidose desde os 30 anos, relata que subitamente começou apresentar falta de firmeza em MMII, iniciou quadro

de investigação e evoluiu com parestesia em MMSS e MMII e diarreia, além de falta de controle vesical, necessitando de sonda vesical de alívio. Foi investigada durante dois anos e fechada com diagnosticada com paramiloidose. Após isso evoluiu com piora progressiva do quadro, principalmente da parte emocional, com dificuldade de lembrar das coisas e tristeza intensa. Paciente previamente candidata a transplante hepático, porém por apresentar baixo peso foi retirada da fila de transplante. No serviço faz acompanhamento com a neurologia, gastro, oftalmo, urologista e cardiologista. Tem ciência sobre a progressão da doença e que não apresenta estabilidade da mesma, porém deseja uma medicação para melhorar pés e mãos. Apresenta tristeza e desânimo intenso, com pouca vontade de viver e dores generalizadas no corpo. Vem em internações frequentes por infecção urinária recorrente. Assinale abaixo a alternativa correta:

- A) As infecções do trato urinário inferiores recorrentes caracterizam-se pela presença de dois ou mais episódios de ITU em dois meses após a cura da primeira infecção.
 - B) A administração oral de estriol previne a recorrência de infecção do trato urinário em mulheres na menopausa, provavelmente devido a modificações na flora vaginal.
 - C) Na antibioticoterapia contínua, as opções mais comuns, com menores efeitos colaterais e pouco onerosas, incluem a nitrofurantoína, seguida do cotrimoxazol e quinolonas
 - D) A duração da profilaxia deve ser de, no mínimo, três meses e uma urocultura deve ser solicitada ao término da terapêutica
- 36) Jovem de 24 anos, previamente hígido, com quadro gripal há 20 dias. Procurou pronto atendimento com queixas de dor torácica há 2 dias, acompanhada palpitações e mal estar. Rx tórax sem evidências de comprometimento pulmonar. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal e sinais de repolarização precoce. Ecocardiograma com derrame pericárdico discreto. Encaminhado a hospital de referência com suspeita de miocardite aguda. Em relação ao manejo da miocardite podemos afirmar:
- A) Os pacientes estáveis com suspeita clínica intermediária, deverão ser submetidos à extratificação não invasiva de doença arterial coronariana.
 - B) Sintomas de insuficiência cardíaca de início recente nos últimos meses (> 3 meses) na ausência de doença coronariana exclui o diagnóstico de miocardite.
 - C) A miocardite subclínica se manifesta com sintomas inespecíficos como febre, mialgia, sintomas respiratórios ou gastrointestinais.
 - D) A miocardite aguda cursa com quadro clínico semelhante à síndrome coronariana aguda, porém sem elevação de marcadores de necrose miocárdica.
- 37) Paciente de 18 anos, portadora de diabetes mellitus do tipo I há 8 anos, apresentou quadro de cetoacidose diabética por diminuição voluntária da dose de insulina nas suas aplicações diárias. Durante a quarta hora de tratamento, em uma unidade de emergência, a paciente apresentou piora importante do seu nível de consciência. Ela evoluiu para coma profundo, apresentando resposta extensora dos dedos bilateralmente, bradicardia, pressão arterial 140/90 mmHg e bradipneia. O débito urinário na última hora foi de 300 ml. Os

- últimos controles laboratoriais mostravam: glicemia=220 mg/dL; Na=142; K=4,6; Cl=101 mEq/L; Uréia=20 mg/dL e a gasometria arterial com pH=7,29; pCO₂=30 mmHg e pO₂=90 mmHg.
- A) É recomendável a insulinoterapia venosa intensiva para manutenção de faixas glicêmicas entre 80 e 110 mg/dl, em pacientes com sepse grave ou choque séptico.
- B) Para os pacientes sépticos em uso de insulinoterapia venosa para controle glicêmico, as amostras devem ser de sangue capilar ou venoso.
- C) Para controle glicêmico na sepse, quando não houver hemogasometria, o glucometer pode ser utilizado, desde que se conheçam suas imprecisões.
- D) Os pacientes que forem admitidos na UTI, com choque séptico e hiperglicemia, devem receber insulinoterapia venosa imediata.
- 38) Paciente de 72 anos com quadro de urina fétida há dias. refere fraqueza, dor no dorso, nega febre e demais sintomas gripais. inicialmente internada na ala Covid, liberada do setor após 2 resultados de RT-PCR-SARS-COV2 negativos. Há 7 anos foi diagnosticada com Parkinson e desde então vem em perda progressiva de funcionalidade com sinais de demência e dependência total para atividades básicas de vida diária. Nos últimos meses vem cursando com infecções recorrentes e internações frequentes. Nesta internação vem em investigação de derrame pleural com suspeita de processo neoplásico. Em relação a doença de Parkinson, podemos afirmar:
- A) Um processo degenerativo no sistema nigroestriatal pode explicar uma série de sintomas e sinais não motores, tais como distúrbios do sono, hipotensão postural, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, demência, entre outros
- B) Por ser uma doença progressiva que usualmente acarreta incapacidade grave precocemente, a doença de Parkinson, tem elevado impacto social e financeiro, particularmente na população mais idosa.
- C) Na doença de Parkinson, o processo de degeneração de neurônios dopaminérgicos nigroestriatais leva a um aumento da modulação da dopamina estriatal e, conseqüentemente, das alterações motoras.
- D) A prevenção secundária, uma vez que a doença de Parkinson tenha sido diagnosticada, busca reduzir a taxa de progressão da doença e parar ou mesmo reverter a morte neuronal.
- 39) Paciente de 51 anos, com diagnóstico de ELA há 02 anos, em acompanhamento ambulatorial em hospital de referência. Vem evoluindo com piora rápida e progressiva da perda motora com disfagia e dispneia. Interna na UTI em insuficiência respiratória por progressão de doença com necessidade de traqueostomia e gastrostomia. No décimo dia de internação evolui com choque séptico de origem pulmonar evoluindo com instabilidade hemodinâmica. Iniciado protocolo de sepse com coleta de culturas e antibioticoterapia. Paciente encontra-se em cuidados intensivos, em BIPAP, evoluindo com piora da função renal, com diurese 800ml. Após escalonamento de antibiótico apresenta melhora hemodinâmica com desmame de Noradrenalina (0,05mcg/kg/min). Em relação a infecção pulmonar relacionada a ventilação mecânica, podemos afirmar:
- A) Em pacientes com sepse pulmonar, os achados mais comumente associados às pneumonias, como febre, leucocitose, escarro purulento e

redução de transparência pulmonar em radiografias, podem estar presentes por outros motivos.

- B) Na terapia intensiva, os pacientes gravemente enfermos podem apresentar processo infeccioso sem apresentar febre, esta propriamente é muito bem definida pelos mecanismos inflamatórios reguladores
 - C) O estabelecimento da etiologia das infecções do trato respiratório, em pacientes de terapia intensiva, é facilmente definida pelo isolamento de alguma bactéria através de secreção traqueal ou lavado bronquioloalveolar
 - D) A hemocultura de amostra para aeróbio e anaeróbio em locais diferentes de punção, deve ser colhida em todo paciente suspeito de pneumonia grave, com positividade em cerca de 50% a 70% das vezes.
- 40) Paciente de 59 anos previamente funcional, em acompanhamento no ambulatório de dor devido dor crônica em região interescapular, evoluindo com parestesia em MSD e ptose palpebral à D há 10 meses. Há 15 dias sofreu queda da própria altura, apresentando parestesia em MMII e evoluindo no mesmo dia para paraplegia MMII, além de retenção urinária e fecal. Avaliado pela neurocirurgia, sendo evidenciada tumoração em ápice pulmonar direito com invasão local com extensa lesão vertebral lítica com compressão medular. Diagnóstico histológico definido como carcinoma de pequenas células. RNM coluna: Lesão expansiva e infiltrativa centrada no ápice pulmonar direito (inferindo provável sua provável origem - Síndrome de Pancoast), com invasão e compressão medular na altura de D1 e D2, além do envolvimento circunferencialmente a artéria subclávia direita (pérvia), mais medialmente invade a musculatura perivertebral. Em relação aos pacientes portadores de carcinoma de pequenas células de pulmão podemos afirmar:
- A) A cintilografia óssea é indicada apenas em casos de sintomas ósseos ou suspeita de acometimento esquelético, entretanto, não pode ser dispensada em pacientes submetidos a estadiamento com PET/CT.
 - B) A RM do encéfalo é obrigatória para pacientes sintomáticos e sugerida para todos os pacientes independentemente dos sintomas ou estadiamento, especialmente em estágios I/II com alta incidência de lesão em sistema nervoso central
 - C) O PET/CT é recomendável especialmente para pacientes com suspeita de doença localizada e candidatos a tratamento com intenção curativa como cirurgia ou radioterapia.
 - D) A cirurgia é recomendável para pacientes com acometimento mediastinal extenso, sendo contraindicada apenas para acometimento linfonodal mediastinal de estação única e não volumoso

PROVA PRÁTICA 19.01.2023 – 3 CASOS CLÍNICOS – 3 QUESTÕES DISSERTATIVAS/CASO

CASOS CLÍNICOS:

- I. ARV 75 anos, casado, pai de 3 filhos, hipertenso, diabético e tabagista de longa data, pouco aderente às recomendações médicas. Há dois anos, sofreu Infarto do miocárdico e oito meses após foi vítima de acidente vascular encefálico com pouca sequela motora. Foi bem até que há 3 meses evoluiu em falência renal e iniciou terapia de substituição renal 3 x por semana em clínica de diálise. Família relata que após este período evoluiu com emagrecimento e perda funcional importante, pois não tolerava bem a diálise e demorava a recuperar-se do mal estar após o procedimento.
 - 1) Quais aspectos fundamentais para a tomada de conduta a serem considerados nesse momento?
 - 2) Considerando a deliberação entre fatos e valores, você manteria a terapia de substituição renal para este paciente? Explique o porquê de sua resposta.
 - 3) Supondo que você foi chamado para atuar nesse caso, descreva o seu parecer em até 10 linhas.

- II. Sra de 65 anos com 10 filhos que após falecimento de marido há 20 anos, teve outro relacionamento tumultuado que perdurou por 16 anos. Já adoecida voltou a morar com o filho mais velho, que junto com dois outros irmãos auxiliam nos cuidados. Tem diagnóstico de Alzheimer há 10 anos e há 1 ano tem dificuldades de deambulação e faz uso de fraldas. Ainda conseguia comer sozinha, mas nos últimos dias após engasgos e tosse foi encaminhada ao hospital onde foi internada com suspeita de Covid.
 - 4) Baseado na história de evolução natural da doença, qual a fase de evolução em que ela se encontra e qual o prognóstico estimado?
 - 5) Baseado apenas na funcionalidade, essa paciente é elegível para Cuidados Paliativos? Justifique.
 - 6) Qual score essa paciente pontuaria na escala Palliative Performance Scale? Justifique.
 - 7) Cite as etapas de uma reunião para tomada de decisão compartilhada.
 - 8) Elabore o plano de cuidados no que se refere ao uso de dieta enteral e antimicrobiano.

- III. Paciente de 52 anos, solteira, sem filhos e muito ativa até antes do adoecimento. Trabalhava como bombeira e dava aulas em sua área. Foi submetida a ressecção de Glioblastoma multiforme há 2 anos e tratamento com RT e QT. Evoluiu com déficit motor a esquerda mas conseguia caminhar. Casou-se a cerca de 2 anos, pouco antes do diagnóstico e mudou-se para Praia Grande, separando-se no final do ano passado. Já apresentava sinais de queda do estado geral um pouco antes da separação o que agravou-se com a depressão devido a este fato. Vinha apresentando fraqueza e quedas frequentes e antes da internação foi encontrada desacordada no quarto e com liberação esfinteriana. Irmão foi busca-la no litoral e a trouxe para internação em São Paulo, com rebaixamento do nível de consciência, vômitos e convulsões frequentes. Exames de imagens demonstraram

recidiva tumoral. Avaliada pela neurocirurgia que conversou com familiares sobre o risco e benefício da cirurgia solicitando definição da mesma por procedimento cirúrgico ou cuidados paliativos. Familiares ainda um pouco indecisos quanto a proposta cirúrgica. Sentem que talvez percam a oportunidade de uma melhora com a cirurgia.

9) Esta paciente apresenta critérios de terminalidade? Quais?

10) Qual o mecanismo do vômito neste caso?

11) Qual o mecanismo das convulsões neste caso?

12) Elabore uma prescrição para esta paciente.