

**Concurso Público para provimento de cargos de  
Médico - Nível III (Grau A) - Residência Médica  
Medicina Intensiva**

Nome do Candidato

Caderno de Prova '17', Tipo 001

Nº de Inscrição

MODELO

Nº do Caderno

MODELO1

Nº do Documento

0000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

00001-0001-0001

**P R O V A****Conhecimentos Gerais  
Conhecimentos Específicos  
Dissertativa****INSTRUÇÕES**

- Verifique se este caderno:
  - corresponde a sua opção de cargo.
  - contém 40 questões, numeradas de 1 a 40.
  - contém a proposta e espaços para rascunho e transcrição definitiva das três questões dissertativas.Caso contrário, reclame ao fiscal da sala um outro caderno.  
Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta certa.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

**VOCÊ DEVE**

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A,B,C,D,E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, conforme o exemplo: (A) ● (C) (D) (E)
- Ler o que se pede na Prova Dissertativa e utilizar, se necessário, o espaço para rascunho.

**ATENÇÃO**

- Marque as respostas primeiro a lápis e depois cubra com caneta esferográfica de material transparente de tinta preta.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de máquina calculadora.
- Em hipótese alguma os rascunhos das questões da Prova Dissertativa serão corrigidos.
- A duração da prova é de 5 horas para responder a todas as questões objetivas, preencher a Folha de Respostas e responder a Prova Dissertativa (rascunho e transcrição).
- Ao término da prova, chame o fiscal da sala e devolva todo o material recebido.
- Proibida a divulgação ou impressão parcial ou total da presente prova. Direitos Reservados.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

1. Em relação às instituições públicas, é correto afirmar:
  - (A) Uma organização é considerada moderna se é capaz de usar o conhecimento para desenvolver e oferecer novos produtos e serviços, dentro de espírito inovador e criativo.
  - (B) Um ambiente de trabalho moderno é bastante rígido, proporciona disciplina, impermeabiliza procedimentos já existentes dentro da organização e evita inovações que desestabilizem a rotina.
  - (C) O fornecimento de informações aos cidadãos é essencialmente seletivo, para que eles não influenciem significativamente as decisões políticoadministrativas.
  - (D) A política de capacitação de servidores públicos prescinde de ferramentas de informática e uso das tecnologias da informação.
  - (E) O compartilhamento de conhecimento e informação na gestão pública será incluído como prioridade apenas em políticas de gestão do conhecimento futuras.

---

2. No momento em que o Governo avalia o desempenho de suas organizações e de seus servidores por metas ou objetivos alcançados, ele está avaliando a gestão pública por meio
  - (A) da eficiência.
  - (B) da eficácia.
  - (C) da efetividade.
  - (D) da qualidade.
  - (E) do custo.

---

3. De uma maneira geral, as competências gerenciais são classificadas em três categorias: conhecimentos, habilidades e atitudes. Essas categorias são necessárias para ocupar um cargo de gerente e dependem do nível hierárquico do cargo, das tarefas a serem desenvolvidas pelo gerente e do tipo de organização, entre outros fatores. A relação correta entre habilidades e nível hierárquico é:
  - (A) Quanto mais alto o nível hierárquico do cargo a ser ocupado, mais habilidades técnicas serão requeridas.
  - (B) Em cargos de gerências táticas e intermediárias são requeridas com maior intensidade as chamadas habilidades e atitudes.
  - (C) Em cargos com características operacionais são requeridas maiores habilidades técnicas como principal condição desse gerenciamento.
  - (D) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades atitudinais serão requeridas.
  - (E) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades conceituais serão requeridas.

---

4. O Brasil é um Estado organizado de forma Federativa. Isto significa que as atribuições inerentes aos poderes executivo, legislativo e judiciário são divididas em duas esferas de atuação: a Federal (União) e a Estadual. Em relação a essas esferas, é INCORRETO afirmar que
  - (A) a cúpula dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário formam o núcleo estratégico do Estado.
  - (B) aos Estados e Municípios são atribuídas as ações de caráter local.
  - (C) a Constituição da União e as leis federais determinam o escopo e o alcance das constituições dos Estados Federados.
  - (D) o critério de divisão de poderes entre União e Estados membros é, ao mesmo tempo, funcional e territorial.
  - (E) os Estados têm total autonomia para formulação e aplicação de suas políticas, independentemente do poder central.

---

5. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) consta que: “são significativos os fatores externos decorrentes do desenvolvimento do capital humano sob a perspectiva do Ciclo de Vida. Ao mesmo tempo em que uma população saudável e bem nutrida influencia positivamente os indicadores educacionais, o investimento em educação tem reflexos positivos sobre os indicadores de saúde”.  
Dentre outras, são ações propostas no PMDI:
  - (A) adoção de perspectiva integrada de desenvolvimento do capital humano; salto de qualidade no ensino e ampliação da escolaridade da população jovem mineira, orientada por padrões internacionais (OCDE); superação da pobreza crônica das novas gerações; protagonismo juvenil e capacitação para o trabalho.
  - (B) aumento do número de escolas e hospitais de atendimento público; aumento de ambulatórios setoriais ou regionais; aumento do número de vagas para médicos no atendimento público.
  - (C) adoção de qualidade no ensino e no atendimento público em todos os órgãos destinados à população; superação da pobreza crônica e capacitação para o trabalho.
  - (D) superação da pobreza crônica; elaboração de programas materno-infantil e de adolescentes para diminuir a mortalidade infantil; construções de escola de nível médio e de ensino superior.
  - (E) construções de redes de hospitais de atendimento público; implantação em todo o estado mineiro do Programa de Saúde do Trabalhador; Construção de Escolas Públicas para aumentar o número de vagas disponíveis e capacitação para o trabalho.



6. É VETADO ao Funcionário Público
- (A) facilitar as atividades de fiscalização pelos órgãos de controle.
  - (B) observar os princípios e valores da Ética Pública.
  - (C) divulgar e informar a todos os integrantes de sua classe sobre a existência de Código de Conduta Ética.
  - (D) utilizar-se do cargo, emprego ou função para obter qualquer favorecimento para si ou outrem.
  - (E) apresentar-se ao trabalho com vestimentas adequadas ao exercício da função.
- 
7. Dentre as características das organizações públicas modernas, nas quais o conhecimento é valorizado, encontra-se
- (A) coordenação centralizada de tarefas.
  - (B) predomínio do trabalho individual.
  - (C) transmissão do conhecimento coletivo, de preferência, em forma de documentos impressos.
  - (D) o servidor-polivalente e inovador.
  - (E) diminuição do poder dos usuários dos serviços dessas empresas.
- 
8. Segundo seu delineamento, em um estudo de
- (A) *coorte*, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (B) caso-controle, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (C) prevalência, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (D) caso-controle, o risco da doença não é medido diretamente.
  - (E) caso-controle e de prevalência, o risco da doença é medido diretamente.
- 
9. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe
- (A) que as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde do país sejam homogeneizadas e contempladas dentro de um documento igual para todos os estados.
  - (B) que a esfera federal de gestão realize todo o planejamento e a regionalização das ações fique a cargo dos estados e municípios.
  - (C) que cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) realize o seu planejamento.
  - (D) instrumentos de planejamento de centralização: Plano Diretor, Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).
  - (E) Plano Federal Bienal de Saúde, instrumento básico que norteia a Programação Bienal das ações e serviços de saúde prestados.
- 
10. Sobre os modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar que
- (A) se fundamentam em regionalização, integralização e terceirização dos serviços.
  - (B) cada doença tem um nível de atenção à saúde (primária, média complexidade e alta complexidade) predeterminado.
  - (C) se fundamentam em regionalização e integração dos serviços interfederativos.
  - (D) foram implantados com vistas ao atendimento das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).
  - (E) os serviços de atenção primária são as únicas portas de entrada no sistema SUS.



- 
11. O projeto de vigilância em saúde (Vigisus) é
- (A) voltado à redução de mortalidade por doenças transmissíveis e não abrange a exposição a fatores de risco associados com a saúde.
  - (B) composto de duas fases: Vigisus I (1999 a 2004) para Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigisus II (2005-2013) para Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.
  - (C) destinado à redução da mortalidade e da morbidade de doenças transmissíveis, mas não abrange as doenças não transmissíveis.
  - (D) executado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Fundação Nacional de Saúde, sendo financiado pelo Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento.
  - (E) direcionado para serviços de saneamento em grandes aglomerados urbanos e, por isso, não inclui a saúde de povos indígenas e quilombolas.
- 
12. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições,
- (A) o controle e a fiscalização do serviço de internação e atendimento ambulatorial, não abrangendo a execução da política de sangue e seus derivados.
  - (B) a fiscalização e inspeção de alimentos quanto à qualidade sanitária, sem abranger a vigilância nutricional e a orientação alimentar.
  - (C) a participação na formulação da política de saúde pública, não incluindo a execução de ações de saneamento básico.
  - (D) a participação no controle e formulação da política de medicamentos, excetuando a participação na produção de insumos de interesse para a saúde.
  - (E) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
- 
13. O controle social no Sistema Único de Saúde
- (A) diminuiu após a Norma Operacional Básica (NOB 1/96), desde que esta redefiniu vínculos de serviços com seus usuários.
  - (B) está contemplado em um dos blocos de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde.
  - (C) está previsto somente para serviços públicos de assistência à saúde.
  - (D) pressupõe ações dos usuários sobre serviços, exclusivamente, da iniciativa privada.
  - (E) requer financiamento do próprio usuário.
- 
14. A educação em saúde, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) é o objetivo de um Programa destinado a capacitar trabalhadores da saúde para a utilização adequada de equipamentos usados em serviços de saúde.
  - (B) está prevista em legislação, mas ainda não existe uma secretaria de gestão relacionada a essa área.
  - (C) restringe-se a um compromisso de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores da saúde.
  - (D) refere-se à qualificação de trabalhadores da saúde e, ainda, à promoção de hábitos saudáveis aos usuários do SUS.
  - (E) prevê atividades exclusivas dos trabalhadores da saúde para atendimento da população.
- 
15. Quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência podem corresponder ao Piso Assistencial Básico (PAB) destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal.
  - (B) na esfera estadual, conta com recursos transferidos pela União e essas transferências regulares não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
  - (C) na esfera municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, existem transferências eventuais da União para municípios, as quais não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
  - (D) os fundos de saúde dos municípios não podem receber verba oriunda de reembolso de despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde.
  - (E) os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG) e o teto financeiro do estado; não deve conter os tetos de municípios.
-



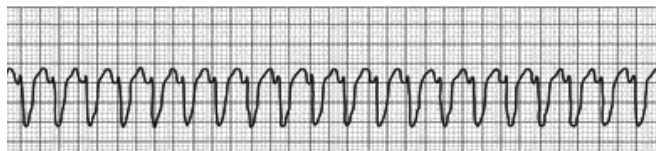
16. Na legislação do Sistema Único de Saúde,
- (A) “Programação Pactuada e Integrada (PPI)” restringe-se às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.
  - (B) “Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)” é um montante que corresponde ao financiamento do conjunto de ações assistenciais em situações de emergência, assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde, transferido eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde.
  - (C) “Índice de Valorização de Resultados (IVR)” consiste na atribuição de valores adicionais ao teto financeiro da assistência do estado, transferidos eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, quando houver obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
  - (D) “Remuneração por Serviços Produzidos” restringe-se ao pagamento direto aos prestadores privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor.
  - (E) “Fração Assistencial Especializada (FAE)” é um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.
- 
17. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê:
- (A) Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade de serviços de média complexidade, incluindo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar para sua própria população.
  - (B) Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, nos quais as funções de gestão e relacionamento com prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor municipal, podendo este delegar aos gestores de hospitais as funções de controle e avaliação dos prestadores.
  - (C) Ao governo federal cabe prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município, para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência, sempre de acordo com a Programação Pactuada e Integrada.
  - (D) A assistência de alta complexidade deve ser programada no âmbito federal, e em alguns casos macrorregionais, tendo em vista as características especiais desse grupo: alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.
  - (E) A programação da assistência de alta complexidade, consolidada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, não deve conter a referência de pacientes para outros Estados, ou mesmo, reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados.
- 
18. As ações de auditoria dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são
- (A) atividades que necessitam de um órgão que consolide as informações necessárias, analise os resultados obtidos em decorrência de suas ações, mas não proponha medidas corretivas.
  - (B) de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho.
  - (C) ações de controle que podem, ou não, auditar procedimentos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos.
  - (D) ações de controle que excluem autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, desde que sejam critérios médicos.
  - (E) monitoramentos da qualidade dos serviços prestados, sem priorizar a regularidade e fidedignidade de registros de produção e faturamento de serviços.
- 
19. Segundo Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS-NOAS 01), houve fortalecimento do controle, regulação e avaliação da assistência aos usuários devido
- (A) à criação de procedimentos técnico-administrativos prévios à prestação de serviços hospitalares, os quais não podem ser fiscalizados pelos usuários.
  - (B) à previsão de compra de serviços da rede privada, pautada apenas na sua indisponibilidade na rede pública.
  - (C) à possibilidade de compra de serviços da rede privada com base no interesse público e necessidades assistenciais.
  - (D) à implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos que não podem ser avaliados pelos usuários.
  - (E) ao fato do gestor federal elaborar todos os planos de controle, regulação e avaliação para fortalecimento da capacidade de gestão.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

**Atenção:** Para responder às questões de números 20 e 21 considere o caso abaixo.

*Paciente de 73 anos com tontura há seis meses, sendo inicialmente feita suspeita clínica de labirintite. Tratada com sintomático, sem melhora. Evoluiu com períodos sincopais, sendo feita suspeita de arritmia (recebendo amiodarona 200 mg 3x por semana). Hoje apresentou quadro de tontura ao levantar da cama, com escurecimento de vista e com queda da própria altura. No exame neurológico não apresentava sinais de localização, sendo pedida TC de crânio que não mostrou sangramentos ou isquemias agudas. Na monitoração cardíaca apresentou quatro períodos de arritmia (imagem abaixo), sem perda de consciência.*

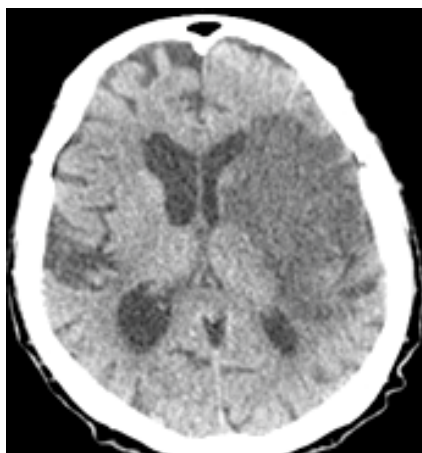
*Antecedentes: dislipidemia controlada. HAS em uso de bloqueador de enzima de conversão, AAS 200 mg ao dia, em uso de amiodarona 200 mg 3x por semana.*

**ECG:**

20. Sobre o ritmo acima, o diagnóstico é
- (A) Bloqueio Átrio Ventricular de terceiro grau.
  - (B) Taquicardia Ventricular.
  - (C) Fibrilação Ventricular.
  - (D) Taquicardia Sinusal.
  - (E) Fibrilação Atrial.
- 
21. Após realização de Holter, observaram-se 132 situações com a arritmia citada no caso, sem demais arritmias. A conduta correta será
- (A) aumento da dose de amiodarona.
  - (B) desfibrilação.
  - (C) cardioversão química da arritmia.
  - (D) cardioversão elétrica da arritmia.
  - (E) realização de ecocardiograma transesofágico antes de cardioversão.

**Atenção:** Para responder às questões de números 22 e 23 considere o caso abaixo.

*Paciente de 88 anos. Há 90 minutos iniciou déficit de força em hemicorpo direito, seguido de rebaixamento de consciência. Ela é admitida com 2 horas do início do quadro e com a tomografia de crânio abaixo. O nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow de 8: abertura ocular 2, resposta verbal 1 e resposta motora 5. As pupilas eram mióticas e simétricas, com reflexo foto-motor positivo bilateralmente. Havia afasia de compreensão e expressão, hemiplegia completa à direita com força muscular em grau III. O exame neurológico pela Escala do NIH com pontuação de 27. Antecedentes: Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Fibrilação Atrial. Medicamentos em uso: atenolol 25 mg/dia, nitrendipina, vasogard (cilostazol), alois (cloridrato de memantina), metformina e actonel (risedronato).*



22. Sobre a trombólise intravenosa com alteplase nesta paciente, está
- (A) contraindicada por TC apresentar sinais de transformação hemorrágica.
  - (B) indicada, pois ainda estamos em tempo hábil com duas horas de evolução.
  - (C) contraindicada por exame neurológico na escala do NIH estar em 27.
  - (D) indicada por baixo nível de consciência.
  - (E) indicada somente após realização de ressonância magnética com estudo angiográfico.



23. Uma conduta admissível após reunião com a família, será:
- (A) Angiografia e embolização da artéria cerebral média esquerda.
  - (B) Angiotomografia de vasos cervicais.
  - (C) Anticoagulação com heparina intravenosa.
  - (D) Início de inibidor Xa (dabigatano – pradaxa ou rivaroxabano – xarelto).
  - (E) Instituição de medidas de cuidados paliativos.

**Atenção:** Para responder às questões de números 24 e 25 considere o caso abaixo.

*Paciente de sexo feminino, 30 anos, com leucemia mieloide aguda M3 há um ano, em fase de remissão após término da quimioterapia. Vem em uso de metotrexate e aplicações de ATRA (ácido transretinóico) a cada 3 (três) meses como tratamento de manutenção. Há uma semana começou a apresentar tosse seca e dispneia de intensidade progressiva. Há um dia houve piora. Chegou ao pronto-socorro em insuficiência respiratória, SpO<sub>2</sub> 80% em ar ambiente, com melhora com oxigênio suplementar. Solicitada TC de tórax, que descartou TEP e mostrou exuberante infiltrado intersticial em vidro fosco, acometendo praticamente todo parênquima pulmonar. Solicitada a transferência para UTI.*



24. A conduta adequada é
- (A) tratar como pneumonia de comunidade, cobrir com quinolona.
  - (B) tratar como tuberculose, introduzindo esquema tríplice.
  - (C) tratar como bronquiolite, introduzindo corticoide.
  - (D) tratar como pneumonia em paciente imunocomprometido, cobrindo vírus, bactérias de comunidade e pneumocistose.
  - (E) colher culturas e aguardar resultado.
25. Na UTI a paciente evoluiu com piora respiratória, sendo coletada gasometria em máscara de Venturi com oferta de 31% de oxigênio, com frequência respiratória de 35 respirações por minuto. A gasometria apresenta: pH 7,31 pCO<sub>2</sub> 30, pO<sub>2</sub> 70, saturação de oxigênio de 94% e bicarbonato de 18 com excesso de base de -8. Nesta situação a conduta é
- (A) caso o lactato seja elevado, cessar a expansão volêmica.
  - (B) iniciar a hemodiálise de fluxo lento para corrigir a acidose.
  - (C) iniciar reposição de bicarbonato.
  - (D) reiniciar quimioterapia para tratar linfangite carcinomatosa.
  - (E) iniciar tentativa de suporte com ventilação não invasiva.
26. Paciente do sexo feminino, com idade de 50 anos, conta história de dispneia progressiva há 30 dias. Internada com piora clínica sendo diagnosticada pneumonia. Não apresentou melhora e, concomitantemente, foi diagnosticada HIV, lavado bronco-alveolar positivo para Pneumocystis carinii e sorologias positivas para hepatite B (HbSAg+) e citomegalovírus (IgM e IgG). Completou tratamento de amplo espectro para pneumonia bacteriana e continuava tratamento para Pneumocistose com sulfa e trimetropin, porém, há 1 dia, evoluiu com piora do quadro respiratório, náuseas, vômitos, hipercalemia e distensão abdominal progressiva. Foi avaliada pela equipe de infectologia, sendo observada piora da desidratação, dos distúrbios hidroeletrólíticos e, ainda insuficiência renal aguda. Solicitada sua transferência para a UTI.
- Exames: carga viral HIV: 545.000 cópias/mL. Anti-HbS: reagente. HbSAg: (neg), anti-HCV: (negativo), Toxo IgG (neg), Toxo IgM (neg); CVM IgG (reag), CMV IgM (reag).
- Linfócitos T 935/mm<sup>3</sup>. Linfócitos T CD4: 99/mm<sup>3</sup> (7,4%) normal 507 – 1496 mm<sup>3</sup> ou 31% – 56%. Linfócitos T CD8: 856/mm<sup>3</sup> (63,3%) normal 303 – 1008 mm<sup>3</sup> ou 17% – 41%.
- TC de abdome compatível com processo inflamatório em todo o cólon. Realizada colonoscopia com várias placas esbranquiçadas na mucosa.
- A hipótese diagnóstica e respectiva conduta para a paciente é:
- (A) Diarreia aguda – coleta de leucócitos nas fezes e coprocultura.
  - (B) Diarreia crônica – coleta de leucócitos nas fezes e coprocultura.
  - (C) Isosporíase – paciente já em uso de sulfa e trimetropin.
  - (D) Doença de Chron – iniciar corticoide.
  - (E) Colite pseudomembranosa – coleta de toxina bacteriana e início de vancomicina oral.



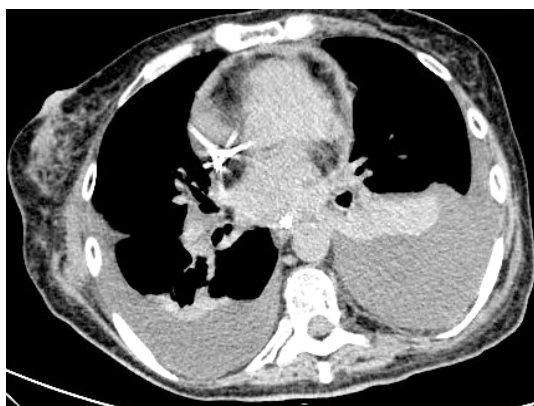
**Atenção:** Para responder às questões de números 27 e 28 considere o caso abaixo.

Paciente do sexo feminino com 56 anos, com carcinoma gástrico, com metástase para pericárdio e pleura, além de linfangite pulmonar. Apresentou piora da dispneia sendo feita hipótese diagnóstica de tromboembolismo pulmonar, confirmada na tomografia computadorizada com protocolo TEP. Paciente chega à UTI dispneica, com nebulização, saturando 84%, consciente e orientada, apresenta dor e empastamento em MID. Iniciado tratamento com heparinóide SC em dose plena.

Recebe metilprednisolona para linfangite e diurético. Raio X sequencial com piora à esquerda. Recebeu furosemida com resposta discreta. Puncionado derrame pleural, com os seguintes resultados:

Exame	Glicose	Albumina	DHL
Sangue	110 mg/dL	3,0 g/dL	560 U/L
Pleura	20 mg/dL	1,5 g/dL	490 U/L

Presença de células neoplásicas no líquido pleural



27. O derrame pleural da paciente é considerado

- (A) transudato.
- (B) tansudato neoplásico.
- (C) exsudato.
- (D) empiema.
- (E) quilotórax.

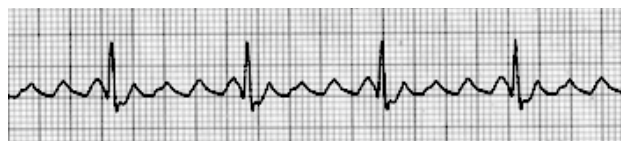
28. Nesta paciente, a alternativa que contém uma conduta considerada adequada para o tratamento do derrame pleural é

- (A) albumina IV com ou sem diurético.
- (B) drenagem cirúrgica seguida da instilação pleural de solução irritante da pleura.
- (C) antibioticoterapia prolongada.
- (D) drenagem até que diminua o volume.
- (E) biópsia de pleura para pesquisa de tuberculose pleural.

**Atenção:** Para responder às questões de números 29 e 30 considere o caso abaixo.

Paciente do sexo feminino com 74 anos, portadora de adenocarcinoma de pâncreas metastático e hipertireoidismo sem tratamento. Submetida à ressecção cirúrgica, iniciou quimioterapia endovenosa em junho/2012 sem resposta adequada, último ciclo há cerca de 1 mês. Hoje apresentou episódio de sudorese fria e hipotensão sendo encaminhada para o PA deste serviço. Na entrada, apresentava-se normotensa e taquicárdica, ECG com arritmia, desidratada, mas corada, plaquetopênica.

Pressão arterial de 160 × 50 mmHg. Ausculta pulmonar sem ruídos, nível de consciência preservado, mas um pouco eufórica, sem dores torácicas ou abdominais.



29. O diagnóstico do eletrocardiograma é de

- (A) fibrilação atrial.
- (B) fibrilação ventricular.
- (C) taquicardia ventricular.
- (D) flutter atrial.
- (E) ritmo idioventricular acelerado.

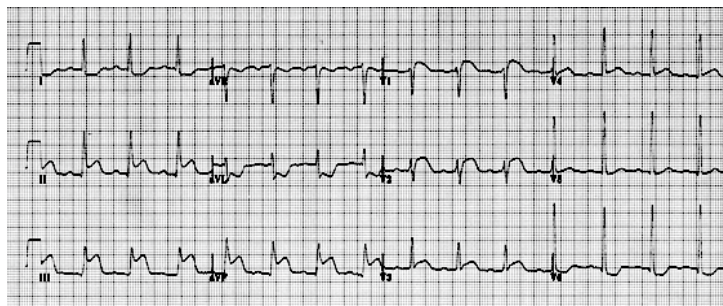




30. O tratamento deste ritmo, neste caso, é
- (A) ritmo benigno, não deve ser tratado.
  - (B) cardioversão elétrica.
  - (C) amiodarona.
  - (D) lidocaína.
  - (E) brevílio.
- 
31. Sobre a hiperfosfatemia, é correto afirmar:
- (A) São causas principais a hipervitaminose B e o hiperparatireoidismo.
  - (B) O quadro clínico pode ser incharacterístico, mais relacionado à doença de base e à hipocalcemia secundária.
  - (C) O tratamento inicial é a restrição hídrica de 500 mL de água ao dia.
  - (D) A reposição de cálcio se restringe aos casos graves, com fósforo acima de 7 mg/dL.
  - (E) Acidificar a urina aumenta a excreção de fósforo nos pacientes com insuficiência renal.
- 
32. Sobre a hipocalcemia, é correto afirmar:
- (A) São causas importantes o hiperparatireoidismo e a acidose metabólica.
  - (B) O sinal de Chvostek consiste em progressivo alargamento do complexo QRS no ECG, levando a crise hipertensiva.
  - (C) O cálcio iônico deve ser convertido em cálcio total pela fórmula:  
 $Ca\ total = Ca\ iônico + 0,8 \times (4 - albumina).$
  - (D) Caso ocorra queda maior do que 20% na dosagem do cálcio iônico, deve ser administrado gluconato de cálcio 10%, 1 a 2 ampolas IV em 10 minutos, seguidas de manutenção.
  - (E) O cloreto de cálcio pode ser usado, lembrando que a quantidade de cálcio é bem menor, em relação ao gluconato.
- 
33. Pacientes em tratamento de linfoma de Burkitt e de leucemia linfocítica aguda frequentemente apresentam síndrome de lise tumoral que se caracteriza por:
- (A) Insuficiência renal aguda, convulsões ou arritmias. Aumento de ácido úrico, potássio e fósforo.
  - (B) Insuficiência hepática com ascite e hipertensão portal. Aumento de transaminases e enzimas canaliculares.
  - (C) Insuficiência cardíaca com arritmias e edema generalizado. Aumento de enzima troponina e CKMB.
  - (D) Insuficiência respiratória com hipóxia. Queda de oxigênio e retenção de  $CO_2$ .
  - (E) Hemorragias por trombocitopenia, com trombozes por hipercoagulabilidade.
- 
34. São indicações para precauções respiratórias para gotículas, com quarto fechado e máscara comum (profissionais e visitas):
- (A) Pacientes com pneumonia hospitalar.
  - (B) Tuberculose e sarampo.
  - (C) Varicela e Herpes Zoster, se disseminados.
  - (D) Rubéola, Coqueluche, Caxumba e meningite meningocócica.
  - (E) Neutropenia febril.
- 
35. Existe a indicação de cirurgia de urgência na hemorragia digestiva baixa:
- (A) A presença de lesão tumoral na colonoscopia.
  - (B) Instabilidade hemodinâmica, apesar de reanimação volêmica adequada.
  - (C) Sangramento persistente por mais de 24 horas, com perda de 5% da volemia.
  - (D) Sangramento recorrente, com perda de 5% da volemia.
  - (E) Necessidade de reposição de mais de um concentrado de hemácias.



36. A hipótese diagnóstica para o ECG abaixo é:



- (A) infarto de parede anterior.
- (B) pericardite.
- (C) infarto de ventrículo direito.
- (D) infarto ínfero-látero-dorsal.
- (E) infarto de átrio.

37. Das alternativas abaixo, aquela que NÃO contém uma possível causa de anisocoria é

- (A) paralisia do 6º nervo craniano.
- (B) síndrome de Horner.
- (C) herniação uncal.
- (D) variante da normalidade em algumas pessoas.
- (E) utilização unilateral de determinados colírios.

38. Com relação ao *delirium* em UTI, é correto afirmar:

- (A) *Delirium* hipoativo é mais frequente do que hiperativo.
- (B) A utilização de neurolépticos deve ser evitada em paciente com risco de desenvolvimento de *delirium*.
- (C) Ainda não dispomos de instrumentos validados para a avaliação de *delirium* em UTI, por isso a grande subjetividade do diagnóstico.
- (D) A utilização de anticolinérgicos, os diagnósticos prévios de depressão e desnutrição são fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*.
- (E) O desenvolvimento de *delirium* durante a internação em UTI não tem impacto na mortalidade desses pacientes.

39. Admitiu-se um paciente na UTI imediatamente após ele ter sido ressuscitado no pronto-socorro de uma PCR ainda de causa não definida. À admissão na UTI o paciente encontra-se com Glasgow de 6, em ritmo sinusal e recebendo dopamina na dose de 6 mc/kg/hora. Opta-se então por indução de hipotermia com a finalidade de neuroproteção. Quais as possíveis complicações da hipotermia?

- (A) Hipervolemia e hipocalemia (com hipercalemia na fase de reaquecimento).
- (B) Hipoglicemia por diminuição da resistência à insulina, hipomagnesemia.
- (C) Aumento dos intervalos PR e QT do ECG e aumento da frequência cardíaca.
- (D) Aumento do débito cardíaco e hipofosfatemia.
- (E) Aumento dos riscos de sangramento e aumento na chance de infecções nosocomiais.

40. Todas as alterações fisiológicas abaixo são esperadas na gravidez e devem ser consideradas na avaliação da paciente grávida internada em UTI, EXCETO:

- (A) Na gravidez ocorre uma expansão fisiológica do volume de sangue de pelo menos 30%.
- (B) Na gravidez ocorre uma discreta alcalose respiratória.
- (C) Na gravidez ocorre um aumento de até 20% na resistência vascular periférica.
- (D) Na ventilação espontânea da grávida ocorre uma elevação do volume corrente.
- (E) Na respiração da grávida a capacidade de difusão não se altera.



**PROVA DISSERTATIVA**

**Atenção:** Para responder às questões 1 e 2 considere o caso abaixo.

Pai, obeso, diabético, fumante e portador de bronquite crônica com crises esporádicas de piora da tosse, chiados e falta de ar sendo que nessas ocasiões utiliza inalação domiciliar com fenoterol e ipatrópio. Mãe asmática em uso de corticosteroide inalatório e sem crise há seis meses. Filho de 17 anos, diabético insulínico há 12 anos, eutrófico e com diabetes bem controlado. Os três juntos sofrem um acidente de automóvel.

Consequências do acidente:

Pai: traumatismo crânio encefálico (TCE) com Glasgow 8 no local e 8 à chegada ao hospital. Hemodinamicamente estável, sem evidências de lesões significativas ortopédicas, em tórax, abdome, face, coluna, partes moles. Submetido a intubação oro traqueal (IOT) e encaminhado para TC de crânio.

Mãe: ferimento penetrante em virilha à direita com grande perda de sangue e provável lesão de grande vaso. Chega ao pronto-socorro pálida, fácies de ansiedade, frequência cardíaca de 132 e respiratória de 34, PA 132 x 76 mmHg. Após expansão volêmica e tamponamento externo do ferimento foi encaminhada ao centro cirúrgico para correção da lesão vascular. Não havia outra lesão ou ferimento significativo.

Filho: apresentava lesões ósseas e de partes moles com fraturas de ossos longos em membros inferiores e fraturas complexas de bacia com sinais clínicos de hipovolemia. Sem outras lesões.

Os três pacientes foram encaminhados para a sua UTI nas seguintes condições: pai com diagnóstico de TCE com lesão axonal difusa. Chegou com IOT em ventilação mecânica (VM), Glasgow 6 sem sedação com um acesso venoso periférico. A glicemia capilar à admissão era 260 mg/dL, pH 7,50 PaO<sub>2</sub> 120 mmHg e PaCO<sub>2</sub> 34 mmHg bicarbonato de 36 e lactato normal. A mãe chegou do centro cirúrgico com IOT em VM, ainda sob efeito anestésico. Glicemia capilar 160 mg/dL pH 7,18 PaO<sub>2</sub> 140 PaCO<sub>2</sub> 49 e bicarbonato 16 e lactato arterial com aumento de 4x em relação ao limite superior da normalidade. Cateter de pressão arterial (PA) em radial direita com pressão arterial média de 58 mmHg. O filho chega também com IOT, PA no manguito de 92 x 38 mmHg, FC 128, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, em VM com glicemia capilar de 190 mg/dL, pH 7,16 PaO<sub>2</sub> 136 PaCO<sub>2</sub> 28 e bicarbonato 12 com lactato arterial 2x em relação ao limite superior da normalidade.

**QUESTÃO 1**

Quanto às trocas gasosas (O<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub>) e sem considerar os modos ventilatórios com os quais esses pacientes chegaram a você, quais as correlações possíveis entre os resultados de gasometria apresentados e as situações clínicas, tanto agudas como crônicas dos mesmos e caso você julgue necessárias, quais as mudanças de estratégias ventilatórias que você adotaria.


**Redação Definitiva**


NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



**QUESTÃO 2**

Os três pacientes chegam a você com valores de pH que fogem à normalidade. Interprete com os dados disponíveis que alterações são essas e quais as causas mais prováveis.


RASCUNHO

**Redação Definitiva**


NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



**QUESTÃO 3**

Este é um trecho do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Doença de Alzheimer.

*A Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. Embora não haja cura para DA, a descoberta de que é caracterizada por déficit colinérgico resultou no desenvolvimento de tratamentos medicamentosos que aliviam os sintomas.*

*O diagnóstico da DA é de exclusão e segue os critérios do National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDSADRDA).*

*Os Inibidores da acetilcolinesterase representam a principal linha de tratamento da DA. As revisões chegam a conclusões similares em certas doses testadas. Comparados com placebo, os inibidores da colinesterase revelaram efeitos consistentes. Revisões da Cochrane Collaboration de cada um dos inibidores da colinesterase já foram completadas e publicadas. Há vinte e três estudos com donepezila (5.272 pacientes randomizados), nove com rivastigmina (3.449 pacientes randomizados) e nove com galantamina (5.194 pacientes randomizados). O objetivo da maioria destes estudos é avaliar a eficácia e a tolerabilidade do inibidor da colinesterase entre os grupos tratados e placebo ao longo de 3 ou 6 meses. Apenas 46% dos ensaios clínicos randomizados discutiram a significância clínica dos seus resultados, sendo que a maioria das medidas de significância clínica era baseada em opinião.*

*As revisões chegam a conclusões similares: em certas doses testadas, nas mais altas do que nas mais baixas, os inibidores da colinesterase mostram maior eficácia sobre a função cognitiva, atividades de vida diária, comportamento e estado clínico global, comparada a do placebo, bem como mais efeitos adversos, como náusea, anorexia, vômitos, cefaleia e dor abdominal, associados com o inibidor da colinesterase do que com o placebo.*

Com base no texto, retirado dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, pergunta-se:

- a. Qual é o objetivo da elaboração de diretrizes médicas?


**Redação Definitiva**




b. Quais foram os métodos de coleta de evidências para estabelecer a opção terapêutica?


**Redação Definitiva**


c. Se você fosse planejar um estudo para obter um alto grau de recomendação e força de evidência para os medicamentos propostos, como organizaria?


**Redação Definitiva**






- d. Para a dispensação de medicamentos específicos, há a necessidade de termo de esclarecimento e responsabilidade. Considerando as informações fornecidas, escreva um modelo do referido termo para a prescrição, usando medicamento inibidor da acetilcolinesterase como exemplo.


RASCUNHO

**Redação Definitiva**


NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA