

ESPECIALIDADES:

ENDOSCOPIA

# ENDOSCOPIA

Prova: 03/Novembro/2024

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES

**1** - Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos. Assine em seguida.

**2** - O caderno de prova deverá conter 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, com 5 (cinco) alternativas, das quais 1(uma) só é correta.

**3** - A duração da prova será de 3 horas (três horas). Ao final, haverá mais 15 (quinze) minutos para a marcação no cartão-resposta.

**4** - A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.

**5** - A prova é INDIVIDUAL, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.

**6** - Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.

**7** - Em cada questão, há somente uma resposta correta. Cuidado quando transcrever para o cartão-resposta, não poderá haver rasuras.

**8** - O caderno de prova deve ser entregue para o Fiscal, juntamente com o cartão-resposta.

**9** - Ao receber seu cartão-resposta, aja da seguinte forma:

**a)** o cartão resposta deverá ser entregue com assinatura conforme os dados afixados na carteira;

**b)** assine no local indicado;

**c)** pinte, preenchendo por inteiro, com caneta esferográfica ponta média, tinta preta, o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão.

**d)** não o amasse, nem dobre.

### MODELO DO CARTÃO-RESPOSTA

01 (A B C D E)	21 (A B C D E)	41 (A B C D E)	61 (A B C D E)	81 (A B C D E)
02 (A B C D E)	22 (A B C D E)	42 (A B C D E)	62 (A B C D E)	82 (A B C D E)
03 (A B C D E)	23 (A B C D E)	43 (A B C D E)	63 (A B C D E)	83 (A B C D E)
04 (A B C D E)	24 (A B C D E)	44 (A B C D E)	64 (A B C D E)	84 (A B C D E)
05 (A B C D E)	25 (A B C D E)	45 (A B C D E)	65 (A B C D E)	85 (A B C D E)
06 (A B C D E)	26 (A B C D E)	46 (A B C D E)	66 (A B C D E)	86 (A B C D E)
07 (A B C D E)	27 (A B C D E)	47 (A B C D E)	67 (A B C D E)	87 (A B C D E)
08 (A B C D E)	28 (A B C D E)	48 (A B C D E)	68 (A B C D E)	88 (A B C D E)
09 (A B C D E)	29 (A B C D E)	49 (A B C D E)	69 (A B C D E)	89 (A B C D E)
10 (A B C D E)	30 (A B C D E)	50 (A B C D E)	70 (A B C D E)	90 (A B C D E)
11 (A B C D E)	31 (A B C D E)	51 (A B C D E)	71 (A B C D E)	91 (A B C D E)
12 (A B C D E)	32 (A B C D E)	52 (A B C D E)	72 (A B C D E)	92 (A B C D E)
13 (A B C D E)	33 (A B C D E)	53 (A B C D E)	73 (A B C D E)	93 (A B C D E)
14 (A B C D E)	34 (A B C D E)	54 (A B C D E)	74 (A B C D E)	94 (A B C D E)
15 (A B C D E)	35 (A B C D E)	55 (A B C D E)	75 (A B C D E)	95 (A B C D E)
16 (A B C D E)	36 (A B C D E)	56 (A B C D E)	76 (A B C D E)	96 (A B C D E)
17 (A B C D E)	37 (A B C D E)	57 (A B C D E)	77 (A B C D E)	97 (A B C D E)
18 (A B C D E)	38 (A B C D E)	58 (A B C D E)	78 (A B C D E)	98 (A B C D E)
19 (A B C D E)	39 (A B C D E)	59 (A B C D E)	79 (A B C D E)	99 (A B C D E)
20 (A B C D E)	40 (A B C D E)	60 (A B C D E)	80 (A B C D E)	100 (A B C D E)



**1) Para avaliar o grau de Doença Venosa Crônica, é usada a classificação CEAP (Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia). Sobre essa classificação, marque a alternativa correta.**

- a) CEAP 5 – Lipodermatoesclerose e atrofia branca.
- b) CEAP 2 – Varizes e edema de membros inferiores.
- c) CEAP 5 – Úlcera venosa ativa e edema de pernas.
- d) CEAP 4 – Eczema venoso, lipodermatoesclerose e pigmentação.
- e) CEAP 3 – Edema, varizes e lipodermatoesclerose.

**2) Com relação ao tratamento da Trombose Venosa Profunda, assinale a afirmativa verdadeira.**

- a) Em pacientes portadores de trombofilias (estado de hipercoagulabilidade) que desenvolvem uma TVP, é necessária anticoagulação por toda a vida, na ausência de contraindicações.
- b) Em pacientes tratados com varfarina (Antagonistas da Vit. K), a Relação normatizada Internacional (RNI) deve ficar entre 3,0 e 4,0.
- c) Gestantes com qualquer trombose devem receber tratamento com anticoagulação oral até 30 dias após o parto.
- d) Apenas casos de trombooses de vasos abdominais, ilíacos e femorais devem ser tratados com anticoagulação plena.
- e) O uso de trombolíticos é contra indicado em casos de Phlegmasia alba ou Cerúlea dolens.

**3) No pronto socorro, o manejo da hemorragia potencialmente fatal no quadro do trauma facial contuso é extremamente importante no atendimento do trauma maxilofacial. Assinale a alternativa correta.**

- a) O tamponamento nasal anteroposterior é a primeira e principal medida.
- b) A proteção das vias aéreas respiratórias com o controle da coluna cervical pode ser realizada após o diagnóstico da fratura.
- c) Se após o atendimento inicial o paciente estiver instável hemodinamicamente, e a hemorragia for da base do crânio, procede-se a redução e fixação formal da fratura.
- d) Se após o atendimento inicial o paciente estiver estável hemodinamicamente, procede-se às pesquisas de trauma completo e a embolização angiográfica.
- e) Se após o atendimento inicial o paciente estiver instável hemodinamicamente, e a hemorragia tiver origem na face média, realiza-se a redução e/ou fixação urgente da fratura na mesa de angiografia.

**4) Mulher de 43 anos, afro-americana, é atendida no ambulatório de cirurgia. Foi submetida há um ano a colecistectomia por laparotomia com incisão subcostal direita (incisão de Kocher). O exame da cicatriz revela um crescimento tecidual além das**

**bordas da ferida original, sem ter havido regressão no período pós-operatório, com pigmentação escura.**

**O desenvolvimento exuberante da cicatriz poderia ter sido reduzido se fosse empregada qual estratégia pós-operatória?**

- a) Uso de curativo glicerinado por 30 dias.
- b) A sutura da pele ter sido realizada com fio absorvível.
- c) Ter sido utilizada uma incisão mediana supraumbilical.
- d) O uso de bandagem pós-cirúrgica na ferida por três meses.
- e) Ter-se solicitado que a paciente utilizasse roupas frouxas e sem pressão.

**5) A sua paciente, mulher de 52 anos, a ser submetida a esplenectomia laparotômica com anestesia geral, pergunta-lhe sobre a recomendação pré-operatória.**

**Qual deve ser a orientação correta?**

- a) Pode-se ingerir alimentos sólidos até seis horas antes da cirurgia.
- b) Deve-se fazer jejum por 12 horas antes da hora de início da cirurgia.
- c) A administração de estimulantes gastrointestinais é usada como rotina pré-operatória nesta cirurgia.
- d) Líquidos claros, com ou sem suplementação de carboidratos são permitidos até duas horas antes da cirurgia.
- e) Não há necessidade de jejum pré-operatório pois na cirurgia laparotômica não utiliza-se pneumoperitônio rotineiro.

**6) Homem de 25 anos é atendido no pronto socorro com dor abdominal de intensidade 8/10, com início há 24 horas e localização em quadrante inferior direito. Tem PA 120x80 mmHg, temperatura de 37,2°C. e pulso de 87bpm. O hemograma é normal e o ultrassom de abdome total não revela alterações detectáveis pelo método rotineiro.**

**Qual deve ser a conduta a ser instituída?**

- a) Solicitar um raio X de abdome em pé para avaliar pneumoperitônio.
- b) Iniciar esquema de antibioticoprofilaxia com ceftriaxona 2g/EV.
- c) Repetir o ultrassom abdominal em 12h ambulatorialmente.
- d) Iniciar dieta líquida e hidratação oral com líquidos claros.
- e) Solicitar tomografia computadorizada abdominal.

**7) Homem de 63 anos está em atendimento no pronto socorro há duas horas. Apresenta-se com sinais francos de irritação peritoneal, distensão abdominal moderada, PA de 110x75mmHg, pulso**

de 99bpm e temperatura de 37,4°C. Foram solicitados exames sanguíneos que estarão prontos em 60 minutos. A TC abdominal poderá ser realizada em duas horas.

Neste preparo para a cirurgia de emergência deve-se

- a) administrar antibioticoterapia.
- b) manter a hidratação atual para não sobrecarregar o volume intravascular.
- c) a punção venosa central é mandatória no acesso intravascular e o seu uso.
- d) o uso rotineiro de sonda nasogástrica diminui a incidência de aspiração e controle hidroeletrólítico.
- e) a sondagem vesical é contraindicada no paciente homem, idoso, pois a hiperplasia prostática é comum.

**8) Mulher de 52 anos dá entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal, de intensidade 6-7/10, mal localizada, em queimação, de início há sete horas. Tem náuseas, vomitou duas vezes e não tem diarreia. Apresenta temperatura de 37°C., PA de 120x80 mmHg, pulso de 81bpm e oximetria de 95. A ausculta cardiopulmonar é normal. O exame do abdome apresenta ruídos intestinais um pouco exacerbados sem contratura da parede abdominal.**

Podemos deduzir que o quadro clínico álgico é decorrente

- a) de uma gastrite aguda.
- b) de dor somatoparietal por processo inflamatório.
- c) de abdome agudo com perfuração de víscera oca.
- d) de dor visceral transmitida por aferentes sensitivos simpáticos.
- e) deve-se solicitar um ultrassonografia de abdome total para conclusão diagnóstica final.

**9) Paciente masculino, 30 anos, é vítima de queimadura durante acendimento de churrasqueira. Dá entrada no pronto socorro em ventilação ambiente, com queimaduras de espessura parcial superficial e profunda em face, mãos e antebraços bilateral e tórax anterior. Ao exame: encontra-se lúcido, orientado, rouco e com fácies de dor. Dados vitais com FC: 110 bpm, PA: 130x80 mmHg, Sat. O2: 97%, FR: 20 mpm. Tórax com MV+ bilateral, com sibilos finos em ambos os lados. Em relação a este caso clínico, analise as assertivas abaixo.**

**I) A saturação adequada associada à ausculta pulmonar com poucas alterações significativas descartam a necessidade do estabelecimento de uma via aérea definitiva.**

**II) Em função do aumento da permeabilidade vascular e extravasamento para terceiro espaço, a hidratação inicial deve ser constante, porém parcimoniosa, pois quanto maior o tempo até o início da reanimação de pacientes queimados, melhores**

serão os resultados.

**III) Deve-se avaliar atentamente os membros superiores deste paciente, pois quando queimaduras de espessura parcial profunda ou de espessura total abrangem a circunferência de uma extremidade, a circulação periférica do membro pode ficar comprometida.**

**IV) A analgesia deve ser realizada com agentes narcóticos intramusculares ou subcutâneos até a resposta clínica do paciente.**

Estão corretas as assertivas

- a) apenas a III.
- b) apenas a I e II.
- c) apenas as III e IV.
- d) apenas as I, II e IV.
- e) todas estão corretas.

**10) Durante o manejo nutricional no período perioperatório, a escolha entre nutrição enteral e parenteral é crucial para a recuperação e a minimização de complicações dos pacientes cirúrgicos. Em relação a este tema, analise as assertivas abaixo.**

**I) A nutrição enteral deve ser iniciada precocemente, idealmente nas primeiras 24-48 horas após a cirurgia, em pacientes que não apresentem contraindicações, como íleo paralítico ou obstrução intestinal significativa, pois promove a manutenção da integridade da mucosa intestinal e reduz a translocação bacteriana.**

**II) A nutrição parenteral é indicada principalmente em pacientes que não podem utilizar o trato gastrointestinal por um período prolongado, como aqueles com fístulas de alto débito, pancreatite necrotizante ou síndromes de intestino curto, e deve ser monitorada rigorosamente devido ao risco elevado de complicações metabólicas e infecciosas.**

**III) As vias de administração da nutrição enteral incluem sonda nasogástrica, nasoenteral, gastrostomia e jejunostomia, sendo a escolha da via baseada na duração prevista da terapia e na condição clínica do paciente. A nutrição por gastrostomia ou jejunostomia é recomendada para terapias nutricionais de longo prazo.**

**IV) Entre as complicações da nutrição enteral estão a aspiração, diarreia e distensão abdominal, enquanto a nutrição parenteral está associada a complicações como infecção do cateter, hiperglicemia, disfunção hepática e desequilíbrios eletrolíticos.**

Estão corretas as assertivas

- a) apenas a I.
- b) apenas a II e III.
- c) apenas as I e IV.
- d) apenas as II, III e IV.
- e) todas estão corretas.

**11) A vulnerabilidade da doença e da lesão, o impacto potencial das intervenções e a inerente disparidade de poder da relação médico-paciente impõem a atenção plena aos princípios morais de alguém na prática da medicina. Em relação a este tema, avalie as seguintes asserções e a relação proposta entre elas.**

**I) O modelo de relação médico paciente denominado “paternalista” é o modelo atualmente mais adequado e utilizado nas situações clínicas e terapêuticas quando o consentimento do doente é necessário,**

**PORTANTO**

**II) a explicação das opções de tratamento, seus potenciais benefícios e a exploração dos valores, preferências e objetivos do paciente devem ser levados em consideração pelo médico em conjunto com o doente.**

**Assinale a alternativa correta.**

- a) As duas assertivas são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- b) As duas assertivas são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
- c) A primeira assertiva é uma proposição verdadeira, e a segunda é falsa.
- d) A primeira assertiva é uma proposição falsa, e a segunda é verdadeira.
- e) As duas assertivas são proposições falsas.

**12) Paciente masculino, 27 anos, encontra-se no 8º dia de pós-operatório de apendicectomia convencional por apendicite aguda com abscesso localizado. Retorna no pronto socorro com queixa de dor no local da incisão. Ao exame físico o paciente encontra-se hidratado, eupneico e com o abdome plano, flácido e doloroso a palpação na fossa ilíaca direita, ao redor da incisão. Sem sinais de peritonismo. A ferida operatória mostra-se com edema localizado, sem hiperemia e com saída de secreção purulenta a expressão. FC: 88 bpm. PA: 110 x 80 mmHg. FR: 14 mpm. T: 36,3°C. Em relação a este caso clínico, assinale a assertiva correta.**

- a) A ferida operatória deve ser aberta, drenada, desbridada e realizada nova sutura com fio absorvível com pontos separados.
- b) Os patógenos mais comumente associados a esta complicação são os Bacilos-gram-positivos e a cobertura antimicrobiana deve ser voltada a esta flora.
- c) Nesta complicação está indicado uso de antibióticos quando há sinais de infecção sistêmica, como febre, taquicardia e leucocitose ou quando a celulite está presente.
- d) Este paciente deve ser tratado com antibioticoterapia via oral por sete a dez dias e, na ausência de resposta clínica, deve ser realizada a abertura e drenagem da ferida operatória.

e) O tratamento deve ser realizado com anti-inflamatórios via oral e com antibioticoterapia endovenosa com cobertura para bacilos gram-negativos e anaeróbios.

**13) Paciente masculino, 52 anos, vem a consulta eletiva com queixa de dor e aumento de volume na região inguinal a direita, com cerca de 2 anos de evolução e piora progressiva do quadro, relacionada aos esforços físicos. Nega comorbidades ou uso de medicações de uso contínuo. Tabagista e etilista. Trabalha na construção civil. Em relação a este caso clínico, analise as assertivas abaixo.**

**I) No exame físico a ponta de um dedo deve ser colocada no anel inguinal externo mediante invaginação do saco escrotal e, ao se notar protuberância, tem-se o diagnóstico.**

**II) Uma protuberância que se move de lateral para medial no canal inguinal sugere uma hérnia inguinal indireta.**

**III) A distinção entre hérnia inguinal direta e indireta é importante para indicação cirúrgica e para o planejamento técnico do procedimento.**

**IV) O tratamento cirúrgico está indicado para este paciente, podendo ser realizado de maneira convencional ou laparoscópica.**

**Estão corretas as assertivas**

- a) apenas a I.
- b) apenas a II e IV.
- c) apenas as I e III.
- d) apenas as I, II e IV.
- e) todas estão corretas.

**14) O câncer gástrico ocupa o décimo quarto lugar em incidência de câncer e é a décima terceira maior causa de morte por neoplasia nos EUA. Em relação aos fatores de risco desta doença, avalie as seguintes asserções e a relação proposta entre elas.**

**I) Ingesta frequente de alimentos ricos em sal e nitrato, infecção por H. pylori e pólipos gástricos de glândulas fundicas são os principais fatores de risco para esta doença,**

**PORTANTO**

**II) para prevenir sua ocorrência deve-se manter hábitos alimentares adequados, erradicar o H. pylori em todos os paciente diagnosticados e realizar a ressecção de pólipos gástricos em todas endoscopias digestivas altas.**

**Assinale a alternativa correta.**

- a) As duas assertivas são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- b) As duas assertivas são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
- c) A primeira assertiva é uma proposição verdadeira, e a segunda é falsa.
- d) A primeira assertiva é uma proposição falsa, e a

segunda é verdadeira.

e) As duas assertivas são proposições falsas.

**15) Mulher, 48 anos, sem comorbidades, vem a consulta ambulatorial com queixa de dor em abdome superior, mais em epigástrio e hipocôndrio direito, com cerca de 3 meses de evolução. Relaciona o sintoma com ingesta de alimentos gordurosos. Realizou ultrassonografia de abdome que demonstrou esteatose hepática moderada, colelitíase e colesterolose. Em relação a este caso clínico, assinale a assertiva correta.**

a) Aumentos dos níveis séricos de fosfatase alcalina, bilirrubina e transaminase só ocorrem quando há obstrução da árvore biliar.

b) Esta paciente pode ser tratada através da realização de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.

c) A tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso é o exame de eleição para o diagnóstico das principais complicações desta doença.

d) A cessação voluntária da respiração durante a inspiração, quando o examinador exerce constante pressão sob a margem costal direita, conhecida como sinal de Murphy, sugere colecistite aguda.

e) Esta paciente pode ser tratada de maneira expectante com medidas de modificação de hábito de vida, com restrição de alimentos hiperlipídicos, atividade física e terapia oral com sal biliar.

**16) Homem, 25 anos, vítima de ferimento por arma branca em hemitórax direito, subescapular, na altura do 6º espaço intercostal posterior, dá entrada no pronto socorro trazido pelo time de atendimento pré-hospitalar. Encontra-se lúcido, respondendo a comandos, com queixa de dor no local do ferimento. Ao exame apresenta os seguintes dados vitais: P: 118 bpm, PA: 100x80 mmHg, T: 35,2°C, FR: 22 mpm, Saturação de O<sub>2</sub>: 94%. A inspeção observa-se ferimento com cerca de 5 cm de comprimento, com extravasamento de ar em pequena quantidade a inspiração. Ausculta torácica com MV+, diminuído à direita, com palpação de enfisema subcutâneo ao redor da ferida. Em relação a este caso clínico, assinale a assertiva correta.**

a) A hipotermia deve ser tratada com aquecimento passivo através do uso de cobertores e uso de soluções intravenosas aquecidas.

b) O manejo inicial deste paciente envolve a realização de um curativo de três pontas e reposição com solução cristalóide 30 ml/kg.

c) Gasometria arterial, TAP, tipagem e dosagem de plaquetas são exames laboratoriais a serem solicitados inicialmente para este paciente.

d) A conduta inicial é a realização de um raio X de tórax na sala de trauma, exame com sensibilidade su-

perior a tomografia computadorizada.

e) A resposta hemodinâmica positiva inicial após infusão de soluções cristalóides, verificada através da melhora dos dados vitais, descarta a necessidade de drenagem do tórax.

**17) Paciente masculino, 20 anos, vítima de atropelamento por automóvel, é trazido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar. Dá entrada em intubação orotraqueal por rebaixamento do nível de consciência no local. Apresenta ferimento corto contuso extenso em couro cabeludo, cerca de 10 cm de comprimento, escoriações difusas em tórax e abdome, pelve estável e fratura exposta em perna direita, com ferimento com 3 cm de comprimento. Dados vitais: FC 128 bpm, PA: 90 x 70 mmHg, Saturação O<sub>2</sub> 94%, Temperatura 35,3°C. Em relação a este caso clínico, avalie as seguintes assertões e a relação proposta entre elas.**

**I) O ferimento extenso craniano e o rebaixamento do nível de consciência, com necessidade de IOT na cena, indica para sangramento intracraniano com aumento de pressão,**

**PORTANTO**

**II) este paciente deve receber 2000 ml de solução cristalóide, com preferência pelo Ringer Lactato, pois o uso desta solução diminui a incidência de edema cerebral e aumento da pressão de perfusão cerebral.**

**Assinale a alternativa correta.**

a) As duas assertivas são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.

b) As duas assertivas são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.

c) A primeira assertiva é uma proposição verdadeira, e a segunda é falsa.

d) A primeira assertiva é uma proposição falsa, e a segunda é verdadeira.

e) As duas assertivas são proposições falsas.

**18) O câncer de próstata é o câncer mais comum diagnosticado em homens e o terceiro câncer mais comum diagnosticado nos EUA. É um adenocarcinoma e surge das estruturas glandulares dentro do parênquima prostático. Em relação a este tema, analise as assertivas abaixo.**

**I) A triagem de rotina não é recomendada rotineiramente em homens com idade entre 40 e 54 anos e em homens com mais de 70 anos ou menos de 40 anos.**

**II) O câncer de próstata é diagnosticado histologicamente pelo sistema de classificação de Gleason, que avalia o nível de anormalidade nos padrões da arquitetura glandular da próstata em comparação ao normal.**

**III) O exame digital da próstata é opcional na primeira consulta de rastreamento, pois a ecografia**

de próstata via abdominal pode identificar nódulos suspeitos.

**IV) Pacientes que têm um nível de PSA total elevado ou achados anormais no exame de toque retal ou ambos devem ser submetidos à biopsia guiada por ultrassonografia transretal da próstata.**

**V) A tomografia computadorizada da pelve com contraste endovenoso visa avaliar a próstata em casos duvidosos de PSA aumentado.**

**Estão corretas as assertivas**

- a) apenas a I, II e IV.
- b) apenas a I, IV e V.
- c) apenas as II, III e IV.
- d) apenas as III, IV e V.
- e) todas estão corretas.

**19) Paciente de 74 anos, sexo feminino, admitida no pronto socorro com história de vômitos com sangue e fezes enegrecidas há 2 dias. Apresenta como comorbidades hipotireoidismo, diabetes insulino dependente, hipertensão arterial e dislipidemia. Familiares referem história de gordura no fígado há vários anos, com diagnóstico recente de cirrose hepática. À admissão, paciente encontra-se sonolenta, confusa, pouco colaborativa, com presença de sangue em grande quantidade em orofaringe, abertura ocular ao estímulo doloroso e localizando a dor. Abdome globoso, indolor à palpação, com exame físico prejudicado em virtude de obesidade abdominal severa. Dados vitais: FC 98 bpm, PA 88x53 mmHg, Saturando 97% em ar ambiente. Exames laboratoriais da admissão: Hemoglobina 8,8 g/dl, Hematócrito 24%, 48.000 plaquetas, RNI de 2,38, BT de 2,7mg/dL (BD 2,2 mg/dL), TGO 33, TGP 47, Albumina sérica de 2,2 g/dL (VR 3,5 - 4,5). Em relação a este caso clínico, analise as assertivas abaixo classificando-as em verdadeiro (V) ou falso (F) e assinale a sequência correta.**

- ( ) A paciente deve ter uma via aérea definitiva assegurada de forma precoce.**
- ( ) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada na primeira hora da admissão, em caráter de urgência, como tratamento inicial.**
- ( ) O TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) é de grande valia no manejo do sangramento digestivo, tendo limitação em casos de trombose da veia porta.**
- ( ) Na forte suspeita de hemorragia digestiva varicosa, os vasoconstrictores esplâncnicos devem ser instituídos precocemente, antes mesmo do tratamento endoscópico.**
- ( ) Os distúrbios de coagulação devem ser prontamente corrigidos, com a reposição de plasma fresco congelado na dose de 10 ml/kg e reposição de plaquetas visando manutenção acima de 100.000.**

a) F – F – V – V – F.

b) F – V – F – V – V.

c) V – F – V – V – F.

d) V – V – V – F – V.

e) F – V – F – F – F.

**20) Paciente masculino, 28 anos, é admitido no pronto socorro trazido pelo SIATE vítima de queda de telhado, mais ou menos 3 metros, enquanto trabalhava, com trauma craniano direto. Ao exame inicial não apresentava sangramento externo significativo e foi evidenciada uma resposta neurológica com abertura ocular a dor, resposta verbal com palavras incompreensíveis e postura de flexão anormal, além de anisocoria à direita. Encontrava-se com os seguintes dados vitais: FC 108 bpm, PA: 115x80 mmHg, Sat. O2: 93% em ar ambiente, FR: 20 mpm. Tendo em vista este exame físico, assinale a assertiva que contenha a conduta inicial mais apropriada.**

- a) Instalação de oxigenioterapia em máscara e realização imediata de tomografia computadorizada de crânio.
- b) Estabelecimento de uma via aérea definitiva através da realização de intubação orotraqueal assistida por drogas.
- c) Infusão endovenosa de dexametasona 10 ml, avaliação neurocirúrgica e realização de tomografia computadorizada de crânio.
- d) Colocação de máscara laríngea para otimizar ventilação e oxigenação e posterior realização de tomografia computadorizada de crânio.
- e) Início de protocolo de hemotransfusão maciça e realização de tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste endovenoso.

**21) A paciente A.S.S., 54 anos, encontra-se em acompanhamento ambulatorial devido a uma lesão cutânea suspeita de neoplasia. Nega medicações de uso contínuo ou comorbidades. Durante as consultas, foram registradas pressões arteriais sistêmicas de 142/91 mmHg, 153/92 mmHg e 130/85 mmHg, respectivamente. Considerando os valores pressóricos obtidos, assinale a alternativa que melhor representa o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.**

- a) Definir hipertensão em geral baseia-se na média de três ou mais aferições da pressão na posição sentada durante cada uma de três ou mais consultas ambulatoriais.
- b) As medições da pressão arterial em casa e da pressão ambulatorial média de 24 horas geralmente são equivalentes as pressões arteriais verificadas no consultório.
- c) Cerca de 40% dos pacientes com hipertensão de estágio 1 baseada nas pressões arteriais no consultório têm leituras ambulatoriais médias > 135/85 mmHg, o que é chamado de “hipertensão do jaleco branco”.

d) As pressões arteriais noturnas costumam ser 10 a 20 % mais baixas do que as pressões arteriais diurnas, e uma “queda” atenuada da pressão arterial noturna pode estar associada a uma diminuição do risco de doença cardiovascular.

e) Como os registros da pressão arterial ambulatorial produzem múltiplas leituras durante o dia e a noite, eles fornecem uma avaliação mais abrangente sobre a carga vascular da hipertensão do que um número limitado de leituras no consultório.

**22) Carlos, 58 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma consulta de rotina. Ele relata que nos últimos meses tem sentido aumento da sede e da fome, acompanhado de perda de peso inexplicada, apesar de uma dieta aparentemente normal. Relata também aumento na frequência de micções, principalmente à noite. Ele nega antecedentes de diabetes e hipertensão, mas menciona que seu pai foi diagnosticado com diabetes tipo 2 aos 60 anos. Carlos não faz uso regular de medicamentos.**

No exame físico, apresenta IMC de 28 kg/m<sup>2</sup>, pressão arterial de 145/90 mmHg e glicemia capilar casual de 210 mg/dL. O médico decide solicitar exames laboratoriais para avaliar a situação:

Glicemia de jejum: 135 mg/dL

Hemoglobina glicada (HbA1c): 7,3%

Glicemia 2 horas após sobrecarga oral de glicose (TOTG): 220 mg/dL

Com base no caso clínico, qual das seguintes opções é a maneira correta de definir o diagnóstico e manejar inicialmente o caso de Carlos?

a) Confirmar o diagnóstico de pré-diabetes com base na glicemia de jejum e no TOTG, e iniciar tratamento com sulfonilureia.

b) Realizar uma nova dosagem de glicemia capilar casual para confirmar o diagnóstico de diabetes e, se elevada, iniciar insulina imediatamente.

c) Solicitar nova glicemia de jejum para confirmar o diagnóstico de diabetes e iniciar dieta restritiva, sem necessidade de tratamento medicamentoso.

d) Confirmar o diagnóstico de diabetes com base na glicemia de jejum e na hemoglobina glicada, e iniciar metformina, além de orientações para mudança de estilo de vida.

e) Solicitar um novo TOTG para confirmar o diagnóstico de diabetes, iniciar metformina, e encaminhar para avaliação com endocrinologista antes de qualquer orientação de estilo de vida.

**23) Paciente de 28 anos encaminhado ao Pronto Socorro por queixa de dor abdominal intensa e agitação e ansiedade. Diabético insulino-dependente desde os 18 anos de idade. Taquipneia e hálito semelhante a odor de fruta. Laboratoriais coletados à admissão mostram parcial de urina com presen-**

**ça de cetonúria, gasometria arterial coletada em ar ambiente com pH 7,08, HCO<sub>3</sub> 11mmol/L, PCO<sub>2</sub> 18mmHg e PaO<sub>2</sub> 90mmHg, glicemia 260mg/dL. Potássio sérico 3,0mEq/L e sódio sérico 132mEq/L. Assinale a alternativa correta com relação a condução do caso.**

a) A introdução de insulina de ação longa deve ser iniciada tão logo paciente esteja se alimentando.

b) Deve ser realizada reposição de potássio apenas caso calemia reduzir a valores inferiores a 3,0 mEq/L.

c) Deve ser prontamente iniciado antibioticoterapia, pois a taquipneia se deve a provável quadro de broncopneumonia.

d) Devido a intensidade da acidose, a administração de bicarbonato parenteral é indicada e melhora desfechos nestes casos.

e) Primeira medida a ser tomada é a pronta administração de insulina humana regular em bomba infusora contínua, além de expansão volêmica.

**24) Paciente feminina, 35 anos, deu entrada no pronto atendimento com queixa de astenia intensa nas últimas 2 semanas, com piora progressiva. Refere que percebeu mudança na coloração de sua pele, com a percepção de estar amarelada, escurecimento da urina e alguns episódios de vômitos escurecidos associados a dor abdominal inespecífica. Passou por exames laboratoriais de rotina há 1 mês, com resultados sem alterações. Realizados exames na admissão: Hb 5,0 (VN 13 a 16), VCM 100 (VN 79 a 95), HCM 40 (VN 25 a 30), Leucócitos 5.200 (VN 3.500 a 9.000), Plaquetas 260.000 (VN 150.000 a 450.000), Reticulócitos 3,5% (VN 0,8 a 2,3%), Haptoglobina 5 (VN 30 a 190), LDH 1000 (VN 135 a 225), Bilirrubina total 4,0 (VN 0,3 a 1,3), Bilirrubina direta 0,4 (VN 0,1 a 0,4), Bilirrubina indireta 3,6 (VN 0,2 a 0,9), Coombs direto positivo. Assinale a alternativa correta.**

a) Seria esperada a elevação da haptoglobina para ser considerada a hipótese de anemia hemolítica.

b) Deve-se seguir investigação com endoscopia digestiva alta, devido a principal suspeita diagnóstica ser de hemorragia digestiva.

c) Trata-se de provável anemia carencial, necessitando de exames complementares com perfil de ferro para dar início ao tratamento.

d) Considerando o diagnóstico de anemia hemolítica autoimune, está indicado prosseguir investigação com triagem para outras doenças autoimunes.

e) Considerando o padrão de aumento das bilirrubinas, a principal suspeita diagnóstica é de colestase, devendo-se iniciar investigação com ultrassom de abdome.

**25) Paciente masculino, 88 anos, admitido na enfermaria de clínica médica devido a sintomas de dispneia, inapetência e rebaixamento do nível de**



**consciência. Portador de câncer de cabeça de pâncreas em estágio avançado, com metástases disseminadas. Em casa já vinha se mantendo totalmente dependente para as atividades de vida diária (PPS: 20). Ao exame apresenta respiração de Cheyne-Stokes e livedo reticular.**

**Sobre a abordagem deste caso e os conceitos dos cuidados paliativos, assinale a alternativa correta.**

- a) Deve-se evitar ao máximo o emprego de opióides em pacientes em final de vida, prevenindo assim efeitos indesejados como a adição
- b) Estão indicados neste caso o uso de oxigênio suplementar e passagem de sonda nasointestinal para o conforto do paciente e para garantir aporte nutricional adequado
- c) Uma das ferramentas para a comunicação de más notícias é o protocolo p-SPIKES, que preconiza que a notícia seja dada pelo médico de forma breve e direta para minimizar o sofrimento, reservando o apoio emocional para a equipe de psicologia.
- d) O melhor momento para solicitar acompanhamento dos cuidados paliativos é quando a equipe assistente julgar que não há mais nenhum tratamento modificador de doença a ser instituído e o paciente já apresentar sinais de processo ativo de morte
- e) A sedação paliativa pode ser utilizada como último recurso em casos de sofrimento refratário a outras medidas, podendo ser utilizadas medicações como midazolam ou propofol em infusão contínua, e não estando indicadas a intubação e a ventilação mecânica

**26) Homem, 65 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, é trazido a unidade básica de saúde por familiares devido a confusão mental e febre há 24 horas. Ao exame, o paciente está desorientado, com temperatura de 39°C, pressão arterial de 80/50 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm e frequência respiratória de 28 ipm. A saturação de oxigênio está em 88% em ar ambiente. Extremidades frias e cianóticas. Ausculta pulmonar evidencia estertores finos em base direita. Sondagem vesical prontamente instituída, sem débito urinário exteriorizado. Por tratar-se de unidade básica de saúde, não há condições de realização imediata de exames laboratoriais, sendo então inserido paciente em central de leitos para encaminhamento para serviço de atenção terciária.**

**Com base no quadro clínico do paciente, qual é a conduta inicial mais adequada no manejo do caso?**

- a) Para evitar acidose hiperclorêmica, preferir cristalóide balanceado a NaCl 0,9%.
- b) Infusão de cristalóides e antibioticoterapia precoces, independente de culturas.

c) Manejo inicial da hipotensão com aminas vasoativas, devido a risco de piora da congestão.

d) Administrar corticoides como primeira linha de tratamento para melhorar a hemodinâmica.

e) Iniciar antibiótico após investigação detalhada do foco com exames complementares.

**27) Paciente do sexo masculino, 25 anos, interna com quadro de febre, mialgia, náuseas e vômitos com início há 6 dias. Há 1 dia evoluiu com icterícia e oligúria. Refere que há duas semanas teve contato com água de enchente. À admissão, apresentou os seguintes resultados de exames laboratoriais: creatinina 8 mg/dl, ureia 290 mg/dl, potássio 3,3 mEq/L, bilirrubina total 7 mg/dl, CPK 6000 U/L, sendo necessário início de hemodiálise. Considerando o diagnóstico provável de leptospirose, assinale a alternativa correta.**

a) A transmissão da doença se dá exclusivamente em centros urbanos, aonde a população de ratos é maior.

b) É uma doença infecciosa causada por espiroquetas do gênero Leptospira e a maioria dos casos tem apresentação grave.

c) O tratamento com antibiótico deve ser iniciado após diagnóstico com isolamento do microorganismo via PCR ou elevação de anticorpos.

d) Como o paciente apresentou injúria renal grave com necessidade de hemodiálise, a maior probabilidade é de cronificação com necessidade de terapia de substituição renal permanente.

e) Caso haja suspeita radiológica de hemorragia alveolar está indicada intervenção agressiva com ventilação mecânica e uso de estratégias ventilatórias considerando a possibilidade de baixa complacência pulmonar.

**28) Maria Luiza, 28 anos, histórico de asma desde a infância, comparece ao pronto-socorro com dispnéia há 2 dias, piorando progressivamente. Relata uso de salbutamol inalatório nas últimas 24 horas, com alívio parcial. Refere também tosse seca e chiado no peito, além de acordar várias vezes à noite por falta de ar. No exame físico, apresenta-se em leve esforço respiratório, com frequência respiratória de 26 ipm, saturação de oxigênio de 89-91% em ar ambiente, frequência cardíaca de 110 bpm e sibilos difusos à ausculta pulmonar. O Peak Flow (fluxo expiratório máximo) está em 40% do valor previsto. Relata que costuma usar corticosteroide inalatório em baixas doses, mas esqueceu de utilizar nas últimas semanas.**

**Com base no caso apresentado, qual das seguintes opções está correta em relação ao diagnóstico e tratamento da paciente?**

a) O uso de corticosteroide sistêmico está indicado neste caso devido à gravidade da exacerbação.

b) A realização de gasometria arterial é obrigatória

para o diagnóstico da gravidade da crise asmática.

c) Deve ser iniciada antibioticoterapia, devido a suspeita de crise desencadeada por broncoinfecção.

d) A paciente apresenta uma crise asmática leve e pode ser tratada com salbutamol isolado por via inalatória.

e) O uso de oxigênio suplementar é desnecessário, devendo ser priorizados broncodilatadores inalatórios, evitando psicoddependência.

**29) Mulher, 22 anos, previamente hígida, procura consulta por conta de “inchaço”. Percebeu a alteração nas últimas semanas. Nega diarreia, perda ponderal, dispepsia ou mesmo estar realizando dieta. Ao exame físico, percebe-se edema mole, perceptível em face, MMII e um pouco em dorso. Ausculta torácica mostra MV reduzido em bases. Tireoide impalpável. Sem turgidez jugular. Abdome sem vísceras palpáveis. FC 70bpm, FR 16mrpm, T 36,5°, PA 110x80mmHg. Nega abuso de álcool ou uso de tabaco. História familiar sem relato de comorbidades relevantes. Exames complementares evidenciam TSH 7,1 mUI/L (normal 0,4-4,0), T4 livre 1,2 ng/dL (normal 0,8-1,8), ureia e creatinina normais, albumina sérica 2,1 g/dL (normal 3,5-5,5), RNI 0,9 (TAP normal), Bilirrubinas normais. Parcial de urina com densidade 1015, PH 6,0, proteínas +++. Colesterol total, LDL e triglicérides elevados. Ultrassonografia de abdome apenas evidencia pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal.**

**Baseado no caso e a provável causa da síndrome edemigênica, assinale a alternativa correta.**

a) É essencial ecocardiografia para confirmação da mais provável causa da síndrome edemigênica.

b) Apesar da ultrassonografia não sugerir, essencial triar hepatites como potencial causa do quadro.

c) Para detecção da etiologia primária da causa, deverá ser indicada biópsia do órgão acometido.

d) Deve ser dosado T3 e T4 total para iniciar adequado tratamento da causa da síndrome edemigênica.

e) Os exames e dados clínicos disponíveis permitem confirmação diagnóstica da causa do edema generalizado.

**30) Paciente do sexo masculino, 58 anos, com histórico de cirrose hepática por hepatite C e etilismo crônico, é admitido no pronto-socorro com quadro de confusão mental, sonolência e distensão abdominal progressiva há 3 dias. Refere redução da diurese. Ao exame físico apresenta-se desorientado (Glasgow 13), com abdome globoso, presença de ascite volumosa, edema de membros inferiores e sinais de flapping (asterixis). A pressão arterial é de 90/60 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm e saturação de 97% em ar ambiente. Os exames laboratoriais mostram:**

• **Bilirrubina total: 5,4 mg/dL**

• **Albumina: 2,0 g/dL**

• **INR: 2,1**

• **Creatinina: 2,0 mg/dL (nível basal 1,2 mg/dL)**

**Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta com relação a manejo e evolução do paciente.**

a) Indicada restrição proteica para minimizar presença de derivados de amônia na circulação.

b) Deve ser dosado nível sérico de amônia para nortear tratamento da encefalopatia.

c) Deve ser iniciada lactulose oral, paracentese diagnóstica e expansão volêmica cautelosa.

d) Iniciar hemodiálise imediatamente para controle dos sintomas da encefalopatia hepática.

e) O paciente tem um bom prognóstico a curto prazo, esperando-se melhora da encefalopatia com restrição hídrica.

**31) Sra. Mittzi, professora aposentada, 76 anos, tem queixas de dores nas mãos, em fisgadas, por vezes pulsáteis como se quisessem “mais espaço”, segundo ela. Aponta que tanto as interfalangeanas proximais quanto as distais a incomodam muito. Já consultou anteriormente outros médicos, mas como viu seu nome na lista do convênio e o reconheceu como ex-aluno(a), sentiu-se confiante em finalmente ter um tratamento eficaz. Trouxe exames revelando fator reumatoide positivo, VHS de 11mm, FAN 1/80 nuclear pontilhado fino, antiestreptolisina O 800 e Waaler Rose negativo. É muito provável que se trate de**

a) concomitância de artrite reumatoide seropositiva e lúpus eritematoso.

b) artrite psoriática sero negativa necessitando confirmação com biópsia de pele.

c) amiloidose necessitando a avaliação de provável lesão de órgãos alvo como o rim.

d) lúpus eritematoso sistêmico tardio, embora mais benigno que o juvenil, se associa a maior risco cardiovascular.

e) osteoartrite de mãos, ainda sem deformidades degenerativas (nódulos de Heberden) mas merecendo avaliação e atenção redobradas com acolhimento.

**32) A Endocardite Infecçiosa (EI) quando não tratada tem alta mortalidade e sua incidência apresenta aumento progressivo nas últimas décadas. Analise as assertivas relacionadas à EI:**

**I. A lesão típica da EI é a vegetação, que consiste em uma massa de plaquetas, fibrina, microrganismos e escassas células inflamatórias.**

**II. Entre as causas predisponentes da EI observa-se aumento dos casos associados às doenças valvares reumáticas, ao uso de drogas injetáveis e às doenças degenerativas das valvas.**

III. Dispositivos eletrônicos implantáveis podem ser sítio da EI, sendo mais frequentes em marca-passos implantáveis do que em dispositivos de ressincronização e desfibriladores implantáveis.

IV. Entre os critérios maiores para o diagnóstico da EI (Critérios de Duke modificados) destacam-se os achados ecocardiográficos que incluem: presença de vegetação, ou abscesso, ou nova deiscência parcial em valva protética, ou uma nova regurgitação valvar.

Escolha entre as alternativas abaixo, as assertivas corretas.

- a) I e II apenas.
- b) I e IV apenas.
- c) II e III apenas.
- d) III e IV apenas.
- e) I, II e IV apenas.

33) As lipoproteínas são complexos de lipídeos e proteínas, que são essenciais ao transporte e absorção do colesterol, triglicerídeos e vitaminas lipossolúveis. A principal consequência dos distúrbios das lipoproteínas é a doença cardiovascular aterosclerótica. Avalie as seguintes afirmativas sobre os distúrbios das lipoproteínas e assinale qual é a correta.

- a) A rosuvastatina reduz o LDL-colesterol por inibir a absorção do colesterol.
- b) A hipercolesterolemia familiar cursa com xantomas tendinosos e pancreatite.
- c) O uso regular do álcool e exercícios físicos rotineiros contribuem na redução dos triglicerídeos.
- d) A fórmula de Friedewald para cálculo do LDL-colesterol não deve ser usada se o nível dos triglicerídeos for superior a 400 mg/dL.
- e) Evolocumabe e Inclisiran são inibidores de PCSK9, com uso subcutâneo a cada duas semanas, promovendo substancial redução do LDL-colesterol.

34) Vários medicamentos participam da farmacoterapia da Insuficiência Cardíaca. Analise as seguintes alternativas sobre drogas utilizadas no tratamento da Insuficiência Cardíaca e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).

- ( ) Eplerenona é um antagonista da aldosterona
  - ( ) Neprilisina é um inibidor neutro da endopeptidase
  - ( ) Ivabradina acelera a frequência cardíaca e melhora a contratilidade cardíaca.
  - ( ) Dapaglifozina reduz a mortalidade cardiovascular mas aumenta a taxa de diabetes.
  - ( ) A combinação de hidralazina e nitratos tem efeito vasodilatador, com melhora da sobrevida superior aos Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina.
- A sequência correta é

- a) V, F, F, V, V.
- b) V, V, F, F, F.
- c) F, V, F, F, V.
- d) F, F, V, V, F.
- e) V, F, V, F, V

35) Mávio, engenheiro civil, 58 anos, tem queixas de cansaço progressivo com piora há 7 dias após quadro gripal. Há 1 ano fazia a vistoria das obras subindo pelas escadas até o último andar das construções. Nos últimos 2 meses notou que a visita e fiscalização é feita somente nos espaços com acesso pelo elevador. Aumentou para dois travesseiros altos para dormir e notou inchaço nas pernas. Ao exame apresenta edema de face (principalmente periorbitário), rarefação capilar. Frequência cardíaca; 52 bpm. Pressão arterial: 100x80mmHg. Ao exame de tórax notou-se murmúrio vesicular presente apenas nos dois terços superiores, sem ruídos adventícios. O abdome, globoso tinha sinal do Piparote duvidoso, era indolor a palpação superficial e profunda. Os membros inferiores tinham pulsos pediosos, débeis mas presentes, e edema de duas cruces em quatro, sem cacifo. Os exames laboratoriais revelavam anemia normocrômica normocítica, ureia e creatinina normais, fosfatase alcalina diminuída para os valores de referência; Colesterol total de 314 mg/dL, Colesterol HDL de 28 mg/dL Triglicerídeos de 245 mg/dL, TSH superior a 150 µUI/ml (valor de referência: 0,34 a 5,50 µUI/mL) e T4 livre inferior a 0,40 ng/dl (valor de referência: 0,54 até 1,48 ng/dL). No ecocardiograma transtorácico foi encontrado derrame pericárdio leve, sem sinais de restrição diastólica, com fração de ejeção de 65%. As dosagens do TSH e de T4 livre foram repetidas e seus valores confirmados. Assinale a melhor conduta neste caso.

- a) Deve-se, neste caso, suspeitar e investigar causas secundárias, pois o quadro acima pode ser reflexo da síndrome do eutireoideo doente, simulando uma doença primária tireoidiana.
- b) Sugere-se que a administração de iodeto de potássio (Lugol), 2 gotas de 6/6h por 10 dias, preceda o início do metimazol, principalmente em indivíduos fumantes ou portadores de oftalmopatia.
- c) Visto tratar-se de paciente com alto risco cardiovascular a primeira atitude sugerida é instituir terapia hipolipemiante e, muito provavelmente, doses mais altas de estatina trarão benefício, caso não haja intolerância ao fármaco.
- d) Caso este paciente esteja em ambiente de atendimento emergencial a conduta será a administração de Levotiroxina EV na dose de ataque de 200 a 400 mcg, suporte de oxigênio nasal e a prescrição de 50 mg de Hidrocortisona EV a cada 6 h.
- e) Muito provavelmente este paciente, ao ser submetido ao exame de ressonância magnética da hipófise,

será encontrada imagem compatível com tumor produtor de TSH, cuja remoção, em geral, solucionará o quadro acima apresentado.

**36) Antônia, 55 anos, bancária aposentada, mãe de 3 filhos, notou ganho de peso progressivo após a menopausa. Ao consultar seu médico procurando emagrecer, foi percebido na palpação de pescoço a presença de um nódulo indolor, elástico e móvel, com aproximadamente 2 cm. A palpação de região cervical pareceu normal, sem linfonodomegalias. O resultado da ecografia mostrou nódulo com características espongiiformes. Ela, naturalmente está muito ansiosa com a possibilidade deste nódulo ser maligno. Das afirmativas abaixo, assinale a que contém a informação correta.**

a) Nódulos palpáveis da tireoide são encontrados em cerca de 5% dos adultos e vários estudos revelam a presença de nódulos da tireoide em até 50% das glândulas de indivíduos com > 50 anos de idade, principalmente em mulheres.

b) A maioria dos pacientes com nódulos da tireoide possui provas de função tireoidiana comprometidas com hipotireoidismo, geralmente causada por tireoidite de Hashimoto.

c) Se o TSH estiver suprimido, será indicada uma cintilografia com radionucleotídeos para determinar se o nódulo identificado é quente, já que as lesões com maior captação podem revelar focos de carcinoma anaplásico na punção com agulha fina (PAF) de tireoide.

d) Mesmo se a leitura da lâmina da PAF resulte em Bethesda 2, é adequado programar nova em 3 meses, pois a idade da paciente e o tamanho do nódulo a classifica como alto risco.

e) No caso de ser diagnosticado um carcinoma de tireoide bem diferenciado existe a possibilidade de vigilância ativa (seguir com ecografias), somente lobectomia ou tireoidectomia total e ainda o uso do teprotumumabe (inibidor do receptor de IgF-1) visto ser um quadro indolente.

**37) Cátia, 62 anos, viúva, sem filhos, frequenta salão de beleza semanalmente. Em conversas frequentes, entre amigas, surgiu a notícia que muitas estão com pre-diabetes. A notícia a tem amedrontado e tirado seu sono. Nos últimos exames os valores estavam diferentes da referência e houve a confirmação do médico de que deveriam ser monitorados. Muito ansiosa, quer uma segunda opinião e afirma: “Não sou mulher de ficar esperando o pior acontecer”, embora confesse que a única pessoa com diabetes na família foi sua avó, diagnosticada aos 88 anos quando estava em tratamento para linfoma. Tem feito Yoga 3 x na semana e musculação aos sábados. Gosta muito de fazer lanches com amigas, 2 a 3 x na semana e eventualmente toma 1 a 2 taças de vinho. Neste**

**atendimento está assintomática, IMC é de 32 kg/m<sup>2</sup>, pressão arterial 120x 82 mmHg, cintura abdominal de 88 cm. Traz glicemia de jejum = 101 mg/dl, curva glicêmica com o maior valor aos 60 minutos (167 mg/dL) e HA1C 5,9. Colesterol de 217 mg/dL, colesterol HDL de 65 mg/dL e triglicerídeos de 48 mg/dL. Você pondera sobre sua conduta e baseado nas recomendações do FDA /ADA decide manter a atividade física, encaminhar para a nutricionista, programar acompanhamento e**

a) prescrever inibidor do SGLT-2.

b) recomendar Orlistate antes das refeições.

c) iniciar tratamento com o receptor análogo do GLP-1.

d) indicar a colocação de free style libre ou monitorar com glicemias capilares.

e) não prescrever medicamentos para tentar retardar o aparecimento do diabetes, visto que a eficácia e segurança ainda são controversas.

**38) Um paciente de 68 anos, hipertenso e com histórico de insuficiência cardíaca controlada, chega à emergência com palpitações, falta de ar e sensação de cansaço. Ao exame, apresenta frequência cardíaca de 130 bpm, irregular, e pressão arterial de 140/90 mmHg. O eletrocardiograma (ECG) mostra ausência de ondas P e presença de ritmo irregular, compatível com fibrilação atrial (FA). O ecocardiograma revela fração de ejeção preservada (60%).**

**Considerando o diagnóstico de fibrilação atrial, qual a conduta inicial mais apropriada para este paciente?**

a) Realizar cardioversão elétrica de emergência, independentemente da duração da fibrilação atrial.

b) Administrar um beta-bloqueador para controle da frequência cardíaca, considerando a função ventricular preservada.

c) Iniciar imediatamente anticoagulação oral, sem necessidade de avaliar o risco tromboembólico.

d) Realizar controle do ritmo com antiarrítmicos orais, como amiodarona, visando reverter a fibrilação atrial.

e) Prescrever digitalis para controle da frequência, uma vez que o paciente apresenta insuficiência cardíaca.

**39) Uma mulher de 60 anos, com histórico de hipertensão e infarto agudo do miocárdio há 3 anos, é admitida na emergência com dispneia progressiva nos últimos dias, ortopneia e edema de membros inferiores. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 100/70 mmHg, frequência cardíaca de 95 bpm, estertores pulmonares bilaterais e turgência jugular. O ecocardiograma revela fração de ejeção de 30%. A gasometria arterial mostra uma hipoxemia leve. O diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) é confirmado.**

**Qual a conduta inicial mais apropriada para este caso?**

- a) Iniciar dobutamina intravenosa imediatamente para melhorar a contratilidade cardíaca.
- b) Iniciar furosemida intravenosa e ajustar os diuréticos de acordo com a resposta clínica.
- c) Iniciar inibidor do receptor da Angiotensina-Nepriilsina em dose alta imediatamente para melhorar a função cardíaca e reduzir o volume.
- d) Administrar beta-bloqueador intravenoso de alta dose para controlar a frequência cardíaca.
- e) Realizar cardioversão elétrica imediata devido à presença de disfunção ventricular grave.

**40) Um paciente de 50 anos apresenta episódios recorrentes de dor torácica, principalmente em repouso e durante a noite. O eletrocardiograma (ECG) realizado durante a dor mostra elevação transitória do segmento ST. Após administração de nitrato sublingual, os sintomas cessam rapidamente. Diante desse quadro, qual o diagnóstico mais provável?**

- a) Angina Estável.
- b) Angina Instável.
- c) Pericardite Aguda.
- d) Angina de Prinzmetal.
- e) Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCSST).





