



PROCESSO SELETIVO

RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – **TIPO 03**

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **MEDICINA INTENSIVA**

DATA: 18/01/2026 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (**TIPO 03**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 03) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA, utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30** do início da respectiva prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

PROCESSO SELETIVO- RESIDÊNCIASUESPI – MEDICINA INTENSIVA
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.

RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI



Nº DE INSCRIÇÃO						

**CLÍNICA MÉDICA**

- 01.** Paciente de sexo feminino com 68 anos de idade, diabética e dislipidêmica, apresentou média de 3 medidas de PA aferidas no consultório em 138 x 87 mmHg. Seguindo a diretriz brasileira para tratamento da HAS no momento do diagnóstico, assinale a alternativa com a melhor conduta. O escore de risco PREVENT foi aplicado com resultado de risco em 16,8%. Pressão arterial diastólica = PAD; Pressão arterial sistólica = PAS. MAPA = Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial; MRPA = Monitorização Residencial da Pressão Arterial.
- a) Iniciar enalapril 10 mg por dia.
 - b) Reavaliar em 1 semana devido à possibilidade de hipertensão mascarada.
 - c) Iniciar nitroprussiato de sódio devido à urgência.
 - d) Iniciar tratamento medicamentoso somente após 3 meses de medidas não medicamentosas sem sucesso.
 - e) Iniciar tratamento com diurético.
- 02.** Considerando as atuais diretrizes brasileiras de dislipidemias, assinale a alternativa **CORRETA** para as metas recomendadas de acordo com o risco cardiovascular:
- a) Meta de LDL-c (mg/dL) < 115 em indivíduo de baixo risco.
 - b) % redução do LDL-c mínima de 30% em indivíduo de alto risco.
 - c) Meta de LDL-c (mg/dL) <50 em indivíduo de alto risco.
 - d) % redução do LDL-c \geq 50% em indivíduo de risco intermediário.
 - e) Meta de colesterol não-HDL (mg/dL) <100 em indivíduo de risco extremo.
- 03.** Considerando as últimas Diretrizes Brasileira de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis – 2023, assinale a alternativa **CORRETA** para a recomendação de implante de marca-passo definitivo:
- a) Pacientes com bradiarritmias noturnas, sem cardiopatia significativa, assintomáticos no período de vigília, com SAOS nos quais não foi realizado o tratamento específico.
 - b) Paciente assintomático(a) e massagem do seio carotídeo com resposta cardioinibidora.
 - c) Pacientes assintomáticos com distúrbio da condução intraventricular isolado e condução AV 1:1 na ausência de outras indicações para implante de MP.
 - d) Em pacientes com bloqueio de ramo alternante, independentemente de sintomas.
 - e) Paciente assintomático, com sintoma documentado e claramente não relacionado à bradicardia. paciente sintomático com bradicardia decorrente de causas reversíveis, incluindo-se fármacos não essenciais.
- 04.** Uma mulher de 24 anos, previamente saudável, é trazida ao pronto-socorro após episódio de perda súbita da consciência enquanto assistia TV à noite. Segundo familiares, ela apresentou um grito inicial seguido de rigidez generalizada e, depois, abalos rítmicos dos quatro membros por aproximadamente 90 segundos. Após o evento, permaneceu confusa por alguns minutos. Refere histórico de “soluços musculares” matinais nos últimos meses, que ocorrem principalmente ao acordar e a fizeram derrubar objetos das mãos algumas vezes. Nega uso de drogas e nega privação de sono. Exame neurológico normal. TC de crânio normal.
- Qual a alternativa **CORRETA** com o diagnóstico mais provável?
- a) Síncope vasovagal com miocloniasanóxicas.
 - b) Epilepsia mioclônica juvenil.
 - c) Epilepsia do lobo temporal mesial.
 - d) Crise tônico-clônica secundária a lesão estrutural frontal.
 - e) Crise psicogênica não epiléptica.



05. Um paciente de 63 anos, previamente independente, chega ao pronto-socorro com instalação súbita de fraqueza em dimídio esquerdo e disartria há 1 hora e 20 minutos. Ao exame, apresenta hemiplegia esquerda, desvio ocular para a direita e NIHSS= 17 (National Institutes of Health Stroke Scale). A tomografia sem contraste mostra ausência de hemorragia e discreto apagamento de sulcos na região frontal direita. Angio-TC evidencia oclusão da artéria cerebral média direita (segmento M1). Glicemia capilar de 128 mg/dL, PA 166/94 mmHg. Não usa anticoagulantes.

Qual a alternativa **CORRETA** com a conduta imediata mais apropriada?

- a) Iniciar trombólise intravenosa com alteplase, mas não realizar trombectomia por ainda estar dentro das 3 horas.
- b) Não realizar trombólise; seguir somente com trombectomia mecânica.
- c) Iniciar trombólise intravenosa e encaminhar imediatamente para trombectomia mecânica.
- d) Não trombolisar devido ao NIHSS elevado; indicar apenas controle pressórico e UTI.
- e) Adiar trombólise até obtenção de ressonância com difusão/perfusão.

06. Uma mulher de 34 anos apresenta crises de cefaleia desde a adolescência. As crises são pulsáteis, geralmente unilaterais, acompanhadas de fotofobia, fonofobia e náuseas, durando até 12 horas. Há 6 meses, as crises aumentaram de frequência e hoje ocorrem cerca de 10 dias por mês. Ela suspendeu café e reduziu horas de tela sem melhora. Usa sumatriptana nas crises, com boa resposta, mas está preocupada com a recorrência cada vez maior. Exame neurológico normal.

Qual a alternativa **CORRETA** com a melhor conduta neste momento?

- a) Aumentar a dose de sumatriptana e orientar uso precoce em todas as crises.
- b) Iniciar alguma profilaxia, pois está em indicação de tratamento preventivo.
- c) Solicitar RM para investigar lesão estrutural, já que aumento de frequência é sinal de alarme.
- d) Orientar diário de cefaleia por 3 meses antes de qualquer intervenção.
- e) Suspender imediatamente o uso de triptano por risco de cefaleia por abuso de medicação.

07. Homem de 68 anos, usuário crônico de AINE por osteoartrose, apresenta hematêmese volumosa. Submetido à endoscopia digestiva alta somente 24 horas após sangramento por transferência a outro serviço, evidenciando úlcera gástrica ativa, no corpo, com estigmas de sangramento recente, A1 de Sakita, Forrest IIc. Após estabilização clínica, qual conduta é obrigatória, independentemente, da evolução clínica?

- a) Erradicação empírica do *Helicobacter pylori*.
- b) Uso contínuo de bloqueador H2.
- c) Realização de biópsias da úlcera.
- d) Cirurgia precoce.
- e) Suspensão isolada do AINE.

08. Paciente de 55 anos dá entrada com quadro clínico e laboratorial compatível com pancreatite aguda. Após 48 horas, apresenta queda do hematócrito apesar de reposição volêmica adequada. Esse achado sugere principalmente:

- a) Resolução do processo inflamatório.
- b) Diluição secundária à hidratação vigorosa.
- c) Sangramento digestivo oculto.
- d) Maior risco de pancreatite grave.
- e) Necrose pancreática já infectada.



09. Paciente masculino, 53 anos, diagnóstico prévio de cirrose hepática, apresenta confusão mental súbita após início de diurético em altas doses. Não há sinais de infecção ou sangramento digestivo. Nesse contexto, a medida mais apropriada neste momento é:
- a) Suspender imediatamente a lactulose.
 - b) Iniciar antibioticoterapia empírica.
 - c) Corrigir fatores precipitantes e iniciar lactulose.
 - d) Restrição proteica rigorosa.
 - e) Intubação orotraqueal imediata.
10. São princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos, **EXCETO**,
- a) início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença.
 - b) promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores.
 - c) não aceitação da morte como um processo natural.
 - d) aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas.
 - e) trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares.
11. A Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED), acompanhando a definição de 2020 da International Association for the Study of Pain (IASP), define dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial¹, sendo ela subjetiva e correspondendo àquilo que o paciente descreve. Sobre o tratamento da dor, assinale a alternativa que indica um opioide fraco:
- a) Morfina simples.
 - b) Codeína.
 - c) Fentanil.
 - d) Gabapentina.
 - e) Naproxeno.
12. Dispneia é definida pela American Thoracic Society como “uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam na intensidade. Sobre o uso de opioides para o controle da dispneia, cuidados paliativos, **NÃO** podemos afirmar que.
- a) São amplamente recomendados.
 - b) Ocasionalmente aumentam a percepção central da dispneia.
 - c) Ocasionalmente reduzem a sensibilidade à hipercapnia.
 - d) Ocasionalmente reduzem o consumo de oxigênio e aumentam a função cardiovascular.
 - e) Seu uso para tratamento da dispneia é em baixas doses.



13. Mulher de 67 anos, obesa, refere dor crônica em joelhos há anos, com piora ao caminhar e melhora com repouso. Relata rigidez matinal de curta duração (<30 minutos). Ao exame físico, há crepitação articular e discreta limitação de movimento, sem sinais inflamatórios importantes. Qual o diagnóstico e a conduta inicial adequada?

- a) Artrite reumatoide; iniciar metotrexato.
- b) Osteoartrite; orientar perda de peso, exercício físico e analgesia.
- c) Gota; iniciar colchicina.
- d) Artrite séptica; solicitar punção articular.
- e) Condromalácia patelar; indicar cirurgia imediata.

14. Homem de 82 anos, frágil, com perda funcional e dependência para atividades diárias, apresenta glicemia capilar casual de 420 mg/dL. Faz uso regular de metformina e glibenclamida. Não há sinais de infecção ou cetoacidose.

Qual a conduta mais adequada em relação ao controle glicêmico?

- a) Manter o esquema atual e aguardar nova dosagem de glicemia.
- b) Intensificar a dose de glibenclamida.
- c) Suspender metformina e introduzir inibidor de SGLT2.
- d) Introduzir insulina, com meta de HbA1c menos rigorosa.
- e) Introduzir agonista de GLP-1 visando HbA1c < 6,5%.

15. Segundo as diretrizes mais recentes sobre dislipidemia, qual afirmação está **CORRETA**?

- a) O tratamento deve ser guiado exclusivamente pelo nível absoluto de LDL-colesterol.
- b) Estatinas só são indicadas quando LDL >190 mg/dL.
- c) A estratificação de risco cardiovascular é fundamental para definir metas de LDL.
- d) Pacientes de muito alto risco não se beneficiam de metas mais agressivas.
- e) O HDL-colesterol elevado elimina a necessidade de tratamento.

16. Sobre nefrite lúpica, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Biópsia renal deve ser realizado na nefrite lúpica desde que o FAN seja > 1:320.
- b) Tratamento recomendado das classes de I a VI deve ser metilprednisolona e ciclofosfamida.
- c) Micofenolatomofetil é excelente droga para a fase de manutenção.
- d) É uma forma de doença pauci-imune, pois a imunofluorescência é sempre negativa.
- e) Os achados compatíveis com nefrite lúpica são proteinúria > 1g/d ou hipocelularidade glomerular.

17. Quanto a doença renal crônica, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Inibidor da enzima conversora da angiotensina, bloqueador de canal de cálcio e betabloqueador – são todas drogas nefroprotetoras.
- b) Eritropoetina, hidróxido de ferro – são indicadas no caso de anemia em fases avançadas da doença renal crônica.
- c) Carbonato de cálcio e sevelamer – são indicadas para o tratamento da hipocalcemia associada a doença renal crônica.
- d) Enalapril + losartana + inibidor SGLT2 + antagonistas do receptor mineralocorticóide é o esquema preconizado para tratar a doença renal crônica no estágio IV e V.
- e) Diálise e transplante são indicados nos pacientes em estágio IV e V.



- 18.** Quanto ao tratamento de injúria renal aguda (IRA), marque a alternativa **CORRETA**.
- a) A furosemida é o principal medicamento capaz de acelerar recuperação na IRA.
 - b) Inibidor de SGLT2 está indicado para melhorar progressão da IRA.
 - c) Uremia e hipernatremia são as principais indicações de diálise.
 - d) Para o diagnóstico de IRA considera-se elevação da creatinina em 0,3mg/dL em 48 horas ou 50% em 7 dias.
 - e) Independente do status de hidratação, para pacientes oligúricos é preconizado o uso de furosemida em bolus como medida inicial.
- 19.** Assinale a alternativa, que baseado na epidemiologia indica as glomerulopatias primárias esperadas para cada um dos seguintes pacientes, respectivamente: 1) homem jovem com creatinina 2,0mg/dL e síndrome nefrótica; 2) homem idoso com creatinina discretamente elevada e síndrome nefrótica; 3) criança com síndrome nefrótica.
- a) GESF, amiloidose e nefropatia por IgA.
 - b) Nefropatia por IgA, Glomerulonefrite Membranoproliferativa e Glomerulonefrite pós-estreptocócica.
 - c) Glomerulopatia crescêntica, lesões mínimas e Glomerulonefrite Membranoproliferativa.
 - d) GESF, nefropatia membranosa e Glomerulonefrite pós-estreptocócica.
 - e) Nefropatia por IgA, nefropatia membranosa e lesões mínimas.
- 20.** Quanto as glomerulopatias, analise as assertivas dos itens:
- I. Dismorfismo eritrocitário quando positivo em caso de hematúria macroscópica é sugestivo de doença glomerular.
 - II. Glomerulonefrite pós-estreptocócicas deve ser tratado com corticoide, na forma de pulsoterapia.
 - III. O complemento sérico está consumido na síndrome nefrítica.
- De acordo com essas assertivas marque a alternativa **CORRETA**.
- a) São verdadeiras as assertivas I e III.
 - b) São verdadeiras as assertivas II e III.
 - c) Apenas a assertiva III é verdadeira.
 - d) Todas as assertivas são falsas.
 - e) Todas as assertivas são verdadeiras.

ESPECÍFICA

- 21.** Homem, 68 anos, admitido na UTI por pneumonia comunitária grave. Evolui com rebaixamento do sensório, extremidades frias, enchimento capilar > 4 s, PA 78x42 mmHg, FC 118 bpm, FR 28 irpm, SatO₂ 92% em O₂ suplementar. Ausculta pulmonar com estertores difusos. Diurese < 0,3 mL/kg/h. Imagem: RX de tórax com infiltrado alveolar bilateral, sem cardiomegalia. Qual o diagnóstico sindrômico mais provável?
- a) Choque cardiogênico.
 - b) Choque hipovolêmico.
 - c) Choque obstrutivo.
 - d) Choque séptico.
 - e) Choque neurogênico.

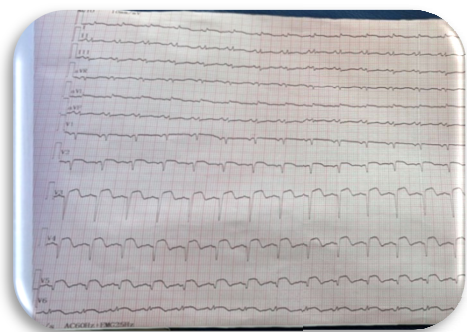


- 22.** Paciente séptico apresenta gasometria: pH 7,28 | PaCO₂ 29 mmHg | HCO₃⁻ 13 mEq/L | Lactato 6,1 mmol/L. Qual a interpretação correta?
- a) Acidose respiratória.
 - b) Alcalose respiratória.
 - c) Acidose metabólica com compensação respiratória.
 - d) Distúrbio misto alcalótico.
 - e) Acidose metabólica sem compensação.
- 23.** Mulher, 61 anos, choque séptico de provável foco pulmonar. Ainda sem antibiótico. Dois acessos periféricos calibrosos disponíveis. Qual a conduta microbiológica correta antes do antibiótico?
- a) Uma hemocultura periférica.
 - b) Dois pares de hemoculturas de sítios distintos.
 - c) Coletar culturas após 24 h de antibiótico.
 - d) Coletar apenas se tiver febre.
 - e) Não coletar culturas em choque.
- 24.** Paciente em UTI evolui com PCR. Monitor mostra ritmo abaixo. Após desfibrilação e RCP de alta qualidade, qual droga deve ser administrada?
- a) Atropina.
 - b) Adrenalina 1 mg IV.
 - c) Dobutamina.
 - d) Amiodarona.
 - e) Vasopressina isolada.
- 25.** Homem, 35 anos, politrauma, PA 80×50 mmHg, FC 132 bpm, lactato 5,8 mmol/L. Ultrassom: veia cava inferior colabável, FAST negativo. Qual o tipo de choque mais provável?
- a) Cardiogênico.
 - b) Distributivo.
 - c) Neurogênico.
 - d) Hipovolêmico.
 - e) Obstrutivo.
- 26.** Homem, 60 anos, IAM em evolução, apresenta taquicardia regular de QRS largo (180 bpm), PA 70×40 mmHg, confusão mental.
- A conduta imediata deve ser:
- a) Adenosina.
 - b) Amiodarona EV e observar.
 - c) Cardioversão elétrica sincronizada.
 - d) Desfibrilação não sincronizada.
 - e) Betabloqueador EV.

- 27.** Mulher, 74 anos, dispneia súbita, estertores difusos, expectoração espumosa, PA 230×130 mmHg. SPO2 88%. Imagem: RX de tórax com padrão em “asa de borboleta”.

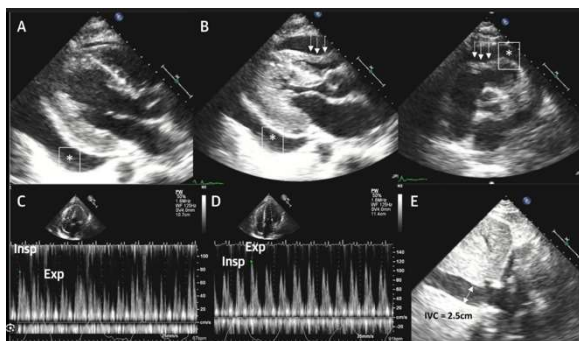
A conduta inicial mais adequada é:

- a) Volume EV + antibiótico.
 - b) Furosemida isolada.
 - c) VNI + nitroglicerina.
 - d) Morfina isolada.
 - e) Dobutamina.
- 28.** PA 210×125 mmHg associada a edema agudo de pulmão sugere:
- a) Urgência hipertensiva.
 - b) HAS descompensada.
 - c) Emergência hipertensiva.
 - d) Hipertensão crônica.
 - e) Crise ansiosa.
- 29.** Paciente 65 anos diabético e hipertenso, com queixa dor precordial que irradia para o membro superior esquerdo. Ele realizou ECG abaixo: Considerando que está em hospital com hemodinâmica disponível. Qual é o diagnóstico mais provável e o limite de tempo porta-balão:



- a) IAM com supra de ST de parede anterior < 30 min.
- b) IAM com supra de ST de parede anterior < 120 min.
- c) IAM com supra de ST de parede inferior < 90 min.
- d) IAM com supra de ST de parede inferior < 120 min.
- e) IAM com supra de ST de parede anterior < 90 min.

30. Paciente em VM, hipotenso, turgência jugular, bulhas hipofonéticas. Imagem: Ecocardiograma com derrame pericárdico e colapso diastólico do VD.



Conduta definitiva:

- a) Volume EV + antibiótico.
 - b) Dobutamina.
 - c) Aumentar PEEP.
 - d) Pericardiocentese.
 - e) Diurético.
31. Homem, 52 anos, obeso (IMC 42), SAOS, Mallampati IV, abertura oral limitada, mobilidade cervical reduzida. Evolui com insuficiência respiratória, porém está consciente e cooperativo, sem choque. Qual a estratégia mais segura para obtenção de via aérea?
- a) Indução rápida padrão e laringoscopia direta.
 - b) Sedação profunda e múltiplas tentativas até sucesso.
 - c) Intubação acordada (videolaringoscopia/fibroscopia) com preparo e plano de falha.
 - d) Máscara laríngea como via aérea definitiva em todos os casos.
 - e) Paralisar sem pré-oxigenação para “ganhar tempo”.
32. Mulher, 64 anos, pneumonia, FR 34, uso de musculatura acessória, SatO₂ 86% em máscara 10 L/min. Está alerta, porém exausta. Gasometria: pH 7,46 / PaCO₂ 31 / PaO₂ 55. Qual a melhor conduta inicial em ambiente monitorado?
- a) Manter máscara e reavaliar em 6–8 h.
 - b) Intubação imediata em todo paciente com SatO₂ < 90%.
 - c) Alto fluxo nasal (HFNC) com monitorização e critérios de falha/intubação.
 - d) VNI prolongada sem metas, por tempo indefinido.
 - e) Nebulização broncodilatadora como principal medida.
33. Homem, 55 anos, sepse pulmonar, em VM. PEEP 10, FiO₂ 0,60. PaO₂ 66 mmHg. Sem disfunção importante de VE. Imagem: RX tórax com opacidades bilaterais difusas, sem cardiomegalia. Qual a melhor classificação e estratégia inicial?
- a) Hipoxemia leve; aumentar VC para 10 mL/kg.
 - b) SDRA moderada; ventilação protetora (VC 6 mL/kg) e titulação PEEP/FiO₂.
 - c) SDRA grave; ECMO imediata.
 - d) Edema cardiogênico; reduzir PEEP para 5 e diurético alto.
 - e) Pneumonia; manter FiO₂ alta e observar.



34. Homem, 39 anos, febre e tosse há 5 dias. Agora com dispneia, FR 32, SatO₂ 89% em ar ambiente, tiragem. Imagem: RX com infiltrado bilateral interstício-alveolar.

A conduta inicial **CORRETA** é:

- a) Tratar como síndrome gripal e liberar.
- b) Classificar como SRAG: oxigênio titulado, monitorização e investigação etiológica.
- c) Intubar todos os casos com SatO₂ < 92%.
- d) Não coletar exames microbiológicos para não atrasar.
- e) Broncodilatador contínuo como base.

35. Homem, 63 anos, COVID confirmado. Em HFNC, FiO₂ 0,90, fluxo 60 L/min, SatO₂ 90%, FR 40, grande uso de musculatura acessória, rebaixando progressivamente.

A conduta adequada é:

- a) Manter HFNC por mais 8 horas “para tentar evitar intubação”.
- b) Trocar para máscara simples e reavaliar.
- c) Indicar intubação orotraqueal e VM invasiva (falha do suporte).
- d) Fazer nebulização e reduzir sedação.
- e) Apenas aumentar PEEP na VNI sem monitorização.

36. Mulher, 28 anos, asmática. Inicialmente sibilante; após 40 min piora: sonolenta, FR caiu, ausculta com tórax silencioso. Gasometria: pH 7,22 / PaCO₂ 62 / PaO₂ 58 (com O₂ suplementar).

A interpretação e a conduta devem ser:

- a) Melhora clínica; manter nebulização.
- b) Crise ansiosa; sedar e observar.
- c) Falência ventilatória iminente; preparar intubação e VM com tempo expiratório prolongado.
- d) Edema pulmonar; diurético imediato.
- e) Apenas antibiótico.

37. Homem, 70 anos, DPOC GOLD IV. Em VNI há 1 h. Gasometria inicial: pH 7,24 / PaCO₂ 78. Após 1 h: pH 7,20 / PaCO₂ 86, sonolento, secreção abundante.

A conduta adequada é:

- a) Insistir na VNI por mais 6 h.
- b) Aumentar O₂ para SatO₂ 100%.
- c) Intubação e VM invasiva (falha de VNI).
- d) Suspende suporte e observar.
- e) Apenas broncodilatador.

38. Homem, 58 anos, em VM por SDRA. Subitamente: hipotensão, dessaturação, pressão de pico aumenta. Ausculta: MV abolido à direita. Imagem: US pulmonar com ausência de deslizamento pleural e “lung point”.

A conduta imediata é:

- a) Solicitar RX e aguardar.
- b) Solicitar TC de tórax.
- c) Aumentar PEEP para recrutar.
- d) Toracocentese de alívio imediata seguida de drenagem torácica.
- e) Ajustar sedação e observar.



39. Mulher, 76 anos, neoplasia, dispneia. US: derrame pleural volumoso com atelectasia compressiva. Indica-se toracocentese de alívio.

A conduta mais segura é:

- a) Retirar > 3 L rapidamente.
- b) Retirar lentamente, monitorar tosse/dor, evitar grandes volumes abruptos e usar US guiado.
- c) Retirar apenas 100 mL sempre.
- d) Não usar ultrassom.
- e) Sedação profunda obrigatória.

40. Mulher, 50 anos, pós-operatório recente, dispneia súbita, síncope. PA 78×40, FC 130, hipoxemia. Eco: VD dilatado, hipocinesia, septo achatado (“D-shape”), VE pequeno. AngioTC não é possível no momento (instável). Sem contraindicação absoluta conhecida.

A conduta mais apropriada é:

- a) Trombólise sistêmica imediata, na ausência de contraindicações.
- b) Anticoagulação oral e observação.
- c) Aguardar TC antes de tratar.
- d) Heparina profilática.
- e) Filtro de veia cava como primeira medida.

41. Homem, 66 anos, sepse abdominal. Após 30 mL/kg de cristalóide e noradrenalina, mantém oligúria (0,2 mL/kg/h). Creatinina subiu de 1,0 para 2,8 mg/dL em 24h. Sedimento urinário com cilindros granulosos “muddy brown”. FeNa 2,2% (sem diuréticos).

Qual o diagnóstico mais provável e conduta inicial mais adequados?

- a) IRA pré-renal; aumentar diurético para “forçar diurese”.
- b) Nefrite intersticial; iniciar corticoide de rotina.
- c) Necrose tubular aguda; otimizar perfusão, evitar nefrotóxicos e ajustar doses.
- d) Obstrução; tratar com alfabloqueador e observar.
- e) Glomerulonefrite rapidamente progressiva; plasmaférese imediata.

42. Paciente com IRA, K⁺ 6,9 mEq/L. ECG com ondas T apiculadas, PR prolongado e QRS alargando. Está sonolento.

Qual sequência imediata é mais correta?

- a) Resina oral e observar.
- b) Gluconato de cálcio IV + insulina com glicose + beta-agonista; preparar diálise se refratário/instável.
- c) Furosemida em altas doses e aguardar.
- d) Restrição hídrica e repetir K⁺ em 6h.
- e) Bicarbonato isolado.



43. Mulher, 58 anos, choque séptico. Lactato 5,0 mmol/L. PA 78×40 mmHg. Suspeita de foco pulmonar.

Qual conduta inicial está mais alinhada ao bundle?

- a) Aguardar resultado de culturas para escolher antibiótico.
- b) Coletar culturas sem atrasar; iniciar antibiótico precoce; volume inicial; vasopressor para pressão arterial média ≥ 65 mmHG.
- c) Dar apenas antitérmico e O₂.
- d) Iniciar corticoide antes de volume e vasopressor.
- e) Iniciar heparina plena por prevenção de trombose.

44. Homem, 72 anos, choque séptico. Após reposição volêmica adequada, usa noradrenalina 0,7 mcg/kg/min + vasopressina 0,03 U/min e mantém PAM 58–60.

A conduta adjuvante mais apropriada é:

- a) Hidrocortisona EV (ex.: 200 mg/dia).
- b) Suspender vasopressores e observar.
- c) Metilprednisolona 1 g/dia por 3 dias.
- d) Fludrocortisona isolada substitui hidrocortisona.
- e) Corticoide é contraindicado na sepse.

45. Paciente em choque séptico de provável pneumonia recebeu piperacilina-tazobactam + vancomicina. Em 48h, aspirado traqueal com *Streptococcus pneumoniae* sensível; hemoculturas negativas; melhora clínica.

A conduta mais adequada é:

- a) Manter esquema amplo por 14 dias “por ser UTI”.
- b) Trocar para meropenem por segurança.
- c) Descalonar para beta-lactâmico dirigido ao pneumococo e revisar duração.
- d) Suspender antibiótico imediatamente em todos com 48h.
- e) Adicionar antifúngico por rotina.

46. Mulher, 78 anos, em uso de anticoagulante por FA. Hematoquezia volumosa e instabilidade, apesar de reposição. Sangramento persiste.

Qual exame é mais útil para localizar sangramento ativo e guiar terapia?

- a) Colonoscopia eletiva em 72h.
- b) AngioTC (ou angiografia) para localizar sangramento e possível embolização.
- c) EDA como primeiro exame sempre.
- d) Ultrassom de abdome.
- e) RX simples.



47. Homem, 46 anos, dor epigástrica irradiando para dorso, lipase 8× LSN. TC sugere pancreatite intersticial sem necrose. Sem sinais de infecção ou colangite.

A conduta **CORRETA** é:

- a) Antibiótico profilático para prevenir infecção.
- b) Cristalóide + analgesia + nutrição enteral precoce quando possível.
- c) Cirurgia imediata.
- d) Corticoide sistêmico.
- e) Nutrição parenteral obrigatória nas primeiras 24h.

48. Homem, 22 anos, DM1, vômitos, Kussmaul. Glicemia 540 mg/dL, pH. 7,20 HCO_3^- 8, cetonemia positiva. Potássio 3,0 mEq/L.

A conduta correta inicial é:

- a) Iniciar insulina EV imediatamente.
- b) Bicarbonato obrigatório em todo pH < 7,30.
- c) Insulina SC e alta.
- d) Reposição de K^+ antes de insulina + hidratação com cristalóide.
- e) Restringir volume para evitar edema cerebral.

49. Homem, 64 anos, afasia súbita há 1h. TC sem sangramento. PA 210×110.

A meta de PA para trombólise IV é:

- a) Não controlar.
- b) <185×110 antes e <180×105 após.
- c) <140×90.
- d) Hipotensão induzida.
- e) Trombólise proibida.

50. Paciente feminina, 47 anos chega trazida pelo serviço de emergência, após acidente automobilístico carro X poste, sem TCE aparente. Encontra-se, sonolenta com pouca resposta aos estímulos (Glasgow Coma Scale: 9), Pressão arterial 80x40 mmHg, Frequência cardíaca: 128 bpm, Frequência respiratória de 26 irpm. Sem sinais de exteriorização de sangramentos e sem escoriações.

Em relação ao manejo desse paciente, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Lavado abdominal com saída de conteúdo hemático indica abordagem cirúrgica.
- b) Paciente deve ser levado imediatamente ao setor de imagem para realização de tomografia na busca do foco do choque.
- c) Paciente deve ser levado ao centro cirúrgico o mais brevemente possível.
- d) Realização do US protocolo Fast sem alterações exclui necessidade de outras investigações abdominais.
- e) Paciente sem sinais de choque.

**RESIDÊNCIAS
UESPI**

**RESIDÊNCIAS
UESPI**