



Hospital Universitário  
Antonio Pedro

UFF – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

CCM – CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

HUAP – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO

## PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

# ÁREA/ESPECIALIDADE: MEDICINA/ INTENSIVISTA

121

### INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- ✘ Além deste CADERNO, você deverá ter recebido o CARTÃO destinado às respostas das 40 (quarenta) questões de múltipla escolha formuladas na prova. Caso não o tenha recebido, peça-o ao fiscal.
- ✘ Verifique se esta prova corresponde à área/especialidade para a qual você se inscreveu.
- ✘ Verifique se o número do seu documento de identificação e seu nome conferem com os que aparecem no CARTÃO DE RESPOSTAS; em caso afirmativo, **assine-o** e leia atentamente as instruções para seu preenchimento.
- ✘ Se este caderno ou o cartão de respostas não contiver o descrito nos itens anteriores, notifique imediatamente ao fiscal.
- ✘ Não é permitido portar ou fazer uso de aparelhos de recebimento central de mensagens (*paggers*), aparelho de telefonia celular, qualquer tipo de aparelho que permita intercomunicação, nem material que sirva para consulta.
- ✘ Não é permitido copiar as respostas assinaladas no cartão.
- ✘ O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do cartão de respostas, é de **quatro horas**.
- ✘ Para preencher o cartão de respostas use, exclusivamente, caneta esferográfica de ponta média com tinta azul. Assinale **apenas uma** dentre as cinco opções de resposta apresentadas para cada questão.
- ✘ Certifique-se de ter assinado a lista de presença.
- ✘ Quando terminar, entregue ao fiscal este CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO DE RESPOSTAS, que será invalidado se você não o assinar.

APÓS O AVISO PARA INÍCIO DA PROVA, VOCÊ  
DEVERÁ PERMANECER NO LOCAL DE REALIZAÇÃO  
DA MESMA POR, NO MÍNIMO, NOVENTA MINUTOS.







- 01** É contraindicado o uso de VNI (Ventilação Mecânica Não Invasiva) para
- (A) edema pulmonar cardiogênico.
  - (B) pós-extubação.
  - (C) hipotensão arterial.
  - (D) pós-operatório eletivo.
  - (E) pacientes terminais.
- 02** Com relação à hipotermia pós-ressuscitação cardiopulmonar (RCP), **NÃO** é correto afirmar que
- (A) na indução do procedimento, deve ser realizado bloqueio neuromuscular.
  - (B) deve ser iniciada logo após o diagnóstico da parada cardiorrespiratória.
  - (C) a hipotermia oferece efeito neuroprotetor por lentificar, modificar ou reverter o metabolismo cerebral.
  - (D) se deve manter o resfriamento com temperatura entre 32 e 34°C.
  - (E) é contraindicada se o paciente apresentar choque refratário ou hipóxia pós-RCP.
- 03** Nos quadros diagnosticados como hemorragia subaracnóidea (HSA), deve-se ter atenção para evitar o vasoespasmop após o evento.  
**NÃO** é correto afirmar que
- (A) está contraindicada a angioplastia como tratamento.
  - (B) o vasoespasmop é sintomático em mais de 90% dos casos.
  - (C) apresenta maior incidência a partir do 15º dia pós evento.
  - (D) a monitorização da pressão arterial sistêmica é fundamental, sendo que essa deve ser mantida dentro da normalidade para evitar hipoperfusão tissular cerebral.
  - (E) a sensibilidade do Doppler transcraniano como exame para o diagnóstico é muito baixa (só aparece em menos de 5% dos casos).
- 04** No tratamento da anemia em pacientes graves, **NÃO** se deve
- (A) indicar o uso da Eritropoietina recombinante humana.
  - (B) realizar transfusões se houver quadro de insuficiência coronariana associado.
  - (C) transfundir o paciente se a Hemoglobina estiver menor que 7 g/dl.
  - (D) realizar suplementação venosa de ferro em pacientes com quadro de infecção.
  - (E) restringir a quantidade de sangue retirada para realização de exames de rotina.
- 05** São considerados critério de gravidade na Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), **EXCETO**
- (A) hiperglicemia.
  - (B) hemorragia retiniana.
  - (C) proteinúria de 24 horas maior que 3 g.
  - (D) eclampsia.
  - (E) Síndrome HELLP.
- 06** O uso de Propofol na sedação e analgesia de pacientes críticos pode levar a vários efeitos, **EXCETO**
- (A) despertar mais rápido.
  - (B) acarretar síndrome extrapiramidal, se usado por mais de 48 h.
  - (C) reduzir a pressão intracraniana.
  - (D) hipertrigliceridemia.
  - (E) hipotensão arterial.
- 07** A respeito do controle glicêmico nos pacientes internados em UTI, é **CORRETO** afirmar que
- (A) é importante reduzir calorias da dieta para melhor resposta glicêmica.
  - (B) o objetivo é manter glicemias entre 80 e 100 mg%.
  - (C) deve ser instituído se o paciente não estiver em uso de corticosteróides.
  - (D) é contraindicado se o paciente estiver realizando procedimento dialítico.
  - (E) em pacientes chocados, deve-se optar pela coleta de sangue por cateter venoso ou arterial.



**08** A hiperpotassemia **NÃO** pode ser causada por

- (A) Anfotericina B.
- (B) betabloqueadores.
- (C) IECA.
- (D) rabdomiólise.
- (E) hemólise na coleta de amostra.

**09** Considerando um paciente admitido numa UTI após transferência de uma outra com quadro clínico de AVE isquêmico, indique a melhor conduta no momento em que ele é admitido nessa UTI, com relação ao controle de infecções.

- (A) Não há necessidade de precaução de contato, apenas respiratória; colher swab nasal (pesquisa MRSA) e anal (pesquisa VRE).
- (B) Colocar em precaução de contato e respiratória; colher swab nasal (pesquisa MRSA), anal (pesquisa de VRE) e escarro (pesquisa de BAAR).
- (C) Colocar em precaução de contato; colher swab nasal (pesquisa MRSA) e anal (pesquisa VRE).
- (D) Não há necessidade de colocar em precaução e deve ser colhido apenas swab nasal (pesquisa MRSA).
- (E) Colocar em precaução de contato e colher swab nasal (pesquisa MRSA).

**10** Na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), **NÃO** se deve

- (A) trocar circuito do ventilador pelo menos a cada 48 h.
- (B) manter cabeceira elevada entre 30° e 45°.
- (C) prevenir distensão abdominal, pois pode levar a vômito e broncoaspiração.
- (D) realizar interrupção diária da sedação sempre que possível.
- (E) drenar o condensado retido no circuito do ventilador.

**11** Com relação à sepse grave, é **INCORRETO** afirmar que

- (A) o diagnóstico precoce e o tratamento adequado aumentam a sobrevivência.
- (B) é definida pela evolução com disfunções orgânicas.
- (C) a disfunção metabólica caracteriza-se por hipoxemia grave.
- (D) o prognóstico tem relação com o número e o tempo de evolução das disfunções orgânicas.
- (E) a redução na contagem das plaquetas (<100000), ou uma clara tendência à diminuição durante as medidas terapêuticas (queda de > 50%), é sinal de disfunção do sistema hematológico.

**12** Baseado nos perfis hemodinâmicos seguintes, pode-se classificar como choque séptico:

- (A) PVC diminuída, DC normal e RVP aumentada.
- (B) PVC aumentada, débito cardíaco (DC) diminuído e resistência vascular periférica (RVP) aumentada.
- (C) PVC aumentada, DC aumentado e RVP aumentada.
- (D) PVC diminuída, DC aumentado e RVP diminuída.
- (E) PVC aumentada, DC diminuído e RVP diminuída.

**13** São complicações potencialmente fatais frequentemente associadas à insuficiência hepática aguda, **EXCETO**

- (A) insuficiência renal aguda.
- (B) edema cerebral com hipertensão intracraniana.
- (C) infecção bacteriana e sepse.
- (D) SARA.
- (E) hiperglicemia grave com cetoacidose.

**14** Podem ser consideradas causas de rabdomiólise, **EXCETO**

- (A) a cirurgia prolongada.
- (B) o uso de estatinas.
- (C) o politraumatismo.
- (D) o uso de aminoglicosídeos.
- (E) a hipofosfatemia.

**15** Assinale qual dos critérios é utilizado para o diagnóstico da síndrome vasoplégica no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

- (A) Diminuição da resistência vascular periférica.
- (B) Bradicardia sinusal.
- (C) Hipertensão arterial.
- (D) Aumento da PVC.
- (E) Índice cardíaco aumentado.

**16** A correção rápida da hipernatremia pode ocasionar

- (A) redução de débito cardíaco e arritmias.
- (B) convulsões e coma.
- (C) fibrilação atrial e alteração do intervalo QT.
- (D) vasoconstrição e redução do fluxo sanguíneo cerebral.
- (E) perda de volume neuronal e hemorragia intracraniana.

**17** São medidas que fazem parte da estratégia protetora da SARA:

- (A) VC = 6-8 mL/Kg do peso ideal, recrutamento alveolar e diminuição da relação I:E.
- (B) VC = 8-10 mL/Kg do peso ideal, pressão de platô até 30cm de água e hipercapnia permissiva.
- (C) VC = 6-8 mL/Kg do peso ideal, pressão de platô até 30 cm de água e hipercapnia permissiva.
- (D) VC = 6-8 mL/Kg do peso ideal, pressão de platô até 40 cm de água e inversão da relação I:E.
- (E) VC = 8-10 mL/Kg do peso ideal, hipercapnia permissiva e uso da menor FiO<sub>2</sub> necessária para manter SaO<sub>2</sub>.90%.

**18** Qual parâmetro da gasometria arterial inicial do paciente que permite identificar melhor o quadro como exacerbação aguda da DPOC?

- (A) pH < 7,30
- (B) HCO<sub>3</sub> > 26 mEq/L
- (C) PaCO<sub>2</sub> > 60 mmHg
- (D) BE > +2
- (E) PaO<sub>2</sub> < 55 mmHg

**19** De acordo com as Diretrizes da ANVISA, **NÃO** está indicado o uso de albumina humana

- (A) na síndrome nefrótica, refratária ao uso de diuréticos.
- (B) para o tratamento de ascite por paracenteses repetidas.
- (C) como líquido de reposição em plasmaféreses.
- (D) em grandes queimados, após 48 h da queimadura.
- (E) na cirurgia cardíaca, em bomba de circulação extracorpórea.

**20** São indicações para intervenção cirúrgica de urgência no trauma torácico, **EXCETO**

- (A) pneumotórax.
- (B) débito de sangue pelo dreno torácico maior que 250 ml/hora.
- (C) colapso cardiovascular.
- (D) tamponamento cardíaco.
- (E) insuficiência respiratória aguda.

**21** Paciente de 51 anos, sexo masculino, no 2º dia de pós-operatório de pneumectomia direita, queixa-se de sede e dor torácica no local do dreno, mas nega dispnéia. Ao exame, PA: 120X70 mmHg FC: 104 bpm; TA<sub>x</sub>: 36.6 °C; FR: 24 ipm no ar ambiente; diurese nas últimas 24h: 1000 ml; balanço hídrico negativo em 600 ml; drenos torácicos oscilantes com saída de 200 ml/24h de secreção sero sanguinolenta; AP: MV presente à esquerda, bastante diminuído à direita, sem ruídos adventícios; AC: RR2T; abdome e membros sem alterações; RX tórax com presença de drenos à direita, pulmão esquerdo expandido com transparência pulmonar normal, área cardíaca desviada para direita.

Ao realizar a prescrição médica, qual das alternativas abaixo considera-se indicada para esse paciente?

- (A) Hidratação com soro fisiológico 0.9% IV 3000 ml IV/24h.
- (B) Hidratação com Soro Fisiológico 0.9% 1500 ml IV/24h.
- (C) Hidratação com soro fisiológico 0.9% 2500 ml + solução de gelatina 3.5% 1000 ml IV/24h.



- (D) Deve ser suspensa a hidratação venosa e ser oferecido líquido por via oral, de acordo com solicitação do paciente.
- (E) Deve ser hemotransfundido, devido à perda de sangue pelo dreno torácico.

**As questões 22 e 23 estão relacionadas com o caso clínico descrito abaixo:**

Mulher de 35 anos, vítima de acidente automobilístico com trauma fechado nos membros inferiores (fratura de diáfise de fêmur direito e fratura diafisária de tibia esquerda) apresenta, no 5º dia pós-trauma, PA: 150X90 mmHg; FC: 96 bpm; TA: 36,5°C; FR: 22 ipm; diurese nas últimas 24h: 720 ml; balanço hídrico positivo em 1300 ml; acordada e cooperante; hipocorada ¼ + hidratada; AP: sem alterações; AC: RR2T; abdome discretamente distendido, indolor; peristaltase OK; membros superiores em alterações, inferiores com imobilização (gesso). Exames realizados: Leucócitos 13500 céls/mm<sup>3</sup>; Ht: 35%; Hg: 9,5g%; ureia: 92 mg%; creatinina: 3,8 mg%; potássio: 6,7 mEq/l; sódio: 135 mEq/l; cálcio: 7,0 mg%; fósforo: 6,9 mg/dl; ac. úrico: 13,5 mg/dl.

**22** A hipótese diagnóstica é

- (A) insuficiência renal devido à sepse.
- (B) tromboembolismo decorrente de embolia gordurosa.
- (C) insuficiência renal devido à rabdomiólise.
- (D) insuficiência renal devido à hipovolemia por desidratação.
- (E) insuficiência renal devido à hipovolemia por hemorragia.

**23** Em relação a esse caso clínico, a conduta terapêutica é

- (A) heparinização plena seguido de anticoagulação oral.
- (B) reposição hídrica vigorosa + manitol + alcalinização da urina.
- (C) antibioticoterapia + procedimento dialítico.
- (D) reposição hídrica vigorosa + diurético.
- (E) reposição de hemácias + reposição hídrica + diurético.

**As questões 24 e 25 estão relacionadas com o caso clínico descrito abaixo:**

Homem de 70 anos, no 12º dia de internação em UTI, com quadro de AVE isquêmica. Clinicamente atende a solicitações verbais, desorientado no tempo, mas orientado no espaço. Déficit motor à esquerda, atáxico. FR: 28 ipm (respira com O<sub>2</sub> sob aerossol), hemodinamicamente estável (PA: 125X74 mmHg). Febril (TA: 39,5°C). Ausculta pulmonar com MV preservado, discretos ronos na região esternal. AC: RCR2T, sopro sistólico 2/6 + foco aórtico. FC: 124 bpm. Abdome e membros sem alterações. RX Tórax sem condensações. Exames de sangue revelam 15000 leucócitos/mm<sup>3</sup> diferencial 0/1/0/0/7/69/21/2. Bioquímica OK. Hipermia e secreção mínima no local de inserção de cateter na veia subclávia esquerda.

**24** Causa provável da febre:

- (A) foco urinário
- (B) provável origem central
- (C) infecção pulmonar
- (D) endocardite infecciosa
- (E) infecção local de inserção do Cateter Venoso Profundo

**25** Conduta terapêutica inicial:

- (A) hemocultura e início urgente de antibiótico.
- (B) antibioticoterapia empírica.
- (C) broncoscopia com BAL e cultura, antibioticoterapia empírica.
- (D) retirada do cateter com cultura da ponta e hemocultura.
- (E) urinocultura e início urgente de antibiótico.

**26** Nos pacientes sob Ventilação Mecânica, modo PSV, podemos alterar

- (A) pressão de pico e FiO<sub>2</sub>.
- (B) pressão de pico, frequência respiratória e FiO<sub>2</sub>.
- (C) volume corrente, pressão de pico e FiO<sub>2</sub>.
- (D) pressão de pico, pressão de plateau e FiO<sub>2</sub>.
- (E) pressão de pico, volume corrente e frequência respiratória.



**27** Como deve ser feita a monitorização da anticoagulação com heparina de baixo peso molecular, na embolia pulmonar?

- (A) INR.
- (B) PTT.
- (C) Não há necessidade de monitorização laboratorial.
- (D) Dosagem do fator VIII.
- (E) Tempo de trombina.

**28** Paciente deu entrada no CTI com diagnóstico de tireotoxicose. ECG revelou fibrilação atrial.

Qual o melhor tratamento da taquiarritmia, no caso em questão?

- (A) Propiltiouracil e Verapamil.
- (B) Controle da hipertermia e betabloqueador.
- (C) Uso de digital para diminuir a frequência cardíaca.
- (D) Cardioversão elétrica.
- (E) Amiodarona dose de ataque e manutenção.

**29** Paciente masculino, 50 anos, 80 Kg, internado há 24 horas por fratura bilateral de fêmur devido a acidente automobilístico, apresentou quadro súbito de dispneia e hipotensão arterial. Ao exame, ausculta pulmonar limpa.

Qual a conduta imediata mais adequada?

- (A) Suplementação de oxigênio.
- (B) Enoxaparina 80 mg subcutânea.
- (C) Heparina não-fracionada 10000 UI intravenosa.
- (D) Hidrocortisona 300 mg intravenosa.
- (E) Compressão pneumática dos membros inferiores.

**30** Em relação à pancreatite aguda grave, marque a alternativa **incorreta**.

- (A) A detecção de necrose pancreática, pela TC de abdome, acima de 50% justifica o uso de antibioticoterapia desde a instalação do quadro.
- (B) A expansão volêmica deve ser feita à base de cristalóide.

(C) A nutrição parenteral total e exclusiva deve ser reservada para os casos de íleo metabólico grave.

(D) A diálise peritoneal é recomendada, visto que a remoção inicial dos mediadores inflamatórios do líquido ascítico melhora o prognóstico.

(E) O uso de inibidor de bomba protônica é útil por desestimular a produção de secretina.

**31** Qual a conduta terapêutica transfusional mais adequada diante de um diagnóstico de CID em fase de sangramento?

- (A) Fibrinogênio se contagem < 100 e plaquetas se contagem < 80.000.
- (B) Plasma fresco e plaquetas se contagem < 80.000.
- (C) Plasma fresco e plaquetas se contagem < 100.000.
- (D) Crioprecipitado se fibrinogênio < 200.
- (E) Plasma fresco e plaquetas se contagem < 50.000.

**32** Paciente neutropênico está no 21º dia de episódio febril e começa a apresentar lesões focais nodulares pulmonares.

Nessa situação, o agente etiológico mais provável é

- (A) *Chlamydia pneumoniae*.
- (B) *Staphylococcus aureus*.
- (C) *Aspergillus sp.*
- (D) *Candida sp.*
- (E) *Citomegalovírus*.

**33** Homem de 39 anos sofreu ferimento por arma de fogo na perna esquerda, com lesão das artérias tibiais anterior e posterior, culminando com amputação 48 horas após. Evoluiu com infecção, sepse e SARA. Instituída ventilação mecânica com sedação contínua à base de fentanil e Midazolam. A sedação foi mantida por duas semanas, quando houve melhora clínica e radiológica, seguindo-se de interrupção das drogas e extubação do paciente. Em doze horas, o paciente evoluiu com agitação, sudorese, diarreia, espasmos musculares, taquicardia e midríase.

Qual a conduta terapêutica mais adequada?

- (A) Reintubação e retorno das drogas anteriores, associadas a pancurônio.
- (B) Reintrodução de um opioide com menor potencial de dependência.
- (C) Sedação com Midazolam até Ramsay VI.
- (D) Reintrodução de Fentanil e Midazolam.
- (E) Sedação com Haloperidol e Prometazina.

**34** Qual a melhor opção terapêutica farmacológica para o IAM sem suprat?

- (A) Clopidogrel, captopril, nifedipina e mononitrato.
- (B) AAS, heparina não-fracionada, betabloqueador e anlodipina.
- (C) AAS, estreptoquinase, heparina não-fracionada, e betabloqueador.
- (D) Clopidogrel, enoxiparina, tirofiban e nitroglicerina.
- (E) AAS, clopidogrel, enoxiparina e betabloqueador.

**35** Em relação ao diagnóstico laboratorial da insuficiência renal aguda pré-renal, é **INCORRETO** afirmar que

- (A) a fração de excreção de sódio é inferior a 1%.
- (B) o sódio urinário é inferior a 20 mEq/L.
- (C) ureia e creatinina apresentam alta concentração urinária em relação à plasmática.
- (D) a osmolaridade urinária está bastante reduzida.
- (E) A relação uréia/creatinina plasmática está elevada.

**36** Paciente com DPOC deu entrada no CTI devido à pneumonia adquirida na comunidade. ECG de admissão revelou fibrilação atrial com alta resposta ventricular, cuja duração é ignorada.

A conduta imediata deve ser:

- (A) controle da frequência ventricular.

- (B) reversão farmacológica imediata com amiodarona.
- (C) cardioversão elétrica imediata.
- (D) bolus de adenosina em caso de instabilidade hemodinâmica.
- (E) anticoagulação intravenosa com heparina não-fracionada associada ao AAS.

**37** Com relação à ventilação mecânica na crise de asma aguda, é **CORRETO** afirmar que

- (A) ventilação protetora com baixos volumes correntes e frequências respiratórias altas para auxiliar a eliminação de CO<sub>2</sub> estão indicadas.
- (B) o uso de ventilação protetora com volumes correntes baixos e frequências respiratórias baixas reduz a ocorrência de barotrauma.
- (C) o uso de pressões de pico mais altas (entre 50 e 60 cmH<sub>2</sub>O) é necessário para vencer o auto PEEP.
- (D) está indicado o uso da PEEP, iniciado com níveis mais altos, diminuindo progressivamente.
- (E) deve ser iniciada mesmo se o paciente apresentar melhora com uso de VNI.

**38** Com relação à ventilação mecânica no pulmão inflamado, é **CORRETO** afirmar que

- (A) se deve iniciar com Vt (volume corrente) de 6 ml/Kg e aumentar progressivamente.
- (B) se deve procurar utilizar FIO<sub>2</sub> maior que 60% para que se consiga Sat O<sub>2</sub> maior que 90%.
- (C) se deve utilizar PEEP em pacientes com LPA/SARA para minimizar o potencial de lesão pulmonar.
- (D) a sedação e analgesia só devem ser feitas nas primeiras 24h da ventilação para que não interfiram no desmame.
- (E) em caso de pCO<sub>2</sub> elevada (maior 50 mmHg), deve-se utilizar frequência respiratória mais alta.



**39** Está indicada a monitorização sistemática da PIA (pressão intra-abdominal) nas seguintes situações, **EXCETO**

- (A) em paciente em ventilação mecânica e disfunção orgânica.
- (B) em cirurgia abdominal.
- (C) na peritoneostomia com bolsa de Bogotá.
- (D) na reposição volêmica agressiva (choque).
- (E) na fratura de colo de fêmur.

**40** A respeito da Hipernatremia na Unidade de Terapia Intensiva, **NÃO** é correto afirmar que

- (A) podem ser utilizados diuréticos no tratamento da hipernatremia hipervolêmica.
- (B) a principal causa é a poliúria provocada pela hiperglicemia.
- (C) a hipernatremia hipervolêmica pode ser causada pela administração de bicarbonato de sódio.
- (D) na hipernatremia hipovolêmica por perda renal de água, encontra-se Na urinário maior que 20 mEq/l.
- (E) o diabetes *insipidus* pode levar a uma perda renal maior de sódio que de água, necessitando reposição com Soro Fisiológico 0.9%.

