



Apoio às Residências em Saúde
Edital N° 03/2019

PSU/RESMED/CE - 2020

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: Clínica Médica (R3)
Medicina de Família e Comunidade (R3) - Medicina Paliativa

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.15 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 17 de novembro de 2019.

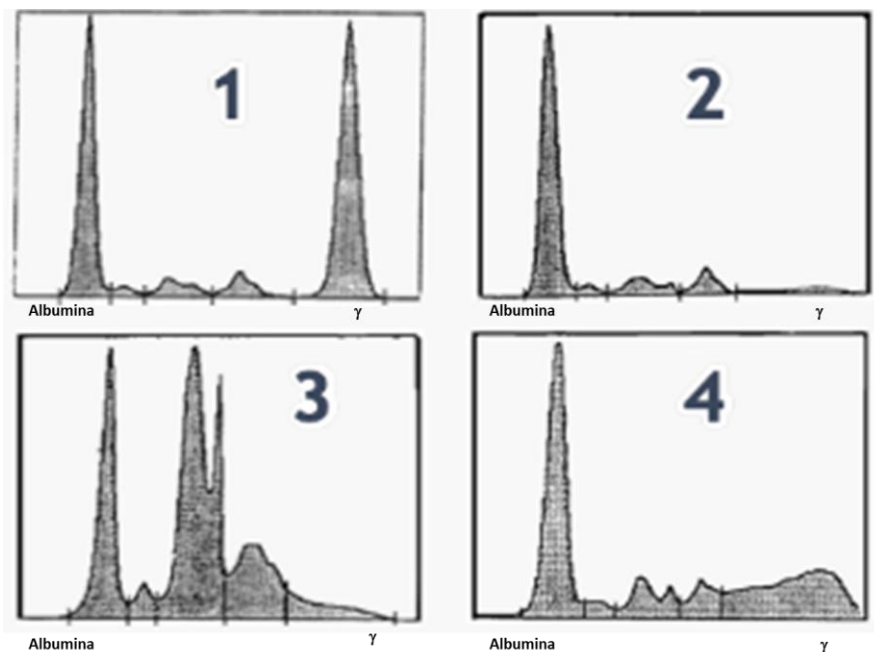
Coloque, de imediato, o seu número de inscrição e o número de sua sala nos retângulos abaixo.

Inscrição

Sala

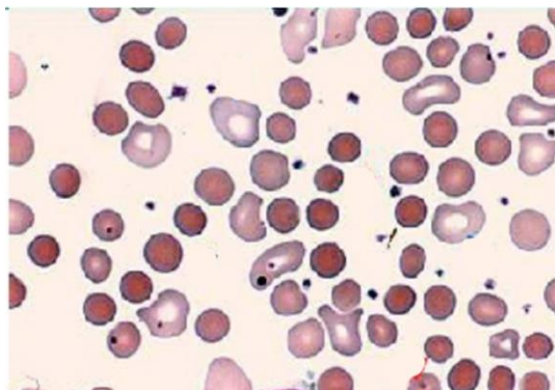
- 01.** Paciente de 71 anos, com pneumonia, permanece febril após 48 horas de antibiótico, sendo trocado para Cefepime e Vancomicina. Dois dias após a troca, fica afebril, com frequência cardíaca de 82bpm, respiratória de 12irpm, leucócitos de $8.200/\text{mm}^3$ sem desvios e PCR de 0,5mg/dL. Apresenta, contudo, rebaixamento progressivo do nível de consciência, mioclonias e crises convulsivas. Eletroencefalograma revela ondas trifásicas difusas semiperiódicas. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?
- A) Encefalopatia séptica.
 - B) Meningite pneumocócica.
 - C) Encefalopatia induzida por droga.
 - D) Acidente vascular de tronco-cerebral.
- 02.** Homem, 70 anos, portador de demência na doença de Alzheimer fase leve, há 2 dias passou a apresentar dificuldade em realizar atividades de auto-cuidado, incontinência urinária, desorientação, irritabilidade e alucinações. Foi trazido pelo cuidador com quadro de sonolência, porém com sinais vitais estáveis e sem alterações no exame físico. Exames: Hemograma: normal Ureia: 70mg/dL (VR: 40-70) Creatinina: 1,1mg/dL (VR: 0,8-1,3) Sódio: 142mmol/L (VR: 135-145) Potássio: 4,5mmol/L (VR: 3,5-5,0) Cálcio: 10,2mg/dL (VR: 9-10,5) Sumário de urina: leucocitúria e bacteriúria. Urocultura em andamento. LEGENDA: CAM: Confusion Assessment Method (Método de Avaliação de Confusão); CDR: Clinical Dementia Rating (Escore clínico de demência); VR: valor de referência. Considerando o diagnóstico síndrome provável, qual o instrumento de rastreio indicado e abordagem farmacológica inicial?
- A) CAM e antibiótico.
 - B) CDR e antibiótico.
 - C) CDR e haloperidol.
 - D) CAM e risperidona.
- 03.** Paciente feminina, 75 anos, portadora de osteoporose, apresentou queixa de lombalgia importante (escala de dor 8 em 10 possível) após queda da própria altura há 10 dias. Fez uso de dipirona e cetoprofeno sem melhora, iniciando então uso de oxicodona 10mg/dia há 7 dias. Retorna com queixa de melhora parcial da dor, agora com escala de dor 3 em 10, mas queixando-se de que não evacua há 6 dias e sentindo-se empachada, negando outros sintomas. Ao exame nota-se hipertimpanismo e distensão abdominal, toque retal sem alterações. Iniciará fisioterapia analgésica daqui a 3 dias. Considerando a dor e a queixa de constipação, qual a conduta apropriada?
- A) Trocar oxicodona por buprenorfina tópico.
 - B) Prescrever laxante por via oral e suspender oxicodona.
 - C) Prescrever laxante por via oral e manter dose de oxicodona.
 - D) Prescrever lavagem intestinal diária e manter dose de oxicodona.
- 04.** Uma senhora de 79 anos é trazida à emergência por episódios de diarreia, volumosos há 2 dias, e por não conseguir se alimentar. Ao exame, estava sonolenta e hipovolêmica. Foi ressuscitada inicialmente com 1 litro de soro fisiológico 0,9% e recebeu os seguintes exames: pH 7,28 Na 152 mEq/L Bicarbonato 12 mEq/L Cloro 131 mEq/L. Ela mantém episódios diarreicos. Encontram-se disponíveis para infusão: soro fisiológico 0,9%, soro glicosado 5%, soro glicofisiológico (1:1), água destilada e bicarbonato de sódio 8,4% (1 mEq/mL de bicarbonato e sódio). Qual das soluções abaixo é mais adequada para manter a hidratação venosa da paciente?
- A) Água destilada 490 mL + 10 mL de bicarbonato de sódio 8,4%.
 - B) Soro glicosado 5% 430 mL + 70 mL de bicarbonato de sódio 8,4%.
 - C) Soro fisiológico 0,9% 450 mL + 50 mL de bicarbonato de sódio 8,4%.
 - D) Soro glicofisiológico (1:1) 480 mL + 20 mL de bicarbonato de sódio 8,4%.

05. Paciente masculino de 19 anos é admitido em enfermaria com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, grave. Familiares informam que é a terceira internação por pneumonia em dois anos e que o paciente frequentemente faz o uso de antibióticos devido a sinusites recorrentes e infecções de vias aéreas prolongadas. Realizou uma tomografia de tórax que evidenciou bronquiectasias. Apresenta vitiligo. Após coleta de exames, o laboratório informa que teve dificuldades em fazer uma tipagem sanguínea solicitada. Familiares entregam o resultado de uma eletroforese de proteínas séricas realizada um mês antes a pedido de outro médico. Qual dos gráficos abaixo é o mais provável de representar o estado do paciente?



- A) 1
- B) 2
- C) 3
- D) 4

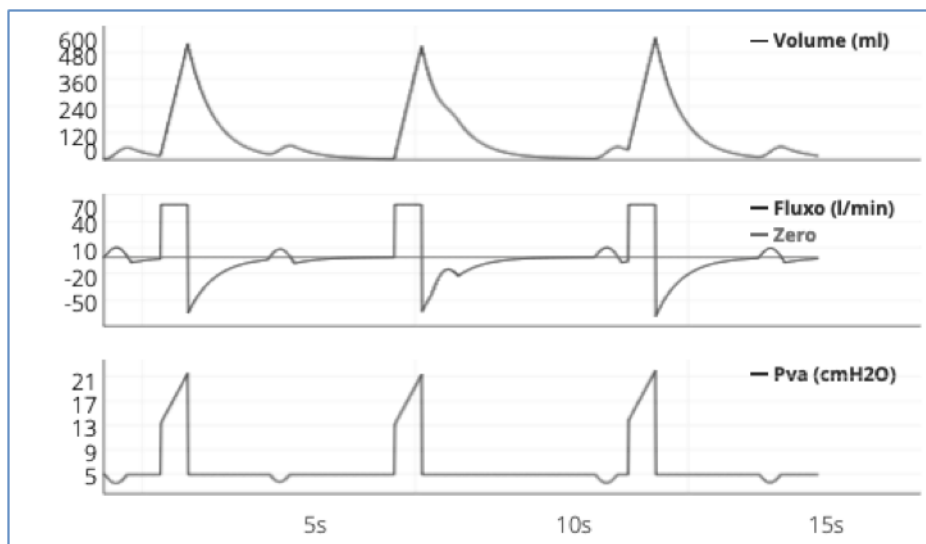
06. Mulher de 35 anos, previamente hígida, comparece ao ambulatório de Clínica Médica com queixas de adinamia, dispnéia aos esforços habituais e palidez. Ao exame físico, as únicas alterações são palidez cutaneomucosa, icterícia e sopro sistólico 2+/6+ em foco aórtico. Traz hemograma de 2 meses atrás sem alterações. São, então, solicitados novos exames para investigação do quadro. Resultados dos novos exames laboratoriais: Hemoglobina 6,2g/dl Leucócitos 7200/mm³ Plaquetas 164.000/mm³ Reticulócitos 220.000/mm³ Bilirrubina total 4,0mg/dl (VR 0,2-1,0mg/dl) Bilirrubina indireta 3,2mg/dl (VR 0,2-0,8mg/dl) Lactato desidrogenase 873UI/L (VR). Dentre os exames abaixo, qual provavelmente elucidará o diagnóstico?



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- A) Coombs direto.
- B) Atividade de ADAMTS13.
- C) Eletroforese de hemoglobina.
- D) Sorologia para Parvovírus B19.

07. Mulher de 45 anos, obesa e diabética tipo 2 em uso de metformina 1g/dia compareceu a consulta de acompanhamento. Ao exame físico, a pressão arterial estava de 140x90mmHg em duas aferições. Os exames laboratoriais revelaram glicemia em jejum de 142mg/dL e hemoglobina glicosilada de 7,8%. Nessa ocasião, o médico associou outro medicamento, visando, além do melhor controle glicêmico, a redução do peso corporal e dos níveis da pressão arterial. Qual dos itens abaixo contempla um efeito colateral desse medicamento?
- A) Lipodistrofia.
 B) Insuficiência cardíaca.
 C) Acidose láctica tipo B.
 D) Candidíase vulvovaginal.
08. Mulher de 67 anos, grande fumante, foi admitida na emergência com quadro de, há 3 dias, piora de tosse e de dispnéia crônicas com febre (38,1°C), sem melhora após uso de broncodilatadores; f:28 rpm e fazia de musculatura acessória da respiração, SpO₂:84% em ar ambiente. Na ausculta pulmonar apresentava murmúrio vesicular reduzido globalmente e alguns sibilos difusos. Apresentava a seguinte gasometria arterial com a paciente em uso de cateter nasal de O₂: 3l/min: pH:7,27, PaCO₂:59mmHg PaO₂:67mmHg SaO₂:90% BE:+2. Após 40 minutos de instituição de Ventilação Não-invasiva em modo bipap (dois níveis de pressão com IPAP:12cmH₂O e EPAP:06cmH₂O e FIO₂:35%, f programada de zero) por máscara oronasal e após administração de broncodilatadores uma nova gasometria arterial mostrou: pH:7,28, PaCO₂:58mmHg PaO₂:78mmHg SaO₂:93% BE:+2. Houve discreta melhora da dispnéia, e a f:26rpm. Que ajuste do suporte ventilatório seria recomendável neste momento?
- A) Aumentar a IPAP.
 B) Aumentar a EPAP.
 C) Aumentar EPAP e IPAP de modo similar.
 D) Ajustar uma frequência programada próxima a da paciente.
09. Mulher de 25 anos foi intubada por rebaixamento do nível de consciência (escore de 7 na escala de coma de Glasgow) devido a ingestão de um grande número de comprimidos de diazepam. Após 12h a paciente segue no ventilador no modo VCV com frequência respiratória programada de 15rpm e sensibilidade à pressão de -2cmH₂O. No momento da avaliação a paciente se encontra sem sedoanalgesia IV contínua. Analisando as curvas do ventilador apresentadas a seguir qual a melhor abordagem visando prevenir a lesão muscular diafrágica induzida pelo ventilador?



- A) Aumentar a frequência respiratória programada.
 B) Mudar o critério de disparo para sensibilidade a fluxo.
 C) Mudar o modo para ventilação com pressão de suporte.
 D) Mudar o modo para ventilação com pressão controlada.

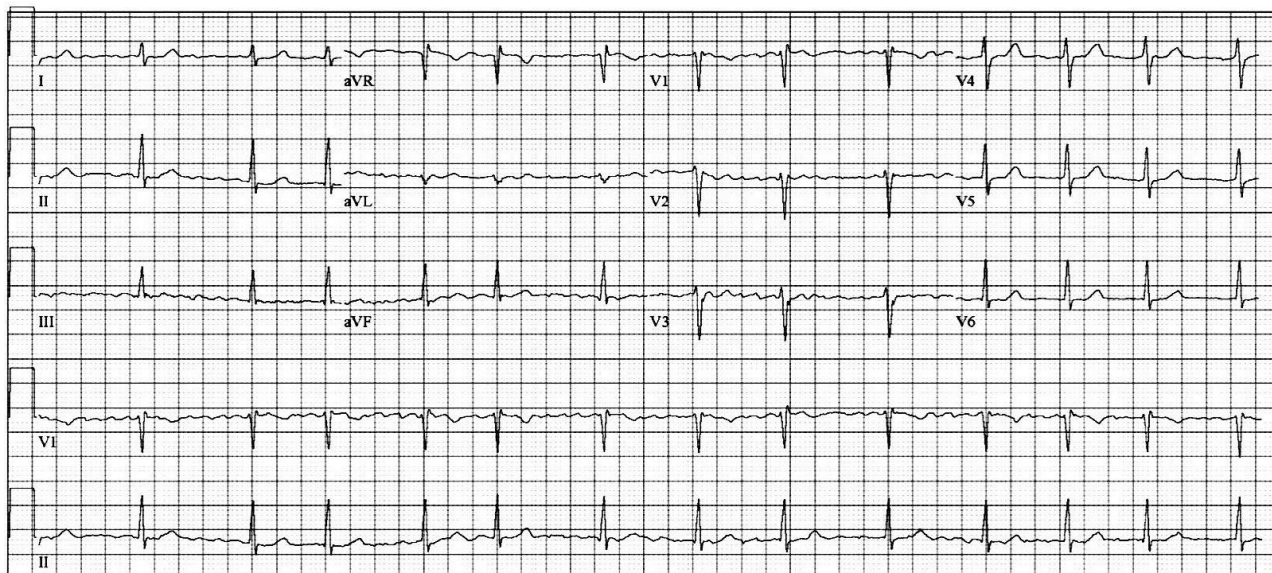
10. Homem de 48 anos é admitido em hospital secundário com sintomas de adinamia, dispneia em repouso e ascite volumosa, há 3 meses. Foi submetido a um transplante renal há 8 anos. Ao exame físico, observa-se PA 80 x 40 mmHg, FC 120 bpm, turgência jugular bilateral. Na ausculta cardíaca, ouve-se um ritmo regular em 2T, com bulhas hipofonéticas, presença de Knok pericárdico. Ao exame do abdome, observa-se um aumento importante do volume abdominal por ascite tensa e refluxo hepatojugular. Não há edema de membros inferiores. Qual das opções abaixo descreve a fisiologia mais provável para justificar o contexto clínico descrito acima?
- A) Redução da pré-carga ventricular e volume ventricular diastólico final diminuído.
 - B) Redução da pós-carga ventricular e volume ventricular diastólico final preservado.
 - C) Aumento da pós-carga ventricular e equalização das pressões médias dos átrios, veias pulmonares e veias sistêmicas em relação aos ventrículos.
 - D) Aumento da pós-carga ventricular e elevação das pressões médias dos átrios, veias pulmonares e veias sistêmicas em relação aos ventrículos.
11. Homem de 58 anos é admitido no pronto-socorro em edema agudo de pulmão. É portador de doença coronariana crônica, com relato de infarto do miocárdio há 10 anos. Ao exame físico, apresenta adequada perfusão periférica, PA 110 x 70 mmHg, FC 120 bpm AC : RCR, 3T, galope por B3, sem sopros. AP: estertores crepitantes bilaterais até ápice. Não houve elevação dos níveis dos marcadores de necrose miocárdica. O ECG evidencia extensa zona inativa em parede anterior e um ecocardiograma bidimensional recente mostra uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40%. Faz uso irregular das medicações. Após compensação do quadro clínico, qual das opções apresenta a estratégia farmacológica com maior impacto na redução da morbimortalidade a longo prazo?
- A) IECA ou BRA e betabloqueador cardiosseletivo.
 - B) Diuréticos de alça, IECA ou BRA, betabloqueador cardiosseletivo.
 - C) IECA ou BRA, betabloqueadores cardiosseletivos e espirolactona.
 - D) Digital, IECA ou BRA, betabloqueadores cardiosseletivos e espirolactona.
12. Um paciente de 19 anos, masculino, vem em acompanhamento desde a infância com quadro de tosse produtiva persistente, rinossinusite e otite crônicas, uso frequente de antimicrobianos, dispneia e déficit auditivo. Com a piora dos sintomas, foi encaminhado a serviço especializado e trazia tomografia de tórax recente que mostrava bronquiectasias bilaterais sem outras alterações. Exames de avaliação evidenciaram azospermia. Refere acompanhamento de longa data por cardiopatia congênita. Qual o principal mecanismo fisiopatológico/patogênico responsável pelas manifestações apresentadas no contexto do diagnóstico mais provável?
- A) Desordens autossômicas recessivas afetando batimentos ciliares com acúmulo de secreção.
 - B) Hipogamaglobulinemia sobretudo as custas de menor produção de IgG e IgA e/ou IgM.
 - C) Redução dos níveis séricos de alfa 1 antripsina com aparecimento precoce de enfisema pulmonar.
 - D) Mutações em proteínas que resultam em defeitos na secreção de cloro e absorção de sódio nas vias aéreas.
13. Um paciente é internado em unidade de terapia intensiva com quadro compatível de síndrome do desconforto respiratório agudo e hipoxemia arterial. Com otimização do suporte ventilatório atingiu SpO₂ de 95% e evoluía com melhora significativa até apresentar um sangramento digestivo com queda de hemoglobina de 13 para 10 g/dL. Após instabilidade inicial, foi expandido com cristaloides atingindo euvolemia. A SpO₂ manteve-se em 95%. Uma vez que manteve oxigenação adequada sem hemotransfusão, se espera que quais dos parâmetros hemodinâmicos abaixo tenham sofrido decréscimo?
- A) Consumo de oxigênio (VO₂) e Conteúdo venoso de oxigênio (CvO₂).
 - B) Saturação venosa central de O₂ (SvCO₂) e Consumo de oxigênio (VO₂).
 - C) Taxa de Extração de oxigênio (TEO₂) e Conteúdo arterial de oxigênio (CaO₂).
 - D) Saturação venosa central de O₂ (SvCO₂) e Conteúdo arterial de oxigênio (CaO₂).
14. Mulher de 43 anos, com história de dor lombar há 5 anos, de início insidioso e com piora progressiva ao longo dos anos. Refere que a dor melhora ao longo do dia, com realização de exercícios, e piora à noite. Não melhora com o repouso, mas melhora com anti-inflamatórios. Refere ainda dor em planta dos pés e calcâneos, sem dor e edema em articulações. Exames laboratoriais revelaram hemograma normal, VHS: 35mm, PCR: 2,9mg/dl e pesquisa do antígeno HLAB27: negativa. Ao exame: sem artrite, sem deformidades e sem limitação em coluna lombar. O diagnóstico mais provável da paciente é:
- A) Fibromialgia.
 - B) Espondiloartrite axial.
 - C) Osteoartrite de coluna lombar.
 - D) Lombalgia crônica inespecífica.

15. Homem de 28 anos comparece ao departamento de emergência com queixa de dor abdominal intensa, náuseas e vômitos de início há 24 horas. Refere ainda astenia, tontura e mialgias. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 80x60mmHg, frequência cardíaca de 110bpm, frequência respiratória de 24irpm, glicemia capilar 58mg/dl, sonolência, ausculta pulmonar com sibilos esparsos bilateralmente com abdome difusamente dolorosa à palpação, entretanto sem sinais de peritonite. Comorbidades: Asma de difícil controle desde a infância. Medicamentos em uso: Prednisona 20mg/dia e "bombinhas", as quais os familiares desconhecem o nome. Cessou uso dos medicamentos há uma semana por dificuldades financeiras. Exames laboratoriais: Hemoglobina 13,2g/dl Leucócitos $13.200/mm^3$ Segmentados $9240/mm^3$ Linfócitos $2640/mm^3$ Eosinófilos $600/mm^3$ Monócitos $680/mm^3$ Basófilos $40/mm^3$ Plaquetas $420.000/mm^3$ Ureia 105mg/dl Creatinina 1,2mg/dl Sódio 125mEq/L Potássio 5,5mEq/L. Nesse momento, a conduta mais apropriada a ser tomada é:
- A) administrar adrenalina intramuscular e anti-histamínicos.
 - B) iniciar expansão volêmica com cristalóide e antibioticoterapia endovenosa.
 - C) realizar expansão volêmica com cristalóide e administrar corticoide endovenoso.
 - D) contactar o cirurgião de sobreaviso para avaliar possibilidade de cirurgia de urgência.
16. Homem de 36 anos comparece ao ambulatório de Clínica Médica com queixa de caroços no pescoço há 6 meses. Refere febre esporádica, sudorese noturna, prurido e emagrecimento importante não quantificado nesse período. Nega sintomas respiratórios. Ao exame físico, o paciente se encontra emagrecido e hipocorado. Constatam-se linfonodomegalias cervicais à esquerda, coalescentes, a maior medindo cerca de 3,5cm no maior eixo, indolores e aderidas a planos profundos. Hemograma evidencia hemoglobina 8,5g/dl e eosinofilia. Radiografia de tórax demonstra alargamento de mediastino sem alterações no parênquima pulmonar. Ao ser realizado o procedimento diagnóstico de escolha, qual o achado mais provável?
- A) Linfadenite necrotizante.
 - B) Células em anel de sinete.
 - C) Células de Reed-Sternberg.
 - D) Histiocitose sinusal com emperipoese.
17. Homem, 73 anos, vem ao consultório com queixa de leve desconforto epigástrico, sem outras queixas. Nega sangramento. Hábito intestinal normal. História patológica pregressa: HAS, DM, AVC isquêmico de etiologia arteriosclerótica há 4 meses (excluída etiologia cardioembólica na época), além de infarto agudo do miocárdio há 5 anos. Em uso: ácido acetilsalicílico 100 mg/dia, rosuvastatina 40 mg/dia, ezetimiba 10 mg/dia, losartan 50 mg/dia, metformina 1000 mg/dia, bisoprolol 2,5 mg/dia. Foi submetido a endoscopia que mostrou cicatriz linear esbranquiçada em pequena curvatura de antro (Sakita S2), sem outros achados. Teste da urease negativo. Biópsia da cicatriz mostrou gastrite crônica leve inativa H. pylori negativo. Dentre as opções abaixo, assinale a melhor estratégia a ser adotada para esse paciente.
- A) Troca do AAS convencional por AAS de liberação entérica.
 - B) Manutenção do AAS convencional e prescrição de sucralfato.
 - C) Suspensão do AAS convencional e prescrição de inibidor de bomba de prótons.
 - D) Manutenção do AAS convencional e associação de inibidor de bomba de prótons.
18. Mulher de 56 anos foi admitida na emergência com febre (38,8°C), calafrios e história de disúria há uma semana. Relatava infecções urinárias prévias e vinha em uso de amoxicilina sem melhora, há 3 dias. Ao exame, apresentava torpor, PA: 80x40mmHg, FC:125ppm. Foi intubada e transferida para leito de UTI. Após infusão de 2000mL de solução salina e início de antibioticoterapia IV apresentava o seguinte quadro cardiorrespiratório: PA:105x55mmHg, Gasometria venosa central: SvO₂:75%, PvO₂: 50mmHg, Gasometria arterial: SaO₂:95%, PaO₂:90mmHg com FIO₂:30%, pH e PaCO₂ normais, Lactato arterial: 4,3mmol/L. Qual mecanismo fisiopatológico poderia explicar os achados metabólicos da paciente?
- A) Baixo débito cardíaco.
 - B) Disfunção endotelial vascular.
 - C) Excessiva extração tissular de O₂.
 - D) Redução da produção de óxido nítrico endovascular.

19. Homem de 61 anos, tendo como sequela de acidente automobilístico paresia de membros superiores e plegia de membros inferiores, foi internado no hospital para cuidados de lesão por pressão em região sacral. Está em uso de sonda vesical com sistema coletor fechado. Apesar de estar assintomático, foi solicitado urinocultura que evidenciou mais de 100 mil UFC de E. coli. Esse momento, a conduta mais adequada é tratar:

- A) por 3 dias e repetir a urinocultura após tratamento.
- B) por 7 dias e repetir a urinocultura após tratamento.
- C) por 14 dias e repetir a urinocultura após tratamento.
- D) em caso de aparecimento de sinais ou sintomas.

20. Uma senhora de 48 anos compareceu à consulta ambulatorial com queixa de intolerância aos esforços moderados de forma episódica, insônia e sonolência diurna. Tem histórico de troca valvar mitral por prótese metálica devido estenose mitral decorrente de febre reumática, além de hipertensão arterial sistêmica e pré-diabetes. Faz uso regular de bebidas alcoólicas (até 6 unidades de álcool por dia). Ao exame PA 134 x 80 mmHg, pulso 84 bpm regular e IMC de 39,6 kg/m². TSH 2,33. Ecocardiograma evidenciou valva normofuncionante com fração de ejeção de 56% e disfunção diastólica grau I. Polissonografia demonstrou a presença de 38 eventos de apneia hipopneia por hora com dessaturação mínima de 72%. Apresentou em uma ocasião o ECG abaixo. Holter demonstrou 2 episódios no mesmo padrão do ECG ao longo de 24h. Faz uso de varfarina (INR 3,22), losartan, verapamil, clortalidona e metformina. A paciente foi orientada quando a modificação do estilo de vida, abstinência alcoólica, perda de peso e controle pressórico e da glicemia. Além das orientações, qual a melhor opção para o controle da situação flagrada no ECG?



- A) Iniciar propafenona.
- B) Associar metoprolol succinato.
- C) Trocar varfarina por rivaroxabana.
- D) Prescrever terapia de pressão positiva contínua das vias aéreas.