



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: Clínica Médica (R3); Hematologia e Hemoterapia;
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. A folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.18 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, 22 de novembro de 2020.

Inscrição

Sala

- 01.** Mulher de 76 anos comparece à emergência cardiológica com queixa de palpitações. Exame físico: Exoftalmia, ritmo cardíaco irregular e frequência cardíaca de 160bpm. Realizado eletrocardiograma que evidenciou fibrilação atrial de alta resposta ventricular. Filha relata que a paciente apresenta quadro de adinamia há 4 meses, porém com piora nos últimos dias associado a febre diária não aferida, tremor de extremidades e confusão mental. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual o tratamento farmacológico indicado para promover controle sintomático de forma imediata?
- A) Tionamida.
 - B) Glicocorticoide.
 - C) Solução iodada.
 - D) Betabloqueador.
- 02.** Homem de 24 anos, recém-diagnosticado com linfoma não-Hodgkin com presença de massa mediastinal superior a 10cm, comparece ao ambulatório de Hematologia para programar início de quimioterapia. Foi optado por internar o paciente para a administração do primeiro ciclo de quimioterapia em virtude de sua alta carga tumoral. Visando evitar complicação oncológica que pode decorrer do tratamento, qual a medida mais importante a ser implementada?
- A) Hemodiálise.
 - B) Hidratação venosa.
 - C) Alcalinização da urina.
 - D) Administração de diurético.
- 03.** Paciente masculino, 35 anos, obeso, refere início súbito de febre, dor e edema em joelho direito 3 dias após trauma no futebol, evoluindo com lesão conto-contusa e dificuldade de deambular. Etilista e tabagista. Ao exame: T: 38,5 °C ACP: normal; presença de derrame articular, calor e rubor, com limitação de movimento do joelho direito. Exames laboratoriais: Hemograma com leucócitos:10.500uL, HBsAg: reagente. VHS: 45mm, PCR: 6,5 mg/dL. Análise do líquido sinovial demonstrou celularidade 53.000/mm³ com 80% de polimorfonucleares. Enviado líquido sinovial para coloração de Gram, culturas e pesquisa de cristais. Qual a conduta imediata?
- A) Antibioticoterapia e anti-inflamatório.
 - B) Compressas e anti-inflamatório.
 - C) Terapia antiviral e prednisona.
 - D) Metotrexate e prednisona.
- 04.** Paciente masculino, 42 anos, asmático, controlado com budesonida/formoterol inalatório. Deu entrada na emergência com história de aperto torácico súbito há cerca de 10 minutos, pouco tempo após uso de ibuprofeno. Ao exame físico, apresentava sibilância difusa e edema periorbital e labial. Sem estridor. Após 3 inalações com doses apropriadas de Salbutamol/Ipratropio, paciente não apresentou melhora. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, além de continuar o uso de sabultamol/ipatrópio inalatório, a conduta terapêutica mais apropriada nesse momento seria:
- A) Epinefrina.
 - B) Aminofilina.
 - C) Metilprednisolona.
 - D) Sulfato de Magnésio.
- 05.** Paciente procura a emergência com dor lombar de forte intensidade à esquerda. Realizou uma tomografia abdominal que evidenciou cálculo ao nível de ureter distal em nível de Sacral de 9 mm. Temperatura, 36,5 °C, pulso 80 bpm e Giordano negativo. Creatinina era de 0,8 mg/dL. Diante do quadro, qual é conduta mais adequada dentre as opções abaixo?
- A) Hidratação vigorosa, AINES e diurético.
 - B) Hidratação venosa, opioides e ureterrenoscopia.
 - C) Hidratação venosa, AINES, litotripsia extracorpórea.
 - D) Hidratação venosa, AINES, bloqueador alfadrenérgico.

06. Homem de 66 anos dá entrada na emergência com história de cefaleia súbita e intensa evoluindo com síncope, crise convulsiva tônico-clônica seguida por rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow de 6). Apresenta a seguinte tomografia computadorizada (TC) de crânio:

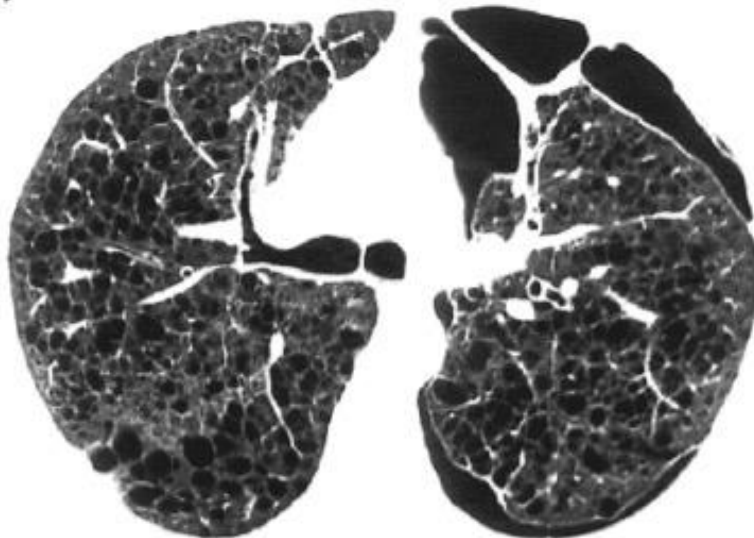


Além de intubação orotraqueal, qual a conduta adequada no momento?

- A) Hidantalização venosa, nimodipina por sonda nasoesférica e realização de angiografia cerebral.
 - B) Diazepam intravenoso seguido de trombólise com alteplase 0,9mg/kg. Repetir TC após trombólise.
 - C) Hidantalização venosa, seguida de trombólise com alteplase 0,9mg/kg. Repetir TC após trombólise.
 - D) Hidantalização venosa, nimodipina por sonda nasoesférica, início de heparina profilática e realização de angiografia cerebral.
07. Homem de 55 anos, hipertenso e tabagista, é admitido no pronto-socorro com dor retroesternal em queimação e uma sensação de "fraqueza" em ambos membros superiores há aproximadamente uma hora. Não há relação com o esforço físico. Relata episódios semelhantes nas duas últimas semanas, porém de duração mais curta. Não foram observadas anormalidades ao exame físico. Realizou um ECG de 12 derivações onde observou-se alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Qual melhor conduta diagnóstica, considerando-se a sintomatologia e a estratificação de risco do paciente?
- A) Liberação imediata para seu domicílio com orientação de realização ambulatorial de teste ergométrico.
 - B) Liberação imediata para seu domicílio, com orientação de realização ambulatorial de angiotomografia de coronárias.
 - C) Observação por 12h com ECG seriado, dosagem de troponina 4, 6 e 12h após admissão, se normais, realizar teste ergométrico antes da liberação para domicílio.
 - D) Observação por 12h com ECG seriado, dosagem de troponina 4, 6 e 12h após admissão, e se normais, liberar para avaliação através de teste ergométrico ambulatorial.
08. Homem de 60 anos, com diagnóstico de gota tofácea crônica, em uso de alopurinol 100 mg/dia, chega à emergência com quadro de dor de início súbito, de forte intensidade, em joelho esquerdo. Nega febre ou outras queixas. Hipertenso em uso de losartana 100 mg/dia, dislipidêmico em uso de atorvastatina 20 mg/dia e uso de furosemida 20 mg/dia devido à insuficiência cardíaca. Essa é a terceira visita à emergência dentro do último ano por quadro semelhante. Ao exame: PA: 130 x 80 mmHg Ausculta cardiopulmonar: normal presença de calor e rubor em joelho esquerdo. Exames laboratoriais: Hemograma: normal Taxa de filtração glomerular: 25 ml/min, Ácido úrico: 7.8 mg/dl, VHS: 37 mm. Qual a melhor conduta nesse momento?
- A) Iniciar colchicina e manter alopurinol.
 - B) Iniciar anti-inflamatório e suspender o alopurinol.
 - C) Iniciar corticoide oral e aumentar dose de alopurinol.
 - D) Infiltrar articulação com corticoide e manter alopurinol.

09. Homem, 23 anos, foi hospitalizado com história de artralgia, fadiga, prostração, mialgia, hiporexia e emagrecimento. Evoluiu com febre, insuficiência respiratória e necessidade de terapia intensiva (CTI). Tomografia de tórax evidenciou imagens compatíveis com hemorragia alveolar. O exame laboratorial inicial evidenciou; Cr 6,0 mg/dl; Ur 180 mg/dl; Na⁺ 138 mEq/L; K⁺ 4.0 mEq/L; C3 56 mg/dl (VR: 90 a 180mg/dl); C4 9 mg/dl (VR: 10 a 40mg/dl); virologia negativa, Fator reumatoide: não reagente, EAS: hemoglobina +4, proteína +3, leucócitos 15 /campo. hemácias 20/campo com 7% de acantócitos. Realizada biópsia renal que evidenciou 11 glomérulos em condições de estudo sendo um globalmente esclerosado, 3 nos padrões da normalidade, 4 com proliferação endocapilar, 7 com crescentes celulares e 7 glomérulos com depósitos em alças capilares. Soro anti-IgG, anti-IgM, anti-C3, anti-lâmbda, anti-kappa e anti-C1q positivos fortes (+++) em mesângio e alças, global e difuso. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?
- A) Crioglobulinemia mista.
B) Síndrome de Goodpasture.
C) Lúpus Eritematoso sistêmico.
D) Granulomatose com poliangiíte granulomatosa.
10. Paciente masculino, 70 anos, portador de HAS e DM, comparece à consulta inicial de seguimento em serviço de referência. Apresenta-se bem, sem queixas. Relata internação por pneumonia há 7 meses e há 4 meses apresentou herpes zoster em dorso, que não deixou sequelas. Mostra exames de bioquímica sem maiores alterações e os seguintes exames sorológicos: anti-HIV, VDRL, anti-HCV e HBsAg não reagentes; antiHBc reagente e anti-HBs reagente. Carteira vacinal aponta reforço de dupla adulto administrada há 2 anos. LEGENDA: VPC 13: vacina anti-pneumocócica 13 valente; VPC 23: vacina anti-pneumocócica 23 valente. Além do uso de vacina para influenza anualmente, qual o esquema de imunização adequado a ser prescrito?
- A) VPC 13 agora e VPC 23 em 6 meses, herpes zoster em 6 meses.
B) VPC 13 agora, VPC 23 em 6 meses e herpes zoster em 8 meses.
C) hepatite B (3 doses - início agora), VPC 23 agora, VPC 13 em 6 meses.
D) hepatite B (3 doses - início agora), VPC 13 agora, VPC 23 em 6 meses.
11. Paciente sexo feminino, 39 anos, iniciou febre há 10 dias e há 7 dias vem relatando náuseas, vômitos, edema de membros inferiores e oligúria. Há 3 dias, evoluiu com dispneia súbita e dor torácica evoluindo com dor e cianose em dedos das mãos e pés procurando a emergência. Ao exame: PA: 150x90mmHg FC: 110bpm SatO₂: 91% Hipocorada ++/+4 Necrose em dois pododáctilos. ACP: normal Edema de MMII ++/+4 Ausência de pulsos em região dorsal dos pés. Exames laboratoriais: Hb: 9,7mg/dl com reticulócitos normais (0,3%) Leucócitos: 9.700/uL Plaquetas: 80.000uL TPTA: 32,9 segundos (controle: 25,8 s) TGO: 40U/l TGP: 37U/l Ur: 138 mg/dl Cr: 3,1mg/dl Na: 130 mEq/l K: 5,0 M mEq/l Sumário de urina: Proteína ++ Hemoglobina ++ Proteinúria 24H: 1.02g Anticardiolipina IGG: 80GPL U/ml IGM: 12MPL/ml Presença de esquizócitos em sangue periférico. AngioCT: Sinal do halo invertido em lobo inferior do pulmão direito com falha de enchimento em ramo seguimentar de artéria pulmonar direita; Biópsia renal: Sugestiva de microangiopatia trombótica. Diante do quadro clínico, qual o tratamento inicial mais adequado?
- A) Ciclofosfamida, heparina, corticoide.
B) Corticoide, heparina, plasmaférese.
C) Rituximabe, heparina, imunoglobulina.
D) Micofenolato de mofetil, heparina, imunoglobulina.
12. Homem de 59 anos é admitido no Pronto-Socorro com cefaleia intensa, vômitos e desorientação há duas horas. É hipertenso de longa data em uso irregular da medicação anti-hipertensiva. Ao exame físico, observa-se PA 220 x 130 mmHg, FC 96 bpm. Ausculta cardíaca: RCR, 3T, B4, sem sopros. Ausculta pulmonar sem anormalidades. Os pulsos são palpáveis e simétricos. Não foi possível a realização do exame de fundo de olho pela agitação psicomotora apresentada pelo paciente. No ECG realizado, observa-se critérios de sobrecarga ventricular esquerda. Qual a melhor recomendação terapêutica para reduzir de modo seguro a pressão arterial do paciente?
- A) Captopril sublingual para atingir PA de 140 x 90 mmHg em até 2 horas.
B) Nitroprussiato de sódio IV para atingir PA de 180 x 100 mmHg imediatamente.
C) Nitroprussiato de sódio IV para atingir PA de 160 x 110 mmHg em até 2 horas.
D) Captopril sublingual e Furosemida IV para atingir PA de 130 x 80 mmHg em 30 minutos.

13. Homem de 65 anos, diabético tipo 2, em uso de metformina e glibenclamida previamente ao internamento atual, é admitido em Unidade de Terapia Intensiva devido a choque séptico de foco urinário. Encontra-se intubado, em uso de vasopressores, em dieta zero pela instabilidade hemodinâmica e com aporte de 100 gramas de glicose na hidratação venosa de manutenção. Glicemias aferidas nas últimas 24 horas: 240mg/dL - 310 mg/dL - 255mg/dL - 290mg/dL. Qual a melhor forma de conduzir a hiperglicemia desse paciente?
- A) Suspender a glicose da hidratação.
 - B) Reintroduzir os hipoglicemiantes orais.
 - C) Prescrever esquema móvel de insulinoterapia subcutânea.
 - D) Iniciar insulina endovenosa em bomba de infusão contínua.
14. Homem de 54 anos, portador de cirrose hepática, foi admitido na emergência com quadro de hemorragia digestiva, evoluindo no dia seguinte com desconforto abdominal. Realizada paracentese, que evidenciou 462 polimorfonucleares por mm^3 e bacterioscopia positiva para bacilos gram-negativos. Dentre as opções abaixo, qual o conduta mais adequada?
- A) Cefotaxima 2g EV de 8/8 horas por 5 dias.
 - B) Ceftriaxone 1g EV de 24/24 horas por 7 dias.
 - C) Metronidazol 500mg EV DE 8/8 horas por 10 dias.
 - D) Ciprofloxacino 400mg EV de 12/12 horas por 14 dias.
15. Mulher de 23 anos é atendida no pronto-socorro após ter apresentado síncope durante missa dominical. Relata ter apresentado turvação visual e náuseas antes de perder a consciência. O episódio foi de curta duração e logo houve recuperação após adotar decúbito dorsal e fazer a elevação dos membros inferiores. A paciente relata que havia superlotação no local e que a temperatura estava muito elevada. Relata episódios semelhantes previamente. Nega comorbidades ou uso crônico de fármacos. Não havia anormalidades ao exame físico. Realizou ECG em repouso que evidenciava um distúrbio de condução pelo ramo direito. Qual a conduta mais adequada no momento?
- A) Implante de marcapasso cardíaco dupla-câmara.
 - B) Manobras isométricas de contrapressão de membros inferiores.
 - C) Farmacoterapia com fludrocortisona ou agentes vasoconstritores.
 - D) Tranquilização e expansão do volume plasmático com líquido e sal.
16. Paciente feminina 40 anos, não tabagista, previamente hígida, dá entrada na emergência com dor torácica aguda à esquerda, intensa, que surgiu após esforço físico. Ao exame, apresenta dispneia leve, SpO_2 96% em ar ambiente, murmúrio vesicular difusamente reduzido e sibilos expiratórios discretos. Como a radiografia de tórax foi inconclusiva, realizou tomografia cujo corte é mostrado na figura abaixo.



Considerando a hipótese mais provável, outro aspecto que poderia estar presente e ajudar no diagnóstico da doença de base seria:

- A) Lesões ósseas.
- B) Ascite quilosa.
- C) Supuração pulmonar.
- D) Candidíase esofágica.

17. Paciente de 65 anos, com história de dispneia progressiva aos esforços há 1 ano. No momento apresenta-se com m-MRC (Escala de dispneia do Medical Research Council modificada) de 03, SpO₂: 96% em ar ambiente, ausculta cardiopulmonar normal e com edema de membros inferiores (2+/-4). Realizou ecocardiograma com fração de ejeção normal, sem valvulopatias e pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 55 mmHg. Posteriormente realizou cateterismo cardíaco direito cujos dados relevantes foram pressão média de artéria pulmonar de 26 mmHg, pressão atrial esquerda e de oclusão da artéria pulmonar elevadas e resistência vascular pulmonar normal. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a classe de drogas mais apropriada para alívio dos sintomas do paciente seria:
- A) Diurético de alça.
 - B) Antagonista da vitamina K.
 - C) Inibidor de fosfodiesterase-5.
 - D) Antagonista do receptor de endotelina.
18. Mulher de 35 anos, portadora de câncer de colo uterino localmente avançado, faz uso de analgésico potente cujo nome não sabe informar para controle de dor de forte intensidade. Evolui com sonolência, sendo levada à emergência. Ao exame, apresenta-se torporosa, bradipneica e com pupilas mióticas. Qual a conduta imediata?
- A) Atropina.
 - B) Naloxone.
 - C) Flumazenil.
 - D) Expansão volêmica.
19. Você está avaliando um paciente com asma grave, de 60 anos, peso ideal 55kg, que está sob ventilação mecânica controlada a volume com volume corrente (VC) de 380ml, frequência respiratória de 10 irpm, Fluxo inspiratório de 60L/min, terapia broncodilatadora e anti-inflamatória otimizadas e que apresenta sibilos expiratórios prolongados e hipertransparência bilateral na radiografia de tórax. O gráfico da curva de pressão versus tempo do ventilador durante uma pausa expiratória é mostrado na figura abaixo.
LEGENDA DA FIGURA: Pva: Pressão nas vias aéreas durante a pausa expiratória.



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

- Considerando a hipótese mais provável para a intercorrência atual do paciente, o ajuste mais adequado para reduzir o risco de dano ao parênquima pulmonar seria:
- A) Reduzir a pressão de pico inspiratório.
 - B) Reduzir a pressão expiratória final.
 - C) Reduzir o volume corrente.
 - D) Reduzir o fluxo inspiratório.
20. Homem de 18 anos procura atendimento no Ambulatório de Clínica Médica com queixa de epistaxe bilateral, gengivorragia e manchas no corpo. Nega uso de medicamentos. Ao exame, apresenta petéquias e equimoses difusamente, sem outras alterações nem sinais que sugiram infecção. Realizou hemograma na urgência, que evidenciou contagem de plaquetas de 12.000/mm³ confirmada no citrato, sem outras citopenias e sem alterações no esfregaço de sangue periférico. Qual o tratamento de escolha nesse momento?
- A) Rituximab.
 - B) Esplenectomia.
 - C) Corticoterapia.
 - D) Transfusão de plaquetas.