



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: Medicina do Sono - Área de atuação

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, 24 de janeiro de 2021.

Inscrição

Sala

01. Paciente masculino, 50 anos, chega ao pronto-socorro com relato de dor de garganta e febre há 2 dias, tendo evoluído há 1 dia com quadro de eritema cutâneo e descolamento de pele – relata ainda dificuldade de se alimentar por dor em boca. Há cerca de 1 semana foi a consulta médica onde foi iniciado losartan, alopurinol e domperidona. Ao exame nota-se taquicardia, com demais sinais vitais estáveis, descolamento de pele em dorso e face, com acometimento ainda de mucosa oral em grande extensão – estima-se o acometimento em menos que 10% da superfície corporal.

Qual o diagnóstico provável e possível desencadeante, respectivamente?

- A) Necrólise epidérmica tóxica – secundária ao uso de losartan.
- B) Necrólise epidérmica tóxica – secundário a uso de alopurinol.
- C) Síndrome de Steven-Johnson – secundário ao uso de losartan.
- D) Síndrome de Steven-Johnson – secundário ao uso de alopurinol.

02. Paciente masculino, 66 anos, tabagista 10 cigarros/dia desde os 40 anos, vem a consulta para realização de check-up. Sem queixas clínicas. Faz uso de losartan 50mg/dia por hipertensão arterial.

Quais exames de rastreio estariam adequados para o paciente ?

- A) Radiografia de tórax e pesquisa de sangue oculto em fezes.
- B) Ultrassom abdominal com doppler e colonoscopia.
- C) PSA e ultrassom abdominal sem doppler.
- D) Colonoscopia e ultrassom de carótidas.

03. Paciente masculino, 70 anos, em cuidados paliativos por neoplasia de próstata com metástases disseminadas, sem status funcional para tratamento quimioterápico. Encontra-se internado para manejo de dor refratária, após uso de metadona 60mg/dia apresenta controle satisfatório com dor grau 2 em escala numérica. Porém, passou a apresentar náuseas refratárias ao uso de metoclopramida e ondasetrona, com episódios de vômitos diários, além de constipação de até 5 dias.

Qual (is) medida (s) são indicadas para controle das náuseas?

- A) Prescrever dimenidrinato.
- B) Tentar rotação de opióides.
- C) Prescrever sedação contínua.
- D) Prescrever dose dobrada de ondasetrona.

04. Paciente masculino, 50 anos, etilista – relata ter ido a churrasco há 1 dia onde ingeriu cerveja em quantidade maior que a usual e jogou futebol com os amigos. Comparece queixando-se de dor em joelho esquerdo que o impede de realizar as atividades habituais – ao exame nota-se edema, calor e rubor em joelho esquerdo e demais articulações sem achados. Realizada artrocentese que mostrou 10000 leucocitos/uL e presença de cristais em forma de agulha com birrefringência negativa. Exames séricos mostram hemograma normal, função renal e eletrólitos normais, proteína C reativa: 3,5 mg/dL (VR: até 0,5), ácido úrico: 5,4 mg/dL (VR: 2,5-7,4).

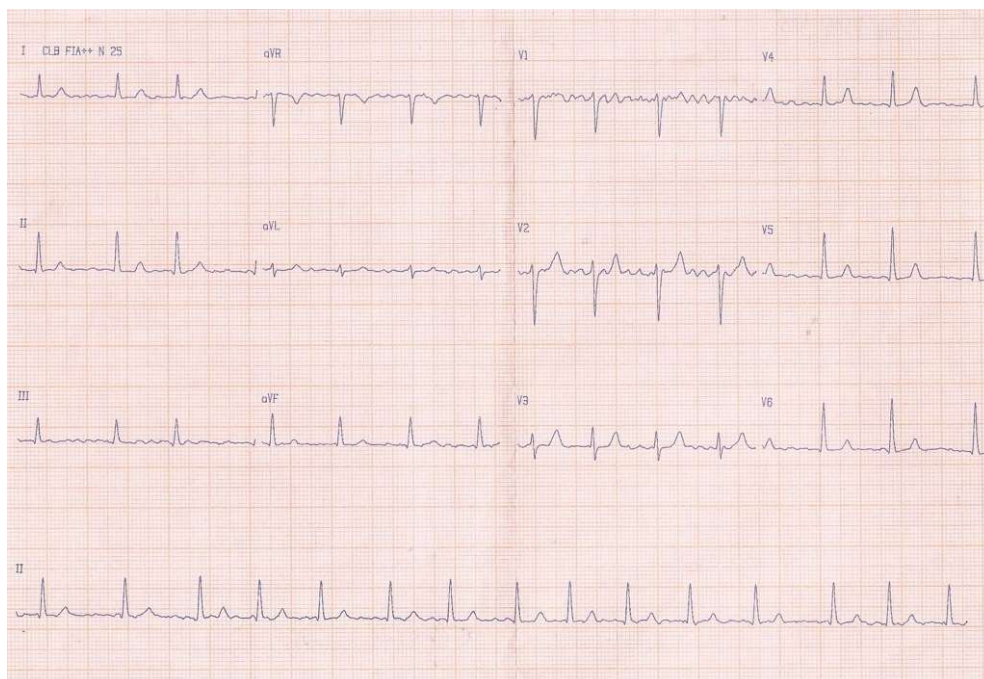
Qual o diagnóstico provável e conduta imediata?

- A) Artrite por pirofosfato de cálcio – iniciar antiinflamatórios.
- B) Artrite gotosa – iniciar colchicina e alopurinol.
- C) Artrite séptica – iniciar antibioticoterapia.
- D) Artrite gotosa – iniciar antiinflamatórios.

05. Paciente feminina, 47 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, apresenta-se à consulta com queixa de fadiga e astenia no último mês e com o seguinte hemograma: HB: 7,5 g/dL (VR: 11,5-15,5). Ht: 21% (VR: 35-47%) VCM: 103,9 fL (VR: 80-98). HCM: 37,1 pg (VR: 27-32). CHCM: 35,7% (VR: 31-36). RDW: 19,2% (VR: 10-15). Plaquetas: 225000 /uL (VR: 150000-450000) Leucograma sem alterações. Presença de macrócitos policromáticos e esferócitos. Dosagens de ácido fólico e vitamina B12 dentro dos valores de referência. Quais exames adicionais auxiliariam na elucidação do mecanismo provável de anemia?

- A) Mielograma e metabolismo do ferro.
- B) Metabolismo do ferro e reticulócitos.
- C) Bilirrubinas, TGO, TGP e haptoglobina.
- D) Haptoglobina, bilirrubinas, LDH e reticulócitos.

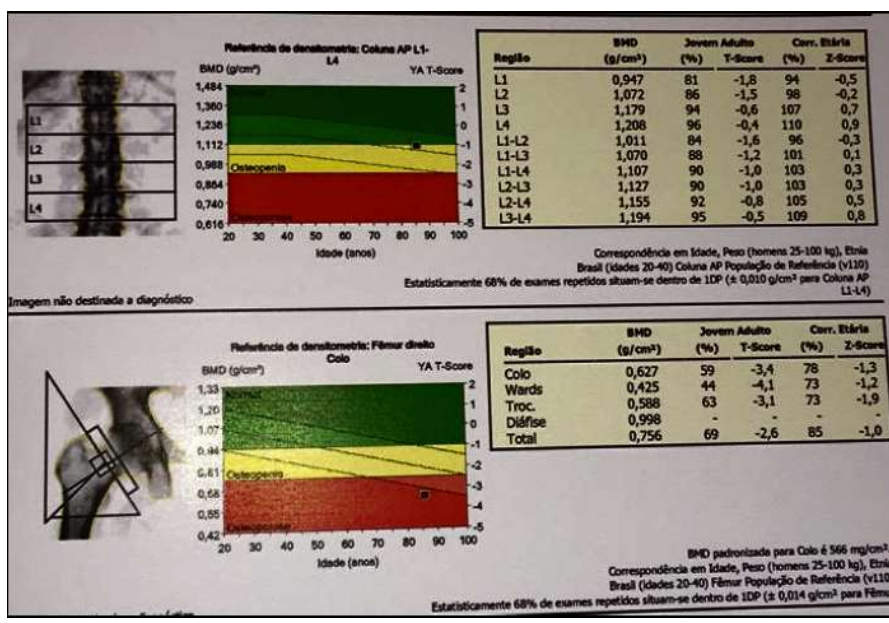
06. Paciente feminina, 68 anos, portadora de hipertensão arterial, diabetes, doença arterial obstrutiva periférica, em uso de losartan 100mg/dia, metformina 1500mg/dia e AAS 81mg/dia. Nega sintomas. Comparece para consulta para mostrar exames de rotina, incluindo eletrocardiograma abaixo: Hemograma normal, glicemia de jejum: 100mg/dL, Hemoglobina glicada: 6,1% (VR: <6,5%); LDL: 80mg/dL; Creatinina: 0,7 mg/dL.



De acordo com os dados disponíveis, qual a conduta farmacológica a ser instituída?

- A) Associar clopidogrel 75mg/dia.
- B) Prescrever rivaroxaban 15mg/dia.
- C) Aumentar dose de AAS para 300mg/dia.
- D) Prescrever apixaban 5mg a cada 12 horas.

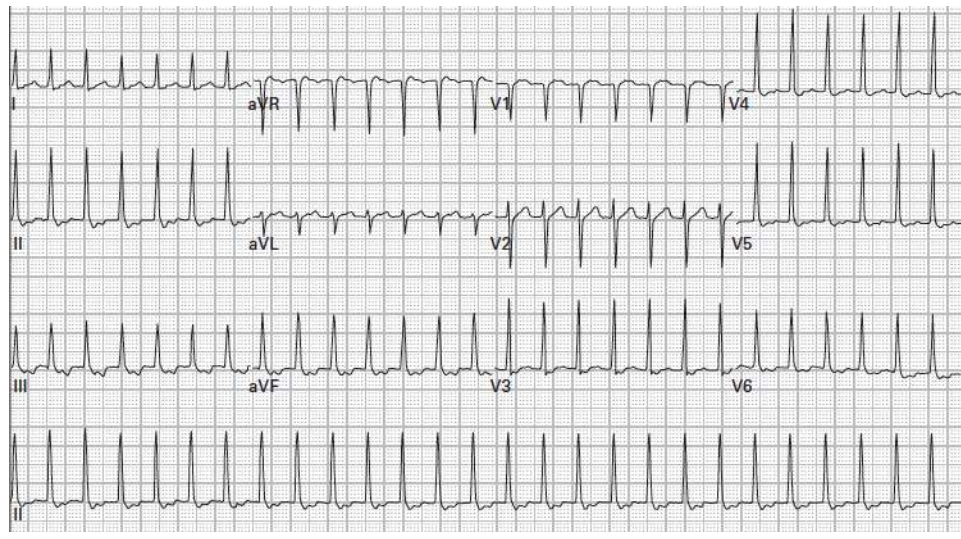
07. Paciente feminina, 68 anos, comparece ao ambulatório trazendo o resultado do seguinte exame que mostrou a outro colega e o mesmo lhe prescreveu uma medicação que ela teria que usar por 5 anos inicialmente e depois suspender. Achando estranho ela veio confirmar tal informação.



Qual a provável medicação prescrita e o motivo para suspensão após 5 anos de uso?

- A) Risedronato sódico – risco de esofagite.
- B) Alendronato sódico – risco de fratura atípica.
- C) Denosumab – risco de osteonecrose de mandíbula.
- D) Carbonato de cálcio + vitamina D – risco de calcificação arterial.

08. Paciente masculino, 35 anos, admitido na sala de urgência após iniciar quadro de palpitações e mal-estar. Encontra-se monitorizado, com saturação de O₂: 94%. Pressão arterial: 70 x 40mmhg. Frequência cardíaca: 200 batimentos por minuto. Frequência respiratória: 22 incursões por minuto. Apresenta o eletrocardiograma abaixo.



Qual a conduta imediata?

- A) Realizar desfibrilação.
- B) Realizar cardioversão elétrica.
- C) Iniciar noradrenalina, em infusão, por via endovenosa.
- D) Administrar adenosina 6mg, em bolus, por via endovenosa.

09. Paciente masculino, 55 anos, portador de cirrose hepática com seguimento irregular, apresenta-se ao pronto-socorro com quadro de 3 dias de aumento do volume abdominal, dor abdominal e febre. Hemodinamicamente estável. Realizados exames e paracentese que mostraram os seguintes resultados: Hemoglobina: 10,5 g/dL (VR: 13-16,5). Hematócrito: 33% (VR: 39-48%) VCM: 100,9 fL (VR: 80-98). HCM: 33,1 pg (VR: 27-32). Leucócitos: 11500/mm³ (VR: 4500 – 10500) com diferencial normal. Plaquetas: 225000 /uL (VR: 150-450000) Creatinina: 1,5mg/dL (VR: 0,8-1,3) Ureia: 60mg/dL (VR: 16-45). Bilirrubina total: 3mg/dL (VR: 0,4-1,0) Celularidade do líquido ascítico (LA): 1000 cels/uL (70% polimorfonucleares) com cultura em andamento. Qual o tratamento indicado para o paciente?

- A) Iniciar albumina endovenosa e aguardar cultura de LA.
- B) Iniciar albumina endovenosa e repetir punção de LA em 24 a 48 horas.
- C) Iniciar ceftriaxona 2g por dia, albumina endovenosa e na alta norfloxacin 400mg/dia.
- D) Iniciar cefotaxima, expansão volêmica com cristalóide e na alta ciprofloxacina 500mg/dia.

10. Paciente feminina, 55 anos, vem a consulta com queixa de dor em metade inferior do abdomen, associada a náuseas, inapetência e febre – os sintomas iniciaram há 2 dias. Ao exame físico apresenta pressão arterial 130 x 80mmhg, frequência cardíaca de 84 batimentos por minuto e demais sinais vitais normais. Apresenta ainda dor à palpação abdominal localizada em quadrante inferior esquerdo, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais mostram leucocitose de 12500/mm³ (VR: 4000-10000) e Proteína C Reativa de 6,5mg/dL (VR: até 0,5), demais exames séricos sem alterações.

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual exame auxiliaria na confirmação e qual a conduta adequada?

- A) Radiografia de abdômen – solicitar parecer cirúrgico.
- B) Tomografia de abdômen – iniciar antibióticos.
- C) Colonoscopia – internar para investigação.
- D) Ultrassom renal – iniciar antibióticos.

11. Paciente masculino, 45 anos, comparece à emergência na madrugada relatando cefaleia excruciante de forte intensidade (10 em 10), periórbitalia esquerda, associada a coriza e mal estar. Ao exame nota-se ptose palpebral, lacrimejamento excessivo e hiperemia conjuntival ipsilateralmente à dor. Fez uso de dihidroergotamina em casa sem melhora do quadro. Relata que a cefaleia vem se apresentando há 1 semana em crises de intensidade crescente. Qual a melhor opção terapêutica ?

- A) administrar oxigênio em cateter nasal 4 litros/minuto.
- B) prescrever clorpromazina 100mg endovenoso.
- C) administrar oxigênio a 100% em máscara.
- D) prescrever tramadol 100mg endovenoso.

12. Paciente feminina, 60 anos, apresenta-se com queixa de tremor em mãos, principalmente ao pegar objetos pequenos, que se iniciaram há cerca de 1 ano, sem outros sintomas associados. Incomoda-se porque nota que as outras pessoas percebem o tremor mais facilmente agora que antes. Sem outras queixas. Ao exame físico não apresenta rigidez nem bradicinesia e com marcha atípica. Portadora de asma intermitente em uso de salbutamol inalatório somente nas crises. Qual o tratamento indicado no momento?

- A) Estimulação cerebral profunda.
- B) Levodopa + benserazida.
- C) Propranolol.
- D) Primidona.

13. Paciente feminina, 63 anos, previamente hígida até que há cerca de 6 meses iniciou quadro de alucinações visuais (descreve crianças vestidas com roupas coloridas e anões), associada a episódios de delírios persecutórios, além de episódios de quedas repetidas. Marido relata que alterna dias bons, em que parece normal, e dias com exacerbação dos sintomas. Desde o início do quadro não consegue mais realizar atividades instrumentais de forma segura. Foi medicada com risperidona, mas ficou muito “dopada” e rígida e então a medicação foi suspensa, estando sem medicações. Ao exame físico nota-se rigidez em roda dentada em membros e bradicinesia. Mini-exame do estado mental de 15 (escolaridade de 8 anos).

Qual o diagnóstico provável, de acordo com os dados fornecidos ?

- A) Doença de Alzheimer.
- B) Atrofia de múltiplos sistemas.
- C) Demência na doença de Parkinson.
- D) Demência por corpúsculos de Lewy.

14. Paciente masculino, 27 anos, admitido no pronto-socorro após episódio de convulsão tônico-clônica, sem episódio prévio semelhante. Chega estável, com sinais vitais normais, mas apresentando hemiparesia esquerda. Exames complementares mostraram linfopenia e teste rápido para HIV positivo. Realizada tomografia de crânio mostrada abaixo:



Considerando a hipótese mais provável, qual conduta deve ser instituída?

- A) Encaminhar para biopsia cerebral.
- B) Iniciar dexametasona endovenosa.
- C) Iniciar sulfadiazina + pirimetamina.
- D) Iniciar rifampicina + isoniazida + pirimetamina + etambutol.

15. Paciente masculino, 35 anos, em tratamento para tuberculose pulmonar há 20 dias, retorna para consulta de reavaliação com quadro de náuseas e mal-estar, compatível com dispepsia. Em uso de esquema quadruplo com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE). Traz os seguintes exames: TGO: 220 U/L (VR: 0-50) TGP: 245 U/L (VR: 0-50).

Qual a conduta em relação ao tratamento em curso?

LEGENDA: VR: valor de referência; RI: rifampicina + isoniazida; RE: rifampicina + etambutol

- a) manter RIPE e reavaliar em duas a quatro semanas.
- b) manter rifampicina e etambutol e suspender as demais medicações.
- c) suspender RIPE e após normalização de exames reiniciar RI, e posteriormente pirazinamida e por último etambutol.
- d) suspender RIPE e após normalização de exames reiniciar RE, posteriormente isoniazida e por último pirazinamida.

16. Paciente feminina, 70 anos, advogada aposentada, internada após queda e fratura de fêmur, hoje no 1º pós-operatório de artroplastia de quadril. Portadora de doença de Parkinson em estágio moderado, previamente bem orientada, evoluindo com quadro de agressividade e delírios (dizem que querem mata-la, que a comida tem veneno) – tentou agredir enfermeira pela manhã. Exames laboratoriais e de imagem, sem sinais de infecção ou outras alterações. Tomografia computadorizada de crânio normal para a idade.

Qual a opção terapêutica mais adequada no momento?

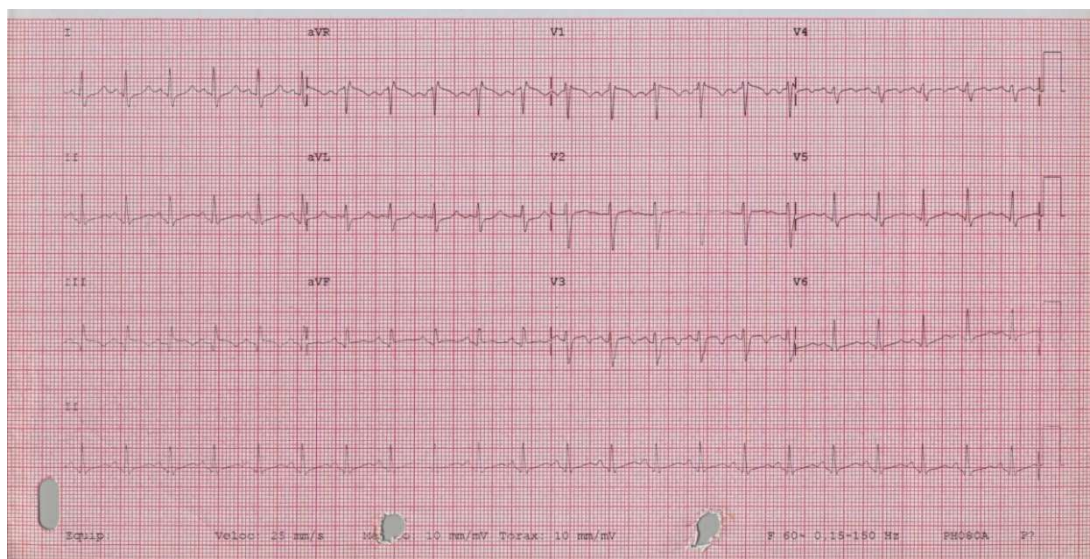
- A) prescrever quetiapina.
- B) prescrever haloperidol.
- C) prescrever clonazepam.
- D) iniciar restrição física no leito.

17. Paciente feminina, 66 anos, comparece a consulta para mostrar exames de rotina. Relata estar bem, sem queixas, ativa e funcionalmente independente. Não usa nenhuma medicação. Apresenta TSH: 7,7 um/L (VR: 0,5-5,0) e T4livre: 1,2 ng/dL (VR: 0,7-1,8) – demais exames todos normais.

Qual a conduta adequada?

- A) Solicitar ultrassom de tireoide.
- B) Iniciar levotiroxina em dose baixa.
- C) Solicitar anticorpo antitireoglobulina.
- D) Repetir função tireoidiana em 3 meses.

18. Paciente feminina, 40 anos, portadora de asma intermitente, chega ao pronto-socorro após episódio de síncope e queixa de dispneia súbita que surgiu hoje. Nega tosse ou febre. À admissão encontrava-se consciente, e orientada, sonolenta – Escala de Coma de Glasgow 14 (Abertura Ocular 3, Resposta Verbal 5 e Resposta Motora 6) -, taquipnéica (24 incursões respiratórias/minuto), taquicárdica (140 batimentos/minuto), pressão arterial 96x82mmHg, saturação de O₂ (ar ambiente): 92%. Restante do exame físico sem alterações. Fazia uso somente de anticoncepcionais orais. Eletrocardiograma abaixo:



Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual exame poderia auxiliar na confirmação diagnóstica?

- A) Troponina.
- B) Ecocardiograma.
- C) Radiografia de tórax.
- D) Angiotomografia de tórax.

19. Paciente masculino, 40 anos, comparece à consulta relatando recorrência de episódios de dor de forte intensidade em flanco esquerdo, com irradiação para região genital, associada a náuseas e sem posição de alívio. Em análise de cálculo urinário expelido previamente constatou-se que sua composição era de oxalato de cálcio.

Qual recomendação pode diminuir a frequência de tais episódios?

- A) Prescrever alendronato sódico
- B) Iniciar hidroclorotiazida e dieta rica em sódio
- C) Iniciar clortalidona e diminuir ingesta de sódio
- D) Prescrever bicarbonato para alcalinização da urina

20. Paciente feminina, 65 anos, em seguimento devido a transtorno depressivo, relata piora dos sintomas de anedonia, apresentando choro imotivado com frequência, além de perda de apetite e insônia importante. Relata perda de peso de 6kg nos últimos 2 meses (peso atual 64kg). Em uso de escitalopram 20mg/dia há 2 meses, após resposta frustra ao uso de fluoxetina.

Considerando o conjunto de sintomas apresentados, qual opção terapêutica seria mais adequada?

- A) Paroxetina
- B) Duloxetina
- C) Mirtazapina
- D) Amitriptilina