



PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: Cancerologia Clínica; Cardiologia; Endocrinologia; Endoscopia; Gastroenterologia; Geriatria; Hematologia e Hemoterapia; Nefrologia; Pneumologia; Reumatologia

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 40 (quarenta) 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 **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
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 8.17 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.

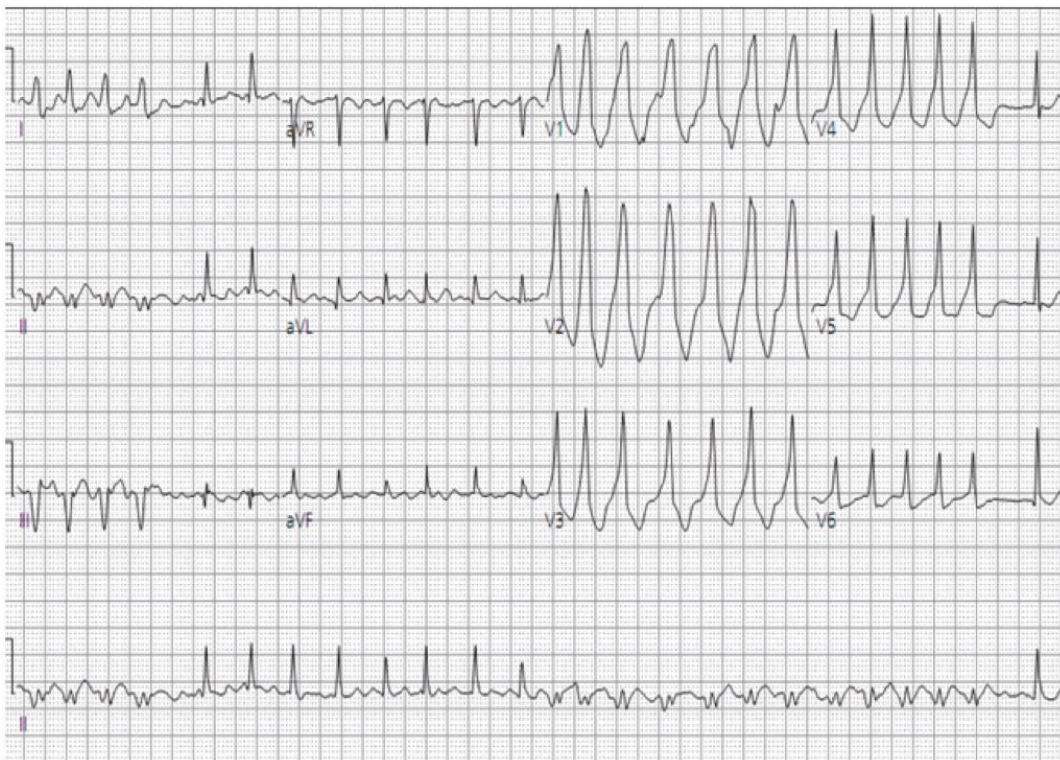
Boa prova!

Fortaleza, 07 de novembro de 2021.

Inscrição

Sala

01. Homem, 75 anos, portador de mieloma múltiplo, é admitido na emergência com quadro de confusão mental, distensão abdominal, poliúria e hipertensão. Ao exame físico, encontra-se desidratado. Ausculta pulmonar sem alterações. Considerando o distúrbio hidroeletrólítico mais provável e comumente associado à doença do paciente como causa do quadro clínico, qual a medida inicial a ser tomada?
- A) Hidratação venosa.
B) Bisfosfonato.
C) Denosumab.
D) Diurético.
02. Paciente do sexo feminino, 42 anos, deu entrada na emergência do hospital referindo palpitação e o “coração acelerado” de início há 30 minutos. A monitorização cardíaca evidenciou ritmo taquicárdico, Pressão arterial = 80 x 50mmHg, saturação de oxigênio = 93%. Referiu episódio de perda momentânea da consciência em casa, sendo por isso trazida ao hospital. O eletrocardiograma está abaixo.



- Qual o diagnóstico provável da taquiarritmia e a melhor conduta na emergência?
- A) Taquicardia ventricular polimórfica – cardioversão elétrica sincronizada com 200J.
B) Taquicardia supraventricular com aberrância – adenosina 6mg endovenoso em bolus.
C) Taquicardia ventricular monomórfica – amiodarona endovenoso dose de 150 a 300mg.
D) Fibrilação atrial com síndrome de Wolf-Parkinson-White – cardioversão elétrica sincronizada com 200J.
03. Paciente com SDRA grave secundária a Covid-19 e insuficiência renal aguda, peso ideal de 60kg, no primeiro dia de ventilação mecânica, sob sedoanalgesia e bloqueio neuromuscular contínuo, em modalidade controlada a volume e modo assisto-controlado. VC: 280ml, f:30 ipm, PEEP: 10 cmH₂O, FiO₂: 50%. Pressão de Platô de 23 cmH₂O, Auto-PEEP: 0 cmH₂O. LEGENDA: SDRA: síndrome do desconforto respiratório agudo; VC: volume corrente; f: frequência respiratória; FiO₂: fração inspirada de oxigênio. Considerando a estratégia ventilatória mais adequada nesse contexto, a gasometria arterial que melhor atinge os objetivos básicos da ventilação mecânica, nesse momento seria:
- A) pH: 7,14 PaCO₂: 77 PaO₂: 70 SpO₂: 94%
B) pH: 7,30 PaCO₂: 50 PaO₂: 55 SpO₂: 89%
C) pH: 7,24 PaCO₂: 90 PaO₂: 95 SpO₂: 98%
D) pH: 7,27 PaCO₂: 65 PaO₂: 65 SpO₂: 93%

- 04.** Mulher de 25 anos, previamente hígida, chegou na emergência com dor lombar, cefaleia e calafrios de início há cerca de 24 horas. Na avaliação inicial, ela estava sonolenta, com frequência respiratória de 24 incursões por minuto, frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto e pressão arterial de 80x40mmHg. Colheu hemocultura e iniciou antibiótico intravenoso. Quais as outras condutas a serem tomadas na primeira hora?
- A) Colher lactato sérico e administrar 30ml/kg de solução de Ringer com lactato.
 - B) Colher procalcitonina e administrar 30ml/kg de solução de Ringer com lactato.
 - C) Colher procalcitonina e administrar 30ml/kg de soro fisiológico.
 - D) Colher lactato sérico e administrar 30ml/kg de soro fisiológico.
- 05.** Paciente feminina, 40 anos, com crises mensais de dispneia e aperto torácico precipitadas por inalação de poeira e fumaça há cerca de 1 ano, sem necessidade de idas à emergência ou internamentos. Não tabagista. A ausculta respiratória durante a crise mostra murmúrio vesicular reduzido difusamente. Radiografia de tórax normal. Os dados espirométricos pré-broncodilatador são: CVF: 2,20 (90%) (LI:2,0) VEF1: 1,56 (70%) (LI: 1,68) VEF1/CVF: 0,71 (LI: 0,72) e pós-broncodilatador CVF: 2,60 VEF1: 2,00. VEF1/CVF: 0,76. Legenda: CVF: Capacidade Vital Forçada. VEF1: Volume de ar expirado no primeiro segundo. LI: limite inferior. Considerando que não havia história de tratamento prévio, a abordagem terapêutica inicial preferencial seria:
- A) Salbutamol 400mcg inalatório, nas crises.
 - B) Prednisona 0,6 a 0,8mg/kg oral por 7-10 dias.
 - C) Budesonida 200mcg/Formoterol 6mcg inalatório, se necessário.
 - D) Beclometasona 400mcg/Formoterol 24mcg inalatório, por 3 a 6 meses.
- 06.** Homem, 80 anos, portador de câncer de próstata, em tratamento com hormonioterapia, após ter realizado ressecção cirúrgica e radioterapia. É portador, também, de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, sem outras patologias. Foi internado por pneumonia há 1 mês e retorna para reavaliação clínica, encontrando-se assintomático, nesse momento. Qual a alternativa correta sobre a prevenção de doença pneumocócica para o caso clínico descrito? LEGENDA: VPC13: vacina pneumocócica conjugada 13 valente; VPP23: vacina pneumocócica polissacarídica 23 valente
- A) 1 dose de VPP23 agora + 2ª dose de VPP23 após 5 anos.
 - B) 1 dose de VPC13, 3 meses após a ocorrência da pneumonia.
 - C) Vacina pneumocócica está contra-indicada devido à imunodeficiência.
 - D) 1 dose de VPC13 agora + 1 dose de VPP23 após 6 a 12 meses + 2ª dose de VPP 23 após 5 anos da 1ª dose de VPP23.
- 07.** Homem, 85 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e hiperplasia prostática benigna. Faz uso de atenolol, metformina e dutasterida + tansulosina. Procura atendimento no ambulatório informando que tem nictúria, jato urinário fraco e que apresentou um episódio de queda ao ir ao banheiro durante a noite. Refere que durante a micção perdeu a consciência e caiu ao solo, com sensação de ter recobrado a consciência após um a dois minutos. Nega sintomas precedendo o episódio ou outros sintomas associados. Nega outras patologias. Nunca havia apresentado episódio semelhante prévio. Ao exame PA 140x80mmHg e FC 60 bpm deitado e PA 130x80mmHg e FC 60 bpm em ortostase. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Sem alterações em demais parâmetros do exame físico. Traz ECG mostrando ritmo sinusal e bloqueio divisional ântero superior esquerdo (BDASE). Qual o mecanismo/origem mais provável do quadro clínico descrito?
- A) Origem cardíaca provocada por arritmia.
 - B) Origem em disfunção autonômica primária.
 - C) Origem cardíaca decorrente de isquemia coronariana.
 - D) Origem neuromediada decorrente de esforço miccional.
- 08.** Homem, 38 anos, em tratamento para a forma virchowiana do mal de Hansen há 6 meses, desenvolveu, há 3 semanas, nódulos eritematosos dolorosos, não ulcerados, difusamente distribuídos em superfícies extensoras dos membros e tronco, além de febre e astenia. Considerando a principal hipótese diagnóstica do quadro mais recente, o mecanismo fisiopatológico que melhor explicaria a condição seria:
- A) Hipersensibilidade imediata ou tipo I.
 - B) Paniculite lobular mediada por deposição de imunocomplexos.
 - C) Reação cutânea granulomatosa a depósitos de clofazimina na pele.
 - D) Necrose da epiderme e derme mediada por hipersensibilidade tardia.

09. Homem, 43 anos, procurou atendimento médico por apresentar lesões cutâneas pruriginosas há 8 meses. É hipertenso, possui dislipidemia e, recentemente, teve sorologia para anti-HIV positiva. Ao exame dermatológico, apresenta placas eritematosas e descamativas, bem delimitadas em abdome, região sacral, região extensora de antebraços e joelhos. É tabagista (10 cigarros por dia) há 20 anos. Nega etilismo. Pratica corrida na praia. Refere fazer uso regular de losartana e sinvastatina há cerca de um ano. Iniciou uso de tenofovir, lamivudina e dolutegravir há 2 meses.



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

- Sendo o fenômeno isomórfico um potencial fator agravante da doença dermatológica desse paciente, qual o provável desencadeante do mesmo neste caso?
- A) Tabagismo.
 - B) Fotossensibilidade.
 - C) Prurido levando a coçadura.
 - D) Tratamento com antirretrovirais.
10. Homem de 79 anos, com diagnóstico de neoplasia de pâncreas há 4 meses, não candidato ao tratamento cirúrgico devido doença avançada. Apresentou toxicidade importante aos quimioterápicos e desde então vem em acompanhamento com equipe de cuidados paliativos. O paciente refere dor epigástrica 8/10, latejante, irradiada em faixa para abdome superior, sem relação com a alimentação e que é agravada pela inspiração profunda. Havia recebido prescrição de tramadol 100mg 12/12h, amitriptilina 50mg/dia e dexametasona 4mg/dia, sem melhora do quadro. Qual o mecanismo fisiopatológico provável da dor e a conduta mais adequada neste paciente?
- A) Nociceptivo – aumentar tramadol para 100mg de 8/8h e dexametasona para 8mg.
 - B) Neuropático – substituir tramadol por morfina e aumentar dose de amitriptilina para 100mg.
 - C) Misto nociceptivo e ósseo – aumentar tramadol para 100mg de 8/8h e associar cetoprofeno 100mg de 12/12h.
 - D) Misto nociceptivo-neuropático – substituir tramadol por morfina e considerar troca de amitriptilina por gabapentina.
11. Homem de 32 anos, infectado pelo HIV, em abandono de tratamento há 2 anos, refere febre alta de padrão irregular, tosse predominantemente seca e emagrecimento há 4 semanas. Nos últimos 3 dias, vem evoluindo com dispneia progressiva. Nega hemoptise, dor torácica ou ortopneia. Ao exame: estado geral comprometido, dispneico, emagrecido, palidez cutâneo-mucosa 3+/4+. Presença de candidíase oral. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular universal, rude, com roncos esparsos bilaterais. Abdome: fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito, baço não palpável, espaço de Traube ocupado. Pele: Presença de pápulas eritematosas em tronco e membros. Restante sem alterações. Exames iniciais: Hemoglobina = 8 g/dL (VR: 13-17g/dL), Leucócitos = 1.500/mm³ (VR: 4500-10000/mm³), Plaquetas = 70.000/mm³ (VR: 150000-450000/mm³), Desidrogenase láctica = 4.500 U/L (VR = 140-271 U/L), Radiografia de tórax = infiltrado micronodular difuso bilateral.
- Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, que exame diagnóstico está recomendado?
- A) Hemocultura para germes piogênicos.
 - B) Cultura para fungos do aspirado medular.
 - C) Coloração de Grocott de biopsia transbrônquica.
 - D) Teste rápido molecular do lavado broncoalveolar.

12. Homem de 42 anos iniciou, há 10 dias, quadro de febre, coriza, odinofagia, tosse seca e astenia. Os sintomas pareceram melhorar após 4 dias, mas há 2 dias voltou a ter febre, piora da tosse e mal-estar geral. Nega dispneia. Comorbidade: Hipertensão arterial. Ao exame: Estado geral regular, acianótico, normocorado; Índice de Massa Corporal: 36,3 Kg/m²; Frequência respiratória: 24 incursões por minuto; Saturação de O₂ em ar ambiente: 91%; Restante sem alterações. Exames laboratoriais realizados no dia anterior: Hb 15.2 g/dL (VR: 13-17g/dL), Leucócitos 7.800/mm³ (VR: 4500-10000/mm³) (neutrófilos 85% linfócitos 10% monócitos 3% eosinófilos 2%), Plaquetas 140.000/mm³ (VR: 150000-450000/mm³), Proteína-C reativa 13,4 mg/dL (VR: < 0,5 mg/dL). De acordo com as melhores evidências científicas disponíveis atualmente, que medicamento está formalmente recomendado neste momento?
- A) Azitromicina.
 - B) Tocilizumabe.
 - C) Dexametasona.
 - D) Piperacilina-Tazobactam.
13. Mulher de 39 anos, residente em Caucaia-CE, queixa-se de febre, astenia, anorexia e emagrecimento há 3 meses. O exame físico é positivo para palidez 3+/4+, hepatoesplenomegalia, e linfonodos fibroelásticos (menores que 0,5 cm), indolores, móveis, em região cervical e inguinal, bilateralmente, sem outros achados. Exames feitos em Unidade Básica de Saúde: Hemoglobina 6,5 g/dL (VR: 12-16g/dL), Leucócitos 2.300/mcl (VR: 4500-10000/mcl), Plaquetas 32.000/mm³ (VR: 150000-450000/mm³), TGO 72 U/L (VR: 5-40 U/L), TGP 103 U/L (VR: 5-40 U/L), Teste rápido para HIV: reagente; Testes rápidos para HBV, HCV, Sífilis e anti-rK39: não reagentes. De acordo com a principal hipótese diagnóstica para o caso, qual o próximo passo da propedêutica diagnóstica?
- A) Puncionar o baço.
 - B) Repetir o anti-rK39.
 - C) Aspirar um linfonodo.
 - D) Aspirar a medula óssea.
14. Mulher, 45 anos, procura emergência por quadro de febre e odinofagia há 6 dias e manchas eritematosas difusas há 2 dias. Há 3 meses, teve diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico com comprometimento renal e articular, estando atualmente em uso de micofenolato, sulfametoxazol-trimetoprima, além de acetato de medroxiprogesterona. Ao exame, apresenta-se com estado geral regular, normotenso, hidratado, febril (38.2°C), orientado. Cabeça e pescoço: Edema de face, linfonodos palpáveis em cadeia cervical posterior, pequenos e móveis. Córdio-pulmonar: normal. Abdome: inocente. Pele: exantema morbiliforme difuso, inclusive face, sem lesões mucosas. Dentre os exames iniciais, realizados na emergência, apresenta leucocitose com linfocitose atípica, eosinofilia e hematúria, elevação de ureia, creatinina e transaminases. Para o provável quadro agudo dessa paciente, qual o tratamento farmacológico adequado, além das medidas de suporte?
- A) Hidroxicloroquina 400 mg oral diariamente.
 - B) Prednisona 1-2 mg/kg/dia oral e desmame lento.
 - C) Aciclovir 5mg/kg intravenoso 8/8 horas por 7-10 dias.
 - D) Penicilina G 2 UI 4/4 horas e clindamicina intravenoso 600 mg 8/8 horas.
15. Homem de 43 anos realizou ultrassonografia cervical para investigação de síncope, onde foram evidenciados nódulos tireoidianos: N1 nódulo sólido, hipoeicoico, medindo 1,1 x 0,7 x 0,4 cm, com vascularização central e periférica, no terço superior do lobo direito; N2 nódulo misto, predominantemente sólido, isoecoico, medindo 0,9 x 0,6 x 0,7 cm, com vascularização periférica, no terço inferior do lobo direito; e N3 nódulo sólido, isoecoico, medindo 1,1 x 0,6 x 0,3 cm, com vascularização periférica, no terço inferior do lobo esquerdo. Sem queixas no momento, negou história familiar de câncer de tireoide. Ao exame físico: fâcies atípica, Pressão Arterial 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca 92 batimentos por minuto, ausculta cardíaca fisiológica, sem tremores de extremidades, tireoide normopalpável, sem adenomegalias cervicais palpáveis. O próximo passo na avaliação deste caso deve ser solicitar:
- A) Dosagem de TSH.
 - B) Cintilografia de tireoide.
 - C) Dosagem de tireoglobulina sérica.
 - D) Punção aspirativa com agulha fina do nódulo N1.

16. Mulher, 68 anos, ex-tabagista, relato de osteossarcoma na adolescência, com artrite reumatoide e osteoporose, com fratura prévia de úmero proximal esquerdo, sem outras fraturas documentadas. Comparece em consulta com queixa de dor lombar contínua há cerca de um mês e para reavaliação da terapia para osteoporose. Faz uso regular de metotrexato 20 mg/sem, ácido fólico 5mg/sem, prednisona 5mg/dia, carbonato de cálcio 1000 mg/dia, vitamina D3 7000 UI/sem e risedronato 150 mg/mês há 3 anos. Exames: hemograma, VHS, PCR, Cr, Ur, TGO, TGP, GGT, Na, K, Fósforo, Cálcio na urina 24h, Ca total, 25-OH-vitamina D, Fosfatase alcalina: sem alterações. Resultados das densitometrias realizadas antes da prescrição de risedronato e após 3 anos de uso e radiografia atual de coluna lombo-sacra, estão abaixo:

Resultados do primeiro exames de DMO

REGIÃO	BMD (g/cm ²)	T-score
Colo	0,807	- 2,9
Zona superior colo	0,900	-2,2
Wards	0,408	-2,8
Trocânter	0,530	- 2,5
Total	0,735	- 2,6

Exames de monitoramento- 3 anos

REGIÃO	BMD (g/cm ²)	T-score
Colo	0,702	-2,3
Zona superior colo	0,601	-1,9
Wards	0,408	-2,8
Trocânter	0,530	- 2,5
Total	0,735	- 2,3

REGIÃO	BMD (g/cm ²)	T-score
L1	0,807	- 2,9
L2	0,822	- 3,5
L3	0,703	- 4,4
L4	0,822	- 3,5
L1-L4	0,788	- 3,6

REGIÃO	BMD (g/cm ²)	T-score
L1	0,803	- 2,7
L2	0,770	- 3,6
L3	0,714	- 4,1
L4	0,877	- 2,7
L1-L4	0,797	- 3,2



Além da suplementação de cálcio e vitamina D, qual a melhor conduta neste momento?

- A) Manter risedronato.
 - B) Suspende risedronato.
 - C) Trocar risedronato por ibandronato.
 - D) Trocar risedronato por denosumabe.
17. Homem de 23 anos, internado na UTI após acidente automobilístico. Ao chegar, apresentava-se comatoso, Glasgow 6; realizou tomografia computadorizada de crânio que evidenciou extenso hematoma extradural acompanhado de edema cerebral. Foi realizada drenagem do hematoma e craniectomia decompressiva. Na avaliação clínica do terceiro dia de pós-operatório, após desligada a infusão de propofol, o paciente apresentava Glasgow 3, pressão arterial média de 85mmHg, temperatura corporal de 36,6°C e pupilas médio-fixas. Os exames laboratoriais estavam normais. Considerando a possibilidade de irreversibilidade do quadro, quais as pesquisas apropriadas a serem realizadas?
- A) De rigidez nucal, do reflexo patelar e de clônus espontâneo.
 - B) Do reflexo glabellar, do reflexo palmo-metoniiano e de preensão-palmar.
 - C) Do reflexo óculo-cefálico, do reflexo córneo-palpebral e do reflexo da tosse.
 - D) Do reflexo de cutâneo-plantar, do reflexo bulbocavernoso e de nível sensitivo.
18. Mulher, 79 anos, 8 anos de escolaridade, trabalhou como secretária em escola, é levada à consulta acompanhada por filha, que mora com ela, devido à dificuldade de memória nos últimos 3 anos. A filha relata que observou nesse período que sua mãe está mais repetitiva em conversas, assim como não está lembrando compromissos. No último ano, ela observou que a paciente não estava mais conseguindo fazer suas compras em supermercados, assim como deixando de pagar contas e precisando de ajuda para tomar as medicações. Há dois meses, a filha relata que a mãe vem acusando-a de ter roubado seu dinheiro, assim como de roubar suas coisas quando não as encontra em casa. Esse fato, está atrapalhando a convivência entre as duas. A paciente nega as suas dificuldades e refere que a filha quer tomar seu dinheiro, por isso está inventando esses sintomas. No mini-exame do estado mental paciente obtém 21 pontos, com 2 pontos em orientação temporal, 4 em orientação espacial, 3 pontos no registro, 3 em atenção e cálculo, zero na evocação tardia, e 9 pontos em linguagem. Sem outras alterações em exame neurológico e físico. Tem exames de sangue normais e tomografia computadorizada de crânio com laudo normal para a idade. Qual o provável diagnóstico da paciente e qual prescrição você faria para ela, nessa consulta?
- A) Doença de Alzheimer e Donepezila.
 - B) Doença de Alzheimer e Memantina.
 - C) Transtorno psicótico e Quetiapina.
 - D) Comprometimento Cognitivo Leve e Rivastigmina.

19. Paciente no sétimo dia de pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica queixando-se de dor pleurítica intensa à esquerda, sem febre ou outros sintomas respiratórios. Radiografia de tórax mostrando moderado derrame pleural à esquerda. O ECG não mostrou mudança do padrão de base antes da cirurgia e a gasometria arterial, bem como o hemograma, foram normais. Realizada punção torácica que mostrou líquido serossanguinolento, com desidrogenase láctica (LDH) de 215U/L, proteína de 3,1g/dL, glicose 80mg/dL e citologia diferencial com predomínio de eosinófilos. O LDH e proteína séricos colhidos no mesmo dia foram de 245U/L (VR: 120-246) e 4,0g/dL, respectivamente. Considerando o contexto clínico e o diagnóstico mais provável, a abordagem mais adequada neste momento seria:
- A) Realizar angiogramografia multislice de tórax.
 - B) Acrescentar a biópsia pleural com agulha de Cope.
 - C) Proceder a drenagem torácica fechada com selo d'água.
 - D) Programar novas toracocenteses de alívio sob demanda.
20. Homem, 20 anos, é levado para o hospital por seus pais após ter apresentado há 3 horas episódio de crise convulsiva com abalos nos quatro membros com duração de poucos minutos (não sabem precisar ao certo). Este episódio foi seguido por leve sonolência que durou 20 minutos além de cefaleia que está em resolução. O paciente relata que antes de perder a consciência ele sentiu choques nos membros superiores e deixou a xícara de café cair. Nos últimos meses, o paciente vem com privação de sono devido a sobrecarga de trabalho. Relata que já apresentou episódios de choques como os que ocorreram hoje, porém sem perda de consciência. Exame físico e neurológico sem alterações. Exames laboratoriais e tomografia de crânio dentro da normalidade. Entre as opções, qual a melhor conduta a ser realizada nesse paciente?
- A) Punção lombar e início de aciclovir.
 - B) Eletroencefalograma e início de ácido valproico.
 - C) Eletroencefalograma e início de carbamazepina.
 - D) Ressonância Magnética de Crânio e início de fenitoína.
21. Paciente, 68 anos, hipertenso, diagnóstico prévio de fibrilação atrial, em uso irregular de varfarina e losartana, procura atendimento médico devido a quadro de dificuldade para fala e fraqueza em hemisfério direito iniciado há 12 horas. Na admissão, apresenta pressão arterial de 150x90mmHg, Escala NIH:18 pontos, exames laboratoriais, incluindo glicemia normais e tomografia computadorizada de crânio com área hipodensa em mais de 1/3 de artéria cerebral média esquerda. LEGENDA: NIH: National Institutes of Health. Qual a conduta mais adequada para esse paciente no momento da internação?
- A) Aspirina 200mg.
 - B) Rivaroxabana 20mg.
 - C) Nitroprussiato de sódio.
 - D) Anticoagulação com heparina endovenosa.
22. Homem, 76 anos, com diagnóstico de doença de Parkinson há 8 anos, forma rígido-acinética, em uso de levodopa/carbidopa 250mg/25mg 1/2 (meio) comprimido 4 vezes ao dia, pramipexol 1,5mg três vezes ao dia, vem há dois meses com queixa de dores e maior lentificação de movimentos 50 minutos antes da próxima dosagem de levodopa. Nega outros sintomas ou queixas. Qual a estratégia farmacológica para a melhora dos sintomas apresentados pelo paciente nesta consulta?
- A) Associar biperideno.
 - B) Associar rasagilina de manhã.
 - C) Associar rotigotina transdérmica uma vez ao dia.
 - D) Associar entacapone entre as tomadas de levodopa.
23. Mulher de 23 anos é admitida na emergência com crise convulsiva. Coletados exames laboratoriais: Hemoglobina 8g/dL (VR: 12-26g/dL), plaquetas 20.000/mm³ (VR: 150000-450000/mm³), coombs direto negativo, LDH elevado, haptoglobina reduzida, bilirrubina indireta elevada, reticulocitose e presença de esquizócitos no sangue periférico. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual a conduta terapêutica prioritária?
- A) Plasmaférese.
 - B) Corticoterapia.
 - C) Transfusão de plaquetas.
 - D) Reposição de vitamina B12.

24. Paciente, 74 anos, internado há 1 semana para tratamento quimioterápico de neoplasia pulmonar. Evoluindo há dois dias com dor pleurítica à direita e tosse com hemoptise leve. O exame físico mostra paciente normotenso, com frequência cardíaca de 110 batimentos por minuto e saturação de O₂ de 95% em ar ambiente. Radiografia de tórax mostrou opacidade nova cuneiforme em base direita e ultrassom doppler de membros inferiores evidenciou ausência de compressibilidade da veia femoral comum esquerda. Considerando o diagnóstico mais provável e o contexto clínico, o exame mais adequado, neste momento, para definir a terapêutica de escolha seria:

- A) Arteriografia pulmonar.
- B) Ecodopplercardiograma.
- C) Nível sérico de D-dímero.
- D) Angiotomografia de tórax.

25. Mulher de 24 anos é admitida com dor lombar esquerda, febre, calafrios, taquicardia e taquipneia. Em virtude da dor lombar e febre, vinha em uso de aspirina 500mg de 6/6h há 3 dias. Iniciou ainda, por conta própria, amoxicilina-clavulanato, mas interrompeu após 2 dias, em virtude de diarreia intensa. Tem antecedente de nefrolitíase recorrente e nefrocalcinose bilaterais. Exames laboratoriais: Hemoglobina 12g/dL (VR: 12-16g/dL), Hematócrito 36% (VR: 36-48%), Leucócitos 14.000/mm³ (VR: 4500-11000/mm³) (5% bastonetes 87% segmentados) Plaquetas: 280.000/mm³ (VR: 150000-450000/mm³). Sumário de urina: pH 6,0 (VR: 5,5-7,0), Leucócitos 200.000/mL (VR: até 10000/ml), bactérias abundantes (VR: ausentes). Gasometria arterial = pH: 7,32 (VR: 7,35-7,45); SatO₂: 92%; PO₂: 70 mmHg (VR: 7-100); PCO₂: 25 mmHg (VR: 35-45); HCO₃: 10 mEq/L (VR: 22-26 mEq/L); BE: -15; Bioquímica plasmática = Creatinina 1,6 mg/dL (VR: 0,8-1,3 md/dL); Ureia 78 mg/dL (VR: 15-45 mg/dL); Albumina 3,8 mg/dL (VR: 3,5-5,5 mg/dL); Potássio: 2,0 mEq/L (VR: 3,5-5,5 mEq/L); Sódio: 139 mEq/L (VR: 135-145 mEq/L); ; Cloro: 119 mEq/L (VR: 98-106 mEq/L); Glicose: 108 mg/dL (VR: 70-100mg/dL); Osmolaridade: 288 mOsm/L (VR: 275-295) Eletrólitos urinários= Sódio: 80 mEq/L; Potássio: 20 mEq/L; Cloro: 8 mEq/L.

Qual a provável condição responsável pelo distúrbio acidobásico da paciente?

- A) Diarreia.
- B) Acidose tubular renal.
- C) Seps e acidose láctica.
- D) Intoxicação por ácido acetilsalicílico.

26. Paciente do sexo feminino, 57 anos, portadora de hipertensão, diabetes e Doença Renal Crônica (DRC) com TFG estimada de 25 ml/min/1,73m² e albuminúria 120 mg/g de creatinina. Exames ambulatoriais evidenciam PTH 80 pg/mL (VR: 12-65 pg/mL), cálcio total 9,1 mg/dL (VR: 8,5-10,2 mg/dl), fósforo 4,7 mg/dL (VR: 2,5-4,5 mg/dL), 25-OH-vitamina D 32 ng/mL. LEGENDA: TFG: taxa de filtração glomerular; PTH: paratormônio; VR: valor de referência. Quanto ao tratamento do distúrbio mineral e ósseo da DRC deste paciente, está indicado iniciar:

- A) Calcitriol, pois nestes níveis de alteração da função renal não há conversão de 25-OH-vitamina D em calcitriol.
- B) Bisfosfonatos, pois o hiperparatireoidismo está associado a aumento de reabsorção óssea e perda de massa óssea.
- C) Suplementação de cálcio entre as refeições, pois a elevação dos níveis de cálcio é medida eficaz em inibir a secreção de PTH.
- D) Restrição de fósforo na dieta, pois capacidade limitada do rim de excretar fósforo contribui para o aumento da produção de PTH na DRC.

27. Mulher de 32 anos queixa-se de ganho de peso progressivo (15 quilos em 1 ano) e amenorreia há 6 meses. Nega uso de qualquer medicamento. Relata ter recebido recentemente diagnóstico de "síndrome dos ovários policísticos". Foi orientada a emagrecer, mas explica não ter sucesso com nenhuma mudança alimentar. Conta que adorava fazer caminhadas e andar de bicicleta, mas atualmente refere sensação de fraqueza nas coxas. Ao exame físico: pletora facial, IMC 37 kg/m², circunferência abdominal 110 centímetros, Pressão Arterial 150 x 100 mmHg, estrias violáceas e largas em abdome, equimoses em braços (sem história de trauma associado). Qual exame deve ser solicitado inicialmente para investigação do caso?

- A) ACTH plasmático.
- B) Cortisol plasmático às 8h.
- C) Cortisol livre em urina de 24hs.
- D) Ressonância magnética de sela túrcica.

28. Paciente, 29 anos, sexo masculino, negro, referenciado ao ambulatório de clínica médica por quadro de anemia de longa data. Paciente refere história de anemia desde a infância, tendo realizado por diversas vezes reposição de ferro oral, bem como transfusões de concentrado de hemácias (CH) (> 10 CH até o momento). Relata ainda ter necessitado de internação hospitalar por quatro vezes, desde a infância, por pneumonia (inclusive com necessidade de oxigenioterapia e tratamento em Unidade de Terapia Intensiva) e episódios de "dor nos ossos" (sic), sendo diagnosticado com "reumatismo", e uma internação para realização de colecistectomia por calculose biliar. Não possui irmãos. Nega tabagismo e etilismo ou uso de drogas ilícitas. Nega uso de medicações nos últimos seis meses. Ao exame físico, apresenta palidez cutâneo mucosa 2+/4+, icterícia 2+/4+, sopro sistólico +/4+ pancardíaco, hiperfonese de B2 em foco pulmonar. Trazia consigo os seguintes exames: Hemoglobina 6,2 g/dL (VR: 13-17 g/dL), hematócrito 17,5% (VR: 39-50%), VCM 102fL (VR: 80-100fL), Leucócitos 8800/mm³ (diferencial normal) (VR: 4000-10000/mm³); Plaquetas 383000/mm³ (VR: 150000-450000/mm³), Esfregaço periférico com anisocitose e presença de drepanócitos; Ferritina 520 ng/mL (VR: 30-300ng/mL); Reticulócitos 280.000/mm³ (VR: 25000-75000/mm³); bilirrubinas totais 5,4mg/dL (VR: 0,3-1,2mg/dL); bilirrubina indireta 4,1mg/dL (VR: 0-0,5); desidrogenase láctica 960 U/L (VR: até 240U/L). Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso descrito, assinale a alternativa que contemple o(s) exame(s) a ser(em) solicitada(s) para conclusão do diagnóstico e a terapia farmacológica recomendada para a patologia em questão.

- A) Teste de antiglobulina direta (TAD) e prednisona.
- B) Eletroforese de hemoglobina, ácido fólico e hidroxiureia.
- C) Endoscopia digestiva alta e colonoscopia e sulfato ferroso.
- D) Dosagem sérica de homocisteína e ácido metilmalônico e reposição de cianocobalamina.

29. Mulher de 32 anos é atendida no ambulatório de Clínica Médica com queixa de diarreia há 6 meses. Refere evacuar 3-4 vezes ao dia em quantidade volumosa, sem sangue ou muco, porém com fezes brilhosas e com gotas de gordura no vaso sanitário. Considerando o mecanismo fisiopatológico da diarreia, qual dos exames abaixo deveria ser solicitado para confirmar a principal hipótese diagnóstica?

- A) TSH.
- B) Colonoscopia.
- C) Anti-transglutaminase IgA.
- D) Teste de tolerância oral a lactose.

30. Mulher de 45 anos, bancária, apresentou alterações nos exames de rotina e foi orientada a procurar você para tratamento adequado. É mãe de três filhos e conta que ganhou muito peso em cada gestação. Queixa-se que não tem tempo para atividade física. Tem o hábito de comer doces durante o trabalho e passa o dia "beliscando chocolates". Ao exame físico: IMC 32 kg/m², acantose nigricans em região cervical e axilar, circunferência abdominal 104 cm, frequência cardíaca 84 batimentos por minuto, Pressão Arterial 130 x 80 mmHg, ausculta cardiopulmonar sem alterações, sem edema em membros inferiores. Exames laboratoriais: Hb 12,4 g/dL (VR: 12-16 g/dL), Ht 37,5% (VR: 36-48%), creatinina 0,7 mg/dL (VR: 0,7-1,3 mg/dL), TSH 2,2 uUI/mL (VR: 0,5-5,0 uUI/ml), glicemia de jejum 104 mg/dL (VR: 70-100mg/dL), HbA1c 6,0% (VR: 4,7-5,6%), colesterol total 230 mg/dL (VR: 150-199 mg/dL), HDL 40 mg/dL (VR: ≥ 40), LDL 158 mg/dL (VR: ≤ 130), triglicerídeos 156 mg/dL (VR: < 150 mg/dL).

Considerando o diagnóstico dessa paciente, qual a abordagem farmacológica mais adequada dentre as opções?

- A) Liraglutida.
- B) Glimepirida.
- C) Linagliptina.
- D) Pioglitazona.

31. Idoso de 92 anos, com hipertensão arterial e dislipidemia, sem outras morbidades, veio para consulta com a filha devido episódios recorrentes de queda da própria altura, sem lesões importantes. Ao exame, foi percebida lentidão da velocidade da marcha, medida da circunferência das panturrilhas de 20cm e dificuldade em segurar na bengala devido fraqueza na mão. Perdeu 5kg nos últimos 6 meses, sem redução do apetite e está mais apático. Apesar de previamente ativo, vem referindo exaustão, tendo parado a fisioterapia. Diante deste quadro, podemos dizer que se trata de um paciente com síndrome de fragilidade, pois ele apresenta:

- A) quedas recorrentes, lentidão da velocidade da marcha e apatia.
- B) perda de peso não intencional, exaustão e lentidão da velocidade da marcha.
- C) diminuição da circunferência da panturrilha, fraqueza na mão e perda de peso.
- D) idade avançada, risco cardiovascular aumentado, diminuição da atividade física.

32. Paciente do sexo masculino, 40 anos, foi admitido em hospital por perda ponderal de 10kg em 6 meses, febre e tosse seca. Durante internação, foi feito o diagnóstico de aids e pneumocistose, sendo iniciado tratamento com sulfametoxazol-trimetoprim endovenoso, além da terapia antirretroviral. Após início dos tratamentos, o paciente apresentou intolerância gastrointestinal aos fármacos, com vários episódios de vômitos. Notou-se também que os picos febris tornaram-se mais frequentes. Em virtude do quadro, alguns exames laboratoriais foram solicitados: Creatinina 3,5 mg/dL (Creatinina da admissão: 1,2 mg/dL) (VR: 0,7-1,3mg/dL) Ureia 130 mg/dL (VR: 8-40mg/dL) Sódio 136 mEq/L (VR: 132-145mEq/L) Potássio 5,6 mEq/L (VR: 3,5-5,5mEq/L) Hemoglobina 13 mg/dL (VR: 13-16,5mg/dL) Hematócrito 39% (VR: 39-48%) Plaquetas 300.000 /mm³ (VR: 150-450000/mm³) Desidrogenase láctica 620 UI/L (VR: 120-246 UI/mL) Haptoglobina 120 mg/dL (VR: 36-195mg/dL) Sedimento urinário: Leucócitos 50.000/mL (VR: até 10000/ml), Hemácias 30.000/mL (VR: até 10000/ml), ausência de dismorfismo eritrocitário, presença de cilindros celulares; Proteinúria em urina de 24h: 600 mg (VR: < 150mg/24h) LEGENDA: VR: valor de referência. Caso este paciente fosse submetido a uma biópsia renal, qual seria o achado histológico mais provável?
- A) Necrose tubular aguda.
 - B) Microangiopatia trombótica.
 - C) Nefrite intersticial eosinofílica.
 - D) Glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) colapsante.
33. Paciente, sexo feminino, 62 anos, obesa, hipertensa, diabética, portadora de cardiopatia isquêmica (ecocardiograma com fração de ejeção 32%), encontra-se internada em Unidade de Terapia Intensiva por quadro de choque séptico por pneumonia adquirida na comunidade. Encontra-se sob ventilação mecânica e em uso de noradrenalina. Evolui com anemia e plaquetopenia secundárias ao quadro infeccioso. Sem sangramentos. Exames laboratoriais do dia apresentando hemoglobina 5,1 mg/dL (VR: 11-15,5mg/dL) hematócrito 17% (VR: 36-47%) leucócitos 23000/mcl (VR: 4500-10000/mcl) (neutrófilos 17800 com granulações tóxicas) Plaquetas 42000/mm³ (VR: 150-450000/mm³) Tempo de protrombina (TP) 12seg (VR: 11-13seg) relação paciente/controle 0,96 Tempo de Tromboplastina Parcial ativado (TTPa) 42seg (VR: 25-38seg) relação paciente/controle 1,44 Fibrinogênio 480mg/dL (VR: 150-350mg/dL) D-dímero 0,7 (VR: menor ou igual 0,5). Com relação ao manejo transfusional da paciente em questão, assinale a alternativa correta.
- A) Deve-se preferir o uso de hemocomponentes lavados, visto gravidade do quadro clínico.
 - B) Há indicação de transfusão de crioprecipitado, visto que a paciente apresenta coagulopatia.
 - C) Há indicação de transfusão de concentrado de hemácias, devendo cada unidade ser administrada em quatro horas.
 - D) Há indicação de transfusão profilática de concentrado de plaquetas, visto que paciente apresenta choque séptico e possui plaquetometria inferior a 50.000/mm³.
34. Mulher, 32 anos, há 8 meses apresentando fadiga, com dor em mãos e punhos e rigidez matinal com duração de 45 minutos. Sem outras queixas. Ao exame: artrite em punhos e metacarpofalangeanas. Exames complementares: Hb 10,9g/dL (VR 12,0 mg/dl), GB 5000/mm³ (VR 3600-11000), plaquetas 500 mil/mm³ (150-450mil/mm³); VHS: 36mm (VR até 20mm/ 1ª hora), PCR: 5,8 mg/dl (VR < 0,6 mg/dl); fator antinúcleo: não reagente; fator reumatoide: 100 UI/ml (VR < 20 UI/ml). LEGENDA: Hb: hemoglobina; VR: valor de referência; GB: glóbulos brancos; VHS: velocidade de hemossedimentação; PCR: proteína C reativa. Que alteração pode ser evidenciada na radiografia de mãos e punhos, nesse momento?
- A) Osteopenia periarticular.
 - B) Lesões em saca-bocado.
 - C) Esclerose subcondral.
 - D) Acrosteólise.
35. Homem de 52 anos, com queixas dispépticas e história familiar de câncer gástrico em parente de primeiro grau, vem ao ambulatório de Clínica Médica trazendo endoscopia digestiva alta com úlcera duodenal e teste da urease positivo. Realizada biópsia da úlcera. A melhor conduta para esse paciente é:
- A) iniciar pantoprazol somente.
 - B) manter sem medicação até o resultado da biópsia.
 - C) prescrever amoxicilina, levofloxacino e pantoprazol.
 - D) prescrever amoxicilina, claritromicina e pantoprazol.

36. Mulher, 24 anos, diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico há 6 meses em uso de hidroxicloroquina 400 mg/dia, prednisona 5 mg/dia, carbonato de cálcio 500 mg/dia e vitamina D3 1000ui/dia, comparece em consulta de retorno com as alterações mostradas nas imagens a seguir.

IMAGEM 01



IMAGEM 02



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Quais anticorpos estão correlacionados a estas alterações?

- A) Anti-Ro e anti-Sm.
 - B) Anti-dsDNA e anti-Sm.
 - C) Anticardiolipina e anti- Ro.
 - D) Anticardiolipina e anti-dsDNA.
37. Homem, 38 anos, diagnóstico de artrite idiopática juvenil desde os 12 anos, em uso de etanercepte 50 mg/semana, metotrexato 20mg/semana, ácido fólico 5mg/dia e prednisona 5 mg/dia, há 6 meses iniciou fadiga, dispneia aos médios esforços e tosse. Há 2 meses evoluiu com dispneia em repouso, dificuldade para deglutir e empachamento pós-prandial. Ao exame: pressão arterial: 140 x 80 mmHg; edema periorbitário (3+/4+); equimoses em face; macroglossia; hepatometria de 20 cm; deformidades em mãos e edema em ombros com limitação à movimentação ativa e passiva. Além da biópsia de gordura abdominal, que achado de exame poderia reforçar o diagnóstico mais provável?
- A) Ecocardiograma com espessamento miocárdico de aspecto salpicado.
 - B) Biópsia renal evidenciando nódulos de Kimmelstiel-Wilson.
 - C) Níveis séricos de hemoglobina e vitamina B12 reduzidos.
 - D) Sumário de urina com cilindros hialinos.
38. Homem, 54 anos, veio em consulta ambulatorial referindo dispneia a moderados esforços e edema de membros inferiores. Há 6 meses, teve diagnóstico de cardiomiopatia dilatada não-iscêmica, com Fração de Ejeção de ventrículo esquerdo (VE) ao ecocardiograma de 35% e hipocinesia difusa do VE. Assim, vem em acompanhamento ambulatorial. É hipertenso, dislipidêmico e nega doença pulmonar. Está em uso de Carvedilol 6,25mg 2 vezes ao dia, Losartana 50mg 2 vezes ao dia, Furosemida 40mg cedo e Atorvastatina 40mg à noite. Traz exames laboratoriais recentes sem anemia e função renal e eletrólitos normais. Ao exame físico, apresenta Pressão Arterial = 150 x 80mmHg, frequência cardíaca = 100 batimentos por minuto, peso = 80kg, precórdio sem sopros cardíacos, em ritmo regular, pulmões com crepitações em bases, edema de membros inferiores de 2+/4+ e presença de estase jugular.
- Como otimizar o tratamento clínico desse paciente, nessa consulta?
- A) Aumento do Carvedilol para 12,5mg 2 vezes ao dia e Furosemida para 40mg 2 vezes ao dia e introdução de Espironolactona 25mg ao dia.
 - B) Aumento do Carvedilol para 25mg 2 vezes ao dia e introdução de Hidralazina 25mg 3 vezes ao dia e Dinitrato de Isossorbida 20mg 3 vezes ao dia.
 - C) Aumento do Carvedilol para 25mg 2 vezes ao dia e Furosemida para 40mg 2 vezes ao dia e introdução de Ivabradina 5mg 2 vezes ao dia.
 - D) Aumento do Carvedilol para 12,5mg 2 vezes ao dia, introdução de Espironolactona 25mg ao dia e Hidralazina 25mg 3 vezes ao dia.

39. Mulher de 65 anos vem ao consultório referindo mal-estar precordial ao realizar caminhadas de 2 quarteirões há 3 meses. Refere melhorar ao repousar. Quando questionada qual o local da dor, leva a mão fechada ao meio do peito. É hipertensa e dislipidêmica. O eletrocardiograma em repouso está abaixo e o ecocardiograma em repouso mostrou câmaras cardíacas de dimensões normais e fração de ejeção do ventrículo esquerdo normal.



- Qual é o melhor exame para avaliar a queixa da paciente?
- A) Angiografia coronária com ventriculografia.
 - B) Cintilografia miocárdica com dipiridamol.
 - C) Tomografia computadorizada de tórax.
 - D) Teste ergométrico com esforço físico.
40. Homem, 50 anos, com hepatopatia crônica pelo vírus C, em uso de espironolactona 100 mg/dia, furosemida 40 mg/dia, propranolol 40 mg/dia e norfloxacin 400 mg/dia, admitido com desconforto abdominal e calafrios há 3 dias. Ao exame: Estado geral regular, emagrecido, icterico (3+/4+), hipocorado (2+/4+), eritema palmar, ginecomastia; abdome: doloroso à palpação superficial e piparote positivo. Exames: Hemoglobina 11,5g/dL (VR 13-17 g/dl), leucócitos 11800/mm³ (VR 3600-11000/mm³), plaquetas 100 mil/mm³ (150-450mil/mm³); proteína C reativa 3,8 mg/dl (VR < 0,6 mg/dl); albumina 2,0 mg/dl (VR: 3,5-5,5 mg/dL); Bilirrubina total 3,5 mg/dl (VR: 0,2-1,1 mg/dl); Creatinina 1,5 mg/dl (VR: 1-1,2 mg/dl), Ureia 60 mg/dl (VR: 15-45 mg/dl), Potássio 4,0 mEq/L (VR: 3,5-5,5 mEq/L) , Sódio 135mEq/L (135 -145 mEq/L); líquido ascítico: turvo, proteína total 0.8 g/dl, albumina 0.3g/dl, glicose 60 mg/dl, adenosina deaminase 20U/L, celularidade total 400/mm³ (70% de polimorfonucleares), resultado de cultura pendente. LEGENDA: VR: valor de referência. Qual conduta é a mais indicada para ser instituída neste momento?
- A) Ceftriaxona 2 g/dia, endovenosa.
 - B) Levofloxacin 400 mg/dia, endovenosa.
 - C) Ceftriaxona 2 g/dia, endovenosa, e albumina 1,5g/kg, endovenosa.
 - D) Levofloxacin 400 mg/dia, endovenosa, albumina 1,5g/kg, endovenosa.