

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. 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.** 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 soro fisiológico.
 - B) Colher procalcitonina e administrar 30ml/kg de soro fisiológico.
 - C) Colher procalcitonina e administrar 30ml/kg de solução de Ringer com lactato.
 - D) Colher lactato sérico e administrar 30ml/kg de solução de Ringer com lactato.
- 03.** 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.
- 04.** 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.
- 05.** 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 hemicorpo 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.

06. 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.
07. 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.
08. 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.
09. 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.

10. 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) Transtorno psicótico e Quetiapina.
 - B) Doença de Alzheimer e Donepezila.
 - C) Doença de Alzheimer e Memantina.
 - D) Comprometimento Cognitivo Leve e Rivastigmina.
11. 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.
12. 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.
13. 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.

14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.

18. 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 granações 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.
19. Homem, 38 anos, diagnóstico de artrite idiopática juvenil desde os 12 anos, em uso de etanercepte 50 mg/semana, metotrexato 20mg/semana, ácido fólico 5m g/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; hepatimetria 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) Sumário de urina com cilindros hialinos.
 B) Níveis séricos de hemoglobina e vitamina B12 reduzidos.
 C) Biópsia renal evidenciando nódulos de Kimmelstiel-Wilson.
 D) Ecocardiograma com espessamento miocárdico de aspecto salpicado.
20. 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) Teste ergométrico com esforço físico.
 B) Tomografia computadorizada de tórax.
 C) Cintilografia miocárdica com dipiridamol.
 D) Angiografia coronária com ventriculografia.