



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: Administração em Saúde; Anestesiologia (R4) - Área de atuação Dor; Clínica Médica (R3); Medicina de Família e Comunidade (R3) - Medicina Paliativa; Medicina Intensiva (R3) - Área de atuação em Nutrição Enteral e Parenteral

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 individual na data estabelecida no Anexo I, conforme subitem 11.20 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, 02 de novembro de 2023.

Inscrição

Sala

- 01.** Homem, 53 anos, procura atendimento médico por apresentar dormência em mãos e pés há mais de um ano. Ao exame, percebe-se infiltração de face, madarose, acentuação dos sulcos cutâneos e espessamento dos lóbulos de orelha, além de espessamento de nervos auricular magno, ulnar e tibial posterior, bilateralmente. Diante do caso clínico descrito, qual exame possui alta especificidade para confirmar o diagnóstico mais provável do paciente acima?
- A) Ultrassonografia de nervos periféricos.
 - B) Eletroneuromiograma dos quatro membros.
 - C) Baciloscopia direta em raspado intradérmico.
 - D) Sorologia antiantígeno glicolipídeo-fenólico (PGL) 1.
- 02.** Mulher, 58 anos, procura atendimento médico de emergência por apresentar múltiplas "feridas na boca e no corpo". O quadro teve início há 3 semanas, com surgimento de erosões em mucosa oral bastante dolorosas. Paciente fez uso de dipirona, sem melhora da dor. Após uma semana, notou bolhas flácidas em tronco, face, couro cabeludo e região proximal dos membros que rompiam facilmente. Ao exame, o sinal de Nikolsky estava presente e não havia sinais clínicos de infecção secundária. Exame histopatológico de bolha do tronco revelou acantólise na camada supra-basal da epiderme, além de infiltrado inflamatório misto. Diante do caso apresentado, qual a conduta terapêutica a ser tomada neste momento e o diagnóstico provável da paciente?
- A) Suspender dipirona, por se tratar de necrólise epidérmica tóxica.
 - B) Iniciar prednisona 1 mg/kg/dia, para tratamento de pênfigo vulgar.
 - C) Suspender glúten da dieta, para controle de dermatite herpetiforme.
 - D) Iniciar dapsona 100 mg/dia, para tratamento de penfigoide bolhoso.
- 03.** Homem de 64 anos, hipertenso, diabético, com ateromatose de carótidas documentada, em uso de rosuvastatina 20mg, chegou à emergência com afasia iniciada hoje, evoluindo com recuperação completa após 45 minutos. Realizada TC de crânio sem contraste, na urgência, foi normal. Ao exame PA 150/95, FC 96, FR 20 Sat 96% em ar ambiente ACP fisiológica, extremidades bem perfundidas. Exame neurológico sem achados. Além de iniciar a investigação do mecanismo envolvido no quadro descrito, qual tratamento deve ser iniciado de imediato?
- A) Ácido acetilsalicílico ou clopidogrel.
 - B) Ácido acetilsalicílico e clopidogrel.
 - C) Anticoagulação com rivaroxabana.
 - D) Anticoagulação com heparina.
- 04.** Mulher de 30 anos, assintomática, sem história de doenças prévias, comparece a consulta médica, com resultado de ultrassonografia de tireoide que revelou tireoide com volume levemente aumentado, ecotextura difusamente heterogênea, com nódulo misto espongiiforme, com margens regulares, sem invasão extratireoidiana, sem microcalcificações, localizado em terço superior do lobo direito, medindo 1,6 x 1,5 x 1,2 cm. Não há linfonodomegalias cervicais. Não realizou outros exames. Relata que a sua mãe faz uso de levotiroxina e que também tem nódulos de tireoide. O próximo exame a ser solicitado na investigação diagnóstica da paciente é:
- A) Cintilografia de tireoide.
 - B) Dosagem de tireoglobulina.
 - C) Dosagem do hormônio tireoestimulante (TSH).
 - D) Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) do nódulo de tireoide.
- 05.** Mulher de 46 anos comparece ao Pronto Socorro com relato de cefaleia, astenia e fadiga progressivas há 7 dias. Não tem antecedentes morbidos relevantes. No exame físico, há icterícia (++/4+), palidez (+++/4+), e um baço palpável a 2 cm do rebordo costal esquerdo. Exames iniciais mostram hemoglobina 6,8 g/dL, volume corpuscular médio de 98 fL, leucócitos 12.500/mm³, plaquetas 168.000/mm³, reticulócitos 130.000/mm³ e bilirrubina indireta 3,0 mg/dL. Quais dos exames abaixo definem o provável diagnóstico?
- A) Mielograma e K39.
 - B) Teste de Coombs e LDH.
 - C) Esquizócitos e ADAMTS13.
 - D) Vitamina B12 e homocisteína.

06. Homem de 50 anos, portador de dislipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) há 1 ano. Sem queixas no momento e assintomático. Há 6 meses em uso de losartana 100 mg/dia, atorvastatina 40 mg/dia, empaglifozina 25 mg/dia e metformina XR 2 g/dia. Ao exame físico: bom estado geral, acantose nigricans cervical e axilar, pressão arterial 126/74 mmHg, peso 69 Kg, IMC 27 Kg/m², circunferência abdominal 96 cm, sem outros achados relevantes. Exames realizados há 3 meses: creatinina (Cr) 1,3 mg/dL, glicemia de jejum (GJ) 101 mg/dL, albuminúria 340 mg/g. Realizou novos exames laboratoriais e veio para avaliação: Hemoglobina 13 g/dL, Cr 1,5 mg/dL, ureia 40 mg/dL, potássio 4,0 mEq/L, GJ 99 mg/dL, HbA1c 6,7%, albuminúria 320 mg/g, sumário de urina sem glicosúria nem proteinúria. Diante dos dados apresentados, qual medicação deve ser prescrita para otimizar os cuidados desse paciente com DM2?
- A) Captopril.
 - B) Finerenona.
 - C) Eplerenona.
 - D) Espironolactona.
07. Paciente masculino, 70 anos, portador de osteoporose, trazido pela família para avaliação devido episódios de quedas (duas quedas nos últimos seis meses), sem causa aparente. Nega tonturas ou precipitantes identificáveis. Relata estar menos disposto que antes, saindo menos e ficando mais restrito ao domicílio. Em uso de alendronato sódico e citrato de cálcio. Ao exame, apresenta sinais vitais normais, peso: 70 Kg (era de 75kg há seis meses) e índice de massa corpórea: 24,5kg/m², circunferência da panturrilha: 30cm. Marcha com instabilidade aparente e teste do sentar e levantar por 5 vezes em 18 segundos. Considerando o processo subjacente ao quadro, qual avaliação adicional poderia estimar a gravidade?
- A) Avaliação da força de preensão palmar.
 - B) Mensuração da velocidade de marcha.
 - C) Avaliação bioquímica nutricional.
 - D) Realização de bioimpedância.
08. Jovem de 20 anos procurou a emergência com queixa de cefaleia e dor cervical, de forte intensidade (EVA 9), sem irradiação, associada à febre, prostração e com calafrios de início há 2 dias. Ao exame físico, apresentava estado geral ruim, com desorientação temporal e espacial, frequência cardíaca de 109 bpm, pressão arterial de 130x90 mmHg, temperatura de 39°C, saída de secreção purulenta em ouvido direito e rigidez nucal com sinais de Brudzinski positivo, Lasegue e Kernig negativos. Quanto à melhor opção terapêutica, deve-se prescrever:
- A) Ceftriaxona 2g EV 12/12h agora e, após 12 horas da primeira dose, associar dexametasona EV.
 - B) Ceftriaxona 1g EV 12/12h agora e, em até 6 horas após primeira dose, associar dexametasona EV.
 - C) Ceftriaxona 1g EV 12/12h agora e, imediatamente após primeira dose, associar dexametasona EV.
 - D) Dexametasona endovenosa (EV) agora e, logo após a primeira dose, iniciar ceftriaxona 2g EV 12/12h.
09. Adolescente do sexo feminino, 16 anos de idade, com história de febre persistente há três dias, acompanhada de mialgia e cefaleia. Recebeu diagnóstico de “suspeita de dengue” na Unidade de Saúde em que foi previamente atendida. A mãe refere que a adolescente está piorando, mesmo após o fim do quadro febril, no dia, anterior. No quinto dia após início dos sintomas, foi levada à emergência com dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, febre e sonolência. Durante o exame físico, foram identificadas hepatomegalia dolorosa, petéquias em mucosa oral e PA=110x60mmHg. Baseado na classificação de risco, a qual grupo a paciente pertence e qual a terapia de suporte imediata a ser realizada?
- A) Grupo A, hidratação oral de 80ml/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina oral e 2/3 com ingestão de líquidos caseiros.
 - B) Grupo B, hidratação oral supervisionada de 80ml/kg/dia, sendo 1/3 administrado em 4 horas com solução salina.
 - C) Grupo C, hidratação IV imediata de 20ml/kg/h, com soro fisiológico ou Ringer lactado.
 - D) Grupo D, administração IV imediata de plasma fresco na dose de 10ml/Kg.
10. Homem de 72 anos apresenta perda ponderal de 10kg (70kg - > 60kg) em 3 meses acompanhada de icterícia importante e prurido intenso, já com múltiplas escoriações. Refere ainda colúria e acolia fecal. Considerando os dados do caso, qual a provável etiologia da icterícia do paciente?
- A) Cirrose hepática.
 - B) Tumor de Klatskin.
 - C) Anemia hemolítica.
 - D) Neoplasia periampolar.

11. Homem de 55 anos, procedente de Guaramiranga-CE, comparece a ambulatório de clínica médica com queixa de úlcera indolor há 1 mês em face posterior da coxa direita. Nega qualquer outra queixa. Comorbidades: portador de hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo II, dislipidemia e doença renal crônica não dialítica. Taxa de filtração glomerular mais recente: 15 mL/min. Nega contato com animais. Ao exame (imagem): não há drenagem de secreção, lesões satélites ou linfonodomegalias.



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

- Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, qual seria a droga de escolha para esse paciente?
- A) Miltefosina.
 - B) Itraconazol.
 - C) Anfotericina B Lipossomal.
 - D) Antimoniato de N-Metil-Glucamina.
12. Homem de 45 anos foi diagnosticado com FA paroxística em um ECG, após apresentar sintomas súbitos de dispneia. Relata dois episódios prévios dessa arritmia com retorno espontâneo ao ritmo sinusal. É obeso e asmático. No exame físico do sistema cardiovascular, não foram observadas anormalidades e o Ecocardiograma Transtorácico não evidencia cardiopatia estrutural. Com base no provável mecanismo fisiopatológico da FA da paciente em questão, qual seria a melhor intervenção médica para reduzir os efeitos deletérios dessa arritmia sobre o remodelamento atrial?
- A) Controle do ritmo.
 - B) Ablação por cateter.
 - C) Cardioversão elétrica.
 - D) Controle da frequência cardíaca.
13. Homem, 59 anos, ex-fumante, relata febre, mialgia, seguida de tosse expectoração em pouca quantidade, dor torácica há 7 dias e dispneia leve há 2 dias. Negava cardiopatias ou pneumopatias prévias. EGR, alerta, fala entrecortada PA:100 x 70. P:115 regular f:30 irpm SpO₂ 87% em ar ambiente. Temp.: 38°C. Por não responder bem ao uso de máscara de reservatório 10l/min foi intubado de urgência. A gasometria arterial coletada com FIO₂ de 60% e PEEP de 5cmH₂O 30 minutos após ajustes do ventilador mecânico mostra pH 7,47 PaCO₂ 33mmHg PaO₂ 81mmHg SaO₂ 97% HCO₃⁻ 19 mEq/l BE:-3. A radiografia de tórax mostrava opacidades alveolares e intersticiais difusas bilaterais sem evidências de derrame pleural ou aumento evidente da área cardíaca. Do ponto de vista histopatológico, que achados são esperados nas regiões pulmonares mais afetadas nesse paciente?
- A) Fibrose pulmonar com faveolamento de permeio.
 - B) Bronquiectasias de tração e formação de cistos aéreos.
 - C) Edema alveolar e intersticial e presença de membrana hialina.
 - D) Pneumonia organizada com neoformação vascular e infiltrado linfocitário.

14. Mulher, 50 anos, refere dores em articulações das mãos e joelhos há 3 anos, com piora ao realizar as atividades de vida diária, subir escadas, associado à rigidez matinal de 15 minutos. Há 1 ano, vem apresentando dores contínuas em joelhos, com piora progressiva, principalmente ao se levantar da cadeira e ao caminhar. Refere sono prejudicado pela dor. Nega perda de peso, febre ou outras queixas. Há 3 meses, evoluiu com episódios de edema e dor em interfalangeanas distais, associado a hiperemia e aumento ósseo nessas articulações. Ao exame, apresenta alargamento ósseo em segunda e terceira articulações interfalangeadas distais da mão direita e em quarta e quinta interfalangeanas proximais da mão esquerda, associado a dor e edema nessas articulações, com crepitações e artrite de joelhos bilateral. Exames laboratoriais: Fator antinúcleo (FAN): não regente, Fator reumatoide: 8 UI/mL, Hemograma: normal, VHS: 27mm/h, PCR: 0,20mg/dl. Diante do caso, qual a principal célula envolvida na fisiopatogênese, podendo ser alvo terapêutico nas fases iniciais dessa doença?
- A) Miócitos.
 - B) Osteócitos.
 - C) Sinoviócitos.
 - D) Condrócitos.
15. Um médico intensivista encontra-se de plantão em UTI de um hospital. Ele checa que há 4 pedidos de transferências de pacientes internados na emergência para a sua unidade. Porém, há somente um leito de UTI disponível. Qual dos 4 pacientes deve ser priorizado e ter seu pedido de internação na UTI aceito?
- A) Mulher de 66 anos intubada e com hipotensão em uso de noradrenalina IV contínua com diagnóstico de pielonefrite. Antecedentes: tabagismo e diabetes, bom status funcional previamente ao quadro.
 - B) Homem de 54 anos com AVC isquêmico com melhora neurológica após trombólise no setor de emergência e em monitorização. Antecedentes: Hipertensão e diabetes com boa aderência ao tratamento.
 - C) Homem de 19 anos com síndrome convulsiva e pneumonia. Antecedentes: sequelas neurológicas por traumatismo crânio encefálico há 10 anos. Traqueostomizado e em uso de suporte ventilatório domiciliar há 4 anos.
 - D) Homem de 75 anos intubado por insuficiência respiratória aguda e SARA por pneumonia viral (COVID-19). Antecedentes: Ex-fumante, hipertenso e Insuficiência renal crônica em terapia dialítica. Bom status funcional não dependente de terceiros para atividades de vida diária.
16. Paciente, masculino, 62 anos, há 2 meses percebeu que acordava com as pálpebras e o rosto edemaciados. Há 3 semanas evoluiu com edema nos membros inferiores e aumento de volume abdominal. Relata que ganhou cerca de 06 kg nas últimas semanas. Nega outros sintomas sistêmicos. Nega hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. Ao exame físico: PA = 110 x 70 mmHg, FC = 88 bpm, FR = 16 irpm. Ao exame físico: Abdômen globoso com presença de ascite. Edema 4+/4 de membros inferiores bilateral, simétrico, sem sinais flogísticos. Exames Laboratoriais: Hemoglobina 11,9 g/dL, Leucócitos 4.800/mm³, plaquetas 178.000/mm³, Cr = 1,1 mg/dL, Ureia = 40 mg/dl, Glicemia de jejum 90mg/dL, sumário de urina: proteína 4+, hemácias e leucócitos ausentes, albumina sérica = 1,4g/dL. Proteinúria de 24 horas = 11g. Dosagem de complemento C3 e C4 normais. Sorologias hepatite B, C e anti HIV normais. Anticorpo anti-receptor de fosfolipase A2 positivo. Considerando o diagnóstico mais provável, qual o achado histopatológico esperado na biópsia renal desse paciente?
- A) Espessamento difuso de membrana basal glomerular com presença de espículas à coloração de prata.
 - B) Glomerulonefrite proliferativa mesangial com presença de depósitos mesangiais de IgA em mesângio.
 - C) Crescentes celulares epiteliais em pelo menos 50% dos glomérulos amostrais.
 - D) Glomérulo com esclerose segmentar e aderência à cápsula de Bowman.
17. Paciente, masculino, 58 anos, diabético, em consulta ambulatorial apresentou relato de cefaleia de forte intensidade em região occipital, de caráter pulsátil e início recente associado a elevação de níveis pressóricos. Sem uso prévio de terapia anti-hipertensiva. Apresenta os seguintes exames: Hemoglobina 11,2 g/dL, Leucócitos 4.800/mm³, plaquetas 178.000/mm³, Cr= 1.5 mg/dL (TFG estimada = 53 ml/min), Ureia= 65 mg/dl, K=4,6mg/dl, Ca=8,0 mg/dl, P= 4,5 mg/dl, PTH= 75 pg/ml (12-88 pg/ml), glicemia de jejum=146 mg/dL. US de vias urinárias demonstrava pelo menos 5 cistos renais em rim direito e 6 cistos renais em rim esquerdo, além de cálculo renal em cálice médio de RD medindo 4mm. Mãe já falecida era portadora de Doença Renal Crônica (DRC) dialítica, porém não sabe informar causa da DRC. Baseado na sua principal hipótese diagnóstica, qual a conduta mais adequada nesse contexto?
- A) Iniciar Dapaglifozina para retardar progressão da DRC.
 - B) Iniciar Calcitriol para prevenir o hiperparatireoidismo secundário.
 - C) Prescrever eritropoietina via subcutânea dose semanal para tratamento da anemia.
 - D) Iniciar bloqueador do canal de cálcio e diurético de alça para tratamento da hipertensão.

18. Homem, 63 anos, não vacinado contra vírus SARS-CoV-2 foi admitido no Hospital por COVID-19 com 11 dias de evolução necessitando oxigenoterapia com máscara de reservatório 10L/min. A gasometria nessas condições mostrava pH 7,45 PaCO₂ 35mmHg PaO₂ 60mmHg SaO₂% 91% HCO₃⁻ 19 mEq/l BE:-2,5. A equipe médica considerou iniciar suporte respiratório não invasivo com capacete e oferta de CPAP em torno de 10cmH₂O visando melhorar a troca gasosa pulmonar quanto à oxigenação. A tomografia de tórax é apresentada abaixo.



- Do ponto de vista fisiopatológico, qual a explicação mais provável em caso de uma boa resposta à aplicação dessa terapia de suporte respiratório?
- A) Redução do grau de shunt pulmonar.
 - B) Aumento da elastância do sistema respiratório.
 - C) Aumento do volume corrente e ventilação alveolar.
 - D) Melhora do mecanismo de vasoconstrição hipóxica.
19. Mulher de 32 anos apresenta quadro de pirose e regurgitações ácidas há 3 meses. Nega outras queixas. Exame físico sem alterações. Qual o próximo passo na abordagem dessa paciente?
- A) pHmetria.
 - B) Manometria esofágica.
 - C) Endoscopia digestiva alta.
 - D) Prova terapêutica com inibidor de bomba de prótons.
20. Mulher de 72 anos, obesa, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes evoluiu com edema agudo de pulmão. Foi admitida no Pronto Socorro onde se observava, ao exame físico, níveis elevados da pressão arterial e importante congestão pulmonar. O ECG da admissão apresentava ritmo de fibrilação atrial. A dosagem de NT-pro BNP mostrou-se elevada (acima de 800 pg/ml) e no Ecocardiograma transtorácico foi evidenciada disfunção diastólica, volume do átrio esquerdo indexado de 36 ml e Fração de ejeção de 54% pelo método de Simpson. Baseando-se nas evidências científicas atuais e no fenótipo clínico da paciente em questão, qual o conjunto de estratégias terapêuticas pode trazer redução eficaz nas hospitalizações por insuficiência cardíaca?
- A) Restrição hidrossalina, reabilitação cardíaca com exercícios supervisionados e prescrição de candesartana.
 - B) Controle da pressão arterial com perindopril e nitratos e estabilização dos níveis glicêmicos com inclusão da dapaglifozina.
 - C) Redução do peso, estabilização metabólica e controle da resposta ventricular com betabloqueadores cardioseletivos.
 - D) Controle dos fatores de risco, prescrição de dupla terapia diurética com furosemida e espironolactona e inclusão de empaglifozina.