

COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO AMAZONAS - CERMAM 2024/2025



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA DO ESTADO DO AMAZONAS

R3

Pré-Requisito e Ano Adicional PROVA DE CLÍNICA MÉDICA

Data: 01/12/2024

Tempo de realização da prova: 01 (uma) hora

INSTRUÇÕES PARA PROVA DE CONHECIMENTOS GERAIS

- 01-Verifique se este caderno contem 25 (vinte e cinco) questões objetivas. Caso apresente alguma incorreção, comunique imediatamente ao fiscal, para que seja feita a troca do caderno.
- 02-Confirme se o CARTÃO-RESPOSTA entregue a você pelo fiscal tem escrito o seu NOME, pois é personalizado e intransferível. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- 03-Transcreva suas respostas para o CARTÃO-RESPOSTA preenchendo todo o círculo. Após uma questão ter sido assinalada, não faça alterações, pois a questão será considerada errada.
- 04-Não rasure, não amasse e/ou rasgue seu CARTÃO-RESPOSTA.
- 05-Utilize esferográfica azul ou preta, com ponta grossa, para marcação do CARTÃO-RESPOSTA, conforme instrução abaixo.

MARQUE ASSIM



- 06-Não esqueça de assinar o CARTÃO-RESPOSTA antes de entregá-lo ao fiscal.

NOME: _____

CLÍNICA MÉDICA

01. Uma mulher de 62 anos, professora aposentada, com histórico de hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus tipo 2, foi levada ao pronto-socorro após apresentar cefaleia súbita e intensa, descrita como a "pior dor de sua vida". Minutos depois, desenvolveu náuseas, vômitos e perda transitória de consciência. Ao ser avaliada, apresentava rigidez de nuca e fotofobia. No exame de fundo de olho foi observada a presença de hemorragia sub-hialoide que é altamente sugestiva de:
- Trombose venosa cerebral.
 - Hemorragia subaracnoide.
 - AVC hemorrágico de fossa posterior.
 - AVC isquêmico extenso.
02. Uma mulher de 75 anos, aposentada, é trazida ao consultório por seus filhos, que relatam um declínio progressivo na memória e nas habilidades cognitivas nos últimos dois anos. Inicialmente, ela começou a esquecer onde colocava objetos e apresentava dificuldades em lembrar de eventos recentes. Com o tempo, notaram que ela passou a repetir perguntas e esquecer nomes de familiares próximos. Nos últimos meses, a paciente tem demonstrado desorientação espacial, dificultando-se para reconhecer ambientes familiares, e está com dificuldade para realizar tarefas do dia a dia, como preparar refeições e cuidar da higiene pessoal. O exame neurológico revela discurso fragmentado, dificuldade em encontrar palavras e uma capacidade de julgamento comprometida. A paciente recebeu o diagnóstico de Doença de Alzheimer. Qual é a patogênese da Doença de Alzheimer?
- Degeneração dos neurônios dopaminérgicos na substância negra.
 - Acúmulo de corpos de Lewy em áreas corticais e subcorticais.
 - Acúmulo de proteína alfa-sinucleína em regiões cerebrais específicas.
 - Deposição de placas de beta-amiloide e emaranhados neurofibrilares de proteína tau.
03. Paciente de 73 anos, sexo masculino veio ao PS com queixa de palpitação e dispnéia de início súbito, não relacionada a esforço, com início dos sintomas há 2 horas. Nega dor torácica. Tem antecedente de AVCI há 4 meses, etilista diário (12 cervejas por dia). Possui DM tipo 2, HAS. Não é sempre aderente com as medicações que incluem metformina, glicazida e ramipril. Ao exame físico se encontra consciente, odor alcoólico, FC 175 bpm irregular sem sopros, PA 160x93 mmHg e FR 28 rpm. Estase jugular ausente. Pulmões com ausculta normal. Ao ECG identificado Fibrilação Atrial. Qual a conduta?
- Metoprolol EV e anticoagulação
 - Amiodarona VO e anticoagulação
 - Cardioversão elétrica 200J monofásica e anticoagulação
 - Cardioversão elétrica 100J monofásica e anticoagulação
04. Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. Sobre IC é **correto** afirmar, **EXCETO**.
- Os Beta Bloqueadores são considerados fármacos de primeira linha no tratamento da ICFEr, além de melhorarem sintomas e reduzirem taxas de re-hospitalizações por IC em inúmeros estudos clínicos.
 - O sacubitril/valsartana representa uma nova classe terapêutica, que atua simultaneamente no sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e na endopeptidase neutra (inibidor da neprilisina e do receptor da angiotensina II).
 - Dentre os diversos biomarcadores estudados em IC, destacam-se os peptídeos natriuréticos BNP e NT-proBNP, cujo papel no diagnóstico de IC está bem estabelecido, tanto no cenário da sala de emergência, quanto em pacientes com IC crônica ambulatoriais.
 - A principal terminologia usada historicamente para definir IC baseia-se na FEVE e compreende pacientes com FEVE normal ($\geq 50\%$), denominada IC com fração de ejeção preservada (ICFEp), e aqueles com FEVE reduzida ($< 50\%$), denominados IC com fração de ejeção reduzida (ICFER).
05. São consideradas doença metabólicas do fígado, **EXCETO**:
- Hemocromatose
 - Doença de Wilson
 - Doença de Caroli
 - Deficiência de alfa 1-antripsina
06. Para definição de prognóstico da pancreatite aguda utilizamos os critérios de Ranson. São critérios avaliados nas primeiras 24h, **EXCETO**:
- PaO₂ > 55 mmHg
 - Idade > 55 anos
 - Glicose > 200 mg/dl
 - DHL > 350 UI/L
07. Dentre as condições relatadas a seguir, assinale aquela que não é considerada fator de risco para adenocarcinoma colorretal:
- Tabagismo
 - Obesidade
 - Colecistectomia
 - Tratamento hormonal com estrogênio/progesterona

08. Paciente de 42 anos, sexo feminino, diabética em tratamento irregular com insulina, procurou o pronto-atendimento por queixa de febre, náuseas, vômitos muito frequentes, dor epigástrica e mialgias há cerca de 06 dias. Negou outras comorbidades. Sinais vitais: PA: 120x80mmHg, FC: 120bpm, FR: 28irpm e saturando a 97% em ar ambiente. Exames da admissão: TGP:18ui/l, TGO:31ui/l, bilirrubina total: 1,8mg/dl, uréia: 80 mg/dl, cr: 0,7mg/dl, lactato: 0,95mmol/l, Na+: 145meq/l, K+: 3,6meq/l, Cloro: 110meq/l e albumina: 3,0g/dl. Gasometria arterial: pH: 7,42, PaO₂: 88mmHg, PaCO₂: 16mmHg, HCO₃: 10mEq/l e BE: -13mEq/l. Glicemia nas últimas 24h: 77 a 116mg/dl. Exame de urina: corpos cetônicos ++/4+. Iniciada reposição de bicarbonato endovenoso sem melhora após 48h da infusão, mantendo-se a paciente taquipnéica e ainda com vários episódios de vômitos. Qual o diagnóstico a ser pensado nesse cenário clínico acima?
- Cetoacidose euglicêmica
 - Acidose tubular proximal
 - Acidose tubular distal
 - Acidose hiperclorêmica por perdas digestivas
09. Marque a alternativa que contém pelo menos uma correlação incorreta entre a condição clínica, o seu distúrbio ácido-básico e o gradiente alvéolo-arterial G(A-a):
- Miastenia gravis, acidose respiratória crônica com gradiente alvéolo-arterial normal - G(A-a) normal.
 - Intoxicação aguda por salicilatos, acidose respiratória aguda com gradiente alvéolo-arterial normal - G (A-a) normal.
 - Falência hepática crônica + pneumonia aspirativa, alcalose respiratória crônica com gradiente alvéolo-arterial alto - G(A-a) alto.
 - Uso excessivo de opióides, barbitúricos e benzodiazepínicos, acidose respiratória aguda com gradiente alvéolo-arterial normal - G (A-a) normal.
10. Um paciente com Síndrome do desconforto respiratório agudo em ventilação mecânica invasiva em volume controlado e autopressão positiva expiratória final de 03cmh₂₀. O que se espera da monitorização ventilatória nessa situação?
- Terá pressão alveolar inspiratória diminuída.
 - Terá pressão esofágica inspiratória negativa.
 - Terá pressão transpulmonar expiratória maior que zero.
 - Terá pressão transpulmonar inspiratória aumentada.
11. Paciente sexo feminino, 38 anos e diagnóstico de esclerose sistêmica difusa há 2 anos. Vinha em uso de metotrexate e prednisona para tratamento de artrite. Em consulta ambulatorial apresenta PA: 170 x 100 mmHg, anemia e creatinina de 1,8 (antes vinha com função renal sempre normal). Qual das opções a seguir é a melhor opção terapêutica?
- Inibidor de ECA (Captopril)
 - Inibidor de endotelina (bosentana)
 - Pulso de metilprednisolona
 - Pulsos mensais de Ciclofosfamida venosa
12. Mulher de 35 anos apresenta emagrecimento, eritema malar, mialgia, fraqueza muscular em ombros e coxas, artralgiás de punhos e metacarpofalangeanas, edema difuso de mãos, fenômeno de Raynaud e FAN reagente 1/1280 padrão nuclear pontilhado grosso. Qual o autoanticorpo que se associa ao padrão de FAN acima e a principal hipótese diagnóstica a ele relacionada neste caso?
Assinale a alternativa **CORRETA**:
- Anti Scl 70 – Esclerose Sistêmica difusa.
 - Anti-RNP – Doença Mista do Tecido Conjuntivo.
 - Anti centrômero – Esclerose Sistêmica limitada.
 - Anti nucleossomo – Doença Indiferenciada do tecido conjuntivo.
13. Sobre a osteoporose assinale a alternativa **CORRETA**:
- A suplementação de vitamina D em dose de ataque é de 50000 UI diariamente.
 - A densitometria óssea deve ser solicitada somente para mulheres após 65 anos.
 - A meta de vitamina D entre 30 e 60 ng/ml é recomendada para pacientes que fazem parte do grupo de risco.
 - Os pacientes que não consomem leite e derivados devem ser estimulados a retomar o consumo pois não existem outras fontes de cálcio disponíveis em outros alimentos.
14. São condutas adequadas no tratamento da Nefrite Lúpica; assinale a conduta mais adequada:
- Manter pulsoterapia com Metilprednisolona na classe VI do LES.
 - Biópsia renal está indicada na suspeita de classe VI do LES.
 - Manter uso de Prednisona oral 1-2mg/kg/d na fase de manutenção.
 - Manter dieta hipossódica, controle da pressão arterial, evitar drogas nefrotóxicas, manter uso de hidroxicloroquina.
15. Na redução da progressão da Doença Renal Crônica são estratégias importantes. Assinale a conduta inadequada.
- Controle Glicêmico com iSGLT2 e dieta hipossódica.
 - Controle pressórico com uso dos IECA e/ou BRA e dieta hipossódica.
 - Uso do antagonista dos receptores não seletivos mineralocorticóides e restrição proteica na dieta.
 - Dieta hiperproteica para repor as perdas urinárias da albuminúria e evitar a classe de drogas dos iSGLT2 (inibidores do cotransportador sódio glicose 2).

16. Paciente 50 anos, com boa função renal, com dor grau 10 há semanas devido metástases ósseas disseminadas e carcinomatose peritoneal, foi iniciado tratamento com morfina 4mg endovenosa em *bolus* de 12/12h pela equipe médica. De acordo com os princípios do tratamento da dor assinale a alternativa **CORRETA**.
- A metadona é uma alternativa plausível, sendo iniciada por via subcutânea de 12 em 12h, sendo ajustada a cada 72h, devido sua meia-vida longa.
 - A morfina foi uma boa escolha, porém deveria ser prescrita de 4/4h endovenosa em *bolus*.
 - A morfina está prescrita de acordo com os princípios.
 - Não deveria ter sido prescrito morfina e sim fentanil transdérmico.
17. Hiponatremia é um dos principais distúrbios hidroeletrólíticos no idoso. Assinale alternativa **INCORRETA**:
- Entre os medicamentos mais causadores estão carbamazepina e paroxetina.
 - Hipotireoidismo não é causa no idoso de hiponatremia.
 - O uso de fludrocortisona pode estar indicado em hiponatremias recorrentes.
 - Uso de diuréticos é uma das principais causas.
18. Mulher, 22 anos, no pré-operatório de mastopexia, evidenciou-se tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) prolongado. Refere equimoses espontâneas desde a infância, assim como sangramento uterino anormal (ciclos menstruais com duração de mais de 7 dias, com coágulos e necessidade de absorvente noturno). Mãe com sintomas menstruais semelhantes. Nega outros familiares com história de sangramentos. Nega hemartroses. Nega procedimentos cirúrgicos prévios. Exame físico sem alterações. Exames laboratoriais: Hb: 11,6 g/dL; VCM: 78 fL; GB:5.400/μL; plaquetas: 230.000/μL; TTPa: 52 segundos (VN < 44,6); TP (tempo de protrombina): 12,5 segundos (VN < 17,3). Qual elemento do sistema hemostático da paciente mais provavelmente está disfuncionante?
- Plaquetas.
 - Fibrinogênio.
 - Fator de Von Willebrand.
 - Fator VIII da coagulação.
19. Um paciente com 55 anos de idade, previamente hígido, é internado com quadro clínico de dispneia aos mínimos esforços, intensa palidez cutâneo-mucosa (+++/4+), taquicardia (120 bpm) e mal-estar geral. Esses sintomas surgiram uma semana antes e foram se agravando rapidamente, fazendo-o procurar internação. No momento da sua chegada ao hospital, seu hemograma apresentava uma hemoglobina de 2,5 g/dL, hematócrito de 6%. O Volume Corpuscular Médio (VCM) era de 112 fL;

as séries plaquetária e leucocitárias não apresentavam alteração. A contagem de reticulócitos era de 1.350/uL e a dosagem de LDH de 3.400 mg/dL. O teste direto da antiglobulina (teste de Coombs direto) era positivo (4+, tipo IgG). As provas de compatibilidade pré-transfusional mostraram P.A.I. positiva com as três hemácias do painel; todas as bolsas cruzadas foram incompatíveis. Não foi possível, nesse primeiro momento, definir o grupo sanguíneo do paciente. Durante a noite, o paciente apresentou precordialgia e instabilidade hemodinâmica, sendo então transferido para a UTI. O intensivista insiste na transfusão, e o hematologista de sobreaviso é acionado para decidir a conduta imediata a ser tomada. Assinale a opção que indica a conduta **CORRETA** para o caso descrito.

- Transfusão imediata do concentrado de hemácias O Negativo, (mesmo com prova cruzada incompatível) lentamente, com o paciente na posição mais ortostática possível.
 - Realizar auto-absorção, repetir a P.A.I. e as provas cruzadas com o soro absorvido. Transfundir o concentrado de hemácias para a bolsa compatível com o soro absorvido.
 - Fazer uma fenotipagem estendida do paciente e transfundir um concentrado de hemácias com fenótipo idêntico para os sistemas Rh, Kell, Kidd, Duffy e MNSs.
 - Iniciar Imunoglobulina intravenosa, 2g/Kg de peso do paciente e aguardar a resposta hematológica.
20. A respeito das doenças mieloproliferativas, analise as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.
- () A policitemia vera pode evoluir para leucemia aguda ou para leucemia mieloide crônica.
 - () A mutação característica das mielofibroses é a JAK2.
 - () A leucemia mieloide crônica (LMC) está associada com a mutação BCR-ABL.
- As afirmativas são, na ordem apresentada, respectivamente:
- F – V – F.
 - F – V – V.
 - V – F – F.
 - V – V – F.
21. Sobre o uso de insulina em pacientes com diabetes tipo 1, assinale a alternativa **CORRETA**:
- A única opção terapêutica é a insulina NPH.
 - A insulina basal é suficiente para o controle glicêmico.
 - É necessário associar insulina prandial ao esquema basal-*bolus*.
 - A dosagem é fixa e não depende da alimentação ou atividade física.

22. Um paciente de 45 anos apresenta um nódulo tireoidiano detectado ao exame físico. A ultrassonografia mostra um nódulo sólido, hipoeoico, sem microcalcificações e bordas regulares, medindo 2 cm. Qual é o próximo passo no manejo?

- a) Solicitar dosagem de TSH.
- b) Solicitar cintilografia da tireoide.
- c) Acompanhar com ultrassonografia anual.
- d) Realizar punção aspirativa por agulha fina (PAAF).

23. Sobre os inibidores de SGLT-2 (ISGLT-2), assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Não causam hipoglicemia em monoterapia e promovem a redução de 2 a 4 kg de peso.
- b) A eficácia de redução da HbA1c é semelhante à da metformina que vai de 1,5 a 2%.
- c) Aumentam a excreção de glicose urinária por meio da inibição do SGLT-2, o que resulta em bloqueio da reabsorção renal de glicose no túbulo proximal.
- d) As gliflozinas apresentam a capacidade de reduzir eventos cardiovasculares combinados, internação por insuficiência cardíaca e progressão de nefropatia diabética.

24. Paciente com DPOC diagnosticada há 12 anos, em tratamento regular com beta-2 agonista de longa duração por via inalatória, mantendo dispneia aos pequenos esforços desde o diagnóstico e com duas exacerbações no último ano. O seu VEF1 pós-broncodilatador é de 48% do previsto, a SpO₂ é de 94% em ar ambiente e os eosinófilos periféricos 320 cel/mm³. Qual o melhor tratamento para esse paciente de acordo com o documento GOLD 2024?

- a) Associar corticoide inalado.
- b) Associar inibidor de fosfodiesterase 4.
- c) Associar anticolinérgico de longa ação e corticoide inalado.
- d) Associar anticolinérgico inalatório de ação prolongada.

25. Paciente do sexo feminino, 35 anos, apresenta queixa de tosse seca e dispneia aos esforços há 6 meses. Relata alteração nos dedos das mãos, com lesões que demoram a cicatrizar nas pontas dos dedos e coloração arroxeadada quando exposta a baixas temperaturas. Também refere disfagia para sólidos há cerca de 3 meses. Nega uso de medicamentos, mas menciona infiltrações e mofo em casa, além de trabalhar em uma fábrica de tecidos há 9 anos. Tomografia de tórax revela opacidades em vidro fosco esparsas nos lobos inferiores, com localização subpleural, associadas a espessamento de septos inter e intralobulares. Espirometria mostra CVF de 1,45 L (52% do predito), com relação FEF 25-75%/CVF > 1, e autoanticorpo anti-Scl 70 positivo.

Com base nesses dados, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O diagnóstico clínico mais provável é de pneumonia de hipersensibilidade, pois também pode ocorrer com presença de autoanticorpos positivos.
- b) A principal hipótese diagnóstica é doença pulmonar intersticial secundária à esclerose sistêmica, e o tratamento imunossupressor é indicado neste caso.
- c) Neste caso, o diagnóstico deve ser confirmado por biópsia pulmonar, pois trata-se de paciente com exposição ambiental relevante, e o padrão radiológico não é sugestivo de pneumonia de hipersensibilidade.
- d) O padrão tomográfico apresentado no contexto clínico de exposição ambiental a mofo é suficiente para o diagnóstico clínico de pneumonite de hipersensibilidade.