

**CLÍNICA MÉDICA**

1. Um homem de 58 anos, professor e praticante de halterofilismo, com histórico de diabetes e hipertensão, apresentou, após um exercício físico excessivo, dificuldade em girar e inclinar a cabeça lateralmente, além de problemas para elevar os ombros. Qual o nervo craniano comprometido?

- a) Nervo acessório
- b) Nervo hipoglosso
- c) Nervo glossofaríngeo
- d) Nervo Vago

2. Uma médica ultrassonografista de 27 anos, com histórico de epilepsia desde a adolescência, está planejando engravidar. Ela faz uso de medicação antiepiléptica e busca orientação sobre a melhor opção de tratamento para manter o controle das crises durante a gestação, reduzindo o risco de malformações congênitas no bebê. Qual dos seguintes medicamentos abaixo seria a escolha indicada para uso durante a gravidez?

- a) Carbamazepina
- b) Ácido valproico
- c) Fenitoína
- d) Lamotrigina

3. Aposentado de 70 anos, previamente saudável, deu entrada no Pronto-Socorro Municipal 28 de Agosto às 10:00 com relato de ter ido dormir bem às 21:00 da véspera e acordado às 9:00, apresentando dificuldade para falar e mover o hemicorpo direito. Tem como antecedentes hipertensão arterial e dislipidemia, em uso de rosuvastatina e metoprolol. Nega histórico de trauma, cirurgia ou outras condições clínicas ou medicações prévias. Exame físico de entrada: PA = 170 x 100 mmHg, FC = 88 bpm arritmica, glicemia capilar = 82 mg/dL. Exame neurológico obedecendo a comandos, com hemiparesia à direita e dificuldade em falar. Pontuação na escala de AVC do NIH (National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS) = 13. Ressonância do crânio e Angiorressonância mostram hipersinal na difusão em metade do território da artéria cerebral média esquerda, com sequência FLAIR sem alterações e oclusão do segmento proximal da mesma artéria. Com base nesses achados, uma pontuação de 13 na Escala de AVC do NIHSS indica:

- a) AVC moderado
- b) AVC leve
- c) AVC moderadamente grave
- d) AVC grave

4. Um professor de 67 anos, com histórico de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, é levado ao consultório devido a um quadro de confusão mental progressiva iniciado há cerca de um ano. Os familiares relatam que o paciente apresenta episódios de alucinações visuais vívidas, descrevendo pessoas e animais que não estão presentes. Ele também tem flutuações significativas no nível de atenção e consciência, com momentos de lucidez alternados com períodos de desorientação e lentidão mental. Nos últimos meses, foi observado um aumento na rigidez muscular e lentidão dos movimentos, mesmo sem diagnóstico prévio de Parkinson. Além disso, o paciente apresenta distúrbios do sono REM, com relatos de movimentação intensa e vocalizações durante a noite. Em uma tentativa de controle dos sintomas psicóticos, o paciente foi tratado com neurolépticos, mas apresentou hipersensibilidade grave, com piora acentuada da rigidez e da confusão mental. Ele está em uso de medicamentos para hipertensão e diabetes, mas os sintomas cognitivos não melhoraram com o tratamento padrão para demências, como inibidores da acetilcolinesterase. Qual é o diagnóstico clínico do paciente?

- a) Demência vascular
- b) Doença de Alzheimer
- c) Demência por corpos de Lewy
- d) Doença de Parkinson com demência

5. As disfagias orais e faríngeas designadas como orofaríngeas são causadas por alterações que afetam a cavidade oral e a faringe, em especial o esfíncter esofágico superior. Assinale a alternativa que corresponder a causa de disfagia orofaríngea de origem do sistema nervoso central.

- a) Esclerose lateral amiotrófica
- b) Síndrome de Guillain-Barré
- c) Miastenia gravis
- d) Síndrome pós-poliomielite

6. A SIADH (Síndrome inapropriada do hormônio antidiurético) é a principal causa de hiponatremia euvolêmica. Dentre as alternativas abaixo, somente uma não corresponde a um critério desta Síndrome. Marque-a:

- a) Sódio urinário > 40meq/l
- b) Correção de hiponatremia com uso de solução fisiológica.
- c) Osmolaridade urinária > 100mosm/kg
- d) Hiposmolaridade sérica

7. Com relação às deformidades articulares observadas na artrite reumatoide, podemos afirmar: (assinale a alternativa CORRETA)

- a) O comprometimento de mãos e punhos é comum, envolvendo punhos, metacarpofalangeanas (MCFs) e interfalangeanas proximais (IFPs), com desvio ulnar das MCFs
- b) O comprometimento de mãos e punhos é comum, envolvendo punhos, MCFs e interfalangeanas proximais e distais com desvio radial das MCFs
- c) Deformidades como pescoço de cisne e martelo se caracterizam respectivamente pela hiperflexão da IFP + extensão da IFD (pescoço de cisne) e flexão da distal (martelo)
- d) O comprometimento articular costuma ser simétrico, envolvendo punhos, MCFs e Interfalangeanas distais e atrofia tenar. Polpa as IFPS.

8. Na injúria renal aguda, KDIGO3, são indicações dialíticas. Assinale a mais adequada:

- a) Oligúria responsiva ao teste da furosemida e HCO<sub>3</sub> 22mEq/L
- b) Azotemia com potássio sérico 5.0mEq/L
- c) Hiperpotassemia e Acidose metabólica refratária
- d) Hipervolemia responsiva à diuréticos e restrição hídrica

9. 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) A morfina está prescrita de acordo com os princípios.
- b) Não deveria ter sido prescrito morfina e sim fentanil transdérmico
- c) 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
- d) A morfina foi uma boa escolha, porém deveria ser prescrita de 4/4h endovenosa em bolus.

10. Idosa de 74 anos, apresentando quedas recorrentes, com comorbidades prévia, diabetes, hipertensão, depressão e sarcopenia. Em uso de glibenclamida 5mg 2x dia, hidroclorotiazida 25mg, losartan 50mg 2x dia; flunarizina 1x dia e amitriptilina 50mg 1comp a noite. Assinale a

alternativa CORRETA considerando as afirmações se verdadeiras ou falsas

Quedas recorrentes é marcador de pior prognóstico, como maior complicação durante internação ( )

Entre os fatores para quedas nessa idosa o uso de glibenclamida não é significativo ( )

Deve ser ainda investigado outros fatores para quedas como neuropatia periférica e déficit visual ( )

Iatrogenia é o fator principal no risco aumentado de quedas ( )

Como estratégia de tratamento devem ser suspenso glibenclamida, flunarizina e amitriptilina ( )

a) F V V V F

b) V V F V F

c) V F V V V

d) F F V V V

11. Idoso, 76 anos, é diagnosticado durante internação com câncer pulmonar metastático. Paciente é dependente parcial, com palliative performance scale de 50%, com estado cognitivo preservado e sem história de doença mental como depressão ou transtorno de ansiedade. Durante avaliação, ainda antes de ter sido fechado diagnóstico, idoso verbaliza que não deseja realizar nenhum tratamento específico caso a doença seja algo mais grave.

Suas 3 filhas, pedem para falar com você médico antes e solicitam que não seja dito que o pai tem câncer, porque sabem que ele vai se entregar e desistir do tratamento.

Assinale com a alternativa CORRETA sobre diretivas antecipadas e comunicação de más notícias:

a) Apesar do idoso ter direito de saber seu diagnóstico e prognóstico, o médico deve respeitar a decisão das filhas a fim de preservar a vida do paciente, de acordo com os princípios éticos do código de ética médico.

b) Por se tratar de um idoso com autonomia preservada, com saúde mental preservada, o diagnóstico deverá ser falado primeiramente para ele. Deve ser iniciado a abordagem primeiramente perguntando o que o paciente sabe sobre sua doença e se ele quer saber. Sendo positivo, o médico deverá comunicar o diagnóstico utilizando técnicas como o protocolo Spikes.

c) O médico deverá realizar a comunicação de más notícias de acordo com o protocolo spikes para o idoso, mas deverá manter a programação de quimioterapia visto que paciente tem boa funcionalidade. O médico deve usar de todas as

técnicas possíveis para convencer o paciente a fazer o tratamento.

d) Em casos de risco de vida e por ser idoso, o médico deve comunicar primeiramente a família o diagnóstico e depois ao paciente. Visto que paciente já demonstrou não interesse em realizar o tratamento, e isso é sinal de alerta para depressão

12. A síndrome de lise tumoral (SLT) é uma emergência oncológica causada pela lise maciça de células tumorais com liberação de grandes quantidades de potássio, fosfato e ácidos nucleicos na circulação sistêmica. As recomendações com relação ao tratamento variam de acordo com a estratificação de risco desses pacientes. Considerando essa afirmação, assinale a alternativa que contém a condição considerada de alto risco para SLT.

a) Leucemia mieloide aguda com contagem de leucócitos  $< 25\ 000/\text{microL}$  e nível sérico de LDH  $< 2$  vezes o limite superior normal.

b) Linfoma linfoblástico estágio III ou IV ou linfoma linfoblástico em estágio inicial com nível sérico de LDH  $\geq$  vezes o limite superior do normal.

c) Leucemia linfóide crônica com contagem de leucócitos  $\leq 50\ 000/\text{microL}$  e não tratados com fludarabina/ rituximabe ou venetoclax.

d) Linfoma de Burkitt em estágio inicial com nível sérico de LDH  $< 100\ 000/\text{microL}$  e nível sérico de LDH  $< 2$  vezes o limite superior normal.

13. Os fármacos utilizados no esquema básico para tratamento da tuberculose podem causar efeitos adversos leves a graves. Em relação às reações adversas a esses fármacos, podemos afirmar que:

a) Rabdomiolise, mioglobínúria e insuficiência renal estão mais comumente associadas à isoniazida.

b) A hiperuricemia com ou sem sintomas está mais associada à isoniazida.

c) Euforia e depressão estão mais comumente associadas à pirazinamida.

d) A neurite óptica está mais comumente associada ao etambutol.

14. A exposição à poluição do ar ambiental é reconhecida como fator de risco para aumento de morbimortalidade, sendo atualmente um fator de risco para morte precoce tão relevante quanto o tabagismo e está associada a diferentes desfechos. Assinale qual dos desfechos abaixo não apresenta correlação com a poluição do ar:

a) Aumento de crises fatais por asma

b) Aumento da incidência de câncer de pulmão.

c) Aumento do risco de IAM e de doença isquêmica cerebral.

d) Aumento da obesidade na criança

15. Sobre a fisiologia do pâncreas endócrino, assinale a alternativa INCORRETA:

a) A dosagem de insulina reflete com boa confiabilidade a reserva pancreática.

b) Os canais de potássio da célula beta contêm subunidades responsivas à presença das sulfonilureias, o que leva ao constante fechamento do canal, aumentando assim a secreção de insulina.

c) A insulina reduz a glicogenólise hepática, aumenta a lipogênese e reduz o apetite.

d) A secreção do glucagon é estimulada pela hipoglicemia e inibida pela hiperglicemia.

16. Sobre a doença inflamatória intestinal, assinale a alternativa CORRETA:

a) Paciente com Recolite ulcerativa idiopática possuem risco de desenvolver Colangite esclerosante primária

b) Paciente com Doença de Crohn não apresentam risco de desenvolver Colangite esclerosante primária

c) Os pacientes com doença inflamatória intestinal possuem o mesmo risco de desenvolver câncer de intestino que a população geral

d) O adalimumabe é considerado uma droga de indução de remissão rápida para o tratamento de doença de crohn

17. Sobre a Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto (SARA), pode-se afirmar corretamente: Lembrete:  $\text{SpO}_2$  (Saturação periférica de  $\text{O}_2$ ),  $\text{FIO}_2$  (fração inspirada de  $\text{O}_2$ ) e  $\text{PaO}_2$  (Pressão parcial de  $\text{O}_2$  no plasma)

a) Para todas as categorias de gravidade de SARA em relação à oxigenação com o paciente intubado, é necessária uma PEEP mínima de 08 cmh20.

b) Nem uma pressão expiratória final positiva e nem uma taxa de fluxo mínima de oxigênio são necessárias para o diagnóstico em ambientes com recursos limitados, sendo o critério de oxigenação esperado:  $\text{SpO}_2/\text{FIO}_2 \leq 315$  (se  $\text{SpO}_2 \leq 97\%$ ).

c) A categoria de oxigenação de SARA em paciente não intubado deve incluir: Uma relação  $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 250$  mmHg ou uma relação  $\text{SpO}_2/\text{FIO}_2 \leq 300$  (se  $\text{SpO}_2 \leq 95\%$ ) em cateter nasal de alto fluxo (CNAF) com fluxo  $\geq 30$  L/min

ou uma ventilação não invasiva através de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) com pelo menos 5 cmH<sub>2</sub>O de pressão expiratória final

d) Constitui relação de oxigenação de SARA grave em paciente intubado: A PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> ≤150 mmHg ou SpO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> ≤200 (se SpO<sub>2</sub> ≤95%).

18. Um residente faz o diagnóstico de uma PCR. Inicia manobras de ressuscitação cardiopulmonar e ao monitor nota um ritmo bradicárdico, de QRS largo sem onda P a qual denomina aesp verdadeira. Pergunta-se: Em relação a aesp verdadeira, a “pseudo-alesp” é caracterizada principalmente pelo(a):

- Padrão “cardiac standstill”
- Ausência de contração cardíaca ao ultrassom point-of-care (POCUS)
- Presença de contração cardíaca ao ultrassom point-of-care (POCUS)
- Seu manejo ter um consenso e não variar conforme opinião de especialistas

19. Sobre o teste gene Xpert MTB/RIF Ultra, conhecido no Brasil como teste rápido molecular – (TRM TB), assinale a alternativa CORRETA.

- É indicado o seu uso em amostras de escarro induzido.
- Não é indicado o seu uso em amostras de líquido cefaloraquidiano
- Não é indicado o seu uso em amostras de líquido ascítico
- É indicado o seu uso em amostras de sangue.

20. Em relação à transfusão profilática de plaquetas no pré-operatório imediato de pacientes portadores de anemia aplástica, que serão submetidos à cirurgia para correção de deslocamento de retina, assinale a afirmativa CORRETA.

- A transfusão tem como objetivo manter a contagem de plaquetas igual ou superior a 100.000/μL.
- A transfusão profilática está indicada apenas se a contagem de plaquetas estiver abaixo de 20.000/μL.
- Somente os concentrados de plaquetas produzidos por aférese devem ser usados neste tipo de transfusão profilática.
- É sempre preferível esperar a melhora na contagem de plaquetas com o tratamento à base de ciclosporina e/ou globulina anti-timócitos.

21. Homem de 57 anos, com histórico de hipertensão arterial e sobrepeso, vem à consulta com queixa de dor intensa em joelho direito há 8 dias. Refere episódios semelhantes autolimitados acometendo a primeira metatarsfalangeana direita e joelhos, tendo iniciado há cerca de 2 anos. Ao exame, apresenta dor, calor, edema e eritema de joelho direito. Sem outros dados clínicos relevantes. Qual o diagnóstico mais provável?

- Artrite tuberculosa.
- Artrite viral.
- Artrite microcristalina.
- Artrite reativa.

22. Na doença arterial coronariana estável medicamentos são essenciais para prevenir eventos cardiovasculares como IAM Sendo eles:

- Nitratos e bloqueadores de canais de cálcio
- Antiagregantes plaquetários e nitratos
- Bloqueadores de canais de cálcio e estatinas
- Antiagregantes plaquetários e estatinas

23. Paciente meia idade, apresenta quadro de icc, sem outras comorbidades realiza raio x de torax evidenciando cardiomegalia e congestão pulmonar. ECG com bloqueio de ramo direito e bloqueio divisional ânterossuperior esquerdo com extrassístoles frequentes. Ecocardiograma com dilatação das 4 câmeras. Qual a etiologia mais provável da insuficiência cardíaca:

- Miocardiomatia chagásica
- Cardiomatia isquêmica
- Miocardiomatia restritiva
- Cardiomatia hipertensiva

24. Em relação a síndrome de takotsubo é correto afirmar EXCETO:

- Hipocinesia difusa com supradesnívelamento do segmento st de parede anterior
- Causada por excesso de catecolaminas, disfunção microvascular e espasmo coronariano
- Disfunção sistólica na ausência de doença coronariana
- Manifestação clínica e eletrocardiográfica desproporcional a elevação de troponina

25. Sobre hiperaldosteronismo primário, assinale a alternativa correta:

- É a principal causa de hipertensão secundária e decorre da secreção autônoma de aldosterona, devendo ser rastreado em pacientes com hipertensão e síndrome da apneia obstrutiva do sono.

b) Hipocalemia está presente na maioria dos casos diagnosticados de hiperaldosteronismo primário, podendo levar a fraqueza muscular e paralisia periódica hipocalêmica.

c) A adrenalectomia bilateral é o tratamento indicado para os casos de hiperplasia adrenal bilateral.

d) Não há necessidade de suspensão de espironolactona para o rastreio com dosagem de aldosterona/ atividade plasmática de renina naqueles pacientes suspeitos pelo risco de descompensação da hipertensão arterial.