

JOSÉ RENATO ANDRADE FILHO



PROVA DE TÍTULO DE

CLÍNICA MÉDICA

QUESTÕES

COMENTADAS

100 QUESTÕES COMENTADAS DA PROVA DE 2021

Prova de Título de Clínica Médica: Questões Comentadas

2022

José Renato Andrade Filho

ATENÇÃO:

ESTE LIVRO É UMA AMOSTRA, POR ISSO NÃO POSSUI AS 100 QUESTÕES COMENTADAS.

PARA ADQUIRIR O LIVRO DIGITAL COMPLETO, ACESSE NOSSO SITE:

tituloclinicamedica.com.br

PREFÁCIO

Prezados(as) colegas médicos(as),

É com imenso prazer que lhes apresento este livro, fruto da vontade de ajudar os colegas que irão passar em breve pelo mesmo processo que passei há algum tempo. Primeiramente, gostaria de fazer uma breve apresentação: sou médico, com título de especialista em clínica médica pela SBCM e em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC, títulos estes que obtive no ano de 2021 após atuar por mais de 4 anos em cada uma dessas áreas. Além disso, tenho pós-graduação em Endocrinologia, área na qual já atuo há algum tempo.

Quando decidi que iria prestar a prova de título de clínica médica em 2021, eu não sabia o quão difícil seria encontrar algum material que pudesse me guiar e realmente me ajudar a ser aprovado no concurso. Em um primeiro momento, busquei provas anteriores do concurso e, para minha surpresa, não as encontrei em nenhum lugar. Posteriormente, com o propósito de obter informações, questionei alguns colegas, que já haviam feito a prova, se teriam algum conselho para me dar, entretanto, poucos se lembravam dos detalhes e pormenores das questões. Um deles chegou a me dizer: “a prova é de clínica médica, pode cair tudo. Então, estude muito todas as matérias”. Foi um bom conselho, mas não acho que essa seja a melhor estratégia para quem tem pouco tempo para estudar, como era meu caso. Dessa forma, continuei minha busca até que outro colega me deu uma preciosa dica: “estude tudo, mas foque nas matérias que você tem mais dificuldade, além disso, faça resumos e resolva muitas questões na área de clínica”. Seguir essa dica, principalmente no que tange à resolução de questões, foi muito importante para mim e me ajudou a ser aprovado na prova de título na minha primeira tentativa. Devido ao fato de eu ter utilizado a metodologia de resolução de questões e isso ter me ajudado a ser aprovado, surgiu-me a ideia de escrever este livro com questões comentadas da última prova (2021).

A prova de título de especialista em clínica médica não é fácil. No último concurso, dos 722 candidatos inscritos, apenas 240 foram aprovados, isso quer dizer que somente cerca de 33% dos candidatos conseguiram o tão sonhado título de especialista. Contudo, não deixem os números os desanimarem, já que com dedicação e estudo adequado, a chance de aprovação é muito alta.

Assim, minha missão com este livro é facilitar seus estudos e fazer com que vocês entendam a estrutura e as particularidades da prova de clínica médica. Desejo-lhes uma boa sorte!

José Renato Andrade Filho

QUESTÃO 1

Considere que um paciente de 32 anos de idade, de etnia branca, veio à consulta por apresentar palidez, perda de peso (8 kg em três meses) e anorexia. Ao exame físico, apresentava palidez de pele e mucosas e esplenomegalia, sendo o baço palpável a 6 cm do RCE. O hemograma apresentava anemia discreta normocrômica normocítica, leucocitose importante (96.000 leucócitos, por uL), com predomínio de granulócitos, desde as formas jovens (promielócitos, mielócitos e metamielócitos) até as formas maduras. Seis por cento das células presentes no sangue periférico eram blastos e 5% eram de basófilos.

A contagem de plaquetas era elevada (680.000 por uL). Foi encontrado alto número de transcritos BCR-ABL no sangue periférico. A citologia e a biópsia da medula óssea confirmaram os achados do sangue periférico. O exame histológico mostrou hiperplasia granulocítica e megacariocítica, fator eritropoético diminuído e ausência de fibrose. O estudo citogenético revelou a presença do cromossomo Philadelphia. Ficou confirmado o diagnóstico de Leucemia Mieloide Crônica. Foi iniciado o tratamento com inibidor de tirosina quinase (mesilato de imatinibe).

Com base no que foi apresentado, assinale a alternativa correta.

- A) A evolução natural da leucemia mieloide crônica é a crise blástica.
- B) A leucemia mieloide crônica é devida a uma alteração congênita que leva à gênese do cromossomo Philadelphia.
- C) A resposta ao tratamento é avaliada pelo hemograma e pelo número de transcritos BCR-ABL no sangue periférico.
- D) O recurso para diagnóstico da leucemia mieloide crônica é o exame da medula óssea

Comentários:

Iniciamos o livro com uma questão difícil hematologia, cuja resposta encontra-se em um quadro do Tratado de Clínica Médica. A leucemia mieloide crônica é uma doença hematológica na qual ocorre expansão clonal da célula-tronco hematopoiética, caracterizada por hiperplasia mieloide, leucocitose, neutrofilia, basofilia e esplenomegalia. A história natural da doença constitui-se, inicialmente, de uma fase crônica prolongada seguida de uma fase acelerada e, finalmente, ocorre a crise blástica habitualmente fatal.

Na Leucemia mieloide crônica, devemos avaliar a responsividade ao tratamento através da resposta hematológica, ou seja, pelo hemograma (contagem de plaquetas < 450.000 , leucócitos < 10.000 sem granulócitos imaturos, 5% de basófilos), baço não palpável, resposta citogenética e resposta molecular (relação BCR/ABL), que pode ser completa (sem transcritos detectáveis) ou Maior, quando a relação é menor que 0,1.

Resposta: Alternativa C

Referências:

LOPES, Antonio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

QUESTÃO 2

De acordo com o protocolo de triagem "Simples Triagem e Tratamento Rápido" (START), em casualidades em massa, a prioridade do atendimento deve ser:

- A) Código preto (pacientes em parada cardiorrespiratória).
- B) Código vermelho (vítimas graves)
- C) Ordem de chegada
- D) Crianças, depois adultos e depois idosos

Comentários:

O protocolo START é uma ferramenta de triagem que tem como objetivo facilitar e acelerar a avaliação de um grande número de pacientes em casualidades em massa, ou seja, com várias vítimas.

Os pacientes são triados com cores, da seguinte forma:

- **Código Preto** = pacientes sem respiração. *Não recebem atendimento.*
- **Código Vermelho** = pacientes com sinais como frequência respiratória maior que 30, perfusão capilar < 2 segundos ou confusão mental (sem conseguir seguir comandos). *Atendimento imediato.*
- **Código Amarelo** = pacientes que não são classificados como preto, vermelho ou verde. *Recebem atendimento rápido.*
- **Código Verde** = pacientes que conseguem deambular, movimentar-se e obedecer a comandos. *Devem ser direcionados para uma área segura e aguardar atendimento posterior.*

Agora ficou fácil de saber qual é a alternativa correta. Os pacientes com prioridade no atendimento devem ser os triados com o código vermelho.

Resposta: Alternativa B

Referências:

THOMA, Brent. **Tiny Tips: START Protocol for Mass Casualty Triage**. 2013. Disponível em: <https://canadiem.org/tiny-tips-start-protocol-for-mass-casualty-triage/>. Acesso em: 22 jun. 2022.

QUESTÃO 3

De acordo com o Decreto Federal nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, é correto afirmar:

A) Mapa de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

B) Rede de atenção à Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

C) Região da Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

D) Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial.

Comentários:

Para acertar essa questão, era necessário que você conhecesse muito bem os detalhes do Decreto Federal nº 7508 de 28 de junho de 2011 que, inclusive, não está entre as referências recomendadas pelo edital. Por isso, recomendo que estude sobre o SUS e a Lei 8080. A única alternativa correta é a D, que descreve corretamente o que a Lei 8.080 cita como “Serviços Especiais de Acesso Aberto”.

Para fixar o que o determina o decreto, segue um resumo dos principais pontos:

- **Mapa da Saúde:** descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;
- **Rede de Atenção à Saúde:** conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;
- **Região de Saúde:** espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e

sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

- **Serviços Especiais de Acesso Aberto:** serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial;

Referências:

BRASIL. **Lei 8080/90.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DF, Brasília, setembro de 1990

Resposta: Alternativa D.

QUESTÃO 4

Qual a classificação da dissecação da aorta apresentada na imagem a seguir, de acordo com De Bakey?



- A) Tipo I.
- B) Tipo II.
- C) Tipo III.
- D) Tipo IV.

Comentários:

A dissecação aguda de aorta é uma doença grave em que ocorrem lesão e separação das camadas média e íntima do vaso, acarretando surgimento de um falso lúmen. Importantes ramos arteriais podem ser acometidos, como coronárias, carótidas e renais, por isso, é considerada uma emergência cardiovascular.

O quadro clínico típico é a dor torácica de forte intensidade, lancinante, de início súbito, muitas vezes descrita como “cortante”. Alguns pacientes podem ter irradiação da dor para o dorso e abdômen, além de náuseas, sudorese, dispneia e elevação dos níveis pressóricos.

Os principais fatores predisponentes são: aterosclerose, tabagismo, hipertensão, cirurgia cardíaca prévia e trauma torácico. Defeitos estruturais também contribuem para o surgimento desta patologia, sendo os principais a valva aórtica bicúspide, síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos, coarctação e aneurisma de aorta.

A classificação proposta por DeBakey e Daily para classificação de dissecação de aorta é dividida da seguinte forma:

Tipo I = delaminação da aorta ascendente que se estende por extensão variada da aorta descendente.

Tipo II = delaminação da aorta ascendente que se restringe à aorta ascendente.

Tipo III = delaminação da aorta descendente que se estende por extensão variada.

Tipo IIIa = se for restrita à aorta descendente torácica.

Tipo IIIb = se estender-se até a aorta abdominal.

Resposta: Alternativa C.

Referências:

LOPES, Antonio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

QUESTÃO 5

A respeito das queixas ocupacionais, assinale a alternativa incorreta.

A) As LER/DORT possuem etiologia multifatorial complexa. Resultam do desequilíbrio entre as exigências das tarefas realizadas no trabalho e as capacidades funcionais individuais, que geram sobrecarga osteomolecular.

B) As dermatoses ocupacionais são determinadas pela interação de dois grupos de fatores, os predisponentes e as causas diretas. A grande maioria é causada por agentes químicos: “irritantes” ou alergênicos”.

C) A silicose é uma pneumomicose não fibrogênica que pode se apresentar nas formas: crônica (> 1 ano de evolução), acelerada ou subaguda (início 9 meses a 1 ano de exposição ocupacional) e aguda (geralmente início até 6 meses de exposição).

D) O ruído, quando exposição > 85db e > 8 horas/dia, pode levar à perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR), de notificação compulsória. O trabalhador apresenta dificuldade para escutar a própria voz e compreender as palavras em ambientes com muitos ruídos.

Comentários:

Iremos avaliar a seguir o que dizem cada uma das alternativas:

A) As LER/DORT são decorrentes da inadequação dos aspectos sociais, organizacionais e físicos do trabalho e de sua interação com os aspectos sociais, culturais e comportamentais do estilo de vida do trabalhador e de suas características individuais. (INCORRETA)

B) As dermatoses ocupacionais podem ser causadas por agentes químicos, físicos e biológicos. A alternativa B só cita dois fatores. (INCORRETA)

C) A silicose pode se apresentar de três formas: **crônica**, também conhecida como nodular simples, que é a forma mais comum e ocorre após 15 a 20 anos do início da exposição; **subaguda** que é caracterizada por alterações radiológicas mais precoces, normalmente após 5 a 10 anos do início da exposição; e **aguda**, que é uma forma rara da doença, associada a exposições maciças à sílica livre por períodos de poucos meses a 5 anos do início da exposição. (CORRETA)

D) A alternativa descreve corretamente os limites de tolerância do ruído estabelecidos pela legislação preventiva, porém durante a anamnese, além de questionar se o paciente possui dificuldade para escutar a própria voz e compreender as palavras em ambientes com muitos ruídos, devemos interroga-lo também se tem alguma dificuldade para localizar fontes sonoras, se tem experimentado alguma dificuldade no relacionamento social, no âmbito familiar, no trabalho ou na interação com os sons ambientais. (INCORRETA)

Resposta: Alternativa C.

Referências:

LOPES, Antonio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

QUESTÃO 6

Considere que um paciente idoso, diabético em uso de metformina, iniciou com hipertensão arterial que não se resolveu com alteração alimentar ou atividade física.

Como início de terapêutica para a hipertensão arterial, qual droga deve ser evitada?

- A) IECA/ inibidor dos receptores AT1.
- B) Bloqueador dos canais de cálcio.
- C) Betabloqueador.
- D) Diuréticos.

Comentários:

Esta questão é polêmica e digna de ser anulada. O enunciado versa sobre o início do tratamento de HAS em um idoso, portador de diabetes mellitus, que nunca usou medicação anti-hipertensiva. A resposta informada pelo gabarito foi “diuréticos” (alternativa D), como medicamento a ser evitado no início do tratamento. Porém, o uso de betabloqueadores não é indicado em idosos como início de terapia para HAS.

Segundo as “Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020” da Sociedade Brasileira de Cardiologia, no capítulo 14 “Hipertensão Arterial no Idoso”: “O anti-hipertensivo inicial pode ser um diurético tiazídico (ou similar), um bloqueador dos canais de cálcio (BCC) ou um bloqueador do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA): inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor AT1 da angiotensina II (BRA). As quatro classes têm muitos estudos clínicos e são referência em diretrizes de idosos. Os betabloqueadores (BB) não devem ser utilizados como monoterapia inicial em idosos, exceto na presença de algumas comorbidades, em que podem ter, inclusive, indicação obrigatória, como insuficiência cardíaca (IC) ou insuficiência coronariana aguda”

Resposta: Alternativa D (porém, a questão deveria ter sido anulada)

Referências:

Barroso, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/207940>>.

QUESTÃO 7

Considere que uma mulher de 20 anos de idade, previamente hígida, iniciou quadro de náuseas e cefaleia. Após admissão hospitalar, foi evidenciada hipertensão (PA = 190x100 mmHg); potássio = 2,9 mmol/L; gasometria venosa com pH = 7,50; HCO₃ = 32 mEq/L; creatinina = 0.9 mg/dL; ureia = 32 mg/dL; atividade renina = 0,1 ng/ml/h (Ref: 0,3-5,8) e aldosterona = 25 ng/dL (ref: 5,0-30,0).

Nesse caso, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Hiperaldosteronismo primário.
- B) Hiperaldosteronismo hiperreninêmico.
- C) Pseudohiperaldosteronismo.
- D) Feocromocitoma.

Comentários:

Estamos diante de uma paciente de 20 anos, com quadro típico de Hiperaldosteronismo Primário. As principais informações no enunciado que nos ajudam a pensar neste diagnóstico são a hipertensão arterial grau 3, a hipocalcemia e a relação aldosterona/atividade de renina plasmática (ARP) maior que 50 (algumas referências dizem que níveis acima de 25 já são muito sugestivos de Hiperaldosteronismo). A grande “pegadinha” da questão é colocar os valores de aldosterona dentro dos níveis normais, porém a relação aldosterona/ARP é o método de *screening* mais sensível para detecção da doença.

A doença deve ser suspeitada em pacientes hipertensos que se apresentam com quadro de fraqueza muscular, desânimo, nictúria e parestesias, que são sugestivos de hipopotassemia. Sinais de Chvostek e Trousseau podem existir e serem indicativos de alcalose hipopotassêmica. Alterações eletrocardiográficas podem também sugerir hipopotassemia.

O Hiperaldosteronismo Primário pode ser causado tanto por um adenoma produtor de aldosterona (responsável pela maioria dos casos) como de hiperplasia adrenal bilateral. A diferenciação entre as duas condições é importante para o tratamento. O adenoma apresenta alterações bioquímicas mais pronunciadas (com aldosterona geralmente acima de 25ng/dL) enquanto na hiperplasia adrenal as respostas aos testes de restrição de sódio, administração de diuréticos e de espironolactona levam a um aumento da aldosterona. O exame de imagem de escolha é a tomografia de adrenais, com sensibilidade próxima a 95%.

O tratamento na hiperplasia adrenal é feito com espironolactona (doses de 50 a 400mg por dia). Já o adenoma requer tratamento cirúrgico, com adrenalectomia preferencialmente pela via laparoscópica.

Resposta: Alternativa A

Referências:

LOPES, Antonio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

JAMESON, J. Larry *et al.* **Harrison's Principles of Internal Medicine**. 20. ed. Nova Iorque: McGraw-Hill Education, 2018.