

-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --

Indivíduo previamente saudável, de 25 anos de idade, compareceu ao pronto-socorro relatando quadro de desconforto torácico acompanhado de tosse improdutiva matutina havia seis meses. Ao exame físico, apresentou sibilos expiratórios, sem outras alterações expressivas. O hemograma e os demais exames laboratoriais de rotina não demonstraram anormalidades significativas. A espirometria revelou o seguinte: volume expiratório forçado em 1 segundo (FEV1) de 2,66 L (79% do previsto), capacidade vital forçada (FVC) de 3,8 L (97% do previsto) e relação FEV1/FVC igual a 70% (86% do previsto). Observou-se FEV1 de 3,0 L após administração de salbutamol.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir, conforme as recomendações da Sociedade Brasileira de Pneumologia de 2020.

- 51** O caso apresenta fenótipo compatível com o mecanismo fisiopatológico de inflamação tipo 2 (T2) alta.
- 52** O teste de broncoprovocação com histamina deve ser realizado para confirmação diagnóstica, devido ao seu alto valor preditivo positivo.
- 53** O tratamento medicamentoso inicial nesse caso constitui-se do uso de formoterol por demanda e corticoide inalatório.
- 54** Nesse caso, recomenda-se o brometo de tiotrópio como terapia adjuvante, para melhoria da função pulmonar.

Uma paciente de 32 anos de idade, previamente hígida, foi atendida no pronto-socorro devido a episódios de precordialgia em repouso, de início súbito, havia 24 horas. Ela relatou dor de intensidade moderada, com duração prolongada (horas) e piora à inspiração, sem irradiação e com melhora na posição sentada, inclinando-se para frente. Negou fatores de risco cardiovasculares e uso de drogas ilícitas. Referiu quadro de febre (38,3 °C), coriza hialina e mialgia difusa havia três dias. O exame físico não detectou alterações significativas. Observou-se troponina TnI ultrasensível de 2 ng/dL (sendo o valor de referência < 0,04 ng/dL). O teste molecular para detecção do SARS-CoV 2, por RT-PCR, em amostra clínica respiratória, foi reagente. Foi realizado eletrocardiograma com calibração padrão, apresentado na figura a seguir.



Com relação ao caso clínico precedente, julgue os próximos itens.

- 55** O mecanismo fisiopatológico no caso em apreço é a trombose intravascular, em razão da liberação de citocinas que levam a comprometimento das vias da coagulação e interrupção da fibrinólise.
- 56** A paciente deve receber ácido acetilsalicílico, clopidogrel e nitrato.
- 57** O exame para confirmação diagnóstica é o cateterismo cardíaco.

Julgue os próximos itens, conforme o posicionamento do Ministério da Saúde do Brasil com relação às hepatites virais.

- 58** Recomenda-se revacinação contra a hepatite B com esquema completo quando há falha na resposta primária (anti-HBs < 10 mUI/mL, 30 a 60 dias após a última dose) para os indivíduos pertencentes a grupos de risco.
- 59** O teste sorológico pós-vacinal é rotineiramente indicado para pessoas que completaram a terceira dose da vacina contra a hepatite B.
- 60** A imunoglobulina humana anti-hepatite B está indicada para vítimas de acidentes com material biológico de paciente-fonte com AgHBs positivo, quando o esquema de vacina contra a hepatite B estiver incompleto.

Um homem branco de 59 anos de idade, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica havia dois anos, compareceu ao hospital relatando cefaleia e dificuldade para manter a atenção em seu ambiente de trabalho. Sua esposa relatou que o ronco do cônjuge vinha causando incômodo ultimamente. Ele usava regularmente enalapril, anlodipino e hidroclorotiazida, nas doses máximas preconizadas. Ao exame físico, apresentou circunferência abdominal de 114 cm, grande circunferência do pescoço de 43 cm, pressão arterial de 158 mmHg × 96 mmHg (média de três medidas) e frequência cardíaca de 52 bpm. Os demais achados do exame físico foram normais. Exames complementares revelaram os seguintes resultados: triglicerídeos de 203 mg/dL, colesterol total de 251 mg/dL, HDL-colesterol de 37 mg/dL, LDL-colesterol de 171 mg/dL e glicemia de jejum de 109 mg/dL. O eletrocardiograma e os demais exames laboratoriais de rotina não revelaram anormalidades significativas.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

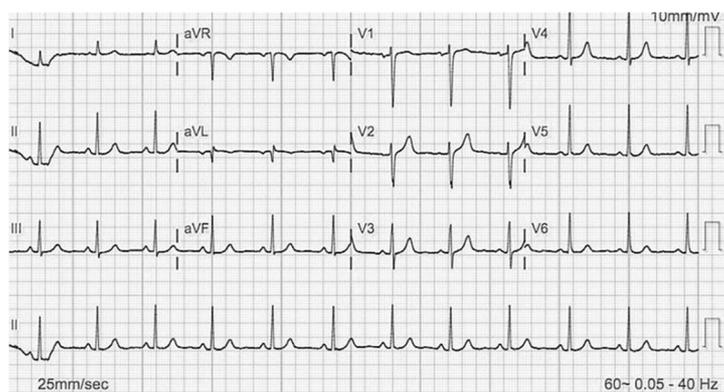
- 61** Trata-se de um caso de hipertensão arterial refratária.
- 62** A espironolactona é a medicação de escolha a ser acrescentada para melhor controle pressórico, de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020.
- 63** Para a confirmação do diagnóstico, recomenda-se a dosagem da relação aldosterona plasmática/atividade de renina plasmática.
- 64** Na medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA) de 24 horas, é compatível com esse caso a alteração do padrão de descenso noturno com a média da pressão arterial no sono mais alta do que na vigília.

Um paciente de 69 anos de idade, ex-tabagista de 40 anos/maço, compareceu ao pronto-socorro relatando piora de tosse produtiva e de dispneia havia uma semana. Ele relatou ter sido internado em duas outras ocasiões no mesmo ano, apesar do uso regular de formoterol associado à budesonida. Ao exame físico, apresentava os seguintes resultados: saturação de oxigênio em ar ambiente (SO₂) de 90%, frequência respiratória de 28 rpm, pressão arterial de 118 mmHg × 72 mmHg, frequência cardíaca de 104 bpm e ritmo cardíaco regular em dois tempos sem sopros. A ausculta pulmonar revelou murmúrio vesicular diminuído globalmente, com crepitações em bases. O restante do exame físico não apresentou mudanças significativas. Os exames laboratoriais na admissão revelaram: pH = 7,31; pO₂ = 91; pCO₂ = 48; HCO₃ = 24; BE = 1 (gasometria arterial em ar ambiente); hemoglobina = 14 g%; leucócitos = 7.100 com 1% de bastonetes, 10% de eosinófilos e creatinina 0,8 mg/dL. A espirometria prévia demonstrou volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) = 45% do predito (após broncodilatador). Após três nebulizações com fenoterol e ipatrópio, o paciente evoluiu com melhora da dispneia, SO₂ de 94% e frequência respiratória de 22 rpm.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 65** Esse paciente deve receber a vacina pneumocócica polissacarídica, conforme posicionamento do Ministério da Saúde do Brasil.
- 66** Recomenda-se o uso de prednisona e azitromicina por cinco dias.
- 67** Está indicado o uso de roflumilaste, para reduzir as exacerbações futuras.

Uma paciente de 71 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes, foi admitida no pronto-socorro referindo que apresentava, havia três dias, episódios de dor retroesternal ao repouso, em peso, de moderada intensidade, sem irradiação e com alívio espontâneo em menos de vinte minutos. Contudo, segundo a paciente, esses episódios tornaram-se mais frequentes e de maior intensidade algica nas 24 horas anteriores a esse atendimento, quando já ocorreram três vezes. Na admissão, ela relatou desconforto torácico do tipo opressão havia uma hora. Ao exame físico, encontrava-se eupneica, com pressão arterial de 138 mm/Hg × 82 mm/Hg, frequência cardíaca de 74 bpm e ritmo cardíaco regular em dois tempos sem sopros. O restante do exame físico foi normal. A dosagem da troponina ultrasensível foi normal. Foi realizado eletrocardiograma com calibração padrão, apresentado a seguir.

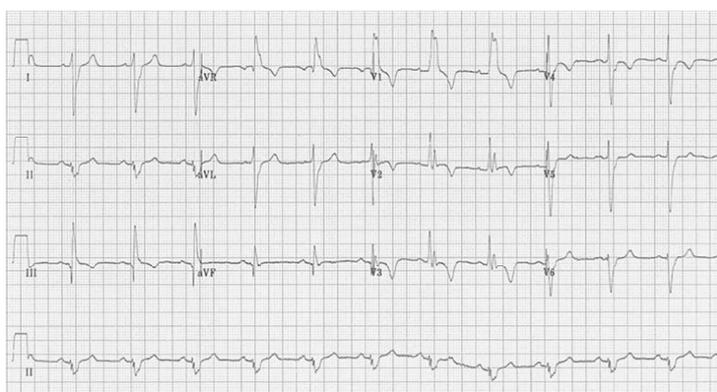


Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens seguintes, conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2021.

- 68** Recomenda-se nesse caso a realização adicional das derivações eletrocardiográficas: V3R, V4R, V7, V8 e V9.
- 69** A mioglobina deve ser dosada para confirmação diagnóstica precoce.

- 70** Recomenda-se a realização da cintilografia miocárdica de perfusão em repouso para determinar a etiologia da dor.
- 71** Para a redução de eventos cardiovasculares, o uso da heparina não fracionada é a melhor estratégia anticoagulante.

Um homem de 68 anos de idade compareceu ao pronto-socorro relatando que apresentava, havia quatro horas, intensa dor torácica, com piora à inspiração profunda, acompanhada de dispneia súbita e um episódio de síncope. Ele estava em acompanhamento urológico devido à recente elevação do antígeno prostático específico (PSA). Ao exame físico, encontrava-se dispneico, com frequência cardíaca de 126 batimentos por minuto, frequência respiratória de 31 respirações por minuto, saturação de oxigênio de 85% e pressão arterial de 82 mmHg × 54 mmHg. Não foram detectadas outras alterações significativas ao exame. Os marcadores de necrose cardíaca, os exames laboratoriais de rotina e o RX de tórax solicitados foram normais. O eletrocardiograma realizado, com calibração padrão, encontra-se na figura a seguir.



Acerca desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 72** A rivaroxabana deve ser iniciada prontamente.
- 73** A hipocinesia do ventrículo direito e a hipertensão pulmonar são achados ecocardiográficos compatíveis com esse quadro.

Acerca das doenças renais, julgue os itens a seguir.

- 74** A glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP) tipo II costuma estar associada a infecções persistentes por hepatite C, doenças autoimunes, como lúpus ou crioglobulinemia, e doenças neoplásicas.
- 75** A síndrome nefrótica caracteriza-se, classicamente, por proteinúria maciça, hematúria significativa, hiperalbuminemia, hipercolesterolemia, edema e hipertensão arterial.
- 76** Os cálculos renais causados por infecção do trato urinário superior, quando não tratados adequadamente, podem levar à doença renal em estágio terminal.
- 77** O aumento nutricional dietético de cálcio aumenta o risco de formação de cálculos renais, contudo, por mecanismos diferentes, com a redução da absorção intestinal de oxalato, a suplementação de cálcio diminui o risco de nefrolitíase.
- 78** A hipocalemia não é comum na insuficiência renal crônica e, em geral, reflete as reduções extremas na ingestão alimentar de potássio, principalmente quando associadas ao tratamento diurético excessivo ou às perdas gastrointestinais concomitantes.
- 79** Aterosclerose, hipertensão arterial crônica e idade avançada são fatores que determinam a intensidade da resposta autorreguladora renal e o risco de desenvolver azotemia pré-renal.

Com relação às doenças endócrinas, julgue os itens seguintes.

- 80** A patogênese do hipotireoidismo causado por amiodarona envolve a incapacidade da tireoide em escapar do efeito Wolff-Chaikoff na tireoidite autoimune.
- 81** O controle mais rigoroso da glicemia (H_g glicada menor ou igual a 6%) é altamente benéfico e recomendado a portadores de diabetes melito tipo II com alto risco de doença cardiovascular.
- 82** Na tireotoxicose induzida por amiodarona (TIA) tipo 1, o uso de antitireoidianos costuma ser ineficaz na reversão do quadro.
- 83** O risco de desenvolvimento de neoplasia maligna em bócios multinodulares é cerca de três vezes maior que em nódulos solitários de tireoide.
- 84** O uso de levotiroxina para suprimir os níveis de TSH e reduzir os nódulos de tireoide, em população normossuficiente de iodo, não é efetivo, por isso não é recomendado.
- 85** Os fatores ambientais comprovadamente associados ao risco de desenvolvimento de diabetes melito incluem deficiência de vitaminas A e C e infecções pelo vírus da caxumba e pelo Zika vírus.

A respeito de doenças reumáticas, julgue os itens subsequentes.

- 86** O consumo de álcool promove hiperuricemia, que pode levar à gota em razão do aumento na produção de urato e da diminuição na excreção de ácido úrico.
- 87** Os pacientes que apresentam maior tendência a desenvolver manifestações extra-articulares durante a evolução clínica da artrite reumatoide são aqueles que têm história prévia de diabetes e teste negativo cronicamente para fator reumatoide sérico.
- 88** Ao contrário da espondiloartite, a artrite reumatoide raramente acomete a coluna vertebral torácica e lombar.
- 89** A estenose mitral é a manifestação cardíaca valvar mais comum da artrite reumatoide.
- 90** A manifestação extra-articular mais comum da espondilite anquilosante é a uveíte anterior aguda.
- 91** Os agentes redutores de urato devem ser iniciados durante os ataques agudos de gota, para reduzir o risco de exacerbações da doença.

Julgue os próximos itens, relativos a doenças infecciosas e terapia antibiótica.

- 92** Para portadores de prótese valvar cardíaca que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos odontológicos, a profilaxia de endocardite infecciosa indicada pode ser realizada corretamente com levofloxacina 500 mg, via oral, 1 hora antes do procedimento.
- 93** No tratamento da artrite bacteriana não gonocócica, o uso empírico de penicilina G cristalina proporciona uma cobertura adequada para a maioria das infecções adquiridas na comunidade por adultos, quando os esfregaços não mostram a presença de microrganismos.
- 94** As sulfonamidas devem ser evitadas no tratamento de infecção do trato urinário em mulheres no final da gestação, por seu potencial efeito causador de *kernicterus*.
- 95** Um esquema de doxiciclina, via oral, na dose de 100 mg, de 12 h em 12 h por 28 dias, é uma opção recomendada para o tratamento da artrite de Lyme.
- 96** No tratamento da diarreia aguda por infecção por *Clostridium difficile*, na presença de íleo adinâmico, a terapêutica com metronidazol é a que tem melhores resultados clínicos.

Compareceu a uma consulta médica um homem com 60 anos de idade, sedentário, com sobrepeso e alimentação desbalanceada, portador de hipertensão arterial sistêmica havia cinco anos e com histórico de consumo de meia garrafa de vinho ao dia (350 mL). Na consulta, constatou-se PA de 150 mmHg × 85 mmHg, e a ecocardiografia apresentou resultado normal.

A partir desse caso clínico hipotético, julgue os itens a seguir.

- 97** A alimentação adequada quanto ao consumo de sal e ao controle do peso e a prática de atividade física são fatores que precisam ser adequadamente controlados; em relação ao álcool, não há necessidade de restrição, pois se trata de um hipotensor e protetor cardiovascular.
- 98** A hipertensão arterial sistólica é muito comum em idosos; nesse caso, deve-se buscar a redução rápida para valores inferiores a 120 mmHg, visto que hipertensão é fator de risco para infarto do miocárdio.
- 99** No caso em tela, a prescrição de diuréticos não é a melhor alternativa terapêutica, pois eles são menos eficazes e devem ser evitados em paciente idoso, diferentemente dos betabloqueadores, que devem ser a primeira linha de prescrição no caso.
- 100** A associação entre diuréticos tiazídicos e antagonistas da angiotensina II é uma boa opção no caso em questão, particularmente em relação ao sinergismo de efeito sobre o sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- 101** Seja qual for o tratamento de escolha, o referido paciente deve ser orientado quanto ao possível efeito adverso mais comum entre praticamente todos os anti-hipertensivos: a disfunção sexual.
- 102** A pressão arterial do paciente deve ser bem controlada, pois tem alta prevalência em idosos e baixas taxas de controle; a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115 mmHg × 75 mmHg de forma linear, contínua e independente.
- 103** Considere que, após algumas semanas, o referido paciente tenha apresentado elevação da pressão arterial diastólica para 120 mmHg, porém com estabilidade clínica, sem comprometimento de órgãos-alvo. Nesse caso, está caracterizada urgência hipertensiva, sendo a escolha do captopril via oral deglutido melhor do que o sublingual.
- 104** É importante solicitar EAS para o paciente em questão, pois, para o diagnóstico diferencial entre HAS primária ou de origem renal, a intensidade de proteinúria e hematuria no sedimento urinário é relevante.

Em relação às doenças pulmonares, julgue os itens subsecutivos.

- 105** Considere que um paciente com suspeita de bronquiectasias devido à tosse produtiva crônica apresente repetidas infecções de vias aéreas superiores e inferiores. Nesse caso, o melhor exame para confirmação do diagnóstico é a tomografia computadorizada do tórax para investigação de árvore respiratória, que demonstra a presença de dilatações brônquicas irreversíveis.
- 106** Entre os fatores que dificultam a resposta ao tratamento da asma, ou seu agravamento, incluem-se a utilização de medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios não esteroidais, β -bloqueadores e até formulações oftalmológicas.
- 107** O uso de corticoide inalatório no tratamento da asma pode causar efeitos adversos locais, como irritação da garganta, disfonia e candidíase, porém, mesmo em doses elevadas por tempo prolongado, não há risco de efeitos adversos sistêmicos, como redução da densidade mineral óssea, infecções respiratórias, catarata, glaucoma e supressão do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, como ocorre no uso de corticoides via oral.
- 108** Considerando-se que a etiologia das bronquiectasias é o comprometimento dos mecanismos de defesa pulmonares, tais como transporte mucociliar, o uso de mucolíticos, como N-acetilcisteína, deve ocorrer de maneira contínua.

A respeito das hepatites virais, mais especificamente da vulnerabilidade, imunidade e susceptibilidade, que varia de acordo com o agente etiológico, julgue os próximos itens.

- 109 Situação hipotética:** Por ocasião de exame de rotina, paciente masculino, de 20 anos de idade, apresentou anti-HVA IgG positivo, mas não foi possível distinguir se ele havia sido vacinado ou se se tratava de perfil sorológico devido a infecção anterior do vírus da hepatite A. **Assertiva:** O paciente em questão possui imunidade duradoura para esse vírus.
- 110** No que se refere às hepatites A, B e C, é correto afirmar que tratamento específico somente existe para a hepatite C, imunização somente existe para as hepatites A e B, e imunoglobulina pós-exposição somente existe para a hepatite B.
- 111** Se, em exame admissional para o setor de saúde, um paciente já vacinado para hepatite B apresentar HBsAg e anti-HBs negativos, porém anti-HBc reagente, isso significa que ele está susceptível.
- 112 Situação hipotética:** Durante a realização de uma campanha de prevenção de hepatite C, João apresentou anti-HCV positivo. **Assertiva:** É correto concluir que João se tornou portador crônico, pois, se ele tivesse contraído a doença e se curado, esse marcador estaria não reagente.
- 113 Situação hipotética:** Na investigação de cirrose hepática desenvolvida por um paciente, a sorologia evidenciou perfil sorológico positivo para hepatite B crônica, anti-HDV total positiva e HDV-RNA positivo. **Assertiva:** Trata-se de superinfecção do vírus D, em que o risco de cronicidade é superior a 50%.
- 114 Situação hipotética:** No terceiro trimestre de gestação, Maria apresentou sintomatologia compatível com hepatite; a sorologia foi positiva para hepatite E e anti-HEV total. **Assertiva:** Apesar de seu risco de morte chegar a 25%, não haverá evolução para cronicidade caso Maria sobreviva.

Acerca dos cuidados gerais com o paciente em medicina interna, julgue os itens subseqüentes.

- 115** Para paciente encaminhado à clínica médica pela psiquiatria a fim de avaliação devido ao uso do medicamento antipsicótico clozapina, recomenda-se solicitar hemograma de maneira periódica para monitorização de agranulocitose.
- 116** O cuidado em relação à artrite reativa, após infecção bacteriana geniturinária, é a imediata terapêutica antimicrobiana para gram-negativo, pois se trata de quadro grave que não pode aguardar a punção do líquido sinovial com cultura e antibiograma.
- 117** A recomendação para prevenção de câncer de próstata em pessoa acima de 50 anos de idade e com caso dessa patologia na família é uma dieta de alimentos rica em vitamina E, ou a suplementação por medicamento associado com selênio.
- 118** Além da melhoria da sintomatologia, a recomendação para avaliação da eficiência da terapêutica das miopatias inflamatórias é basear-se na redução dos níveis séricos das enzimas musculares.
- 119** A desfibrilação e a cardioversão elétrica (CVE) consistem na aplicação de corrente elétrica de alta energia para reversão de arritmias cardíacas geradas pelo mecanismo de reentrada; na primeira, a corrente elétrica é aplicada em qualquer momento do ciclo cardíaco, diferentemente da segunda, que está sempre sincronizada com o complexo QRS.
- 120** Em relação aos testes sorológicos para diagnóstico de doença celíaca, o anticorpo antitransglutaminase (TTG) é o teste de escolha devido à elevada sensibilidade e especificidade, mas é imprescindível a realização de endoscopia digestiva alta com biópsia do intestino delgado.

Espaço livre