-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --

Um homem de 45 anos de idade faz acompanhamento ambulatorial para prevenção de eventos cardiovasculares. Suas medidas de pressão arterial no consultório em três ocasiões distintas, ao longo do último mês, foram respectivamente iguais a 148 mmHg × 92 mmHg, 152 mmHg × 94 mmHg e 145 mmHg × 90 mmHg. Ele relata sentir-se nervoso no consultório e nega quaisquer sintomas em casa. Ele não possui comorbidades conhecidas e é ativo fisicamente. O restante do exame físico está normal.

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

51 Com base apenas nas três medições de pressão arterial realizadas no consultório, é possível classificar o paciente como portador de hipertensão sustentada estágio 1.

52 Haja vista a possibilidade de efeito do avental branco, se um MAPA de 24 horas fosse realizado no paciente e mostrasse pressão arterial média igual a 128 mmHg × 84 mmHg, o diagnóstico de hipertensão deveria ser descartado e as alterações da pressão arterial observadas no consultório poderiam ser consideradas efeito do avental branco.

53 Mesmo que o paciente seja diagnosticado com hipertensão do avental branco, ele ainda apresenta um risco cardiovascular de longo prazo maior que o de indivíduos normotensos verdadeiros.

54 A utilização de combinações de fármacos em dose fixa e em comprimido único é desaconselhada para pacientes como este, pois pode levar a maior ocorrência de efeitos colaterais, o que reduz a adesão ao tratamento.

Uma mulher de 72 anos de idade foi admitida no pronto-socorro com quadro de dispneia e fadiga progressivas nos últimos 3 meses, com piora significativa nos últimos 2 dias. No exame físico, apresentou ritmo cardíaco irregular, crepitações pulmonares finas bilaterais, turgência jugular e edema em membros inferiores. O eletrocardiograma (ECG) mostrou ritmo de fibrilação atrial e baixa voltagem do complexo QRS. O ecocardiograma revelou aumento biatrial, ventrículo esquerdo com hipertrofia concêntrica, disfunção diastólica moderada, fração de ejeção de 58% e ventrículo direito sem alterações. Foi coletado um BNP de 350 pg/mL.

Considerando o caso clínico hipotético apresentado, julgue os itens que se seguem.

55 O diagnóstico de insuficiência cardíaca deve ser afastado, já que a fração de ejeção do ventrículo esquerdo está acima de 50%.

56 Deve ser levantada a suspeita de amiloidose cardíaca, devido à baixa voltagem no complexo QRS no eletrocardiograma em conjunto com o espessamento ventricular esquerdo no ecocardiograma.

57 Considerando-se o ritmo cardíaco apresentado no ECG da paciente, pontos de corte mais elevados devem ser considerados para interpretação do resultado do peptídeo natriurético.

58 De acordo com os ensaios clínicos mais recentes publicados, os inibidores de SGLT2 devem ser a primeira escolha no tratamento de emergência dessa paciente, enquanto os diuréticos de alço devem ser reservados para os casos refratários.

Um homem de 58 anos de idade, com histórico de diabetes melito e tabagismo, chegou à emergência com dor torácica retroesternal tipo aperto, iniciada havia cerca de 3 horas, sem alívio completo com repouso. A dor irradiava para o braço esquerdo. O eletrocardiograma (ECG) realizado na admissão mostrou ritmo sinusal, sem supra ou infradesnivelamento do segmento ST ou outras alterações. O marcador de necrose miocárdica troponina ultrassensível foi colhido, mas é aguardado o resultado.

Julgue os seguintes itens, referentes ao caso clínico hipotético apresentado.

59 Como o paciente chegou à emergência antes de 6 horas do início dos sintomas, adicionalmente deveria ser solicitado exame da mioglobina, devido à sua maior sensibilidade para detecção precoce de infarto do miocárdio.

60 A analgesia inicial de escolha para esse paciente deve ser feita com morfina, devido à presença de dor possivelmente isquêmica.

61 Uma vez normal o resultado do ECG, estará indicada a alta hospitalar do paciente em questão, desde que haja resultado negativo da troponina colhida e alívio da dor.

62 É recomendado o uso de AAS na dose inicial de 150 mg a 300 mg o mais precocemente possível, caso o paciente em tela não possua contraindicação prévia.

Paciente de 35 anos de idade, do sexo feminino, compareceu ao hospital para consulta médica, apresentando quadro de tosse seca, sibilos, dispneia e opressão torácica. Relatou que os sintomas apareciam e desapareciam no tempo e eram desencadeados com a mudança do clima, ao ficar mais frio, e quando tinha contato com livros velhos. Referiu ser alérgica a aspirina, pois, em uma das crises prévias, havia sido receitado esse medicamento e ela apresentara piora considerável dos sintomas de tosse, dispneia e sibilos, tendo tido que retornar ao pronto-socorro. Disse que, geralmente, quando em crise, faz uso de salbutamol, mas que desta vez esse medicamento não resolveu o problema. A paciente tem antecedentes pessoais de rinossinusite crônica e pólipos nasais, nega outras comorbidades, está em uso de budesonida nasal e faz lavagem nasal. No exame físico, demonstrou bom estado geral, estando anictérica, corada e acianótica; sentada inclinada sobre a mesa, falava frases incompletas e estava um pouco agitada. Sua saturação de oxigênio é de 90% em ar ambiente; frequência respiratória de 25 irpm; frequência cardíaca de 121 bpm; e pressão arterial de 125 mmHg × 90 mmHg. Seu aparelho cardiovascular apresenta ritmo cardíaco regular em dois tempos, com bulhas normofonéticas. Seu aparelho respiratório apresenta sons respiratórios presentes bilateralmente, com sibilos difusos, além de presença de retrações subcostais. A paciente apresentou radiografia de tórax realizada havia 4 dias, a qual não mostrou alterações. O pico de fluxo expiratório realizado na emergência mostrou um valor correspondente a 45% em relação ao predito.

Considerando esse caso clínico hipotético, julgue os itens a seguir.

63 O quadro clínico descrito mostra uma exacerbação de asma grave, devendo ser iniciada a administração de salbutamol combinado a ipratrópio, via espaçador de 20/20 minutos na primeira hora, oxigenoterapia e metilprednisona intravenosa.

64 Considerando-se o diagnóstico principal de asma, conclui-se do caso clínico um fenótipo de asma exacerbada por aspirina, devido à presença de rinossinusite crônica, polipose nasal e sensibilidade a aspirina.

65 A paciente deve ser orientada a não fazer uso de aspirina nem de qualquer outro anti-inflamatório não esteroidal, devido à possibilidade de exacerbação.

66 A piora do quadro com o uso da aspirina explica-se pela inibição da ciclo-oxigenase COX 2 e seu produto a prostaglandina E2, que leva à liberação de histamina, o que gera leucotrienos pelos basófilos.

Paciente do sexo masculino, com 65 anos de idade, tabagista, compareceu à consulta médica no hospital com quadro agudo de dispneia associada à dor torácica ventilatório-dependente. Estava em uso de amoxicilina-clavulanato e azitromicina, prescritos no dia anterior durante atendimento em pronto-socorro, ocasião em que recebera diagnóstico de pneumonia, segundo o paciente. Devido à piora dos sintomas respiratórios, procurou nova avaliação. O paciente tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial sistêmica, neoplasia prostática, aguardando cirurgia, e dislipidemia. Faz uso contínuo de losartana e rosuvastatina. No exame físico, o paciente apresentou-se em regular estado geral, anictérico, corado, acianótico, agitado e desconfortável; com saturação de oxigênio igual a 89% em ar ambiente (saturação basal relatada de 94%); frequência respiratória de 25 irpm; frequência cardíaca de 115 bpm; pressão arterial de 85 mmHg × 60 mmHg (pressão basal relatada de 130 mmHg × 80 mmHg); aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular em dois tempos, com hiperfonese do componente B2 no foco pulmonar e sopro em foco tricúspide; aparelho respiratório com sons respiratórios presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios; uso de musculatura acessória; nas extremidades, edema em membro inferior direito, com cacifo positivo e dor à dorsiflexão do pé na panturrilha. O paciente apresentou CD de tomografia de tórax sem contraste realizada no pronto-socorro no dia anterior, que mostrava opacidade pulmonar com base pleural e relação entre os ventrículos direito e esquerdo (VD/VE) > 0,9.

A partir do caso clínico hipotético precedente, julgue os itens que se seguem.

67 Os próximos passos no atendimento do paciente deverão consistir em: internação em terapia intensiva; monitorização com múltiplos parâmetros; fornecimento de oxigênio com máscara oronasal; realização de acesso venoso para hidratação; reavaliação e coleta de gasometria arterial.

68 O diagnóstico principal para o caso é de sepse de foco pulmonar, podendo a hipoxemia ser explicada pelo distúrbio ventilação-perfusão causado pela pneumonia.

69 Os exames a serem realizados, após as medidas de estabilização inicial, são a angiotomografia de tórax e o *doppler* de membro inferior direito a beira-leito.

70 O paciente deve ser tratado imediatamente com heparina não fracionada, e a alteplase deve ser considerada após excluídas contraindicações ao procedimento, uma vez que a probabilidade pré-teste para embolia pulmonar é alta e o paciente apresenta instabilidade hemodinâmica.

Paciente do sexo masculino, com 68 anos de idade, tabagista, compareceu a atendimento ambulatorial com quadro de tosse crônica e dispneia para andar 100 metros no plano, ao ponto de ter de interromper a marcha. Nega exacerbações no último ano ou internações. Tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia, estando em uso de losartana e rosuvastatina. Os dados a seguir referem-se a resultados de exames apresentados pelo paciente.

- Espirometria, demonstrando os valores pré (% do predito) e pós-broncodilatador de cada parâmetro, respectivamente: CVF 2,58 (65%) – 2,99; VEF1 0,75 (24%) – 0,88; VEF1/CVF 0,29 – 0,29. Limite inferior do normal (LIN): CVF 3,06, VEF1 2,34 e VEF1/CVF 0,71.
- Hemograma: hemoglobina 15 g/dL (12-16 g/dL); hematócrito 50% (36%-54%); leucócitos totais 7.800/mm3 (4.000-10.000/mm3); eosinófilos 90/mm3 (0-550/mm3); plaquetas 450.000/mm3 (150.000-450.000/mm3).

Julgue os seguintes itens, referentes ao caso clínico hipotético apresentado.

71 Para que o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica seja estabelecido, é necessária tomografia de tórax que mostre enfisema e sinais de broncopatia inflamatória.

72 O paciente em questão deve ser tratado com um beta2-agonista de longa ação associado a um antimuscarínico de longa ação e a um corticoide inalatório.

Paciente do sexo masculino, com 37 anos de idade, professor, vem apresentando pirose retroesternal após o almoço, aproximadamente 3 vezes por semana, nos últimos dois meses. Relata estar mais estressado ultimamente, tendo engordado 8 kg no último ano. Não apresenta outros sintomas relevantes nem nenhum antecedente patológico ou relato de uso de medicações. Exames laboratoriais de rotina realizados pelo paciente em uma unidade básica de saúde (UBS) há 1 mês não mostram nenhuma alteração.

A partir do caso clínico hipotético precedente, julgue os itens que se seguem.

73 Para esse paciente, é adequado tratamento farmacológico com um inibidor de bomba de prótons em dose plena durante 8 semanas, não havendo a necessidade de realização de endoscopia digestiva alta para o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico.

74 No caso em apreço, se o paciente for submetido a uma endoscopia digestiva alta, provavelmente será encontrada uma esofagite erosiva, presente em 70% dos pacientes com o quadro descrito.

Em relação a úlceras pépticas, julgue os itens a seguir.

75 A infecção por *Helicobacter pylori* é responsável pela grande maioria dos casos de úlcera duodenal e, para o tratamento de primeira linha dessa bactéria em pacientes que não apresentam alergia a fármacos, no Brasil está indicada a terapia tríplice com inibidor de bomba de prótons, claritromicina e amoxicilina durante 7 dias.

76 No caso de úlcera péptica cursando com hemorragia digestiva alta, o manejo inicial envolve estabilização hemodinâmica, administração de inibidor de bomba de prótons em alta dose e realização de endoscopia digestiva alta dentro das primeiras 24 horas do evento; o tratamento endoscópico poderá ser indicado conforme a classificação de Sakita, que associa características morfológicas da úlcera a taxas de ressangramento.

Paciente do sexo feminino, com 65 anos de idade, dona de casa, procurou uma unidade de pronto atendimento apresentando dor epigástrica muito intensa, irradiada para hipocôndrios e dorso havia 3 horas. Apresentava-se, no exame clínico, com frequência cardíaca de 100 bpm, pressão arterial de 88 mmHg × 56 mmHg e frequência respiratória de 32 irpm. Na avaliação laboratorial de entrada, foi coletado o exame de amilase sérica, cujo resultado foi de 412 UI/L (valores de referência: 30 a 110 UI/L). Não havia a possibilidade de realização de exames de imagem no serviço.

Considerando esse caso clínico hipotético, julgue os itens subsecutivos.

77 No caso em apreço, há elementos suficientes para se estabelecer o diagnóstico de pancreatite aguda.

78 Dada a potencial gravidade do quadro, denotada pelos sinais vitais alterados observados na paciente, o tratamento deve consistir em hidratação vigorosa, manejo da dor segundo os princípios da escala analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS), jejum inicial e reinício precoce da alimentação, assim que tolerado, e antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro.

Acerca de doenças inflamatórias intestinais, julgue os próximos itens.

79 Artralgia, artrite, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, episclerite, uveíte e colangite esclerosante primárias são manifestações extraintestinais que podem ocorrer tanto na doença de Crohn quanto na retocolite ulcerativa.

80 Anti-TNF, anti-integrinas e anti-interleucinas são classes de medicamentos biológicos que podem ser utilizadas no tratamento da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa, mas também são utilizados, além dos biológicos, imunossupressores e corticoides e, exclusivamente para a retocolite ulcerativa, aminossalicilatos como a mesalazina.

Jovem de 17 anos de idade, do sexo masculino, feirante, procedente de Itaúnas – BA, compareceu a consulta ambulatorial por apresentar diarreia líquida intermitente, sem sangue ou muco, com frequência de 4 a 6 vezes ao dia, havia 6 meses, sem dor abdominal associada, e com perda ponderal de 5 kg no período. O paciente usara probióticos e loperamida, por indicação médica, com melhora parcial do quadro, mas houvera posterior recidiva.

A partir do caso clínico hipotético precedente, julgue os itens que se seguem.

81 A colonoscopia é imprescindível na investigação diagnóstica desse paciente.

82 Doença celíaca é um possível diagnóstico para esse paciente e deve ser investigada inicialmente com dosagem do anticorpo sérico anti-transglutaminase tecidual associada à dosagem de níveis séricos de IgA.

No que diz respeito a queixas comuns em serviços de urgência, julgue os itens a seguir.

83 O nistagmo vertical espontâneo e a instabilidade de marcha em paciente com zumbido sugerem etiologia periférica e benignidade do quadro.

84 A sinusite bacteriana deve ser considerada em pacientes com sintomas nasais persistentes por mais de 10 dias, especialmente com dor facial unilateral e secreção purulenta.

85 Deve-se iniciar o tratamento da urticária aguda, preferencialmente, com corticoterapia sistêmica e anti-histamínicos de primeira geração.

86 A principal estratégia terapêutica da rinite alérgica moderada a grave envolve o uso contínuo de corticosteroide intranasal.

87 A ausência de alterações neurológicas no exame físico em caso de cefaleia súbita exclui a hipótese de hemorragia subaracnoidea.

Julgue os itens seguintes, referentes a doenças renais.

88 Na insuficiência renal aguda, a presença de fração de excreção de sódio (FENa) menor que 1% sugere causa pré-renal.

89 Na doença renal crônica, a anemia ocorre predominantemente por deficiência de ferro nutricional.

90 A formação de cálculos de estruvita, frequentemente associada a infecções do trato urinário por bactérias produtoras de urease, ocorre principalmente em ambiente de urina ácida e está relacionada à hipercalciúria idiopática.

91 Em pacientes com insuficiência renal crônica estável, a acidose metabólica com ânion *gap* normal sugere acúmulo de ácidos tituláveis como sulfatos e fosfatos e está relacionada principalmente ao aumento compensatório da reabsorção tubular de bicarbonato.

Julgue os itens subsequentes, acerca de doenças endócrinas.

92 A metformina deve ser descontinuada em todos os pacientes com taxa de filtração glomerular inferior a 60 mL/min/1,73m^2.

93 A presença de TSH suprimido com T4 livre elevado confirma hipertireoidismo primário.

94 A tireoidite subaguda geralmente cursa com dor cervical e velocidade de hemossedimentação elevada.

No que diz respeito a doenças reumatológicas, julgue os itens a seguir.

95 Os punhos e as articulações interfalangeanas distais destacam-se como as articulações mais frequentemente acometidas em portadores de artrite reumatoide em evolução.

96 A doença inflamatória intestinal, mesmo que subclínica, é raramente associada a portadores de espondiloartropatias.

97 A presença de anticorpos Anti-Ro (SS-A) pode estar associada ao lúpus, que cursa com bloqueio cardíaco congênito.

98 Em portadores de lúpus eritematoso sistêmico (LES), a ocorrência de eventos vasculares, como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdico, é menos frequente na presença de anticorpos antifosfolipídeos, comparativamente a outros anticorpos que podem ser encontrados.

99 Geralmente, apenas uma articulação é inicialmente acometida na gota, embora possa haver o desenvolvimento de exacerbações oligo ou poliarticulares com o passar do tempo.

No que se refere à infectologia, julgue os itens que se seguem.

100 Na endocardite infecciosa aguda, quando acomete uma valva nativa, os sopros podem estar ausentes a princípio, mas são detectados durante a evolução da doença na maioria dos casos.

101 A candidíase vulvovaginal provoca prurido, queimação ou irritação vulvar e aumenta a secreção vaginal, que adquire odor fétido.

102 Em homens sexualmente ativos e com menos de 35 anos de idade, a epididimite aguda é causada, com mais frequência, por *N. gonorrhoeae*, sendo menos comum a infecção por *C. trachomatis*.

103 O herpes-zóster recorrente é muito raro, exceto em pacientes imunocomprometidos.

104 Para início do tratamento empírico da endocardite infecciosa de valva nativa com apresentação subaguda, é razoável e aceitável utilizar-se da combinação de vancomicina e ceftriaxona.

Acerca de emergências clínicas, julgue os itens seguintes.

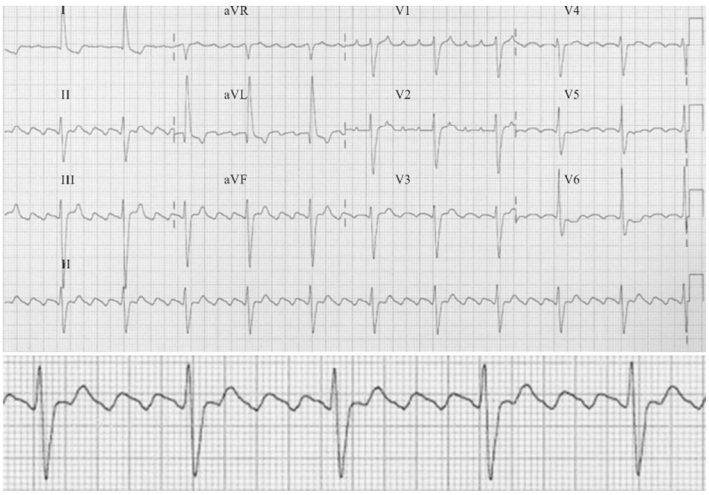
105 Durante o manejo de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com ritmo chocável, recomenda-se carga escalonada para os choques subsequentes da desfibrilação.

106 O uso da morfina para o tratamento de edema pulmonar agudo tem sido alvo de questionamentos, pois, além de haver evidências de aumento de mortalidade com o uso do fármaco, sua ação vasodilatadora mostra-se pobre e o efeito ansiolítico pode ser obtido por outras drogas que trazem menos riscos.

107 Na emergência hipertensiva de gestante com risco iminente de eclampsia, indica-se, inicialmente, terapia endovenosa com nitroprussiato de sódio.

108 Pacientes com hemorragia digestiva alta (HDA) causada por varizes esofágicas têm pior prognóstico em comparação a pacientes com HDA de outras origens.

Paciente de 79 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica, em uso regular de losartana (50 mg ao dia), compareceu ao pronto-socorro devido a palpitações que o incomodavam havia dois dias. Ele negou outros sintomas. No exame físico, apresentava-se hemodinamicamente normal e sem alterações significativas. Foi submetido a eletrocardiograma, cujo resultado é apresentado a seguir, com a derivação DII em detalhe.



Com base no caso clínico hipotético precedente, julgue os itens que se seguem.

109 Recomenda-se a manobra de Valsalva como primeira medida, para a reversão ao ritmo sinusal.

110 Em caso de falha da terapêutica de primeira linha indicada para o caso, deverá ser realizada a cardioversão elétrica antes da alta hospitalar do paciente.

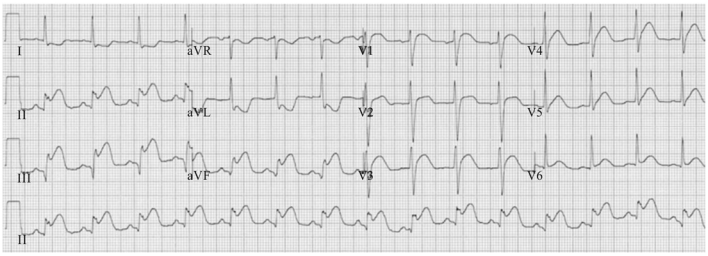
111 A ausculta de uma quarta bulha (B4) é incompatível com o caso apresentado.

À luz das normas vigentes relacionadas à ética médica, julgue os próximos itens.

112 A atuação do médico perito deve estar limitada às suas atribuições e competências profissionais.

113 A atuação pericial com absoluta isenção é uma imposição ética.

Na emergência de um hospital terciário com todos os recursos disponíveis, deu entrada um homem de 61 anos de idade, hipertenso, em uso regular de lisinopril (10 mg ao dia), com quadro de precordialgia em peso, ao repouso, sem irradiação, havia duas horas. No exame físico, apresentava palidez cutâneo mucosa, saturação de oxigênio (em ar ambiente) de 92%, pressão arterial de 88 mmHg × 64 mmHg (média de três medidas), frequência cardíaca de 94 bpm e ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. O restante do exame físico foi normal. O resultado da troponina T ultrassensível foi 0,008 µg/mL (VR até 0,014 µg/L). O paciente foi submetido a eletrocardiograma, cujo resultado é apresentado a seguir.



A respeito do quadro hipotético precedente, julgue os itens a seguir.

114 Recomenda-se o uso de ácido acetilsalicílico, nitrato sublingual e heparina não fracionada na admissão do paciente.

115 A angioplastia primária é o tratamento de eleição no caso em questão.

116 Após a alta hospitalar, cabe indicar ao referido paciente, com vistas à redução do risco de morte e de eventos cardiovasculares, a vacina contra *influenza* anualmente, desde que não haja contraindicação.

Com base nas Resoluções CNJ n.º 343/2020 e TJPA n.º 17/2021, julgue os itens subsequentes.

117 Conforme a citada resolução do CNJ, o magistrado com deficiência poderá solicitar diretamente à autoridade competente do respectivo tribunal condição especial de trabalho, mediante requerimento instruído com laudo técnico, informando se a localidade de residência atual prejudica sua condição de saúde e se o local de lotação do periciado dispõe de estrutura adequada para a situação clínica apresentada, entre outras informações.

118 A referida resolução do TJPA prevê que, para a manutenção da condição especial de trabalho, o servidor com deficiência deverá apresentar, sempre anualmente, laudo técnico que comprove a continuidade da situação que fundamentou a concessão do benefício.

Em um hospital terciário com todos os recursos disponíveis, deu entrada um homem de 58 anos de idade, que foi internado devido a febre, palpitações e dispneia havia quatro dias. Ele negou alergias. No exame clínico, apresentava-se hemodinamicamente estável, com sopro diastólico em foco aórtico. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose importante com desvio à esquerda, VHS de 82 mm, creatinina de 1,2 mg/dL e isolamento de *Streptococcus gallolyticus* em duas hemoculturas. A ecocardiografia revelou aorta de 30 mm, átrio esquerdo de 43 mm, diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo de 58 mm, diâmetro sistólico final do ventrículo esquerdo de 38 mm, fração de ejeção de 62%, septo de 9 mm, parede posterior de 9 mm, valva aórtica bivalvular calcificada, com presença de vegetação móvel na face ventricular medindo 1,8 cm × 0,9 cm, com insuficiência aórtica importante. O eletrocardiograma realizado no paciente é mostrado a seguir.



Tendo como referência as informações desse caso clínico hipotético, julgue os itens subsecutivos.

119 Para o paciente em questão, recomenda-se o tratamento conservador com penicilina G cristalina 14 a 18 milhões de unidades ao dia, por quatro semanas.

120 No caso em apreço, impõe-se a realização de colonoscopia em tempo oportuno.