

-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --

Em relação à detecção precoce do câncer, julgue os próximos itens, conforme o posicionamento do Instituto Nacional de Câncer.

- 51 Está indicado o rastreamento bienal com tomografia computadorizada em tabagistas ativos de alto risco, com idade entre 50 e 79 anos e carga tabágica de 20 maços ou mais por ano.
- 52 A maior eficácia do rastreamento mamográfico é obtida na faixa etária de 50 a 59 anos, em virtude da melhor acuidade da mamografia decorrente da maior densidade mamária nessas mulheres.
- 53 Recomenda-se rastreamento mamográfico a cada dois anos em mulheres de 50 a 69 anos de idade.

Uma paciente de 56 anos de idade, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) havia nove anos, estava em uso regular de anlodipino, enalapril e hidroclorotiazida nas doses máximas preconizadas. Ela relatou cefaleia frontal de moderada intensidade após discussão familiar. Ao exame físico, apresentava circunferência abdominal de 96 cm, circunferência cervical de 41 cm, pressão arterial (PA) de 184 mmHg × 121 mmHg (média de três medidas) e frequência cardíaca de 72 bpm. Os demais achados do exame físico e os exames complementares de rotina foram normais.

Considerando o caso clínico apresentado e as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020, julgue os itens subsecutivos.

- 54 Causas secundárias de HAS devem ser investigadas nessa paciente.
- 55 Recomenda-se iniciar o nitroprussiato de sódio com 0,5 µg/kg/minuto e aumentar a dose até reduzir a pressão arterial média em 25% do valor atual.
- 56 Trata-se de um caso de emergência hipertensiva em uma paciente com HAS refratária.
- 57 Após o adequado controle do quadro, recomendam-se a espironolactona no receituário de alta e o acompanhamento ambulatorial precoce, em até sete dias.
- 58 Em casos como o dessa paciente, a curva de autorregulação é deslocada para a direita, o que permite que ela tolere níveis mais elevados da PA com menos sintomas.

Uma paciente com 74 anos de idade, obesa, hipertensa e previamente assintomática, acordou com dispneia intensa havia 30 minutos. Os exames laboratoriais, eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma realizados havia 10 dias não revelaram alterações significativas. Ao exame físico, apresentava-se afebril, acianótica, com saturação de oxigênio à oximetria de pulso de 82%, extremidades frias, sudorese profusa, com batimento de asa de nariz, uso de musculatura acessória, frequência respiratória de 32 rpm, pressão arterial de 164 mmHg × 96 mmHg, frequência cardíaca de 148 bpm e *ictus cordis* normal. A ausculta cardíaca revelou ritmo cardíaco irregular em dois tempos sem sopros. Estertores crepitantes até ápice e bilateralmente foram observados à ausculta pulmonar. Os demais sistemas não apresentavam alterações significativas ao exame clínico. O resultado do ECG da paciente é apresentado a seguir.



Com base nesse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 59 O resultado normal da troponina ultrasensível obtida na admissão afastará o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.
- 60 Recomenda-se a nitroglicerina intravenosa visando-se à redução do tempo de internação, mortalidade intra-hospitalar e taxa de reinternação hospitalar.
- 61 Trata-se de uma paciente no estágio B da insuficiência cardíaca (IC), cujo substrato latente a predispôs a esse episódio agudo.
- 62 A paciente apresenta o perfil clínico-hemodinâmico da insuficiência cardíaca (IC) aguda mais frequentemente observado e o de melhor prognóstico.

Espaço livre

Uma paciente de 61 anos de idade, ex-tabagista de 30 anos/maço, compareceu ao pronto atendimento com piora da tosse produtiva e da dispneia havia uma semana. Ela relatou ter sido internada em duas outras ocasiões no ano, a despeito do uso regular de formoterol. Ao exame físico apresentava: saturação de oxigênio em ar ambiente (SO₂) de 88%, frequência respiratória de 27 rpm, pressão arterial de 114 mmHg × 82 mmHg, frequência cardíaca de 106 bpm e ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas normofonéticas. 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 = 7,30; pO₂ = 88; pCO₂ = 48; HCO₃ = 24; BE 1 (gasometria arterial em ar ambiente); hemoglobina 14 g%; leucócitos 7.100 com 1% bastonetes, 10% de eosinófilos e creatinina 0,8 mg/dL. A espirometria prévia demonstrou: volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) = 44% do predito (após broncodilatador).

Diante desse caso clínico hipotético, julgue os itens a seguir, tendo como referência o GOLD 2024 (Global Initiative for Obstructive Lung Disease).

- 63** A vacinação contra o vírus sincicial respiratório está indicada.
- 64** Recomenda-se o uso de prednisona, além de nebulizações com fenoterol e ipatrópio na admissão.
- 65** Após a estabilização do quadro, recomenda-se a terapia tripla com formoterol associado à budesonida e ao tiotropio.

Uma paciente de 59 anos de idade foi admitida com quadro de dor torácica ao repouso havia três horas. Queixava-se de precordialgia constritiva, de forte intensidade com irradiação para membro superior esquerdo após receber a notícia do falecimento de sua mãe. Relatava dislipidemia e transtorno de ansiedade generalizada em tratamento regular. Negava consumo de cocaína, álcool e de outras substâncias ilícitas. Negava história recente de síndrome gripal. Ao exame físico, apresentava-se hemodinamicamente normal, sem diferenças de pulsos ou outras alterações cardiovasculares e respiratórias relevantes. A radiografia de tórax nas incidências anteroposterior e perfil não revelou alterações. A dosagem da troponina T cardíaca ultrasensível (cTnT) foi de: 0,2ng/mL (VR<0,014 ng/mL). Ela foi submetida a cateterismo cardíaco, o qual mostrou artérias coronárias isentas de ateromatose obstrutiva, e a ventriculografia esquerda denotou hipocinesia anterior e apical com hipercinesia em segmentos basais, conferindo o aspecto de balão apical. O ECG da admissão é apresentado a seguir.



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

- 66** A evolução para insuficiência cardíaca crônica refratária é altamente provável em casos semelhantes a esse.
- 67** A teoria mais aceita para esse quadro é o aumento endógeno de catecolaminas, resultando em necrose de bandas de contração, uma característica histológica dessa síndrome.
- 68** A apresentação clínica peculiar bem como as anormalidades específicas no ECG permitem prontamente a diferenciação entre esse quadro e o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST.

Acerca de doenças gastrointestinais e hepáticas, julgue os itens a seguir.

- 69** Em relação aos marcadores sorológicos da hepatite viral B, depois do desaparecimento do HBsAg, o anticorpo para o HBsAg (anti-HBs) torna-se detectável no soro e assim continua, indefinidamente.
- 70** Nos pacientes com cirrose, a encefalopatia é observada com frequência como resultado de determinando eventos desencadeantes, como hipopotassemia, infecção, sobrecarga de proteínas dietéticas ou depleção de volume.
- 71** As úlceras pépticas gástricas tendem a ocorrer em idades mais avançadas do que as lesões duodenais, com o pico de incidência na sexta década.
- 72** A consequência histológica mais grave da DRGE (doença do refluxo gastroesofágico) é a metaplasia de Barrett, que está associada ao risco aumentado de Acalásia.
- 73** Pacientes idosos (com mais de 60 anos de idade) com cálculo biliar são mais propensos do que pacientes jovens ao desenvolvimento de sintomas da colelitíase no momento do diagnóstico inicial.
- 74** A incidência de pancreatite nos alcoólatras é bastante elevada, o que demonstra a correlação direta entre álcool e doença pancreática inflamatória aguda e crônica.

No que se refere à abordagem das queixas comuns em serviço de urgência, julgue os itens seguintes.

- 75** São sinais que sugerem um distúrbio subjacente grave a um quadro de cefaleia: surgimento insidioso, cefaleia seguida de vômito, aparecimento antes dos 55 anos de idade.
- 76** Até metade dos pacientes que tem asma brônquica manifestarão também rinite alérgica, ao passo que a maioria dos que iniciam com rinite alérgica apresentarão asma.
- 77** A ausência do sinal de impulso da cabeça em um paciente com tontura ou vertigem aguda prolongada deve sugerir uma causa periférica de doença.
- 78** São indicações para a prescrição antibiótica em quadro de sinusite aguda: sintomas durando mais que 10 dias, febre maior que 38,9 °C, secreção nasal purulenta ou dor nasal por pelo menos 3 a 4 dias consecutivos.
- 79** Etnia negra, transplante de órgão, sexo feminino, tabagismo e idade avançada são fatores de risco comprovados de angioedema associado a IECA (inibidores da enzima de conversão de angiotensina).
- 80** A grande maioria dos casos de urticária crônica está associada à ausência de anormalidades laboratoriais.

Julgue os itens que se seguem, acerca de doenças renais.

- 81** Os pacientes com acidose metabólica em decorrência de cetoacidose alcoólica podem ter alcalose metabólica secundária a vômitos e alcalose respiratória sobreposta devido à hiperventilação da disfunção hepática ou à abstinência de álcool.
- 82** As causas mais comuns de insuficiência renal aguda pré-renal são sepse, isquemia e nefrotoxinas endógenas e exógenas.
- 83** Uma ingestão mais elevada de proteína animal pode levar à excreção reduzida de cálcio e ácido úrico, bem como a um aumento na excreção urinária de citrato, o que aumenta o risco de formação de cálculos.
- 84** A hipopotassemia é comum, mas a acidose metabólica é incomum na insuficiência renal crônica.
- 85** A glomerulonefrite persistente que agrava a função renal é sempre acompanhada de nefrite intersticial, fibrose renal e atrofia tubular.
- 86** A síndrome nefrótica caracteriza-se por proteinúria maciça (> 3 g/24 h), hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, hipoalbuminemia, edema ou anasarca e hematúria microscópica.

Um paciente do sexo masculino, 65 anos de idade, brasileiro, compareceu ao atendimento médico com queixa principal de que estava “fazendo muito xixi”.

História da doença atual: Paciente relata que nos últimos meses tem apresentado poliúria, noctúria e uma perda de acuidade visual, que atribui ao fato de estar ficando velho.

Antecedentes pessoais: hipertenso, ateromatose carotídea e coronariana e dislipidemia, ex-fumante, que fumou por 15 anos cerca de 1 maço/dia.

Medicações: valsartana + hidroclorotiazida e rosuvastatina.

Ao exame: bom estado geral, acianótico, anictérico, hidratado, orientado em tempo e espaço. IMC 28 kg/m².

- ACV: RCR 2T BNF, sem sopro. FC 100 bpm, PA 142/87 mmHg.
- AR: sons respiratórios presentes bilaterais, sem RA. FR 19 ipm, SpO₂ 94% a.a.
- Abdome: em avental, ausculta e percussão sem alterações, flácido e indolor à palpação, descompressão brusca negativa. Circunferência abdominal 115 cm.
- Extremidades: sem edema, panturrilhas livres, TEC < 3 s.

Exame laboratorial: Hb 14 g/dL, leucócitos 8000/mm³, plaquetas 292000/mm³, creatinina 1,20 mg/dL, ureia 54 mg/dL.

HGT realizado na consulta: 213 mg/dL.

A1C – hemoglobina glicada.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 87** O uso dos agonistas dos receptores do GLP1 como terapia *add on* após já instaurado o uso de metformina tem consequências positivas: perda de peso, redução da pressão sistólica e melhora renal em pacientes nefropatas.
- 88** Em adição ao controle glicêmico, o paciente deve ser orientado quanto ao controle adequado da pressão, dieta, atividade física, perda de peso e uso de ácido acetilsalicílico.
- 89** O diagnóstico de diabetes ainda não pode ser fechado, sendo necessário solicitar uma hemoglobina glicada ou uma glicemia de jejum; caso os valores sejam respectivamente > 6,5% ou > 126 mg/dL, o diagnóstico poderá ser confirmado.
- 90** O diagnóstico principal é o de diabetes tipo 2, que tem como principais características: idade do diagnóstico > 25 anos, não insulino-dependente, história familiar para diabetes geralmente negativa, presença de autoanticorpos, risco para cetoacidose baixo e comumente sobrepeso.
- 91** O diagnóstico mais provável é diabetes tipo 2, o tipo mais comum de diabetes, quando comparado ao diabetes tipo 1 e ao diabetes monogênico.

Paciente de 55 anos de idade, sexo feminino, compareceu ao atendimento médico com astenia e fadiga, além de rigidez articular matinal que dura mais de uma hora para passar. Ao exame físico apresenta dor e edema de todas as metacarpofangianas, punhos e duas metatarsofalangeanas, além de nódulo subcutâneo. Radiografia de mãos prévia mostra redução do espaço articular e erosão óssea.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens subsecutivos.

- 92** Uma manifestação não tão comum, mas possível, é a artrite cricoarritenoide, que pode ter desde poucos sintomas até apresentar-se com rouquidão, disfagia, dor para tossir ou falar e que pode resultar na necessidade de intubação orotraqueal ou traqueostomia.
- 93** O diagnóstico mais provável nesse caso é artrite reumatoide, devendo-se solicitar fator reumatoide, anti-CCP e provas inflamatórias (PCR e VHS), para a confirmação e, caso apenas as provas inflamatórias venham aumentadas, sem autoanticorpos positivos, o diagnóstico está descartado.
- 94** O tratamento de primeira linha a ser realizado inicialmente consiste na administração de anti-inflamatórios não esteroidais associados à corticoterapia.
- 95** O diagnóstico mais provável é lúpus, uma vez que a paciente apresenta rigidez matinal em articulações, comum nas artrites inflamatórias, nódulo subcutâneo e poliartralgia simétrica, que frequentemente acarretam erosão óssea e deformidade.
- 96** O uso de prednisona em dose maior que 5 mg/dia ou equivalente em associação a drogas antireumáticas modificadoras da doença (DMARDs) como requisito para que haja remissão ou atividade baixa de doença após 3-6 meses de tratamento configura resistência à terapia sintética convencional.

Paciente com 45 anos de idade, sexo masculino, compareceu ao atendimento com quadro de intolerância ao calor, episódios de palpitação, cefaleia, hiper-hidrose e macroglossia. No exame físico não apresentava proptose ou edema periorbital. Exames laboratoriais e de imagem apresentaram os seguintes resultados: TSH normal, T4 livre e T3 aumentados, ultrassonografia de tireoide evidenciando aumento difuso e homogêneo da tireoide com aumento de fluxo no Doppler colorido.

Considerando o caso clínico em tela, julgue os itens subsequentes.

- 97** O tratamento mais adequado para o caso é terapia medicamentosa com análogo da somatostatina, seguido de ressecção transesfenoidal.
- 98** Os principais tratamentos possíveis para o quadro descrito são retirada cirúrgica da tireoide, uso de iodo radioativo ou tionamidas.
- 99** A principal hipótese diagnóstica para o caso é doença de Graves, uma vez que o paciente apresenta aumento da tireoide com aumento de hormônios tireoidianos, sendo necessário, como o próximo passo para o fechamento do diagnóstico, medir os anticorpos estimulantes do receptor de tireotropina: caso positivo, o diagnóstico estará confirmado.
- 100** Diversas medicações podem alterar a função tireoideana, como, por exemplo, carbonato de lítio, amiodarona, interferon alfa, talidomida e estavudina.
- 101** Dois diagnósticos diferenciais para o caso são uso de amiodarona e resistência ao hormônio tireoidiano, podendo, neste segundo caso, o paciente apresentar sintomas de hipotireoidismo, hipertireoidismo ou ser assintomáticos.
- 102** A maioria dos pacientes apresenta aumento da glândula tireoideana, mas outras manifestações clínicas que poderiam estar associadas a essa doença são defeitos no campo visual, galactorreia e alterações menstruais em pacientes do sexo feminino.

Um paciente com 45 anos de idade, natural do Rio de Janeiro, comparece ao atendimento com queixa principal de tosse. Apresenta um quadro de tosse há mais de 1 mês, que ocorre inicialmente somente pela manhã e atualmente com maior frequência, com expectoração amarelo-esverdeada. Associado a esse sintoma apresenta febre, que ocorre geralmente no período vespertino e que já dura duas semanas, além de uma fadiga fora do habitual. Na semana anterior foi ao pronto-socorro, tendo-lhe sido receitados amoxicilina e clavulanato por 7 dias. Contudo, não apresentou melhora significativa. Paciente relata estar sedentário e não estar tratando de modo adequado a diabetes, o que resultou em aumento recente da medicação. O paciente nega sintomas de vias aéreas superiores e dispneia e sibilos. Possui antecedentes pessoais como diabetes tipo 2 e é ex-tabagista 20 maços/ano. Informa fazer uso de metformina e glicazida. O exame físico evidencia paciente acianótico, anictérico, corado, hidratado, orientado em tempo e espaço. Outros dados relevantes: IMC 38; ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros, FC 95 bpm, PA 130 mmHg × 80 mmHg; sons respiratórios presentes bilaterais, crepitação pulmonar em região infraclavicular direita. Apresenta expansibilidade ligeiramente reduzida em hemitórax direito, percussão submaciça em região infraclavicular direita, frêmito tóraco-vocal aumentado em região infraclavicular direita, ausência de esforço respiratório, FR 20 irpm, SpO₂ 94% a.a.

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

- 103** O diagnóstico principal é pneumonia, uma vez que o paciente apresenta tosse e febre compatíveis com a possibilidade, sendo a falha de tratamento com amoxicilina/clavulanato justificada pelo provável derrame pleural complicado observado no exame físico.
- 104** O diagnóstico principal para o caso é tuberculose, uma vez que o paciente é natural de um estado endêmico para doença e apresenta diabetes como um fator de risco para tuberculose pós-primária, além de os sintomas serem compatíveis e não ter havido melhora com amoxicilina/clavulanato.

Acerca das emergências clínicas, julgue os itens a seguir.

- 105** Pesquisas sugerem que mulheres têm maior probabilidade de apresentar sintomas de dor torácica atípica em comparação aos homens, o que torna o processo diagnóstico mais complicado.
- 106** Pode-se descartar como hipótese diagnóstica, sem exames laboratoriais adicionais, infarto agudo do miocárdio em pacientes com dor torácica atípica.

A respeito de crise convulsiva, hiperglicemia, anafilaxia e hemorragias digestivas, julgue os próximos itens.

- 107** A causa mais comum de hemorragia digestiva alta maciça é a doença ulcerosa péptica, responsável por 30% a 65% dos casos.
- 108** As crises convulsivas devem ser tratadas imediatamente com medicamentos anticonvulsivantes intravenosos, inclusive as autolimitadas, dado o benefício da proteção do tecido cerebral.
- 109** A anafilaxia causada pela penicilina benzatina é uma reação imunológica rara, mas potencialmente fatal, podendo sua aplicação ser feita na atenção primária a saúde.
- 110** Em se tratando de pacientes com diabetes tipo 2, a hiperglicemia crônica é sempre assintomática, mesmo em níveis elevados.

A respeito de ressuscitação cardiopulmonar e crise hipertensiva, julgue os próximos itens.

- 111** A urgência hipertensiva caracteriza-se por uma elevação significativa da pressão arterial (geralmente superior a 180 mmHg × 120 mmHg) com lesão aguda de órgãos-alvo, o que resulta, por exemplo, em encefalopatia hipertensiva, insuficiência renal aguda, edema pulmonar ou acidente vascular cerebral (AVC).
- 112** O uso de desfibrilação precoce em casos de arritmias chocáveis, como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso, é um dos fatores mais importantes para aumentar as taxas de sobrevivência em paradas cardíacas.
- 113** A redução da pressão arterial nas emergências hipertensivas deve ser realizada de maneira gradual, com a meta de reduzir a pressão em até 25% nas primeiras 2 horas, com vistas a evitar complicações como a diminuição da perfusão cerebral.

Com referência a conduta médico-pericial e atestados, julgue os itens seguintes.

- 114** O atestado médico não é necessário para que o trabalhador da iniciativa privada seja afastado por até 15 dias, caso a empresa aceite verbalmente a justificativa da ausência.
- 115** O princípio da conduta médico-pericial denominado objetividade consiste na avaliação do paciente fundamentada em dados clínicos, exames complementares e informações documentadas, além da realização de interpretações subjetivas e pessoais.

Acerca de acidente vascular encefálico e alterações do estado de consciência, julgue os itens a seguir.

- 116** A Escala de Coma de Glasgow deve ser aplicada em pacientes com lesões cerebrais traumáticas, sendo pouco útil na avaliação de pacientes com distúrbios metabólicos ou neurológicos agudos.
- 117** O tratamento para o acidente vascular encefálico isquêmico envolve o uso de trombólise com alteplase, administrado dentro da janela terapêutica de 3 a 4,5 horas após o início dos sintomas, para dissolver o coágulo e restaurar o fluxo sanguíneo cerebral.

O clonazepam é um dos medicamentos mais utilizados no Brasil e no mundo atual. Dado o consumo amplamente disseminado, também são altas as taxas de intoxicação exógena por essa droga. Com base nessas informações e acerca de intoxicações, julgue o item a seguir.

- 118** O uso de carvão ativado pode ser considerado para prevenir a absorção adicional do medicamento e o flumazenil, um antagonista dos receptores de benzodiazepínicos, também tem sido utilizado para reverter os efeitos de intoxicações graves por benzodiazepínicos.

Quanto ao edema agudo pulmonar, julgue o item que se segue.

- 119** O edema pulmonar não cardiogênico pode ser causado pela síndrome da angústia respiratória aguda, por infecções graves ou intoxicações.

A respeito dos estados de choque, julgue o item subsequente.

- 120** O uso de agentes inotrópicos e vasopressores no tratamento do choque cardiogênico permanece controverso, uma vez que seus possíveis benefícios podem ser contrabalançados por efeitos colaterais significativos, como o aumento da demanda de oxigênio pelo miocárdio, arritmias e até mesmo maior mortalidade.