

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Um plano de saúde iniciou rotina de auditoria médica que consistia no acompanhamento de procedimentos hospitalares por médico ou enfermeiro auditor. O plano formalizou documento ao hospital, ressaltando que essa rotina dar-se-ia somente após prévia autorização do médico assistente do paciente.

Acerca do procedimento acima descrito e tendo em vista os preceitos do Código de Ética Médica, julgue os itens que se seguem.

- 51 Ao auditor médico é permitido o acompanhamento de procedimentos e atos médicos, bem como o acesso aos documentos pertinentes à fiscalização desses atos, sendo essa uma das prerrogativas da função de médico auditor.
- 52 O ato de fiscalizar, *in loco* e ao vivo, procedimento médico é aceitável, desde que tal conduta não viole a autonomia do médico assistente e que não represente potencial dano à qualidade do ato médico nem prejudique o paciente.
- 53 O médico pode atuar como auditor no mesmo hospital em que exerce função de direção ou chefia, desde que não audite procedimentos de que tenha participado diretamente na função de médico assistente.
- 54 A auditoria deve preservar a liberdade profissional do médico assistente. O médico auditor não poderá intervir na conduta do médico assistente em nenhuma hipótese.

Uma mulher com trinta e um anos de idade, tabagista (carga tabágica de 8 anos-maço), compareceu a consulta médica com relato de dor e desconforto no quadrante inferior esquerdo havia trinta dias, associado a fezes pastosas e com muco. Negou náuseas, vômitos, febre e perda de peso. O exame físico não mostrou qualquer alteração. Foram solicitados exames de rotina diagnóstica. Na consulta de retorno, a paciente relatou esforço para evacuar e tenesmo. Pesquisa de sangue oculto nas fezes foi positiva. A paciente foi encaminhada ao gastroenterologista para investigação de doença inflamatória intestinal (DII) e foi iniciado tratamento com sulfassalazina.

Com relação ao quadro clínico acima descrito e tendo em vista os exames complementares para o diagnóstico de DII, julgue os itens a seguir. Nesse sentido, considere que a sigla RCUI, sempre que empregada, refere-se a retocolite ulcerativa inespecífica.

- 55 A presença de anemia macrocítica e hiperocrômica em indivíduos portadores de RCUI faz pensar que estes estejam em uso de sulfassalazina, mais do que em distúrbio da absorção de vitamina B12 ou de ácido fólico.
- 56 Na RCUI, encontra-se com frequência a positividade para os anticorpos citoplasmáticos antineutrófilos de padrão perinuclear (p-ANCA).
- 57 A doença de Chron não possui um marcador sorológico. O anticorpo mais frequentemente encontrado é o anticorpo anti-ASCA (*Saccharomyces cerevisiae*), presente em cerca de 20% dos portadores da doença.
- 58 O uso de tabaco entre os portadores de DII associa-se a maior recaída clínica e endoscópica, principalmente no caso da RCUI.
- 59 A doença de Chron é mais comum entre as mulheres na faixa etária entre os vinte e os quarenta anos de idade, que inclui a paciente em questão.

Um homem com quarenta e um anos de idade, há quatro anos sabe ser portador de diabetes melito do tipo 2. Atualmente, ele está metabolicamente compensado com dieta e metformina, mas, por ter apresentado cefaleia súbita, de forte intensidade, associada a hemianopsia direita, agitação psicomotora, náuseas e vômitos, foi encaminhado à emergência hospitalar, apresentando crise convulsiva tônico-clônica generalizada na admissão. Ele foi medicado com diazepam e fenitoína, tendo obtido melhora da crise. O paciente não tinha história pregressa de enxaqueca, hipertensão arterial, trauma ou convulsão e não faz uso de álcool ou drogas psicoativas.

Considerando os exames complementares e a terapêutica preconizada para o caso clínico acima descrito, julgue os itens subsequentes.

- 60 A acidose metabólica e a hipoglicemia provocadas pelo uso da metformina podem justificar a crise convulsiva do paciente em questão, mas não o quadro de cefaleia ou hemianopsia.
- 61 Caso o exame de tomografia seja normal, o exame de punção lombar estará indicado para o diagnóstico diferencial do quadro do paciente em apreço.
- 62 Na avaliação inicial do paciente, deve-se incluir o exame de tomografia cerebral sem contraste.
- 63 O perfil da fosfenitoína é mais adequado que o da fenitoína para o tratamento das crises convulsivas, pois seus níveis séricos são mais rapidamente atingidos.

Julgue os próximos itens, a respeito do diagnóstico e do tratamento de pacientes portadores de espondiloartropatias soronegativas.

- 64 Tratamento de espondiloartropatias com agentes anti-TNF tem sido associado ao desenvolvimento de infecções oportunistas. De modo geral, o uso do infliximabe associa-se a maior taxa de infecções por tuberculose, listeriose, coccidioidomicose e aspergilose que o etanercepte.
- 65 A maioria dos indivíduos que carregam o gene HLA-B27 não apresentam espondiloartrite. Na presença de espondiloartrite, o achado de HLA-B27 positivo é indicativo de espondilite anquilosante.
- 66 Valores normais de proteína C-reativa não excluem o diagnóstico de espondilite anquilosante.
- 67 O termo espondiloartropatia soronegativa designa um grupo de doenças em que as provas de atividade inflamatória são negativas.
- 68 Medicações usadas com sucesso para tratar dor articular de pacientes com artrite reumatoide (metotrexato, sulfassalazina) têm eficácia mínima no alívio da sacroilialgia de pacientes com espondiloartropatias soronegativas.
- 69 Os agentes anti-TNF (etanercepte, infliximabe, adalimumabe) têm demonstrado eficácia na remissão da atividade e no tratamento dos sintomas da artrite psoriática, mas não no da espondilite anquilosante.

Um senhor com setenta e dois anos de idade, ex-tabagista (carga tabágica: 100 anos-maço), que está em acompanhamento ambulatorial em serviço de pneumologia devido a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), chegou ao pronto atendimento queixando-se de piora acentuada da dispneia e aumento da frequência da tosse. Ele referiu que o agravo atual iniciou-se progressivamente há cerca de três dias; além disso, ele trouxe consigo resultado de espirometria realizada dois meses antes, que mostrava uma relação entre volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF₁) igual a 45% do previsto e capacidade vital forçada (CVF) igual a 60% do previsto. No exame, apresentava-se plétórico, emagrecido, dispneico, taquicárdico (FC = 130 bpm), com cianose discreta de lábios e extremidades. Na ausculta, observaram-se: hiperfonese do componente pulmonar da segunda bulha, hipofonese das demais bulhas, sibilos difusos, roncos esparsos e tiragem subcostal. A gasometria admissional revelou acidose respiratória crônica agudizada, com PaO₂ de 50 mmHg e SaO₂ de 78%. Uma eletrocardiografia realizada também à admissão revelou taquicardia com onda P de morfologia variável, intervalo PR regular, eixo elétrico cardíaco em torno de +120° e bloqueio de ramo direito.

Com referência ao caso clínico descrito, julgue os itens subsequentes.

- 70 Caso o paciente em apreço tenha a exacerbação da DPOC classificada como grave, será razoável iniciar terapia antibiótica com ceftriaxona.
- 71 O eletrocardiograma do referido paciente sugere um tipo de taquicardia particularmente associada a doenças pulmonares — como pneumonias e DPOC — e relaciona-se, também, a um pior prognóstico para a população acometida.
- 72 Com base na gasometria admissional, é razoável indicar o uso de O₂ suplementar domiciliar para o paciente em questão.
- 73 O estadiamento espirométrico da DPOC é feito com base na relação entre o VEF₁ e o seu valor predito, e não na relação VEF₁/CVF. Como a espirometria do paciente em questão mostrou VEF₁ entre 30% e 50%, é correto classificá-lo no estadiamento III.

Uma mulher com cinquenta e dois anos de idade, em consulta de rastreamento anual, apresentou-se ansiosa. Na oportunidade, a medida indireta da sua pressão arterial (realizada apropriadamente) mostrou 154 mmHg × 96 mmHg. As medidas anteriormente registradas foram normais. Embora seu índice de massa corporal (IMC) atual seja de 26,7 kg/m², não foram diagnosticadas outras comorbidades até o momento.

Considerando o caso clínico acima, bem como o diagnóstico, o tratamento e as complicações da hipertensão arterial sistêmica (HAS), julgue os itens de 74 a 77.

- 74 Somente há aumento da mortalidade cardiovascular a partir de níveis pressóricos já tidos como de hipertensão, ou seja, a partir de 140 mmHg × 90 mmHg.

- 75 Além de afastar a possível síndrome do jaleco branco para o caso da paciente em questão, a monitorização ambulatorial da pressão arterial em 24 h (MAPA) é superior à medida ambulatorial na predição de eventos clínicos, como, por exemplo, infarto do miocárdio.
- 76 Caso a paciente em apreço fosse submetida a exames de investigação cujo resultado fosse compatível com proteinúria subnefrótica, não haveria qualquer mudança em sua meta terapêutica. Apenas pacientes com proteinúria maior que 3,5 g/dL por 24 h se beneficiam de metas mais rigorosas no controle da pressão arterial (< 130 mmHg × 85 mmHg).
- 77 O diagnóstico de HAS para essa paciente somente pode ser feito após nova medida ambulatorial tecnicamente correta da pressão arterial.

Um rapaz com dezessete anos de idade deu entrada na enfermaria clínica com quadro de dor intensa no quadrante superior direito do abdome, associada a anorexia, náuseas, vômitos frequentes, *rash* maculopapular difuso, intensamente pruriginoso, e gengivorragia. Sinais vitais mostravam PA = 88 mmHg × 72 mmHg, FC = 94bpm e SaO₂ = 96% em ar ambiente. Ele esteve em observação no pronto-socorro durante cinco dias, com quadro de febre alta, mialgia, cefaleia retro-orbitária, astenia e diarreia leve. Para elucidação do caso, foram solicitados, entre outros, os seguintes exames: prova do laço, velocidade de hemossedimentação e ultrassonografia de abdome.

Considerando o diagnóstico clínico mais provável e os possíveis achados nos exames complementares do quadro acima descrito, julgue os itens subsequentes.

- 78 O achado de espessamento da parede da vesícula biliar no exame de ultrassonografia auxilia no diagnóstico das formas mais graves da doença diagnosticada nesse paciente.
- 79 Para realizar a prova do laço, é preciso calcular o valor da pressão arterial média, que, no caso do paciente considerado, é de, aproximadamente, 77,3 mmHg.
- 80 Os elementos da história clínica e do exame físico que alertam para a gravidade do quadro clínico do paciente em apreço são dor intensa no quadrante superior direito, vômitos persistentes e a pressão arterial aferida.
- 81 O manejo desse paciente deve incluir uma fase inicial de hidratação parenteral vigorosa. O cálculo aproximado do volume de líquidos deve ser de 80 mL/kg/dia, sendo um terço na forma de solução salina e dois terços na forma de solução glicosada.
- 82 Na apresentação habitual da doença do paciente em questão, espera-se resultado normal ou abaixo do referencial no exame de VHS.
- 83 A manifestação de *rash* maculopapular pruriginoso pode estar presente, mas não é a apresentação mais frequente do *rash* que acomete indivíduos com a mesma doença do paciente em apreço.

Julgue o item seguinte, relativo a psicologia médica.

- 84 A contratransferência só existe como reação à transferência e é uma resposta emocional, inconsciente, inadequada e anacrônica do médico em face das demandas mais primitivas e inconscientes do paciente em seu processo de adoecimento.

Um senhor com quarenta e seis anos de idade, agricultor, apresentou-se ao pronto atendimento, queixando-se de dor abdominal intensa iniciada há vários dias, associada a vertigem, fadiga, náuseas e vômitos eventuais. Ele nega cefaleia, turvação visual e perda da consciência. O exame físico revelou hiperpigmentação generalizada e mais proeminente na face, na mucosa oral, na superfície extensora dos membros superiores e na região palmar. Ele apresentava, ainda, hipotensão postural, e seus exames laboratoriais, feitos com amostras coletadas pela emergência, mostraram: Na⁺ = 123 mmol/L (abaixo do limiar da normalidade), K⁺ = 6,1 mmol/L (acima do limiar da normalidade) e glicemia = 78 mg/dL.

Diante do caso clínico acima descrito, julgue os itens que se seguem.

- 85 Nesse quadro clínico, caso seja indicada, a reposição de sódio deverá ser feita paulatinamente, não corrigindo mais do que 12 mmol/L ao longo de 24 h, devido ao risco de mielinólise pontina.
- 86 Entre outras, devem-se investigar, como etiologia para o quadro do paciente em apreço, as doenças autoimunes, tuberculose e paracoccidiodomicose.
- 87 Caso o paciente em questão seja submetido a dosagem de corticotropina sérica, é correto esperar resultado abaixo do limiar inferior da normalidade.
- 88 Bloqueios de ramo, aumento da duração do QRS e redução na amplitude da onda P são as alterações mais precoces na hipercalemia, devendo ser ativamente procurados no paciente em apreço.
- 89 A dor abdominal apresentada pelo paciente provavelmente decorre da hiponatremia.

Uma senhora com sessenta e oito anos de idade estava internada para compensação de insuficiência cardíaca de classe funcional III. Após setenta e duas horas de internação, a paciente apresentou mudança na coloração da expectoração, febre, piora da dispneia e confusão mental. Radiografia de tórax mostrou consolidação no terço inferior do pulmão direito, inexistente no raio X da admissão. Exame físico mostrou que ela se encontra dispneica, taquipneica (32 irpm), taquicárdica (120 bpm), com crepitações finas no terço inferior de ambos os hemitóraxes, crepitações grosseiras no terço inferior do hemitórax direito, presença de B3, sopro sistólico +2/+6 em foco mitral, suave, sem irradiação. Os exames complementares alterados foram: leucograma com 16.500 leucócitos/mm³, ureia = 55 mg/dL, PCR = 22 mg/dL, lactato = 3,7 mg/dL. Diante desse quadro, iniciou-se medicação com levofloxacina e optou-se pela transferência da paciente a um centro de terapia intensiva. Seu quadro evoluiu ao longo de quatro dias com piora do estado geral, rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória aguda, hipotensão arterial, retenção de escórias nitrogenadas e aumento progressivo da concentração sérica de creatinina (último valor: 3,7 mg/dl) e, por tais motivos, ela foi submetida a intubação orotraqueal, ventilação mecânica e aminas vasoativas.

Considerando o caso clínico acima descrito, julgue os itens de 90 a 95.

- 90 Caso a paciente considerada venha a apresentar infecção de corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus* resistente a vancomicina, uma alternativa terapêutica eficaz será a daptomicina — lipopeptídeo com perfil farmacológico apropriado para infecções por esse patógeno.
- 91 O início de terapia de substituição renal, particularmente a hemofiltração venovenosa contínua, é determinante para a redução significativa na morbimortalidade da referida paciente.

92 No caso da paciente em apreço, havendo necessidade de vasopressor em dose alta (noradrenalina > 0,30 mcg/kg/min), a despeito de reposição volêmica, a administração de hidrocortisona em baixas doses encontra respaldo nos recentes consensos de sepsis.

93 Uma das hipóteses para o quadro de insuficiência renal da paciente em questão é a necrose tubular aguda, que está associada a maior morbimortalidade que outras formas de lesão aguda intrínseca ao rim.

94 Embora seja um dos fatores determinantes do prognóstico, o início da antibioticoterapia poderia ser postergado por até duas horas, a fim de se coletar amostras para hemoculturas e culturas de secreções da paciente em questão.

95 O quadro clínico em apreço descreve pneumonia associada a serviço de saúde, cuja morbimortalidade é, em geral, maior que de uma pneumonia comunitária e menor que de pneumonia hospitalar.

Em relação à auditoria e regulação em saúde, julgue os seguintes itens.

96 O médico na função de auditor se obriga a manter sigilo profissional, devendo comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações; realizar as devidas anotações no prontuário do paciente; justificar as possíveis alterações nas prescrições do mesmo, caso considere-as necessárias.

97 O médico auditor pode examinar o paciente desde que tenha autorização do médico assistente.

98 O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à ANVISA e que atendam a características previamente especificadas.

99 É vedado o estabelecimento de mecanismos de regulação de demanda de utilização de serviços de saúde diferenciados por faixas etárias.

Julgue os itens que se subseguem à luz da Lei n.º 9.656/1998, que regula os planos de saúde.

100 Em caso de tentativa de suicídio, a cobertura hospitalar pela operadora de planos de saúde tem de ser integral mesmo em situação de paciente em carência.

101 Urgências são situações que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.

102 Os planos de saúde devem oferecer cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde.

103 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas de que o consumidor sabe ser sofredor/portador no ato da contratação. Portanto, é preciso que o consumidor tenha conhecimento do diagnóstico e não apenas dos sintomas.

104 É obrigatório o fornecimento pelas operadoras de planos de saúde de medicamentos para tratamento domiciliar das patologias incluídas no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Com referência à autorização de procedimentos para operadoras de planos de saúde, julgue os itens a seguir.

- 105** É vedada a realização de laqueadura tubária em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.
- 106** A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a dezoito meses não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV pela placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.
- 107** Para um lactente com seis meses de vida que apresente meningite bacteriana e, no terceiro dia de tratamento, apresente sonolência excessiva, abaulamento de fontanelas e vômitos, e cuja tomografia computadorizada de crânio revele hidrocefalia comunicante hipertensiva, estará indicada a drenagem ventricular externa.
- 108** Segundo o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o PetScan é de cobertura obrigatória para os planos posteriores a junho de 1998 para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas ou linfoma, observando-se critérios específicos.

Tendo em vista que o médico regulador precisa conhecer a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), julgue o seguinte item.

- 109** A CBHPM foi instituída pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina como padrão mínimo de remuneração dos procedimentos médicos para o sistema de saúde suplementar.

Julgue os itens de **110** a **118**, relativos a autorizações para procedimentos assistenciais.

- 110** A microscopia especular é o procedimento diagnóstico de escolha em suspeita de glaucoma.

- 111** A coagulação de substância gelatinosa por radiofrequência tem indicação no tratamento da dor por avulsão de raiz nervosa, dor crônica abaixo do nível de lesão medular e dor em membro fantasma.
- 112** A tonometria não deve ser abonada junto com a consulta oftalmológica.
- 113** O acesso percutâneo para nefrostomia não deve ser autorizado simultaneamente com nefrostomia cirúrgica.
- 114** Em caso de dissecação de aorta envolvendo a aorta ascendente, não se deve autorizar a cirurgia imediata, devendo a manutenção ser feita mediante tratamento clínico com hipotensores endovenosos até a estabilização da dissecação.
- 115** A tomografia cerebral faz parte da rotina de avaliação complementar do candidato a transplante hepático.
- 116** O estudo urodinâmico inclui o perfil da pressão intrauretral.
- 117** A postectomia deve ser abonada junto com a plástica de freio balanoprepucial.
- 118** Em paciente com diagnóstico de tumor cerebral, o médico assistente deve cobrar os seguintes procedimentos: microcirurgia e cranioplastia.

Com relação ao ambiente hospitalar, julgue os itens que se seguem.

- 119** Cirurgias contaminadas são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local.
- 120** Pacientes portadores de microrganismos transmitidos por gotículas de tamanho superior a 5 µg, que podem ser geradas durante tosse, espirro ou conversação, podem ser mantidos em quarto com outros pacientes com o mesmo agente etiológico. Nesse caso, a distância mínima entre dois pacientes deve ser de um metro, e a porta do quarto pode permanecer aberta.