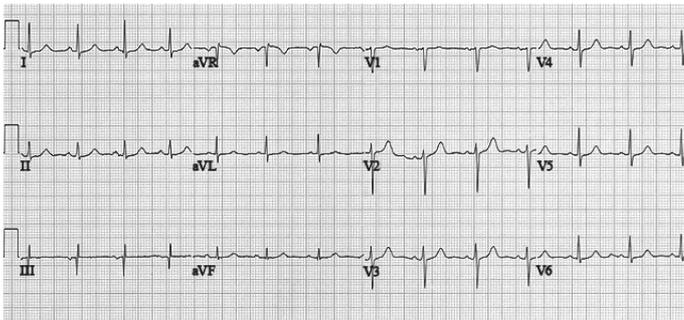


- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **Folha de Respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **Folha de Respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.
- Em sua prova, caso haja item(ns) constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para anotações, rascunhos etc.

PROVA OBJETIVA

Uma mulher de trinta e dois anos de idade, previamente saudável, procurou atendimento médico, queixando-se de episódio de desconforto retroesternal em queimação, iniciado havia doze horas, que se irradiava, por aproximadamente duas horas, do manúbrio esternal até a base do pescoço. De acordo com a paciente, os referidos sintomas, que aliviavam apenas com a ingestão de água, tinham se iniciado quando ela estava em repouso, trinta minutos após a ingestão de refeição copiosa. Ela se queixou de estresse devido a problemas pessoais no último mês, período em que aumentou a ingestão de doces e chocolate. Nesse mesmo período, o quadro descrito já havia se repetido em outras quatro ocasiões com as mesmas características. Ela negou outros sinais e sintomas, sedentarismo, vícios, antecedentes patológicos ou antecedentes familiares de doença cardiovascular. O exame físico foi normal. Os resultados da troponina e da CK-MB massa foram normais. O eletrocardiograma com a resolução padrão mostrou o resultado a seguir.



Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 1 Nesse caso, recomenda-se, como agente de primeira linha, o uso da domperidona antes das principais refeições e ao se deitar.
- 2 No caso em consideração, é dispensável a realização de endoscopia digestiva alta, sobretudo antes do início do tratamento da paciente.
- 3 A hemorragia digestiva alta é a complicação mais frequente em casos semelhantes ao da paciente desse caso clínico.
- 4 O mecanismo causador mais provável desse quadro clínico é o espasmo esofágico.

Quanto à síndrome do QT longo, julgue os seguintes itens.

- 5 A síndrome do QT longo tipo 3 é causada por mutações nos genes *KCNQ1*, as quais resultam na perda de função dos canais de potássio e provocam alteração nas correntes iônicas, com subsequente instabilidade da membrana.
- 6 Os betabloqueadores são considerados medicamentos de primeira linha para pacientes sintomáticos com síndrome do QT longo, uma vez que podem reduzir o intervalo QT e atuam no gatilho para o *Torsade de Pointes*, o que, por conseguinte, diminui episódios de síncope.

Um paciente de setenta anos de idade, tabagista — consome vinte cigarros por dia desde quatorze anos de idade — e etilista — duas a três doses diárias de aguardente —, procurou atendimento médico, queixando-se de que, havia três meses, estava sentindo dificuldade constante para deglutir, além da sensação de que comprimidos e alimentos sólidos, quando ingeridos, “aderiam a sua garganta” e “causavam sufocamento”. Ademais, o paciente relatou que houve piora do quadro clínico nos últimos dias que antecederam à consulta: a disfagia havia aumentado também e a dificuldade de deglutir também estava ocorrendo em relação à ingestão de líquidos. Os resultados do exame físico foram normais.

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

- 7 Nesse caso, recomenda-se a realização de estudo contrastado do esôfago.
- 8 A principal hipótese diagnóstica para o paciente desse caso clínico é de disfagia neuromuscular.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções do Ministério da Saúde – Brasil – 2017, julgue os próximos itens.

- 9 Nos pacientes com hepatite C crônica e cirrose, recomenda-se a realização semestral de ultrassonografia de abdome total e alfafetoproteína, para o rastreamento de câncer hepático.
- 10 O diagnóstico histológico de hepatite C crônica é estabelecido com base na presença de infiltrado inflamatório portal predominantemente linfocitário, acompanhado por grau variável de atividade periportal — atividade de interface ou necrose em sacabocados —, parenquimatosa (lobular) e fibrótica.
- 11 Em esquemas terapêuticos para casos de hepatite C, está contraindicada a utilização concomitante de amiodarona e de sofosbuvir.

Um paciente de sessenta e dois anos de idade, diagnosticado com diabetes tipo 2 havia quinze anos, em uso regular de metformina e glicazida, foi atendido em um hospital com queixas de sensação de queimação em ambos os pés à noite, iniciada havia seis meses. No atendimento, constatou-se que seu controle metabólico estava dentro das metas preconizadas. No exame físico, constataram-se redução da sensibilidade nos dedos dos pés, acentuação do arco plantar, pele seca, ausência de pelos, além de calosidades em ambos os quintos pododáctilos, sem outras anormalidades.

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

- 12 Nesse caso, deve-se recomendar a utilização de ácido salicílico ou emplastos para remover as calosidades ainda em sua fase inicial.
- 13 Dado os sintomas desse paciente e o fato de que a metformina pode reduzir a absorção intestinal da vitamina B12, recomenda-se que os níveis séricos da referida vitamina sejam dosados.
- 14 No caso em consideração, o provável diagnóstico é de polineuropatia diabética periférica associada ao risco de desenvolvimento de úlcera do pé diabético.

A respeito da miocardiopatia hipertrófica, julgue os itens subsequentes.

- 15 Pacientes jovens, com menos de trinta anos de idade, que apresentam miocardiopatia hipertrófica e episódios de taquicardia ventricular não sustentada (TVNS) têm maior risco de sofrer morte súbita cardíaca.
- 16 Indivíduos com miocardiopatia hipertrófica que, no teste de esforço, apresentem elevação da pressão arterial sistólica acima de 200 mmHg têm maior risco de sofrer morte súbita cardíaca.
- 17 Na maioria dos casos, a miocardiopatia hipertrófica familiar de início tardio resulta da mutação no gene da proteína alfa-miosina de cadeia pesada (MYH6).

Uma mulher de trinta e um anos de idade, previamente saudável, compareceu a um ambulatório hospitalar, queixando-se de crises de “nervosismo” iniciadas havia três meses, além de intolerância ao calor, palpitações, insônia e irritabilidade. No exame físico, constatou-se que ela estava lúcida, orientada, hidratada, corada e acianótica. Ela apresentava tremor fino nas mãos; exoftalmia; bom estado geral; peso de 62 kg; altura de 170 cm; pressão arterial de 100 mmHg × 70 mmHg; pulso de 98 bpm; frequência respiratória de 18 irpm; e estado afebril. A ausculta cardíaca revelou ritmo regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas, com sopro sistólico ejetivo de + em 6. A tireoide estava palpável, indolor, móvel, de consistência elástica, com leve aumento difuso. Os demais dados do exame físico foram normais.

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

- 18 Para confirmar o diagnóstico dessa paciente, a primeira medida a ser adotada é solicitar exames de anticorpos antitireoidianos — anticorpos antitreoperoxidase, anticorpos antitireoglobulina e anticorpos antirreceptores de TSH.
- 19 A fibrilação atrial é uma complicação clínica associada à condição da paciente referida no caso clínico.
- 20 A principal hipótese diagnóstica para a paciente do caso clínico em consideração é de tireoidite de Hashimoto.

Um homem de sessenta e seis anos de idade foi encontrado, em seu leito, inconsciente. O seu filho, que o encontrou, acionou a equipe do SAMU e informou aos socorristas que havia visto o pai em condições normais seis horas antes de ele deitar-se. A equipe médica encontrou o paciente nas seguintes condições: pele úmida; frequência cardíaca de 36 bpm; frequência respiratória de 6 irpm; e pressão arterial de 82 mmHg × 30 mmHg. O eletrocardiograma revelou bradicardia sinusal com bloqueio atrioventricular de primeiro grau; duração do QRS de 0,18 s; e ondas T altas e pontiagudas. Ao lado da cama do paciente, foram encontradas caixas vazias dos medicamentos alprazolam, glimepirida, metoprolol, furosemida e cloreto de potássio. O acompanhante relatou que seu pai é alcoólatra, hipertenso, tabagista e diabético.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 21 No caso em apreço, para a reversão imediata da anormalidade eletrolítica, recomenda-se a administração de poliestirenosulfonato de cálcio.
- 22 Nesse caso, as medidas iniciais prioritárias devem ser adotadas na seguinte ordem: acesso venoso e uso do flumazenil e de marcapasso externo temporário.
- 23 Se for confirmada hipoglicemia, tiamina e glicose estão indicadas para o paciente em questão.

Uma mulher de trinta e seis anos de idade procurou atendimento médico, queixando-se de episódios frequentes de cefaleia occipital, “manchas visuais”, ganho de peso, oligomenorreia e sudorese excessiva, todos iniciados um ano antes. A paciente informou que, havia quatro meses, esteve no pronto-socorro, devido à elevação da sua pressão arterial, ocasião em que lhe foi prescrito anlodipino 10 mg. Com relação aos seus sintomas, a paciente informou também dificuldade para calçar sapatos e para colocar anéis. De acordo com ela, a persistência dos referidos sintomas fizeram-na procurar atendimento médico mais uma vez. Nos antecedentes pessoais, destacavam-se dislipidemia e síndrome do túnel do carpo à direita, tendo a paciente informado que, havia dois anos, tinha sido submetida à cirurgia de descompressão. No exame físico, constataram-se índice de massa corporal (IMC) de 36,4 kg/m²; discreto aumento do volume dos lábios e da língua; alargamento do nariz; pressão arterial de 192 mmHg × 114 mmHg (média de três medidas); frequência cardíaca de 61 bpm; e circunferência abdominal de 106 cm. Os demais dados do exame físico não apresentaram alterações significativas.

Considerando o caso clínico precedente, julgue os próximos itens.

- 24 Nesse caso, recomenda-se, como primeira medida diagnóstica, a realização de exames para avaliação dos níveis séricos do fator de crescimento insulina símile 1 (IGF-1), somatomedina C.
- 25 No caso em apreço, a hipertensão arterial e a cefaleia são respostas vasomotoras decorrentes de estímulo nos adrenoreceptores.

Um paciente de sessenta e três anos de idade, assintomático, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito, ambos diagnosticados havia seis anos, procurou atendimento médico para avaliação de rotina. O paciente estava em uso, uma vez ao dia, de atenolol 100 mg e glicazida 60 mg. O exame físico evidenciou IMC de 34 kg/m²; pressão arterial de 156 mmHg × 94 mmHg (média de três medidas); frequência cardíaca de 61 bpm; e circunferência abdominal de 108 cm. Os exames laboratoriais do paciente apresentaram os seguintes resultados: triglicerídeos de 200 mg/dL; colesterol total de 210 mg/dL; HDL colesterol de 32 mg/dL; LDL colesterol de 138 mg/dL; hemoglobina glicada (A1C) de 7,4%; glicemia de jejum de 128 mg/dL; e dosagem de microalbuminúria em amostra isolada de urina de 330 micrograma/mg de creatinina. Os resultados do eletrocardiograma e dos demais exames laboratoriais solicitados foram normais.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 26 Nesse caso, a melhor estratégia é aumentar a dose da glicazida, para garantir o controle da glicemia, a atuação da insulina endógena e a prevenção do ganho ponderal excessivo.
- 27 Recomenda-se o uso de fenofibrato para reduzir a probabilidade de morbimortalidade do paciente em questão.
- 28 De acordo com as diretrizes de prevenção da aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, recomenda-se que o escore de Framingham seja utilizado para estratificação desse paciente quanto à estimativa do risco de eventos cardiovasculares futuros.
- 29 No tratamento desse paciente, deve ser incluída a indapamida, a fim de melhorar o controle pressórico e reduzir a possibilidade de lesões em órgãos-alvo.

Julgue o seguinte item, relativo à proproteína convertase subtilisina quexina tipo 9 (PCSK9).

- 30 A PCSK9 se liga ao receptor de lipoproteína de baixa densidade (LDLR) na superfície dos hepatócitos, direcionando-o para um lisossomo onde será degradado, em vez de reciclado e devolvido à membrana celular. Logo, o uso do alirocumabe, um anticorpo monoclonal totalmente humano, que se liga à PCSK9, é capaz de promover a redução dos níveis de LDL colesterol.

Paciente de sessenta e cinco anos de idade portador de hipertensão arterial procurou o ambulatório de clínica médica com queixa de diminuição progressiva da memória, dificuldade de marcha e incontinência urinária. Relatou piora no último ano. O paciente, que usa fralda para dormir, tem histórico de abuso de álcool na juventude, por cerca de dez anos e cessado havia vinte anos. No último ano, o paciente apresentou seis episódios de queda da própria altura, tendo realizado, após a última queda, exame de tomografia de encéfalo e, posteriormente, de ressonância magnética, a qual apontou atrofia de mesencéfalo — sinal do beija-flor ou do pinguim. Na anamnese, o paciente referiu tendência para cair de costas durante as quedas. No exame clínico, ele estava orientado no tempo e no espaço, apresentava distonia facial acentuada, com pregas nasolabiais profundas e sobranceiras franzidas, o que lhe dava uma aparência de surpresa ou preocupação. A marcha apresentava base alargada, robotizada, em pequenos passos. O IMC do paciente, que não apresentou outras alterações relevantes ao exame físico, é de 27,5 kg/m².

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

- 31 O quadro clínico sugere hidrocefalia de pressão normal como diagnóstico diferencial.

- 32 O aumento da atividade da transcetolase eritrocitária pode ser útil na confirmação diagnóstica nesse caso.
- 33 Trata-se de uma condição clínica cujo fator causal subjacente é a deficiência de tiamina.
- 34 O tratamento com levodopa pode ser útil, embora os pacientes portadores dessa patologia geralmente apresentem uma resposta pobre ou não sustentada a esse tratamento.

Paciente, de quarenta e nove anos de idade, veio ao pronto-socorro com queixa de falta de ar e cansaço havia dois meses. Em consultas anteriores, foi diagnosticado com pneumonia e tratado com amoxicilina + clavulanato e, posteriormente, com levofloxacino, pois persistia com tosse seca, astenia, mal-estar e cansaço. Ao notar o aparecimento de piado no peito e a piora da falta de ar, o paciente procurou o pronto-socorro para nova avaliação. Ao exame físico, encontrava-se afebril, taquipneico e observaram-se crepitações inspiratórias difusas e raros sibilos à ausculta pulmonar. A tomografia de tórax mostrou opacidades com atenuação em vidro fosco de predomínio periférico, bilateralmente.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os próximos itens.

- 35 Mesmo havendo resposta a antibiótico de largo espectro, deve-se suspeitar de diagnóstico de pneumonia em organização em pacientes com infiltrado pulmonar localizado.
- 36 As imagens tomográficas encontradas na pneumonia eosinofílica crônica são muito semelhantes às imagens tomográficas desse paciente.
- 37 Nesse caso, deve-se considerar o diagnóstico diferencial de pneumonia em organização, patologia que se caracteriza pela presença de fibrose bronquiolar com proliferação intraluminal de tecido conjuntivo e restrição ao fluxo aéreo.

Paciente do sexo feminino, com dezessete anos de idade e diagnóstico de tromboembolismo venoso havia nove meses, foi medicada com varfarina por três meses. Cerca de dois meses após a suspensão da medicação, teve episódio de tromboembolismo pulmonar e foi tratada com heparina. Quando da alta médica, foi orientada a usar rivaroxabana por tempo indeterminado. Em uso da medicação havia três meses, notou havia um mês edema de membros inferiores. A paciente nega tabagismo, etilismo e uso de anticoncepcional. Não há histórico de doenças autoimunes ou trombose na família. Nega, ainda, o uso de quaisquer outras medicações. Os exames laboratoriais indicaram ureia de 29 mg/dL, creatinina de 0,8 mg/dL, colesterol total de 380 mg/dL, triglicerídeos de 290 mg/dL, albumina de 2,4 g/dL. O sumário de urina foi positivo para proteína (+++).

A respeito desse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 38 O risco de eventos trombóticos está aumentado no caso dessa paciente, dado o nível sérico de albumina revelado pelo exame.
- 39 A investigação de trombofilia deveria ter sido iniciada logo após o primeiro evento trombótico, antes mesmo do início da medicação anticoagulante.
- 40 O diagnóstico de síndrome nefrótica pode ser descartado como causa dos eventos trombóticos nesse caso.
- 41 Alguns pacientes portadores da mesma patologia que acomete essa paciente são parcialmente resistentes à terapia de heparina, em decorrência da grave deficiência de antitrombina que acompanha essa patologia.
- 42 O anticoagulante de primeira escolha para essa paciente é a varfarina.

Maria, com cinquenta e quatro anos de idade, é portadora de diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. O diabetes foi diagnosticado, aos vinte e quatro anos de idade, em sua primeira gestação. Desde então, Maria faz acompanhamento regular com nutricionista e médico clínico e tem boa adesão ao tratamento medicamentoso. Há dez anos, usa metformina, enalapril e ácido acetilsalicílico em posologia adequada. Os dados de seu monitor de glicemia revelam glicemia média semanal de 162 mg/dL e variabilidade da glicemia de 63 mg/dL. Seus exames mais recentes mostram hemoglobina glicada de 7,3%, glicemia pós-prandial de 185 mg/dL e glicemia de jejum de 99 mg/dL, colesterol total de 190 mg/dL, colesterol HDL de 40 mg/dL e colesterol LDL de 130 mg/dL. O IMC de Maria é de 27,5 kg/m².

No que se refere a esse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 43 No tratamento de Maria devem-se incluir medicamentos que favoreçam a perda de peso, como sulfonilureias, glinidas e incretinomiméticos.
- 44 Recomenda-se que Maria inicie tratamento com estatinas para manter seu colesterol LDL entre 80 mg/dL e 100 mg/dL.
- 45 Considerando-se as metas terapêuticas da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2017, é correto afirmar, dadas a glicemia média semanal e a variabilidade glicêmica, que não se caracteriza bom controle glicêmico no caso de Maria.
- 46 O nível de hemoglobina glicada de Maria está dentro das metas terapêuticas da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2017 para uma pessoa de oitenta anos de idade.
- 47 Maria apresenta nível de glicemia pós-prandial considerado hiperglicemia pós-prandial, fator independente de risco para a doença macrovascular, retinopatia, neoplasias e até comprometimento da função cognitiva em idosos.

Um homem, de vinte e nove anos de idade, foi internado com quadro de mal-estar, tosse, mialgia e fraqueza generalizada havia três dias. Ele queixava-se de anorexia e náuseas, tendo permanecido em jejum. No segundo dia da doença, ele acordou com dor muscular difusa e fraqueza progressiva, o que culminou em dificuldade para caminhar. No terceiro dia, apresentou urina de coloração escura. O paciente mencionou uso de carbolíto e sertralina havia três anos, para o tratamento de transtorno de humor, e uso de sinvastatina 20 mg havia quatro meses, para o tratamento de dislipidemia familiar. Ao exame físico, verificaram-se diminuição difusa da força muscular (força grau 3 de 5) e dor à palpação muscular. Os exames complementares mostraram CPK de 3.200 U/L (VR: 32 U/L a 294 U/L), aspartato aminotransferase de 520 U/L (VR: inferior a 34 U/L), alanina aminotransferase de 170 U/L (VR: 10 U/L a 49 U/L), fosfatase alcalina de 66 U/L (VR: 27 U/L a 100 U/L), bilirrubina total de 1,1 mg/dL (VR: 0,3 mg/dL a 1,2 mg/dL). O sumário de urina foi compatível com presença de hemoglobina (++) , sem hematúria.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 48 Os níveis elevados de AST e ALT observados nesse caso podem ser atribuídos à rabdomiólise, pois a mioglobina é um fator importante de nefro e hepatotoxicidade.
- 49 A elevação da CPK nos níveis apresentados pelo paciente é suficiente para o diagnóstico de rabdomiólise, sendo desnecessário solicitar exame adicional.
- 50 A administração abundante de líquidos deve ser iniciada precocemente, sob monitorização, para evitar a hipovolemia, manter o débito urinário adequado e reduzir a injúria renal aguda.
- 51 Entre as medicações usadas por esse paciente, o lítio é o que mais está associado ao surgimento de rabdomiólise.

Em atendimento em serviço de saúde, um homem de quarenta e dois anos de idade, previamente saudável, referiu que notou surgimento de edema de membros inferiores havia dois meses, o que lhe provocava desconforto nos pés e tornozelos. Percebeu ganho ponderal de cinco quilos e também passou a apresentar cefaleia, sem alterações visuais. Negou palpitações, dor torácica, dispneia ou ortopneia. Não tinha antecedentes patológicos progressivos, tendo referido que, em consulta clínica no ano anterior, sua pressão arterial estava normal. Uma semana antes da consulta, foi à emergência por estar incomodado com o edema, ocasião em que foi constatada hipertensão arterial de 185 mmHg × 110 mmHg. Foram realizados eletrocardiograma, enzimas cardíacas, sumário de urina, hemograma, ureia, creatinina, sódio e potássio e ultrassonografia de lojas renais, todos normais. O paciente foi, então, medicado e encaminhado para a investigação. Ao exame físico, ele tinha fácies pletórica, pressão arterial de 196 mmHg × 18 mmHg — média de três leituras —, sem alteração na aferição dos dois membros. Havia edema leve de membros inferiores. O exame de fundo de olho foi normal.

No que concerne ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 52 O diagnóstico de hipertensão arterial secundária a doença renal é muito pouco provável nesse caso.
- 53 Esse paciente tem uma emergência hipertensiva.

Homem com vinte e quatro anos de idade foi à emergência com uma história de dor no peito e falta de ar com piora progressiva havia dois dias. Ele descreveu a dor como em aperto subesternal, que ocorria em repouso e era exacerbada pela inspiração profunda e quando ele se deitava de costas e aliviava quando ele se sentava inclinado para a frente. Não havia irradiação para mandíbula, pescoço ou braço esquerdo. Referiu náuseas, vômitos, febre (37,8 °C), mialgia e tosse seca iniciados dois dias antes do início da dor torácica. Ao exame físico, encontrava-se consciente, orientado, cooperativo, afebril. A frequência cardíaca era de 94 bpm, ritmo regular; a pressão arterial de 117 mmHg × 78 mmHg e a frequência respiratória de 18 irpm. À ausculta cardíaca, foi possível identificar um som de ranger de couro, tanto na sístole como na diástole. Esse som era mais audível na borda esternal inferior esquerda e no foco pulmonar. À ausculta pulmonar, observou-se diminuição do murmúrio vesicular nas bases, com roncocal basais bilateralmente. O exame de abdome não mostrava ascite ou visceromegalias. Apresentava edema leve de membros inferiores.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 54 Com base nos dados epidemiológicos, é possível excluir a síndrome do balonamento apical como diagnóstico diferencial para esse caso.
- 55 As alterações eletrocardiográficas mais comumente observadas na fase inicial da patologia que acomete esse paciente incluem elevação difusa do segmento ST e inversão de onda T.
- 56 A administração de corticosteroides sistêmicos é o tratamento de primeira escolha para casos como o desse paciente.
- 57 O caso clínico sugere miopericardite, e o paciente apresenta ao menos três dos quatro critérios maiores para o diagnóstico de pericardite aguda: febre, dor torácica do tipo pleurítica e atrito pericárdico.

Um homem de sessenta e cinco anos de idade foi admitido na enfermaria hospitalar com quadro de dor abdominal progressiva, em cólica, difusa, sem fatores de alívio ou piora. Apresentava parada ou diminuição da eliminação de flatos e fezes e discreta náusea. Negou cirurgias abdominais e referiu ter feito colonoscopia havia cinco anos, não tendo sido identificada nenhuma alteração. Na admissão, os sinais vitais estavam dentro da normalidade. O exame físico revelou distensão abdominal, aumento do timpanismo à percussão e dor difusa à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Não foram encontrados tumores palpáveis ou visceromegalias. Os exames de laboratório mostraram leucócitos totais de $8.500/\text{mm}^3$ com diferencial normal, hemoglobina de $13,0 \text{ g/dL}$ (VR: $13,5 \text{ g/dL}$ a $16,5 \text{ g/dL}$), plaquetas de $125.000/\text{mm}^3$ (VR: $130/\text{mm}^3$ a $450.000/\text{mm}^3$), VHS de 10 mm/h (VR: 0 mm/h a 20 mm/h), proteína C reativa de $5,8 \text{ mg/dL}$ (VR até 1 mg/dL). Os eletrólitos e a função renal estavam normais.

No que se refere ao caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 58 A ultrassonografia de abdome é um método complementar de diagnóstico mais sensível e específico para o diagnóstico de obstrução intestinal alta que a radiografia simples, tendo como limitação a distensão gasosa.
- 59 O quadro clínico é sugestivo de obstrução intestinal aguda alta.
- 60 O exame de radiografia simples de abdome possivelmente revelará imagens circulares superpostas, cujo aspecto é conhecido como pilha de moedas.

Caso clínico 2A3AAA

Paciente do sexo masculino, com trinta e cinco anos de idade, apresentou-se no ambulatório de distúrbios do sono de determinado hospital queixando-se de sonolência diurna, roncos e pausas respiratórias noturnas. Relatou facilidade de dormir nas seguintes situações: em sala de espera; parado no trânsito ao dirigir; sentado vendo televisão; conversando com alguém; e(ou) lendo ou após as refeições. O paciente informou, ainda, que era tabagista, consumia cerca de um maço de cigarros por dia e tinha horários de trabalho diurno regulares. Negou uso de bebida alcoólica. O exame físico mostrou IMC de $31,79 \text{ kg/m}^2$. As provas de função pulmonar revelaram PaO_2 de $76,7 \text{ mmHg}$; PaCO_2 de $33,1 \text{ mmHg}$; CVF de $4,34$ (81%); e VEF1 de $3,94$ (89%). Realizou-se um registro polissonográfico, o qual confirmou a existência de cento e dezessete episódios de apneias obstrutivas por hora associadas a dessaturações da oxi-hemoglobina que chegaram a 65%.

Considerando o caso clínico 2A3AAA, julgue os itens a seguir.

- 61 Os resultados da polissonografia indicam que esse paciente apresenta grave distúrbio apneico noturno do tipo obstrutivo.
- 62 O uso de um sistema de pressão positiva nas vias aéreas do referido paciente é a melhor medida para tratar a apneia e a hipoxemia diagnosticadas por meio da polissonografia.
- 63 O paciente deve ser orientado a reduzir o peso, o que deverá ajudar a diminuir o número de apneias do sono e melhorar a oxigenação noturna.
- 64 Nesse caso, deve-se aplicar o questionário de Epworth para confirmar se o paciente apresenta grave hipoxemia noturna.
- 65 No caso em apreço, a prova de função pulmonar e a gasometria arterial são compatíveis com o diagnóstico de DPOC.

Ao paciente do caso clínico 2A3AAA foi aplicado o teste de Fagerström, por meio do qual se constatou que ele havia iniciado o vício aos doze anos de idade e que fumava o primeiro dos vinte cigarros do dia aproximadamente um minuto após acordar. O paciente relatou que o primeiro cigarro do dia era o que lhe trazia mais satisfação, que fumava mais durante a manhã e que tinha dificuldade de ficar mais de trinta minutos sem fumar, fato que o fez negociar com seu empregador a possibilidade de trabalhar em casa, pois achava difícil não fumar em lugares proibidos. Durante a entrevista, o paciente manifestou vontade de parar de fumar.

Ainda com relação ao caso clínico 2A3AAA e considerando as novas informações apresentadas, julgue os próximos itens.

- 66 A vontade de parar de fumar manifestada por esse paciente indica que ele está na fase de comprometimento para cessar o vício.
- 67 O paciente apresenta grau muito elevado de dependência à nicotina.
- 68 O fato de o paciente fumar vinte cigarros por dia durante vinte e três anos é a resposta do teste que melhor demonstra o quanto ele é dependente de nicotina.

Um paciente de dezoito anos de idade, previamente hígido, procurou uma unidade básica de saúde queixando-se do aparecimento de uma lesão no pênis, identificada havia dois dias. O paciente informou, ainda, que percebeu adenomegalia indolor em região inguinal direita. Negou disúria, febre ou eliminação de secreção uretral. Informou que não usa preservativos nas relações sexuais. O exame físico mostrou uma lesão localizada na glândula do pênis do tipo ulcerosa, pequena, indolor e endurecida associada a gânglios em região inguinal direita indolores, de consistência elástica e não coalescentes.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 69 A pesquisa do agente etiológico deve ser feita por meio de material extraído da lesão peniana, e os testes sorológicos devem ser realizados durante o acompanhamento da doença.
- 70 O tratamento da doença deve ser feito com penicilina G benzatina $2.400.000 \text{ UI}$ via intramuscular, em duas séries, com intervalos de uma semana.
- 71 O provável diagnóstico é de doença transmitida por relações sexuais não protegidas.

Determinada paciente, com quarenta anos de idade, compareceu ao ambulatório de um hospital queixando-se de que, havia seis meses, tinha começado a apresentar dor e edema em articulações das mãos, com exceção das interfalangeanas distais. Informou, ainda, que, após dois meses de iniciados esses sintomas, ela percebeu que o quadro estava se repetindo com relação às articulações dos joelhos. A paciente relatou que a dor é mais intensa pela manhã e que melhora sensivelmente após o almoço. Negou febre, sudorese, calafrios, perda de peso e comprometimento clínico em outros órgãos. No exame físico, constataram-se a presença de dor, edema e calor, de forma simétrica, nas citadas articulações.

Com referência a esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 72 Nesse caso, a presença do fator reumatoide é fundamental para estabelecer o diagnóstico de artrite reumatoide.
- 73 O provável diagnóstico é poliartrite crônica do tipo inflamatória.
- 74 Nesse caso, o padrão do acometimento articular é migratório.

Um homem de quarenta e cinco anos de idade, previamente hígido, foi atendido em uma unidade básica de saúde queixando-se de progressiva fraqueza, iniciada havia seis meses, sintoma que, nos últimos dois dias, havia se associado a náuseas, vômitos, dor abdominal difusa e flatulência. O paciente informou que trabalha como lavrador de hortaliças. O exame físico revelou palidez cutaneomucosa, com leve dor abdominal difusa à palpação. O médico solicitou um hemograma que mostrou hemácias de 3.000.000 por mm³; hemoglobina de 8 g/dL; hematócrito de 24%; e eosinofilia.

No que se refere a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 75** A causa mais provável do quadro de anemia do paciente é a diminuição do ferro sérico.
- 76** O paciente deve ser imediatamente submetido a uma endoscopia digestiva alta.
- 77** O paciente apresenta anemia do tipo hipocrômica e microcítica.

Uma paciente de setenta anos de idade foi levada ao ambulatório de um hospital para que fosse avaliado o estabelecimento, ocorrido havia um ano, de quadro clínico constituído por declínio progressivo da memória para fatos recentes, perda da capacidade de promover o autocuidado, desorientação quanto a datas e horários e desinteresse por tarefas que anteriormente tinha apreço em executar. A paciente tinha história de hipertensão arterial de longa data, controlada com o emprego de diurético em baixa dose. O exame físico não apresentou alterações.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os seguintes itens.

- 78** Nesse caso, a primeira avaliação clínica deve consistir em identificar as causas reversíveis do problema clínico, a exemplo de hiponatremia ocasionada pelo uso de diurético.
- 79** Recomenda-se que seja prescrito para a paciente antidepressivo tricíclico associado a benzodiazepínicos.
- 80** O comprometimento da memória dessa paciente aliado a perturbações cognitivas sugere diagnóstico de síndrome demencial.

Uma paciente, de trinta anos de idade, auxiliar de serviços gerais, compareceu a uma unidade básica de saúde queixando-se de que, havia dois meses, tinha começado a apresentar febre de até 38 °C vespertina associada a tosse com expectoração amarela. Informou, ainda, que, nesse período, havia emagrecido 5 kg — ela pesava anteriormente 58 kg. O exame físico mostrou uma paciente emagrecida, com frequência respiratória de 30 irpm e crepitações inspiratórias em região supraescapular direita.

Acerca desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 81** A paciente deve ser encaminhada para internação em uma unidade hospitalar até que o diagnóstico seja estabelecido.
- 82** Deve-se pesquisar morbidade que possa servir de base ou se associar à doença atual da paciente.
- 83** O diagnóstico definitivo deve ser feito mediante a associação dos resultados do PPD, baciloscopia do escarro e radiografia de tórax.

Um paciente de sessenta anos de idade que trabalha como engenheiro em escritório de firma de construção procurou um centro de saúde para avaliar sua condição de saúde. Ele estava assintomático e negou antecedentes mórbidos pessoais. Os pais desse paciente têm o diagnóstico de hipertensão arterial controlada e os dois irmãos são saudáveis. Ao exame físico, apresentava-se sem alterações.

No que se refere a esse caso clínico e às medidas de prevenção a serem adotadas para esse paciente, julgue os itens a seguir.

- 84** Deve-se avaliar o cartão de vacinação do paciente, a fim de avaliar a necessidade de imunizá-lo contra tétano, pneumonia pneumocócica e vírus *influenza*.
- 85** Deve-se solicitar, quando do atendimento do paciente, e recomendar que seja repetido anualmente, exame de sangue oculto nas fezes para o rastreamento de câncer de intestino.
- 86** Deve-se solicitar ecocardiografia, teste ergométrico e MAPA, dado o histórico familiar do paciente.

Uma paciente de cinquenta anos de idade foi levada ao pronto-socorro de um hospital pela ambulância do SAMU por estar apresentando, havia trinta minutos, quadro clínico caracterizado por perda da consciência associada a convulsões tônico-clônicas e liberação esfinteriana. No exame físico, a paciente estava lúcida, mas levemente desorientada no tempo e no espaço, pois não se lembrava do ocorrido. Negou episódios e doenças prévias. O exame físico não apresentou alterações.

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

- 87** Evidências científicas mostram que a punção lombar deve ser realizada no manejo de quadros clínicos como o dessa paciente.
- 88** Deve-se realizar o exame de imagem do crânio, com o objetivo de avaliar a causa e(ou) a consequência do problema clínico manifestado pela paciente.
- 89** Benzodiazepínico é a primeira opção terapêutica para tratar a condição clínica dessa paciente.
- 90** A medida da glicemia deve ser verificada de forma imediata.

Com relação à morte súbita associada ao exercício físico, bem como a aspectos relacionados a esse assunto, julgue os itens a seguir.

- 91** Em jovens, a maioria das mortes súbitas associadas ao exercício é atribuída à doença arterial coronariana.
- 92** É durante a prática de atividade física, atividade adrenérgica aumentada, que ocorre a maior parte dos casos de morte súbita de pessoas com síndrome de Brugada.
- 93** Tanto o eletrocardiograma de repouso quanto o eletrocardiograma de exercício apresentam baixo valor preditivo positivo e alta taxa de falsos positivos para doença arterial coronariana em indivíduos assintomáticos.
- 94** A tendência de ocorrer morte súbita em pessoas com cardiomiopatias hereditárias é maior durante o repouso que durante a prática de exercício.
- 95** Embora seja um evento incomum, o *Commotio cordis*, que resulta instantaneamente em uma arritmia potencialmente fatal, é uma causa importante de morte súbita relacionada ao exercício em atletas jovens.
- 96** Cerca de 90% das mortes súbitas associadas ao exercício ocorrem em indivíduos do sexo masculino.

Um paciente de trinta e oito anos de idade, HIV positivo, queixa-se de cefaleia e diplopia. O exame físico revela papiledema e disartria. A tomografia computadorizada de crânio é normal, mas o exame do líquor indica a presença de organismos encapsulados na coloração com tinta da Índia, compatíveis com *Cryptococcus neoformans*.

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

- 97 Recomenda-se para esse paciente a imediata terapia antirretroviral concomitante ao tratamento da meningite, para evitar o risco de síndrome inflamatória de recuperação imune.
- 98 O microrganismo encontrado no paciente pode causar doença pulmonar transitória em indivíduos saudáveis.
- 99 O VDRL do líquor desse paciente provavelmente será positivo.
- 100 Para a fase de indução do tratamento desse paciente, recomenda-se, preferencialmente, a combinação de anfotericina B com 5-fluorocitosina.
- 101 Em pacientes soropositivos, a meningite criptocócica é uma infecção oportunística precoce usualmente observada quando a contagem de linfócitos T CD4+ está acima de 100/ μ L.

Julgue os itens seguintes, relativos à isquemia aguda do miocárdio de ventrículo direito.

- 102 A maioria dos casos de isquemia do miocárdio de ventrículo direito resulta de oclusão da artéria coronária direita proximal.
- 103 Deve-se suspeitar de disfunção isquêmica do ventrículo direito quando há hipotensão arterial, distensão venosa jugular e pulmões claros em um paciente cujo ECG mostra sinais de infarto inferior bem como elevação de ST na derivação VR4.
- 104 A isquemia de ventrículo direito isolado — sem isquemia de ventrículo esquerdo — causa dispneia com mais frequência do que a do infarto do ventrículo esquerdo, em consequência do movimento septal sistólico paradoxal.
- 105 O tratamento com nitratos e opioides é usado sempre que possível, já que melhoram a pós-carga e a disfunção do ventrículo direito.
- 106 A isquemia do miocárdio do ventrículo direito geralmente acompanha o infarto agudo da parede inferior do ventrículo esquerdo, ocorrendo em 30% a 50% desses casos.

No que se refere a biofilmes, julgue os próximos itens.

- 107 As infecções por *Staphylococci* coagulase-negativos associadas a biofilmes frequentemente ocorrem em pacientes com implantes prolongados, como, por exemplo, cateteres intravenosos, sendo o *S. epidermidis* a espécie mais comum.
- 108 Os biofilmes, comunidades de microrganismos envolvidas por uma matriz extracelular por eles produzida e ligadas a determinada superfície, são mais resistentes à terapia antimicrobiana e às defesas do hospedeiro.
- 109 A matriz celular dos biofilmes fornece microambientes estáticos e homogêneos relacionados a taxas aumentadas de crescimento e metabolismo das células microbianas.
- 110 Os estafilococos podem formar biofilmes *in vivo* que os tornam muito resistentes a antimicrobianos e causam doenças crônicas como osteomielite, endocardite e infecções em implantes médicos.
- 111 A atividade dos macrófagos e polimorfonucleares e a atividade dos leucócitos mediada por anticorpos são fortemente acentuadas na presença de bactérias cultivadas em biofilme.

Com relação aos efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças, julgue os itens subsequentes.

- 112 A doença arterial periférica e os aneurismas de aorta são mais comuns em fumantes do que em não fumantes.
- 113 Fumantes passivos — indivíduos expostos ao fumo ambiental — possuem um risco aumentado de doença respiratória crônica e câncer de pulmão, mas não de doença arterial coronariana.
- 114 O tabagismo está associado ao aumento da atividade simpática, que aumenta o consumo de oxigênio pelo miocárdio, por meio do aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e da contratilidade miocárdica.
- 115 A prevalência de úlcera gástrica e duodenal é maior nos fumantes do que nos não fumantes.
- 116 Apesar dos efeitos nocivos do tabagismo, o monóxido de carbono (CO) presente na fumaça do cigarro, por possuir maior afinidade com a hemoglobina, permite maior aporte tecidual de oxigênio ao deslocar o oxigênio da hemoglobina.

Fluoroquinolonas são agentes favoráveis ao tratamento de infecções, por possuírem um amplo espectro de atividade antimicrobiana. Considerando essa informação, julgue os seguintes itens.

- 117 A cardiotoxicidade das fluoroquinolonas refere-se à propensão de tais fármacos para prolongar o intervalo QT.
- 118 Um dos efeitos adversos das fluoroquinolonas é a neuropatia periférica, condição transitória que desaparece quando o uso da droga é interrompido.
- 119 As fluoroquinolonas possuem atividade de bloqueio neuromuscular, podendo exacerbar a fraqueza muscular em pacientes com *myasthenia gravis*.
- 120 As fluoroquinolonas têm efeitos adversos sobre o sistema nervoso central, podendo provocar desde cefaleia e tontura até alucinações e delírios.