

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, 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 das suas respostas.

PROVA OBJETIVA P₂ — CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Com relação à doença reumatológica e considerando o quadro de uma mulher de 54 anos de idade que procurou atendimento ambulatorial com manifestações clínicas e laboratoriais sugestivas de artrite reumatoide, julgue os itens que se seguem.

- 101** A constatação de esplenomegalia e neutropenia na paciente em questão permite caracterizar o diagnóstico de síndrome de Felty.
- 102** Um achado comum na situação descrita é a presença de rigidez matinal por mais de 30 minutos, sendo que o tempo de duração dessa manifestação é considerado um útil marcador de atividade dessa doença.
- 103** A constatação de líquido sinovial opaco, com contagem de leucócitos acima de 150.000 células por microlitro, sendo 80% do tipo polimorfonucleares, com níveis elevados de complemento, é compatível com o diagnóstico de artrite reumatoide não complicada na referida paciente.
- 104** Uma manifestação dessa doença são os nódulos reumatoides, que geralmente se correlacionam com a detecção de fator reumatoide no sangue periférico e ocorrem exclusivamente em proeminências ósseas.
- 105** As atuais evidências científicas recomendam que o tratamento inicial de primeira escolha para o controle do processo inflamatório nessa paciente seja um inibidor do fator de necrose tumoral (infiximab, por exemplo).

O rastreamento (*screening*) pode mudar a história natural, bem como prevenir a morte decorrente de algumas neoplasias. Acerca desse assunto, julgue os itens seguintes.

- 106** As atuais evidências científicas têm demonstrado que a realização de ressonância magnética nuclear mamária deve ser feita a cada dois anos, em mulheres com idade maior que 40 anos, para rastreamento geral de câncer de mama.
- 107** A realização de tomografia computadorizada espiral do tórax pode detectar estágios iniciais de câncer de pulmão em indivíduos assintomáticos; entretanto, ainda não há estudos científicos que demonstrem os efeitos dessa identificação precoce sobre a mortalidade associada a essa neoplasia.

As doenças pulmonares intersticiais representam um grupo heterogêneo de pneumopatias que envolvem o trato respiratório inferior. A respeito dessas afecções pulmonares, julgue os itens subsequentes.

- 108** Em exames de tomografia computadorizada de alta resolução, são exemplos de achados que podem ser observados nessas pneumopatias: a opacificação focal dos espaços aéreos ou com densidade pulmonar sob a forma de vidro moído envolvendo de modo desproporcional regiões subpleurais e basilares e o espessamento dos septos alveolares nas regiões periféricas (fibrose em favo de mel).
- 109** O exame padrão para o diagnóstico definitivo dessas doenças é a biópsia pulmonar transbrônquica.

Na espécie humana, normalmente são observadas quatro glândulas paratireoides, que podem ser acometidas por vários distúrbios, acarretando sua hiperfunção ou hipofunção. Acerca do hiperparatireoidismo e do hipoparatireoidismo, julgue os itens a seguir.

- 110** São condições que podem causar hipoparatireoidismo: a remoção cirúrgica da tireoide, a síndrome de DiGeorge, a doença de Wilson, a hemocromatose e a deficiência de magnésio (por etilismo crônico, por exemplo).
- 111** Parestesias dos dedos das mãos e dos pés, espasmo carpopedal, câibras musculares e constatação do sinal de Trousseau (contração do lábio superior decorrente da percussão do nervo facial abaixo do arco zigomático) são manifestações clínicas encontradas em pacientes com diagnóstico de hiperparatireoidismo.
- 112** Em pacientes com diagnóstico de hipoparatireoidismo, são encontradas em exames de imagem (radiografias e tomografias computadorizadas) as seguintes alterações ósseas: desmineralização, reabsorção subperiosteal, perda da lâmina dura dos dentes, lesões radiotransparentes — os chamados tumores marrons.

Modelos para a avaliação do prognóstico são úteis na estimativa da gravidade de várias doenças e da sobrevida, além de sua utilidade na tomada de decisões. Em pacientes com insuficiência hepática crônica, são usados dois modelos prognósticos: o escore de Child-Turcotte-Pugh e, mais recentemente, o chamado MELD (*model for end-stage liver disease*). Com relação a esses modelos, julgue os itens que se seguem.

- 113** Originalmente, o MELD é uma fórmula matemática complexa que leva em conta os valores séricos de bilirrubina (mg/dL), creatinina (mg/dL), sódio (mEq/L), albumina sérica (mg/dL) e o tempo de protrombina — medido pela relação normalizada internacional (RNI) — para seu cálculo.
- 114** O sistema de escore de Child-Turcotte-Pugh considera as seguintes variáveis: bilirrubina (mg/dL), albumina sérica (mg/dL) e o tempo de protrombina (em segundos ou RNI) e a presença (e nível de gravidade) de ascite e encefalopatia.
- 115** Quanto menor for o valor do escore MELD, maior será o risco de morte do paciente cirrótico.

Uma paciente de 38 anos de idade, com diagnóstico prévio de cirrose hepática (secundária a hepatite B crônica), procurou assistência médica devido a importante redução no volume urinário. Após investigação inicial, constatou-se que a paciente apresentava a síndrome hepatorenal.

Acerca dessa complicação da cirrose hepática, julgue os itens a seguir.

- 116** Na síndrome hepatorenal, ocorre necrose tubular aguda em decorrência da significativa redução do volume de sangue circulante efetivo, oriundo, por seu turno, de diminuição na concentração de proteínas séricas.
- 117** Oligúria, azotemia, hiponatremia e redução na excreção urinária de sódio são alterações que devem ter sido encontradas na paciente em questão.
- 118** A complicação descrita pode apresentar alguma melhora se for inicialmente tratada por meio da infusão de albumina em combinação com vasopressina, ambas por via intravenosa.
- 119** O tratamento mais efetivo nesse caso é representado pela realização de procedimento de derivação portossistêmica intra-hepática transjugular.

A tabela a seguir mostra os resultados de dosagens de glicemia de jejum (de 8 a 14 horas de duração) e 2 horas após teste oral de sobrecarga de glicose (75 g de glicose em 300 mL de água, após jejum de 8 a 14 horas, seguintes a três dias de dieta sem restrição de carboidratos) dos pacientes A, B e C.

paciente	glicemia (mg/dL)	
	jejum	após 2 horas
A	110	120
B	95	118
C	135	210

Com base nos dados da tabela acima e na classificação internacional do Comitê de Especialistas em Diagnóstico e Classificação do Diabetes Melito (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus), aceita pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, julgue os itens que se seguem.

- 120** O paciente A é um intolerante de jejum.
- 121** O paciente B apresenta tolerância diminuída a glicose.
- 122** O paciente C apresenta perfil de glicemias compatível com diabetes melito.

A nefropatia por IGA é reconhecida como a lesão glomerular idiopática mais frequente em todo o mundo. A respeito dessa glomerulonefrite, julgue os itens de **123** a **127**.

- 123** Essa doença glomerular pode associar-se a cirrose hepática, doença celíaca, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e citomegalovirose.
- 124** A mais frequente forma de expressão dessa glomerulopatia é a síndrome nefrótica pura, com edema e proteinúria significativa (mais de 1 g/dia).
- 125** A confirmação diagnóstica dessa nefropatia é realizada apenas quando se constatam níveis elevados de imunoglobulina A no sangue periférico de um paciente com síndrome nefrótica pura.

126 Cerca de um terço dos pacientes com essa nefropatia apresentam remissão clínica, entretanto o pior prognóstico está relacionado à presença de hipertensão arterial, a proteinúria persistente (maior que 1 g/dia) e a função renal anormal no momento do diagnóstico.

127 Como está bem definido com base em estudos randomizados, o uso de óleo de peixe ômega-3 tem sido recomendado como de primeira escolha, tanto para o controle da proteinúria quanto para o tratamento do processo inflamatório de base.

Um importante cuidado a pacientes adultos é representado pela imunização, que ainda é uma das melhores maneiras de prevenir doenças infecciosas. Acerca desse tema, julgue os itens que se seguem.

128 A vacina contra influenza é realizada com vírus inativado, sua administração é feita anualmente (geralmente no outono) e, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda sua aplicação para idosos com mais de 60 anos de idade. Seu uso está associado à redução da morbidade cardiovascular e da mortalidade global em pacientes com doença vascular aterosclerótica.

129 A vacinação contra pneumococo é recomendada para pessoas com idade maior ou igual a 65 anos de idade e para aqueles com menos de 65 anos que apresentem condições de risco, como, por exemplo: cardiopatias e pneumopatias crônicas, asplenia, doença hepática crônica, etilismo, nefropatia crônica ou que residam em instituições fechadas (asilos, casas geriátricas, hospitais e casas de repouso).

Com relação aos mecanismos farmacológicos de ação dos antibióticos, julgue o próximo item.

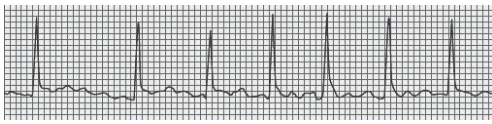
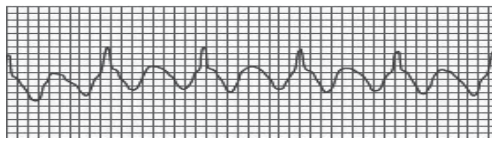
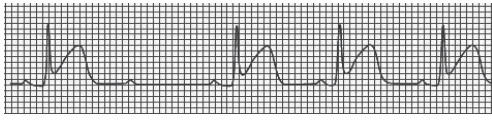
130 Os antibióticos do grupo dos beta-lactâmicos atuam inibindo o crescimento de bactérias sensíveis por meio da inativação de enzimas localizadas na parede celular bacteriana, envolvendo a terceira fase de síntese dessa parede (que envolve a ligação cruzada das cadeias de peptidoglicanos).

Uma paciente de 28 anos de idade procurou atendimento médico devido a dispneia (inicialmente aos grandes e atualmente aos médios esforços) e palpitações taquicárdicas. Seu exame físico mostrou basicamente *icuts cordis* localizado no 5.º espaço intercostal e na linha hemiclavicular esquerdos, ritmo cardíaco regular em dois tempos, hiperfonese da primeira bulha em área mitral, onde se ausculta estalido de abertura da mitral e sopro diastólico com reforço pré-sistólico. O eletrocardiograma convencional mostrou ritmo sinusal com sinais de sobrecarga atrial esquerda. O radiograma de tórax mostrou aumento do átrio esquerdo e linhas B de Kerley nos campos pulmonares.

Considerando as informações clínico-laboratoriais apresentadas nesse quadro clínico, julgue os itens de **131** a **136**.

- 131** A principal hipótese diagnóstica nessa situação é estenose mitral.
- 132** A constatação do estalido de abertura da mitral é indicativo de importante enrijecimento das lascínias dessa valva.
- 133** A presença de reforço pré-sistólico evidencia que há moderado grau de insuficiência mitral funcional.

- 134** Embora o ecodopplercardiograma transtorácico seja útil na confirmação e avaliação da situação clínica em tela, é de recomendação obrigatória a realização de estudo hemodinâmico completo (oximetria, manometria e angiocardiofias) nessa paciente.
- 135** A dispneia progressiva apresentada pela paciente e a constatação das linhas B de Kerley na radiografia de tórax associam-se essencialmente à mesma base fisiopatológica.
- 136** Dependendo de avaliação laboratorial complementar, pode-se optar pela comissurotomia mitral cirúrgica ou pela valvotomia mitral percutânea por balão para o tratamento definitivo da doença dessa paciente.

situação	tiras de ritmo
I	
II	
III	

BMJ, 2002, 324:594 e 535 (com adaptações).

Considerando as tiras de ritmo apresentadas acima, todas realizadas na derivação D2, com velocidade do papel de 25 mm/s e calibração de 1 cm = 1mV, julgue os itens a seguir.

- 137** A arritmia mostrada em I é a fibrilação atrial.
- 138** A tira de ritmo apresentada em II mostra uma taquicardia ventricular monomórfica com complexos QRS largos.
- 139** A arritmia cardíaca expressa em III é diagnosticada como bloqueio atrioventricular de 3.º grau.

A bronquite crônica e o enfisema são condições patológicas que isolada ou associadamente estão presentes nos pacientes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Em relação à DPOC, julgue os itens seguintes.

- 140** A DPOC pode decorrer, por exemplo, da exposição à fumaça oriunda de fogões a lenha (em ambientes mal ventilados), do contato ocupacional com agentes químicos e poeiras e da deficiência hereditária de alfa-1-antitripsina; porém, o seu principal fator etiológico é o hábito de fumar cigarros.
- 141** Em pacientes hipoxêmicos com diagnóstico de DPOC, a única forma de terapia que tem evidências de promover alguma melhora na história natural é representada pela oxigenoterapia suplementar.
- 142** *Cor pulmonale*, insuficiência respiratória crônica, pneumotórax espontâneo, infecção pulmonar e embolia pulmonar são exemplos de complicações associadas à DPOC.

Médicos no exercício da profissão têm como uma de suas incumbências a emissão de atestados e laudos e o fornecimento de notificações e pareceres. A respeito da atuação médica nesse contexto, julgue os próximos itens.

- 143** É vedado ao médico, em quaisquer circunstâncias, deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência.
- 144** É vedado ao médico elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, o prognóstico ou a terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.
- 145** Quando do preenchimento da declaração de óbito, em caso de morte natural sem assistência médica nas localidades sem serviço de verificação de óbitos, a declaração de óbito deve ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento, ou, na sua ausência, por qualquer médico da localidade.
- 146** É vedada ao médico a emissão de laudos médicos retroativos, constituindo prática ilegal e antiética, visto que apenas se podem constatar doenças ou incapacidades pelo exame atual do paciente.

Texto para os itens de 147 a 156

Um homem branco com 53 anos de idade, hipertenso, dislipidêmico, foi admitido após ter sido encontrado por familiares sonolento e desorientado, em seu domicílio. Ele utilizava rotineiramente fenitoína e hidroclorotiazida. Foi empregada há 6 dias dose de corticosteroide injetável para tratamento de lumbago. O paciente vinha, há 4 dias, queixando-se de astenia e apresentando poliúria, tendo, nesse dia, vômitos. No exame físico, constatou-se: torpor, Glasgow = 10, desidratação, pressão arterial de 100 mmHg × 70 mmHg, frequência cardíaca de 114 bpm, frequência respiratória de 16 incursões por minuto. A avaliação laboratorial mostrou: glicemia = 860 mg/dL, Na = 154 mEq/L, K = 3,0 mEq/L, fósforo = 0,4 mg/dL, cálcio total = 5,4 mg/dL, ureia = 84 mg/dL, creatinina = 1,4 mg/dL. A gasometria arterial apresentou: pH 7,37; PCO₂ = 38; PO₂ = 96; HCO₃ = 20,8 mEq/L, BE = -1, hemoglobina = 15 mg/dL, hematócrito de 49%, leucócitos totais = 9.260, bastões = 4%. Tomografia de crânio normal, punção lombar com líquido normotenso, límpido, 3 leucócitos mononucleares p/c, 2 hemácias p/c, proteínas 83 mg/dL, glicose 562 mg/dL, cloretos 652 mg/dL, pesquisa de BAAR negativa.

Com referência ao quadro clínico descrito no texto e ao tratamento do citado paciente, julgue os itens a seguir.

- 147** A situação clínica descrita pode ter sido desencadeada pelo uso de corticosteroides ou de fenitoína.
- 148** No quadro em questão, deve-se considerar a hipótese de sangramento extradural secundário a crises convulsivas subentrantes.
- 149** Como evidencia o relato, existe importante resistência à insulina na situação, devendo ser ministradas doses de 50 a 70 unidades, preferencialmente em bólus, repetidas a cada 2 horas nas primeiras 6 horas, com intuito de reduzir da glicemia.
- 150** Nesse quadro clínico, a administração de solução salina a 0,9% deve ser evitada nas primeiras 6 horas em virtude da hipernatremia.
- 151** A mortalidade em situações clínicas como a descrita pode chegar a 15% e deve-se, em grande parte, a falhas no diagnóstico e no tratamento que levam a disfunções hipotalâmicas secundárias a severo edema cerebral e hipertensão intracraniana.

Julgue os seguintes itens, relativos ao caso clínico relatado no texto e ao seu tratamento.

- 152** A natremia do paciente deve ser cautelosamente diminuída, não ultrapassando a diminuição 1 mEq/L a cada hora.
- 153** A fosfatemia não deve ser repostada, em virtude de o paciente ter evidências de quadro instalado de insuficiência renal aguda parenquimatosa.
- 154** Os níveis plasmáticos de cálcio baixos podem ser atribuídos à diurese osmótica, podendo ser repostos com uma dose inicial de 100 mg em infusão titulada em 5 min a 10 min, mantendo-se após 1 mg/kg/h.
- 155** A reposição de potássio deve preceder a insulino terapia até se obterem ao menos 3,3 mEq/L, devido ao risco de severa hipopotassemia.
- 156** O uso de bicarbonato de sódio deverá restringir-se a uma única dose de 1 mEq/kg, com o intuito de manter o pH em 7,4 e corrigir os baixos níveis de bicarbonato sérico, podendo ser repetido após 2 horas, caso não se obtenham as metas desejadas.

Um homem com 48 anos de idade, tabagista, foi removido de seu local de trabalho pelo serviço de emergência móvel. Ele tem queixas de dor precordial iniciada há 2 horas, persistente nos últimos 30 minutos, aliviada agora por analgésicos, constrictiva, irradiada para membro superior esquerdo. Ele faz uso de aspirina devido a problemas vasculares nos membros inferiores e suspendeu utilização de medicação anti-hipertensiva há 5 dias. Trata-se de paciente eupneico, com pressão arterial de 194 mmHg × 142 mmHg e frequência cardíaca de 102 bpm. O ECG mostra inversão de onda T (acima de 0,2 mV) e ondas Q patológicas. Os exames laboratoriais de admissão apresentam CK-MB = 18 U/L, troponina T = 0,18 ng/mL.

Considerando as informações descritas no caso clínico acima, julgue os itens que se seguem.

- 157** Segundo a descrição do caso, está indicado o emprego de fibrinolíticos por até 6 horas após admissão.
- 158** O emprego de nitroprussiato de sódio e nitroglicerina é efetivo e reduz a mortalidade em quadros como esse.
- 159** O exame de troponina T é indicado para o acompanhamento da evolução do quadro descrito, considerando a especificidade e a variação ao longo das primeiras 72 horas de admissão.
- 160** Betabloqueadores como propanolol, metoprolol e atenolol devem ser utilizados precocemente, com intuito de diminuir o consumo miocárdico de oxigênio.
- 161** A angioplastia primária deve ser prontamente realizada nessa situação clínica, tão logo se consiga estabilização da pressão arterial, sendo fator determinante para a diminuição da mortalidade.

Uma paciente com 20 anos de idade compareceu ao pronto-socorro com febre, cefaleia, mal-estar, náuseas, vômito e dor abdominal há 4 dias. Houve piora hoje, com intensa dor abdominal e tonturas. Seis dias antes, ela esteve com primos com sintomas de dengue. Desidratada ++/4, Tax 37,2 °C, PA deitada: 110 mmHg × 70 mmHg; Fc: 96 bpm. Dor à palpação profunda do abdome, submaciez à percussão de flancos. Exames – hemograma: Hb: 12 g/dL, Ht: 52%, leucócitos: 3.800/mm³, plaquetas: 50.000/mm³; EAS: densidade: 1.035, hemácias: 600.000/mm³; Hb: ++. Ecografia de abdome: presença de grande quantidade de líquido na cavidade abdominal. A paciente foi internada e apresentou piora, PA deitada: 100 mmHg × 60 mmHg, sentada: 90 mmHg × 50 mmHg, Fc: 110 bpm, tendo sido medicada com Ringer lactato 1.000 mL em 1 hora e 1.000 mL em 4 horas. Ht: 55%; plaquetas: 30.000/mm³. Diurese de 100 mL desde 21 h.

Foi mantida hidratação venosa com soro fisiológico 1.000 mL em 4 horas e, dez horas após a internação, a paciente apresentou PA deitada: 110 × 65 mmHg, sentada: 110 × 65 mmHg e pulso: 88 ppm.

Após 4 dias de internação, estava afebril, com boa diurese e Ht: 40%, plaquetas: 76.000/mm³; teve alta hospitalar, com seguimento no ambulatório. Isolamento viral: DEN 2.

Com referência à situação clínica acima descrita e à enfermidade a ela associada, julgue os itens subsequentes.

- 162** Manifestações hemorrágicas, como gengivorragia, petéquias e epistaxe ou metrorragia são as manifestações iniciais da totalidade de casos de dengue hemorrágico.
- 163** Essa situação clínica caracteriza um caso de infecção primária por dengue na forma hemorrágica, classificada segundo a evolução como grupo C.
- 164** Casos oligossintomáticos ou assintomáticos podem chegar a 56%, com enfermidade febril inespecífica curta, faringite, rinite e tosse branda, às vezes, acompanhada de exantema macropapular, frequentemente observada em lactentes e pré-escolares, dificultando o diagnóstico clínico.
- 165** A dengue confere imunidade homóloga permanente e imunidade de dois a três meses contra os demais tipos do vírus da dengue.
- 166** Em face da remissão do período febril, é correto afirmar que se trata de um quadro de dengue que transcorreu sem complicações.

Um homem solteiro, mestre de obras em grande empreiteira, com 34 anos de idade, com histórico de etilismo eventual de grande quantidade, foi atendido no serviço médico com vômitos, astenia, sensação febril (não aferida), fezes pastosas e claras (cerca de 2 a 3 evacuações diárias) com 5 dias de evolução. Urina escura e *ardida*. Há 30 dias, ele participou de pescaria em local considerado foco de hepatite, dia em que manteve relações sexuais sem preservativo. O exame físico revelou conjuntivas oculares ictericas, fígado a 3 cm do rebordo costal direito, levemente doloroso. Exames de rotina de admissão revelaram leucócitos totais = 8.460/ μ l; linfócitos = 17%; bastões 3%; BB total = 2,8; BBi = 1,5; BBd = 1,3; TGO = 102 UI/L; TGP = 128 UI/L; amilase = 94 UI/L; lipase = 184 UI/L; anti HAV; IgM positivo; HBSAg, HBeAg negativos e anti-HBs positivo.

Considerando o caso clínico acima apresentado, julgue os próximos itens.

- 167** O perfil HBSAg negativo e anti-HBs positivo refere-se a diagnóstico de HVB crônica associada a HVA.
- 168** Esse caso clínico refere-se a quadro de hepatite A.
- 169** De acordo com os dados laboratoriais descritos, o paciente foi submetido a medidas profiláticas para hepatite.
- 170** A ascensão de bilirrubinas não conjugadas em hepatopatias virais é incomum.

Uma paciente de 28 anos de idade, puérpera, retornou ao hospital 13 dias após parto normal, tendo febre vespertina de 37-38 °C, tosse pouco produtiva, acompanhada de dor torácica à direita. Ela referiu por vezes desconforto respiratório e convívio com familiar tratado de tuberculose. Escarro BAAR negativo, raio X de tórax demonstra derrame pleural de pequeno volume à direita. Na análise do líquido pleural, encontrou-se exsudato com ADA (adenosina deaminase) do líquido pleural = 64 UI/L, celularidade predominantemente constituída por linfócitos, sem células neoplásicas.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 171** Na tuberculose pleural, a análise do derrame pleural revela presença de exsudato com relação líquido pleural/proteína sérica > 0,5, relação desidrogenase láctica do líquido pleural 2/3 acima do normal sérico e relação sérica/pleural > 0,5.
- 172** A baciloscopia do líquido pleural leva ao diagnóstico de tuberculose em 70% dos casos.
- 173** A paciente em questão preenche critérios para tratamento, pois tem derrame pleural exsudativo, predomínio de linfócitos e ADA > 40 UI/L.
- 174** Contatos adultos de tuberculose extrapulmonar devem ser submetidos a 6 meses de quimioprofilaxia, independentemente de não serem constatados como bacilíferos.

Julgue os itens a seguir, que tratam de documentos médicos.

- 175** Ao fornecer atestado, que é parte integrante do ato médico e cujo fornecimento não pode implicar qualquer majoração em seus honorários, o médico deve registrar em ficha própria e (ou) no prontuário do paciente os dados dos exames e dos tratamentos realizados.
- 176** Ao emitir atestado, o médico não deve citar o diagnóstico, exceto quando expressamente autorizado pelo paciente, e deve obrigatoriamente identificar-se como emissor mediante assinatura e carimbo em que conste o seu número de registro no Conselho Regional de Medicina.
- 177** O médico só pode emitir qualquer tipo de atestado médico após exigir prova de identidade do interessado e deve obrigatoriamente registrar os principais dados dessa prova no documento elaborado.
- 178** Em ações judiciais, o prontuário médico, os exames complementares ou outros documentos médicos somente podem ser apresentados por solicitação expressa do juiz.
- 179** É vedado ao médico utilizar formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Um trabalhador do sexo masculino, com 45 anos de idade, 65 kg e 170 cm de altura, apresenta o seguinte quadro clínico: hipertensão arterial, com pressão diastólica de 105 mmHg; massa ventricular esquerda de 180 g/m; disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção de 0,37; sente-se bem em repouso, mas apresenta fadiga, dispneia, palpitações e angina *pectoris* aos pequenos esforços. Esse paciente trabalha como operador de máquinas de grande porte, em uma indústria da iniciativa privada. Nos últimos meses, em decorrência do agravamento do quadro, não tem conseguido trabalhar normalmente e seu salário tem estado muito abaixo da média dos valores recebidos por seus colegas de trabalho. Por esse motivo, entrou com ação judicial contra a empresa empregadora. Além disso, solicitou benefício ao INSS.

Com base nesse quadro clínico, julgue os itens de **180 a 187**.

- 180** O quadro relatado sugere que o paciente apresenta cardiopatia hipertensiva grave, porém faltam alguns parâmetros classicamente descritos.
- 181** Se a angina referida por esse paciente apresentar as características da classe IV da CCS (Canadian Cardiovascular Society), estará caracterizada a forma crônica de cardiopatia isquêmica.
- 182** O paciente apresenta hipertrofia ventricular esquerda.
- 183** Com base nos dados apresentados, é correto afirmar que esse trabalhador apresenta incapacidade laborativa parcial.

184 Se o perito médico do INSS entender que o paciente está incapacitado para exercer qualquer atividade laborativa em decorrência do quadro que apresenta, sua incapacidade laborativa será classificada como multiprofissional.

185 O médico do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da indústria em que esse paciente trabalha não pode atuar como perito judicial no processo aberto pelo paciente, mas sim como assistente técnico da empresa.

186 O médico do SESMT da indústria em que esse paciente trabalha tem a obrigação de prestar-lhe esclarecimentos acerca das condições de trabalho que põem em risco sua saúde e deve comunicar o fato aos responsáveis na empresa e ao Conselho Regional de Medicina.

187 É esperado que o médico assistente desse trabalhador, ao emitir laudo para subsidiar a perícia realizada pelo INSS, indique o benefício previdenciário que considera devido e o período que o paciente deve permanecer afastado do trabalho, com o objetivo de auxiliar a realização do ato pericial.

Julgue os itens a seguir, acerca de LER/DORT.

188 Dor ciática, lombalgia e moléstia de Dupuytren não são classificadas como LER/DORT, em face de sua origem não estar relacionada diretamente com o trabalho.

189 Nos pacientes com LER/DORT, o músculo elevador de escápula, o supraespinhoso, os romboide maior e menor e as fibras superiores de trapézio estão entre as estruturas mais afetadas pela síndrome dolorosa ou dor miofascial.

Um pintor de paredes, que necessita elevar os membros superiores acima da cabeça de forma repetitiva, apresenta o seguinte quadro clínico: dor nos ombros ao elevar os membros superiores, com irradiação para a face lateral do braço bilateralmente; e redução na força de rotação externa e abdução dos membros superiores.

Com base nesse quadro clínico, julgue os próximos itens.

190 O quadro clínico descrito sugere que esse paciente apresenta síndrome complexa de dor regional.

191 Um dos diagnósticos que devem ser pesquisados nesse paciente é a síndrome do impacto, que consiste em lesão do tendão supraespinhal e da bursa subacromial subdeltoidea por compressão entre a cabeça do úmero e o arco coracoacromial.

192 Nesse paciente, é recomendado realizar os testes de Neer — dor à manobra de rotação externa do braço quando abduzido em 90° — e de Jobe — dor à elevação súbita do braço.

Uma paciente de 35 anos de idade queixa-se de dor crônica e difusa, que acomete tronco, ambos os membros superiores e o membro inferior direito. Refere que a dor é do tipo pontada, acompanhada de sensações parestésicas, e que se agrava com mudança climática e tensão emocional. Ao exame clínico, apresenta dor à palpação de nove *tender points*. Essa paciente foi diagnosticada como portadora de fibromialgia e foi prescrito tratamento farmacológico.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

193 O diagnóstico dessa paciente está provavelmente incorreto, uma vez que o caráter da dor não corresponde ao tipo mais corriqueiro, a paciente apresenta sintomas parestésicos e o número de *tender points* ativos é inferior ao mínimo necessário para o diagnóstico da síndrome.

194 Amitriptilina na dose de 12,5 mg a 50 mg ou ciclobenzaprina na dose de 10 mg a 30 mg administradas em dose única, 2 a 4 horas antes de deitar, são duas boas opções de tratamento farmacológico para essa paciente.

195 A dor apresentada pela paciente pode ser classificada como disseminada.

A respeito de quadros de dor crônica, julgue os seguintes itens.

196 Sob condições fisiológicas, a transmissão do estímulo nocivo para a medula espinhal é feita fundamentalmente pelas fibras B — não mielinizadas — e C — pouco mielinizadas e de condução rápida.

197 Substância P, prostaglandinas e glutamato são alguns dos mediadores químicos diretamente envolvidos na transmissão do impulso nociceptivo.

198 A dor lombar crônica pode ser causada por doenças inflamatórias, degenerativas, neoplásicas, defeitos congênitos, debilidade muscular, predisposição reumática, sinais de degeneração da coluna ou dos discos intervertebrais. Frequentemente, no entanto, não decorre de doenças específicas, mas sim de um conjunto de causas, como, por exemplo, fatores sociodemográficos e comportamentais, entre outros.

199 A metadona não é boa opção para o tratamento de síndromes dolorosas, pois apresenta eficácia inferior à de outros opioides, com maior custo e morbidade.

Julgue o item abaixo com base nos preceitos do código de ética médica.

200 Ocorrendo fatos que prejudiquem o bom relacionamento com o paciente, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique sua decisão previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

PROVA DISCURSIVA P₄

- Nesta prova, faça o que se pede, usando os espaços para rascunho indicados no presente caderno. Em seguida, transcreva os textos para o **CADERNO DE TEXTOS DEFINITIVOS DA PROVA DISCURSIVA P₄**, nos locais apropriados, pois **não serão avaliados fragmentos de texto escritos em locais indevidos**.
- Qualquer fragmento de texto além da extensão máxima de linhas disponibilizadas será desconsiderado. Também será desconsiderado o texto que não for escrito no(s) espaço(s) correspondente(s) do **caderno de textos definitivos**.
- No **caderno de textos definitivos**, identifique-se apenas no cabeçalho da primeira página, pois **não será avaliado** texto que tenha qualquer assinatura ou marca identificadora fora do local apropriado.

QUESTÃO

Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em adultos imunocompetentes é definida como aquela que ocorre em paciente externamente ao ambiente hospitalar ou que acontece nas primeiras 48 horas subsequentes à admissão nosocomial. Estudos prospectivos feitos em diferentes países indicam que a PAC apresenta uma incidência anual entre 5 e 11 casos por 1.000 adultos.

Considerando o fragmento de texto acima unicamente como motivador, redija um texto dissertativo que atenda, necessariamente, as seguintes determinações:

- ▶ descreva o quadro clínico clássico de PAC;
- ▶ esclareça o papel da radiografia de tórax no diagnóstico de PAC, citando dois achados radiológicos mais frequentes em pacientes com essa enfermidade;
- ▶ cite os cinco mais prováveis agentes etiológicos implicados na doença em questão;
- ▶ cite cinco critérios que permitem classificar um paciente com PAC grave.

RASCUNHO – QUESTÃO

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Um homem de 57 anos de idade procurou o pronto-socorro de um hospital de nível terciário, queixando-se de intensa dor retroesternal, em aperto, com irradiação para a face medial do membro superior esquerdo (em formigamento), sem fatores de melhora, associada a dispneia de repouso, náuseas, vômitos e sudorese profusa, iniciada há 10 horas, durante intenso esforço físico. Há cerca de 8 meses, vinha apresentando mal-estar retroesternal desencadeado por esforços físicos moderados e que cediam rapidamente com o repouso. Informou ser tabagista há 20 anos (40 maços/ano), ter colesterol elevado, ter diagnóstico de diabetes melito há 6 anos (controlado com dieta), ser sedentário e ter pai falecido de ataque cardíaco aos 60 anos de idade. Negou hipertensão arterial e outras doenças. O exame clínico mostrou paciente ansioso, com fâscies de dor, acianótico, dispneico leve, com pressão arterial de 140 mmHg × 85 mmHg e frequência cardíaca de 102 bpm; ritmo cardíaco regular (com raras extrassístoles) com 4.^a bulha, sem sopros e outros ruídos adventícios; pulsos arteriais palpáveis e simétricos; pulmões com murmúrio vesicular reduzido globalmente, sem outras anormalidades; abdome sem alterações. A bioquímica do sangue, na admissão, era a seguinte: glicemia = 100 mg/dL (valores de referência: 60-110 mg/dL); sódio = 138 mEq/L (valores de referência: 135-145 mEq/L), potássio = 4,0 mEq/L (valores de referência: 3,5-5,0 mEq/L), creatinofosfoquinase = 490 UI/L (valor de referência: até 190 UI/L), fração MB da creatinofosfoquinase = 120 UI/L (valor de referência: até 190 UI/L) e troponina I = 2,8 ng/mL (valor de referência: até 0,05 ng/mL). O eletrocardiograma convencional de repouso do paciente mostrou taquicardia sinusal, com frequência ventricular média de 101 spm, eixo do QRS a +10°, com extrassístoles ventriculares polimórficas, isoladas, presença de supradesnivelamento (com concavidade para baixo) do segmento ST de 4 mm, associado a ondas T opostas à maior deflexão do QRS (invertidas) nas derivações D1, aVL e de V1 a V6, bem como presença de ondas Q patológicas nessas derivações. A radiografia torácica não mostrou alterações. Saturação arterial (oximetria de pulso) de 95%.

Considerando a situação clínica acima apresentada, redija um texto dissertativo que, da forma mais completa possível, atenda, necessariamente, as seguintes determinações:

- ▶ faça um exercício de diagnóstico diferencial, indicando, necessariamente, quatro doenças cardiovasculares (destacando, entre elas, o principal diagnóstico — e as características que permitem esse diagnóstico), além de abordar os aspectos clínicos e laboratoriais que confirmem ou descartem cada uma delas;
- ▶ tendo em conta o principal diagnóstico, apresente proposta de abordagem terapêutica, com justificativas, para o paciente em questão.

RASCUNHO – PEÇA TÉCNICA – 1/2

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

RASCUNHO – PEÇA TÉCNICA – 2/2

31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	