

Médico Autorizador

- 11) O estudo radiológico contrastado do trato digestivo alto, ou seriografia de esôfago, estômago e duodeno (EED), em pacientes com refluxo gastroesofágico (RGE) está indicado para:
- a) Diagnóstico da doença do RGE.
 - b) Investigação de aspiração para vias aéreas.
 - c) Estabelecer uma associação temporal entre um episódio de refluxo ácido com a ocorrência de sintomas (como tosse e pirose retroesternal).
 - d) **Suspeitas de anormalidades anatômicas como: estenose pilórica, hérnia hiatal, estenose esofágica, anel vascular e má rotação intestinal.**
- 12) Assinale a alternativa falsa em relação à artrite reumatóide (AR):
- a) É uma doença auto-imune de etiologia desconhecida.
 - b) Caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva a deformidade e destruição das articulações em virtude de erosões ósseas e da cartilagem.
 - c) **Afeta homens duas a três vezes mais do que mulheres, e sua prevalência aumenta com a idade.**
 - d) Em geral, a AR acomete grandes e pequenas articulações em associação com manifestações sistêmicas como: rigidez matinal, fadiga e perda de peso. Quando envolve outros órgãos, a morbidade e a gravidade da doença são maiores, podendo diminuir a expectativa de vida de cinco a dez anos.
- 13) Na prática, costuma-se estabelecer o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) utilizando os critérios de classificação propostos pelo *American College of Rheumatology* (ACR), que se baseia na presença de pelo menos quatro critérios de onze citados a seguir, exceto:
- a) Eritema malar: lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo.
 - b) Fotossensibilidade: exantema cutâneo, como reação não usual à exposição à luz solar, de acordo com a história do paciente ou conforme observado pelo médico.
 - c) Úlceras orais/nasais: úlceras orais ou nasofaríngeas, usualmente indolores, observadas pelo médico.
 - d) **Artralgia: envolvendo duas ou mais articulações periféricas.**
- 14) Tipicamente o episódio de angina:
- a) Tem duração de várias horas.
 - b) Normalmente não é precipitado por exercício físico ou estresse emocional, com infrequente melhora ou alívio ao repousar.
 - c) O uso de compostos de nitroglicerina, como o nitrato sublingual, alivia a angina em aproximadamente 15 min.
 - d) **Incide sobre a região retroesternal, sendo comum a irradiação para o pescoço, mandíbula, epigástrico ou membros superiores. Dor localizada nas regiões das articulações condroesternais dificilmente tem origem cardíaca.**

- 15) A presença de fatores de risco para o tromboembolismo venoso é a condição inicial para o estabelecimento de elevada suspeita clínica e, também, para realização de adequada profilaxia. Os principais fatores de risco para o tromboembolismo venoso são, exceto:
- a) Acidente vascular encefálico (AVE).
 - b) Deficiência de antitrombina; deficiência de proteínas C e S; resistência à proteína C (fator V-Leiden); desfibrinogenemia; anticorpo antifosfolípido/antiocardiopina; mutação da protrombina; desordens do plasminogênio.
 - c) Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).
 - d) **Uso de progestogênio.**
- 16) A apresentação clínica da embolia pulmonar (EP) é geralmente inespecífica, dificultando o diagnóstico. Os sinais e sintomas dependem, fundamentalmente, da localização e tamanho do trombo e do estado cardiorrespiratório prévio do paciente. Sobre as manifestações clínicas da EP é incorreto afirmar:
- a) Nos pacientes estáveis clinicamente, a dispnéia e a dor torácica são os sintomas mais frequentes.
 - b) **A dor torácica com característica de angina de peito pode ser observada nos casos graves, em que a sobrecarga aguda do ventrículo esquerdo pode provocar isquemia miocárdica secundária.**
 - c) A hipotensão arterial sistêmica caracteriza os pacientes com EP maciço.
 - d) É digno de nota que uma condição frequentemente suspeita na prática clínica, a das “microembolias pulmonares”, carece da evidência científica, portanto este rótulo diagnóstico deve ser removido e baseado em uma outra causa para o quadro clínico do paciente.
- 17) Pode-se afirmar sobre a atendimento pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio (IAM):
- a) O primeiro momento está vinculado à educação comunitária para o reconhecimento da dor e à procura imediata pelos serviços de emergência. O principal componente do retardo desse momento é o prolongado tempo, por parte do paciente, em procurar ajuda. Cerca de 90% dos pacientes com dor torácica aguda chegam ao setor de emergências antes de 2h do início dos sintomas.
 - b) **A maioria das mortes ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40% a 65% na primeira hora do início dos sintomas e aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas. Assim, a maioria das mortes por IAM acontece fora do hospital.**
 - c) A modalidade mais frequente de parada cardiorrespiratória nas primeiras horas de IAM é a atividade elétrica sem pulso, que só pode ser revertida pela desfibrilação elétrica; se realizada no primeiro minuto após o colapso, a desfibrilação elétrica reverte mais de 90% dos casos.
 - d) A importância da fibrilação ventricular como mecanismo de óbito precoce e a habilidade na ressuscitação e na desfibrilação foram os fatores que propiciaram o desenvolvimento, fundamentalmente nos Estados Unidos e na Europa, dos programas de tratamento pré-hospitalar do IAM. Estima-se que a desfibrilação salve menos vidas que o tratamento trombolítico, mas depende do rápido acesso ao procedimento.
- 18) A apresentação clínica de pacientes com isquemia miocárdica aguda:
- a) **Pode ser muito diversa e cerca de 75% a 85% dos pacientes apresentam dor torácica como sintoma predominante.**
 - b) É frequentemente muito específico.
 - c) Cerca de 95% dos pacientes apresentam alterações significativas à avaliação inicial.
 - d) A presença de estertores pulmonares, hipotensão arterial sistêmica (pressão arterial sistólica < 110 mmHg) e taquicardia sinusal coloca o paciente em menor risco de desenvolver eventos cardíacos nas próximas 72 horas.

- 19) O exame eletrocardiográfico deve ser realizado idealmente em menos de 10min da apresentação à emergência e é o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM). Em pacientes com sintomas sugestivos, a elevação do segmento ST apresenta:
- a) Especificidade de 40% e sensibilidade de 20% para diagnóstico de IAM.
 - b) Especificidade de 91% e sensibilidade de 46% para diagnóstico de IAM.**
 - c) Especificidade de 55% e sensibilidade de 90% para diagnóstico de IAM.
 - d) Especificidade de 70% e sensibilidade de 80% para diagnóstico de IAM.
- 20) Com base nos dados de literatura e ratificando as normas brasileiras do Programa de Controle da Tuberculose, recomenda-se a coleta de quantas amostras de escarro espontâneo, na rotina de investigação diagnóstica da tuberculose pulmonar?
- a) Apenas uma.
 - b) Pelo menos duas.**
 - c) Quatro.
 - d) Cinco.
- 21) A prova tuberculínica (PT), avaliada através da técnica de Mantoux, é um método auxiliar para o diagnóstico de tuberculose (TB). Sobre a PT assinale a alternativa falsa:
- a) Baseia-se na reação celular desenvolvida após a inoculação intradérmica de um derivado protéico do M. tuberculosis.
 - b) O resultado positivo evidencia apenas a infecção por micobactérias, não caracterizando a presença de doença.
 - c) A graduação da reação cutânea é utilizada para aumentar a especificidade do resultado e avaliada após 24 horas da aplicação. Sua medida, realizada com régua milimetrada, deve ser do maior diâmetro transversal da área de endurecimento palpável.**
 - d) O resultado, registrado em milímetros, origina uma classificação e interpretação clínica: 0 a 4mm — não-reator: indivíduo não-infectado pelo M. tuberculosis ou por outra micobactéria; infectado pelo M. tuberculosis em fase de viragem tuberculínica ou excepcionalmente em pessoas infectadas ou doentes pelo M. tuberculosis (paciente imunodeprimido).
- 22) A espirometria com obtenção da curva expiratória volume-tempo é obrigatória na suspeita clínica de DPOC, devendo ser realizada antes e após administração de broncodilatador, de preferência em fase estável da doença. A espirometria permite a avaliação de uma multiplicidade de parâmetros, porém os mais importantes do ponto de vista de aplicação clínica são a CVF (capacidade vital forçada), o VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo), e a relação VEF1/CVF, pois mostram menor variabilidade inter e intra-individual. A existência de limitação do fluxo aéreo é definida:
- a) Pela presença da relação VEF1/CVF abaixo de 0,70 pós-broncodilatador.**
 - b) Pela presença da relação VEF1/CVF acima de 0,70 pós-broncodilatador.
 - c) Pelo aumento da CVF.
 - d) Pela diminuição maior que 70% na VEF1.

- 23) As enzimas celulares: Glutamato-desidrogenase (GLDH); Lactato-desidrogenase (LDH) e isoenzimas: Glutamato-oxalacetato-transaminase (GOT/TGO) ou aspartato-transferase (AST) e Glutamato-piruvato-transaminase (GPT/TGP) ou alanina-transferase (ALT), quando aumentadas no soro indicam:
- a) Colestase.
 - b) Aumento da capacidade de síntese hepática.
 - c) Lesão hepatocítica.
 - d) Diminuição da função de excreção e destoxificação do fígado.
- 24) A síndrome nefrótica pode ser definida como:
- a) Síndrome causada por muitas e diferentes patologias renais e gerais que teriam em comum uma ação glomerular produzindo proteinúria maciça, seguida de hipoalbuminemia, edema generalizado e em geral hipercolesterolemia e sensibilidade aumentada às infecções.
 - b) Inflamação bacteriana crônica, ativa ou inativa, da pelve e do parênquima renal.
 - c) Síndrome clínica de etiologia variada que se caracteriza por deterioração aguda da função renal, acompanhada, quase sempre de oligúria (volume urinário inferior a 400ml em 24 horas) ou anúria (volume urinário inferior a 100ml em 24 horas).
 - d) Glomerulopatia aguda, caracterizada clinicamente por hematúria, hipertensão arterial e edema, que se inicia cerca de 15 dias após uma infecção causada por algumas bactérias denominadas estreptococos.
- 25) Sobre a dengue, assinale a alternativa falsa:
- a) De fato, não existe antiviral capaz de reduzir a viremia ou algum tipo de medicamento que bloqueie os mecanismos fisiopatológicos que conduzem ao choque e às grandes hemorragias. Entretanto, essa carência é compensada pela aplicação de um conjunto de conhecimentos que permite classificar o paciente de acordo com seus sintomas e a fase da doença, assim como reconhecer precocemente os sinais de alerta, iniciando a tempo o tratamento adequado.
 - b) Se o choque por dengue for tratado precoce e adequadamente com soluções cristalóides em volume de 60 mL a 80 mL/kg/dia, estaremos evitando a evolução desfavorável. Realmente, são poucos os casos de hemorragia da dengue que necessitam transfusão de concentrado de hemácias ou sangue total.
 - c) Com relação às plaquetas, é sabido que na dengue são produzidos anticorpos contra as mesmas, de modo que a transfusão é teoricamente inútil, uma vez que as plaquetas transfundidas serão destruídas. Entretanto, quando há menos de 50 000 plaquetas/m³ de sangue e presença de sangramento, a transfusão de concentrado de plaquetas está indicada.
 - d) Durante as epidemias de dengue, é nos serviços de atenção terciária que os pacientes e seus familiares recebem as informações necessárias sobre hidratação oral, medicamentos proibidos e, principalmente, aprendem a identificar os sinais de alerta/alarme indicativos do agravamento da doença.

26) Sobre a dengue, é correto afirmar:

- a) Sempre ocorrerá febre hemorrágica da dengue (FHD) nos casos expostos à infecção prévia por outro sorotipo. Não há gravidade na primoinfecção pelo vírus da dengue.
- b) As complicações da dengue surgem durante o pico da febre, portanto não há necessidade de vigiar os sinais de alerta após o período febril.
- c) **É erro grave achar que as complicações só irão ocorrer em pacientes com dengue hemorrágica, atribuindo boa evolução a todos os pacientes com dengue clássica: “a febre da dengue incomoda, mas não mata”. À dengue clássica podem se associar alterações da função hepática, miocardite, e outras cardiopatias, assim como manifestações neurológicas que traduzem comprometimento do sistema nervoso central. Além disso, no início da doença, não é possível saber que paciente evoluirá mal, podendo chegar à dengue hemorrágica e à síndrome por choque da dengue.**
- d) Deve-se esperar que o paciente apresente febre, sangramento espontâneo, trombocitopenia (plaquetas < 100.000/mm³) e hemoconcentração ou outro sinal de extravasamento plasmático para iniciar a reposição venosa de líquidos.

27) Do ponto de vista eletrocardiográfico, a fibrilação atrial caracteriza-se por:

- a) **Ausência de ondas P, linha de base com ondas irregulares na frequência e na amplitude e ritmo irregular com resposta ventricular variável.**
- b) Apenas aumento da frequência e intervalo PR apropriado para ela.
- c) Ondas P sem complexos QRS correspondentes ou fixos, em intervalos regulares ou irregulares.
- d) Ondas F regulares, com aspecto de dente de serra na linha de base.

28) Em pacientes com doenças inflamatórias, pode não ser possível a interrupção dos antiinflamatórios, e a prevenção da formação de úlceras gástricas e duodenais é fundamental. Qual medicamento abaixo é superior ao placebo em promover a profilaxia das ulcerações nestes pacientes?

- a) Antiácidos líquidos.
- b) Domperidona.
- c) **Misoprostol.**
- d) Bismuto.

29) O sódio é o cátion que existe em maior quantidade nos líquidos extracelulares. Os íons de sódio participam da manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, da transmissão dos impulsos nervosos e da contração muscular. A hiponatremia pode ser resultado da deficiência corpórea do sódio, uma diluição por excesso de água, ou uma combinação dos dois fatores. São causas de hiponatremia, exceto:

- a) Queimaduras.
- b) Doença de Addison.
- c) Insuficiência cardíaca congestiva (ICC).
- d) **Diabetes insipidus.**

30) Gota diz respeito a um grupo heterogêneo de doenças, que resultam da deposição tecidual de urato monossódico ou de cristais de urato. As manifestações clínicas da gotas são caracterizadas por, exceto:

- a) Em homens, o evento inicial é a crise aguda, por volta dos 30 a 50 anos com padrão monoarticular (1ª metatarsofalangeana).
- b) Em mulheres, o evento inicial é a crise aguda, por volta dos 50 a 70 anos (pós-menopausa) anos com padrão poliarticular.
- c) As crises, em geral, acontecem à noite ou durante a madrugada e as articulações preferencialmente acometidas são as de membros inferiores.
- d) **As crises de gota aguda ocorrem sempre na presença de hiperuricemia.**