

Médico Clínico Geral

11) A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina, devendo ser destacada a sua importância do ponto de vista epidemiológico, responsável pelo aumento da mortalidade cardiovascular estimada em 2,5 vezes. Apesar de não fazerem parte do critérios diagnósticos da síndrome metabólica, várias condições clínicas e fisiopatológicas estão freqüentemente a ela associadas, exceto:

- a) Síndrome de ovários policísticos.
- b) Acanthosis nigricans.
- c) Doença hepática gordurosa não-alcoólica.
- d) **Hipouricemia.**

12) A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um mal que atinge uma grande parcela da população adulta no Brasil. Muitos autores são radicais em relação à doença, chamando a HAS de "assassina silenciosa", pois geralmente não causa qualquer tipo de sintoma durante muitos anos até que um órgão vital seja afetado. O diagnóstico da HAS é clínico e o procedimento de medida da pressão arterial deve seguir as recomendações previstas pela V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial – 2007, entre elas:

- a) Colocar o manguito sem deixar folgas sobre a fossa cubital.
- b) Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio abaixo do manguito.
- c) **Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.**
- d) Não há necessidade de esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas.

13) A prevenção secundária da hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem como objetivos alcançar a remissão da HAS, quando possível, evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico. Assinale a alternativa verdadeira que correlaciona os fármacos anti-hipertensivos (A, B, C e D) com seus riscos de emprego mais importantes (1, 2, 3 e 4):

- A- Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida).
- B- β bloqueadores (propranolol).
- C- Vasodilatadores diretos (Minoxidil).
- D- Inibidores da enzima conversora da angiotensina (captopril).

- 1- Bradiarritmias.
- 2- Hipercalemia.
- 3- Hipocalemia.
- 4- Hipertricose.

- a) **A-3; B- 1; C- 4; D-2**
- b) A-2; B- 4; C- 1; D-3
- c) A-1; B- 2; C- 3; D-4
- d) A-4; B- 3; C- 2; D-1

- 14) O diabetes mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Uma das suas complicações crônicas, a retinopatia diabética, é a principal forma de cegueira irreversível no Brasil. São características da retinopatia diabética, exceto:
- a) É assintomática nas suas fases iniciais, mas evolui ao longo do tempo, acometendo a maioria dos portadores de diabetes após 20 anos de doença.
 - b) **É um marcador tardio de início das complicações microvasculares e não tem relação com o risco de comprometimento renal.**
 - c) Para diagnosticar, rastrear e monitorar a retinopatia diabética assim como avaliar a necessidade oportuna de fotocoagulação, deve-se solicitar o exame de mapeamento de retina, que é feito por oftalmologista com um oftalmoscópio indireto e com pupila dilatada; este exame permite a análise de todas as estruturas da retina, nervo óptico e vítreo.
 - d) O controle agressivo da glicemia e da pressão arterial é medida comprovadamente efetiva na redução da progressão da retinopatia diabética.
- 15) As complicações agudas, hiperglicêmicas, do paciente diabético ainda representam um importante problema de saúde pública nas unidades de emergência, tanto em nosso meio como em âmbito mundial. O estado hiperglicêmico hiperosmolar é uma complicação aguda, característica do diabético tipo 2, com deficiência insulínica relativa e que se caracteriza pela hiperglicemia, hiperosmolaridade e desidratação. Não se pode afirmar sobre o estado hiperglicêmico hiperosmolar:
- a) O paciente típico de tal complicação é, geralmente, idoso e adentra as unidades de emergência por acentuação das alterações de consciência, crises convulsivas e sintomas sugestivos de acidentes vasculares encefálicos.
 - b) Os exames laboratoriais iniciais são os mesmos indicados para o paciente diabético que chega em cetoacidose diabética, porém, o quadro é não cetótico (cetonúria negativa ou fracamente positiva (+), devido à presença de quantidades suficientes de insulina para bloquear a cetogênese hepática.
 - c) **O pH sanguíneo geralmente está aumentado, principalmente quando as reservas tampoadas do sangue são consumidas.**
 - d) Leucocitose com neutrofilia e hematócrito aumentado são comumente observados, entretanto, é um exame útil na caracterização de fatores infecciosos, precipitantes do quadro metabólico.
- 16) O eletrocardiograma (ECG) tem utilidade limitada na doença aterosclerótica coronariana (DAC) crônica, já que alterações da repolarização não implicam obrigatoriamente em DAC, além de poder estar relacionadas a outras causas (sobrecarga ventricular esquerda, distúrbios eletrolíticos, bloqueio de ramo esquerdo, onda T cerebral, entre outras). Entretanto, o ECG apresenta importância diagnóstica como nas alterações da repolarização ventricular sugestivas de lesão subendocárdica caracterizadas por:
- a) **Infradesnivelamento do ponto J e do segmento ST, com concavidade superior deste segmento nas derivações que exploram a lesão em determinada área (ântero-septal, ântero-lateral, lateral alta, anterior extensa, inferior, dorsal).**
 - b) Onda T positiva, pontiaguda e simétrica em determinada área (ântero-septal, ântero-lateral, lateral alta, anterior extensa, inferior, dorsal).
 - c) Onda T negativa, pontiaguda e simétrica em determinada área (conforme a derivação exploradora/ parede miocárdica): ântero-septal (VI, V2, V3, V4), ântero-lateral (V4, V5, V6, DI e A VL), lateral alta (DI e A VL), anterior extensa (VI a V6 em DI e A VL), inferior (D2, D3 e A VF), dorsal (V7 e V8 com imagem recíproca em VI, V2 e V3).
 - d) Ondas QS ou Qr, acompanhadas de ondas T negativas nas derivações que exploram a necrose.

17) Constituem contra-indicações ao emprego de nitrato venoso nas situações de infarto agudo do miocárdio (IAM), exceto:

- a) Pacientes hipotensos.
- b) Pacientes com hipertensão arterial sistêmica e/ou congestão pulmonar.**
- c) Pacientes com bradicardia.
- d) Pacientes que fizeram uso de inibidores da fosfodiesterase para disfunção erétil nas últimas 24 horas (48 horas para tadalafila).

18) A quimioprofilaxia da tuberculose (TB) é uma medida terapêutica que baseia-se na administração de:

- a) Isoniazida em pessoas já infectadas, mas sem sinais de doença, para prevenir a evolução da infecção à doença (quimioprofilaxia primária) ou em pessoas não infectadas para prevenir a infecção (quimioprofilaxia secundária).
- b) Isoniazida em pessoas não infectadas para prevenir a infecção (quimioprofilaxia primária) ou em pessoas já infectadas, mas sem sinais de doença, para prevenir a evolução da infecção à doença (quimioprofilaxia secundária).**
- c) Rifampicina em pessoas não infectadas para prevenir a infecção (quimioprofilaxia primária) ou em pessoas já infectadas, mas sem sinais de doença, para prevenir a evolução da infecção à doença (quimioprofilaxia secundária).
- d) Rifampicina em pessoas já infectadas, mas sem sinais de doença, para prevenir a evolução da infecção à doença (quimioprofilaxia primária) ou em pessoas não infectadas para prevenir a infecção (quimioprofilaxia secundária).

19) A infecção do trato urinário (ITU) é uma situação comum em pacientes ambulatoriais e hospitalizados. Sobre a ITU em homens, assinale a alternativa correta:

- a) Raramente está associada com obstrução prostática do trato urinário.
- b) A ITU simples é freqüente ocorrendo principalmente em indivíduos heterossexuais e imunocompetentes.
- c) Como a maioria das infecções urinárias em homens estão associadas com complicações, a avaliação do trato urinário é mandatória e deve incluir radiografia simples do abdômen e ecografia do aparelho urinário.**
- d) A ITU não-complicada assintomática deve ser tratada com antibióticos como ampicilina + gentamicina e cefalosporinas de terceira geração.

20) A dengue é uma arbovirose transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, especialmente pelo *Aedes aegypti*. A Organização Mundial da Saúde estima que três bilhões de pessoas encontram-se em área de risco para contrair dengue no mundo e que, anualmente, ocorram 50 milhões de infecções, com 500.000 casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) e 21.000 óbitos, principalmente em crianças. No Brasil, desde 1986 vêm ocorrendo epidemias de dengue nos principais centros urbanos do país, com cerca de 3 milhões de casos. Sobre a dengue, pode-se afirmar:

- a) Sempre ocorrerá febre hemorrágica da dengue (FHD) nos casos expostos à infecção prévia por outro sorotipo.
- b) 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.**

- c) As complicações da dengue surgem durante o pico da febre, portanto não há necessidade de vigiar os sinais de alerta após o período febril
- 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.
- 21) Os avanços na terapêutica da hanseníase e a implementação de novas estratégias na condução dos programas de controle reduziram drasticamente sua prevalência em todo o mundo. Entretanto, o comprometimento da função neural continua a ser um problema que requer atenção cuidadosa, tanto com o objetivo de se evitar ou minimizar a sua progressão, como para prevenir suas seqüelas, as deficiências sensitivas ou sensitivo-motoras e as incapacidades e deformidades que podem resultar desse comprometimento neural. A neuropatia da hanseníase caracteriza-se por (pelo), exceto:
- a) Resultar, principalmente, de um processo inflamatório dos nervos periféricos, cuja intensidade, extensão e distribuição dependem da forma clínica, da fase evolutiva da doença e dos fenômenos de agudização durante os episódios reacionais.
- b) Acometer ramos cutâneos ou o tronco do nervo, de maneira isolada (mononeuropatia) ou múltipla (mononeuropatia múltipla).
- c) Acometimento das fibras cutâneas com na perda da sensibilidade à dor, ao frio, ao calor e, mais tardiamente, também ao tato.
- d) **Entre as manifestações autonômicas, destaca-se o aumento da sudorese no território do nervo afetado.**
- 22) Os pacientes internados com infecção urinária podem evoluir para sepse, sendo essencial o rápido início de terapia antimicrobiana apropriada para o combate ao microrganismo agressor. Nestas situações, é importante e necessária a informação sobre a sensibilidade dos microrganismos mais freqüentemente isolados na instituição, obtida das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), para que seja instituída uma terapêutica empírica até que se obtenha o resultado das culturas. A terapêutica antimicrobiana deve ser iniciada tão logo sejam colhidas amostras de sangue e urina para as culturas e realizada por via intravenosa. Nos casos de maior gravidade, em que é necessária a terapêutica de urgência, o tratamento empírico inicial visa predominantemente qual microorganismo?
- a) *Pseudomonas aeruginosa*.
- b) *Escherichia coli*.
- c) *Staphylococcus saprophyticus*.
- d) *Proteus mirabilis*.
- 23) A insuficiência renal aguda (IRA) é a redução aguda da função renal em horas ou dias. Refere-se principalmente à diminuição do ritmo de filtração glomerular, porém ocorrem também disfunções no controle do equilíbrio hidro-eletrolítico e ácido-básico. São objetivos do tratamento clínico da IRA, exceto:
- a) Manutenção da pressão arterial média acima de 80 mmHg, hematócrito acima de 30% e oxigenação tecidual adequada.
- b) Tratamento agressivo das hipercalemias graves ou sintomáticas através de infusão endovenosa de cálcio, soluções polarizantes (glicose e insulina), uso de agonistas β₂, correção da acidose e hemodiálise.
- c) Precauções extremas contra processos infecciosos. Evitar antibioticoterapia desnecessária, quebras da barreira cutâneo-mucosa (sondas, cateteres, etc) e pesquisar cuidadosamente a presença de focos infecciosos.
- d) **Nutrição do paciente na tentativa de obter o balanço nitrogenado mais negativo possível. Sempre que possível, realizar restrições alimentares severas.**

- 24) A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença caracterizada por desenvolvimento progressivo de limitação ao fluxo aéreo que não é totalmente reversível. O uso de antibióticos na DPOC está indicado nas exacerbações infecciosas da doença sendo sua escolha baseada nas características clínicas do paciente acometido. Em pacientes com idade superior a 60 anos, estágios III ou IV da doença, com co-morbidades e ≥ 4 exacerbações ao ano, o esquema antibiótico mais indicado é:
- a) Cloranfenicol.
 - b) Quinolonas.**
 - c) Tetraciclina.
 - d) Sulfametoxazol-trimetoprima.
- 25) A décima revisão da Classificação Internacional de doenças (CID-10) estabelece critérios para identificação de pacientes com Síndrome de dependência do álcool. Um diagnóstico definitivo de dependência do álcool deve usualmente ser feito se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experimentados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior em um paciente, exceto:
- a) Forte desejo ou compulsão para consumir bebidas alcoólicas.
 - b) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes de bebida são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
 - c) Consumo diário de álcool dentro das quantidades e do teor alcoólico da bebida consumida estabelecidos.**
 - d) Abandono progressivo de prazeres em favor do uso da bebida alcoólica.
- 26) A artrite reumatóide (AR) é uma doença auto-imune de etiologia desconhecida, caracterizada por:
- a) Poliartrite periférica e simétrica.**
 - b) Afetar mulheres duas vezes menos do que os homens.
 - c) Sua incidência não aumentar com a idade.
 - d) Não ocorrer envolvimento extra-articulares.
- 27) As doenças crônicas, como as espondiloartropatias, na maioria das vezes causam um sentimento de desamparo e inutilidade mais assustador do que a doença em si. Por isso, o paciente sempre deve ser informado de forma realista sobre as perspectivas prognósticas de sua doença, perspectivas essas que são freqüentemente otimistas, desde que haja uma abordagem global de atendimento. Quando questionado sobre o tratamento e o prognóstico das espondiloartropatias, o médico deve orientar ao paciente que:
- a) Todos os seus filhos homens invariavelmente terão espondiloartropatia em maior ou menor grau de acordo respectivamente com a ausência ou a presença do HLA-B27.
 - b) A fisioterapia pode ser realizada com fins analgésicos, porém não auxiliará na prevenção das limitações articulares.
 - c) Apesar de inexistir, até o momento, um tratamento específico para a cura, deve-se ressaltar que os recursos terapêuticos disponíveis possibilitam, de um modo geral, um adequado controle da doença.**
 - d) A cura é possível através do tratamento genético disponível apenas na rede particular e fora do Brasil.

28) Assinale a alternativa falsa sobre a febre amarela:

- a) É uma doença febril aguda, de curta duração (no máximo 12 dias) e de gravidade variável.
- b) A forma grave caracteriza-se clinicamente por manifestações de insuficiência hepática e renal, que podem levar à morte.
- c) O período de transmissibilidade inicia-se de 7 dias após o aparecimento dos sintomas, período em que o homem pode infectar os mosquitos transmissores. O mosquito, após ter sido infectado, é capaz de transmitir a doença durante 1 mês.
- d) O diagnóstico pode ser realizado por isolamento do vírus amarelíco e detecção de antígeno em amostras de sangue ou tecido e por sorologia. Também podem ser realizados exames de histopatologia em tecidos *post mortem*.

29) Na investigação de uma paciente idosa com anemia, o hemograma evidenciou volume corpuscular médio (VCM) de 140 fL. Qual a principal causa de anemia deste paciente?

- a) Gastrite atrófica com deficiência de vitamina B₁₂.
- b) Mioma uterino com perda crônica de sangue e conseqüente deficiência de ferro.
- c) Defeito genético na síntese das globinas caracterizando a β -talassemia.
- d) Hipotireoidismo com diminuição da síntese de eritropoetina.

30) A alta incidência do câncer do intestino e a diferença nos resultados do tratamento de acordo com o estágio da doença justificam os esforços de diagnóstico precoce e de seu rastreamento em população considerada de risco para a doença. Por rastreamento entende-se a aplicação de provas simples e de fácil execução na população, com o objetivo de selecionar indivíduos, que embora assintomáticos, devem submeter-se a métodos diagnóstico mais específicos e de maior complexidade para a detecção de adenomas e de câncer em fase inicial. O protocolo de rastreamento para o câncer de intestino mais utilizado para população de risco baixo e moderado é:

- a) A realização anual da pesquisa de sangue oculto nas fezes, seguida pela colonoscopia ou retossigmoidoscopia nos indivíduos com resultado positivo.
- b) A realização bianual de colonoscopia ou retossigmoidoscopia.
- c) A realização anual de colonoscopia seguida de retossigmoidoscopia nos indivíduos com resultado positivo.
- d) A realização do enema opaco a cada 2 anos seguido por retossigmoidoscopia nos indivíduos com pólipos maior do que um centímetro ou múltiplos pólipos de qualquer tamanho.