PROVA OBJETIVA

QUESTÃO 1

Estima-se que milhões de pessoas estejam infectadas pelo vírus da hepatite C em todo o mundo e que cerca de quatrocentas mil, por ano, cheguem a óbito, devido a complicações dessa doença, principalmente por cirrose e hepatocarcinoma. Acerca da hepatite C aguda, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Em geral, a hepatite C aguda apresenta evolução subclínica. A maioria dos casos tem apresentação assintomática e anictérica, o que dificulta o diagnóstico.

(B) O RNA do HCV pode ser identificado no soro ou no plasma antes da presença do anti-HCV.

(C) Os níveis séricos do HCV-RNA aumentam rapidamente após o pico dos níveis séricos de aminotransferases, podendo coincidir com o início dos sintomas.

(D) Nos pacientes sintomáticos, os sintomas da infecção aguda costumam ocorrer entre quatro e doze semanas após a exposição ao HCV.

(E) A fase aguda da hepatite C pode durar até seis meses, mas sua resolução, quando ocorre, geralmente acontece até a 12.ª semana.

QUESTÃO 2

Em relação à paralisia periódica hipocalêmica familiar, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) É um distúrbio neuromuscular raro, relacionado a um defeito nos canais de íons musculares e caracterizado por episódios de fraqueza muscular indolor.

(B) Pode ser precipitada por exercícios pesados, jejum ou refeições com alto teor de carboidratos.

(C) É classificada como hipocalêmica quando os episódios ocorrem em associação com baixos níveis sanguíneos de potássio.

(D) A maioria dos casos é hereditária, geralmente com um padrão de herança autossômica dominante.

(E) Na maioria dos casos, decorre de uma mutação no gene que codifica a subunidade alfa-1 do canal de potássio sensível à di-hidropiridina no músculo.

QUESTÃO 3

Assinale a alternativa que apresenta o sinal semiológico que pode estar presente no quadro de meningite e sua descrição correta.

(A) O sinal de Kernig é a resposta em flexão da articulação do joelho, quando a coxa é colocada em certo grau de flexão, relativamente ao tronco. Há duas formas de se pesquisar esse sinal: paciente em decúbito dorsal – eleva-se o tronco, fletindo-o sobre a bacia, e há flexão da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia; e paciente em decúbito dorsal – eleva-se o membro inferior em extensão, fletindo-o sobre a bacia, e, após pequena angulação, há flexão da perna sobre a coxa. Essa variante também é chamada de manobra de Brudzinski.

(B) O sinal de Brudzinski consiste na flexão voluntária da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia, ao se tentar fletir a cabeça do paciente.

(C) O sinal de Kernig é a resposta em flexão da articulação do joelho, quando a coxa é colocada em certo grau de extensão, relativamente ao tronco. Há duas formas de se pesquisar esse sinal: paciente em decúbito ventral – eleva-se o tronco, fletindo-o sobre a bacia, e há flexão da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia; e paciente em decúbito dorsal – eleva-se o membro inferior em extensão, fletindo-o sobre a bacia, e, após pequena angulação, há flexão da perna sobre a coxa. Essa variante também é chamada de manobra de Lasègue.

(D) O sinal de Kernig é a resposta em flexão da articulação do joelho, quando a coxa é colocada em certo grau de flexão, relativamente ao tronco. Há duas formas de se pesquisar esse sinal: paciente em decúbito dorsal – eleva-se o tronco, fletindo-o sobre a bacia, e há flexão da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia; e paciente em decúbito dorsal – eleva-se o membro inferior em extensão, fletindo-o sobre a bacia, e, após pequena angulação, há flexão da perna sobre a coxa. Essa variante também é chamada de manobra de Lasègue.

(E) O sinal de Lasègue consiste na extensão voluntária da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia, ao se tentar fletir a cabeça do paciente.

QUESTÃO 4

Assinale a alternativa que apresenta o aspecto do líquido cefalorraquidiano mais comumente encontrado na meningite tuberculosa.

(A) límpido ou ligeiramente turvo, incolor ou xantocrômico, com cloretos e glicose diminuídos, proteínas aumentadas, pesquisa de globulinas positiva e predominância linfocitária
(B) límpido ou ligeiramente turvo, incolor ou xantocrômico, com cloretos e glicose aumentados, proteínas diminuídas, pesquisa de globulinas negativa e predominância linfocitária
(C) límpido ou ligeiramente turvo, incolor ou xantocrômico, com cloretos e glicose aumentados, proteínas aumentadas, pesquisa de globulinas negativa e predominância de neutrófilos
(D) límpido ou ligeiramente turvo, incolor ou xantocrômico, com cloretos e glicose diminuídos, proteínas diminuídas, pesquisa de globulinas negativa e predominância de neutrófilos
(E) límpido, com cloretos e glicose ausentes, proteínas diminuídas, pesquisa de globulinas negativa e predominância de eosinófilos

QUESTÃO 5

A respeito das provas sorológicas utilizadas no lúpus eritematoso sistêmico (LES), assinale a alternativa correta.

(A) Anticorpos anti-DNA nativo e anti-SM são altamente específicos e possuem alta sensibilidade.
(B) Anticorpos anti-DNA nativo e anti-SM são considerados como testes específicos, mas possuem baixa sensibilidade.
(C) O fator antinúcleo (FAN) apresenta alta especificidade e baixa sensibilidade; títulos inferiores a 1:80 são considerados como significativos.
(D) O FAN apresenta alta especificidade e alta sensibilidade; títulos superiores a 1:80 são considerados como significativos.
(E) O FAN apresenta baixa especificidade e alta sensibilidade; títulos inferiores a 1:80 são considerados como significativos.

QUESTÃO 6

Quanto às anormalidades hematológicas relacionadas ao LES, assinale a alternativa correta.

(A) A leucopenia é comum, entretanto não altera a contagem linfocitária.
(B) A trombocitopenia é rara e, mesmo que leve, requer tratamento imediato.
(C) A anemia ferropriva é o tipo mais comum de anemia entre pacientes com LES.
(D) A anemia por doença crônica é o tipo mais comum de anemia entre pacientes com LES.
(E) A anemia megaloblástica é o tipo mais comum de anemia entre pacientes com LES.

QUESTÃO 7

A definição de hepatite C aguda dá-se por

(A) soroconversão recente (há menos de seis meses) e com documentação de anti-HCV não reagente no início dos sintomas ou no momento da exposição e anti-HCV reagente na segunda dosagem, realizada com intervalo de noventa dias, ou anti-HCV não reagente e detecção do HCV-RNA em até noventa dias após o início dos sintomas ou a partir da data de exposição, quando esta for conhecida.
(B) soroconversão recente (há menos de quatro meses) e com documentação de anti-HCV não reagente no início dos sintomas ou no momento da exposição e anti-HCV reagente na segunda dosagem, realizada com intervalo de noventa dias, ou anti-HCV não reagente e detecção do HCV-RNA em até noventa dias após o início dos sintomas ou a partir da data de exposição, quando esta for conhecida.
(C) soroconversão recente (há menos de seis meses) e com documentação de anti-HCV não reagente no início dos sintomas ou no momento da exposição e anti-HCV reagente na segunda dosagem, realizada com intervalo de 120 dias ou anti-HCV não reagente e detecção do HCV-RNA em até 120 dias após o início dos sintomas ou a partir da data de exposição, quando esta for conhecida.
(D) soroconversão recente (há menos de quatro meses) e com documentação de anti-HCV não reagente no início dos sintomas ou no momento da exposição e anti-HCV reagente na segunda dosagem, realizada com intervalo de 120 dias ou anti-HCV não reagente e detecção do HCV-RNA em até 120 dias após o início dos sintomas ou a partir da data de exposição, quando esta for conhecida.
(E) soroconversão recente (há menos de três meses) e com documentação de anti-HCV não reagente no início dos sintomas ou no momento da exposição e anti-HCV reagente na segunda dosagem, realizada com intervalo de sessenta dias ou anti-HCV não reagente e detecção do HCV-RNA em até sessenta dias após o início dos sintomas ou a partir da data de exposição, quando esta for conhecida.

QUESTÃO 8

A tuberculose pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*; *M. bovis*; *M. africanum*; *M. canetti*; *M. microti*; *M. pinnipedi*; e *M. caprae*. Em saúde pública, a espécie mais importante é a *M. tuberculosis*, conhecida também como bacilo de Koch (BK). Sendo assim, com relação à tuberculose e ao agente *M. tuberculosis*, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) O *M. tuberculosis* é fino, ligeiramente curvo e mede de 0,5 a 3 µm.
(B) O *M. tuberculosis* é um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), aeróbio e com parede celular rica em água, o que lhe confere alta permeabilidade, aumentando a efetividade da maioria dos antibióticos e dificultando sua sobrevida nos eosinófilos.
(C) O *M. tuberculosis* é transmitido por via aérea, de uma pessoa com tuberculose pulmonar ou laríngea, que elimina bacilos no ambiente (caso-fonte), a outra pessoa, por exalação de aerossóis oriundos da tosse, da fala ou do espirro.
(D) O termo "bacilífero" refere-se à pessoa com tuberculose pulmonar ou laríngea que tem baciloscopia positiva no escarro. Esses casos têm maior capacidade de transmissão, entretanto pessoas com outros exames bacteriológicos, como cultura e(ou) teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), positivos também podem transmitir.
(E) Os bacilos depositados em roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersam em aerossóis e, por isso, não têm papel na transmissão da doença.

QUESTÃO 9

No que se refere à tuberculose, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) A probabilidade de uma pessoa ser infectada depende de fatores exógenos. Entre eles, pode-se citar a infectividade do caso-fonte, a duração do contato e o tipo de ambiente partilhado.
(B) Sintomático respiratório é o indivíduo que, durante a estratégia programática de busca ativa, apresenta tosse por três semanas ou mais.
(C) Os sintomáticos respiratórios devem ser investigados para tuberculose por meio de exames bacteriológicos.
(D) Classicamente, as principais formas de apresentação são a forma primária, a pós-primária (ou secundária) e a miliar.
(E) Os sintomas clássicos, como tosse persistente, seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, são exclusivos da forma pós-primária (secundária) da tuberculose.

QUESTÃO 10

Acerca das principais formas de apresentação da tuberculose (forma primária, forma pós-primária ou secundária e forma miliar), assinale a alternativa **incorreta**.

(A) A tuberculose pulmonar primária normalmente ocorre imediatamente após o primeiro contato do indivíduo com o bacilo e, por isso, é mais comum em crianças.
(B) As manifestações clínicas da tuberculose pulmonar primária podem ser insidiosas, com o paciente apresentando-se irritadiço, com febre baixa, sudorese noturna e inapetência. Nem sempre a tosse está presente. O exame físico pode ser inexpressivo.
(C) A tuberculose pulmonar pós-primária ou secundária pode ocorrer em qualquer idade, mas é incomum no adolescente e no adulto jovem. Tem como característica principal a perda ponderal.
(D) A forma miliar refere-se a um aspecto radiológico pulmonar específico, que pode ocorrer tanto na forma primária quanto na forma secundária da tuberculose. É uma forma grave da doença, que é mais comum em pacientes imunocomprometidos, como pessoas infectadas com HIV em fase avançada de imunossupressão. A apresentação clínica pode ser aguda ou subaguda, com maior frequência em crianças e em adultos jovens.
(E) Embora seja incomum, a forma miliar pode se apresentar como doença crônica (idosos) ou mesmo como febre de origem obscura. Sintomas como febre, astenia, emagrecimento e tosse ocorrem na maioria dos casos.

QUESTÃO 11

O TRM-TB **não** está indicado para

(A) diagnóstico de novos casos de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes.
(B) diagnóstico de novos casos de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes de populações de maior vulnerabilidade.
(C) diagnóstico de tuberculose extrapulmonar nos materiais biológicos já validados.
(D) triagem de resistência à rifampicina nos casos de retratamento.
(E) triagem de resistência à rifampicina, antes do início do tratamento, para avaliação da melhor droga a ser instituída.

QUESTÃO 12

As apresentações extrapulmonares da tuberculose têm seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos ou dos sistemas acometidos. Sua ocorrência aumenta em pacientes coinfectados pelo HIV, especialmente entre aqueles com imunocomprometimento grave. Considerando essas informações, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) A pleural é a forma mais comum de tuberculose extrapulmonar em pessoas não infectadas pelo HIV. Ocorre mais frequentemente em jovens e cursa com dor torácica do tipo pleurítica. A tríade astenia, emagrecimento e anorexia ocorre em 70% dos pacientes e a febre com tosse seca, em 60%.
(B) Na tuberculose pleural, o líquido pleural tem características de exsudato, predomínio de linfócitos e baixo rendimento, tanto da pesquisa de BAAR (< 5%) quanto da cultura (< 15%). Níveis elevados de adenosina deaminase (ADA) no líquido pleural têm sido aceitos como critério diagnóstico de tuberculose.
(C) O empiema pleural tuberculoso é uma consequência da ruptura de uma cavidade tuberculosa para o espaço pleural e, por isso, além de líquido no espaço pleural, muitas vezes ocorre também pneumotórax secundário à fístula broncopleural.
(D) A tuberculose ganglionar periférica é a forma mais frequente de tuberculose extrapulmonar em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e em crianças, sendo mais comum abaixo dos quarenta anos de idade. Cursa com o aumento subagudo, doloroso e simétrico das cadeias ganglionares torácicas e abdominais. Em PVHIV, o acometimento ganglionar tende a ser unilateral, associado com maior comprometimento do estado geral.
(E) A tuberculose óssea é mais comum em crianças ou em pessoas entre a quarta e a quinta década de vida. Atinge mais a coluna vertebral e as articulações coxofemoral e do joelho, embora possa ocorrer em outros locais.

QUESTÃO 13

Com relação à doença de Alzheimer (DA), assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Na maioria das formas familiares da doença, ela é associada à baixa produção da proteína B-amiloide.
(B) É um transtorno neurodegenerativo progressivo, que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais.
(C) Os fatores de risco bem estabelecidos para a DA são idade e história familiar da doença.
(D) O risco de desenvolvimento da DA aumenta com o número crescente de familiares de primeiro grau afetados.
(E) A etiologia da DA permanece indefinida, mas é sabido que o fragmento de aminoácidos da proteína precursora B-amiloide tem alta relevância na patogênese das placas senis.

QUESTÃO 14

A demência é diagnosticada quando há sintomas cognitivos ou comportamentais (neuropsiquiátricos) que interferem na habilidade para a realização do trabalho ou de atividades usuais. A respeito desse tema, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Representam declínio em relação a níveis prévios de funcionamento e desempenho.
(B) Os comprometimentos cognitivos ou comportamentais devem afetar, no mínimo, quatro dos seguintes campos: memória; funções executivas; habilidades visuoespaciais; linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita); e personalidade ou comportamento.
(C) Não são explicáveis por *delirium* (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica maior.
(D) O comprometimento cognitivo é detectado e diagnosticado mediante a combinação de anamnese com paciente e informante que tenha conhecimento da história do paciente e avaliação cognitiva objetiva, mediante exame breve do estado mental ou mediante avaliação neuropsicológica.
(E) A avaliação neuropsicológica deve ser realizada quando a anamnese e o exame cognitivo breve realizado pelo médico não forem suficientes para permitir um diagnóstico confiável.

QUESTÃO 15

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a complicação aguda mais temível da trombose venosa profunda, sendo uma causa de morte evitável no paciente hospitalizado. Considerando-se essa informação, o achado eletrocardiográfico que **não** é sugestivo de TEP é o(a)

(A) bloqueio do ramo direito.
(B) desvio do eixo elétrico para a direita.
(C) padrão S1Q3T3.
(D) inversão da onda “T” nas derivações precordiais de V1 a V4.
(E) bloqueio do ramo esquerdo.

QUESTÃO 16

Assinale a alternativa que apresenta o(s) achado(s) radiológico(s) que **não** é(são) sugestivo(s) de TEP.

(A) áreas de hipoperfusão pulmonar (sinal de Westmark)
(B) imagens cuneiformes (sinal de Hampton)
(C) dilatação da artéria segmentar (sinal de Abrahams)
(D) atelectasia e derrame pleural
(E) elevação da hemicúpula diafragmática

QUESTÃO 17

O conjunto de sinais, sintomas e manifestações radiológicas decorrentes da estase venosa no segmento braquiocefálico, devido à obstrução da veia cava superior, é denominado síndrome da veia cava superior (SVCS). Pode ser causada por trombose, por compressão extrínseca ou invasão direta da veia e, frequentemente, por uma associação desses fatores. Entre as causas malignas de SVCS, a mais frequente é o(a)

(A) neoplasia de pulmão.
(B) neoplasia metastática.
(C) linfoma.
(D) timoma.
(E) tumor de células germinativas.

Texto para as questões 18 e 19.

Um paciente de 49 anos de idade, tabagista de longa data, procurou o serviço de pronto-atendimento do hospital municipal com queixa de perda ponderal (cerca de 14 kg), dispneia, tosse e edema de face de início há, aproximadamente, dois meses. O plantonista, ao avaliar o paciente, identificou edema facial importante, ingurgitamento de veias cervicais e pletora.

QUESTÃO 18

Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa **incorreta** quanto à SVCS.

(A) A radiografia de tórax costuma ser o primeiro exame de imagem solicitado e, em geral, revela alargamento de mediastino.
(B) O exame físico é de grande valia, pois pode identificar linfonodomegalias supraclaviculares, que são facilmente acessíveis por métodos pouco invasivos.
(C) A tomografia computadorizada de tórax é provavelmente o exame de imagem mais utilizado na SVCS e define trombose de cava (não opacificação da veia) e detalhamentos sobre a circulação colateral, além de permitir um estudo adequado do parênquima pulmonar.
(D) Na ausência de compressão da via aérea ou de progressiva piora clínica e neurológica, deve-se iniciar uma terapêutica específica antes de se obter a amostra cito-histológica, sem risco de haver interferência na correta interpretação do material.
(E) Derrames pleurais são comumente encontrados, embora a efetividade diagnóstica da toracocentese e da biópsia pleural por agulha não seja muito boa.

QUESTÃO 19

Considerando esse caso hipotético, julgue os seguintes itens acerca do tratamento da SVCS.

I. O tratamento clínico deve ser oferecido inicialmente, na tentativa de paliação, até que se tenha informações para estabelecer um tratamento definitivo. Medidas não específicas, como repouso, elevação da cabeça e oxigenioterapia, oferecem algum conforto.
II. A radioterapia, seja isolada ou em associação com a quimioterapia, é um método muito utilizado. É aplicável na maioria das neoplasias responsáveis pela SVCS, mesmo em pacientes com estado geral ruim.
III. Neoplasia de pulmão de pequenas células, linfomas e tumores germinativos apresentam resposta ruim à quimioterapia, com pouca resposta clínica no tratamento da SVCS.
IV. O tratamento endovascular da SVCS vem ganhando força, nos últimos anos, devido à melhora das técnicas e dos equipamentos.
V. A confirmação pelo diagnóstico histológico é fundamental quando há suspeita de neoplasia, uma vez que o aspecto clínico e radiológico das diversas causas de SVCS é semelhante e a terapêutica específica é totalmente diferente.

A quantidade de itens certos é igual a

(A) 1.
(B) 2.
(C) 3.
(D) 4.
(E) 5.

QUESTÃO 20

A urosepse é uma disfunção orgânica com risco de morte, causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção originária do trato urinário e(ou) dos órgãos genitais. A escolha cuidadosa de antimicrobianos de profilaxia e tratamento é crucial para a seleção de cepas resistentes. Estadias hospitalares mais curtas e remoção precoce de cateteres uretrais são algumas maneiras de se diminuir a taxa de infecção. Nesse contexto, assinale a alternativa que apresenta o patógeno mais comumente encontrado nas culturas de urina.

(A) *Enterobacteriaceae*
(B) *Escherichia coli*
(C) *Klebsiella sp*
(D) *Staphylococcus saprophyticus*
(E) *Proteus mirabillis*

QUESTÃO 21

Apesar de existir um tratamento ideal, a urosepse ainda apresenta altas taxas de morbimortalidade. Um sistema atualizado de definição e classificação para sepse foi introduzido recentemente pela Associação Europeia de Urologia. Segundo o *guideline* europeu, o tratamento da urosepsia compreende quatro aspectos principais, entre os quais **não** se inclui o(a)

(A) diagnóstico precoce.
(B) tratamento antimicrobiano intravenoso empírico precoce.
(C) controle de fatores complicadores.
(D) terapia específica para sepse.
(E) tratamento antimicrobiano intravenoso com base em urocultura.

QUESTÃO 22

A vacina contra a febre amarela é a medida mais importante para a prevenção e o controle da doença. Produzida no Brasil desde 1937, por meio da cepa 17DD, pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), é constituída por vírus vivos atenuados, derivados de uma amostra africana do vírus amarílico selvagem. No que se refere a esse assunto, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) A vacinação de rotina para a febre amarela é ofertada em dezenove estados (Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Bahia, Maranhão, Piauí, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) com recomendação para a imunização.
(B) Na Bahia, no Piauí, em São Paulo, no Paraná, no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina, a vacinação não ocorre em todos os municípios.
(C) Precisam se imunizar, com apenas uma dose da vacina, crianças a partir dos seis meses de vida e adultos até 65 anos de idade. Assim, a proteção estará garantida para o resto da vida.
(D) Para quem ainda não foi vacinado, a orientação é receber a dose única.
(E) A vacina contra a febre amarela é a medida mais importante para a prevenção e o controle da doença e apresenta eficácia de 95 a 99%, além de ser reconhecidamente eficaz e segura.

QUESTÃO 23

A vacinação contra a febre amarela é recomendada para uma grande área do Brasil, onde a transmissão é considerada como possível. Entretanto, assim como qualquer vacina ou medicamento, pode causar efeitos adversos, como, por exemplo, febre, dor local, dor de cabeça e dor no corpo. Para algumas pessoas, a vacina é contraindicada. Com base nessas informações, é correto afirmar que devem tomar a vacina os(as)

(A) pessoas com imunossupressão secundária à doença ou a terapias.
(B) pacientes em uso de medicações antimetabólicas ou de medicamentos modificadores do curso da doença (infliximabe, etanercepte, golimumabe, certolizumabe, abatacept, belimumabe, ustequinumabe, canaquinumabe, tocilizumabe ou ritoximabe).
(C) pessoas com reação alérgica grave a ovo.
(D) pacientes com história pregressa de doença do timo (miastenia *gravis* ou timoma).
(E) pessoas vivendo com HIV/Aids, com carga viral atual (menos de seis meses) indetectável.

QUESTÃO 24

De acordo com a 7.ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos (≥ 130 e(ou) 80 mmHg).
(B) A hipertensão arterial associa-se a distúrbios metabólicos e a alterações funcionais e(ou) estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes *mellitus*.
(C) Independe de eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica, fatal e não fatal.
(D) Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de hipertensão arterial.
(E) Pré-hipertensão é uma condição caracterizada por pressão arterial sistólica entre 121 e 139 e(ou) pressão arterial diastólica entre 81 e 89 mmHg.

QUESTÃO 25

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular. As lesões de órgão-alvo e as doenças associadas também devem ser investigadas. Quanto ao diagnóstico e à classificação da hipertensão arterial, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) A pressão arterial deve ser medida em toda avaliação, por médicos de qualquer especialidade ou pelos demais profissionais da saúde devidamente capacitados.
(B) A pressão arterial deve ser medida no braço, utilizando-se manguito adequado à sua circunferência. Na suspeita de hipertensão arterial secundária à coartação da aorta, a medição deverá ser realizada no membro superior, utilizando-se manguitos apropriados.
(C) Em pacientes idosos, diabéticos, disautonômicos ou em uso de medicação anti-hipertensiva, deve-se suspeitar de hipotensão ortostática. Assim, nessas condições, deve-se medir a pressão arterial com o paciente de pé, após três minutos, sendo a hipotensão ortostática definida como a redução da pressão arterial sistólica (> 20 mmHg) ou da pressão arterial diastólica (> 10 mmHg).
(D) Em relação ao preparo do paciente para a aferição da pressão arterial, deve-se explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso, de três a cinco minutos, em ambiente calmo. O paciente deve ser instruído a não conversar durante a medição.
(E) A medição da pressão arterial em crianças é recomendada em toda avaliação clínica após os três anos de idade, pelo menos anualmente, como parte do atendimento pediátrico primário, devendo respeitar as padronizações estabelecidas para os adultos.

QUESTÃO 26

A respeito do tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) O aumento de peso está diretamente relacionado ao aumento da pressão arterial, tanto em adultos quanto em crianças. O aumento da gordura visceral também é considerado como um fator de risco para a hipertensão arterial. Reduções de peso e de circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da pressão arterial e melhora metabólica.
(B) Os ácidos graxos ômega-3 provenientes dos óleos de peixe estão associados com redução modesta da pressão arterial. Estudos indicam que a ingestão ≥ 2 g/dia de eicosapentaenoico e docosaexaenoico reduz a pressão arterial e que doses menores (1 a 2 g/dia) reduzem apenas a pressão arterial sistólica.
(C) O café, apesar de rico em cafeína, substância com efeito pressor agudo, possui polifenóis que podem favorecer o aumento da pressão arterial. Estudos recentes sugerem que o consumo de café em doses habituais está associado com maior incidência de hipertensão arterial e com elevação da pressão arterial.
(D) A prática regular de atividade física pode ser benéfica tanto na prevenção quanto no tratamento da hipertensão arterial, reduzindo ainda a morbimortalidade cardiovascular.
(E) O treinamento resistido dinâmico ou isotônico (contração de segmentos corporais localizados com movimento articular) reduz a pressão arterial de pré-hipertensos, mas não tem efeito em hipertensos.

QUESTÃO 27

A avaliação complementar do paciente com hipertensão arterial tem como objetivo detectar lesões subclínicas ou clínicas em órgãos-alvo, no sentido de melhorar a estratificação de risco cardiovascular. Para a estratificação do risco cardiovascular global, **não** são considerados como exames de rastreio:

(A) análise de urina; potássio plasmático; glicemia de jejum; e HbA1c.
(B) ritmo de filtração glomerular estimado; e creatinina plasmática.
(C) colesterol total; HDL-C; e triglicérides plasmáticos.
(D) ácido úrico plasmático; coagulograma; e albumina sérica.
(E) potássio plasmático; e eletrocardiograma convencional.

QUESTÃO 28

O tratamento da hipertensão arterial visa, em última análise, à redução da morbimortalidade cardiovascular. Acerca do tratamento medicamentoso de hipertensão arterial, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Todos os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis podem ser utilizados, desde que sejam observadas as indicações e as contraindicações específicas. A preferência inicial será sempre por aqueles em que haja comprovação de diminuição de eventos cardiovasculares, ficando os demais reservados a casos especiais em que haja a necessidade da associação de múltiplos medicamentos para que sejam atingidas as metas da pressão arterial.
(B) O tratamento com medicamentos está indicado para os indivíduos com pressão arterial estágio 2 e risco cardiovascular alto, quando as medidas não farmacológicas não surtirem efeito após um período inicial de pelo menos trinta dias.
(C) Para os indivíduos com pré-hipertensão, a utilização de medicamentos poderá ser uma opção, levando-se em consideração o risco cardiovascular e(ou) a presença de doença cardiovascular.
(D) O uso de betabloqueador associado a diuréticos deve ser feito com cautela em pacientes que apresentem alterações do metabolismo dos glicídios, pois ambos os fármacos favorecem seu agravamento.
(E) O uso da clonidina pode ser favorável em situações de hipertensão associada à síndrome das pernas inquietas, à retirada de opioides, a *flushes* da menopausa, à diarreia associada à neuropatia diabética e à hiperatividade simpática em pacientes com cirrose alcoólica. Não apresentam efeito metabólico indesejado por não interferirem na resistência periférica à insulina nem no perfil lipídico.

QUESTÃO 29

Diabetes *mellitus* é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation*, IDF) estimou que 8,8% da população mundial com vinte a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes. O diabetes *mellitus* tipo 2 corresponde a 90 a 95% dos casos. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genéticos e ambientais. Com base nessas informações, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Trata-se de doença poligênica, não associada à herança familiar nem completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais.

(B) O desenvolvimento e a perpetuação da hiperglicemia ocorrem concomitantemente com a hiperglucagonemia, a resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, o aumento da produção hepática de glicose, a disfunção incretínica, o aumento da lipólise e o consequente aumento dos ácidos graxos livres circulantes, o aumento da reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pela célula β-pancreática.

(C) Sua fisiopatologia, diferentemente dos marcadores presentes no diabetes *mellitus* tipo 1, não apresenta indicadores específicos da doença. Em pelo menos 80 a 90% dos casos, associa-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica.

(D) Na maioria das vezes, a doença é assintomática ou oligossintomática por longo período, sendo o diagnóstico realizado por dosagens laboratoriais de rotina ou manifestações das complicações crônicas.

(E) Embora a cetoacidose diabética seja rara como manifestação inicial do diabetes *mellitus* tipo 2, tem-se observado aumento no número desses casos na abertura do quadro.

QUESTÃO 30

Na história natural do diabetes *mellitus*, as alterações fisiopatológicas apresentam-se antes de os valores glicêmicos atingirem níveis supranormais. A condição na qual os valores glicêmicos estão acima dos valores de referência, mas ainda abaixo dos valores diagnósticos de diabetes *mellitus*, denomina-se pré-diabetes. A resistência à insulina já está presente e, na ausência de medidas de combate aos fatores de risco modificáveis, ela evolui frequentemente para a doença clinicamente manifesta. Em relação ao diagnóstico do diabetes *mellitus*, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Na maioria dos casos de pré-diabetes, a "doença" é assintomática e o diagnóstico deve ser feito com base em exames laboratoriais.

(B) Mesmo que o diabetes *mellitus* esteja presente do ponto de vista laboratorial, seu diagnóstico clínico pode tardar até anos, pelo fato de a doença ser oligossintomática em grande parte dos casos. Sendo assim, o rastreamento na presença dos fatores de risco é muito importante.

(C) A confirmação do diagnóstico de diabetes *mellitus* não requer repetição dos exames alterados, sendo instituído, após a primeira avaliação, o tratamento comportamental ou medicamentoso.

(D) Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independentemente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso se verifique glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL.

(E) Critérios laboratoriais para diagnóstico de pré-diabetes incluem: glicose em jejum > 100 e < 126 mg/dL; e HbA1c ≥ 5,7 e < 6,5.

QUESTÃO 31

O rastreamento consiste em um conjunto de procedimentos cujo objetivo é diagnosticar o diabetes *mellitus* tipo 2 ou a condição de pré-diabetes em indivíduos assintomáticos. Essa atividade tem grande importância para a saúde pública, pois está diretamente ligada à possibilidade de diagnóstico e tratamento precoces, minimizando os riscos de desenvolvimento de complicações, principalmente microvasculares. Quanto a esse assunto, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Para que o rastreamento tenha boa relação custo-efetividade, é aconselhável que os procedimentos de diagnóstico sejam realizados em uma população de alto risco, selecionada de acordo com os escores de questionários como o FINDRISC (*Finnish Diabetes Risk Score*) ou o da Associação Americana de Diabetes (*American Diabetes Association*, ADA).

(B) A medida de HbA1c não deve ser utilizada para rastreamento dos pacientes; deverá ser realizado somente o teste de glicemia de jejum e de glicemias de 2 h pós-sobrecarga.

(C) Se o rastreamento for realizado sem a utilização prévia de questionários, devem ser testados indivíduos acima de 45 anos de idade ou, em qualquer idade, pacientes com sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial ou história familiar de diabetes *mellitus* tipo 2.

(D) A glicemia de 2 h pós-sobrecarga diagnostica mais casos que os demais exames, mas é o teste menos utilizado.

(E) Os pacientes que, nos exames de rastreamento para diabetes *mellitus* tipo 2, tiveram glicemias de jejum entre 100 e 125 mg/dL e glicemias de 2 h pós-sobrecarga entre 140 e 200 mg/dL apresentam pré-diabetes, condição que não caracteriza uma patologia em si, mas sim alto risco para o desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 2.

QUESTÃO 32

No momento do diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, além de orientar mudanças no estilo de vida (educação em saúde, alimentação e atividade física), o médico costuma prescrever um agente antidiabético oral. A escolha desse medicamento baseia-se nos seguintes aspectos: mecanismos de resistência à insulina; falência progressiva da célula β; múltiplos transtornos metabólicos (disglicemia, dislipidemia e inflamação vascular); e repercussões micro e macrovasculares que acompanham a história natural do diabetes *mellitus* tipo 2. Sendo assim, no que concerne ao tratamento medicamentoso do diabetes *mellitus* tipo 2, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) As sulfonilureias e as glinidas (ou metiglinidas) são secretagogos de insulina. As primeiras desenvolvem uma ação hipoglicemiante mais prolongada durante todo o dia e promovem queda de 1,5 a 2% na HbA1c; já as segundas apresentam menor tempo de ação, cobrindo principalmente o período pós-prandial, com redução de 1% da HbA1c. Os eventos adversos mais comuns são ganho de peso e maior frequência de hipoglicemia.

(B) Os agentes que não aumentam a secreção de insulina, em monoterapia, associam-se a um menor risco de hipoglicemia, portanto podem ser utilizados desde o início da doença. Fazem parte desse grupo: acarbose (inibidor da α-glicosidase); metformina (biguanida); e pioglitazona (tiazolidinediona ou glitazona).

(C) A metformina reduz a produção hepática de glicose, além de ter ação sensibilizadora periférica discreta. Em média, a metformina reduz a HbA1c em 0,5 a 1%, pode promover intolerância gastrintestinal e não é contraindicada na insuficiência renal. O uso de metformina a longo prazo pode associar-se à deficiência de vitamina B12.

(D) A dulaglutida foi lançada recentemente no Brasil. Apresenta longa ação, devendo ser aplicada na dosagem de 0,75 ou 1,5 mg, uma vez por semana. Essa nova droga demonstra perfil semelhante de eficácia e segurança ao da liraglutida, sendo também aprovada para uso em monoterapia.

(E) Para pacientes com diagnóstico recente, as diretrizes das sociedades americana, europeia e brasileira de diabetes (ADA, EASD e SBD) são coincidentes nas recomendações iniciais de modificações do estilo de vida associadas ao uso de metformina.

QUESTÃO 33

A infecção pelo HIV cursa com um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença. Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos. A respeito desse tema, assinale a alternativa **incorreta.**

(A) A infecção aguda pelo HIV ocorre nas primeiras semanas da infecção pelo HIV, quando o vírus está sendo replicado intensivamente nos tecidos linfoides. Durante essa fase, tem-se carga viral pouco elevada e níveis crescentes de linfócitos, em especial os LT-CD4+, uma vez que estes são recrutados para a reprodução viral. O indivíduo, nesse período, permanece pouco infectante.

(B) Como em outras infecções virais agudas, a infecção pelo HIV é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominado síndrome retroviral aguda. Os principais achados clínicos incluem febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão.

(C) A síndrome retroviral aguda é autolimitada e a maior parte dos sinais e dos sintomas desaparece em três a quatro semanas. A presença de manifestações clínicas mais intensas e prolongadas (por período superior a catorze dias) pode estar associada à progressão mais rápida da doença.

(D) A sorologia para a infecção pelo HIV pode variar bastante nessa fase, dependendo do ensaio utilizado. Em média, a janela diagnóstica dos imunoensaios de quarta geração é de aproximadamente quinze dias.

(E) Na fase de latência clínica, o exame físico costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir após a infecção aguda. A presença de linfadenopatia generalizada persistente é frequente e seu diagnóstico diferencial inclui doenças linfoproliferativas e tuberculose ganglionar.

QUESTÃO 34

Nos últimos anos, diversas ações buscando a ampliação do acesso ao diagnóstico do vírus foram realizadas, em especial a disponibilização de testes rápidos de HIV em serviços de saúde não especializados. Infelizmente, uma parcela considerável dos casos ainda realiza o diagnóstico do HIV em estágios avançados da doença, em que o risco de adoecimento grave e de morte é consideravelmente maior. Com base nessas informações, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) As estratégias para testagem têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo HIV e, ao mesmo tempo, assegurar que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, de forma segura e com rápida conclusão.
(B) Não é responsabilidade dos profissionais de saúde oferecer a possibilidade de testagem para o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) aos pacientes sexualmente ativos sem sintomas ou queixas específicas.
(C) Os testes diagnósticos do HIV podem ser realizados em ambientes laboratoriais e não laboratoriais.
(D) O acolhimento ao paciente deve começar assim que a pessoa chegar ao serviço de saúde. Essa prática visa a garantir que a pessoa será ouvida de forma respeitosa e profissional, independentemente do motivo que a levou a buscar ajuda. Conhecer as condições psicossociais, os riscos e as vulnerabilidades que envolvem o contexto de vida do paciente representam uma ferramenta importante para o manejo integral e o consequente sucesso diagnóstico e terapêutico.
(E) Faz parte da consulta inicial informar sobre a infecção pelo HIV, explicar riscos e vulnerabilidades e discutir sobre saúde reprodutiva e avaliação psicossocial.

QUESTÃO 35

As doenças inflamatórias intestinais compreendem a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa. Ambas são idiopáticas e se manifestam clinicamente com quadros que podem se estender por anos e décadas, com diarreia de evolução prolongada e recidivante. Por outro lado, são doenças com algumas características fisiopatológicas e clínicas peculiares, que as diferem tanto na evolução quanto na sensibilidade terapêutica, sendo, portanto, fundamental sua distinção durante o acompanhamento médico. No que se refere a esse assunto, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Na retocolite ulcerativa, a inflamação é difusa e inespecífica, confinada à mucosa e à submucosa da parede do trato gastrointestinal. Na doença de Crohn, as lesões comprometem todas as camadas, da mucosa à serosa.
(B) Na retocolite ulcerativa, a doença é restrita ao cólon e ao reto, sendo a transição entre tecido acometido e tecido normal nítida e bem demarcada. Na doença de Crohn, pode haver o envolvimento de qualquer parte do trato gastrintestinal.
(C) Na retocolite ulcerativa, as lesões são do tipo "lesões descontínuas", segmentadas no trato gastrintestinal. Podem existir duas áreas afetadas, separadas por uma porção de intestino normal, que gera, com a evolução da doença, uma superfície em aspecto de paralelepípedo, denominado *cobblestone*.
(D) Na retocolite, são observados, à microscopia, edema de mucosa, depleção de muco e congestão vascular com hemorragia focal. Em manifestações agudas, ocorrem infiltrados de neutrófilos na mucosa, na submucosa e no lúmen das criptas, denominados abscessos de cripta, e linfócitos, eosinófilos, plasmócitos e macrófagos, como resposta crônica, na lâmina própria.
(E) Na doença de Crohn, observam-se, na microscopia, agregados linfocitários na submucosa e no exterior da camada muscular própria, com presença de granulomas epitelioides, sem necrose caseosa, o que não ocorre na retocolite.

QUESTÃO 36

A tempestade tireoidiana é uma condição rara e com risco de morte, caracterizada por manifestações clínicas graves de tireotoxicose. Pode ser precipitada por um evento agudo, como cirurgia da tireoide ou não tireoidiana, trauma, infecção, carga aguda de iodo ou parto. Além da terapia específica direcionada à tireoide, a terapia de suporte em uma unidade de terapia intensiva (UTI) e o reconhecimento e o tratamento de qualquer fator precipitante são essenciais, uma vez que a taxa de mortalidade da tempestade tireoidiana é substancial (de 10 a 30%). Com relação às características clínicas dessa condição clínica, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Em muitos pacientes, os sintomas cardiovasculares incluem taquicardia (a taxas que podem exceder 140 batimentos por minuto) e insuficiência cardíaca congestiva. Hipotensão, arritmia cardíaca e morte por colapso cardiovascular podem ocorrer.
(B) Agitação, ansiedade, delírio, psicose, estupor ou coma são comuns e são considerados por muitos como essenciais para o diagnóstico.
(C) O exame físico pode revelar bócio, oftalmopatia (na presença da doença de Graves), atraso na pálpebra, tremor da mão e pele quente e úmida.
(D) Todos os pacientes com hipertireoidismo primário apresentam altos níveis de TSH e altos níveis livres de T4 e(ou) T3. O grau de excesso de hormônio tireoidiano normalmente não é mais profundo que o observado em pacientes com tireotoxicose não complicada.
(E) Achados laboratoriais não específicos podem incluir hiperglicemia leve, hipercalcemia leve, testes anormais da função hepática, leucocitose ou leucopenia. A hiperglicemia é secundária a uma inibição induzida pela catecolamina da liberação de insulina e ao aumento da glicogenólise. A hipercalcemia pode ocorrer devido à hemoconcentração e à reabsorção óssea aumentada.

QUESTÃO 37

Uma paciente de dezenove anos de idade, com quadro de dor abdominal recorrente, emagrecimento e aparecimento de fístula perianal recorrente, com sinal de infecção local, foi internada em uma unidade hospitalar para esclarecimento diagnóstico. Após propedêutica, foi identificada doença inflamatória intestinal (DII).

Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa **incorreta** a respeito do quadro de DII.

(A) Em muitos pacientes, o início da manifestação da DII ocorre entre quinze e trinta anos de idade, embora a DII possa se apresentar em qualquer idade. Alguns estudos sugerem uma distribuição etária bimodal para ambos os distúrbios (retocolite e doença de Crohn), com um possível segundo pico entre cinquenta e oitenta anos de idade. Não está claro se esse segundo pico está relacionado à maior suscetibilidade a doenças com a idade avançada, à expressão tardia de uma exposição ambiental anterior ou a taxas mais altas de utilização dos cuidados de saúde pelos idosos.

(B) Foram relatadas pequenas diferenças na incidência de DII por sexo. Existe uma ligeira predominância feminina na doença de Crohn de início adulto, o que sugere que fatores hormonais podem desempenhar um papel significativo na expressão da doença. Por outro lado, pode haver uma leve predominância masculina na colite ulcerosa. Em um estudo que utilizou dados do Rochester *Epidemiology Project*, o sexo masculino, em comparação com o sexo feminino (12,8 *versus* 8,8 casos por 100.000 pessoas-ano), foi associado a uma maior taxa de incidência de colite ulcerativa.

(C) Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) podem aumentar o risco de se desenvolver DII, mas a magnitude do risco parece pequena. Enquanto os AINEs estão associados à lesão da mucosa intestinal, alguns pacientes com DII podem tolerar AINEs, principalmente quando administrados em doses baixas (por exemplo, ibuprofeno ≤ 200 mg/dia ou naproxeno < 220 mg/dia).

(D) Contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal podem aumentar o risco de se desenvolver DII, mas o risco parece ser pequeno.

(E) O tabagismo é um fator de risco para a retocolite ulcerativa, mas não para a doença de Crohn. Embora a base dessa dicotomia ainda não tenha sido resolvida, a nicotina e os subprodutos do fumo podem afetar diretamente as respostas imunológicas da mucosa, o tônus muscular liso, a permeabilidade intestinal e a microvasculatura.

QUESTÃO 38

A crise tireotóxica é uma verdadeira emergência médica, que necessita de cuidados intensivos em unidade de tratamento intensivo. O diagnóstico precoce é imprescindível para o sucesso terapêutico e influi diretamente no prognóstico e na sobrevida do paciente. No que concerne ao tratamento da crise tireotóxica, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) O tratamento imediato deve ser realizado com um alfabloqueador por via oral a cada quatro a seis horas, com ajuste apropriado para frequência cardíaca e pressão arterial.

(B) As tionamidas bloqueiam a síntese do novo hormônio tireoidiano dentro de uma a duas horas após a administração. No entanto, eles não têm efeito sobre a liberação do hormônio pré-formado pela glândula tireoide. Para pacientes com tempestade tireoidiana ou tireotoxicose grave, o tratamento imediato é iniciado com propiltiouracil 200 mg a cada quatro horas ou com metimazol (20 mg por via oral a cada quatro a seis horas).

(C) Para pacientes com tempestade tireoidiana ou tireotoxicose grave, administra-se iodo uma hora após a primeira dose de tionamida. A administração de iodo deve ser adiada por, pelo menos, uma hora após a administração de tionamida para impedir que o iodo seja usado como substrato para a síntese de novos hormônios em pacientes com adenoma tóxico ou bócio multinodular tóxico (uma vez que a etiologia da tireotoxicose é frequentemente incerta no momento de admissão).

(D) Os glicocorticoides também reduzem a conversão de T4 em T3. Além disso, eles podem ter um efeito direto no processo autoimune subjacente se a tempestade da tireoide for devida à doença de Graves e tratar a reserva adrenal limitada potencialmente associada. Seu uso no tratamento da tempestade tireoidiana parece ter resultado melhorado em pelo menos uma série. Para pacientes com características clínicas de tempestade tireoidiana, administra-se glicocorticoides (hidrocortisona, 100 mg, por via intravenosa a cada oito horas). Por outro lado, não são usados rotineiramente glicocorticoides em pacientes com hipertireoidismo grave.

(E) Depois de haver evidências de melhora clínica (defervescência, resolução do sistema nervoso central e manifestações cardiovasculares), a terapia com iodo pode ser descontinuada e os glicocorticoides diminuem. Os betabloqueadores podem ser retirados, mas somente após os testes de função tireoidiana voltarem ao normal. A dose de tionamidas deve ser titulada para manter o eutireoidismo.

QUESTÃO 39

Assinale a alternativa que não apresenta marcador(es) de mau prognóstico na doença coronariana aguda.

(A) sopro mitral, holossistólico ou não, transitório ou não, com ou sem irradiação, com primeira bulha normo ou hipofonética
(B) sopro durante os episódios dolorosos ou a intensificação de sopro preexistente
(C) nova insuficiência mitral ou piora de uma preexistente
(D) taquipneia, hipotensão, sudorese, pulsos finos, terceira bulha e estertores pulmonares durante os episódios dolorosos
(E) frequência cardíaca entre setenta e 85 batimentos por minuto

QUESTÃO 40

Quanto à associação ao quadro de angina, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Desvios transitórios do segmento ST (depressão ou elevação) ocorrem comumente na angina instável (AI), mas não sempre.
(B) A inversão das ondas T ocorrem comumente na angina instável (AI), mas não sempre.
(C) Alterações dinâmicas no segmento ST (depressão ou elevação do ST) ou inversões da onda T durante episódio doloroso, que se resolvem pelo menos parcialmente quando os sintomas são aliviados, são importantes marcadores de prognóstico adverso, isto é, subsequente IAM ou morte.
(D) Uma manifestação eletrocardiográfica sutil e frequente de angina instável (AI) é a presença de onda U invertida persistente.
(E) Os dados mais característicos para o diagnóstico de angina variante (ou angina variante de Prinzmetal) são a elevação do segmento ST na presença de dor e a regressão do supradesnível com o alívio do sintoma.

QUESTÃO 41

O termo infarto agudo do miocárdio (IAM) deve ser utilizado quando há evidência de necrose miocárdica em um contexto clínico de isquemia com elevação de marcadores de necrose miocárdica (preferencialmente troponina) e, pelo menos, alguns parâmetros. **Não** corresponde(m) a um deles

(A) os sintomas sugestivos de isquemia miocárdica.
(B) o desenvolvimento de novas ondas Q no ECG.
(C) novas ou presumivelmente novas alterações significativas no segmento ST; alterações na onda T ou bloqueio do ramo esquerdo (BRE) não são utilizados como critério.
(D) a evidência, em exame de imagem, de perda de miocárdio viável ou de nova alteração segmentar de contratilidade ventricular.
(E) a identificação de trombo intracoronariano por angiografia ou necropsia.

QUESTÃO 42

A respeito do diagnóstico diferencial da doença coronariana, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) O diagnóstico diferencial do IAM, com ou sem supradesnível do segmento ST, depende exclusivamente do aparecimento ou não desse tipo de alteração ao ECG.
(B) O diagnóstico diferencial do IAM sem supradesnível de ST e angina instável depende da presença (IAM sem supra) ou não (angina instável) de marcadores de necrose miocárdica elevados.
(C) Frequentemente, o paciente com síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis (SIMI) apresenta-se ao hospital sem dor, mas com a presença de outros sinais e sintomas (“equivalentes isquêmicos”).
(D) O aparecimento dos “equivalentes isquêmicos” é mais comum em jovens, hígidos, do sexo masculino.
(E) Os “equivalentes isquêmicos” mais comuns são dispneia/cansaço súbito e intenso, tontura, estado confusional, desconforto gastrointestinal, síncope e sinais ou sintomas de acidente vascular encefálico (AVE).

QUESTÃO 43

Acerca dos marcadores de sofrimento miocárdico, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) As troponinas são proteínas do complexo de regulação miofibrilar que não estão presentes no músculo liso. Existem três subunidades: troponina T; troponina I; e troponina C.
(B) A troponina C é coexpressa nas fibras musculares esqueléticas de contração lenta e não é considerada como um marcador específico cardíaco. Na última década, foram desenvolvidas técnicas de imunoensaios com anticorpos monoclonais específicos para troponina T cardíaca (TnTc) e troponina I cardíaca (TnIc).
(C) A mioglobina é um marcador muito precoce de necrose miocárdica, precedendo a liberação de CK-MB em duas a cinco horas. Como é uma molécula pequena, é liberada na circulação dentro de uma hora após a morte da célula miocárdica, com valores de pico sendo atingidos em cinco a doze horas. A mioglobina não é específica para o músculo cardíaco e pode ser liberada em diversas condições.
(D) A CK-MB massa apresenta como principal limitação elevar-se após dano em outros tecidos não cardíacos (falsos positivos), especialmente após lesão em músculos liso e esquelético.
(E) O peptídeo natriurético tipo B (BNP) e o fragmento N-terminal do pró-BNP (NT-proBNP) são liberados no sangue quando há aumento de tensão parietal ou estiramento de fibras dos miócitos e quando há ruptura das células consequente à necrose do miocárdio. São excelentes marcadores de diagnóstico nas síndromes coronarianas agudas (SCAs).

QUESTÃO 44

No que se refere ao sarampo, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) O período de transmissibilidade inicia-se seis dias após o exantema.
(B) Cursa com febre alta, acima de 38,5 °C, exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, tosse seca (inicialmente), coriza, conjuntivite não purulenta e manchas de Koplik.
(C) É causado por um RNA-vírus pertencente ao gênero *Morbillivirus*, família *Paramyxoviridae*.
(D) A transmissão ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar.
(E) O período de incubação pode variar entre sete e 21 dias, desde a data da exposição até o aparecimento do exantema.

QUESTÃO 45

Assinale a alternativa que apresenta correspondência **incorreta** entre a doença exantemática e suas características.

(A) A rubéola apresenta curso benigno, mas sua importância epidemiológica está relacionada à síndrome de rubéola congênita (SRC). Quando a infecção ocorre durante a gestação, pode causar aborto, natimorto e malformações congênitas, tais como cardiopatias, catarata e surdez.
(B) A febre maculosa brasileira é uma doença infecciosa febril aguda, de gravidade variável, cujas apresentações clínicas podem variar de formas leves, atípicas, até formas graves, apresentando elevada letalidade. É causada por uma bactéria do gênero *Borrelia*, transmitida por picada do carrapato infectado.
(C) A escarlatina é causada pelo *Streptococcus pyogenes*, produtora de toxina eritrogênica. A transmissão ocorre por meio do contato com secreções respiratórias e acomete principalmente crianças de dois a dez anos de idade.
(D) A mononucleose infecciosa (Epstein-Barr) é uma doença viral causada pelo vírus Epstein-Barr, um herpes-vírus. A transmissão ocorre principalmente por meio de contato com saliva de pessoas infectadas. Crianças pequenas podem infectar-se por contato com saliva em objetos ou mãos. Em adultos jovens, o beijo facilita a transmissão.
(E) O período de incubação da mononucleose infecciosa (Epstein-Barr) dura de quatro a seis semanas. O período de transmissibilidade é prolongado, podendo estender-se por um ano ou mais.

QUESTÃO 46

Assinale a alternativa que apresenta a correspondência **incorreta** entre a doença exantemática e seu agente etiológico.

(A) rubéola – *Rubivirus* (família *togaviridae*)
(B) mononucleose infecciosa – vírus Epstein-Barr (herpes-vírus)
(C) febre maculosa brasileira – bactéria do gênero *Rickettsia*
(D) eritema infeccioso – parvovírus B19
(E) escarlatina – *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolítico do grupo B)

QUESTÃO 47

Assinale a alternativa que apresenta correspondência **incorreta** entre a doença exantemática e suas características.

(A) A rubéola é caracterizada por exantema maculopapular e puntiforme difuso, com início na face, no couro cabeludo e no pescoço, espalhando-se posteriormente para tronco e membros. Febre baixa e linfadenopatia retroauricular, occiptal e cervical posterior também são possíveis de ocorrer; geralmente esses sintomas antecedem o exantema, no período de cinco a dez dias, e podem perdurar por algumas semanas.

(B) A mononucleose infecciosa (Epstein-Barr), em 50% dos casos, é uma infecção subclínica ou assintomática. Em pacientes com a forma clínica, o pródromo é muito discreto ou ausente. O quadro clínico característico é de febre, linfoadenopatia, amigdalite membranosa e esplenomegalia. Pode apresentar exantema, variável e inconstante, que está associado ao uso de antibióticos (penicilinas, cefalosporinas e seus derivados).

(C) O período de incubação da escarlatina dura de dois a cinco dias. Concomitantemente ou após a faringoamigdalite membranosa, apresenta-se com febre alta e mal-estar, exantema eritematoso puntiforme (pele áspera como uma lixa), palidez peribucal (sinal de Pastia), linhas marcadas nas dobras de flexão (sinal de Filatov) e língua em framboesa. A descamação extensa em mãos e pés (em dedos de luva) tem início após uma semana.

(D) A febre maculosa brasileira apresenta-se com início abrupto, febre elevada, cefaleia, mialgia intensa e(ou) prostração. Entre o segundo e o terceiro dia da doença, surge o exantema maculopapular, de evolução centrípeta e predomínio nos membros inferiores, podendo acometer região palmar e região plantar e evoluir para petéquias, equimoses e hemorragias.

(E) As complicações da escarlatina podem ocorrer dentro de uma a cinco semanas e incluem glomerulonefrite aguda e febre reumática aguda. Complicações tardias incluem coreia de Sydenham e cardiopatia reumática.

QUESTÃO 48

Em relação às arboviroses causadoras de doença exantemática (dengue, chikungunya e zika), assinale a alternativa **incorreta**.

(A) A dengue é uma infecção causada por um *Flavivirus* e transmitida pela picada da fêmea *Aedes aegypti*. Seu quadro clínico inclui febre alta (acima de 38 °C) de início abrupto, que geralmente dura de dois a sete dias, acompanhada de cefaleia, mialgia, artralgia, prostração, astenia, dor retro-orbital, exantema e prurido cutâneo. Anorexia, náuseas e vômitos são comuns.

(B) A chikungunya é causada por um vírus do gênero *Alphavirus* e transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, sendo o *Aedes aegypti* o principal vetor. A doença pode manifestar-se clinicamente de três formas: aguda; subaguda; e crônica. Na fase aguda, os sintomas aparecem de forma brusca e compreendem febre alta (acima de 38 °C), artralgia intensa (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações), cefaleia e mialgia. Também é frequente a ocorrência de exantema maculopapular, de dois a cinco dias após o início da febre em aproximadamente 50% dos doentes.

(C) No período de defervescência da febre, geralmente entre o terceiro e o sétimo dia da doença, pode ocorrer a redução da permeabilidade capilar, em paralelo com a redução dos níveis de hematócrito, o que marca o início da fase crítica da dengue. A leucopenia progressiva seguida por uma rápida diminuição na contagem de plaquetas precede o extravasamento de plasma.

(D) Os sintomas da chikungunya costumam persistir por sete a dez dias, mas a dor nas articulações pode durar meses ou anos e, em certos casos, converter-se em uma dor crônica incapacitante. O período médio de incubação da doença é de três a sete dias (podendo variar de um a doze dias).

(E) A zika é causada pelo vírus do gênero *Flavivirus* e transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, sendo o *Aedes aegypti* o principal vetor. Pode manifestar-se clinicamente como uma doença febril aguda, com duração de três a sete dias, caracterizada pelo surgimento do exantema maculopapular pruriginoso (surge no décimo dia e está presente em 90% dos pacientes), febre (sem febre, subfebril ou com febre inferior a 38 °C), hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia, edema periarticular e cefaleia. A artralgia pode persistir por aproximadamente um mês.

QUESTÃO 49

Assinale a alternativa que apresenta a definição correta de um caso suspeito de sarampo.

(A) Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e(ou) coriza e(ou) conjuntivite, independentemente da idade e da situação vacinal; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem para locais com circulação do vírus do sarampo, nos últimos trinta dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para local com circulação viral.

(B) Todo paciente que apresentar febre e exantema papulovesicular de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e(ou) coriza e(ou) conjuntivite, independentemente da idade e da situação vacinal; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem para locais com circulação do vírus do sarampo, nos últimos noventa dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para local com circulação viral.

(C) Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular urticariforme de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e(ou) coriza e(ou) conjuntivite, independentemente da idade e da situação vacinal; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem para locais com circulação do vírus do sarampo, nos últimos noventa dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para local com circulação viral.

(D) Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e(ou) coriza e(ou) conjuntivite, independentemente da idade e da situação vacinal; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem para locais com circulação do vírus do sarampo, nos últimos 120 dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para local com circulação viral.

(E) Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular petequial de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e(ou) coriza e(ou) conjuntivite, independentemente da idade e da situação vacinal; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem para locais com circulação do vírus do sarampo, nos últimos noventa dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para local com circulação viral.

QUESTÃO 50

A vacinação contra o sarampo deve ser realizada conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação vigente. Considerando essa informação, assinale a alternativa **incorreta**.

(A) Para indivíduos de doze meses de vida até 29 anos de idade, deve-se administrar duas doses de vacina com componente sarampo, tríplice viral e(ou) tetraviral, conforme situação vacinal encontrada.

(B) As vacinas tríplice viral e varicela (monovalente) não podem ser utilizadas em substituição à tetraviral quando houver indisponibilidade desta vacina.

(C) Para pessoas de trinta a 49 anos de idade, recomenda-se uma dose da vacina tríplice viral, conforme situação vacinal encontrada.

(D) Pessoas imunocomprometidas ou portadoras de condições clínicas especiais deverão ser avaliadas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) antes da vacinação.

(E) Profissionais da saúde têm indicação para receber duas doses de vacina tríplice viral, independentemente da idade.

Espaço para rascunho