

2ª PARTE – CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CLÍNICA MÉDICA

Questão nº: 21

A hiponatremia é definida por uma concentração plasmática de sódio < 135 mM. É um distúrbio comum, que acomete até 22% dos pacientes hospitalizados e pode ocorrer sob três formas: hiponatremia hipovolêmica, hiponatremia hipervolêmica e hiponatremia euvolêmica.

É correto afirmar que são causas de hiponatremia euvolêmica:

- a) Hipotireoidismo; Insuficiência suprarrenal secundária; Síndrome de Antidiurese inapropriada (SIAD).
- b) Vômitos; Insuficiência Renal Aguda; Insuficiência Suprarrenal Primária; Insuficiência Cardíaca Congestiva.
- c) Hemorragia Subaracnóide; Encefalite; Insuficiência Suprarrenal Primária.
- d) Traumatismo Crânioencefálico; Encefalite; Síndrome Nefrótica; Cirrose Hepática.

Questão nº: 22

Um problema potencialmente fatal comum a muitos pacientes com câncer é a perda da capacidade reticuloendotelial de remover os microrganismos após esplenectomia, que pode ocorrer como parte do tratamento de pacientes com algumas doenças hematológicas. Mesmo após o tratamento curativo da doença subjacente, a falta do baço predispõe estes pacientes a infecções rapidamente fatais.

Em relação aos pacientes esplenectomizados é INCORRETO afirmar que:

- a) As bactérias encapsuladas *Streptococcus pneumoniae*; *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis* são os microrganismos mais comumente associados à sepse pós esplenectomia.
- b) A perda do baço em consequência de traumatismo também predispõe o hospedeiro normal a infecções maciças durante toda sua vida.

- c) Não é recomendada a administração de antibiótico empírico em pacientes esplenectomizados com febre.
- d) O índice de suspeita de infecção por certos microrganismos deve depender do tipo de câncer diagnosticado.

Questão nº: 23

A deficiência dietética de Folato é comum. Na maioria dos indivíduos com deficiência de Folato há um elemento nutricional. Nota-se que em países que adotaram o enriquecimento dos alimentos com Ácido Fólico, a prevalência da deficiência de Folato caiu bastante. Na gravidez normal, por exemplo, há um aumento das necessidades diárias de Folato, por causa da transferência da vitamina para o feto. Nestes casos, a profilaxia com Ácido Fólico é mandatória.

São causas de deficiência LEVE de Folato por má absorção:

- a) Diabetes Melito / Espru Tropical / Uso de Anticonvulsivantes
- b) Espru Tropical / Doença Hepática Ativa / Agentes Antituberculose
- c) Megaloblastose intestinal / Gravidez e Lactação / Malária
- d) Ressecção jejunal extensa / Doença de Crohn / Doença de Whipple

Questão nº: 24

Constituem os três principais fatores de risco para Doença Cardiovascular:

- a) Diabetes Melito / Obesidade / Dieta
- b) Tabagismo / Colesterol Sérico / Hipertensão Arterial
- c) Inatividade Física / Dieta / Diabetes Melito
- d) Hipertensão Arterial / Obesidade / Inatividade Física

Questão nº: 25

A pressão arterial aferida em ambulatório ou em ambiente hospitalar talvez não reflita de forma precisa a pressão arterial em outras situações. É preciso saber identificar a “Síndrome do jaleco branco”. Após quais medidas podemos afirmar que um paciente apresenta a “Síndrome do jaleco branco”?

- a) A “Síndrome do jaleco branco” é definida por no mínimo 3 aferições independentes da pressão arterial $> 140/90$ mmHg realizadas em ambiente médico e no mínimo 3 aferições $< 140/90$ mmHg realizadas em ambiente não médico, na ausência de qualquer evidência de lesão em órgão alvo.
- b) A “Síndrome do jaleco branco” é definida por no mínimo 3 aferições independentes da pressão arterial $> 130/90$ mmHg realizadas em ambiente médico e no mínimo 3 aferições $< 130/90$ mmHg realizadas em ambiente não médico, na ausência de qualquer evidência de lesão em órgão alvo.
- c) A “Síndrome do jaleco branco” é definida por 2 aferições independentes da pressão arterial $> 130/90$ mmHg realizadas em ambiente médico e 2 aferições $< 130/90$ mmHg realizadas em ambiente não médico, na presença de qualquer evidência de lesão em órgão alvo.
- d) A “Síndrome do jaleco branco” é definida por 2 aferições independentes da pressão arterial $> 140/90$ mmHg realizadas em ambiente médico e 2 aferições $< 140/90$ mmHg realizadas em ambiente não médico, com ou sem qualquer evidência de lesão em órgão alvo.

Questão nº: 26

São características da Tenossinovite de Quervain, EXCETO:

- a) Sinal de Finkelstein positivo.
- b) O tratamento consiste em imobilização do punho e AINE.
- c) Os pacientes relatam dor quando apertam algo com seu polegar.
- d) Glicocorticóides não são efetivos no tratamento da dor intensa.

Questão n°: 27

O Diabetes Melito (DM) é a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores nos E.U.A. Úlceras e infecções no pé também constituem uma importante fonte de morbidade nos indivíduos com DM. As razões para a maior incidência desses distúrbios nos portadores de DM são:

- a) Obesidade; Tabagismo e Hipoglicemia.
- b) Distúrbio eletrolítico; Osteomielite e Hipertensão arterial.
- c) Neuropatia; biomecânica anormal do pé; Doença Arterial periférica e Cicatrização precária das feridas.
- d) Sobrepeso; polidipsia e controle glicêmico precário.

Questão n°: 28

Qual das alternativas abaixo NÃO constitui causa de Hipoglicemia em adultos?

- a) Alcoolismo
- b) Sepsis
- c) Insulinoma
- d) Anemia Ferropriva

Questão n°: 29

Uma das preocupações primordiais nos cuidados paliativos para os pacientes terminais é a analgesia. A frequência de dor entre pacientes terminais varia amplamente, porém, no fim da vida não há razão para duvidar do relato de dor do paciente. Quanto ao uso da analgesia para esse tipo de paciente marque a alternativa ERRADA:

- a) Os efeitos dos opióides nunca alcançam um teto máximo, por isso, não existe dose máxima.
- b) O medo da depressão respiratória ou dependência não deve impedir o aumento das doses dos opióides quando o paciente terminal ainda queixar-se de dor.

- c) A sonolência não é um efeito colateral do uso de opióides.
- d) A intervenção farmacológica deve seguir uma abordagem em 3 etapas, segundo a OMS: analgésicos não opióides, opióides leves, como a codeína e opióides fortes.

Questão n°: 30

Alguns tipos de pacientes comumente apresentam infecções sem febre. Marque a opção que NÃO se enquadra nesse grupo:

- a) Pacientes em uso de antidepressivos.
- b) Neonatos
- c) Hepatopatas crônicos
- d) Idosos

Questão n°: 31

Quanto à infecção por *Helicobacter pylori* e as patologias que possuem indicação para a erradicação desta infecção, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Doença do refluxo gastroesofágico.
- b) Úlcera péptica e Linfoma gástrico do tecido linfóide associado à mucosa.
- c) Etilismo crônico e Hepatite viral.
- d) Diabetes Melito e Doença renal crônica.

Questão n°: 32

Algumas condições hospitalares aumentam as chances do surgimento de delirium nos pacientes internados. EXCETO:

- a) Contenção física
- b) Cateterismo vesical
- c) Mudança de ambiente nos pacientes portadores de demência
- d) Punção de veia periférica

Questão nº: 33

Uma vez estabelecida a diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), o médico deve decidir se essa anormalidade representa uma lesão renal aguda ou crônica. A situação clínica, história e os resultados de exames laboratoriais e de imagem geralmente facilitam essa distinção. Dentre os exames abaixo, quais representam o melhor e mais simples instrumento para que o médico possa fazer essa diferenciação?

- a) Hemograma completo
- b) Exame de urina e ultrassonografia renal
- c) Avaliação urológica e Raio X de vias urinárias
- d) Dosagem de eletrólitos urinários

Questão nº: 34

Sobre a hiponatremia crônica, é INCORRETO afirmar:

- a) A reposição rápida do sódio (> 8 - 10mM em 24 h ou 18mM em 48 h) pode ocasionar a temida síndrome de desmielinização osmótica (SDO).
- b) Para impedir ou reverter a ocorrência de SDO, pode-se administrar Acetato de Desmopressina (DDAVP), água livre e/ou Soro Glicosado a 5%.
- c) A velocidade da correção deve ser lenta.
- d) É sempre tratada com restrição hídrica e diuréticos.

Questão nº: 35

Qual das afirmativas abaixo NÃO constitui causa de Neutrofilia?

- a) Doenças Mieloproliferativas
- b) Infecção bacteriana
- c) Deficiência de Vitamina B12
- d) Uso de Glicocorticóides

Questão nº: 36

A Sepsé pode ocorrer em resposta a qualquer classe de microrganismo. A invasão da corrente sanguínea não é essencial, já que a inflamação local também pode desencadear a disfunção de órgãos distantes e hipotensão. As hemoculturas dão crescimento a bactérias ou fungos em apenas 40-70% dos casos de choque séptico.

A respeito do Choque séptico, é CORRETO afirmar que:

- a) É considerado refratário quando dura mais de 1 hora e não responde à administração de líquidos ou vasopressores.
- b) Pacientes com sepsé grave ou choque séptico nunca apresentam hemoculturas negativas.
- c) O débito urinário não é afetado.
- d) Ocorre sepsé com hipertensão, durante pelo menos 1 hora.

Questão nº: 37

Candidíase é uma infecção fúngica causada por um grupo relacionado de leveduras, cujas manifestações clínicas podem ser limitadas à pele ou, mais raramente, serem sistêmicas e potencialmente fatais. O agente etiológico mais comum é a *Cândida albicans*.

Com relação ao tratamento da candidíase, assinale a alternativa ERRADA:

- a) Os fármacos tópicos eficazes incluem Nistatina e os Derivados imidazólicos.
- b) A Grizeofulvina e Terbinafina são muito eficazes.
- c) A resposta inflamatória associada à infecção da pele pode ser tratada com glicocorticóide de baixa potência.
- d) Tratamento sistêmico é geralmente reservado aos imunossuprimidos ou com doenças crônicas.

Questão nº: 38

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) apresenta importância crescente em todo o mundo como problema de saúde pública.

Sobre DPOC é CORRETO afirmar:

- a) Os efeitos do tabagismo sobre a função pulmonar independem do tempo de exposição ao tabaco.
- b) Ocorre retenção de ar, com aumento do volume residual e redução da razão entre volume residual e capacidade pulmonar total.
- c) A redução persistente das taxas de fluxo expiratório forçado é a anormalidade mais típica da DPOC.
- d) Hiperinsuflação ocorre na fase inicial da doença.

Questão nº: 39

A hipopotassemia possui efeitos proeminentes sobre as células cardíacas, esqueléticas e intestinais, sendo um importante fator de risco para arritmias tanto ventriculares, quanto atriais.

Em relação à depleção de Potássio, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A hipopotassemia predispõe à lesão renal aguda e pode levar ao desenvolvimento de doença renal terminal em pacientes com hipopotassemia de longa duração.
- b) A correção da hipopotassemia é particularmente importante em pacientes hipertensos tratados com diuréticos.

- c) A deficiência de magnésio não tem relação com a depleção de potássio.
- d) Efeitos da hipopotassemia sobre o equilíbrio ácido básico podem contribuir para o desenvolvimento de alcalose metabólica.

Questão nº: 40

A acidose respiratória pode originar-se de doença pulmonar grave, fadiga de músculos respiratórios ou anormalidades no controle da ventilação.

Assinale a alternativa que contém causas de acidose respiratória:

- a) Depleção de potássio
- b) Vômitos e aspiração nasogástrica
- c) Uso de Diuréticos Tiazídicos e de alça
- d) Asma, Enfisema, Bronquite

Questão nº: 41

Artrite reumatoide (AR) ou doença reumatoide (DRe) é uma enfermidade inflamatória crônica que afeta 0,5% a 1% da população mundial, atingindo 4,5% na faixa etária de 55 a 75 anos. Acomete todas as raças, com discretas variações em gravidade e manifestações clínicas. É mais frequente em mulheres. O processo inflamatório sistêmico que a caracteriza pode se manifestar pelo acometimento de múltiplos órgãos como serosas, pulmões e vasos sanguíneos, entretanto o principal alvo é a membrana sinovial. As articulações são afetadas de maneira aditiva, particularmente as pequenas juntas de mãos e pés, embora qualquer articulação sinovial possa ser comprometida. Manifestações gerais como fadiga, mialgia, febre costumam preceder o aparecimento do quadro articular característico da artrite reumatóide. O início da doença ocorre, habitualmente, entre 20 a 60 anos de idade, com maior incidência entre 35 a 45 anos. Para a classificação da artrite reumatoide, pelo menos quatro critérios devem estar presentes durante, no mínimo, 6 semanas, EXCETO:

- a) Artrite nas articulações das mãos, artrite simétrica, nódulos reumatoides, fator reumatoide positivo.

- b) Rigidez matinal, artrite em três ou mais áreas, artrite nas articulações das mãos, artrite simétrica.
- c) Artrite assimétrica, artrite em uma ou duas articulações, rigidez contínua, nódulos sinoviais.
- d) Alterações radiográficas (como erosões ou osteoporose justa-articular), nódulos reumatoides, artrite em três ou mais áreas, rigidez matinal.

Questão nº: 42

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida, caracterizada por distúrbios da resposta imune ao antígeno ou constituinte próprio, provavelmente consequente a fatores genéticos, hormonais e ambientais. Por promover o comprometimento de múltiplos órgãos, sua apresentação clínica é polimórfica, o que, em fases iniciais, pode dificultar o diagnóstico. Seu diagnóstico se baseia na visão geral do quadro clínico somada a parâmetros laboratoriais. Portanto, o ponto crucial do diagnóstico diante de um caso suspeito é o histórico clínico detalhado, incluindo revisão completa dos principais sistemas, bem como dos antecedentes pessoais e familiares. As manifestações podem aparecer isoladamente, de forma consecutiva ou aditiva no decorrer do tempo, notadamente nos primeiros cinco anos da doença. É normal nesse período, que a doença mostre os locais preferenciais de comprometimento sistêmico. São alguns critérios do *American College of Rheumatology* para a classificação do lúpus eritematoso sistêmico, EXCETO:

- a) Alterações cardíacas, alterações pulmonares, alterações hormonais.
- b) Úlceras orais, artrite, serosite, alterações renais.
- c) Alterações neurológicas, alterações hematológicas, alterações imunológicas, anticorpos antinucleares (FAN).
- d) Rash malar, lesão discoide, fotossensibilidade.

Questão nº: 43

A doença de Hodgkin foi descrita em 1832 em um estudo anatomopatológico de sete casos. Carl Sternberg, em 1898, e Dorothy Reed, em 1902, apresentaram uma descrição detalhada no quadro histopatológico pleomórfico e da célula peculiar que caracteriza a doença. Nasceu aí a separação entre a doença de Hodgkin e os linfomas não-Hodgkin, que é usada até hoje em razão das diferenças no

comportamento clínico e no tratamento dessas doenças. Alguns pilares da abordagem oncológica moderna foram inicialmente desenvolvidos no estudo da doença de Hodgkin, entre eles o estadiamento, a radioterapia e a poliquimioterapia. As principais características da doença de Hodgkin são as discriminadas abaixo, EXCETO:

- a) Massa tumoral: Células neoplásicas em geral correspondem a menos de 1%. Maioria é de células inflamatórias. Deficiência imunológica: Quase sempre imunidade celular (infecções por micobactérias, fungos, vírus e protozoários).
- b) Estádio / grau: usualmente é sistêmico desde o início. Grau, mais que estágio, influencia o prognóstico e o tratamento.
- c) TGI / anel de Waldeyer: raro. Envolvimento da medula óssea: tem significado prognóstico.
- d) Envolvimento extranodal: Cerca de 10 %. Tratamento: Sempre deve ser tratado, casos localizados podem receber apenas radioterapia.

Questão nº: 44

As varizes primitivas, idiopáticas ou essenciais não têm etiologia conhecida, porém, vários fatores predisponentes e desencadeantes têm sido aventados para explicá-las. Entre os fatores predisponentes destaca-se a hereditariedade: Haveria malformação congênita na constituição da veia e de outros tecidos mesodérmicos. A favor dessa hipótese, têm sido considerados vários argumentos, EXCETO:

- a) Fatores como a idade, as gestações e a profissão.
- b) Persistência anormal de anastomoses arteriovenosas congênitas e defeitos estruturais das veias superficiais vistos nos estudos anatomopatológicos.
- c) As varizes coexistem, em grande numero de casos, com outros defeitos do tecido de sustentação tido como hereditários, tais como: vícios plantares, hérnia, hemorroidas e varicocele.
- d) Ausência frequente ou defeito de implantação da válvula de óstio da safena interna e elevada incidência familiar.

Questão nº: 45

Conceitua-se doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) como afecção crônica decorrente do fluxo retrogrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes a ele, acarretando espectro variável de sintomas e/ou sinais esofágicos e/ou extra esofágicos, associados ou não a lesões teciduais. O tratamento fundamenta-se nas correções dos defeitos anátomo-funcionais (que levam a ocorrência do RGE) com fármacos, além de medidas comportamentais, EXCETO:

- a) Retardar o esvaziamento gástrico, que muitas vezes está acelerado e evitar refeições copiosas.
- b) Aumentar a salivação elevando o pH esofágico, suspender o tabagismo e evitar situações que aumentem a pressão intra-abdominal.
- c) Melhorar a função motora esofágica, intensificando a peristalse esofágica e elevando a pressão do esfíncter esofágico inferior (EEI), elevação da cabeceira da cama (15 cm) e não deitar após as refeições (2h).
- d) Reduzir o potencial agressivo do suco gástrico, neutralizando ou suprimindo o ácido clorídrico e redução do peso corporal (se sobrepeso ou obeso).

Questão nº: 46

Em relação à dermatite atópica NÃO se pode afirmar:

- a) Caracteriza se por história familiar de dermatite, febre do feno ou asma em até 70% dos pacientes.
- b) O exame histológico da pele acometida pela dermatite atópica demonstra apenas características de dermatite aguda.
- c) A imunopatologia mostra células T auxiliares de memória ativadas, que expressam o antígeno linfocitário cutâneo, o ligante para a molécula de adesão celular induzível pela selectina E.
- d) O prurido cutâneo é uma característica proeminente da dermatite atópica, sendo palidez cutânea perioral e dobras extras de pele abaixo da pálpebra inferior (linha de Dennie) outros estigmas cutâneos.

Questão nº: 47

São características clínica, histológica e imunopatológica do pênfigo vulgar:

- a) Bolhas flácidas, pele desnuda, lesões na mucosa oral, bolhas acantolíticas formadas na camada suprabasal da epiderme e depósitos de IgG na superfície celular dos ceratonídeos.
- b) Crostas e erosões superficiais no couro cabeludo na parte central da face, na parte superior do tórax e do dorso, bolha acantolítica formada na camada superficial da epiderme e depósitos de IgG na superfície celular dos ceratinócitos.
- c) Grandes bolhas tensas nas faces flexoras, bolhas e erosões na mucosa oral, bolhas na região subepitelial, geralmente ricas em eosinófilos e faixa linear de IgG e/ou C3 na RMB.
- d) Crostas e erosões superficiais no couro cabeludo, na parte central da face, na parte superior do tórax e do dorso, bolhas acantolíticas formadas na camada suprabasal da epiderme e e depósitos de IgG na superfície celular dos ceratinócitos.

Questão nº: 48

A epilepsia é o distúrbio grave do cérebro mais comum em todo o mundo. Apesar das suas múltiplas causas, o distúrbio fundamental é decorrente de descargas anormais síncronas de uma rede de neurônios. Admite-se epilepsia como um grupo de doenças que tem em comum, crises epiléticas que ocorrem na ausência de condição tóxica metabólica ou febril. O seu tratamento medicamentoso é uma das terapias de maior êxito em neurologia e tem como normas gerais, EXCETO:

- a) Ser prolongado (meses a anos) e nunca se retirar abruptamente uma droga antiepiléptica (DAE), com raras exceções, como reações alérgicas.
- b) A medicação, de modo geral, deve ser titulada (aumentada) de maneira lenta, até atingir a dose mínima eficaz ou surgirem eventos adversos; não está claramente definida a dose mínima (só há parâmetros aproximados), a dose máxima é aquela que o paciente toma sem apresentar efeitos colaterais inaceitáveis.
- c) Não existe droga de escolha para ser usada durante a gestação e a paciente deverá prosseguir com a DAE que estiver tomando quando engravidar; além disso, nenhuma DAE apresenta perfil de teratogenicidade específico, exceto os defeitos de fechamento do tubo neural que o valproato, pode causar em 1 a 2% das gestações.
- d) Obedecer a recomendação do uso inicial de duas ou mais drogas antiepilépticas associadas, isto é, politerapia, para melhorar a adequação ao tratamento.

Questão nº: 49

H. pylori é o principal agente etiológico da gastrite crônica antral, ocorrendo em torno de 95 a 100% dos casos. De início, a infecção resulta em reação inflamatória aguda; esse processo evolui para gastrite crônica ativa. Vale salientar que a gastrite crônica, envolvendo a mucosa antral associada a H. pylori acompanha cerca 70% dos casos de úlcera gástrica e mais de 90% dos casos de úlcera duodenal. Por outro lado, grande parte dos indivíduos infectados pela bactéria permanece assintomática. H. pylori é um bacilo Gram-negativo, em forma de espiral ou curvo, com capacidade única de colonizar o estômago. Localiza-se na superfície ou entre as células epiteliais, dentro da camada de muco. Uma série de aspectos está envolvido quando se trata de H. pylori e de lesão da mucosa gástrica entres estes, os aspectos próprios da bactéria e do hospedeiro. Pela multifatoriedade de elementos apresentados por H. pylori para manter a sua sobrevivência no hospedeiro, pode-se dividir sua ação em alguns principais, EXCETO:

- a) Fatores de colonização, que compreendem: motilidade para atravessar a barreira mucosa; a secreção de urease, principal elemento para sua sobrevivência; e a secreção de adesinas, que favorece sua adesão e fixação na célula gástrica.
- b) Fatores de estimulação da gastrina, produzidas pelas células G, que age pela sua ligação a receptores na membrana basocelular das células parietais.
- c) Fatores indutores da doença (com a presença de uréase e LPS): capacidade de diminuir a secreção de muco, estimular o pepsinogênio I, criar um meio hidrófobo, diminuição da capacidade de defesa de barreira mucosa e liberação de citotoxinas (cagA e vacA).
- d) Fatores de persistência, que compreendem: secreção de adesinas (também envolvidas nos fatores de colonização), que contribui para uma imunoadesão; capacidade de imunossupressão; e também capacidade de chegar as formas coloides como defesa. Além disso, a secreção de lipopolissacarídeo (LPS), que é capaz de contribuir para uma imunoevasão.

Questão nº: 50

O risco de ruptura aumenta consideravelmente em homens com aneurismas abdominais maiores do que _____ e em mulheres com aneurismas maiores que _____:

- a) 5,5 cm e 5 cm.
- b) 6,5 cm e 7 cm.
- c) 4,5 cm e 3 cm.
- d) 3,5 cm e 4 cm.

FIM