



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL 2010

Programas: Cancerologia Clínica
Cardiologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Hematologia e Hemoterapia
Nefrologia
Pneumologia
Reumatologia

Pré-requisito:

CLÍNICA MÉDICA



LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Confira atentamente os seus dados pessoais e os dados identificadores de seu programa de residência transcritos acima com o que está registrado em sua folha de respostas. Confira também o seu nome e seu pré-requisito em cada página numerada de seu caderno de prova. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito, ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou aos dados identificadores de seu programa ou pré-requisito, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:
O sucesso é alcançado e conservado por aqueles que não deixam de tentar.
- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, marque na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas respostas.

PROVA OBJETIVA

Um paciente com 18 anos de idade procurou atendimento médico, relatando que, há 10 dias, vem apresentando anorexia, náuseas, vômitos e febre baixa. Há 5 dias, ele passou a apresentar desconforto abdominal no quadrante superior direito e notou que suas conjuntivas estavam amarelas. Informou ser usuário de drogas injetáveis e negou outras doenças crônicas e infecciosas. O exame físico mostrou mucosas ictéricas e discreta hepatomegalia. Os exames laboratoriais evidenciaram hemograma sem alterações, elevação das transaminases, das bilirrubinas e da fosfatase alcalina. Sorologia para HIV foi negativa. Os resultados dos exames sorológicos realizados estão apresentados na tabela abaixo.

exame sorológico	resultado
Anti-HAV	negativo
IgM anti-HAV	negativo
HBsAg	positivo
HBeAg	positivo
IgM Anti-HBc	positivo
IgG Anti-HBc	negativo
Anti-HBs	negativo
Anti-HBe	negativo
Anti-HCV	negativo

Com base nas informações e nos aspectos clínico-laboratoriais acima descritos, julgue os itens a seguir.

- 1 A principal hipótese diagnóstica é de hepatite viral aguda.
- 2 A constatação do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) indica que esse vírus é o principal agente etiológico nesse caso.
- 3 As evidências atuais indicam que o uso de imunoglobulina anti-hepatite B é útil, tem efeito protetor e pode atenuar a gravidade dos sintomas. Por isso, seu uso é recomendado no paciente em questão.
- 4 A associação de corticoide com interferon-alfa *peguilado* (*peguinterferon*) deve ser utilizada no tratamento do paciente em apreço, por seu benefício tanto na depuração do agente etiológico quanto na regressão da doença.
- 5 O paciente em questão apresenta duas características (gênero masculino e usuário de drogas injetáveis) associadas a mau prognóstico.
- 6 Considerando que a maioria dos pacientes que confirmam esse diagnóstico clínico-etiológico desenvolve a forma crônica da doença, é correto inferir que o paciente considerado está sob elevado risco de assim evoluir.

Acerca da difilobotriase — infecção causada por um parasita encontrado em peixes —, julgue os itens que se seguem.

- 7 O agente etiológico dessa parasitose pertence ao grupo dos cestódios intestinais (tênia).
- 8 Os peixes de água doce anádromos (como o salmão, que migra da água salgada para a água doce para procriar) são os hospedeiros definitivos no ciclo vital do agente etiológico.
- 9 O diagnóstico dessa doença é feito por meio do exame parasitológico de fezes, no qual podem ser encontrados ovos operculados característicos.
- 10 Para essa parasitose intestinal, o tratamento de primeira linha é feito com uso de secnidazol.

Durante consulta médica, um paciente com 40 anos de idade relatou que, há 7 dias, passou a apresentar parestesias nos pés, que há 6 dias associaram-se a fraqueza nos membros inferiores, simétrica, progressiva e ascendente, e com piora das parestesias (agora acometendo os membros inferiores). Informou também que, há 2 dias, passou a apresentar dificuldade de deambular e que a fraqueza também ocorria nos membros superiores. Atualmente, queixa-se de palpitações taquicárdicas, tonturas ao assumir a posição ortostática e retenção urinária. Disse ter recebido vacina contra febre amarela, cerca de 15 dias antes do início dos sintomas atuais, negou uso de medicamentos e de portar outras doenças. No seu exame físico, foram observados: frequência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA) em posição supina respectivamente iguais a 110 bpm e 135 mmHg × 80 mmHg; em posição ortostática, a FC e a PA foram 135 bpm e 130 mmHg × 60 mmHg, respectivamente. Exame neurológico evidenciou tetraparesia flácida, mais acentuada nos membros inferiores, reflexos profundos universalmente abolidos e reflexo cutaneoplantar indiferente bilateralmente, hipoestesia distal nos quatro membros e ausência de alterações na avaliação dos pares cranianos. À exceção de globo vesical palpável, no restante do exame físico não havia alterações. Exames laboratoriais evidenciaram hemograma normal e bioquímica do sangue normal. Líquor cefalorraquidiano: aspecto límpido e incolor, 5 células (90% mononucleares e 10% polimorfonucleares), proteína = 72 mg/dL (valor referência: 15-45 mg/dL), glicose = 65 mg/dL (valor referência: 40-70 mg/dL), ausência de bactérias na coloração de Gram, pesquisa de BAAR negativa.

Considerando as informações do quadro clínico acima, julgue os próximos itens.

- 11 A principal hipótese diagnóstica é a síndrome de Guillain-Barré.
- 12 É correto inferir que a retenção urinária e a anormalidade na pressão arterial têm a mesma base etiofisiopatogênica.
- 13 A análise do exame neurológico permite identificar elementos que configuram a síndrome de Miller-Fisher.
- 14 O paciente em questão necessita receber acompanhamento e tratamento em regime de internação hospitalar, especialmente devido ao risco de comprometimento respiratório.
- 15 Nesse caso clínico, o uso de altas doses intravenosas de glicocorticoide é eficaz tanto na regressão das manifestações agudas quanto na evolução de longo prazo.

Um paciente de 28 anos de idade, com diagnóstico de hanseníase, em tratamento poliquimioterápico há 2 meses, procurou atendimento médico com manifestação de aparecimento súbito de nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, dor e espessamento nos nervos e mal-estar generalizado, constatando-se que as lesões cutâneas antigas permanecem inalteradas.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 16 A principal hipótese diagnóstica é de reação hansênica do tipo 2 (eritema nodoso hansênico).
- 17 Quadros clínicos semelhantes ao descrito geralmente estão associados a pacientes com diagnóstico de hanseníase no polo tuberculoide.
- 18 As manifestações clínicas apresentadas pelo paciente associam-se a lesões nos nervos, representando importante causa de incapacidade induzida pela hanseníase.
- 19 Na situação descrita, tratamento quimioterápico específico para a hanseníase deve ser imediatamente suspenso, e deve-se prescrever clofazimina até que haja regressão das manifestações clínicas.

Considere que um paciente de 45 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito do tipo 2, seja levado ao pronto-socorro com quadro clínico e laboratorial compatível com cetoacidose diabética. Acerca desse caso clínico emergencial, julgue os itens de 20 a 25.

- 20 Devem ser pesquisados alguns fatores precipitantes, tais como: infarto do miocárdio, tratamento inadequado, infecções e uso de medicamentos e drogas (olanzapina, cocaína, lítio e corticoides, por exemplo).
- 21 Poliúria, polifagia, vômitos, sede intensa, fraqueza e dor abdominal difusa são possíveis sintomas nessa emergência médica.
- 22 Um resultado de gasometria arterial (de amostra colhida em ar ambiente) com achados mostrados na tabela abaixo será compatível com a condição emergencial em tela.

variável gasométrica	resultado
pH	7,28
PaO ₂	84 mmHg
PaCO ₂	18 mmHg
HCO ₃	10 mg/dL
BE	-14
saturação de oxigênio	89%

pH = potencial hidrogeniônico; PaO₂ = pressão parcial de oxigênio; PaCO₂ = pressão parcial de gás carbônico; HCO₃ = bicarbonato sérico; BE = excesso de bases.

- 23 Do ponto de vista fisiopatológico, nessa situação clínica, três corpos cetônicos são produzidos: o ácido beta-hidroxibutírico, o ácido acetoacético e a acetona.

24 Nessa condição clínica, ainda que os níveis plasmáticos de potássio estejam normais ou mesmo aumentados na abordagem inicial do paciente, verifica-se significativo *deficit* corporal desse eletrólito.

25 Hipoglicemia, edema cerebral, pancreatite aguda, mielinólise bulbopontina e infarto do miocárdio são exemplos de complicações decorrentes da cetoacidose diabética.

Uma paciente de 24 anos de idade foi encaminhada para internação em um hospital de alta complexidade, para submeter-se a investigação de perda aguda da função renal associada a automedicação com diclofeno potássico. Ela negou haver outras doenças prévias. Finda a avaliação clínico-laboratorial, fez-se o diagnóstico de certeza de nefrite intersticial aguda.

Acerca dessa condição nefrológica, julgue os próximos itens.

- 26 A perda súbita da função renal associada a dor lombar bilateral, artralhas, náuseas, vômitos e mal-estar, erupções maculopapulares, febre e eosinofilia constitui manifestação clínica sugestiva do referido diagnóstico.
- 27 O exame sumário de urina (EAS) da paciente em questão pode mostrar hematúria, proteinúria e leucocitúria com cilindros leucocitários e hemáticos.
- 28 A presença de eosinófilos na urina ocorre em pacientes com o citado diagnóstico, mas a ausência de eosinofíuria, mesmo quando o sedimento urinário é corado pelo método de Hansel, permite descartar com certeza o diagnóstico de nefrite intersticial aguda.
- 29 A constatação de aumento difuso dos rins no exame contrastado de tomografia computadorizada helicoidal representará a confirmação de certeza do diagnóstico de afecção renal.
- 30 A maioria dos pacientes nos quais o citado diagnóstico é confirmado evolui para insuficiência renal crônica terminal.

Considerando os distúrbios que ocorrem no balanço hidreletrolítico, julgue os itens seguintes.

- 31 Em um paciente que apresente tetania, laringoespasmos, sinais de Chevostek e Trousseau e eletrocardiograma com intervalo QT prolongado, deve-se suspeitar de hipercalcemia grave.
- 32 O edema cerebral representa a base das manifestações clínicas associadas à hiponatremia hipotônica grave e aguda.
- 33 O tratamento específico da hiperpotassemia tem três elementos básicos que podem ser usados de forma isolada ou em associação: antagonizar os efeitos do potássio sobre a membrana celular (com gluconato de cálcio, por exemplo), promover a entrada do potássio extracelular para o interior das células (com agonistas beta-2 adrenérgicos) e remover o excesso de potássio do organismo (por métodos dialíticos, por exemplo).

Julgue os itens a seguir, relativos a doenças hematológicas.

- 34 Episódios dolorosos, acidente vascular cerebral, síndrome torácica aguda, úlceras de membros inferiores, priapismo, colelitíase, osteonecrose da cabeça do fêmur e dos ossos dos ombros, infarto do miocárdio, hipertensão pulmonar e retinopatia proliferativa são possíveis manifestações clínicas em pacientes com doença falciforme.
- 35 Presença de eritrócitos microcíticos e hipocrômicos, ferro sérico baixo, capacidade total de ligação do ferro (TIBC) elevada, porcentagem de saturação da transferrina abaixo do normal e ferritina sérica baixa são elementos que indicam a anemia sideroblástica como diagnóstico principal.
- 36 O teste de Schilling é utilizado para avaliar o local e a causa mais provável da má absorção do ácido fólico.
- 37 A hemofilia B é uma doença hemorrágica hereditária ligada ao cromossomo X e causada pela deficiência do fator de coagulação VIII.
- 38 Os estados de hipercoagulabilidade primária podem decorrer de níveis elevados de fatores pró-coagulantes (como, por exemplo, da antitrombina III e das proteínas C e S) ou de deficiência de fatores anticoagulantes fisiológicos (como a resistência à proteína C ativada — fator V de Leiden).

Durante uma consulta ambulatorial, uma mulher de 56 anos de idade informou que há 4 meses tem apresentado ardência e dor na boca, dificuldade de mastigar e deglutir, ardência ocular bilateral (com sensação de areia nos olhos) e ressecamento da boca, do nariz e da mucosa vaginal. Ela negou uso de medicamentos e outras doenças prévias. Em seu exame físico foi observado ressecamento da pele da face, dos lábios e dos olhos. Havia ressecamento de toda a mucosa oral, língua avermelhada com atrofia das papilas e ausência de acúmulo de saliva no assoalho bucal. Entre os exames complementares realizados destacam-se: hemograma normal, fator reumatóide positivo, anticorpos anti-Ro (SSA) e anti-La (SSB) positivos, anticorpos antinucleares positivos, anticorpo anti-Sm negativo e testes de Schirmer e rosa-bengala com resultados anormais (positivos).

Considerando as informações desse quadro clínico, julgue os itens de 39 a 42.

- 39 A principal hipótese diagnóstica no quadro descrito é a síndrome de Sjögren.
- 40 A constatação de anticorpos anti-Ro e anti-La, nesse caso, aumenta a chance de a paciente ter adenopatia, neuropatia periférica e fenômeno de Raynaud, por exemplo.

- 41 A realização dos testes de Schirmer e de rosa-bengala na paciente em questão, visa medir de forma direta a produção de lágrimas.
- 42 Pneumonite intersticial, acidose tubular renal do tipo I, mielite transversa, linfoma e tireoidite de Hashimoto são exemplos de manifestações extraglandulares que devem ser pesquisadas, pois podem estar associadas à condição clínica da paciente em tela.

A neutropenia febril é considerada uma emergência médica que requer pronta identificação e tomada de decisão. Acerca dessa condição oncológica, julgue os itens que se seguem.

- 43 Um paciente que apresente contagem do número absoluto de neutrófilos igual a $1.585/\text{mm}^3$ e episódio de temperatura axilar igual a $37,5^\circ\text{C}$ com duração de 2 horas apresenta critérios suficientes para o diagnóstico de neutropenia febril.
- 44 Não há qualquer correlação entre o risco de infecção e o prognóstico da neutropenia febril com o número absoluto de neutrófilos e com a velocidade de desenvolvimento e duração da neutropenia.

A respeito do abscesso pulmonar primário (de aspiração), julgue os próximos itens.

- 45 O abscesso pulmonar corresponde a uma necrose do parênquima pulmonar por infecção microbiana que leva à formação de uma lesão cavitária, escavada, com 2 ou mais centímetros de diâmetro, e que contém pus e fragmentos necróticos em seu interior.
- 46 No abscesso pulmonar de aspiração, com grande frequência são observadas em radiografias de tórax lesões abscedidas múltiplas com cavidades lisas e regulares, com nível hidroaéreo no seu interior, e que se localizam preferencialmente nos segmentos inferiores dos lobos inferiores.
- 47 Além do uso de antibióticoterapia, a maioria dos pacientes com abscesso pulmonar necessita de intervenção cirúrgica (ressecção da região necrótica) para o completo tratamento.

O início rápido ou a alteração clínica dos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, com necessidade de tratamento urgente, caracteriza a insuficiência cardíaca aguda. Acerca desse tema, julgue os itens a seguir.

- 48 Ingestão excessiva de sal e água, fibrilação atrial aguda, tromboembolia pulmonar, infecção pulmonar, anemia, consumo excessivo de álcool e uso de cocaína são exemplos de fatores precipitantes de insuficiência cardíaca aguda.
- 49 A presença de estertores pulmonares indica congestão pulmonar que sempre está associada a hipervolemia.
- 50 Valores do peptídeo natriurético do tipo B abaixo de 100 pg/mL permitem excluir quadro de insuficiência cardíaca em pacientes com dispnéia aguda.