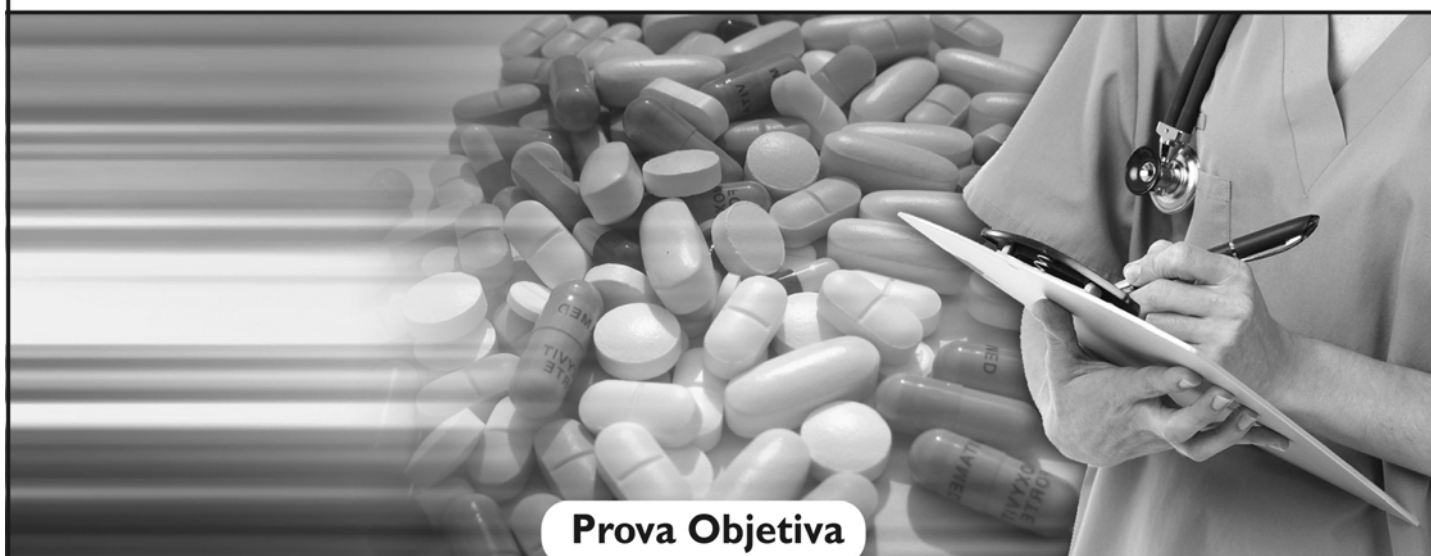




## SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

### PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA PARA O ANO DE 2011



#### Prova Objetiva

Leia com atenção as instruções abaixo.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira atentamente se os seus dados pessoais e os dados identificadores do seu programa de residência, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas. Confira também o seu nome e os dados identificadores do seu programa de residência em cada página numerada deste caderno. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondente à prova do seu programa de residência. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente discordância quanto aos seus dados pessoais ou aos dados identificadores do seu programa, 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 sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação das suas provas e a sua eliminação do concurso.

- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização do chefe 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, na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

#### OBSERVAÇÕES

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet – [www.cespe.unb.br](http://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**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

## PROVA OBJETIVA

Um homem com 35 anos de idade procurou assistência de emergência em um hospital de nível secundário, com relato de dor, de grande intensidade, do tipo cólica, localizada no flanco esquerdo, com irradiação para a fossa ilíaca esquerda, que teve início súbito há cerca de 4 horas, associada a palidez cutânea, náuseas, vômitos e urina escurecida. Ele negava febre, calafrios e outras doenças prévias. O exame físico mostrou: fâscies de dor aguda, frequência cardíaca de 105 bpm, pressão arterial de 135 mmHg × 80 mmHg (sentado, medida no membro superior direito), e a única alteração foi a constatação da presença do sinal de Giordano à esquerda. No hemograma, não foram observadas anormalidades. O EAS (exame sumário de urina) evidenciou 50 hemácias por campo, sem outras anormalidades. Dosagens séricas de ureia e creatinina sérica tiveram valores iguais a 30 mg/dL e 1,0 mg/dL, respectivamente.

Com base nas informações desse quadro clínico, julgue os itens a seguir.

- 1 A verificação da presença do sinal de Giordano é feita com o paciente na posição de decúbito ventral, e representa o relato de dor quando o observador realiza a palpação superficial da região lombar. No caso clínico em questão, a constatação desse sinal indica processo infeccioso na região retroperitoneal.
- 2 A associação de anti-inflamatório não esteroideal (cetoprofeno, por exemplo) com medicamento opioide (meperidina, por exemplo) é recomendada no controle do episódio álgico, na condição clínica em apreço.
- 3 As atuais evidências científicas têm mostrado que o exame de ressonância magnética nuclear do abdome representa a modalidade mais útil e de primeira escolha, para a investigação desse quadro clínico, dada sua elevada sensibilidade e especificidade.

Três pacientes realizaram testes de tolerância a glicose oral (TTGO), tendo, cada um, recebido uma carga de 75 g de glicose por via oral, após jejum de 8 a 14 horas, precedido de dieta sem restrição de carboidratos (recebendo 150 g, ou mais, por dia), nos últimos três dias. Os resultados desses testes são apresentados na tabela abaixo.

paciente	glicemia de jejum (mg/dL)	glicemia medida 2 h após carga de glicose oral (mg/dL)
1	118	150
2	97	138
3	130	210

Com base nesses resultados laboratoriais, julgue os itens seguintes.

- 4 O paciente 3 deve ser diagnosticado como portador de diabetes melito.
- 5 O paciente 2 apresenta tolerância diminuída a glicose.
- 6 O paciente 1 apresenta tolerância normal à glicose.

Um rapaz com 18 anos de idade, em atendimento médico ambulatorial de um centro de saúde, relatou inchaço no corpo, náuseas/vômitos matinais, anorexia, redução progressiva do volume urinário e urina avermelhada, com início há uma semana. Relatou ter apresentado, havia duas semanas, infecção das vias aéreas (completamente resolvida) e negou outras doenças. No exame físico, ele se apresentava: normolíneo, em regular estado geral, com mucosas hipocoradas (+2/+4), frequência cardíaca de 105 bpm e pressão arterial de 150 mmHg × 110 mmHg (deitado, medida no membro superior direito, usando-se bolsa inflável apropriada para a circunferência do braço). Pulmões sem alterações. O exame cardiovascular revelou *ictus cordis* no quinto espaço intercostal e na linha hemiclavicular esquerda, com 2 cm de extensão, normoimpulsivo, ritmo cardíaco regular em 3 tempos (à custa de terceira bulha), sopro sistólico (+2/+6), suave, audível em todos os focos, presença de ruído compatível com atrito pericárdico, mais bem audível na borda esternal esquerda baixa. Abdome sem alterações. Edema em membros inferiores (+2/+4) até os joelhos, frio, indolor, com sinal de Godet. Exames complementares evidenciaram: ureia = 130 mg/dL; creatinina = 7 mg/dL; sódio plasmático = 140 mEq/L; potássio plasmático = 6,8 mEq/L; hematócrito = 28%; hemoglobina = 9,2 g/dL; leucograma normal; plaquetas = 250.000/mm<sup>3</sup>; EAS com ausência de glicose e de proteína; hemoglobina (++) ; hemácias = 25 por campo; leucócitos = 2 por campo; cilindros hemáticos (+++).

Com base nas informações do quadro clínico acima, julgue os próximos itens.

- 7 O paciente em tela apresenta indicação de realização de tratamento renal substitutivo (diálise).
- 8 Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica é de glomerulonefrite difusa aguda.
- 9 É muito provável que a dosagem do complemento sérico total, no paciente em questão, apresente níveis muito elevados.
- 10 Nesse quadro clínico, durante a esfigmomanometria, como a relação entre as dimensões da bolsa inflável e a medida da circunferência do braço foi adequada, é correto inferir que o comprimento e a largura dessa bolsa inflável correspondiam a, respectivamente, 80% e 40% da medida da circunferência do membro em questão.
- 11 O atrito pericárdico auscultado no paciente em tela pode apresentar, no máximo, dois componentes estetoacústicos (correspondentes às fases sistólicas atrial e ventricular), é caracteristicamente mais bem audível com o uso da campânula do estetoscópio levemente aplicada sobre a parede torácica e compartilha da mesma base fisiopatológica do sinal de Godet.
- 12 Os dados relativos ao quadro clínico em tela permitem inferir que o paciente apresenta moderada dilatação do ventrículo esquerdo.
- 13 A hipertensão arterial sistêmica constatada no paciente em questão tem como base fisiopatológica a elevação acentuada da resistência vascular periférica.
- 14 No quadro clínico considerado, o tratamento medicamentoso inicial do paciente baseia-se no uso de penicilina cristalina intravenosa (por 7 dias), corticoide sistêmico em doses altas associado a ciclofosfamida e diurético de alça (por via intravenosa).

Foi indicado o início de insulino-terapia, em regime ambulatorial, a um paciente de 68 anos de idade, com diagnósticos de diabetes melito do tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e nefropatia diabética em fase inicial.

Julgue os itens que se seguem, relativos à insulino-terapia e ao controle glicêmico que devem ser considerados na situação acima descrita.

- 15 Caso o paciente em tela apresente glicemias de até 220 mg/dL, 1 hora após as refeições, e níveis glicêmicos de até 280 mg/dL, 2 horas após as refeições, seu controle da glicemia pós-prandial deverá ser considerado satisfatório.
- 16 A insulina glargina é um análogo da insulina de ação prolongada — com duração de 24 horas, sem pico de ação significativo — e que não deve ser misturada com outros tipos de insulinas humanas, em decorrência de seu pH ácido.
- 17 A insulina NPH apresenta, após sua aplicação, início de ação 2 a 4 horas e pico de ação geralmente alcançado entre 8 e 10 horas.
- 18 Níveis glicêmicos com valores entre 90 mg/dL e 130 mg/dL após jejum de 12 horas ou antes das refeições são considerados aceitáveis no controle da glicemia do paciente em questão, após o início da insulino-terapia.

#### Corticosteroides sistêmicos na prática dermatológica

Há quase sessenta anos os corticosteroides sistêmicos têm sido amplamente utilizados na área de dermatologia, trazendo benefícios para muitas doenças em decorrência de suas ações anti-inflamatórias e imunossupressoras. O desafio de seu uso consiste em contrabalançar os efeitos benéficos e as atividades farmacológicas indesejáveis.

An. Bras. Dermatol., 2007;82(1):63-70 (com adaptações).

Tendo o texto acima como referência inicial, julgue os itens subsequentes.

- 19 Do ponto de vista farmacodinâmico, o glicocorticoide alcança seu receptor intracitoplasmático por difusão passiva através da membrana celular, resultando na ativação do complexo receptor-glicocorticoide, o qual se transloca para o núcleo celular, onde age na regulação de genes associados às citocinas e à apoptose celular.
- 20 Os efeitos no metabolismo dos carboidratos associados ao uso de corticosteroides sistêmicos está relacionado principalmente ao potente efeito inibidor da secreção de insulina exercido por esses medicamentos.
- 21 A hipertensão arterial sistêmica ocorre em pacientes em uso crônico de corticosteroides em decorrência do aumento da sensibilidade da musculatura lisa vascular a substâncias vasoativas (catecolaminas e angiotensina, por exemplo), à redução da vasodilatação mediada pelo óxido nítrico e à retenção de sódio e água.
- 22 Dermatômiosite, vasculites, síndrome de Sweet, reação hansênica do tipo I e urticária são exemplos de doenças de pele potencialmente tratadas, em algum momento de sua evolução, mediante uso de corticoides sistêmicos em doses elevadas ou por períodos prolongados.

Um paciente de 32 anos de idade, que tem diagnóstico de uma dermatose com indicação de uso de corticosteroide em dose imunossupressora, antes do início da corticoterapia, realizou exame de fezes, no qual foram observadas larvas de *Strongyloides stercoralis*.

Com base nessas informações, julgue os itens subsequentes.

- 23 Do ponto de vista do exame coprológico, o método recomendado para confirmar o diagnóstico da referida parasitose intestinal é o de Kato-Katz.
- 24 Ivermectina, albendazol e tiabendazol são opções terapêuticas para o tratamento da parasitose intestinal em questão.
- 25 O paciente em tela apresenta risco de desenvolver estrogiloidíase grave (síndrome de hiperinfecção), cuja principal manifestação é a meningite asséptica.

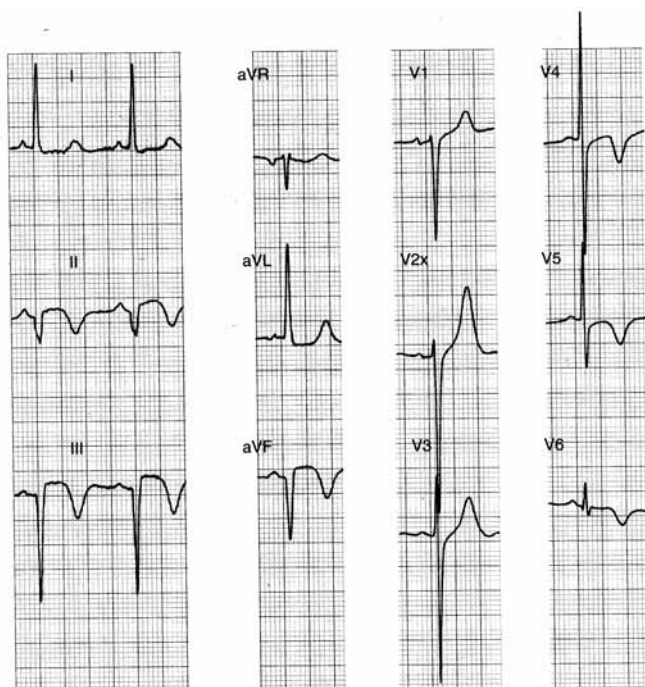
Uma senhora com 70 anos de idade procurou atendimento em unidade básica de saúde, devido a ter apresentado dois episódios de queda da própria altura durante caminhada matinal. Na ocasião, ela negou lesões após as quedas, informou ter diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica (em uso contínuo de hidroclorotiazida), diabetes melito do tipo 2 (controlado com dieta e hipoglicemiante oral) e catarata leve em ambos olhos, e relatou, ainda, que no ano anterior, apresentara dois episódios de queda da própria altura. No exame físico, observou-se que a paciente estava consciente, orientada no tempo e no espaço, afebril, eupneica, acianótica. Pressão arterial de 140 mmHg × 90 mmHg (medida no braço direito, em posição sentada) e de 110 mmHg × 90 mmHg (medida no mesmo braço, 5 min após a paciente ter assumido a posição ortostática. Não se observaram outras alterações.

Com referência a esse quadro clínico, julgue os itens a seguir.

- 26 Apesar de ter sido observada alteração na pressão arterial sistólica, 5 min após assunção do ortostatismo, não se pode diagnosticar hipotensão ortostática, pois não foi verificada alteração na pressão arterial diastólica, na situação em tela.
- 27 Fraturas do punho, do quadril, das vértebras e do fêmur e hematoma crônico subdural são complicações associadas a quedas como as relatadas no caso em tela.
- 28 A paciente em tela apresenta mais de cinco fatores de risco associados a quedas.
- 29 Caso a paciente em tela seja submetida ao teste *timed get-up-and-go*, e este tenha a duração de 9 s, tal teste será considerado dentro da normalidade.

**Texto para os itens de 30 a 40**

Uma senhora de 67 anos de idade, que teve diagnóstico de infarto do miocárdio por doença coronariana aterosclerótica, há 6 meses, vem fazendo acompanhamento periódico e regular com cardiologista, sem sintomas. Em sua última consulta, ela relatou que, nos últimos 30 dias, passou a apresentar muita fadiga e cansaço aos pequenos esforços, e voltou a apresentar episódios de dor precordial do tipo anginosa, que, inicialmente, ocorriam aos grandes esforços e, na última semana, passaram a ocorrer aos médios esforços, que melhoram com o repouso e, às vezes, com o uso de nitrato sublingual. Ela também informou que estava apresentando sudorese noturna excessiva (sem relação com esforços físicos ou com a dor anginosa). Em seu exame físico, apresentava: pressão arterial de 125 mmHg × 80 mmHg, frequência cardíaca de 60 bpm, ritmo cardíaco regular em 3 tempos (à custa de quarta bulha), pulmões limpos, presença de esplenomegalia (baço palpável a 14 cm abaixo da borda costal esquerda na posição intermediária de Schuster), fígado impalpável (hepatimetria de 8 cm), sem edemas ou lesões. O exame hematológico mostrou hemoglobina de 10,0 g/dL, leucócitos totais = 105.000 células/mm<sup>3</sup> (aumento de neutrófilos, bastonetes, metamielócitos e também de eosinófilos e basófilos); a contagem de plaquetas foi de 780.000/mm<sup>3</sup>. O ácido úrico sérico foi de 14 mg/dL. Diante do quadro, o cardiologista suspeitou de doença hematológica e encaminhou-a ao hematologista. Foi então realizado um exame de biópsia da medula óssea (mielograma), que evidenciou medula hiperclular com granulócitos em diferentes estágios de maturação (bastonetes, metamielócitos, mielócitos, promielócitos e mieloblastos), aumento de eosinófilos e basófilos. O exame citogenético detectou uma translocação recíproca entre os braços longos dos cromossomas 9 e 22, levando à formação de um novo gene específico, o BCR-ABL. O traçado do último eletrocardiograma (ECG) convencional realizado é apresentado abaixo.



(Calibração: 1 cm = 1 mV; e velocidade do papel: 25 mm/s)

Moffa e Sanches. *Eletrocardiograma: normal e patológico*. Editora Roca, 2001 (com adaptações).

Tendo por base as informações clínicas e laboratoriais apresentadas no texto, julgue os itens de 30 a 36.

30 A principal hipótese diagnóstica é leucemia mieloide crônica.

- 31 Há alterações no ECG em tela que permitem o diagnóstico de bloqueio completo pelo ramo esquerdo do feixe de His.
- 32 A paciente em questão apresenta uma doença associada às alterações citogenéticas descritas com critérios clínico-laboratoriais indicativos de bom prognóstico.
- 33 Devido à idade e à presença de comorbidades, o tratamento inicial de primeira escolha para a doença associada às alterações citogenéticas da paciente em questão é o mesilato de imatinib (um inibidor da tirosina quinase), por via oral.
- 34 Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo, com ambas as pernas fletidas (para evitar contração da musculatura abdominal) e fazer a palpação do quadrante superior direito do abdome, com o médico estando posicionado à direita da paciente, corresponde à manobra denominada posição intermediária de Schuster, que busca facilitar a palpação do baço, na paciente em questão.
- 35 A alteração citogenética constatada e descrita no texto é denominada oncogene c-MYC.
- 36 A análise do ECG permite concluir que a paciente apresentou infarto do miocárdio localizado na parede inferior.

Considere, ainda, que a senhora a que se refere o texto procure novamente uma unidade de pronto atendimento, três dias após a última consulta, dessa feita, devido a dor intensa associada a eritema, edema, calor local, grande sensibilidade à palpação da região e redução da movimentação da articulação metatarsofalangiana do primeiro pododáctilo esquerdo, quadro esse que teve início no final da manhã, após a paciente ter feito jejum de 12 horas para realização de exames de sangue. Com base no texto e nessas informações adicionais, e considerando, ainda, que, nessa nova consulta, procedeu-se à aspiração do líquido sinovial da articulação acometida para exames específicos, julgue os próximos itens.

- 37 Após controle da fase aguda da situação em questão, a paciente deve receber tratamento com medicamento inibidor da xantina oxidase e ser orientada a fazer adequada e abundante hidratação oral.
- 38 Nessa situação clínica, a principal hipótese diagnóstica é de podagra (gota aguda).
- 39 A presença, no líquido sinovial coletado, de cristais em forma de agulha, extracelulares ou no interior de neutrófilos, com birrefringência negativa, identificados no exame de microscopia com luz polarizada compensada, auxiliará na confirmação do diagnóstico, nessa situação clínica.
- 40 O tratamento de primeira escolha para a situação em tela é representado pelo uso celecoxib, um anti-inflamatório não esteroide, inibidor seletivo da ciclo-oxigenase-2.

Um paciente de 20 anos de idade procurou assistência médica em um hospital de nível primário, com relato de fadiga e fraqueza havia uma semana. Durante sua avaliação, foi realizado um hemograma, que mostrou hemoglobina de 10 g/dL e hematócrito de 28%, com leucócitos e plaquetas dentro da normalidade.

Considerando essas informações, julgue os itens que se seguem, relativos à avaliação das alterações na série vermelha do sangue. Considere, ainda, que a sigla fL refere-se a fentolítro.

- 41 A anemia por deficiência de ferro deve ser levada em consideração caso se constate: volume corpuscular médio igual a 60 fL; concentração de ferro sérico reduzida; capacidade sérica total da ligação de ferro reduzida; saturação da transferrina elevada; ferritina sérica aumentada.
- 42 Se volume corpuscular médio for igual a 90 fL, e a contagem de reticulócitos for igual a 6%, devem ser levadas em conta a perda sanguínea, as membranopatias (esferocitose, por exemplo), a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, as hemoglobinopatias e as anemias hemolíticas microangiopáticas como possíveis causas dessas alterações.
- 43 Caso o volume corpuscular médio seja igual a 120 fL, com contagem de reticulócitos normal, a deficiência de vitamina B12 e de folato devem ser etiologias consideradas.

Julgue os itens a seguir, relativos à polineuropatia aguda idiopática imunomediada, também conhecida como síndrome de Guillain-Barré.

- 44 A constatação de capacidade vital forçada menor que 20 mL/kg, de pressão inspiratória máxima menor que 30 cmH<sub>2</sub>O e de pressão expiratória máxima menor que 40 cmH<sub>2</sub>O é indicativa de necessidade de intubação orotraqueal por iminente parada respiratória em pacientes com essa doença.
- 45 Disfunção autonômica — manifesta por taquicardia, retenção urinária, hipertensão arterial alternando com hipotensão arterial, hipotensão ortostática e íleo paralítico, expressas de forma isolada ou em associação — ocorre na maioria dos pacientes com essa neuropatia.

Uma senhora com 45 anos de idade procurou atendimento médico de emergência, com quadro de dor no quadrante inferior esquerdo do abdome, náuseas e flatulência, iniciado havia 6 dias. Durante sua investigação, foi feito o diagnóstico de diverticulite aguda.

Acerca do quadro clínico acima e da doença nele mencionada, julgue os próximos itens.

- 46 Em pacientes com diverticulite aguda não complicada, deve-se fazer o tratamento com antimicrobianos por 7 a 10 dias, sendo que o uso de quinolona (ciprofloxacino, por exemplo) associado ao metronidazol é uma opção terapêutica recomendada.
- 47 Obstrução intestinal, perfuração colônica, formação de abscesso e formação de fistulas (com envolvimento de bexiga, ureter, vagina, útero, intestino e parede abdominal) são complicações associadas à diverticulite aguda.
- 48 O exame de primeira escolha para a confirmação do referido diagnóstico é a colonoscopia.

Acerca de aspectos relacionados com a insuficiência respiratória, julgue os itens subsequentes.

- 49 Hipoxemia na presença de gradiente alveoloarterial de oxigênio P(A-a)O<sub>2</sub> aumentado (acima de 10 mmHg) é compatível com o diagnóstico de insuficiência respiratória decorrente de hipoventilação alveolar (insuficiência respiratória do tipo 2).
- 50 Em paciente com insuficiência respiratória aguda com indicação de intubação orotraqueal, classificado como classe IV no escore de Mallampati, a intubação orotraqueal por laringoscopia direta será provavelmente de fácil execução.