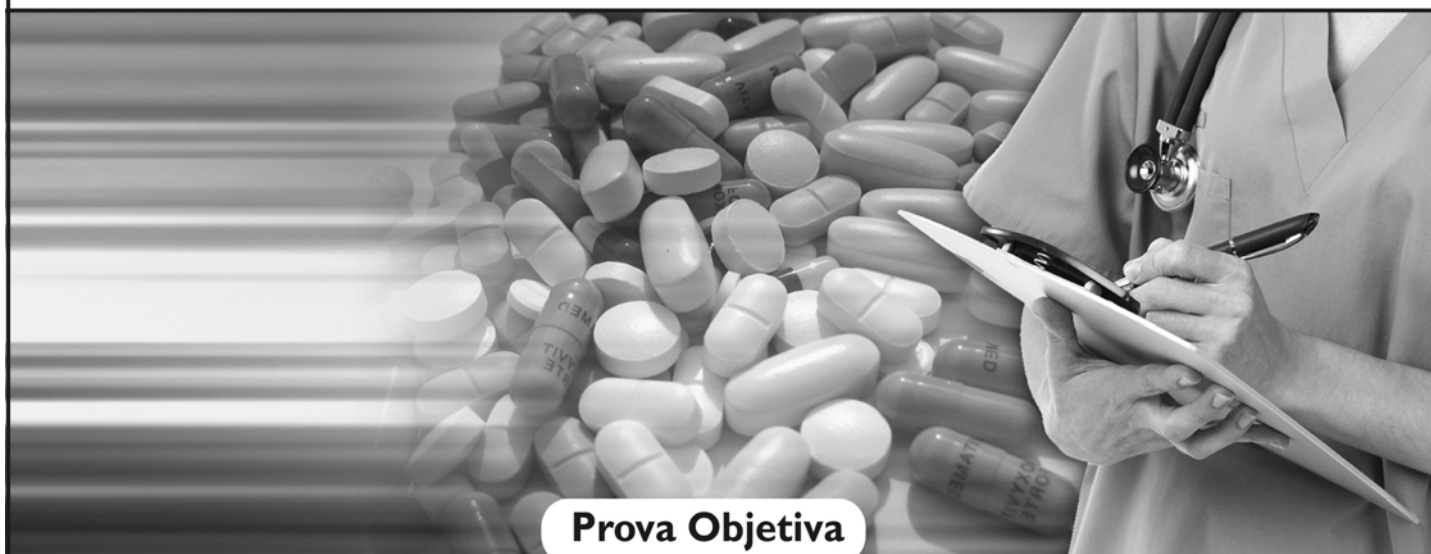




SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

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.
- 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

Com referência aos aspectos diagnósticos e terapêuticos associados à disfagia e às esofagites, julgue os itens seguintes.

- 1 O tratamento da esofagite eosinofílica envolve o uso de corticoide tóxico por oito dias, de medicamento inibidor de bomba de prótons — quando houver coexistência de doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) —, e dieta restritiva hipoalérgica em crianças.
- 2 A disfagia orofaríngea pode ter causa mecânica (linfadenopatia, neoplasias de orofaringe, por exemplo) ou distúrbios neuromusculares (doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica e miastenia grave, por exemplo).
- 3 A esofagite eosinofílica — caracterizada por sintomas de pirose, dor torácica, disfagia a sólidos e odinofagia —, e a histologia esofágica dessa enfermidade apresenta denso infiltrado linfocítico.
- 4 Sulcos longitudinais, anéis concêntricos (traqueização), exsudato e pápulas esbranquiçadas, além de estenoses esofágicas, são exemplos de alterações observadas em exames endoscópicos de pacientes com diagnóstico de esofagite eosinofílica.

Há vinte anos, a descoberta da bactéria *Helicobacter pylori* revolucionou a história da doença ulcerosa péptica no mundo. Ainda hoje, os enigmas dessa bactéria provocam pesquisadores e geram estudos em várias frentes da Medicina. Considerando os conhecimentos atuais a respeito da *H. pylori*, julgue os itens a seguir.

- 5 Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o esquema terapêutico de primeira linha recomendado para a erradicação da *H. pylori* envolve a associação de amoxicilina, metronidazol e inibidor de bomba de prótons, por sete dias.
- 6 Em pacientes brasileiros com antecedentes de alergia à penicilina, recomenda-se, como primeira linha de tratamento para o *H. pylori*, o seguinte esquema: inibidor de bomba de prótons associado a claritromicina 500 mg e a furazolidona 200 mg, duas vezes ao dia, durante sete dias.
- 7 Teste rápido da urease, teste respiratório da ureia marcada, pesquisa do antígeno fecal e sorologia para *H. pylori* são exames utilizados para controle da erradicação da *H. pylori*.

Julgue os itens subsequentes, relativos à doença celíaca.

- 8 A persistência de níveis elevados de autoanticorpos após período de 12 a 24 meses, estando o paciente orientado a realizar a dieta adequada para controle dessa doença, indica que o paciente não está tendo adequada adesão à dieta restritiva prescrita.
- 9 A expressão das moléculas dos antígenos de histocompatibilidade HLA-DQ2 ou HLA-DQ8 é essencial para o desenvolvimento da doença celíaca.
- 10 Pacientes com doença celíaca que não foram diagnosticados apresentam risco de apresentar outras doenças associadas, como linfomas, osteoporose, infertilidade e doenças autoimunes.
- 11 Os testes sorológicos para doença celíaca baseiam-se na determinação de autoanticorpos com imunoglobulina G (IgG). O anti gliadina apresenta baixa sensibilidade e especificidade, enquanto o antiendomíio tem baixo custo, é de fácil determinação e tem alta especificidade e sensibilidade.
- 12 Para a confirmação do diagnóstico de doença celíaca, o paciente deve apresentar alterações histopatológicas características na biópsia intestinal e também melhora clínica em resposta a uma dieta livre de glúten.

Se, por um lado, durante as últimas três décadas, houve uma redução consistente da taxa de mortalidade por diarreia aguda nos países em desenvolvimento, graças ao uso generalizado de soluções de reidratação oral, à maior frequência e(ou) duração da amamentação e à melhoria na nutrição, no estado sanitário e na higiene da população, por outro lado, nesse mesmo período e nesses mesmos países, a constipação intestinal não foi tão considerada, embora não seja menos frequente nessas populações, principalmente nas mulheres com ingestão baixa de fibras na dieta.

Tendo o fragmento de texto acima como referência inicial, julgue os itens que se seguem.

- 13 O tratamento da constipação intestinal baseia-se na prescrição de dieta rica em fibras e de medicamentos laxativos irritantes, como sene e cáscara sagrada, que, por serem naturais, não provocam efeitos colaterais.
- 14 Os probióticos são seguros e eficazes no tratamento da diarreia aguda de etiologia viral, sendo sabidamente eficazes as cepas de *Lactobacillus casei GG*, *Lactobacillus reuteri* e *Saccharomyces boulardii*.
- 15 Disenteria é definida como uma diarreia sanguinolenta, com presença de sangue visível e muco.
- 16 Em pacientes com mais de cinquenta anos de idade e que apresentem constipação intestinal, recomenda-se a realização da colonoscopia, para rastreamento de câncer colorretal.

Julgue os itens subsecutivos, referentes às hepatites virais.

- 17 Em pacientes infectados pelo VHB, virgens de tratamento, com AgHBs positivo, Anti-HBe positivo e não cirróticos, a indicação terapêutica baseia-se em níveis aumentados de ALT e VHB-DNA, e o medicamento de escolha é o interferon-peguilado associado a ribavirina, conforme diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil (2010).
- 18 Crioglobulinemia, porfiria cutânea tarda e tireoidite autoimune são manifestações extra-hepáticas da infecção por vírus da hepatite C (VHC).
- 19 O HBsAg é o antígeno usado na formulação da vacina da hepatite B produzida pela tecnologia do DNA recombinante. Existem fatores associados ao hospedeiro (como tabagismo, obesidade, cirrose, fatores genéticos, imunossupressão, insuficiência renal etc.) que reduzem a resposta a essa vacina.
- 20 Genótipo não 1 do VHC, baixa carga viral na PCR, ausência de fibrose hepática ou cirrose hepática, ausência de obesidade ou esteatose hepática são fatores que predizem resposta virológica sustentada para tratamento da hepatite C.
- 21 Paciente com anti-HBc isolado (AgHBs negativo, anti-HBs negativo e anti-HBc positivo) pode ser portador de imunidade tardia (baixas concentrações de anti-HBs devido a infecção crônica resolvida há muitos anos) ou pode ter infecção crônica pelo vírus da hepatite B (VHB) com baixa carga viral ($< 10^4$ cópias/mL) à reação de cadeia de polimerase — PCR.

Com relação à cirrose hepática e suas complicações, julgue os itens a seguir.

- 22 Considere que um paciente com diagnóstico de cirrose hepática descompensada com encefalopatia hepática vinha sendo orientado, nos últimos tempos, a restringir a ingestão de proteína de origem animal na dieta. Atualmente reconhece-se que essa orientação dietética está associada a agravamento do estado nutricional e a favorecimento de maior catabolismo muscular e de ocorrência de infecções.
- 23 É correto inferir que em um paciente com ascite apresente hipertensão portal quando ele apresentar uma diferença entre albumina sérica e albumina no líquido ascítico — chamado de gradiente de albumina sérico-ascítica (GASA) — menor do que 1,1 g/dL.
- 24 No tratamento da ascite, o uso do diurético espironolactona está indicado em doses iniciais de 100 mg por dia. As complicações desse tratamento são a hipercalemia e a ginecomastia dolorosa, e a ação do medicamento pode demorar cerca de cinco dias para se tornar evidente.
- 25 Pacientes que apresentam varizes esofágicas de fino calibre e que tenham doença hepática avançada classificada como Child-Pugh dos tipos B ou C ou que apresentam sinais vermelhos nas varizes do esôfago têm baixo risco de sangramento e não necessitam de profilaxia primária.
- 26 O tratamento farmacológico de urgência na hemorragia digestiva alta de origem varicosa é eficaz, sendo os vasoconstritores esplâncnicos (terlipressina, somatostatina ou octreotida) os medicamentos de escolha. O uso dessas drogas deve ser estendido por 2 a 5 dias.

Tendo em vista que as doenças inflamatórias intestinais vêm ganhando destaque nos últimos anos, diante do aumento da sua incidência, seja pelo aumento real de prevalência em algumas regiões do mundo, seja pela evolução dos meios diagnósticos presentes nos dias de hoje, julgue os próximos itens, a respeito dessas afecções.

- 27 A determinação de anticorpo antineutrofílico citoplasmático (p-ANCA) e anticorpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) são testes sorológicos úteis no diagnóstico de pacientes com quadros clínicos duvidosos, pois testes positivos para antígeno p-ANCA e negativos para ASCA sugerem o diagnóstico de doença de Crohn, assim como testes negativos para o antígeno p-ANCA e positivos para ASCA são sugestivos de retocolite ulcerativa.
- 28 Pacientes com doença de Crohn podem ser distinguidos daqueles com diagnóstico de retocolite ulcerativa por apresentarem envolvimento distal do cólon, doença perianal, fistulas, granulomas histológicos (presentes em praticamente todas as biopsias realizadas) e envolvimento de todas as camadas da parede intestinal.
- 29 Nos pacientes com doença de Crohn, as estenoses são frequentemente inflamatórias ou cicatriciais, enquanto, naqueles com retocolite ulcerativa, as estenoses colônicas devem ser consideradas malignas até prova em contrário.
- 30 Em pacientes com doença de Crohn, o uso terapêutico de derivados salicílicos (sulfassalazina e mesalazina, por exemplo) restringe-se àqueles que apresentam doença colônica.
- 31 Os recentes estudos científicos acerca do uso de probióticos em pacientes com doença de Crohn indicam que não existem evidências sugestivas de que esse tipo de terapêutica seja benéfica para a manutenção da remissão dessa doença.

Com relação às pancreatites, julgue os itens subsequentes.

- 32 Os critérios de Ranson, que auxiliam na avaliação de gravidade da pancreatite aguda, incluem idade maior que 55 anos, taxa de leucócitos maior que 16.000/mm³ e glicemia maior que 200 mg/dL e devem ser avaliados 48 horas após a admissão hospitalar.
- 33 Há indicação de tratamento, por drenagem endoscópica, percutânea ou cirúrgica, quando um paciente com diagnóstico de pancreatite aguda apresentar pseudocisto de pâncreas associado a sintomas, ou quando as dimensões do pseudocisto ultrapassarem 6 cm.
- 34 Cerca de um terço dos pacientes com pancreatite aguda necrotizante apresentam infecção do tecido pancreático necrosado, e essa situação clínica geralmente ocorre após o décimo dia de evolução da doença aguda.
- 35 O diagnóstico de necrose pancreática infectada não pode ser firmado apenas com base em sinais clínicos e exames laboratoriais rotineiramente usados; nessa condição, são necessários exames complementares, como a tomografia computadorizada do abdome ou a realização de punção aspirativa do tecido pancreático necrosado guiada por tomografia computadorizada.
- 36 O álcool é a principal causa de pancreatite aguda, e nessa condição sua fisiopatogenia já está bem estabelecida. Acredita-se também que ele seja responsável por cerca de um terço das pancreatites crônicas; porém, nesse caso, os aspectos patogênicos ainda não estão bem esclarecidos.

Uma mulher com quarenta anos de idade foi encaminhada pelo médico cardiologista ao gastroenterologista devido a ter apresentado alteração das enzimas hepáticas em exames de rotina. Na investigação para causas de hepatite, constataram-se níveis séricos de ferritina elevados e esteatose hepática na ultrassonografia de abdome superior.

Com referência às informações apresentadas, bem como à hemocromatose hereditária e à esteato-hepatite não alcoólica, julgue os itens subsequentes.

- 37 O tratamento da esteato-hepatite inclui dieta com restrição calórica, atividade física aeróbica moderada e uso de ácido ursodesoxicólico por via oral por três meses.
- 38 A patogênese da hemocromatose hereditária baseia-se no aumento da absorção gástrica de ferro da dieta, através da pepsina e gastrina presentes no suco gástrico.
- 39 O índice de saturação de transferrina é um teste mais sensível e mais específico que o da ferritina no diagnóstico da hemocromatose hereditária relacionada à mutação do gene HFE.
- 40 Esteatose e esteato-hepatite são doenças com baixo impacto econômico nos custos da saúde devido à baixa morbimortalidade da doença hepática e ao seu baixo risco cardiovascular.
- 41 A biópsia hepática permite o estadiamento da fibrose nos casos de esteato-hepatite.

Considerando que a DRGE é uma moléstia que ocorre em até 20% da população brasileira, com incidência crescente e alto impacto na qualidade de vida dos indivíduos, julgue os itens que se seguem.

- 42 A pH-metria esofágica de 24 horas está indicada nos casos de achado de esofagite não erosiva no exame endoscópico e nas manifestações atípicas de DRGE (tosse, halitose, laringite, desgaste dentário, entre outras).
- 43 As manifestações típicas da DRGE são a pirose e a regurgitação ácida, e estes sintomas asseguram o diagnóstico da doença, sem necessidade de exames complementares.
- 44 O principal mecanismo fisiopatológico da DRGE é o relaxamento inadequado do esfíncter inferior do esôfago, que se abre sem relação com a deglutição, mais frequentemente e por tempo mais prolongado do que em indivíduos sem DRGE.
- 45 O tratamento cirúrgico da DRGE melhora os sintomas e reduz o risco de evolução do esôfago de Barrett para adenocarcinoma.
- 46 Vários estudos científicos sugerem que a infecção por *H. pylori* evita a progressão do esôfago de Barrett para adenocarcinoma porque a secreção ácida gástrica é maior na vigência da infecção por essa bactéria.

Tendo em vista que as neoplasias do trato gastrointestinal estão entre as mais prevalentes no mundo, julgue os itens subsequentes.

- 47 A pesquisa de sangue oculto nas fezes como teste de triagem para câncer colorretal apresenta baixa sensibilidade. A maioria dos casos identificados são falsos-positivos, e os pacientes normalmente são submetidos a pesquisas adicionais desnecessárias, as quais incluem, habitualmente, a colonoscopia.
- 48 Em pacientes com cirrose hepática previamente compensada, nos quais se constatam ascite de início recente ou refratária, aumento da icterícia, perda de peso e febre, deve-se suspeitar da ocorrência de carcinoma hepatocelular.
- 49 Há evidências científicas de que o uso de aspirina em baixa dose ou anti-inflamatórios não hormonais evita o desenvolvimento do adenocarcinoma de esôfago.
- 50 O teste de alfafetoproteína é muito útil como recurso diagnóstico e para triagem. Um teste de alfafetoproteína negativo ou abaixo do ponto de corte predeterminado praticamente exclui o diagnóstico de carcinoma hepatocelular; já o teste positivo (superior a 400 ng/mL, por exemplo) deve ser considerado para diagnóstico dessa neoplasia.