

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (FUB)

HUB HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

SELEÇÃO PARA ADMISSÃO DE RESIDENTES – 2007

Programas

Cancerologia Clínica (R1)
Cardiologia (R1)
Endocrinologia (R1)
Gastroenterologia (R1)
Geriatria (R1)
Nefrologia (R1)
Pneumologia (R1)
Reumatologia (R1)

Código: **5.1.4**

Aplicação: 9/12/2006

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno, confira se ele contém **cinquenta** itens, correspondentes à prova objetiva do exame de habilidades e de conhecimentos, corretamente ordenados de **1 a 50**.
- 2 Caso o caderno esteja incompleto ou tenha qualquer defeito, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis.
- 3 Recomenda-se não marcar ao acaso: em cada item, se a resposta divergir do gabarito oficial definitivo, o candidato receberá pontuação negativa, conforme consta em edital.
- 4 Não utilize material de consulta que não seja fornecido pelo CESPE/UnB.
- 5 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização do chefe de sala.
- 6 A duração da prova é de **duas horas**, já incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 7 Você deverá permanecer obrigatoriamente em sala por, no mínimo, uma hora após o início da prova e poderá levar o seu caderno de prova somente no decurso dos últimos **quinze minutos** anteriores ao horário determinado para o término da prova.
- 8 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 9 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

AGENDA (DATAS PROVÁVEIS)

- I **10/12/2006**, a partir das 10 horas (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares da prova objetiva: Internet — www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006 — e quadros de avisos do CESPE/UnB.
- II **11 e 12/12/2006** – Recursos (prova objetiva): exclusivamente no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet — www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006.
- III **15/12/2006** – Resultado final da prova objetiva e convocação para a entrega da documentação para análise e defesa de currículo: Internet — www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido no item 10 do Edital n.º 8/2006 – HUB/Residência, de 5/10/2006.
- Informações relativas à seleção poderão ser obtidas pelo telefone 0(XX) 61 3448-0100, pela Internet — www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2006 ou na Central de Atendimento do CESPE/UnB.
- 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 de 1 a 50 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.

PROVA OBJETIVA

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, curável e ocorre de forma endêmica no Brasil. No curso evolutivo dessa afecção, podem ser verificados os chamados estados reacionais — reações hansenianas. Acerca dessas condições clínicas, julgue os itens que se seguem.

- 1 Essas reações decorrem exclusivamente do uso do tratamento quimioterápico da hanseníase.
- 2 Raramente são responsáveis diretas por lesão nos nervos periféricos e(ou) incapacidades associadas ao mal de Hansen.

Um homem de 28 anos de idade procurou assistência médica com queixas de mal-estar, anorexia, astenia, febre baixa, náuseas, vômitos, desconforto leve no hipocôndrio direito e aversão ao cigarro iniciados há 4 dias, seguidos de urina escurecida e pele amarelada. Relatou ser dependente de drogas ilícitas injetáveis há 6 meses. O exame clínico mostrou que o paciente tinha moderada icterícia e o fígado palpável a 4 cm da borda esternal direita — hepatimetria de 16 cm —, doloroso à palpação. O restante do exame físico não demonstrou anormalidades. Os exames laboratoriais mostraram elevação de bilirrubinas e de transaminases — cerca de 6 vezes o limite superior da normalidade. O painel sorológico para hepatite B solicitado pelo médico é mostrado na tabela abaixo.

marcador sorológico	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc	HBeAg	Anti-HBe
resultado	positivo	negativo	positivo – igm	positivo	negativo

Com base nos dados clínico-laboratoriais desse quadro clínico, julgue os itens subseqüentes.

- 3 É correto concluir que o diagnóstico é de hepatite B crônica com baixa replicação viral.
- 4 Em princípio, não se recomenda nenhuma forma de tratamento medicamentoso específico na fase da doença em que se encontra esse paciente.

Um homem de 42 anos de idade procurou o serviço de pronto atendimento, relatando dor epigástrica intensa com irradiação para todo o abdome, iniciada há 4 dias e acentuada nas últimas 6 horas. O exame clínico mostrou paciente agitado, com desconforto à palpação da região epigástrica, destacando-se a alteração mostrada na figura abaixo.

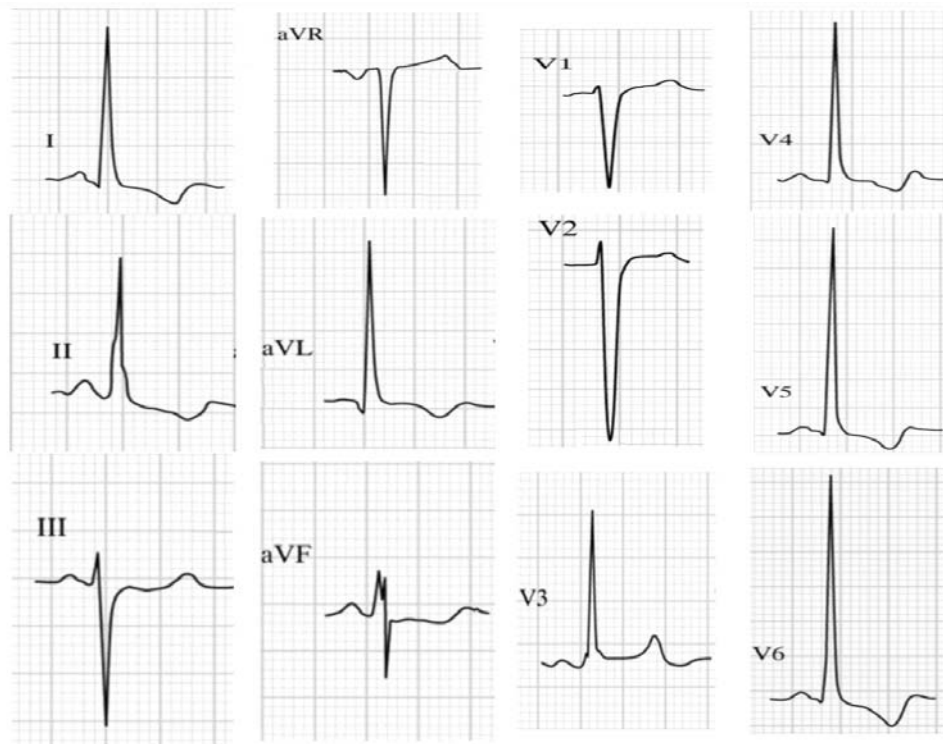


The American Journal of Medicine, 2005; 118:110.

Considerando as informações fornecidas, julgue os itens que se seguem.

- 5 O achado clínico observado na figura é chamado de sinal de Cullen e decorre basicamente da redução na contagem absoluta do número de plaquetas.
- 6 O sinal evidenciado no paciente mostrado na figura acima pode ser encontrado na rotura esplênica, na rotura de aneurisma da aorta abdominal e na pancreatite aguda necro-hemorrágica, por exemplo.

Um homem de 50 anos de idade foi atendido no serviço de pronto atendimento, relatando que há 6 horas passou a apresentar, de forma súbita, dor retroesternal de grande intensidade, irradiada para a região interescapular, associada a palidez cutânea e sudorese profusa. Informou ser portador de hipertensão arterial há vários anos e que suspendeu a medicação anti-hipertensiva (por sua própria vontade) há cerca de duas semanas. Os níveis de colesterol apresentaram-se normais, e o paciente informou ter suspendido o hábito tabágico há 2 meses. Na admissão, o exame clínico mostrou paciente agitado, com fâcias de dor aguda, palidez cutânea, mucosas normocoradas, dispnéico leve, afebril, acianótico e normolíneo, com índice de massa corporal = 23 kg/m². Pressão arterial medida no membro superior direito = 170 mmHg × 110 mmHg e no membro superior esquerdo = 120 mmHg × 75 mmHg. *Ictus cordis* visível e palpável, localizado no 7.º espaço intercostal e na linha axilar anterior esquerdos, com três polpas digitais de extensão e com impulsividade aumentada. A ausculta cardíaca revelou ritmo cardíaco regular em 3 tempos (4.ª bulha), 2.ª bulha hiperfonética em área aórtica, sem sopros. Pulsos radiais e braquiais palpáveis e assimétricos (pulsos à esquerda com amplitude diminuída). Pulmões limpos. Restante do exame sem anormalidades. O eletrocardiograma convencional (12 derivações – calibração de 1 cm = 1 mV, velocidade do papel de 25 mm/s) realizado na sala de emergência é apresentado a seguir.



Edhouse *et al.* BMJ; 2006, 324, p. 1.265 (com adaptações).

Considerando o caso clínico e o ECG em apreço, julgue os itens a seguir.

- 7 A situação clínica pode ser classificada como uma urgência hipertensiva e faz-se necessária a redução imediata e rápida dos níveis pressóricos.
- 8 De acordo com os dados apresentados, é correto inferir que o paciente apresenta dilatação e hipertrofia do ventrículo esquerdo.
- 9 A análise do traçado eletrocardiográfico permite estimar que o eixo elétrico médio do complexo QRS (SÂQRS), no plano frontal, encontra-se em cerca de 15º negativos (-15º).
- 10 A repolarização ventricular no eletrocardiograma apresentado mostra sinais evidentes de sofrimento isquêmico agudo primário e transmural (corrente de lesão subepicárdica) na parede anterior extensa do ventrículo esquerdo.
- 11 Diante do quadro clínico descrito, deve-se, necessariamente, usar uma droga trombolítica, pois esse tipo de droga reduz significativamente a morbidade e a mortalidade.
- 12 O uso associado de um vasodilatador potente (nitroprussiato de sódio, por exemplo) com um betabloqueador (metoprolol, por exemplo) deve ser considerado como parte da terapêutica medicamentosa nesse paciente.

Um médico plantonista foi chamado ao setor de exames por imagem do hospital para auxiliar no atendimento de um paciente que, após receber uma dose de contraste iodado durante a realização de uma angiotomografia computadorizada helicoidal, passou a apresentar dificuldade respiratória, rouquidão, sensação de garganta apertada e de língua inchada, náuseas e vômitos. O paciente encontrava-se muito agitado, com pressão arterial de 70 mmHg × 40 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, cianose discreta, perfusão periférica lentificada, estridor laringeo e sibilos pulmonares difusos.

A propósito da circunstância emergencial relatada acima, julgue os itens subsequentes.

- 13 Essa condição pode decorrer da ativação de anticorpos IgA específicos ligados a mastócitos e basófilos, que passam a liberar vários mediadores bioquímicos pré-formados que desencadeiam as manifestações clínicas observadas.
- 14 Os transtornos hemodinâmicos observados no caso clínico em tela decorrem exclusivamente de intensa vasodilatação arterial que redundam em grave redução da resistência vascular periférica.
- 15 Nesse caso, a adrenalina, por via intravenosa, representa uma das principais medicações que devem ser usadas nesse paciente.
- 16 A identificação e o tratamento da obstrução laringea devem ser rápidos; a intubação orotraqueal eletiva e precoce está indicada nesse paciente e, caso não seja possível, pode ser necessária a realização de traqueostomia.

Texto para os itens de 17 a 24

Um rapaz com 19 anos de idade, ao chegar em casa, após ter passado a noite em uma festa, apresentou quadro de alteração brusca da consciência associado a contrações musculares. Tal situação se prolongou por pelo menos 30 minutos sem que houvesse recuperação da consciência, tempo gasto pelos familiares para levar o paciente à emergência de um hospital. Negaram-se antecedentes de episódios semelhantes, uso de álcool ou de drogas ilícitas. O exame físico da admissão mostrou leve alteração da consciência, palidez cutânea, sinais de enurese e repetidas e generalizadas contrações musculares rápidas, intercaladas por contrações musculares prolongadas, com rigidez do segmento muscular comprometido. O paciente foi prontamente internado e medicado, recebendo alta hospitalar após 12 h de internação, por apresentar-se assintomático.

Com referência ao quadro clínico descrito, julgue os próximos itens.

- 17 Os sinais motores podem ser classificados como sendo convulsão generalizada do tipo tônica.
- 18 A privação do sono pode ter sido a causa do episódio clínico descrito.
- 19 O tratamento imediato do paciente deve incluir a manutenção das vias aéreas livres, com o paciente em decúbito lateral e sob proteção para evitar traumatismo e o emprego de fenitoína por via intravenosa.

Considere que o paciente descrito no texto anterior tenha apresentado a seguinte evolução.

Passadas 2 semanas do episódio relatado, o paciente observou febre vespertina de 38 °C, associada a tosse com escassa expectoração, com progressivo agravo em uma semana, para eliminação de inodora secreção purulenta e dor torácica em pontada localizada em hemitórax esquerdo. O paciente retornou ao mesmo hospital, tendo o exame físico revelado adinamia, pressão arterial de 80 mmHg × 40 mmHg, sinais de gengivite e infecção dentária, frequência respiratória de 30 incursões por minuto, presença de som bronquial em porção medial do hemitórax esquerdo, bulhas taquicárdicas e sem sopros, ausência de visceromegalias e de edema ou de varizes em membros inferiores. O exame neurológico mostrou-se sem alterações. Os exames complementares apresentavam os seguintes resultados: hemograma – hemácias: 3.600.000/mm³; hemoglobina: 10 g/L e hematócrito: 30%; leucócitos: 15.000 células/mm³, com 6% de bastões e 54% de neutrófilos. Bioquímica do sangue – glicose: 90 mg/dL; uréia: 35 mg/dL; creatinina: 1,2 mg/dL; TGO: 35 U/L e TGP: 40 U/L. Bacterioscopia do escarro: não foram identificadas bactérias (colorações de Gram e Ziehl-Neelsen). A radiografia de tórax (projeção pósterio-anterior) está apresentada na figura a seguir.

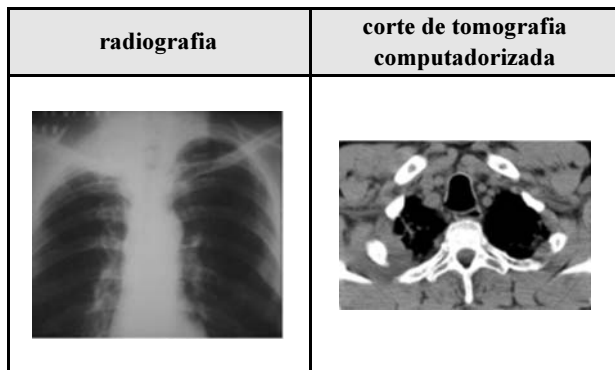


Moreira *et al.* J. bras. pneumol., 2006, 32(2), p. 14 (com adaptações).

Em face dessas considerações, julgue os itens que se subseguem.

- 20 Na radiografia de tórax, pode ser visualizada uma imagem de condensação pulmonar.
- 21 O fato de o escarro não se apresentar fétido torna pouco provável que o agente etiológico seja um germe anaeróbio.
- 22 O achado de som bronquial em terço médio do pulmão esquerdo expressa a ausência do pulmão como filtro seletivo de sons de alta frequência.
- 23 Os valores encontrados para a pressão arterial e a frequência respiratória reforçam a necessidade de tratar o paciente em regime de internação hospitalar.
- 24 Fibrobroncoscopia pode ser empregada caso haja má resposta clínica após duas semanas de tratamento medicamentoso.

Uma senhora de 65 anos de idade iniciou quadro de dor súbita no ombro direito, sem melhora com o emprego de antiinflamatórios não-esteroidais. Ela procurou auxílio médico, que identificou história de tabagismo de 60 maços-ano e de tosse crônica há 10 anos. No exame físico, foram constatados anidrose, aumento da temperatura e hiperemia da face à direita, miose e ptose palpebral à direita. No estudo por imagem de tórax mostrado na figura a seguir, foi evidenciada lesão.



Com base nas informações apresentadas, julgue os itens que se seguem.

- 25 As alterações verificadas na face da paciente devem-se a um bloqueio da inervação parassimpática do olho.
- 26 O tipo histológico mais freqüente nesse tipo de caso é o adenocarcinoma.
- 27 O tratamento cirúrgico deve ser descartado nessa situação clínica devido à localização da lesão observada nos exames de imagem.
- 28 Cérebro, fígado e ossos são os sítios de metástase extratorácicas mais freqüentes nesse tipo de lesão.

Uma jovem com 15 anos de idade apresenta, há 4 semanas, sintomatologia constituída por tosse que elimina secreção amarelada, febre vespertina de 37 °C, sudorese noturna e perda de 8 kg no período. O exame físico revelou taquipnéia, taquicardia e crepitações inspiratórias difusas em ambos os pulmões. A radiografia de tórax indicou a existência de infiltrado pulmonar difuso micronodular.

Com base nesse quadro clínico, julgue os itens subseqüentes.

- 29 De acordo com as informações apresentadas, é correto afirmar que se trata de doença respiratória com características de disseminação hemática.
- 30 O teste cutâneo PPD costuma ser negativo nessa forma de apresentação da doença.
- 31 O exame direto do escarro apresenta baixo rendimento diagnóstico em pacientes com esse quadro clínico, sendo por isso dispensável.
- 32 Sarcoidose, histoplasmose e paracoccidioiodomicose são doenças que podem determinar o comprometimento pulmonar verificado.
- 33 Uma maior incidência de hepatopatia é comprovada no tratamento medicamentoso desse tipo de paciente.

Mulher jovem com 26 anos de idade, de raça branca, apresenta hipertensão arterial sistêmica de difícil controle com medicações habituais, mantendo níveis de pressão arterial sistólica variando de 150 mmHg a 160 mmHg e diastólica de 110 mmHg a 120 mmHg. Apresenta hipocalcemia sem uso de diuréticos.

Acerca desse quadro clínico, julgue os itens a seguir.

- 34 Considere que a investigação etiológica da hipertensão incluiu um renograma estimulado com captopril que mostrou uma redução da filtração glomerular medida com DTPA de 15% após o captopril. Nessa situação, a hipótese de hipertensão renovascular é o diagnóstico mais provável.
- 35 Nesse caso, na investigação laboratorial, a razão aldosterona (ng/dL) pela atividade plasmática de renina (ng/mL/h) maior que 40 comprova o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário.

Considere que uma senhora de 56 anos de idade, em menopausa, sem reposição hormonal, com trato urinário normal, apresente uroculturas repetidamente positivas para *Escherichia coli*, com contagens acima de 100.000 UFC/mL, sem sintomas.

Em face dessas considerações, julgue os itens que se seguem.

- 36 Pacientes com bacteriúria assintomática após o climatério devem ser tratadas com antimicrobianos específicos devido ao risco de desenvolvimento de pielonefrite bacteriana sintomática.
- 37 Cremes vaginais contendo estrogênio são recomendados tanto para o tratamento da bacteriúria sintomática quanto para tratar infecções urinárias recorrentes na condição clínica da paciente em tela.

Doença falciforme é um grupo de anemias hemolíticas hereditárias que se caracterizam pela presença de hemoglobina S dentro da hemácia. Acerca desse assunto, julgue os itens subseqüentes.

- 38 A mutação genética responsável pela formação da hemoglobina S ocorreu há milhões de anos, provavelmente no continente africano, e resulta da troca da valina por ácido glutâmico na posição 6 da cadeia da globina β .
- 39 Um achado comum a todas as formas da doença falciforme é a presença de corpúsculos de Howell-Jolly no interior das hemácias, que está relacionado com a diminuição da função esplênica.

Uma mulher de 52 anos de idade, portadora de bronquiectasias, queixa-se de fraqueza e cansaço fácil. O hemograma inicial da paciente mostra anemia – hemoglobina de 8,0 g/dL e hematócrito de 26%. Os exames laboratoriais subseqüentes mostraram anemia do tipo normocítica, normocrômica, hipoproliferativa, dosagens de ferro sérico e saturação da transferrina reduzidas e aumento da concentração do ferro de depósito.

Com base nas informações desse quadro clínico, julgue o item abaixo.

40 Os achados são compatíveis com anemia perniciosa.

A formação de cálculos no trato urinário é uma anormalidade patológica que incide entre 5% e 15% da população em geral, com maior freqüência no gênero masculino. Distúrbios metabólicos estão envolvidos entre 80% e 90% dos casos. A respeito desse assunto, julgue os seguintes itens.

41 Os diuréticos tiazídicos (como a hidroclortiazida, clortalidona e indapamida), por sua capacidade de reduzir o cálcio urinário e, assim, causar supersaturação, são drogas de escolha no manuseio dos pacientes hipercalciúricos que desenvolvem nefrolitíase.

42 Na cistinúria, é preconizada a hidratação oral superior a 3 litros/dia e a acidificação da urina para aumentar a solubilidade urinária da cistina.

O hiperparatireoidismo primário é uma doença da glândula paratireóide decorrente da secreção aumentada ou inadequada do paratormônio, com prevalência estimada de um caso para mil habitantes, dependendo da região do mundo analisada. Com relação a esse distúrbio endócrino, julgue os próximos itens.

43 A hiperplasia das paratireóides é a causa mais comum dessa doença, sendo responsável por 80% dos casos.

44 A atuação do paratormônio no túbulo proximal aumenta a reabsorção tubular de cálcio e, no túbulo distal, aumenta a excreção urinária de fosfato.

No tratamento do diabetes melito, entre as classes de drogas antidiabéticas orais disponíveis, estão as sulfonilurías, as biguanidas, os inibidores da alfa-glicosidase. A respeito desse tema, julgue os itens que se seguem.

45 Os principais efeitos colaterais das tiazolidinedionas são ganho de peso e edema por retenção hídrica, motivos pelos quais essas drogas devem ser usadas com cautela na insuficiência cardíaca.

46 A metformina estimula a secreção pancreática de insulina e é indicada para pacientes portadores de diabetes melito do tipo 2, sendo geralmente a primeira escolha para monoterapia.

A artrite infecciosa resulta da agressão da membrana sinovial por bactérias, vírus ou fungos, com resposta inflamatória e evolução aguda, subaguda ou crônica. A respeito dessa doença, julgue os itens seguintes.

47 Nas artrites agudas bacterianas não-gonocócicas, os agentes etiológicos mais comuns pertencem ao grupo das bactérias gram-negativas.

48 A drenagem do líquido articular está indicada nas artrites agudas bacterianas para, por exemplo: fazer o diagnóstico, reduzir a pressão intra-articular, diminuir a dor e os efeitos deletérios causados às estruturas articulares.

Um jovem estudante de 16 anos de idade apresenta crises de hematúria recorrente desde os 6 anos de idade, desencadeadas por episódios de infecção de vias aéreas superiores. Apresenta normotensão arterial, mesmo nas crises, e função renal preservada. O exame do dismorfismo eritrocitário na urina desse paciente revelou a presença de acantócitos em 8% das hemácias pesquisadas.

Com base nesse quadro clínico, julgue os itens subseqüentes.

49 Os dados clínico-laboratoriais sugerem que a hematúria é de origem glomerular.

50 Glomerulopatia de lesões mínimas, glomerulonefrite difusa aguda, doença da membrana fina e nefropatia por IgA, nessa ordem de importância, são exemplos de hipóteses diagnósticas que devem ser consideradas nesse caso.

CEspeUnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

