



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

CONCURSO PÚBLICO

CARGO 37: MÉDICO

Aplicação: 10/8/2008

CADERNO DE PROVAS – PARTE II

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ESPECIALIDADE: REUMATOLOGIA

ATENÇÃO!

- » Leia atentamente as instruções constantes na capa da Parte I do seu caderno de provas.
- » Nesta parte do seu caderno de provas, que contém os itens relativos à prova objetiva de Conhecimentos Específicos, confira os seus dados pessoais e a sua opção de especialidade médica transcritos acima bem como o seu nome e a sua especialidade médica no rodapé de cada página numerada desta parte do caderno de provas.

AGENDA (datas prováveis)

- I **12/8/2008**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares das provas objetivas: Internet — www.cespe.unb.br.
- II **13 e 14/8/2008** – Recurso (provas objetivas): no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **3/9/2008** – Resultado final das provas objetivas, convocação para a entrega dos documentos para a avaliação de títulos e convocação para a perícia médica: Diário Oficial do Estado do Espírito Santo e Internet.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 12 do Edital SESAn.º 1/2008.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução do caderno de provas (partes I e II) apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CADERNO DE PROVAS – PARTE II

De acordo com o comando a que cada um dos itens de **86 a 120** 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 das suas provas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

O exame clínico do paciente com sintomas reumáticos pode, em algumas situações, indicar, com boa sensibilidade e especificidade, o diagnóstico de doenças reumáticas. Com relação a esse assunto, julgue os itens que se seguem.

86 Cervicobraquialgia unilateral com reprodução da dor para face lateral do braço com a manobra de Spurling (quando se imprime pressão axial à nuca associada à extensão e rotação do pescoço para o lado sintomático), fraqueza para flexão do cotovelo e diminuição do reflexo bicipital ipsilateral indicam compressão de raiz de C5.

87 Nas lombociatalgias, a reprodução da dor, irradiando para a perna e(ou) pé, provocada pela elevação passiva da perna com o joelho estendido, estando o paciente deitado em decúbito dorsal, formando um ângulo menor que 30° entre o membro inferior e a maca do exame, sugere acometimento compressivo de raízes de L5 e S1.

88 No exame físico de uma articulação com sinovite, deve-se encontrar dor e(ou) limitação tanto à movimentação ativa quanto à passiva da articulação afetada.

89 Considere o seguinte quadro clínico.

Um paciente de 58 anos de idade procurou um médico, com queixa de dores crônicas insidiosas nos joelhos, associadas a rigidez pró-cinética e sensação de bloqueio articular especialmente ao subir e descer escadas. O exame físico revelou *genu varo* bilateral, dor nas bordas mediais proximais das tíbias, crepitação fina à mobilização passiva dos joelhos, teste de McMurray positivo bilateral e atrofia de musculatura dos quadríceps femorais.

Nesse quadro clínico, o diagnóstico mais provável para o caso é de osteoartrose, e a história e o exame físico indicam bursite anserina com lesão meniscal e atrofia do quadríceps femoral. Essas últimas três condições são, provavelmente, as responsáveis pela dor articular atual.

90 Parestesias na região ventral e dorsal do quarto e quinto quirodáctilos e dor no antebraço, atrofia tenar, com fraqueza na força preensora da mão e no movimento de pinça da mão e na abdução do quinto quirodáctilo indicam compressão do nervo ulnar no canal de Guyon.

Um homem de 35 anos de idade relatou que, há uma semana, vem apresentando artrite no tornozelo esquerdo, associada a dor nos calcanhares, persistentes dores nos glúteos, lombalgia não aliviada com o repouso associada a rigidez matinal por cerca de uma hora. Uma semana antes do aparecimento desses sintomas, apresentou disúria miccional. O homem procurou um clínico geral e foi tratado com doxiciclina 100 mg a cada 12 horas, durante 7 dias, e indometacina 50 mg a cada 8 horas, observando desaparecimento dos sintomas urinários e pequeno alívio nos outros sintomas. O exame clínico evidenciou a presença de sinovite no tornozelo esquerdo, dor à palpação da inserção dos tendões aquileu bilateralmente e dor à palpação direta e à distensão da articulação sacroilíaca direita.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens seguintes.

91 Devido ao quadro prévio de uretrite, apesar do uso da doxiciclina por 7 dias, é necessária a manutenção de um curso médio a prolongado (3 a 12 meses) com antibióticos.

92 A confirmação da presença do HLA-B27 nesse paciente indicaria um risco maior de cronicidade e de sintomas mais intensos da doença.

93 O principal mecanismo para justificar os sintomas apresentados por esse paciente seria a persistência local de um patógeno intacto.

94 Caso esse paciente esteja infectado pelo HIV, a utilização das terapias anti-retrovirais pode auxiliar no controle das manifestações clínicas por ele apresentadas.

95 Nessa situação, o uso de sulfassalazina é indicado para o controle das manifestações articulares periféricas apresentadas pelo paciente.

96 A presença de dor nos glúteos indica o acometimento das articulações dos quadris.

A fibromialgia tem sido uma das principais causas de encaminhamento médico de pacientes para os reumatologistas. Apesar de não afetar a mortalidade, causa morbidade considerável, com grande impacto socioeconômico. Com relação a esse assunto, julgue os itens de **97 a 101**.

97 A associação da fibromialgia a doenças psiquiátricas é mais comum na população em geral do que em pacientes atendidos em ambiente hospitalar.

98 O fato de alguns pacientes com fibromialgia perceberem melhora das dores com o uso de antiinflamatórios não-hormonais indica que existem alterações periféricas no processamento do estímulo algico, sendo esta provavelmente a principal teoria etiopatogênica para justificar as dores crônicas da doença.

99 A presença de pontos dolorosos à palpação de determinadas áreas (*tender points*) tem sido cada vez mais valorizada no diagnóstico e no acompanhamento dos pacientes na prática clínica.

100 Cientificamente, o tratamento não-farmacológico da fibromialgia mediante exercícios físicos aeróbicos com melhora do condicionamento cardiovascular, terapia cognitiva comportamental, educação do paciente e abordagem multidisciplinar é mais eficiente no controle dessa doença em comparação a outras terapias não-farmacológicas.

101 Filha de paciente com fibromialgia tem cerca de oito vezes mais chance de desenvolver a doença em relação à população em geral.

Um homem de 45 anos de idade chegou ao consultório, informando quadro de artrite aguda no joelho direito, iniciada há 2 dias. Informou também que, antes desse, apresentou 3 episódios de monoartrite aguda autolimitados, com duração de cerca de 3 dias cada: há 2 anos, na primeira metatarsofalangiana esquerda; há 1 ano, no tornozelo direito; e há 6 meses, no joelho direito. Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica, diagnosticada há 3 anos, em uso de hidroclorotiazida (50 mg/dia) e ácido acetilsalicílico (100 mg/dia). Achados alterados no exame físico: artrite no joelho direito, com sinais flogísticos (hiperemia cutânea, calor local e edema) associados a sinais de derrame articular. O paciente apresentou exame de ácido úrico sérico realizado há um dia, com resultado de 5,0 mg/dL.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

102 Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, torna-se desnecessária a punção do joelho para a análise do líquido sinovial.

103 Mesmo com o nível normal de ácido úrico sérico (5,0 mg/dL), o diagnóstico mais provável é o de artrite gotosa, e as medicações usadas podem ter favorecido o aparecimento da doença por diminuição da excreção de ácido úrico.

104 A fisiopatologia da doença mais provável desse paciente é semelhante quando ela se apresenta na infância ou na adolescência.

105 Existe uma associação dessa doença com obesidade, hipertrigliceridemia e intolerância a glicose.

As doenças difusas do tecido conjuntivo, também conhecidas como colagenoses, formam um grupo heterogêneo de doenças auto-imunes com manifestações peculiares, dependendo do tecido ou órgão acometido. Com relação a essas doenças, julgue os itens que se seguem.

106 Pacientes com lúpus eritematoso sistêmico ou com artrite reumatóide apresentam maior risco de doença cardiovascular em comparação à população em geral, sendo os problemas cardiovasculares as principais causas de mortalidade nos pacientes com essas doenças.

107 Em uma paciente de 54 anos de idade, em menopausa, com diagnóstico de artrite reumatóide, em uso de prednisona (10 mg/dia) há 5 meses, apresentando escore T = -2,0 desvio-padrão em colo femoral na densitometria óssea, estaria indicada a utilização de cálcio, vitamina D e bisfosfonado (alendronato ou risendronato) como profilaxia de osteoporose, especialmente nos primeiros 6 a 12 meses, quando a perda óssea é mais acentuada devido ao uso da prednisona.

108 Nos pacientes com esclerose sistêmica, o exame da pele tem grande importância, pois classifica os pacientes em formas difusas ou limitadas, com implicações na frequência das manifestações clínicas. Além da classificação, os escores cutâneos elevados avaliados nos primeiros 4 anos da doença estão associados à maior gravidade de manifestações viscerais.

109 Na dermatopolimiosite, os anticorpos anti-sintetases estão associados ao rash cutâneo em chale, ao V do decote, além da hipertrofia cuticular, e se correlacionam com melhor resposta à terapia imunossupressora.

110 Nos pacientes com síndrome de Sjögren, são considerados fatores de pior prognóstico: púrpura, glomerulonefrite, complemento C4 baixo e crioglobulinemia mista monoclonal.

111 Na atualidade, o imunossupressor micofenolato de mofetil tem-se mostrado mais eficaz que a ciclofosfamida no tratamento da glomerulonefrite lúpica.

112 Entre os subgrupos de pacientes com o diagnóstico de artrite idiopática da infância, o que possui maior risco de iridociclite é o subgrupo associado ao acometimento oligoarticular assimétrico, em meninas com menos de 8 anos e com a presença do anticorpo antinuclear reagente.

As vasculites constituem um grupo de doenças raras, com manifestações sistêmicas que, muitas vezes, apresentam manifestações comuns de outras condições clínicas. Com relação a essas doenças, julgue os itens a seguir.

113 A endocardite bacteriana subaguda, assim como a osteomielite crônica, pode causar um quadro de vasculite de pequenos vasos mediada por imunocomplexos. A presença de púrpura, artrite, diminuição dos níveis de complemento e glomerulonefrite é compatível com as doenças citadas acima, podendo levar à confusão com o quadro clínico de algumas vasculites.

114 O ANCA-P (anticorpo anticitoplasma de neutrófilos de padrão perinuclear) realizado por método de imunofluorescência indireta é extremamente específico para o diagnóstico de vasculite.

115 A estenose subglótica ocorre nos pacientes com granulomatose de Wegener, mas não nos pacientes com policondrite recidivante.

116 Os fatores de pior prognóstico nos pacientes com o diagnóstico de poliarterite nodosa incluem proteinúria superior a 1,0 g/dia, níveis de creatinina elevados (maior que 140 mol/L), cardiomiopatia, sintomas gastrointestinais e acometimento do sistema nervoso central.

117 Na granulomatose de Wegener, os níveis do anticorpo PR3-ANCA, medidos por ELISA, são correlacionados com a atividade da doença e servem como marcadores isolados para a tomada de decisões terapêuticas nesses pacientes.

Várias manifestações reumáticas podem indicar uma doença subjacente não relacionada ao grupo de doenças reumáticas clássicas. Com base nesse assunto, julgue os seguintes itens.

118 Poliartrite aguda progressiva acometendo os punhos, regiões metacarpofalangeanas e regiões interfalangeanas proximais e distais associada a baqueteamento digital e à observação de prioste em ossos longos sugere a presença de doença maligna intratorácica.

119 Paciente com aumento de volume crônico em um joelho associado a sintomas de bloqueio articular e mostrando na radiografia simples múltiplos corpos livres calcificados sugere o diagnóstico de condromatose sinovial, um raro tumor articular benigno que causa osteoartrose secundária da articulação acometida.

120 A sinovite vilonodular pigmentada é considerada uma neoplasia benigna rara da sinóvia. A sinovectomia cirúrgica isolada é o tratamento de escolha nessa situação, já que a recorrência é pouco frequente, especialmente quando a doença acomete o joelho ou o quadril.

