



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO E PESQUISA

SELEÇÃO PARA ADMISSÃO DE RESIDENTES – 2009

PROGRAMAS

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

Aplicação: 22/11/2008

código:
5.1.4

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno, confira inicialmente os seus dados pessoais transcritos acima e o seu nome no rodapé de cada página numerada deste caderno. Em seguida, verifique se ele contém **cinquenta** itens, correspondentes à prova objetiva, corretamente ordenados de **1 a 50**.
- 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 estudo do belo é um combate em que o artista grita de pavor antes de ser vencido.

- 3 Caso o caderno esteja incompleto ou tenha qualquer defeito, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis.
- 4 Recomenda-se não marcar ao acaso: cada item cuja resposta diverja do gabarito oficial definitivo receberá pontuação negativa, conforme consta em edital.
- 5 Não utilize lápis, lapiseira (grafite), borracha e(ou) qualquer material de consulta que não seja fornecido pelo CESPE/UnB.
- 6 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização do chefe de sala.
- 7 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.
- 8 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.
- 9 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 10 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 **24/11/2008**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares da prova objetiva: Internet — www.cespe.unb.br/concursos/hubresidencia2008.
- II **25 e 26/11/2008** – Recursos (prova objetiva): exclusivamente no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **10/12/2008** – Resultado final da prova objetiva e convocação para a entrega da documentação para análise e defesa de currículo: Diário Oficial da União e Internet.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 10 do Edital n.º 4 – HUB/RESIDÊNCIA, de 17/9/2008.
- 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 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.

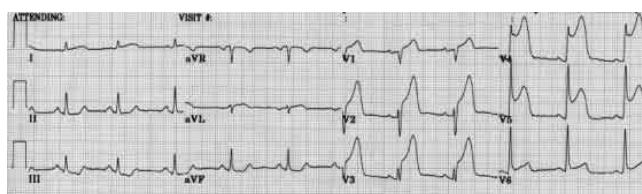
PROVA OBJETIVA

Um paciente de 18 anos de idade relata ser portador de febre reumática desde a infância. Ao exame físico, apresentou hiperfonese da 1.^a bulha na área mitral, hiperfonese da 2.^a bulha na área pulmonar, além de sopro diastólico no 5.^o espaço intercostal, linha hemiclavicular à esquerda baixa. Apresentou, ainda, estase jugular a 45° e hepatomegalia. O eletrocardiograma do paciente revelou sobrecarga atrial esquerda e sobrecarga ventricular direita.

Julgue os seguintes itens, acerca do quadro clínico acima apresentado.

- 1 Estenose mitral acentuada é o diagnóstico mais provável da lesão valvar.
- 2 Na fase aguda, a artrite ocorre em cerca de 50% dos casos, acomete pequenas articulações, tem caráter migratório e apresenta boa resposta aos salicilatos.
- 3 Coréia é uma manifestação comum da febre reumática, ocorrendo geralmente após um mês da estreptococcia.
- 4 O paciente deve fazer profilaxia secundária com penicilina benzatina.

Em consulta médica de emergência, um paciente de 60 anos de idade, do sexo masculino, aposentado, hipertenso, referiu que, há 1 hora, despertou do sono devido a precordialgia opressiva, de forte intensidade, com irradiação para a região cervical, sem alívio com analgésicos ou ao repouso, e sem sintomas correlatos. No exame físico, verificou-se que o paciente estava taquipnéico e acianótico, com PA: 110 × 70 mm/Hg, FC 94 bpm, *ictus* visível e palpável no 5.^o espaço intercostal, linha hemiclavicular, com 2 polpas digitais. Seu ritmo cardíaco estava regular em 3 tempos (B4) sem sopros. O restante do exame físico apresentou-se normal, com dosagem de CK-MB na admissão normal e troponina negativa. O eletrocardiograma apresentou o resultado a seguir.



Tendo como base esse quadro clínico, julgue os itens de 5 a 8.

- 5 Na fisiopatologia dessa condição, o ADP, a trombina e o tromboxano A2 são mediadores da agregação plaquetária.
- 6 Nesse caso, o diagnóstico mais provável e a conduta adequada são, respectivamente, infarto agudo do miocárdio e angioplastia primária.

- 7 É contra-indicado o tratamento adicional com clopidogrel.
- 8 A redução do LDL colesterol com estatinas para valores inferiores a 100 mg/dL previne a recorrência de infarto e morte.

Um paciente de 70 anos de idade, com câncer de próstata, deu entrada no pronto-socorro com história de dor precordial do tipo pleurítica há 5 dias. Há dois dias, apresentou dispnéia progressiva e piora da dor, acompanhada de síncope antes da admissão. Apresenta-se instável hemodinamicamente, com pulmões limpos, PA = 70 × 40 mmHg e FC = 132 bpm. O ECG mostrou sobrecarga ventricular direita. A dosagem de CK massa e troponina e o raio X de tórax na admissão foram normais.

Com base nesse quadro clínico, julgue os próximos itens.

- 9 Os resultados normais do D-dímero (ELISA) e da gasometria arterial descartariam o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) nesse paciente.
- 10 A tomografia helicoidal de tórax permite uma melhor avaliação das doenças que simulam TEP, quando comparada ao mapeamento de ventilação/perfusão. É também menos invasiva e mais segura que a angiografia pulmonar.
- 11 Em casos de TEP maciço, há indicação de trombólise, com janela terapêutica de até 14 dias. Nesses casos, a trombólise reduz óbito e(ou) recorrência de TEP.

Julgue os itens subseqüentes, que se referem às ocorrências clínicas.

- 12 Em situação de epidemia de dengue, não é necessário o diagnóstico sorológico de todos os casos, pois isto não implicará medidas de controle adicionais. É importante que sejam priorizados os casos que necessitam de confirmação diagnóstica.
- 13 Em paciente com temperatura oral $\geq 38,3$ °C entre o 20.^o e o 30.^o dia de quimioterapia, se, após a coleta de material para o hemograma para confirmação de neutrófilos ($< 500 \text{ mm}^3$), houver previsão de demora de mais de trinta minutos para que seja fornecido o resultado, a administração de antibioticoterapia empírica será a conduta com menor risco de complicação e maior benefício para o paciente.
- 14 Na cetoacidose diabética, a insulinoaterapia não deve ser retardada nos casos em que o potássio sérico for menor que 3,3 mEq/L. Nesses casos, deve-se repor 25 mEq de potássio diluídos em solução fisiológica, simultaneamente ao uso da insulina.
- 15 O estado hiperosmolar hiperglicêmico apresenta mortalidade, faixa etária, grau de desidratação e tempo de instalação maiores, quando comparado à cetoacidose diabética.

Quanto à prevenção da doença arterial coronária (DAC), julgue os seguintes itens.

- 16 A prevenção tem papel fundamental, pois o infarto do miocárdio (IM) pode ser a primeira manifestação da DAC. Além disso, cerca de metade dos óbitos decorrentes de IM ocorre na primeira hora dos sintomas.
- 17 Considerando-se os fatores de risco da DAC, é correto afirmar que as metas de redução do LDL colesterol variam conforme o risco futuro de eventos cardiovasculares.
- 18 A redução do LDL colesterol promove redução da mortalidade cardiovascular, bem como redução da incidência de infartos, embora não altere a mortalidade total.
- 19 A obesidade do tipo ginecóide é mais grave, pois pode associar-se a hipertensão, dislipidemia e resistência à insulina.
- 20 A depressão está associada ao aumento do risco de eventos cardiovasculares.
- 21 A resistência à insulina é um dos mecanismos pelo quais o diabetes pode influenciar a aterogênese.
- 22 O abandono do tabagismo proporciona redução do risco cardiovascular como prevenção primária, porém não reduz esse risco após o desenvolvimento da doença aterosclerótica.

Um senhor com 52 anos de idade, natural de Goiânia, apresenta febre e dor abdominal há 3 dias. Refere também, há 2 dias, aumento do volume abdominal associado a dor difusa e diminuição do volume urinário. Nega outras alterações. É portador de cirrose hepática de etiologia alcoólica há 8 anos, com varizes esofágicas. Ao exame físico, constatou-se BEG, descorado, taquipnéico, febril, icterico, acianótico; ginecomastia; BRNF sem sopros e MV sem ruídos adventícios. O abdome encontra-se globoso, distendido, doloroso a palpação superficial, sem sinais de irritação peritoneal. Apresenta, ainda, sinal de piparote positivo e presença de maciez móvel, fígado e baço não palpados e não percutíveis. Os membros apresentam hipotrofia muscular e ausência de pilificação. O exame de laboratório revelou creatinina = 1,6 mg/dL, uréia = 72 mg/dL, potássio sérico = 5,8 mEq/L e sódio sérico = 121 mEq/L.

Acerca do quadro clínico acima apresentado, julgue os itens de 23 a 27.

- 23 A ascite é um marcador de gravidade nesse paciente.
- 24 A ascite ocorre por vasoconstrição esplâncica devido à hipertensão portal e à produção local de vasoconstritores.
- 25 A terapêutica consiste de restrição de ingesta hídrica e de sal, uso de espironolactona e controle da perda de peso diário.

26 O diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea (PBE) pode ser confirmado pela presença maior ou igual a 250 polimorfonucleares/mL no líquido ascítico. O tratamento apropriado seria cefalosporina de 3.^a geração e o uso de albumina.

27 A taxa de recorrência da PBE no primeiro ano é superior a 60% e a profilaxia pode ser feita com norfloxacin ou ciprofloxacina.

Uma senhora de 65 anos de idade, com hipertensão arterial sistêmica há 20 anos e dislipidemia há 14 anos, há 3 anos, apresentou quadro de infarto agudo do miocárdio, evoluindo, desde então, com dispnéia aos esforços. Há 6 meses, evoluiu para dispnéia aos médios e pequenos esforços. Atualmente, apresenta-se com ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, fadiga, edema bilateral de membros inferiores, noctúria, anorexia e plenitude pós-prandial. Nega dor precordial. O exame físico revela extremidades frias, palidez, FC = 108 bpm, PA = 80 mmHg × 70 mmHg, turgência jugular a 30°, estertores crepitantes bibasais, *ictus cordis* propulsivo no 6° EICE linha axilar anterior, ritmo cardíaco em galope – B3, sopro holossistólico em foco mitral, com irradiação para axila esquerda 4+/6+, edema de membros inferiores 3+/6+.

Considerando o quadro clínico descrito acima, julgue os itens subsequentes.

28 Devido ao aumento permanente de norepinefrina sérica e sua ação sobre os receptores adrenérgicos, ocorre menor consumo de oxigênio miocárdico, levando a efeitos maléficos cardíacos a médio e longo prazos.

29 Trata-se de uma paciente com congestão e débito cardíaco adequado em repouso, e classe funcional IV da New York Heart Association.

30 Deve fazer parte do tratamento dessa paciente a prescrição de inibidor da enzima conversora da angiotensina, diurético de alça, digital, antagonista da aldosterona, restrição de sódio e água e posterior profilaxia de infecções pneumocócicas e *influenza*.

31 Os ensaios clínicos revelam que após o controle da congestão sistêmica, o uso de carvedilol, metoprolol ou bisoprolol aumenta a sobrevida e a qualidade de vida da paciente em apreço.

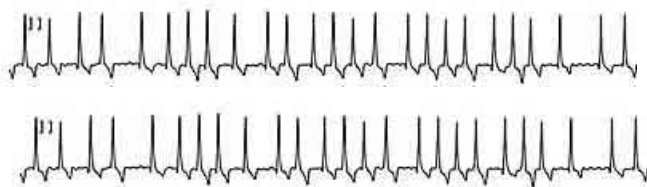
32 Pacientes com esse quadro persistente, em média, apresentam uma mortalidade de 50% em dois anos e aproximadamente em metade deles a morte será súbita.

Um paciente de 62 anos de idade apresenta, subitamente, diminuição da força em membro superior e inferior esquerdos com desvio de rima à direita. Relata antecedente de dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e alergia ao ácido acetilsalicílico. Ao chegar ao hospital, noventa minutos após o início dos sintomas, apresenta-se lúcida e orientada no tempo e espaço, com pressão arterial de 170 mmHg $\times$ 100 mmHg. O exame físico revela hemiparesia esquerda completa proporcionada, com redução da força muscular. Os demais dados do exame físico e neurológico não apresentam alterações significativas. A tomografia de crânio, sem contraste, é normal.

Com base no quadro clínico acima apresentado, julgue os itens a seguir.

- 33** O quadro sugere uma trombose de grande vaso, com uma área do cérebro apresentando dano funcional e estrutural irreversível e uma outra região, funcionalmente comprometida, porém estruturalmente viável.
- 34** A terapia trombolítica está contra-indicada.
- 35** Há necessidade de redução imediata dos níveis tensionais devido ao risco de extensão do território cerebral acometido, obedecendo o limite de redução de 25% da pressão arterial média na primeira hora.
- 36** Não é indicado, nesse caso, o uso de clopidogrel.
- 37** A redução dos níveis de LDL colesterol com o uso de estatinas é indicada para redução do risco futuro de novos eventos semelhantes.

Um paciente de 56 anos de idade, com antecedente de hipertensão arterial, apresentou-se com história de cinco dias de palpitações taquicárdicas. Ao exame, encontrava-se hemodinamicamente estável: pressão arterial = 120 mmHg $\times$ 80 mmHg, FC = 150 bpm, pulso = 128 por minuto. A ausculta revelou ritmo cardíaco irregular, em 2 tempos, com bulhas normofonéticas e sem sopros, e o eletrocardiograma apresentou o resultado abaixo.



Considerando esse caso clínico, julgue os itens de **38** a **42**.

- 38** O quadro clínico descrito apresenta uma maior incidência com o envelhecimento dos pacientes.
- 39** É muito rara a ocorrência dessa situação clínica em corações estruturalmente normais.

- 40** Quando aplicadas, nesse tipo de arritmia, as manobras vagais, a chance de reversão ao ritmo sinusal é de 30%.
- 41** Deve ser feita a cardioversão elétrica ou química imediatamente, seguida de anticoagulação.
- 42** Trata-se de uma arritmia sem riscos futuros.

Um paciente de 69 anos de idade, tabagista importante desde os 20 anos, há três meses apresenta tosse produtiva e dispnéia aos médios esforços. Relata quadro semelhante no ano passado. Há uma semana, apresentou quadro gripal com piora da dispnéia e aumento da produção de escarro, que se tornou purulento. Os exames revelam PA = 80 mmHg $\times$ 60 mmHg, FC = 52 bpm, FR = 32 rpm e saturação de O₂ em ar ambiente igual a 84%, mal estado geral, dispnéico e cianótico. O paciente encontra-se torporoso e desorientado. Roncos e sibilos difusos bilateralmente, ritmo regular, 2T, bulhas normofonéticas, S₂/sopros e extremidades sem edema, com enchimento capilar reduzido, também foram confirmados.

Considerando o quadro clínico acima, julgue os itens que se seguem.

- 43** A redução endotelial da síntese de óxido nítrico é freqüente em casos como o descrito.
- 44** A suspeita de hipercapnia não deve impedir a suplementação de oxigênio, pois a hipoxemia é mais deletéria que a hipercapnia.
- 45** O paciente se beneficiaria da instalação imediata de ventilação não invasiva (CPAP).
- 46** O uso de corticosteróide diminuiria os dias de internação e a taxa de recidiva precoce da exacerbação.

Um paciente de 65 anos de idade, diabético, chegou ao pronto atendimento com queixas de febre (38,5 °C), tosse produtiva (expectoração amarelada) e dor torácica à direita e à inspiração profunda, há dois dias. No exame físico, apresenta-se hemodinamicamente normal, com 32 respirações por minuto e crepitação em base direita. O raio X de tórax revelou consolidação no lobo inferior direito, com derrame pleural de 5 mm de espessura em decúbito lateral.

Considerando esse quadro clínico, julgue os seguintes itens.

- 47** Em razão de o pneumococo ser o germe mais freqüente em casos como esse, é indicada a prescrição de um macrolídeo por via oral e sua liberação para casa.
- 48** Não há indicação para a realização de toracocentese diagnóstica.

Quanto à hipertensão arterial sistêmica, julgue os itens subseqüentes.

- 49** A hipertensão renovascular, na maioria dos casos, ocorre por displasia fibromuscular.
- 50** Diabéticos com microalbuminúria devem usar preferencialmente inibidores da enzima de conversão da angiotensina e ter como meta níveis de pressão arterial mais baixos do que os não-diabéticos.