

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (FUB) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB)



PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais e os dados do programa em que você se inscreveu, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado em sua folha de respostas. Confira, também, o seu nome e os dados do programa em que você se inscreveu em cada página numerada do seu caderno de prova. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou ao programa em que você se inscreveu, 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 da sua prova e a sua eliminação do processo seletivo.

3 Durante a realização da prova, não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal 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 ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

APLICAÇÃO: 2017

CADERNO DE PROVA OBJETIVA

OBSERVAÇÕES

Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital. É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

0(XX) 61 3448-0100
www.cespe.unb.br
sac@cebraspe.org.br



Universidade de Brasília



Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação
e Seleção e de Promoção de Eventos

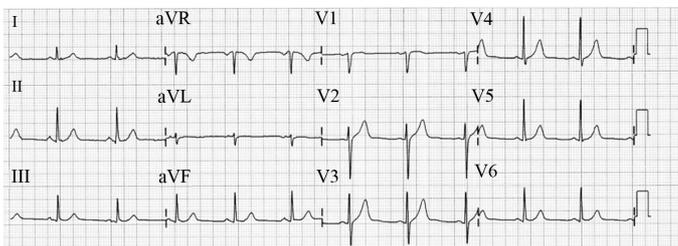
- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o 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.
- Em sua prova, caso haja item(ns) constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados como premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para anotações, rascunhos etc.

PROVA OBJETIVA

Quanto à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), julgue os próximos itens.

- 1 Independentemente do estágio da doença, os pacientes se beneficiam do programa de reabilitação pulmonar. Quanto mais longo for o programa, cuja duração mínima é de seis semanas, maior será sua eficácia.
- 2 É de moderada limitação do fluxo aéreo o quadro de um paciente com diagnóstico clínico de DPOC que apresenta, em um teste de função pulmonar, volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) de 36% do previsto e capacidade vital forçada (VEF1/CVF) de 57%.
- 3 O roflumilast, um inibidor da fosfodiesterase 4 (PDE4), aumenta a tolerância ao exercício, reduz o número de internações hospitalares e, conseqüentemente, melhora significativamente a qualidade de vida do paciente com DPOC, independentemente da gravidade da doença e do tratamento concomitante a que esteja submetido.

Um paciente com cinquenta e oito anos de idade, tabagista havia quarenta anos, referiu episódios de dor retroesternal constritiva de moderada intensidade, sem irradiação, durante caminhadas apressadas. Conforme seu relato, a dor, que cedia espontaneamente em menos de cinco minutos após o término do esforço físico, surgiu havia três meses, sem modificações do quadro clínico desde então. Ele negava outros sinais e sintomas correlatos ou doenças em tratamento. No momento da consulta, estava assintomático. Ao exame físico apresentou pressão arterial = 132 mmHg × 78 mmHg (média de três medidas), frequência cardíaca = 68 bpm e ritmo cardíaco regular em dois tempos sem sopros. O restante do exame físico foi normal. Os resultados da dosagem de CK-MB massa e da troponina da admissão no pronto atendimento foram normais. O eletrocardiograma realizado pelo paciente, com calibração padrão, é apresentado a seguir.



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

- 4 Está indicado o uso de nitrato de ação prolongada para a prevenção das crises referidas pelo paciente.
- 5 Com vistas à redução da ocorrência de eventos cardiovasculares futuros, bem como do risco de mortalidade cardiovascular, indica-se o uso de ivabradina.
- 6 Indica-se, nesse caso, a administração de vareniclina, um agonista seletivo do receptor nicotínico, para aumentar a probabilidade de cessação do tabagismo.
- 7 Recomenda-se para esse paciente a realização de angiografia coronariana.

Em relação ao schwannoma vestibular, julgue os itens subsequentes.

- 8 A ressonância magnética com contraste (*gadolinium*) é o exame de escolha para a confirmação do diagnóstico do schwannoma vestibular.
- 9 Trata-se de um tumor do nervo acústico frequente em mulheres e que causa perda progressiva da audição do tipo neurossensorial, geralmente assimétrica.

Uma paciente com cinquenta e oito anos de idade, assintomática, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito havia dois anos, foi ao ambulatório para avaliação de rotina. A paciente estava tomando losartana 100 mg e metformina 1.500 mg, ambas uma vez ao dia, e negava tabagismo e etilismo. Ao exame físico, apresentava índice de massa corpórea (IMC) = 31 kg/m², pressão arterial = 124 mmHg × 74 mmHg (média de três medidas), frequência cardíaca = 74 bpm e circunferência abdominal = 102 cm. Exames revelaram aspartato aminotransferase (AST) = 60 U/L, alanina aminotransferase (ALT) = 70 U/L, triglicerídeos = 202 mg/dL, colesterol total = 204 mg/dL; HDL colesterol = 36 mg/dL, LDL colesterol = 128 mg/dL, hemoglobina glicada (A1C) = 6,8% e glicemia de jejum = 108 mg/dL. Na ocasião, prescreveu-se atorvastatina 20 mg ao dia à paciente. Dois meses depois da avaliação, os exames revelaram aspartato aminotransferase (AST) = 84 U/L, alanina aminotransferase (ALT) = 94 U/L, triglicerídeos = 152 mg/dL, colesterol total = 142 mg/dL; HDL colesterol = 40 mg/dL, LDL colesterol = 77 mg/dL, hemoglobina glicada (A1C) = 6,7% e glicemia de jejum = 104 mg/dL. Foram normais os resultados dos testes sorológicos para hepatites virais e dos demais exames laboratoriais solicitados. A ultrassonografia de abdome total revelou apenas aumento difuso da ecogenicidade hepática, com visualização normal dos vasos intra-hepáticos e do diafragma.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 10 Recomenda-se o uso da tomografia computadorizada de abdome para investigação de inflamação e fibrose, com intuito de estratificar melhor a doença da paciente.
- 11 O uso de atorvastatina deverá ser suspenso.
- 12 Com vistas à melhora das enzimas hepáticas da paciente, indica-se a redução gradual do peso e um programa regular de atividade física.

Espaço livre

No que concerne às miocardites e pericardites, julgue os itens subsequentes.

- 13 As pericardites pós-infarto ocorrem mais frequentemente em pacientes que tiveram infartos agudos do miocárdio da parede inferior, estando associadas a pior prognóstico para esses pacientes.
- 14 O desenvolvimento de miocardite eosinofílica pode estar relacionado a vacinas ou fármacos, como a metildopa e a clozapina. Havendo eosinofilia no sangue periférico ou infiltrado eosinofílico miocárdico, deve-se suspeitar que o paciente apresenta miocardite eosinofílica.
- 15 Em se tratando de miocardite viral, ocorre perda de miócitos por necrose em decorrência da ação direta do vírus, dos efeitos citotóxicos de mediadores inflamatórios — interleucina 1 e 2, interferon gama e fator de necrose tumoral — e do estresse oxidativo associado à disfunção endotelial e à isquemia.

Um paciente assintomático, com trinta e dois anos de idade, compareceu a uma consulta de rotina. Seus antecedentes pessoais incluíam descolamento de retina e luxação de cristalino. Ao exame físico, ele apresentava pressão arterial = 122 mmHg × 76 mmHg (média de três medidas), frequência cardíaca = 68 bpm, *pectus carinatum*, *ictus* visível e palpável no 5.º espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda com ritmo cardíaco regular em dois tempos e bulhas cardíacas normofônicas com sopro diastólico de +/4 no 4.º espaço intercostal na linha paraesternal à esquerda. Os demais dados do exame físico foram normais. O ecocardiograma revelou função sistólica do ventrículo esquerdo preservada e raiz da aorta com 57 mm e Z-Score de 6.71.

A partir do caso clínico apresentado, julgue os itens seguintes.

- 16 Está indicado o uso de betabloqueador nesse caso.
- 17 O quadro do paciente indica que ele seja portador de doença autossômica dominante causada por uma mutação do gene TPM1 no cromossomo 15.
- 18 Recomenda-se o acompanhamento clínico anual do paciente, com a realização de ecocardiogramas seriados.

Com relação às demências, julgue os itens a seguir.

- 19 A degeneração neurofibrilar, que resulta da fosforilação aumentada da proteína tau, e as placas neuríticas, formadas pela agregação de polipeptídeos abeta 40 e abeta 42, são alterações patológicas características da doença de Alzheimer.
- 20 Os infartos cerebrais, a redução volumétrica em hipocampus e lobos frontais e as alterações da substância branca e do metabolismo cerebral são os mecanismos pelos quais o diabetes do tipo 2 pode levar à disfunção executiva e às alterações mnésico-atencionais.

Uma paciente obesa, com quarenta e seis anos de idade, portadora de diabetes melito do tipo 2, com úlcera na região plantar próxima ao hálux esquerdo havia trinta dias, foi atendida em unidade de saúde. O exame físico revelou que ela estava febril e taicárdica. À inspeção, a úlcera apresentava-se profunda, com secreção purulenta e fétida e havia tecido subjacente endurecido e com eritema associado de três centímetros de diâmetro.

Com base nesse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 21 Deve ser solicitada a cultura microbiológica da úlcera por *swab* estéril.
- 22 Recomenda-se iniciar de imediato o uso de amoxicilina.

Em relação à cardiopatia chagásica (CC), julgue os itens subsequentes.

- 23 Discinergias ou aneurismas ventriculares predis põem a complicações tromboembólicas desde as fases mais precoces da CC.
- 24 Focos inflamatórios e áreas de fibrose no miocárdio ventricular, especialmente em regiões posterior-lateral e inferior-basal, podem produzir alterações eletrofisiológicas e favorecer o aparecimento de reentrada, principal mecanismo eletrofisiológico das taquiarritmias ventriculares malignas, que acarretam morte súbita mesmo em pacientes sem insuficiência cardíaca ou grave disfunção ventricular.

Um indivíduo previamente hígido, com cinquenta e sete anos de idade, foi atendido queixando-se de lombalgia havia cinco dias. A dor piorava durante a atividade física e melhorava com o repouso. Ele negava irradiação, sinais e sintomas correlatos, como parestesia ou alterações do hábito intestinal ou urinário. Também negava traumas. O exame físico foi normal, exceto pela presença de contratura muscular paravertebral na região lombar. O hemograma, a velocidade de hemossedimentação e a bioquímica foram normais.

A partir do caso clínico descrito, julgue os itens seguintes.

- 25 A terapia de escolha nesse momento é a administração da ciclobenzaprina em associação ao tramadol.
- 26 Recomenda-se a pesquisa do HLA (*human leukocyte antigen*) – B27.
- 27 Está indicada a eletroneuromiografia.

Acerca das complicações no diabetes melito do tipo 2, julgue os itens que se seguem.

- 28 A presença de neuropatia autonômica está associada a aumento de mortalidade na população diabética acometida.
- 29 Alteração na aderência, quimiotaxia e opsonização leucocitária, redução da resposta vascular a mediadores inflamatórios como histamina e bradicinina e redução da degranulação dos mastócitos, são possíveis alterações encontradas em pacientes com diabetes melito do tipo 2 e que favorecem o desenvolvimento de infecções.
- 30 As principais manifestações clínicas de comprometimento somático no diabetes melito do tipo 2 são dormência ou queimação em membros inferiores, além de queixas decorrentes de alterações da sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa.

Acerca do Terceiro Consenso Internacional de Definições sobre Sepsis e Choque Séptico (Sépsis 3.0), julgue os itens subsequentes. Nesse sentido, considere que a sigla SOFA, sempre que utilizada, refere-se ao instrumento de avaliação sequencial de disfunção orgânica.

- 31 A utilização da escala de coma de Glasgow em avaliação do estado neurológico no qSOFA deve ser feita com cautela, pois aquela é uma escala produzida para a avaliação do nível de consciência em traumas.
- 32 A sepsis é definida como uma disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por uma desregulação da resposta imune a um processo infeccioso.
- 33 O SOFA score indica diagnóstico de sepsis, desde que seu índice seja menor ou igual a dois.
- 34 O SOFA score reduzido (qSOFA) possui variáveis como a frequência respiratória, o estado neurológico e a pressão arterial média.
- 35 Hiperlactatemia sérica e ausência de resposta a volume são decorrentes de choque séptico.

A respeito dos distúrbios hidroeletrólíticos, julgue os itens a seguir.

- 36 A inibição da atividade da bomba sódio-potássio da adenosina trifosfatase (ATPase), o aumento da permeabilidade das membranas celulares a íons e a troca entre o potássio e o hidrogênio através da membrana celular podem motivar a alteração do potássio sérico na acidose metabólica aguda.
- 37 É recomendável a utilização da albumina sérica para corrigir o valor do ânion *gap*.
- 38 O hiperaldosteronismo é causa de alcalose metabólica.
- 39 A hipermagnesemia pode favorecer a alcalose metabólica.
- 40 Entre as principais causas de acidose metabólica, destacam-se a acidose láctica, a cetoacidose e as intoxicações exógenas, denominadas de acidoses metabólicas normoclorêmicas.
- 41 Na insuficiência renal, a disfunção renal pode levar à retenção de ânions como o fosfato e o sulfato, o que torna variável o comportamento do ânion *gap*.

No que se refere aos cuidados paliativos de doenças crônicas, julgue os itens seguintes.

- 42 A hipodermoclise é a via preferencial de administração de medicamentos e soluções em cuidados paliativos.
- 43 Em doentes em fase terminal, a dispneia pode ser manejada, farmacologicamente, com opioides e benzodiazepínicos.
- 44 O tratamento padrão da hipersecreção de vias aéreas é a sedação paliativa.
- 45 A sialorreia, causada por algumas doenças neuromusculares, orais ou mesmo por medicações, tem como opções farmacológicas de tratamento a atropina e a escopolamina.

Uma paciente de vinte anos de idade, previamente saudável, foi levada em coma a um pronto-socorro, apresentando insuficiência respiratória aguda e sódio plasmático de 117 mEq/L. A tomografia de crânio inicial indicou edema cerebral.

A partir do caso clínico descrito, julgue os itens a seguir.

- 46 A correção da hiponatremia deve ser instituída, imediatamente, com solução hipertônica. Pode-se preparar um litro de solução de cloreto de sódio a 3%, em 24 horas, após expansão volêmica inicial.
- 47 Intoxicação por metilendioximetanfetamina (êxtase) não ocasionaria o quadro em exame.
- 48 Hemodiálise de urgência é um dos tratamentos indicados.
- 49 Hipotermia pode ser uma das complicações do quadro em tela.
- 50 O tratamento com diurético de alça e restrição hídrica não é uma opção para essa paciente.
- 51 Deve-se instituir desmopressina intranasal precocemente.

Com relação ao manejo da hemorragia digestiva alta varicosa, julgue os itens subsequentes.

- 52 Na admissão hospitalar de pacientes com doença hepática avançada, é recomendado iniciar antibioticoprofilaxia com ceftriaxona endovenosa.
- 53 A profilaxia primária de sangramento digestivo proveniente de varizes de médio e grosso calibre deve ser feita com betabloqueadores não seletivos (propranolol ou nadolol), além de carvedilol, ou tratamento endoscópico (ligadura elástica).
- 54 A profilaxia secundária de ressangramento deve ser feita com terapêutica endoscópica e medicamentosa.

Espaço livre

Uma paciente, previamente hígida, de vinte e sete anos de idade, chegou ao pronto-socorro apresentando dor lombar à direita, febre, náuseas, vômitos e piora do quadro de disúria, polaciúria e hematúria, iniciado três semanas antes desse atendimento e cujos sintomas haviam melhorado parcialmente após o uso de medicação adquirida sem prescrição médica pela paciente. Os exames mostraram os seguintes resultados: PEG, mucosas secas e hipocoradas; edema de MMII (+/+4); perfusão periférica débil; estado febril = 38,5 °C; PA = 80 mmHg × 60 mmHg; pulso = 120 bpm; FR = 28 irpm; peso basal = 60 kg; AR = pulmões limpos, esforço respiratório e uso de musculatura acessória; Sat O₂ 90% (Venturi 50% 10 L/min.); ACV = BRNF, taquicárdicas, sem sopros; ADig = Giordano positivo à direita, sem visceromegalias; sistema nervoso = pupilas isocóricas e fotorreagentes, obnubilada; escala de coma de Glasgow = 13; diurese = 350 mL/12 h. Exames adicionais: hemograma: Hb = 10; leucograma = 3.500; bastão = 500; plaquetas = 105.000; ureia = 85; creatinina = 1,8; Na = 144; K = 5,1; Cl = 102. Gasometria: pH = 7,2; HCO₃ = 16; PCO₂ = 28; PO₂ = 75; lactato = 2,6.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 55 É possível inferir que houve alcalose metabólica no quadro em tela.
- 56 A plaquetopenia faz parte da fase anti-inflamatória da sepse.
- 57 A alteração da função renal poderá ser transitória. Para isso, é necessário tratar a paciente com antibioticoterapia, direcionada ao principal foco de infecção, sem ajuste de dose para a função renal.
- 58 O diagnóstico gasométrico permite inferir que existe produção de ânions não mensuráveis consumindo bicarbonato.
- 59 O rebaixamento do nível de consciência exige uma propedêutica de imagem tomográfica, já que a probabilidade de malformação arteriovenosa, com ruptura de aneurisma, deve ser descartada.
- 60 Justifica-se a intubação orotraqueal dado o risco de broncoaspiração, causado pelo rebaixamento do nível de consciência.

Um paciente com sessenta anos de idade, ao ser atendido em pronto-socorro, informou que, havia dois dias, apresentava dispnéia aos mínimos esforços e tosse com expectoração clara. Ao ser indagado, afirmou fumar em torno de vinte maços de cigarro ao ano e fazer uso irregular da medicação anti-hipertensiva que lhe havia sido prescrita. Negou ter tido febre, sudorese, calafrios e perda de peso.

No exame físico, apresentou cianose, com pressão arterial de 160 mmHg × 100 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, oximetria com saturação de oxigênio em 86% e ritmo cardíaco regular, em três tempos, com a presença de terceira bulha. A ausculta respiratória indicou crepitações expiratórias em ambas as regiões infraescapulares. O resultado da radiografia de tórax revelou cardiomegalia com cefalização da trama vasobrônquica, bem como o do eletrocardiograma identificou taquicardia sinusal e sobrecarga de câmaras esquerdas. O BNP medido foi de 1200 (normal = menor que 100 pg/mL).

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens seguintes.

- 61 O nível do hormônio natriurético medido não permite definir se a causa da dispnéia é cardíaca ou respiratória.
- 62 O uso irregular de medicação para o controle da pressão arterial justifica o achado eletrocardiográfico de sobrecarga de câmaras esquerdas.
- 63 O déficit de perfusão é o fenômeno que desencadeou o quadro de cianose do paciente.
- 64 O ritmo cardíaco identificado pode ser classificado como galope de terceira bulha.

Um paciente de cinquenta anos de idade procurou uma unidade de pronto atendimento apresentando edema de membros inferiores associado à nictúria persistente havia dois meses. Ao exame físico, apresentou pressão arterial de 170 mmHg × 100 mmHg e edema mole, indolor e simétrico de membros inferiores. Os exames laboratoriais, realizados em jejum, mostraram os seguintes resultados: ureia de 200 mg/dL, creatinina de 2,5 mg/dL, potássio de 4 meq/dL, glicemia de 250 mg/dL, hemoglobina glicosilada de 9%, densidade urinária de 1,008, cilindros hialinos, proteinúria de 2+ sem hematúria. O laudo da ecografia renal identificou rins reduzidos de tamanho, hiperecogênicos e sem sinais de obstrução de vias urinárias.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens subsequentes.

- 65 A ocorrência de isostenúria e cilindrúria é incomum em pacientes com insuficiência renal crônica.
- 66 Rins diminuídos bilateralmente reforçam o diagnóstico de insuficiência renal crônica.
- 67 Considerando-se as manifestações clínicas apresentadas pelo paciente, é correto concluir que se trata de insuficiência renal crônica na fase incipiente.
- 68 Os resultados da glicemia e da hemoglobina glicosilada permitem estabelecer-se o diagnóstico de diabetes melito.

Espaço livre

Uma paciente com cinquenta e cinco anos de idade procurou atendimento no ambulatório de clínica médica em razão de apresentar, havia dois dias, icterícia em ambas as conjuntivas. A paciente relatou ao médico que passou a ser usuária de bebidas destiladas havia dez anos, após o falecimento de seu pai. O resultado do exame físico confirmou a presença de icterícia mucosa conjuntival associada à queilite, glossite, hepatosplenomegalia e ascite.

A respeito do caso clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 69** A presença de ascite é critério para que o médico solicite imediatamente a internação hospitalar da paciente.
- 70** Glossite e queilose indicam deficiência de vitamina A.
- 71** Icterícia é usualmente o primeiro sintoma que aparece em pacientes com cirrose hepática.
- 72** A presença de esplenomegalia está associada a um risco aumentado de sangramento.

Um paciente com setenta anos de idade, fumante de quarenta maços ao ano, foi atendido em serviço de pronto atendimento apresentando quadro de tosse com aumento da eliminação de secreção de coloração clara, associada à hemoptise de pequena monta, agravo da dispneia pré-existente e edema de membros inferiores. O paciente informou que esses sintomas persistiram ao longo de todo o dia. No exame físico, constatam-se obesidade; cianose de extremidades, com frequência respiratória de 28 irpm; oximetria de 86%; tempo expiratório maior que o inspiratório, com ausculta pulmonar sem ruídos adventícios; e edema de membros inferiores. Nesse sentido, considere que a sigla DPOC, sempre que utilizada, refere-se a doença pulmonar obstrutiva crônica.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens subsequentes.

- 73** O fato de o paciente apresentar *cor pulmonale* caracteriza estágio avançado da DPOC.
- 74** Oximetria de 86% não é sinal de gravidade do referido caso clínico, uma vez que paciente com DPOC suporta baixos níveis de oxigenação.
- 75** A causa mais provável da exacerbação da DPOC é infecção, sendo os vírus o agente etiológico de maior frequência.
- 76** Nesse caso clínico, a presença de hemoptise é um forte indício de diagnóstico de carcinoma broncogênico associado à DPOC.

Um paciente de dezoito anos de idade procurou ambulatório de posto de saúde ao verificar uma lesão papular única e indolor localizada no pênis. No exame físico, constatou-se que a base da lesão era lisa, de consistência firme, com bordas elevadas e sem secreção.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os próximos itens.

- 77** O medicamento de escolha para o tratamento desse paciente é a penicilina G Benzatina 2 400 000 UI, que deve ser aplicada via intramuscular, em dose única.
- 78** A chance de contágio é maior nessa fase da doença do que em outros estágios.
- 79** Para a confirmação diagnóstica, deverá ser realizada pesquisa de anticorpos, conhecidos como reagínicos.

Uma paciente com vinte anos de idade foi atendida em unidade de saúde relatando apresentar, havia quarenta e oito horas, manchas na pele levemente pruriginosas, associadas à astenia, leve dor articular e cefaleia. Ao exame físico, a paciente apresentou bom estado geral, temperatura axilar de 37,4 °C e sinais vitais sem alterações. O médico identificou, contudo, exantema maculopapular, distribuído por todo corpo, e sem descamação, bem como hiperemia de conjuntiva, sem secreção aparente.

Com base no caso clínico precedente, julgue os itens subsecutivos.

- 80** O diagnóstico laboratorial de zika vírus baseia-se principalmente na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos.
- 81** A súbita ocorrência de síndrome exantemática permite afirmar que a paciente apresenta quadro de zika vírus.
- 82** Hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido é um achado clínico encontrado frequentemente em pacientes com infecção por zika vírus.
- 83** Os sintomas causados pelo zika vírus perduram geralmente por três dias.

Um paciente de vinte e cinco anos de idade procurou um posto de saúde por apresentar, havia três meses, quadro clínico de febre vespertina de até 38 °C, sudorese noturna, tosse com eliminação de secreção amarelada e perda de 5 kg no período. No exame físico, o médico constatou crepitações expiratórias em região supraclavicular direita.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os seguintes itens.

- 84** A duração do tratamento deverá ser estendida até quarenta e oito horas após o período febril.
- 85** Para a confirmação do provável diagnóstico do referido caso clínico, será necessária a realização de radiografia de tórax.
- 86** A expectativa é que o resultado do exame de imagem identifique lesão na porção posterior do lobo superior direito.
- 87** O paciente deverá ser submetido a tratamento em regime ambulatorial.

Uma paciente com sessenta anos de idade foi atendida em emergência médica queixando-se de forte dor localizada na panturrilha direita associada à parestesia do pé direito. Segundo a paciente, a dor surgiu quando ela realizava caminhada, persistindo mesmo após repouso. Ao exame físico, a paciente apresentou pulsos pediosos diminuídos e palidez associada à redução da temperatura ao tato no pé direito.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 88** O referido quadro clínico é indicativo para o diagnóstico de insuficiência arterial crônica.
- 89** O tratamento da paciente deverá ser feito com pentoxifilina, devendo o médico prescrever, ainda, repouso e que a paciente mantenha a perna direita em elevação.
- 90** Tabagismo e diabetes melito são os fatores de risco mais importantes para a enfermidade apresentada pela paciente.

Um homem de trinta e oito anos de idade, com 85 kg de peso, sem antecedentes patológicos conhecidos, foi atendido em pronto-socorro, queixando-se de dor de forte intensidade em região oral, na região lateral direita da mandíbula, com três dias de evolução. Ao ser indagado, negou ter apresentado febre ou qualquer outro sintoma. No exame físico, em que o paciente se mostrou consciente e orientado no tempo e no espaço, foram obtidos os seguintes resultados: Glasgow 15, sem alterações cardiológicas e pulmonares detectáveis; pressão arterial de 129 mmHg × 86 mmHg; FC = 88 bpm; FR = 18 ipm; Sat = 96% em ar ambiente. Na oroscopia, foi revelada cratera em 2.º molar, com hiperemia gengival intensa periodôntica correspondente.

Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados:

Hemograma completo: Hb = 14,5; Ht = 46%; plaquetas = 190.000; leucócitos = 8.700 (sem desvio).

Bioquímica: Cr = 1,1; Ur = 30; TGO = 12; TGP = 15.

Eletrólitos: Na⁺ = 138 mEq/L; K⁺ = 3,8 mEq/L; Cl⁻ = 108 mEq/L.

Com fundamento no quadro apresentado, foi realizada analgesia; o paciente recebeu alta médica e foi orientado a procurar serviço de odontologia. Todavia, após quarenta e oito horas, o paciente retornou ao pronto atendimento, sem realizar a avaliação odontológica requisitada anteriormente, queixando-se de mal-estar geral. No exame físico, o paciente apresentou sonolência (Glasgow 13), taquidispnea, com FR = 29 ipm e PA = 95 mmHg × 55 mmHg e débito urinário de 200 mL em 12 horas. Os novos controles laboratoriais revelaram os seguintes resultados: Hb = 13,6; Ht = 40%; plaquetas = 89.000; Cr = 2,5; lactato = 4,5 mmol/L.

Foi realizada gasometria arterial, em que o paciente utilizou oxigênio com fração inspiratória de 35%, da qual se obtiveram os seguintes resultados: pH = 7,30; Bic = 18 mEq; pO₂ = 69 mmHg; pCO₂ = 31 mmHg. Os raios X de tórax não apresentaram alterações.

A partir do caso clínico precedente, julgue os itens que se seguem.

- 91 As bactérias Gram-positivas são os principais agentes etiológicos envolvidos em casos clínicos como esse.
- 92 Alteração do nível de consciência, pressão arterial sistólica menor que 100 mmHg e aumento da frequência respiratória são dados que indicam quadro séptico.
- 93 O desconforto respiratório com hipoxemia apresentado pelo paciente sugere o diagnóstico de síndrome da angústia respiratória aguda.
- 94 O distúrbio acidobásico encontrado na gasometria consiste em uma acidose metabólica associada à alcalose respiratória com ânion GAP normal.
- 95 De acordo com o critério RIFLE para injúria renal aguda, o paciente encontra-se na classificação “F” e, nesse caso, recomenda-se como tratamento inicial a diureticoterapia.

Um paciente com quarenta e cinco anos de idade, mecânico, foi atendido em pronto-socorro com relato de mialgia intensa, principalmente em membros inferiores, cefaleia e sonolência. Ao ser indagado, o paciente disse não ter histórico de doenças crônicas nem fazer uso de medicações. Ele informou, ainda, que os sintomas relatados apareceram uma semana após lavar o depósito da oficina onde trabalha. No exame físico, o médico constatou Glasgow 12, icterícia 1+4+, hiperemia conjuntival, rigidez de nuca 1+4+ e aparelho cardiovascular e respiratório sem alterações. Os exames laboratoriais indicaram os seguintes resultados: leucócitos = 18.500; bastões = 15%; eosinófilos = 0%; Na⁺ = 140; K⁺ = 2,4; creatinina = 6,0; bilirrubinas totais = 6,8 (com 5,0 de direta); TGO = 150; TGP = 190. Os resultados da citologia, citometria e bioquímica do liquor foram normais, e acusou diurese presente com 1 mL/kg/hora.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 96 Nesse caso, a ocorrência de hipocalemia deve-se à inibição de reabsorção de sódio nos túbulos renais proximais, que gera um aumento no aporte distal de sódio e, conseqüentemente, perda de potássio.
- 97 Caso o paciente apresente reação de Jarisch-Herxheimer, o médico deverá suspender imediatamente o tratamento com antibióticos.
- 98 A ausência de alterações no liquor exclui o diagnóstico de meningite.
- 99 Os mecanismos envolvidos no quadro de injúria renal são nefrite tubulointersticial e necrose tubular aguda.

Um homem de setenta e cinco anos de idade, portador de doença renal crônica secundária e glomerulonefrite, em tratamento conservador com a nefrologia, foi atendido em ambulatório com relato de quadro de cefaleia occipital, pulsátil, predominante no período vespertino, associada a tonturas e insônia.

Ao ser indagado, o paciente informou que esse quadro persistia havia três meses e que, por ser asmático, fazia uso crônico de broncodilatador e corticoide em doses baixas. Além disso, devido à anemia com estoques de ferro normais, havia três meses que fazia uso (três vezes por semana) de eritropoetina 4.000 UI SC.

O médico foi informado, ainda, de que, nas últimas consultas, a pressão arterial do paciente estava normal e que, na consulta mais recente, apresentou os seguintes achados clínicos: PA = 160 mmHg × 100 mmHg (sem outras alterações cardiológicas); Cr = 4,3 mg/dL; Ur = 88 mg/dL (níveis semelhantes aos da consulta anterior); Hb = 12,6; Ht = 36%; Na = 138 mEq/L; K⁺ = 3,5 mEq/L; ausculta respiratória normal e peso = 89 kg.

A respeito do caso clínico apresentado, julgue os seguintes itens.

- 100 Diante desse quadro clínico, o médico deverá encaminhar o paciente à cirurgia vascular para a confecção de fistula arteriovenosa.
- 101 A hipótese diagnóstica mais provável para o referido quadro clínico é a de hipertensão essencial.
- 102 A eritropoetina, produzida principalmente nas células epiteliais do tufo glomerular no seguimento anterior à arteriola eferente, estimula a medula óssea a produzir eritroblastos, atuando no controle hematimétrico.
- 103 A hipertensão caracteriza piora importante da função renal, apesar dos níveis estáveis de ureia e creatinina.
- 104 O médico deverá suspender o uso da eritropoetina, que é o provável causador da hipertensão.

Um homem de sessenta anos de idade, portador de hepatite C crônica diagnosticada havia vinte anos, refratária a tratamento prévio com Interferon e Ribavirina, foi atendido em ambulatório sem sinais clínicos e laboratoriais de insuficiência hepática. Ao ser indagado, negou histórico de hipertensão ou diabetes e disse que, havia cinco anos, não fazia mais uso de álcool e cigarro.

O paciente informou que, dado o quadro de ansiedade, fazia uso de paroxetina e que, havia cerca de um mês, apresentava dor em membros inferiores, de forte intensidade, com aumento progressivo. De acordo com o relato do paciente, o médico foi informado, ainda, de episódio de proeminência dolorosa da veia orbitária, com resolução espontânea após uma semana, e piora das crises de dor em MMII, refratária a AINES e dipirona.

Na investigação clínica, os resultados dos exames do paciente apresentaram as seguintes alterações: fator reumatoide = 1980 UI/ml; C3 = 4 mg/dL; pico policlonal de α 1 e β globulinas na eletroforese de proteínas com imunofixação; pesquisa de crioglobulinas positiva; elastografia hepática com grau 2\3 (F2\F3) de fibrose.

No que se refere ao caso clínico precedente, julgue os itens que se seguem, em relação à hepatite C e suas complicações.

- 105** Considerando o resultado da eletroforese de proteínas, um dos diagnósticos prováveis seria o de mieloma múltiplo.
- 106** A dor associada à proeminência vascular relatada e os referidos achados laboratoriais são compatíveis com quadro de crioglobulinemia mista, uma vasculite associada geralmente à hepatite C crônica.
- 107** Dado o grau de fibrose encontrado na elastografia, uma opção de tratamento para a hepatite C é a associação de Sofosbuvir e Daclatasvir.
- 108** Uma das primeiras linhas de tratamento a ser adotada nesse caso é a pulsoterapia com corticosteroides.
- 109** Os referidos achados laboratoriais são compatíveis com quadro de cirrose hepática.

Um paciente de cinquenta e cinco anos de idade, 65 kg e 1,81 m de altura, procurou assistência médica devido à dispnéia, que inicialmente ocorria aos médios esforços e, havia cerca de um mês, aos mínimos esforços. O paciente informou que era tabagista de longa data, com carga tabágica de vinte cigarros por dia nos últimos trinta anos e que não apresentava outras patologias.

Com relação ao caso clínico descrito e a patologia nele envolvida, julgue os próximos itens. Nesse sentido, considere que a sigla DPOC, sempre que utilizada, refere-se à doença pulmonar obstrutiva crônica.

- 110** O resultado da biometria do paciente indica piora no prognóstico.
- 111** O provável diagnóstico de DPOC para esse paciente será confirmado com a realização de uma espirometria cujos resultados apresentem relação entre volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e capacidade vital forçada (CVF) maior que 0,7 após o uso de broncodilatador.
- 112** O tabagismo é o principal fator de risco de DPOC, sendo essa uma patologia de evolução inexoravelmente progressiva, mesmo após o abandono do hábito de fumar.
- 113** Os portadores de doenças hereditárias com a deficiência de α -1-antitripsina apresentam maior risco de desenvolver DPOC.

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, no Brasil foram registrados 656.701 casos de AIDS (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico. Em 2011, foram notificados 38.776 casos da doença, e a taxa de incidência de AIDS no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes.

Internet: <www.aids.gov.br> (com adaptações).

No que tange a HIV/AIDS e sua evolução, julgue os itens subsecutivos.

- 114** Em pacientes que sofrem de emagrecimento, tosse e sudorese noturna, deve ser descartado quadro de tuberculose, que pode ser uma das primeiras manifestações em pacientes soropositivo.
- 115** Pacientes com contagem de CD4 < 500 não devem receber vacinas de agentes vivos.
- 116** O quadro da doença aguda assemelha-se ao de outras patologias virais, ocorrendo geralmente a soroconversão após seis meses do contágio.

No que concerne a possíveis efeitos colaterais de medicamentos, julgue os itens subsequentes.

- 117** O uso de tiazídicos deve ser evitado por pacientes hipertensos com hiperuricemia, uma vez que esse medicamento aumenta os níveis de ácido úrico.
- 118** O uso de metformina deve ser suspenso ao menos quarenta e oito horas antes da realização de exames contrastados com iodo, uma vez que a presença dessa substância aumenta o risco de nefropatia induzida por contraste.
- 119** A síndrome do homem vermelho é uma reação imunologicamente mediada que pode ocorrer devido à rápida infusão de vancomicina.
- 120** A pacientes em uso de azatioprina fica contraindicado o uso de alopurinol, dado o risco aumentado de leucopenia por toxicidade medular.

Espaço livre