



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

SELEÇÃO PARA ADMISSÃO DE RESIDENTES – 2010

PROGRAMAS

Cancerologia Clínica (R1)

Cardiologia (R1)

Endocrinologia (R1)

Gastroenterologia (R1)

Geriatria (R1)

Nefrologia (R1)

Pneumologia (R1)

Reumatologia (R1)

Código: 5.1.4

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Confira atentamente se os seus dados pessoais transcritos acima coincidem com o que está registrado em sua folha de respostas e se o programa de residência médica de sua opção, registrado em sua folha de respostas, está incluído entre os listados acima. Confira também o seu nome e o código do programa em cada página numerada deste caderno de prova. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes ao exame de habilidades e de conhecimentos. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito, ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais, programa ou código, 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 **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:
Aprenda rapidamente a lição e siga em frente.
- 3 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.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento 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**. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas respostas.

PROVA OBJETIVA

Acerca das doenças que acometem o esôfago, julgue os itens a seguir.

- 1 Dilatação do corpo do esôfago, perda da peristalse esofágica e extremidade distal do esôfago com afunilamento uniforme em bico são exemplos de alterações radiológicas observadas em esofagramas baritados de paciente com diagnóstico de acalasia de esôfago.
- 2 Pneumonia de aspiração, bronquiectasia e abscesso pulmonar são exemplos de complicações observadas em pacientes com diagnóstico de divertículo de Zenker.
- 3 A esofagite cáustica por ingestão de medicamentos pode ser causada por clindamicina, anti-inflamatórios não esteroidais, comprimidos de cloreto de potássio e vitamina C, entre outros, e pode ser prevenida pela ingestão de vários goles de água (antes e após a ingestão do medicamento) e pela manutenção de posição ortostática após a ingestão da medicação.
- 4 O esôfago de Barrett é uma complicação da doença por refluxo gastroesofágico e representa uma condição na qual o epitélio escamoso do esôfago é substituído por epitélio colunar metaplásico.

Uma paciente de 48 anos de idade procurou auxílio médico no setor de pronto-socorro de um hospital com relato de que, após a ingestão de uma feijoada, passou a apresentar dor inicialmente como cólica e que evoluiu para dor contínua, localizada no hipocôndrio direito, com irradiação para o dorso e para a região escapular direita. Informou também ter apresentado náuseas e dois episódios de vômitos. Relatou ter 5 filhos (parto normal), negou outras doenças prévias. O exame físico mostrou paciente ansiosa, obesa (índice de massa corporal = 35 kg/m^2), mucosas anictéricas, afébril, acianótica, pressão arterial de $125 \text{ mmHg} \times 80 \text{ mmHg}$, frequência cardíaca de 95 bpm. Exames respiratório e cardiovascular sem anormalidades. Exame do abdome mostrou hiperestesia cutânea no nível do 8.º e do 9.º espaço intercostal direito, com dor à palpação do local, presença do sinal de Murphy, sinais de irritação peritoneal ausentes, ruídos hidroaéreos presentes e normais. Os exames complementares iniciais mostraram: leucocitose moderada (14.000 células por μL) com desvio à esquerda, normobilirrubinemia, níveis normais de amilase sérica, de desidrogenase láctica, de fosfatase alcalina e de transaminases (TGO e TGP), glicemia de 110 mg/dL. Foram solicitados exames de imagem para investigação diagnóstica.

A partir da situação clínica acima apresentada, julgue os itens de 5 a 10.

- 5 A principal hipótese diagnóstica dessa paciente é pancreatite aguda.
- 6 A palpação de uma massa volumosa, lisa e globosa na topografia do hipocôndrio direito caracteriza o sinal de Murphy.

- 7 Síndrome do desconforto respiratório agudo, azotemia pré-renal e choque circulatório são exemplos de complicações frequentemente associadas ao principal diagnóstico da condição clínica descrita.
- 8 A ultrassonografia abdominal e a colecintilografia — cintilografia usando ácido imino-diácetico hepático (HIDA) — são os exames de imagem úteis para confirmação diagnóstica da condição clínica dessa paciente.
- 9 A condição clínica descrita é frequentemente associada à presença de cálculos biliares.
- 10 Como a paciente apresenta quatro critérios do escore de Ranson, é correto inferir que seu prognóstico é ruim, com elevado risco de complicações.

Um paciente de 58 anos de idade, sem quaisquer sintomas, procurou atendimento médico ambulatorial com vistas à realização de *checkup*. Informou ser tabagista há 25 anos e que sua mãe e seu pai faleceram de ataque cardíaco, ambos aos 75 anos de idade. Relatou também sedentarismo. O exame clínico mostrou: paciente consciente, orientado, eupneico, pressão arterial de $95 \text{ mmHg} \times 80 \text{ mmHg}$, frequência cardíaca de 75 bpm, índice de massa corporal igual a 28 kg/m^2 . Exame do aparelho respiratório e do abdome sem anormalidades. Extremidades com discretas varizes em membros inferiores. O exame cardiovascular evidenciou precórdio calmo, *ictus cordis* visível e palpável no 5.º espaço intercostal esquerdo e na linha hemiclavicular esquerda, com 2,5 cm de extensão, com impulsividade aumentada (cupuliforme), presença de frêmito sistólico +3/+4 em foco aórtico irradiado para fúrcula esternal e ao longo do trajeto das artérias carótidas. Auscultou-se ritmo cardíaco regular em três tempos à custa de quarta bulha, segunda bulha única em foco aórtico (apenas componente P2), presença de clique sistólico sucedido por sopro sistólico ejetivo, grau IV de Levine, mais bem audível em foco aórtico e irradiado para a base do pescoço e para as artérias carótidas, que reduz de intensidade após a realização da manobra de prensão manual (*hand grip*), pulso carotídeo tem amplitude reduzida e enchimento com duração lentificada, ausência de turgência jugular a 45°. O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal, com frequência ventricular média de 70 spm, eixo do QRS a -35° , sobrecarga atrial esquerda, onda S em V1 com 35 mm de amplitude, infradesnívelamento do segmento ST com onda T negativa (padrão *strain*) em derivações V5 e V6.

Considerando os dados clínico-laboratoriais apresentados acima, julgue os itens de 11 a 16.

- 11 A principal hipótese diagnóstica é de dupla lesão aórtica com predomínio de estenose aórtica.
- 12 A presença de frêmito sistólico, sopro sistólico ejetivo e as características do pulso carotídeo compõem a chamada tríade clássica de estenose aórtica e associam-se a mau prognóstico.

- 13** A redução da intensidade do sopro sistólico em decorrência da realização da manobra de preensão manual decorre da diminuição da pré-carga de trabalho cardíaco, a qual, por seu turno, leva a uma redução no gradiente pressórico transvalvar aórtico.
- 14** As características semiológicas do pulso carotídeo permitem classificá-lo como do tipo *bisferiens*.
- 15** Com base nos critérios propostos por Romhilt-Estes, os achados eletrocardiográficos apresentados permitem o diagnóstico de definida sobrecarga ventricular esquerda.
- 16** Considere ainda que o paciente em questão, em outro dia, tenha dado entrada no pronto-socorro com quadro de edema agudo de pulmão e, durante a monitorização eletrocardiográfica, tenha sido realizado o registro em papel (velocidade do papel 25 mm/s, calibração 1 cm = 1 mV, derivação de monitor MC1) apresentado abaixo. Nessa situação, é correto afirmar que a arritmia observada é a taquicardia paroxística supraventricular com reentrada nodal.



Dar Moreira. *Arritmias cardíacas*, 1995 (com adaptações).

Um paciente com 70 anos de idade apresenta há 2 semanas quadro clínico caracterizado por mal-estar geral acompanhado de anorexia, náuseas e vômitos. Após uma semana, o paciente apresentou cefaleia e febre remittente de 39 °C que não cedia com o uso de antipiréticos. Os familiares notaram o surgimento de confusão mental cerca de 24 horas antes da internação do paciente. Por duas ocasiões, procurou assistência médica, tendo recebido tratamento para virose. Quando da internação, o exame físico mostrou paciente prostrado e sonolento, que respondia a estímulos verbais, embora de maneira lentificada. Observou-se a presença dos sinais de Kerning e Brudzinski. O exame do liquor mostrou líquido límpido, hipertenso, com celularidade de 500/mm³ e predomínio linfocitário, taxa de proteínas de 300 mg% e a de glicose de 30 mg%. Não se identificou a presença de bactérias e fungos no citado material biológico. Foram solicitados alguns exames complementares prospectivos, tendo sido encontrados micronódulos difusos de distribuição aleatória na radiografia de tórax. Procedeu-se ao exame de PPD, que se revelou negativo.

Com base nesse quadro clínico, julgue os itens a seguir.

- 17** A presença de febre remittente significa que ocorrem oscilações diárias da temperatura cujos picos máximo e mínimo não vão além de 1 °C.
- 18** PPD não reator indica grande probabilidade de o paciente não ter tido contato com o bacilo de Koch.
- 19** O sinal de Brudzinski é obtido quando se observa a flexão involuntária da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia ao se tentar antefletir a cabeça.
- 20** Os resultados encontrados na análise do liquor são muito sugestivos de infecção viral.
- 21** A prescrição de corticosteroides em situações clínicas como a descrita tem como justificativa diminuir o edema e o processo inflamatório cerebral.

Um paciente com 19 anos de idade, trabalhador rural, procurou assistência médica ambulatorial em virtude de apresentar, há 3 dias, quadro clínico caracterizado por intenso prurido em todo o corpo, mais intenso à noite. O exame físico mostrou a presença de vesículas e pápulas nas regiões interdigitais, periumbilical, pubiana e no pênis.

Considerando a situação hipotética descrita acima, julgue os itens seguintes.

- 22** O período mais provável de transmissão dessa doença ocorre nos dois dias que antecedem às manifestações clínicas até o segundo dia de sintomatologia.
- 23** O tratamento dessa doença deve obedecer a dois ciclos com intervalo de uma semana entre eles.
- 24** É possível a transmissão da doença em tela pelo contato sexual.
- 25** Podem ocorrer infecções dérmicas secundárias que, dependendo da bactéria causadora da doença, podem levar ao desenvolvimento de glomerulonefrite.
- 26** Se os sintomas da doença reaparecerem decorridas quatro semanas do final do tratamento, deve-se considerar fracasso terapêutico.

Uma mulher de 62 anos de idade tem diagnóstico, há mais de 15 anos, de artrite reumatóide e, associadamente, apresenta anemia normocrômica, normocítica e hipoproliferativa associada com diminuição do ferro sérico e da saturação da transferrina, mas com aumento do ferro de depósito.

Acerca desse caso e das alterações hematológicas relatadas, julgue os itens a seguir.

- 27** Considerando o tipo mais provável de anemia apresentada pela paciente, os possíveis mecanismos etiofisiopatogênicos envolvidos são: resposta medular inadequada diante de secreção inapropriadamente baixa de eritropoetina (EPO), diminuição da resposta da medula óssea à administração de EPO e uma menor oferta de ferro à medula óssea, entre outros.
- 28** Níveis reduzidos de hepcidina, uma proteína de síntese hepática que atua aumentando a absorção intestinal de ferro, pode ser fator contribuinte para explicar a anemia da paciente em tela.

Considere que uma mulher de 46 anos de idade procurou avaliação médica por ter apresentado nódulo tireoidiano e surtos de palpitação, ansiedade, cefaleia e inquietação. Na investigação, foi diagnosticada neoplasia endócrina múltipla do tipo 2 (NEM-2). A respeito dessa endocrinopatia, julgue os itens seguintes.

- 29** Essa síndrome, assim como suas variantes, tem sido observada em todos os grupos étnicos ao redor do mundo, mas afeta em maior número mulheres de meia idade.
- 30** A causa genética das síndromes e variantes da NEM-2 envolve mutações no proto-oncogene RET no locus 10q11.2 C.
- 31** O feocromocitoma que ocorre em pacientes com NEM-2 tem sua localização quase sempre na medula adrenal e produz tipicamente epinefrina.

Um paciente de 75 anos de idade e tabagista de 50 maços por ano informou apresentar tosse matinal desde os 50 anos de idade. Passados 10 anos, começou a sentir a associação de dispneia aos esforços moderados e gripes frequentes. Tais sintomas intensificaram-se em uma frequência de pelo menos 4 meses ao longo do ano. Resolveu buscar assistência médica a partir do momento em que notou grande dificuldade para barbear-se e tomar banho sozinho. O exame físico revelou redução global do murmúrio vesicular. A radiografia de tórax mostrou retificação da cúpula diafragmática. Com a realização da espirometria, identificou-se capacidade vital forçada (CVF) a 60% do previsto, com VEF1 a 30% do previsto e índice de Tiffenau com valor de 50%, sem resposta ao uso do broncodilatador.

Com referência ao quadro clínico acima, julgue os itens que se seguem.

- 32** Os dados apresentados não são suficientes para se estabelecer um diagnóstico de certeza.
- 33** De acordo com o conteúdo das informações, é provável que a dispneia do paciente seja do tipo expiratória.
- 34** A retificação da cúpula diafragmática pode decorrer de estado de hiperinsuflação pulmonar.
- 35** Programa de reabilitação pulmonar deve ser incluído no plano terapêutico do paciente.
- 36** O grau de comprometimento da doença pode ser classificado como moderado, pois ainda não há evidências de *cor pulmonale* nem a necessidade do uso de oxigênio suplementar.

Um paciente de 65 anos de idade, com diagnóstico de câncer de pulmão, procurou atendimento médico, relatando intensa dor lombar bilateral, com irradiação para a região glútea, que piora quando tosse e espirra, e que durante a noite tinha dificuldade de conciliar o sono, e melhorava com a posição ortostática. Informou também que passou a apresentar fraqueza e sensação de formigamento ascendente nos membros inferiores. No exame físico realizado, destacaram-se apenas a diminuição da força muscular e a constatação de anestesia ascendente nos membros inferiores, sem outras anormalidades importantes.

Diante dessa situação clínica, julgue os itens que se seguem.

- 37** As manifestações clínicas apresentadas pelo paciente sugerem como principal hipótese diagnóstica a doença leptomeníngea (meningite carcinomatosa).
- 38** O uso de glicocorticoides é formalmente contraindicado nessa situação clínica, mesmo em associação com outras modalidades terapêuticas, pois sua utilização induz significativa piora no prognóstico da função motora.

Considerando que a primeira manifestação de paciente com câncer seja representada por uma síndrome paraneoplásica, julgue os itens seguintes, acerca de manifestações clínicas associadas aos cânceres.

- 39** O câncer de pulmão do tipo pequenas células apresenta frequente associação com síndromes paraneoplásicas.
- 40** Policitemia, hipertireoidismo, dermatomiosite, síndrome de secreção inapropriada do ADH e trombocitose são exemplos de manifestações descritas como síndromes paraneoplásicas.

Uma mulher de 36 anos de idade, branca, casada, comerciária, apresentou, há 30 dias, náuseas, vômitos, febre e mialgia, com duração de aproximadamente quatro dias, tendo melhorado com o uso de medicações sintomáticas. Há uma semana, passou a apresentar edema facial e de membros inferiores acompanhado de cefaleia. Buscou auxílio médico, tendo sido constatada hipertensão arterial sistêmica com níveis de 160 mmHg × 110 mmHg, quando lhe foram prescritos furosemida e captopril; em seguida, a paciente foi encaminhada para o nefrologista, devido à presença de anormalidades no exame de urina e à redução da função renal. Na consulta nefrológica, a paciente negou tabagismo, etilismo e antecedentes pessoais e familiares de nefropatias, hipertensão arterial e diabetes. Durante o exame físico, foram observados edema frio, depressível e indolor, localizado nos membros inferiores, e pressão arterial aferida de 170 mmHg × 100 mmHg. Nos exames complementares, foram constatados: 1) hemoglobina de 11,0 g/L e hematócrito de 34%; 2) VHS de 55 mm; 3) sumário de urina com proteinúria (+++), 40 eritrócitos por campo com hemácias dismórficas e presença de cilindros de gordura birrefringentes; 4) urocultura negativa; 5) proteinúria de 24 horas de 5,3 g; 6) colesterol total de 360 mg/dL; 7) exames sorológicos – FAN (fator antinúcleo), anti-DNA, anti-Sm, anti-Jo-1, anti-La, anti-RNP, anticoagulante lúpico e anticardiolipina, Anca, sorologia para vírus da hepatite B, vírus da hepatite C e HIV, todos negativos; 8) fator C3 do complemento de 70 mg/dL (discretamente reduzido) e fator C4 menor do que 6 mg/dL (redução acentuada); 9) fator reumatoide aumentado em 350 UI/mL; 10) pesquisa de crioglobulinas no soro foi positiva em uma das amostras; 11) A PCR para vírus C da hepatite foi negativa. Foi então indicada e realizada biópsia renal na paciente, cujo resultado mostrou presença de trombos intraluminais nos capilares glomerulares vistos à microscopia óptica, depósitos de imunoglobulina M nas alças capilares vistos à microscopia de imunofluorescência e depósitos subendoteliais observados à microscopia eletrônica.

Diante desse caso, julgue os próximos itens.

- 41** A paciente apresenta uma possível glomerulonefrite que cursa com consumo de complemento com títulos muito baixos de C4 e com C3 discretamente reduzido, sugerindo uma ativação do sistema de complemento pela via alternada (properdina).
- 42** A crioglobulinemia do tipo I geralmente está associada com infecção pelo vírus C da hepatite.
- 43** O resultado da biópsia renal realizada é compatível com o diagnóstico de crioglobulinemia com envolvimento renal.
- 44** Nesse caso, a glomerulonefrite membranoproliferativa do tipo II deve ser considerada no diagnóstico diferencial, entretanto a presença de fator reumatoide elevado, de crioglobulinemia, o consumo do fator C4 do complemento e a ausência de depósitos de C3 no mesângio e capilares glomerulares à microscopia de imunofluorescência excluem esse diagnóstico.

Um paciente de 32 anos de idade apresentou polidipsia e poliúria. No teste de privação hídrica, não apresentou osmolaridade urinária acima de 300 mOsm/L, mesmo diante de desidratação hipertônica. Entretanto, após a administração de derivado da arginina vasopressina (AVP), observou-se aumento significativo da osmolaridade urinária (>600mOsm/L).

A respeito desse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 45** Na condição clínica relatada, deve ser indicado como tratamento o uso de diurético tiazídico ou droga inibidora das prostaglandinas.
- 46** Entre as causas de diabetes insípido central adquirido podem ser citadas a sarcoidose e o uso crônico de lítio.

A punção aspirativa da tireoide para a realização de biópsia constitui recurso essencial na avaliação do nódulo solitário e do nódulo dominante no bócio multinodular, pois sua utilização diminuiu de modo significativo o número de pacientes submetidos à tireoidectomia. Com respeito a esse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 47** As amostras obtidas nesse tipo de exame, quando analisadas por citopatologistas experientes, podem atingir uma acurácia diagnóstica de até 95%.
- 48** A biópsia de material obtido por punção aspirativa por agulha fina da tireoide não é capaz de diferenciar entre o adenoma e o carcinoma folicular.

Considere que, em uma mulher de 43 anos de idade, com queixas de boca seca e aumento das glândulas salivares, que apresenta fenômeno de Raynaud, foi constatado o diagnóstico de doença de Mikulicz ou síndrome Sicca. Acerca dessa doença, julgue os itens a seguir.

- 49** Nessa doença, os anticorpos Anti-SS-A-Ro e anti-SSB-La estão presentes em cerca de 80% dos acometidos e estão relacionados com manifestações clínicas como vasculites, púrpuras, pancitopenia e acidose tubular renal.
- 50** Em geral, nesse tipo de doença não se verifica hipergamaglobulinemia monoclonal quando há manifestações extraglandulares ou associação com linfomas.
-

