



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2018

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

ENDOCRINOLOGIA, GERIATRIA, PNEUMOLOGIA

19 de novembro de 2017

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.

- 1 Confira se o Boletim que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.
- 2 Este Boletim contém a PROVA OBJETIVA.
- 3 O Boletim de Questões consistirá de 20 (vinte) questões de múltipla escolha, sendo 20 (vinte) questões da especialidade Clínica Médica. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.
- 4 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
- 5 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente o fiscal de sala.
- 6 O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.
- 7 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu.
- 8 Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.
- 9 No Cartão-Resposta não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 10 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
- 11 O Cartão-Resposta será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.
- 12 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14 horas e término às 18 horas, observado o horário de Belém/PA.
- 13 O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova.
- 14 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.



MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 1 A 20.

CLÍNICA MÉDICA

- 1 Paciente com diagnóstico de lúpus e que deseja engravidar. São autoanticorpos que devem ser solicitados para vigilância na gestação:
- (A) FAN, Anti-DNA, Anti-SM e complementos séricos.
 - (B) Anti-RO e LA, Anti-RNP, antinucleossomo e Anti-P ribossomal.
 - (C) Anti-RO e LA, anticardiolipinas IgM/IgG e anticoagulante lúpico.
 - (D) FAN, Anti-SM, Anti-RNP, complementos séricos.
 - (E) Antinucleossomo, Anti-DNA, anticardiolipinas IgM/IgG.
- 2 Em relação à gota, é correto afirmar que
- (A) a dosagem de ácido úrico sérico normal durante um episódio de crise aguda afasta o diagnóstico de gota.
 - (B) durante um episódio de crise aguda deve se iniciar o uso de alopurinol e anti-inflamatório não hormonal.
 - (C) para o diagnóstico definitivo de gota aguda é necessária a comprovação de hiperuricemia.
 - (D) a colchicina é o medicamento indicado para o tratamento da crise aguda e para a prevenção de outras crises.
 - (E) os alimentos pobres em proteínas devem ser evitados pelos pacientes com diagnóstico de gota.
- 3 Mulher, 46 anos, descendente de italianos, sem doença prévia diagnosticada, negava queixas clínicas. Encaminhada para o hematologista, pois, durante exame admissional para seu novo emprego, foi evidenciada anemia discreta com padrão microcítico e hipocrômico com índice de anisocitose eritrocitária (RDW) dentro do valor de referência. Ao ser interrogada, negava qualquer antecedente pessoal importante, já era menopausada, negava uso de medicamentos e referiu que sua mãe apresentava anemia discreta. Negava saber de outras doenças hematológicas na família. Considerando as informações do caso, dentre os exames abaixo, o mais importante para elucidação diagnóstica seria
- (A) eletroforese de hemoglobina.
 - (B) teste de coombs.
 - (C) atividade da G6PD.
 - (D) dosagem de vitamina b12.
 - (E) dosagem de ácido fólico.
- 4 Homem, 65 anos, natural de Belém, onde reside, procura atendimento devido a quadro insidioso de fadiga, perda de peso e febre baixa. No exame físico: regular estado geral, hipocrômico, com esplenomegalia sem outras alterações significativas. Dentre os exames solicitados na avaliação inicial, encontram-se a ultrassonografia de abdome, que confirmou a esplenomegalia, e o hemograma, que apresentava leucocitose $30.000/\text{mm}^3$, granulócitos em todas as fases de maturação, predominando os mielócitos e as formas maduras, além da presença de basofilia, desidrogenase láctica elevada. O diagnóstico mais provável é
- (A) Esquistossomose.
 - (B) Leucemia Mieloide Crônica.
 - (C) Mieloma Múltiplo.
 - (D) Amiloidose.
 - (E) Linfoma de Hodgkin.
- 5 Homem, 35 anos, com quadro de anemia hemolítica e disfunção erétil, evoluiu com trombose na veia hepática. Ao hemograma, além da anemia, apresentava leucócitos e plaquetas diminuídos. A hipótese diagnóstica mais provável é
- (A) Esferocitose hereditária.
 - (B) Eliptocitose congênita.
 - (C) Anemia de Diamond-Blackfan.
 - (D) Anemia de Fanconi.
 - (E) Hemoglobinúria Paroxística Noturna.



- 6 Paciente do gênero feminino, 50 anos, autônoma, vem para atendimento na unidade de saúde do Guamá com queixa de tosse produtiva há aproximadamente 30 dias associada à perda de peso (4 quilos), dor torácica, febre vespertina e sudorese noturna. Informa que é portadora de insuficiência renal e que faz hemodiálise 3 vezes na semana há 5 anos. Refere casos de tuberculose na família há 2 anos. Não foi submetida à investigação para infecção latente para tuberculose (ILTB). Ao exame físico: Geral = regular estado geral, hipocorada, acianótica, anictérica, afebril. Ausculta pulmonar = crepitações grossas e roncões no terço superior do hemitórax direito. Peso = 45 quilos. Solicitadas pesquisa de BAAR no escarro e radiografia de tórax. As duas amostras coletadas foram negativas e a radiografia de tórax identificou condensação com cavitação de perimeio no lobo superior direito. Obs: R = rifampicina, H = isoniazida, Z = pirazinamida, E = etambutol. A conduta correta neste caso é
- (A) solicitar teste rápido molecular (TRM) para BAAR no escarro. Se TRM negativo, solicitar cultura para BAAR no escarro e iniciar tratamento empírico com esquema RHZE por 6 meses (RHZE 2 meses / RH 4 meses) com ajuste nas doses de HZE.
 - (B) solicitar teste rápido molecular (TRM) para BAAR no escarro. Se TRM negativo, solicitar cultura para BAAR no escarro e aguardar resultado confirmatório para iniciar o tratamento.
 - (C) solicitar cultura para BAAR no escarro e iniciar tratamento empírico com esquema RHZE por 6 meses (RHZE 2 meses / RH 4 meses) com ajuste na dose de R.
 - (D) solicitar cultura para BAAR no escarro e aguardar resultado confirmatório para iniciar o tratamento.
 - (E) solicitar teste rápido molecular (TRM) para BAAR no escarro. Se TRM positivo, solicitar cultura para BAAR no escarro e iniciar tratamento com esquema RHZE por 6 meses (RHZE 2 meses / RH 4 meses) com ajuste na dose da R.
- 7 A asma é um problema mundial. A Organização Mundial de Saúde estima que 235 milhões de pessoas sofrem desta doença, o que promove grande impacto socioeconômico. Em relação à asma, é correto afirmar que
- (A) o tratamento de manutenção deve ser ajustado de acordo com o nível de controle da doença, sendo que, após 3 meses de controle, pode-se realizar a redução gradual das medicações utilizadas.
 - (B) a associação de corticoide inalatório com broncodilatador beta 2-adrenérgico de curta duração como tratamento de manutenção é uma opção quando não se consegue o controle adequado somente com corticoide inalatório.
 - (C) atualmente pode-se utilizar um LAMA (anticolinérgico de longa ação), como o tiotrópio, isolado ou associado a corticoide inalatório e LABA (beta-agonista de ação prolongada) no tratamento de manutenção da asma de difícil controle.
 - (D) o vilanterol é um SABA (beta 2 agonista de curta ação), atualmente considerado uma opção para tratamento de manutenção quando associado a corticoide inalatório.
 - (E) o tratamento de manutenção da asma é dividido em 3 “steps” de tratamento, os quais devem ser reavaliados continuamente segundo o nível de controle da doença.
- 8 Paciente diabética tipo 2, 35 anos, assintomática, obesa, em uso de metformina XR 2000 mg/dia (dose máxima) há 6 meses. Refere fazer dieta e atividade física regularmente. Traz em retorno ambulatorial os seguintes exames: glicemia de jejum: 90 mg / dl, hemoglobina glicada (HbA1c): 7.8 %. Em relação à interpretação dos exames, correlacionando-os com as informações clínicas descritas, é correto afirmar:
- (A) A HbA1c deve ser ignorada devido ao pouco tempo de uso da metformina XR e a terapêutica deve ser mantida.
 - (B) O acréscimo de glibenclamida constitui-se a melhor opção terapêutica.
 - (C) Deve-se acrescentar insulino terapia no esquema basal e bólus, como primeira opção.
 - (D) Análogos do GLP-1 ou inibidores do SGLT-2 podem ser considerados como terapia adicional à metformina XR.
 - (E) Deve-se diminuir a dose de metformina XR para evitar hipoglicemias.
- 9 Na avaliação de um paciente com um nódulo na tireoide, a conduta inicial mais adequada é
- (A) avaliação da função tireoidiana.
 - (B) realização de cintilografia da tireoide.
 - (C) ressecção do nódulo para análise histopatológica.
 - (D) realização de punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassonografia.
 - (E) dosar tireoglobulina.



- 10 Paciente 17 anos, sexo feminino, sem antecedentes pessoais relevantes, vem apresentando há 2 dias quadro de nictúria, poliúria e polidipsia. Há 12 horas iniciou dor abdominal e vômitos, e há cerca de 1 hora vem apresentando queda do nível de consciência. Ao exame físico, nota-se pele desidratada, taquipneia (30 ipm), pressão arterial: 90/ 60 mmHg, frequência cardíaca: 115 bpm. Ausculta pulmonar e cardíacas normais. Abdome discretamente distendido, com ruídos hidroaéreos presentes. Exames laboratoriais: glicemia: 480 mg/dl; hemograma: série vermelha normal, série branca: leucócitos 16.000 com 70% de neutrófilos e 2% de bastões; creatinina: 1, 6 mg / dl; ureia: 70 mg / dl. Na gasometria venosa verifica-se pH: 7,1 e bicarbonato de 8 mEq/ L (vr: 20-30); sódio: 140 mEq/ L (vr: 135- 145), potássio: 5 mEq/ L (vr: 3,5 - 5,5), urina EAS: 3 piócitos/ campo, glicose: 4 +, corpos cetônicos: 2 +.
- A conduta que apresenta a primeira e mais importante etapa do tratamento é a
- (A) Antibioticoterapia empírica.
 - (B) Insulinoterapia endovenosa.
 - (C) Insulinoterapia intramuscular.
 - (D) Hidratação com soro fisiológico 0,9%.
 - (E) Correção da acidose metabólica com bicarbonato de sódio endovenoso.
- 11 Paciente, 16 anos, sexo masculino, evolui há 7 dias com quadro de edema em membros inferiores e face, além de hematúria. Ao exame físico, observa-se edema 2+/ 4 + em membros inferiores e edema periorbitário bilateral, além de dor à percussão em flancos, de intensidade leve, bilateralmente. PA: 145/ 92 mmHg. Exames laboratoriais: urina EAS: hematúria 3 +, proteinúria 1 +, leucocitúria moderada com cilindros granulados; creatinina 1, 3 mg /dl; albumina: 3, 2 mg / dl, complemento sérico (C3) diminuído e ASLO +. A hipótese diagnóstica mais provável para este caso é
- (A) nefropatia tubulointersticial aguda.
 - (B) pielonefrite aguda.
 - (C) nefropatia por IgA.
 - (D) síndrome nefrótica.
 - (E) glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica.
- 12 Paciente, 65 anos, evoluindo com quadro agudo de fibrilação atrial de alta resposta. História prévia de disfunção ventricular esquerda moderada. Entre as opções para tratamento farmacológico imediato, a mais correta seria
- (A) amiodarona.
 - (B) metoprolol.
 - (C) propafenona.
 - (D) quinidina.
 - (E) deslanosídeo.
- 13 Na encefalopatia hipertensiva, o fármaco endovenoso de escolha é
- (A) nitroglicerina.
 - (B) hidralazina.
 - (C) esmolol.
 - (D) nitroprussiato de sódio.
 - (E) furosemida.
- 14 Paciente jovem deu entrada na emergência com quadro de dor torácica à inspiração profunda, com antecedentes de estado gripal há uma semana. O ECG revela supradesnivelamento difuso do segmento ST exceto em V1 e AVR (nesta última derivação observa-se supradesnivelamento do segmento PR). O diagnóstico mais provável é
- (A) infarto agudo do miocárdio.
 - (B) pericardite.
 - (C) embolia pulmonar.
 - (D) pneumotórax.
 - (E) pneumonia.



- 15 Paciente do sexo masculino, 65 anos de idade, é internado com hemorragia digestiva baixa. Ao exame físico, encontra-se com PA de 94 x 59mmHg, frequência cardíaca de 117 bpm e frequência respiratória de 29 ipm. Em sua abordagem inicial, é recomendado
- (A) iniciar o preparo para a realização do exame endoscópico de urgência.
 - (B) iniciar infusão venosa contínua de noradrenalina para controle da pressão arterial.
 - (C) reposição volêmica inicial com cristaloides.
 - (D) infusão de hemoderivados.
 - (E) monitorização invasiva da pressão arterial.
- 16 Paciente, 26 anos de idade, realizou endoscopia digestiva alta devido a queixas dispépticas iniciadas há 6 meses e foi evidenciada úlcera duodenal A1 de Sakita. Realizado teste da urease, sendo positivo. A conduta mais adequada neste caso é
- (A) tratamento de erradicação do *Helicobacter pylori* por 7 dias.
 - (B) tratamento de erradicação do *Helicobacter pylori* por 28 dias.
 - (C) bloqueadores H2 por 3 meses.
 - (D) inibidor de bomba de prótons por 3 meses.
 - (E) inibidor de bomba de prótons por 3 meses em dose dobrada.
- 17 Mulher, com 75 anos, hipertensa, internada há 30 dias, com quadro de insuficiência cardíaca descompensada após quadro infeccioso, em uso de clindamicina, furosemida, betabloqueador, IECA e inibidor da bomba de prótons. Evoluiu há 2 dias com quadro de diarreia importante, dor abdominal e febre. A etiologia mais provável pela diarreia da paciente e o tratamento mais adequado são
- (A) *Clostridium difficile*, vancomicina endovenosa.
 - (B) *Clostridium difficile*, vancomicina via oral.
 - (C) *Clostridium difficile*, imipenem endovenoso.
 - (D) *Chlamydia trachomatis*, vancomicina endovenosa.
 - (E) *Chlamydia trachomatis*, imipenem endovenoso.
- 18 Paciente, sexo masculino, 28 anos de idade, portador do HIV, ainda não iniciou tratamento. Apresenta tosse seca há 4 semanas e evolui com dispneia importante nos últimos 7 dias. Ao exame físico, apresenta-se hemodinamicamente estável, sem alterações na ausculta cardíaca e com presença de estertores crepitantes em ambos os pulmões até terços médios. A radiografia de tórax identificou opacidades intersticiais difusas bilaterais com predomínio central e sem derrame pleural. A hipótese diagnóstica mais provável a ser considerada diante deste caso clínico é
- (A) fibrose pulmonar idiopática.
 - (B) pneumonia adquirida na comunidade.
 - (C) pneumocistose.
 - (D) aspergilose broncopulmonar alérgica.
 - (E) tuberculose pulmonar.
- 19 Homem de 23 anos admitido no pronto-socorro com quadro de cefaleia holocraniana, náuseas e febre há 3 dias. Apresenta sinal de Kernig positivo e glicemia capilar de 112 mg/dl. Realizado LCR com o seguinte resultado (células 774/mm², 68% linfócitos, 10% monócitos, 22% polimorfonucleares, proteínas 242 mg/dl, glicose 22 mg/dl). A melhor conduta terapêutica é
- (A) Aciclovir.
 - (B) Ceftriaxone.
 - (C) Oxacilina.
 - (D) Anfotericina B.
 - (E) Sintomáticos e observação neurológica.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2018
EDITAL Nº 1 – COREME/UFPA, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017



- 20 Paciente de 69 anos é trazido pela filha em consulta médica com história de fraqueza do lado esquerdo do corpo, além de sensação de lentidão para caminhar, vestir-se, alimentar-se e fazer barba. Já apresentou pelo menos três episódios de queda desde o início dos sintomas. Nega comorbidades associadas e uso de medicamentos. Ao exame neurológico, observa-se bradicinesia, rigidez plástica e ausência de hiper-reflexia tendínea. A hipótese diagnóstica mais provável é
- (A) ataxia cerebelar.
 - (B) distúrbio de marcha do idoso.
 - (C) acidente vascular cerebral.
 - (D) doença de Parkinson.
 - (E) doença do neurônio moto inferior.