



**PROCESSO SELETIVO DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2020
EDITAL Nº 1 – COREME HJBB/UFPA, DE 27 DE DEZEMBRO DE
2019**

**Programas de Residência Médica com exigência de
Pré-Requisito em Clínica Médica**

Endocrinologia, Geriatria, Pneumologia

02 de fevereiro de 2020

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. 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 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
- 10 No Cartão-Resposta não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis ou com marcação com caneta de cor não especificada no edital, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 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 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.

Boa Prova!



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

CLÍNICA MÉDICA

- 1** Paciente, sexo masculino, 30 anos, em uma campanha de saúde foi medida sua pressão arterial (PA) que estava alterada (160x100mmHg) e por isso veio ao atendimento. Trouxe medidas residenciais de pressão arterial: 170x100 mmHg; 160x90 mmHg e 165x95 mmHg. Negava adoecimentos prévios, e referia: tios, tias, mãe, e dois irmãos com hipertensão, maioria diagnosticada com cerca de 35 anos de idade. Durante a consulta, PA: 165x95mmHg, frequência cardíaca: 65bpm, pulsos presentes e simétricos, ausculta cardiopulmonar normal. Exames laboratoriais: glicemia: 85mg/dl (valor de referência: 75 - 99 mg/dL), hemograma sem alterações, cálcio: 9,2mg/dl (valor de referência: 9,0-10mg/dl), K (potássio): 3,2 mmol/L (valor de referência: 3,5-5,0 mmol/L); Na (sódio): 140 mmol/L (valor de referência: 135-145 mmol/L), gasometria venosa evidenciando alcalose metabólica, creatinina: 0,6 mg/dL (valor de referência: 0,4-1,2mg/dL). Considerando o caso acima, assinale a alternativa correta.
- (A) Caso clínico de provável hipertensão essencial, a conduta mais adequada seria orientar modificação de estilo de vida e retorno em 3 meses para avaliar introdução de terapia medicamentosa.
- (B) Devido às características do caso, deve-se suspeitar de hipertensão secundária, especialmente, pela investigação inicial, de hiperaldosteronismo. Deve-se progredir com a investigação, incluindo entre os exames: atividade plasmática de renina e aldosterona para se rastrear esta causa.
- (C) Devido às características do caso, deve-se suspeitar de hipertensão secundária, especialmente, pela investigação inicial, de estenose da artéria renal. Deve-se progredir com a investigação, incluindo entre os exames: atividade plasmática de renina e aldosterona para se rastrear esta causa.
- (D) Devido às características do caso, deve-se suspeitar de hipertensão secundária, especialmente, pela investigação inicial, de estenose de artéria renal. Deve-se progredir com a investigação, incluindo entre os exames: ultrassonografia de rins e vias urinárias para se rastrear esta causa.
- (E) Devido às características do caso, deve-se suspeitar de hipertensão secundária, especialmente, pela investigação inicial, de hipertireoidismo. Deve-se progredir com a investigação, incluindo dentre os exames TSH e T4 livre para se rastrear esta causa.
- 2** Mulher, 35 anos, comparece à consulta queixando-se de incômodo cervical e irregularidade menstrual, sem outras queixas. Trouxe exame de ultrassonografia de tireoide do mês anterior que evidenciou em lobo direito: nódulo hipocogênico com contornos regulares, sem calcificação, medindo: 1,6x1,5x1,0cm. Ao exame físico: consciente e orientada, pressão arterial: 125x80 mmHg, frequência cardíaca: 102bpm, tireoide à palpação com nódulo fibroelástico e móvel em lobo direito com cerca de 1,5cm. Trouxe exames de hormônio tireoestimulante (TSH): 0,01mUI/L (valor de referência: 0,35 a 5,5 mUI/L); tiroxina livre (T4 livre): 2,5 ng/dl (valor de referência: 0,70 – 1,8 ng/dl), anticorpo antiperoxidade (anti-TPO): 07 U/ml (valor de referência <15 U/ml). O exame que deve ser solicitado, neste momento, para prosseguir com a investigação é o(a)
- (A) punção aspirativa de nódulo tireoidiano guiada por ultrassonografia.
- (B) cintilografia tireoidiana.
- (C) tomografia cervical.
- (D) teste de estímulo com TRH.
- (E) ressonância cervical.



- 3** Idoso, 75 anos, dá entrada no pronto atendimento com queixa principal de dor abdominal. Refere que há cerca de 10 dias estava com quadro de poliúria e dor abdominal difusa com progressiva piora. Sem febre. Evacuação presente sem alteração. É diabético há cerca de 20 anos e hipertenso. Faz uso de insulino terapia, que parou há 14 dias, pois estava sem seringa, manteve uso de metformina 2gr/dia, losartana 100mg/dia, sinvastatina 40mg/dia. Ao exame físico: rebaixamento do nível de consciência, desidratado, pressão arterial: 130x80 mmHg, frequência cardíaca: 94bpm, dor difusa no abdome à palpação, descompressão brusca negativa, ruídos hidroaéreos presentes, sem massas palpáveis, ausculta pulmonar sem alteração. Exames da urgência: leucócitos: 10000mm³ (valor de referência: 4000-11000mm³), função hepática normal, creatinina: 1,3mg/dl (valor de referência: 0,4-1,2mg/dl), osmolalidade plasmática: 340 mOsm/kg (valor de referência: 285-295mOsm/kg), glicemia: 650mg/dl, anion gap: 10 mEq/l (valor de referência: 12 ± 2 mEq/L), pH arterial: 7,41 (valor de referência 7,35-7,45). Em relação ao quadro clínico, o diagnóstico e a conduta mais apropriados são
- (A) abdome agudo; suporte clínico, incluindo hidratação e antibioticoterapia.
 - (B) sepse; suporte clínico, incluindo hidratação e antibioticoterapia.
 - (C) estado hiperglicêmico hiperosmolar; suporte clínico, incluindo hidratação e insulino terapia, sem reposição de bicarbonato.
 - (D) cetoacidose diabética; suporte clínico incluindo hidratação, antibioticoterapia e reposição de potássio.
 - (E) estado hiperglicêmico hiperosmolar; suporte clínico, incluindo hidratação, reposição de bicarbonato, e insulino terapia.
- 4** Homem, 58 anos, tabagista desde os 25 anos (01 pacote de cigarros/dia), diabético, hipertenso, com histórico de infarto do miocárdio prévio há 3 anos, tratado com angioplastia. Durante o atendimento, refere dispneia aos grandes esforços, dor em membros inferiores. Faz uso de metformina 2gr/dia, rosuvastatina 20mg/dia, losartana 100mg/dia, AAS 100mg/dia. Refere seguir alimentação conforme orientado pela equipe de saúde. Ao exame: pressão arterial: 145x95mmHg; frequência cardíaca: 75bpm, edema discreto de membros inferiores, índice de massa corpórea: 31kg/m². Exames laboratoriais: glicemia de jejum: 160mg/dl; hemoglobina glicada (HbA1c): 8,2% (método HPLC), creatinina: 0,8mg/dl (valor de referência: 0,4-1,2mg/dl); função hepática sem alteração. Com base na avaliação global do paciente, a conduta adequada é otimizar o controle glicêmico, introduzindo
- (A) inibidor da dipeptidil peptidase 4 (DPP-IV), pelo efeito na redução de peso com esse medicamento.
 - (B) inibidor do cotransportador de sódio/glicose tipo 2 (SGLT-2), pela potencial redução de eventos cardiovasculares com esse medicamento.
 - (C) inibidor da dipeptidil peptidase 4 (DPP-IV), por ser um dos antidiabéticos orais com maior potencial de redução da hemoglobina glicada.
 - (D) uma glitazona, medicamento de escolha em pacientes com doença arterial coronariana.
 - (E) insulino terapia, pois é a única terapia com potência capaz de reduzir esses níveis de hemoglobina glicada em pacientes que já estejam com uso de metformina.
- 5** Foi internado paciente, sexo masculino, 78 anos, hipertenso, diabético, em tratamento de neoplasia pulmonar, com metástase no sistema nervoso central. Ao exame: paciente hidratado, pressão arterial: 120x80mmHg. Frequência cardíaca: 65bpm. Durante a internação, verificaram-se os exames: Na: 127mEq/L (valor de referência: 135-145 mEq/L), osmolalidade plasmática efetiva: 270 mOsm/kg (valor de referência: 280 a 301 mOsm/Kg), osmolalidade urinária: 120 msOsm/kg (valor de referência: 50 a 1400 mOsmol/Kg), sódio urinário 50 meq/l (valor de referência: 30 a 90 mEq/L), ácido úrico: 3,5mg/dl (valor de referência: 3,7 a 7,8 mg/dL), função tireoidiana e adrenal dentro da normalidade. Sobre o distúrbio hidroeletrólítico do paciente, o diagnóstico mais provável e a conduta adequada são
- (A) síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético; tratamento com hidratação.
 - (B) síndrome cerebral perdedora de sal; tratamento com hidratação.
 - (C) síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético; tratamento com fludrocortisona.
 - (D) síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético; tratamento com restrição hídrica e furosemida.
 - (E) síndrome cerebral perdedora de sal; tratamento com fludrocortisona.



- 6** Paciente, sexo masculino, pescador, 58 anos, diabético há cerca de 15 anos, histórico de infarto agudo do miocárdio há cerca de 5 anos. Procura atendimento médico ambulatorial com queixa de claudicação intermitente há cerca de seis meses, sem outras queixas. Faz uso de metformina 2550mg/dia. Ao exame físico: orientado, consciente, sem alterações à ausculta cardiopulmonar, pressão arterial: 140x90mmHg, frequência cardíaca: 62bpm, índice de massa corpórea: 28kg/m². Traz os seguintes exames: hemoglobina glicada (HbA1c): 6,9% (método HPLC), glicemia de jejum: 98mg/dl, função hepática dentro da normalidade; creatinina 0,6mg/dl (valor de referência: 0,4-1,2mg/dl). Paciente realizou 3 amostras de exame com medida de albumina em amostra isolada de urina no intervalo de 4 meses, com os seguintes resultados: índice albumina-creatinina: 45 mg/g; índice albumina-creatinina: 50 mg/g; índice albumina-creatinina: 60 mg/g (valor de referência <30mg/g). Com base na avaliação do caso, é correto afirmar:
- (A) Paciente pode ser diagnosticado com doença renal do diabetes, e deve-se iniciar tratamento com inibidores da enzima conversora da angiotensina ou bloqueadores de receptores da angiotensina.
 - (B) O índice albumina-creatinina não pode ser utilizado para diagnóstico de doença renal do diabético, e portanto é necessário solicitar amostra de urina de 24 horas para diagnóstico dessa complicação.
 - (C) O diagnóstico de doença renal do diabetes só pode ser dado utilizando o índice albumina-creatinina >300mg/g, logo paciente não apresenta esta complicação.
 - (D) Paciente pode ser diagnosticado com doença renal do diabetes; devido ao valor de pressão arterial do paciente durante a consulta (PA: 140X90 mmHg), não se deve iniciar tratamento com inibidores da enzima conversora da angiotensina ou bloqueadores de receptores da angiotensina.
 - (E) O diagnóstico de doença renal do diabetes só pode ser dado por 4 amostras com índice de albumina-creatinina >30mg/g, logo não se pode afirmar que o paciente apresenta esta complicação.
- 7** Mulher, 40 anos, apresentou um quadro viral respiratório prévio, posteriormente evoluiu com dor cervical em topografia tireoidiana, além de astenia e febre. Ao exame físico: bom estado geral, tireoide dolorosa à palpação, calor local. Realizados exames laboratoriais: VHS: 110mm/h (valor de referência <20mm/h); hormônio tireoestimulante (TSH): 0,02mUI/L (valor de referência: 0,35 a 5,5 mUI/L); tiroxina livre (T4 livre): 2,4 ng/dl (valor de referência: 0,70 – 1,8 ng/dl), anticorpo antiperoxidade (anti-TPO): 08 U/ml (valor de referência <15 U/ml), anticorpo antirreceptor TSH (TRAB): 0,1 U/L (valor de referência <1,5 U/L), leucócitos: 6000mm³ (valor de referência: 4000-11000mm³), diferencial do leucograma sem alterações. Considerando o caso clínico, o diagnóstico mais provável é
- (A) hipertireoidismo por doença de Graves.
 - (B) tireoidite de Hashimoto.
 - (C) tireoidite granulomatosa subaguda.
 - (D) tireoidite de Riedel.
 - (E) tireoidite aguda.
- 8** Considerando a prevalência de asma na população brasileira e o seu tratamento, é correto afirmar:
- (A) A asma intermitente pode ser tratada com medicação inalatória de autodemanda, com broncodilatador de longa ação.
 - (B) Na Etapa 4 do GINA (*Global Initiative for Asthma*), a recomendação atual é associar corticoide inalatório em média dose e broncodilatador de longa ação, mantendo broncodilatador de curta ação nas crises.
 - (C) O paciente asmático deve ser avaliado a cada 3 meses após iniciado tratamento, devendo ser prontamente aumentada a dose das medicações se o paciente mantiver sintomas.
 - (D) As xantinas continuam sendo tratamento de primeira linha no pronto atendimento.
 - (E) A asma grave tem prevalência de 5% na população e o paciente usuário do SUS deve ser encaminhado para acompanhamento em ambulatório em centro de referência para tratamento com medicações imunobiológicas por tempo indeterminado, associadas aos demais medicamentos, conforme Etapa 5 do GINA.

9 Considere paciente ex-tabagista, 20 maços/ano, com queixa de dispneia iniciada há 8 meses, mMRC 2 (Escala de Dispneia Modificada – Medical Research Council), espirometria evidenciando relação VEF1/CVF abaixo de 0,7 após broncodilatador e VEF1 de 60% do predito, sem história de exacerbações. A classificação e o tratamento inalatório atualmente recomendado para início de terapia são

- (A) GOLD 3, Grupo C; broncodilatador de longa ação – associar LABA/LAMA.
- (B) GOLD 2, Grupo B; broncodilatador de longa ação – LABA ou LAMA.
- (C) GOLD 3, Grupo C; broncodilatador de longa ação – LABA ou LAMA.
- (D) GOLD 4, Grupo B; corticoterapia associada a LABA/LAMA.
- (E) GOLD 2, Grupo A; broncodilatador LABA.

10 Considere um paciente portador de doença pulmonar obstrutiva crônica em estágio avançado, dependente de oxigenioterapia suplementar, em tratamento inalatório otimizado, com associação de teofilina, acetilcisteína e demais medicações complementares para controle de dispneia, ainda assim persistindo com queixa importante do sintoma, com limitação ao esforço - mMRC 4 (Escala de Dispneia Modificada – Medical Research Council). O próximo passo na terapia medicamentosa para oferecer alívio da dispneia é

- (A) morfina 15 mg a cada 4h ou 6h via oral.
- (B) morfina 5 mg a cada 4 ou 6h via oral.
- (C) morfina 2,5 mg a cada 4 a 6h via oral, associada a bisacodil 5 mg.
- (D) midazolam 15 mg 1 vez ao dia.
- (E) midazolam 7,5 mg 2 vezes ao dia, associado ao bisacodil 5 mg.

11 Observe a figura seguinte.

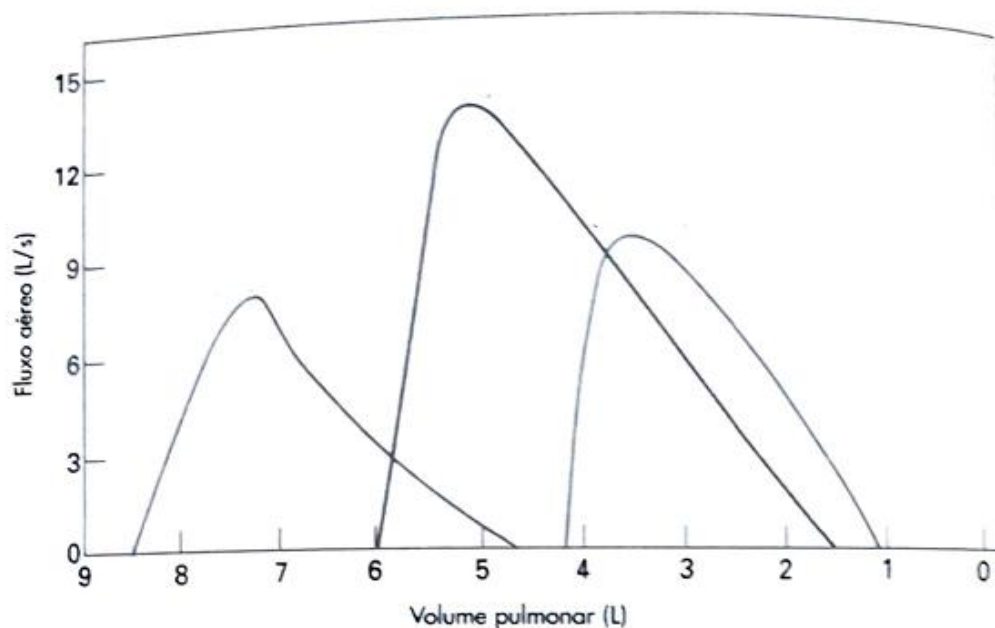


Figura 2-24. Curvas máximas fluxo-volume expiratórios representativas de doenças obstrutivas e restritivas.

Fonte: M.G. Levitzky. Fisiologia Pulmonar. 6ª edição.

A alternativa que corresponde, respectivamente, da esquerda para a direita, às curvas de fluxo apresentadas na figura é

- (A) doença obstrutiva, doença restritiva, distúrbio misto.
- (B) doença obstrutiva, fluxo normal, doença restritiva.
- (C) fluxo normal, doença restritiva, doença obstrutiva.
- (D) doença obstrutiva, doença restritiva, fluxo normal.
- (E) doença restritiva, doença obstrutiva, fluxo normal.



12 Sobre circunstâncias referentes à pneumonia, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) No paciente idoso, o aumento da frequência respiratória pode ser o primeiro sinal de pneumonia.
- (B) Não é possível diferenciar pneumonia bacteriana de não bacteriana por meio de apresentação radiográfica.
- (C) A radiografia de tórax é o padrão ouro para diagnóstico de PAC, não sendo necessária a realização de tomografia de tórax, salvo em situações especiais.
- (D) Em pacientes internados com quadro clínico sugestivo de pneumonia, não deve ser iniciada a antibioticoterapia se não houver alteração sugestiva da infecção na radiografia de tórax.
- (E) A tomografia de tórax não deve ser realizada de rotina.

13 A respeito do tratamento da tuberculose pulmonar, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) O padrão ouro para diagnóstico de tuberculose pulmonar é a baciloscopia de escarro positiva.
- (B) O principal efeito colateral do etambutol é oftalmológico, porém, na prática diária, este ocorre com pouca frequência.
- (C) Pode ser iniciado tratamento presuntivo em todo paciente com tosse por mais de 3 semanas e alterações sugestivas no Rx de tórax, a despeito de baciloscopia negativa.
- (D) O TRM-TB pode ser realizado em outros fluidos, como líquido pleural, lavado gástrico, líquido.
- (E) Deve-se solicitar teste de HIV para todo paciente com diagnóstico de tuberculose pulmonar.

14 Como consequência de doença cérebro-vascular, a manifestação psiquiátrica mais comum é

- (A) transtorno do estresse pós-traumático.
- (B) transtorno de personalidade.
- (C) transtorno depressivo.
- (D) mania.
- (E) psicose.

15 I.L.S, 77 anos, hipertenso e ex-tabagista há 22 anos. Apresenta dispneia para aclives. Ecocardiograma transtorácico mostra acinesia de parede ântero-septal e ápice cardíaco e fração de ejeção de 39%. Vem em uso de enalapril 20 mg 2x/dia; AAS 100 mg/d; atorvastatina 20 mg/d; furosemida 40 mg 1/2 cp/d. PA: 128 x 66 mm Hg e FC: 76 regular; ausculta cardiopulmonar normal. A melhor conduta neste momento, é

- (A) introduzir nitrato.
- (B) iniciar betabloqueador.
- (C) aumentar furosemida.
- (D) introduzir trimetazidina.
- (E) não alterar medicação.

16 Considere o caso abaixo.

MC, feminina, 57 anos, em acompanhamento (irregular) há 12 anos por transtorno de ansiedade generalizada (sem uso de medicamentos há 8 meses). Relata tremores diariamente, mais intensos em momentos de contrariedade emocional (inclusive comprometendo a voz e a capacidade de estabilização da cabeça) e ausentes quando fica calma, em repouso. Nega dificuldades na deambulação. A melhor alternativa terapêutica para a paciente é

- (A) atenolol 25 mg: 1 cp de manhã.
- (B) levodopa+benserazida 250/50mg: 1/4 cp às 07, 11 e 15 horas.
- (C) selegilina 5mg: 1 cp pela manhã.
- (D) propranolol 40 mg: meio cp 12/12 horas.
- (E) amantadina 100mg: 12/12 horas.



- 17** O principal fator para o desenvolvimento de osteoporose é o(a)
- (A) tabagismo.
 - (B) uso de álcool.
 - (C) falta de atividade física.
 - (D) idade.
 - (E) alteração neuroendócrina
- 18** D.L.M, 72 anos, diabética tipo II há 18 anos, em uso de 54 U de insulina NPH por dia e controle dietético adequado, começa a apresentar quadro de hipoglicemias frequentes. O exame laboratorial que deveria ajudar, nesse caso, é
- (A) hemoglobina glicada.
 - (B) provas de função hepática.
 - (C) eletroforese de proteínas.
 - (D) ultrassonografia abdominal total.
 - (E) clearance de creatinina.
- 19** M.F.B, 60 anos, menopausa há 6 anos, desde então sem terapia hormonal. Nos últimos 12 meses, apresentou 4 episódios de infecção urinária. O melhor coadjuvante visando a evitar novas recidivas será o(a)
- (A) uso de medicação anticolinérgica.
 - (B) vitamina C 2 gramas/dia.
 - (C) associação de estrógeno/progestágeno oral.
 - (D) associação de estrógeno/progestágeno transdérmico.
 - (E) creme vaginal com estriol.
- 20** O marcador bioquímico com maior acurácia, considerando questões de custo e benefício, para screening de doença tireoidiana em pacientes assintomáticos, é
- (A) TSH.
 - (B) T4 livre.
 - (C) T3.
 - (D) anticorpo anti-TPO.
 - (E) anticorpo antimicrosomal.