



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
DO ANO DE 2022
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM
EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA**

**ENDOCRINOLOGIA, GERIATRIA,
PNEUMOLOGIA**

05 DE DEZEMBRO DE 2021

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 de Questões** contém a prova objetiva, que consistirá de **20 (vinte) questões** de múltipla escolha de **Clínica Médica**. Cada questão objetiva apresenta **5 (cinco) alternativas**, identificadas por **(A), (B), (C), (D) e (E)**, das quais apenas uma é correta.
- 3 Confira se, além deste **Boletim**, você recebeu o **Cartão-Resposta** destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
- 4 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 ao fiscal de sala.
- 5 O **Cartão-Resposta** só será substituído se nele for constatado erro de impressão. 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. Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do **Cartão-Resposta**. A marcação do **Cartão-Resposta** deve ser feita com **caneta esferográfica de tinta preta ou azul**.
- 6 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.
- 7 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.
- 8 O tempo disponível para esta prova é de **quatro horas**, com início **às 14h30 e término às 18h30**, observado o horário de Belém/PA. O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, **2 (duas) horas** após o início da prova.
- 9 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** De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e com a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML), em relação à vitamina D, o intervalo de 25(OH) vitamina D apenas com valores considerados adequados para uma mulher, 68 anos, com diabetes mellitus tipo 2 é entre
- (A)** 10 e 20 ng/ml.
 - (B)** 20 e 30 ng/ml.
 - (C)** 30 e 60 ng/ml.
 - (D)** 60 e 150 ng/ml.
 - (E)** 100 e 150ng/ml.
- 2** Mulher, 45 anos, procura posto de saúde de seu bairro para consulta e exame de preventivo, sem nenhuma queixa clínica, não utiliza nenhum medicamento. Apresenta histórico familiar de mãe com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. Traz consigo alguns exames, entre eles glicemia de jejum: 108mg/dl, hemoglobina glicada: 6,1% (método HPLC); realizou também transaminases, hemograma, creatinina, função tireoidiana, exame de urina, todos dentro da normalidade. Ao exame físico, apresentava IMC: 32kg/m², sem nenhuma outra alteração. Considerando o caso clínico, a melhor conduta é
- (A)** prosseguir investigação com teste de tolerância oral a glicose (realizado com 75gr de glicose).
 - (B)** informar a paciente sobre a confirmação de seu diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e iniciar tratamento com metformina.
 - (C)** informar a paciente sobre a confirmação de seu diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e orientar modificação do estilo de vida, entretanto ainda não iniciar terapia medicamentosa.
 - (D)** orientar a paciente sobre a normalidade de seus exames e indicar hábitos saudáveis de vida, sem necessidade de outros exames.
 - (E)** informar a paciente sobre a confirmação de seu diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e iniciar pioglitazona.
- 3** Mulher, 32 anos, após parto normal do seu segundo filho, quando apresentou hemorragia maciça, refere quadro de astenia, fadiga, e sonolência já com duração de 6 meses, realizou exames com os seguintes resultados: TSH: 0,01 mUI/L (valor de referência: 0,35 a 5,5 mUI/L); tiroxina livre (T4livre): 0,54 ng/dl (valor de referência: 0,70 – 1,8 ng/dl) (exames foram repetidos e valores se apresentaram com mesmo padrão no intervalo de três meses entre os exames). Sobre o caso clínico, é correto afirmar que a paciente apresenta provavelmente
- (A)** hipertireoidismo primário, e deve-se solicitar entre os exames para investigação clínica TRAB e ultrassonografia de tireoide.
 - (B)** hipotireoidismo primário, e deve-se solicitar entre os exames para investigação clínica anti-TPO.
 - (C)** tireoidite pós-parto, e deve-se solicitar entre os exames para investigação clínica antitireoglobulina e anti-TPO.
 - (D)** hipotireoidismo central, e deve-se solicitar entre os exames para investigação clínica ressonância de hipófise.
 - (E)** hipotireoidismo primário, e deve-se solicitar entre os exames para investigação clínica ultrassonografia de tireoide.



- 4** O tratamento do diabetes mellitus tipo 2 é complexo e deve considerar os aspectos clínicos da pessoa com a doença. Com base nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes sobre o tratamento da doença, é correto afirmar:
- (A)** Devido ao efeito em redução de peso importante em pessoas com diabetes mellitus tipo 2, o inibidor da dipeptidil peptidase 4 (iDPP IV) é medicamento de escolha em pessoas com obesidade e diabetes mellitus tipo 2.
 - (B)** Estudos recentes demonstraram a redução de desfechos renais com a utilização de inibidores do cotransportador sódio-glicose (SGLT2).
 - (C)** Sulfonilureias são associadas a efeito neutro no peso, portanto devem ser consideradas em pessoas com obesidade e diabetes mellitus tipo 2.
 - (D)** Pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e com insuficiência cardíaca classe III são candidatas à utilização de pioglitazona, sendo essa contraindicada somente em pacientes com insuficiência cardíaca classe IV.
 - (E)** Em adultos com diabetes mellitus tipo 2 e com doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida, não é recomendado o uso de um inibidor do SGLT2, se hemoglobina glicada for menor do que 8,0%.
- 5** Homem, 40 anos, apresenta quadro de nervosismo leve e intolerância ao calor, sem outros sinais ou sintomas, e sem nenhuma comorbidade prévia. Comparece à consulta em serviço especializado. Realizou os seguintes exames: TSH <0,01mU/L (valor de referência: 0,35 a 5,5 mUI/L), T4 livre: 2,0 ng/dl (valor de referência: 0,70 – 1,8 ng/dl), TRAB negativo, Ultrassonografia de tireoide: nódulo isoecoico de 1,5 cm, margens regulares, limites precisos em lobo esquerdo. Cintilografia de tireoide com tecnécio: com nódulo hipercaptante (“quente”) em lobo esquerdo da tireoide restante da glândula com supressão parcial de sua atividade. Demais exames realizados, como hemograma, função hepática, renal e glicemia sem alterações. O tratamento de escolha para o caso clínico é
- (A)** metimazol.
 - (B)** propiltiouracil.
 - (C)** dose terapêutica de iodo radioativo ou tireoidectomia.
 - (D)** betabloqueador e corticoide.
 - (E)** anti-inflamatório.
- 6** Homem, 56 anos, refere seguir plano alimentar adequado, nega eventos cardiovasculares prévios ou histórico de diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica, nega alergias. Comparece à consulta com dois exames coletados em jejum com perfil apresentando padrão semelhante; resultado do último exame: colesterol total: 200 mg/dl; triglicérides: 1235mg/dl; HDL: 55mg/dl LDL: 130mg/dl, não-HDL: 145mg/dl; demais exames que paciente trouxe (glicemia, CPK, HbA1c, transaminases, creatinina) estavam dentro da normalidade. Exame físico do paciente sem alterações, IMC: 24,8kg/m². Considerando o perfil lipídico do paciente, a terapia medicamentosa mais adequada é
- (A)** iniciar uma estatina de baixa potência.
 - (B)** iniciar uma estatina de alta potência.
 - (C)** iniciar ezetimiba.
 - (D)** iniciar fibrato.
 - (E)** iniciar resinas.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2022 – PSRM 2022
EDITAL Nº 1 – COREME/UFP, DE 30 DE SETEMBRO DE 2021
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA



- 7** Paciente idosa, com disfagia, desenvolve pneumonia decorrente de aspiração ácida. Evoluiu com tosse, taquipneia, broncoespasmo e desenvolvimento de insuficiência respiratória 2,5 horas após a aspiração. Os eventos fisiopatológicos decorrentes do quadro descrito estão associados a
- (A)** obstrução aguda das vias aéreas com hipoxemia arterial súbita, desenvolvimento de atelectasia e infecção pulmonar secundária.
 - (B)** lesão da barreira alveolocapilar, resultando em uma lesão grave do endotélio pulmonar, edema pulmonar intersticial e consequente prejuízo na relação ventilação-perfusão.
 - (C)** aumento da permeabilidade capilar pulmonar e infiltração difusa de células polimorfonucleares, com o desenvolvimento de processo infeccioso local.
 - (D)** resposta inflamatória local neutrofílica aguda, com liberação de radicais livres e proteases a partir dos neutrófilos.
 - (E)** edema agudo de pulmão cardiogênico.
- 8** Mulher de 33 anos de idade queixa tosse frequente e episódios de engasgos. Ao exame físico, presença de microstomia e estertores finos em bases na ausculta pulmonar. Frente à imagem de radiografia do tórax (abaixo), solicita-se pesquisa de BAAR em 2 amostras de escarro que foram negativas.



Como próxima conduta, deve-se

- (A)** prescrever esquema básico para tuberculose e encaminhar para referência secundária em tuberculose.
- (B)** solicitar tomografia computadorizada do tórax.
- (C)** dar alta ambulatorial com prescrição de antitussígeno.
- (D)** encaminhar à unidade de pronto atendimento pela provável insuficiência cardíaca.
- (E)** prescrever ansiolítico e encaminhar ao psicólogo.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2022 – PSRM 2022
EDITAL Nº 1 – COREME/UFPA, DE 30 DE SETEMBRO DE 2021
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA



- 9** Em relação à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), é correto afirmar:
- (A)** História prévia de asma está associada a aumento de exacerbações, hospitalizações e uso de recursos de saúde.
 - (B)** A presença de reversibilidade após a administração de broncodilatador no exame de espirometria permite discriminar asma de DPOC.
 - (C)** A redução da difusão do CO não é capaz de contribuir para o diagnóstico diferencial entre asma e DPOC.
 - (D)** Para avaliação da dispneia, utiliza-se a classificação funcional da NYHA (New York Heart Association).
 - (E)** Dosagem de IgE alta sugere que a associação de corticoide inalado trará melhora na função pulmonar.
- 10** Quanto ao diagnóstico de Tuberculose, é correto afirmar:
- (A)** O TRM-TB (Teste Rápido Molecular) apresenta sensibilidade de mais de 90% em população não HIV/Aids com baciloscopia positiva.
 - (B)** Em pacientes com história prévia de tuberculose ativa, o TRM-TB é utilizado para diagnóstico de novo evento de tuberculose, apresentando elevado valor preditivo positivo.
 - (C)** O TRM-TB não detectável no escarro é excludente de diagnóstico na população HIV/Aids sintomática respiratória, que apresente alteração radiográfica, não requerendo, desta forma, a continuidade de investigação diagnóstica.
 - (D)** O exame padrão ouro no diagnóstico de tuberculose é o achado no histopatológico de células gigantes do tipo *Langehans*, infiltrado linfomonocitário e presença de necrose caseosa.
 - (E)** O TRM TB tem alta sensibilidade nos casos de tuberculose latente.
- 11** J.S., 35 anos, sem comorbidades, HIV negativo, encontra-se no 4^o mês de tratamento para tuberculose pulmonar (fase de manutenção). Apresenta retorno dos sintomas respiratórios, febre e queda do estado geral. Seu controle baciloscópico na unidade básica de saúde estava negativo até o 3^o mês. Não foi realizado TRM-TB e cultura no escarro no início do tratamento. Diante desse quadro, é correto afirmar que
- (A)** a realização de cultura no escarro e TRM-TB não iriam impactar na análise da condução do caso, assim, era dispensável suas realizações.
 - (B)** o paciente deverá ser encaminhado à referência secundária para tuberculose, uma cultura para BK no escarro e um TRM-tb deverão ser solicitados, deixando a decisão de mudança de esquema pela própria referência 2^a.
 - (C)** deve ser solicitada cultura para BAAR no escarro, iniciar outro esquema de tratamento para tuberculose e encaminhar para referência secundária.
 - (D)** deve ser solicitada cultura para BAAR no escarro e iniciar esquema alternativo para TB resistente até o resultado do exame.
 - (E)** deve ser solicitado PPD (teste tuberculínico) para diagnóstico de certeza.



- 12** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença comum, evitável e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar devido a anormalidades das vias aéreas e / ou alveolares geralmente causadas por exposição significativa a partículas ou gases nocivos e influenciada por fatores do hospedeiro incluindo desenvolvimento anormal do pulmão. Sobre a DPOC, é correto afirmar:
- (A)** A inflamação pulmonar é uma resposta anormal que parece ser modificada em pacientes que desenvolvem DPOC. Esta resposta inflamatória crônica pode induzir à destruição do tecido parenquimatoso (resultando em enfisema) e à interrupção do reparo normal e dos mecanismos de defesa (resultando em fibrose das pequenas vias aéreas).
 - (B)** A doença resulta de uma interação complexa entre os genes e o meio ambiente. O tabagismo é o principal fator de risco ambiental para DPOC, mas mesmo para fumantes com alta carga tabagística, menos de 50% desenvolvem a doença.
 - (C)** As alterações patológicas características da DPOC são encontradas nas vias aéreas, no parênquima pulmonar e na vasculatura pulmonar. Essas alterações observadas incluem inflamação crônica, com aumento do número de eosinófilos em diferentes partes do pulmão e alterações estruturais resultantes de repetidas lesões e reparo.
 - (D)** Durante as exacerbações da doença, ocorre aumento da hiperinsuflação, do aprisionamento de ar e do fluxo expiratório, resultando no aumento da dispneia.
 - (E)** Nos pacientes classificados como GOLD B conforme o GOLD21, deve-se dar preferência à associação broncodilatador de longa ação com corticoide inalatório.
- 13** André, 32 anos, tem asma brônquica e rinite alérgica desde os 3 anos de idade com diversas internações hospitalares e idas à urgência. Apresenta sintomas diurnos e despertares noturnos diariamente e faz uso de broncodilatador de curta ação. Há 2 dias, após mexer em livros antigos, vem evoluindo com tosse, sibilância e espirros.
- Com base neste caso clínico, a classificação e o tratamento mais adequados para este paciente são
- (A)** asma parcialmente controlada; corticoide nasal, evitar exposições, associar corticoide inalado ao broncodilatador de curta ação.
 - (B)** asma parcialmente controlada; associar corticoide inalado e broncodilatador de longa ação.
 - (C)** asma mal controlada; associar Tiotrópio ao broncodilatador de curta ação, mucolítico e macrolídeo 3x por semana.
 - (D)** asma mal controlada; associar Tiotrópio e corticoide inalado ao broncodilatador de curta ação.
 - (E)** asma mal controlada; associar corticoide inalado e broncodilatador de longa ação, corticoide nasal.
- 14** Mulher de 77 anos é atendida na emergência após síncope. Filha relata ser o 3º episódio nos últimos 40 dias. Refere também dor no peito e falta de ar. Nesse caso, a principal suspeita diagnóstica é
- (A)** insuficiência aórtica.
 - (B)** insuficiência mitral.
 - (C)** estenose aórtica.
 - (D)** estenose mitral.
 - (E)** angina instável.



15 Familiares de uma viúva de 86 anos informam que há 3 dias ela passou a acordar à noite, confusa e agitada, não reconhecendo a própria casa e referindo que o quarto estava cheio de crianças barulhentas. Para fazer higiene, necessitava de ajuda, sem compreender as orientações dos familiares e perseverava na ideia de que precisava cuidar das crianças. Nas últimas 24 horas, ficou apática, sonolenta, com dificuldade para deambular e incontinente para fezes e urina. Não teve febre ou queda e alguns familiares estiveram gripados há 1 semana. Ao exame, não apresentava sinais neurológicos focais, FR=28irpm, FC=88bpm, PA=140/80mmHg, sem outras alterações relevantes. Familiares negam que a paciente apresentasse problemas mentais prévios.

Com base nesses dados clínicos, os exames a serem solicitados inicialmente são

- (A) líquido e tomografia computadorizada do crânio.
- (B) eletroencefalograma e tomografia computadorizada do crânio.
- (C) líquido e exames laboratoriais.
- (D) radiografia do tórax e exames laboratoriais.
- (E) radiografia do tórax e ressonância magnética do crânio.

16 Paciente de 76 anos, com quadro de dores poliarticulares há três meses, fraqueza intensa em ombros, febre baixa, adinamia e emagrecimento. Apresentou episódios de amaurose fugaz à direita, com cefaleia ipsilateral. Este quadro clínico, com o resultado de exame de velocidade de hemossedimentação (VHS) na primeira hora de 109 mm, sugere

- (A) artrite reumatoide tardia e uveíte.
- (B) osteoartrite e arterite temporal.
- (C) polimialgia reumática e arterite temporal.
- (D) lúpus eritematoso senil e uveíte.
- (E) fibromialgia e migrânea do idoso.

17 Mulher de 82 anos, com função cognitiva normal, inicia terapia de depressão com citalopram. Realiza tratamento prévio de hipertensão arterial com enalapril 20 mg/d. Após quatro semanas, sua filha liga e informa que mãe está letárgica e confusa. O distúrbio metabólico mais comum para esta paciente é

- (A) hiperpotassemia.
- (B) hiperglicemia.
- (C) hipoglicemia.
- (D) hiponatremia.
- (E) hipernatremia.

18 Mulher de 65 anos é avaliada por um geriatra que lista os seguintes problemas: anemia por deficiência de ferro (exames alterados há quase um ano), artrite reumatoide (com sintomas dolorosos limitantes),



síndrome do intestino irritável (com sintomas diarreicos predominantes) e osteopenia. Faz uso regular de sulfato ferroso, cálcio, vitamina D, metotrexato, hidroxyclorequina, loperamida e naproxeno. Solicitado laboratório, que evidenciou hemoglobina de 10,6g/dL, colonoscopia normal e endoscopia digestiva alta com erosões difusas e pequena úlcera de bordos regulares no antro. Biopsia negativa para *H. pylori*. Exame clínico apenas com os achados em mãos compatíveis com artrite reumatoide. A conduta mais apropriada para esta paciente é adicionar

- (A) pantoprazol, trocar o sulfato ferroso por uma apresentação de ferro quelado e iniciar ácido fólico.
- (B) ranitidina, trocar o naproxeno pelo celocoxibe e suspender a loperamida.
- (C) ranitidina, iniciar suplementação de vitamina C e ácido fólico.
- (D) pantoprazol, manter o sulfato ferroso e suspender todos os outros medicamentos por 30 dias.
- (E) ácido fólico e substituir o metotrexato por prednisona.

19 Mulher de 60 anos, assintomática, veio à consulta para um “*check-up*” preocupada, pois um vizinho faleceu recentemente por uma neoplasia de cólon. Nega comorbidades e tem como única história familiar relevante o pai falecido por infarto do miocárdio aos 70 anos. A mãe, de 81 anos, ainda é viva, lúcida e independente para as atividades de vida diária. Seu IMC é 25,5 sem outros achados relevantes e traz alguns exames laboratoriais de rotina dentro da normalidade. A estratégia mais recomendada para rastreio do câncer de cólon nesta paciente é

- (A) toque retal anual.
- (B) colonoscopia a cada 10 anos.
- (C) clister opaco com duplo contraste a cada 5 anos.
- (D) retossigmoidoscopia flexível a cada 3 anos.
- (E) colonografia por tomografia computadorizada a cada 3 anos.

20 A bacteriúria assintomática deve ser tratada em pacientes nas seguintes condições clínicas:

- (A) Antes de procedimentos urológicos endoscópicos e em gestantes.
- (B) Portador de insuficiência cardíaca e paciente com cateter vesical de demora.
- (C) Antes de procedimentos invasivos do trato gênito-urinário e em idoso institucionalizado.
- (D) Portador de diabetes mellitus descompensado e paciente com cateter vesical de demora.
- (E) Paciente com lesão medular e portador de diabetes mellitus descompensado.