



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018

Grupo D: Pré-Requisito: Clínica Médica

Especialidades: Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Hematologia e Hemoterapia, Medicina de Urgência, Nefrologia, Oncologia Clínica, Reumatologia

NOME COMPLETO

BOLETIM DE QUESTÕES

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--

LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTES INSTRUÇÕES

- Este boletim de questões é constituído de:
 - **50 questões objetivas.**
- Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 50 questões objetivas.
- No **CARTÃO-RESPOSTA**
 - Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.
 - No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.
 - Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões. **Confira**, também, na **Capa do Boletim de Questões** e no rodapé das páginas internas, o nome do pré-requisito para a especialidade pleiteada.
 - Após a conferência, assine seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
 - Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d, e**. Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.
 - O **CARTÃO-RESPOSTA não pode** ser dobrado, nem amassado, nem rasgado.

LEMBRE-SE

- A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **8 (oito) horas** e terminando às **12 (doze) horas**.
- É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

ATENÇÃO

- Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:
 - Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.
 - Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.
 - Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.
 - Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.

Marque certo o seu cartão como indicado:
CERTO
 - Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.
 - O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.**
- Releia estas instruções antes de entregar a prova.
- Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

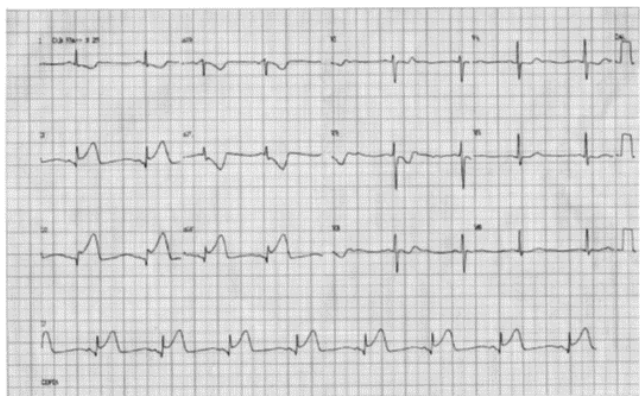
BOA PROVA

**PROGRAD – Pró-Reitoria de Graduação
DAA – Diretoria de Acesso e Avaliação**

**Belém – Pará
Janeiro de 2018**

1. Mulher de 43 anos vem com queixa de anorexia, náusea, perda ponderal de 8 kg e fadiga intensa há 2 anos. Refere tratamento para tuberculose pulmonar há 5 anos com esquema tríplice por 6 meses. Exame clínico: letárgica, PA= 90x50 mmHg, FC= 98 bpm, Peso=63 Kg (IMC=21 Kg/m²) com hiperpigmentação cutânea e em mucosa oral. Exames laboratoriais: hemoglobina=10,2 g/dL; sódio=129 mEq/L; potássio=5,7 mEq/L; creatinina=0,9 mg/dL; ureia=60 mg/dL; albumina=3,1 g/dL. Sobre o caso descrito, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- Ⓐ A principal hipótese diagnóstica é Síndrome de Addison ou Doença de Addison.
- Ⓑ No caso desta paciente é necessário solicitar a dosagem do Cortisol basal e do ACTH.
- Ⓒ Tomografia de Abdômen superior é o exame de imagem mais indicado para confirmar a etiologia desta situação clínica, juntamente com os exames laboratoriais.
- Ⓓ O hipercortisolismo, característico na situação clínica apresentada por esta paciente, induzirá hirsutismo, acne e alopecia androgênica se não for iniciado e tratado adequadamente.
- Ⓔ O tratamento indicado para esta paciente inclui Acetato de cortisona ou Prednisona oral e Fludrocortisona oral.
2. A abstinência alcoólica comumente acarreta sinais e sintomas significativos nas primeiras horas ou dias após a última dose de álcool, particularmente em etilistas que consomem cronicamente grande quantidade diária de etanol. Sobre esta condição, é correto afirmar que:
- Ⓐ Delirium Tremens (DT) é uma síndrome de abstinência alcoólica precoce, que se manifesta em um subgrupo de pacientes após 6h da última dose e termina após 24-36h, que deve ser tratada com reposição volêmica, reposição vitamínica e administração de benzodiazepínicos em altas doses.
- Ⓑ Delirium Tremens (DT) é um diagnóstico de exclusão, que exige confirmação por métodos laboratoriais e de imagem, caso contrário pode levar o paciente ao óbito por arritmias cardíacas, asfixia, hipertermia maligna, rabdomiólise etc.
- Ⓒ o Diazepam é a droga mais usada e estudada no tratamento do DT, sendo a medicação preferida mesmo na presença de hepatopatia; o objetivo inicial é controlar a agitação psicomotora e permitir a reposição da deficiência nutricional da vitamina B6.
- Ⓓ a administração de Tiamina parenteral pode permitir uma reversão gradual dos sinais da Encefalopatia de Wernicke, síndrome aguda neuropsiquiátrica observada, por exemplo, em alguns pacientes etilistas crônicos em abstinência alcoólica.
- Ⓔ Encefalopatia de Wernicke também pode ser vista em pacientes não etilistas crônicos, como nos casos de intoxicação aguda por libação gordurosa, mas comumente em mulheres obesas.
3. Mulher de 76 anos está internada para compensar uma insuficiência cardíaca descompensada por má aderência. No quarto dia de internação já havia perdido 5 kg (peso corporal quando admitiu era de 72 Kg), estava com pequena dispnéia ao andar. O exame clínico mostrava PA=110x70 mmHg (sua pressão em casa era 160x90 mmHg), à ausculta pulmonar apresentava estertores em bases. Recebia furosemida 40 mg VO 12/12 h, enalapril 10 mg 12/12 h e enoxaparina 40 mg SC 1X/dia. Exames: hemoglobina=13 g/dL, sódio=130 mEq/L, potássio=3,5 mEq/L, ureia=85 mg/dL, creatinina=1,9 mg/dL. À noite, ao ir para o banheiro caiu e bateu a cabeça no vaso sanitário. Você veio atendê-la e a encontrou torporosa, PA=110x70mmHg. Dextro=116 mg/dL. Feita intubação orotraqueal e levada à tomografia que mostrou grande hematoma subdural agudo. Ao sair da tomografia a paciente evoluiu com parada cárdio-respiratória irreversível. Sobre o caso clínico acima, é correto afirmar que:
- Ⓐ deveria ter sido checada a presença de hipotensão postural, para evitar este evento adverso, e iniciar reposição volêmica de 75ml a 150ml/Kg/dia, visando corrigir a hipovolemia.
- Ⓑ se as grades de proteção do leito fossem abolidas e se os técnicos de enfermagem mantivessem vigilância 24h, o óbito seria prevenido.
- Ⓒ você, como o médico plantonista que intubou a paciente, está obrigado a preencher o atestado de óbito nesta situação.
- Ⓓ deveria ter sido retirada a furosemida da noite ou reduzir dose de diurético ou checar se havia hipotensão postural ou evitar hipovolemia.
- Ⓔ deveria ter sido aumentada a dose de enoxaparina ou trocada por heparina não fracionada e acompanhar com TTPA.

4. Homem de 44 anos procurou o Pronto Socorro com quadro súbito de dor retroesternal de forte intensidade, irradiada para o dorso, iniciada há 30 minutos, persistente e acompanhada por dispneia e sudorese. Tem antecedentes de hipertensão arterial sistêmica com controle irregular e tabagismo. Exame clínico: inquieto, pálido, sudorético, com frequência cardíaca de 60bpm, pressão arterial aferida em membro superior direito de 85 x 50mmHg, frequência respiratória de 26ipm, afebril, saturação periférica de O₂ de 96% em ar ambiente, turgência venosa jugular a 45°, ritmo cardíaco regular em 2 tempos com bulhas hipofonéticas, sopro proto-diastólico decrescente (2+/6+) em borda esternal direita alta (2° espaço intercostal) e borda esternal esquerda média (4° espaço intercostal), ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente e crepitações discretas em terço inferior bilateralmente, abdome flácido e indolor, extremidades frias, enchimento capilar lentificado e assimetria de pulsos periféricos, com pulsos pobremente palpáveis em membro superior esquerdo. Rx tórax: área cardíaca normal, alargamento de mediastino. ECG abaixo.



Sobre o caso clínico acima, é correto afirmar que:

- a) a principal hipótese diagnóstica é Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).
- b) o principal diagnóstico diferencial é Dissecção Aguda de Aorta.
- c) oclusão aguda no óstio da artéria coronária esquerda, Tamponamento cardíaco e Insuficiência aórtica crônica podem ser causas da hipotensão apresentada por este paciente.
- d) considerando que o paciente encontra-se muito instável para sair da sala de emergência, o melhor exame complementar a ser feito para confirmação diagnóstica é a angiotomografia das coronárias.
- e) uma vez confirmada a principal hipótese diagnóstica, o tratamento recomendado, além das medidas de suporte para o choque, é cirurgia de emergência.

5. Você recebe no departamento de urgência uma mulher de 47 anos, trazida por familiares com confusão e agitação há 3 dias. Exames iniciais demonstram: Cr 3,5mg/dL, Uréia 143mg/dL. Cálcio 15,2mg/dL (VR 8,5-10,2). Após medidas iniciais, exames complementares indicam: PTHi 32 pg/ml (VR 12-72) e Fósforo 7,2mg/dL (VR 2,5-4,5). Entre as principais hipóteses que devem ser investigadas estão:

- a) Linfomas
- b) Hiperparatireoidismo primário
- c) Mieloma Múltiplo
- d) Hipertireoidismo
- e) Neoplasia Endócrina Múltipla

6. Você é chamado pela enfermagem em um plantão noturno para avaliar um paciente com queixa de dor. Trata-se de paciente com osteossarcoma em membro inferior direito. Este está em uso de morfina 10mg EV a cada 4 horas. Refere estar no momento com dor moderada após a mobilização, impedindo o sono e estar constipado há 3 dias. Sua conduta é:

- a) resgate com 10mg de morfina, associar dipirona e bisacodil
- b) resgate com 100mg de tramadol, associar dipirona e bisacodil
- c) resgate com 10mg de morfina
- d) trocar morfina por metadona, associar dipirona e bisacodil
- e) Zolpidem 10mg VO, associado a dipirona

7. Paciente de 81 anos comparece ao serviço de urgência devido fratura de quadril e está internado na enfermaria de ortopedia para avaliação de possível correção cirúrgica. Após o tratamento específico. O medicamento que deve ser avaliado quanto a suspensão é:

- a) Clonazepam
- b) Paracetamol
- c) Aspirina
- d) Atorvastatina
- e) Sildenafil

8. Homem, pardo, 29 anos comparece ao atendimento de rotina na unidade básica de saúde. Está assintomático. No exame físico apresenta PA 182 x 93mmHg. Nega qualquer histórico de hipertensão previamente. A conduta mais apropriada é:

- a) Iniciar IECA ou BRA. Controle em 30 dias.
- b) Iniciar diurético tiazídico. Controle em 30 dias.
- c) Nifedipino imediatamente. Observação de 12 horas.
- d) Internação hospitalar.
- e) Investigar ambulatorialmente causas secundárias de hipertensão.

- 9.** Paciente de 34 anos, sexo feminino, é levada ao departamento de urgência com histórico de 2 crises convulsivas tonico-clônico generalizadas há 8 horas. No momento a paciente está agitada, desorientada e com hemiparesia a esquerda. Não há histórico de comorbidades ou uso de medicamentos. Exames de urgência mostram Hb 7,2g/dL VCM 101fL Leuco 15.000 Plaq 43.000, DHL 2300, reticulócitos 340.000/mm³. Tomografia de crânio sem anormalidades. O tratamento para a paciente deve incluir:
- a** Fenitoína
 - b** Transfusão de plaquetas
 - c** Antiagregante plaquetário
 - d** Plasmaférese
 - e** Imunoglobulina venosa
- 10.** Um homem de 59 anos está internado na UTI devido acidente vascular encefálico isquêmico. Está em ventilação mecânica desde a admissão. No 11º dia de internação apresenta febre e leucocitose. Um infiltrado novo foi observado na base esquerda pela radiografia de tórax. A cultura do escarro foi positiva para *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina. Cefepime foi iniciado, com melhora inicial. Entretanto, após 72 horas o paciente persistia febril e com leucocitose. A tomografia computadorizada mostra consolidação do lobo inferior esquerdo com broncogramas aéreos e um derrame pleural esquerdo moderado. O próximo passo, mais apropriado, para este caso, é:
- a** escalonamento para carbapenêmicos.
 - b** introduzir vancomicina.
 - c** realizar broncoscopia com lavagem broncoalveolar.
 - d** realizar a toracocentese com análise de líquido pleural.
 - e** introduzir polimixina B.
- 11.** Uma mulher de 43 anos de idade possui hemoculturas positivas para leveduras. Ela está em uso de oxacilina há 4 semanas para endocardite infecciosa por *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina. Um cateter central de inserção periférica (PICC) foi colocado no início de seu tratamento. Ela desenvolveu uma febre alta há 3 dias e as culturas foram positivas para *Candida*. Não há sinais de infecção na PICC. Neste momento é apropriado:
- a** manter a PICC e iniciar fluconazol
 - b** retirar a PICC e iniciar fluconazol
 - c** manter a PICC e iniciar voriconazol
 - d** retirar a PICC e iniciar voriconazol
 - e** realizar fluconazol sistêmico e como lock-terapia na PICC
- 12.** Paciente de 70 anos é avaliada em consulta de rotina. Possui antecedente de osteoporose. O último médico a aconselhou a verificar a pressão no domicílio por ter apresentado níveis limítrofes. Refere que no último ano a pressão sistólica ficou entre 140 e 149 mmHg e a diastólica entre 82 e 86mmHg. Ela já possui uma dieta equilibrada, pobre em sal e se exercita 3 vezes por semana. A conduta adequada para a paciente é:
- a** iniciar inibidor da enzima conversora da angiotensina.
 - b** iniciar diurético tiazídico
 - c** pesquisar doença coronariana através de cateterismo.
 - d** pesquisar causas secundárias de hipertensão.
 - e** manter apenas observação clínica.
- 13.** Uma mulher de 61 anos é internada por febre, falta de ar e astenia. Os sintomas iniciaram após o início do tratamento quimioterápico para linfoma não-Hodgkin há 1 semana. Não possui outras comorbidades. O tratamento empírico com meropenem e vancomicina é iniciado. Há melhora clínica progressiva nos próximos 2 dias. Na manhã do terceiro dia de internação, ela é encontrada arresponsiva no leito. No exame físico, a pressão arterial é de 68x38 mmHg, a frequência cardíaca é de 120 bpm e a frequência respiratória é de 26irpm. A spO₂ é de 88% em máscara de 100% de FiO₂. Há turgência jugular. Ausculta pulmonar está inalterada. O ritmo cardíaco está regular e uma B₂ proeminente é observada. O eletrocardiograma mostra taquicardia e alterações inespecíficas do segmento ST. O exame que deve confirmar o diagnóstico é:
- a** Angiotomografia pulmonar
 - b** BNP
 - c** Marcadores de necrose miocárdica
 - d** Ecocardiograma
 - e** Prova de função pulmonar
- 14.** Paciente de 43 anos com quadro de dor muscular recorrente, desencadeada ao exame por dígito pressão de pontos específicos, acompanhado por sono não reparador, deve ter como recomendação geral:
- a** dieta pobre em glúten
 - b** musculação
 - c** tratamento com altas doses de vitamina D
 - d** perda de peso através de dieta com restrição de lipídios
 - e** realizar exercícios aeróbicos regulares

- 15.** Paciente de 23 anos com adenomegalia disseminada há 3 semanas, febre, perda de peso, sudorese noturna e prurido cutâneo. Exames complementares com: Hb 9,8g/dL Leucócitos 1.000 (Linfócitos 140) Plaquetas 60.000. O exame mais útil para estabelecer o diagnóstico é:
- a) Mielograma
 - b) Biópsia de Medula óssea
 - c) PET-CT
 - d) Exérese de linfonodo com anatomopatológico e imunohistoquímica
 - e) Punção Aspirativa por agulha fina
- 16.** Paciente de 37 anos inicia queixas de astenia progressiva há 2 semanas. Realiza exames complementares com Hb 7,2g/dL VCM 102 fL Leucócitos 11.100 Plaquetas 260.000, Bilirrubina total 2,8mg/dL (Direta 0,4mg/dL indireta 2,4mg/dL), DHL 1850U/L e reticulócitos 430.000. O exame que deve ser solicitado neste momento é:
- a) Mielograma
 - b) Teste da Antiglobulina Direta
 - c) Dosagem de ceruloplasmina
 - d) Imunofenotipagem para hemoglobinúria paroxística noturna
 - e) Dosagem de vitamina B12
- 17.** Paciente de 35 anos refere dor lombar há 2 meses, comparece ao serviço de urgência devido paraparesia há 48 horas e dificuldade para evacuar. Ressonância nuclear magnética mostra colapso vertebral com compressão medular devido fratura patológica por lesões líticas. Pensando na possibilidade de mieloma múltiplo, o manejo inicial deve incluir:
- a) iniciar dexametasona e uso de colete ortopédico.
 - b) iniciar dexametasona e morfina.
 - c) medidas para lise tumoral e hipercalcemia. Mielograma urgente.
 - d) Dexametasona e avaliação da equipe de cirurgia da coluna urgente.
 - e) dosagem de imunoglobulinas e sorologias. Biópsia de medula óssea.
- 18.** As imunodeficiências primárias decorrem em geral de síndromes clínicas herdadas e que apresentam um padrão de evolução característico na dependência do grau de comprometimento e do padrão de imunidade comprometida. Em relação ao seu quadro clínico, é correto afirmar que:
- a) pacientes podem apresentar alterações neurológicas focais de início recente, redução dos níveis de consciência, com exame de neuroimagem mostrando lesão intracraniana com efeito de massa e associado a IgM positiva para toxoplasma.
 - b) pacientes com pneumonia recorrente, com mais de um episódio em intervalo de 01 ano, podem fechar o diagnóstico acima, não sendo necessário outras investigações complementares.
 - c) história de dispneia e tosse não produtiva de início recente nos últimos 3 meses, associado a infiltrado intersticial difuso bilateral e evidenciado ao RX de tórax, com ausência de pneumonia bacteriana, têm-se como primeira impressão diagnóstica um quadro de imunodeficiência primária.
 - d) placas eritemato-violáceas na pele ou mucosa que, após biópsia, mostra positividade na PCR para o HHV8, são patognomônicos de imunodeficiência primária combinada grave.
 - e) Telangiectasias na conjuntiva e flexura, associada a gengivoestomatite herpética recorrente e manchas "café-au-lait" são achados clínicos compatíveis com imunodeficiência primária.
- 19.** O fenômeno de Lúcio, variante do estado reacional hansênico tipo 2, é provavelmente mediado por imunocomplexos e caracteriza-se por reação cutânea grave que ocorre principalmente em doentes portadores de hanseníase virchowiana. Em relação a esta forma evolutiva da hanseníase, é correto afirmar que:
- a) o quadro é caracterizado por lesões eritemato-infiltradas com limites externos pouco nítidos, por vezes simétricas e localizadas em praticamente todo o corpo.
 - b) lesões circinadas ou anulares, assimétricas, com pouco ou nenhum comportamento neurítico, são achados característicos ao exame clínico.
 - c) há ocorrência de lesões dolorosas, enegrecidas e necróticas, com bordas talhadas a pique consequente a processo trombótico-oclusivo de vasos superficiais.
 - d) caracteriza-se clinicamente por lesões que, clinicamente e histopatologicamente, assemelham-se a dermatofibromas, em geral ricas em BAAR.
 - e) ocorre quadro de doença auto agressiva com astenia, emagrecimento, febre, vasculite, uveíte, orquiepididimite e neurite aguda.

- 20.** Paciente do sexo masculino, 50 anos de idade, procurou o serviço de clínica médica de um hospital geral de ensino pois notou quadro de 5 meses de evolução com inchaço das pernas e falta de ar. Ao exame físico, não apresenta febre, e à ausculta pulmonar são observados estertores difusos em base pulmonar. Apresenta frequência cardíaca de 80 bpm, regular, sem murmúrios, atritos ou galopes, mas há uma divisão ampliada de S2. A radiografia de tórax revela aumento da borda direita do coração, juntamente a sinais de derrames pleurais bilaterais. Os exames laboratoriais mostram troponina sérica I <0,4 ng/mL. A condição clínica que representa o diagnóstico mais provável é:
- a) Cardiomiopatia alcoólica
 - b) Miocardite viral
 - c) Valva aórtica bicuspid
 - d) Fibrose intersticial pulmonar
 - e) Pericardite constritiva
- 21.** Paciente apresenta exames laboratoriais mostrando os seguintes achados sódio 139 mmol/L, potássio 4,3 mmol/L, cloreto 99 mmol/L, CO₂ 25 mmol/L, nitrogênio ureico (BUN) 18 mg/dL, creatinina 1,3 mg/dL e glicose 167 mg/dL. Realizado Rx de tórax que mostra sinais de edema pulmonar e aumento da área cardíaca com proeminência das bordas do coração direito e esquerdo. Os dados clínicos informam um homem de 42 anos de idade, professor de educação física e praticante de esporte, sem história de problemas médicos durante toda sua vida, mas apresentando nos últimos 6 anos dor articular de extremidades, ortopnéia e edema de pés, estes últimos sintomas com piora nos últimos 6 meses. Não apresenta febre e dor precordial. Baseado na história clínica, exames laboratoriais e radiológicos. O exame adicional e seu respectivo resultado que melhor elucidará o diagnóstico do caso em questão são:
- a) Ferritina sérica de 800 ng/dl
 - b) Hemoglobina de 10.7 g/dl e volume corpuscular médio (VCM) de 72 fL
 - c) Taxa de sedimentação de eritrócitos de 79 mm/Hr
 - d) Título de anticorpo anti-centrômero de 1:320
 - e) Presença de frequentes esferócitos no sangue periférico
- 22.** Uma paciente de 35 anos de idade, sexo feminino, apresentar dor lombar há cerca de 6 meses. Ao exame físico a paciente não apresenta achados dignos de nota. A análise da urina mostra hematúria microscópica, sem proteinúria ou glicosúria. A tomografia computadorizada abdominal revela uma massa sólida de 6 cm no pólo superior do rim direito. Realizada nefrectomia direita e o histopatológico revela ao nível da lesão ninhos de células com citoplasma transparente. O achado laboratorial que provavelmente estará associado a essa lesão é:
- a) Catecolaminas aumentadas
 - b) Hiponatremia
 - c) Hiperaldosteronemia
 - d) Hipercalcemia
 - e) Sorologia para HBsAg positiva
- 23.** A alteração renal que está associada a um quadro clínico de hipertrofia prostática em um homem de 85 anos com dificuldade miccional e que apresenta os seguintes achados laboratoriais: Sódio 139 mmol/L, potássio 4,0 mmol/L, cloreto 104 mmol/L, CO₂ 25 mmol/L, creatinina 1,9 mg/dL e glicose 81 mg/dL é:
- a) Atrofia cortical
 - b) Glomerulonefrite rapidamente progressiva
 - c) Carcinoma de células renais
 - d) Necrose papilar
 - e) Rim policístico
- 24.** Em relação às neoplasias de tireoide é correto afirmar que:
- a) O carcinoma papilífero é o tipo mais comum de câncer de tireoide em crianças e em geral a exposição a radiação é um fator etiológico preponderante nesses casos de neoplasia.
 - b) No geral, em adultos, o carcinoma folicular da tireoide corresponde a cerca de 80% do total de casos dessas neoplasias.
 - c) Carcinomas de tireoide são mais frequentes em homens que em mulheres jovens numa proporção de 4:1.
 - d) Tumores menos diferenciados e consequentemente mais agressivos ocorrem em indivíduos mais jovens.
 - e) Tumores de tireoide em crianças em geral apresentam comportamento biológico menos agressivo.

- 25.** O Linfoma de Hodgkin (LH) é caracterizado histologicamente pela presença de células de Reed-Sternberg e suas variantes, associada a células inflamatórias que se associam de acordo com o sub-tipo histológico considerado. Em relação aos seus aspectos clínicos diagnósticos afirma-se que:
- a** a maioria dos pacientes com LH apresenta linfadenopatia com aumento, em geral, de múltiplos linfonodos e com grande frequência de comprometimento extranodal, sobretudo na forma clássica da doença.
 - b** rearranjos dos genes da imunoglobulinas pela análise molecular em geral são ausentes no LH.
 - c** em países ocidentais, a associação com o EBV ocorrem em 40% a 50% dos casos, apontando para um possível envolvimento deste vírus na patogênese da doença.
 - d** o subtipo menos comum de LH é o tipo esclerose nodular, representando cerca de 3% dos casos da doença.
 - e** o subtipo mais associado ao comprometimento mediastinal é o tipo LH clássico com cerca de 80% dos casos com extensão para o mediastino.
- 26.** A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma desordem autossômica dominante causada por mutações na linhagem germinativa no gene APC (Adenomatous polyposis coli). Sobre essa doença, é correto afirmar que:
- a** a PAF não tem relação com a ocorrência de câncer de intestino grosso, nem está associada a lesões prévias colônicas.
 - b** mutações do gene APC isoladas são suficientes para a gênese da PAF em sua forma mais branda, na qual os pacientes têm menos lesões adenomatosas.
 - c** pacientes com a variante de Gardner da PAF, também chamada de síndrome de Gardner, apresenta manifestação clínica extragastrointestinal, sendo os mais importantes o tumor desmoide, cistos epidérmicos, anormalidades dentárias, e osteomas de crânio e mandíbula.
 - d** a PAF pode estar associado a lesões tumorais da bexiga como carcinoma urotelial e tumores de células renais cromóforo.
 - e** a associação de FAP com o meduloblastoma, hepatoblastoma e carcinoma de tireóide, é conhecido como Síndrome de Turcot.
- 27.** Paciente ASLS, sexo feminino, 27 anos, da entrada no pronto socorro com quadro de febre alta. Após exame clínico, foi solicitado raio x de tórax com área de infiltrado bilateral. Exames de ecocardiografia e cultura de sangue sugere diagnóstico de endocardite bacteriana limitada a valva tricúspide. Sua etiologia mais provável é:
- a** Lupus eritematoso sistêmico
 - b** Febre reumática
 - c** Uso de drogas ilícitas
 - d** Doença cardíaca congênita
 - e** Artrite reumatoide
- 28.** Sobre a hipercolesterolemia familiar, é correto afirmar que:
- a** constitui-se na doença de herança mendeliana rara com os heterozigotos apresentando gene mutante e níveis de colesterol aumentados desde a infância.
 - b** a descoberta do papel crítico dos receptores de LDL na homeostasia do colesterol resultou no desenvolvimento de drogas que diminuem o colesterol plasmático através da diminuição do número de receptores de LDL.
 - c** o transporte de LDL através do receptor de varredura ocorre, pelo menos em parte, em células do sistema fagocítico mononuclear e acumula-se nos ateromas em macrófagos da Linhagem M1, M2 e M4.
 - d** as mutações de classe I, associado a quadros de hipercolesterolemia familiar, são as mais comuns, e causam distúrbio de ligação do LDL ao seu receptor.
 - e** a gravidade da doença não varia em homozigose ou heterozigose.
- 29.** Sobre as vasculites não infecciosas, marque a alternativa correta.
- a** O mecanismo fisiopatológico básico está associado a formação de imunocomplexo circulante.
 - b** A arterite de Takayasu é uma vasculite granulomatosa de células gigantes que acomete sobretudo idosos de raça branca.
 - c** A poliarterite nodosa é uma vasculite de artérias médias e pequenas da região temporal cujo mecanismo fisiopatológico básico é mediado por imunocomplexo circulante.
 - d** A doença de Kawasaki ocorre sobretudo em lactentes e crianças que apresentam arterite de vasos de grande e médio calibre, evoluindo com doença febril aguda, e responde pela principal causa de cardiopatia adquirida em crianças.
 - e** A poliangiite microscópica é também conhecida como síndrome de linfonodos cutaneomucosos e evolui com eritema e erosões conjuntivais orais com edema de mãos e pés.

- 30.** São fatores etiológicos da doença cardíaca valvar adquirida:
- a) Cardiopatia reumática
 - b) Lupus eritematoso sistêmico
 - c) Hipercolesterolemia familiar
 - d) Doença hemolítica grave
 - e) Infecção pelo HTLV
- 31.** Dos itens abaixo, o que apresenta distúrbios relacionados a evolução para Cor pulmonale é:
- a) Tromboembolismo pulmonar recorrente, doenças neuromusculares, bronquiectasias.
 - b) Fibrose cística, cirrose hepática, insuficiência renal crônica.
 - c) Fibrose pulmonar difusa intersticial, doença crônica da altitude, dengue hemorrágica.
 - d) Cifoesciolose, artrite reumatoide, acidente vascular encefálico.
 - e) Obesidade, hipercolesterolemia familiar, hipertrigliceridemia.
- 32.** São características clínicas de doença de Chron:
- a) acomete o cólon exclusivamente
 - b) associada a fibrose intestinal intensa com espessamento da parede do órgão.
 - c) ocorre sem distúrbios de absorção de gordura e vitaminas.
 - d) associado a megacólon tóxico.
 - e) é comum a distribuição difusa e contínua das lesões.
- 33.** Sobre as enterocolites bacterianas é correto afirmar que:
- a) as salmoneloses têm distribuição mundial e a principal forma de transmissão é o consumo de água contaminada.
 - b) infecções por Shilega podem complicar sobretudo com desidratação e desequilíbrio hidroeletrólítico.
 - c) nas formas êntero-hemorrágicas de infecção por *E. coli* pode haver complicação do quadro com síndrome hemolítico urêmica.
 - d) a doença de Whipple ocorre com síndrome de má absorção e acomete, sobretudo o colón ascendente.
 - e) a febre tifoide tem transmissão oral-fecal e evolui com diarreia sanguinolenta comprometendo o colón como um todo poupando intestino delgado.
- 34.** O adenocarcinoma de cólon é a neoplasia maligna mais comum no trato gastrointestinal e uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Sobre as neoplasias colorretais é correto afirmar que:
- a) a polipose adematosa familiar é uma síndrome autossômica dominante relacionada sobretudo a mutação do gen p53.
 - b) a incidência de câncer colorretal têm seu pico entre 40 e 50 anos, com cerca de 20% dos casos ocorrendo após os 70 anos de idade.
 - c) dietas pobres em fibras e pobres em carboidratos refinados são fatores de risco alimentares relacionados ao câncer colorretal.
 - d) cânceres de cólon que acometem o ceco e o cólon direito estão mais relacionados à fraqueza e emagrecimento em virtude da anemia grave por carência de ferro.
 - e) o gene DCC é o alvo isolado mais comum de comprometimento genético no câncer colorretal.
- 35.** O consumo excessivo de álcool é a principal causa de doença hepática na maioria dos países ocidentais. Sobre esta afirmação, é correto afirmar que:
- a) em geral os homens são mais susceptíveis que as mulheres à ação lesiva do álcool, e esta característica provavelmente relaciona-se ao fator protetor estrogênico.
 - b) comorbidades como a infecção pelo HIV aumentam a severidade da doença hepática.
 - c) são causas imediatas de óbito relacionado a doença alcoólica em estágio avançado e final o coma hepático, hemorragias gastrointestinais, síndrome hepato-renal, carcinoma hepatocelular.
 - d) estudos realizados com gêmeos homozigóticos não detectaram nenhuma relação entre genética e a evolução da doença hepática alcoólica.
 - e) há maior predisposição a doença hepática alcoólica grave em homens brancos que em afro-descendentes.

- 36.** Paciente de 9 anos apresenta dispneia e sibilância de início repentino, acompanhado de tosse com expectoração mucosa abundante. A avaliação da história pregressa relata que o paciente apresentou episódios semelhantes nos últimos 3 anos, em média durando de 1 a 3 horas. Ao exame físico, apresentou temperatura de 37 °C, frequência respiratória de 40/minuto e pressão arterial de 90/60 mmHg. A ausculta pulmonar revelou murmúrio vesicular diminuído globalmente em ambos os pulmões com radiografia de tórax mostrando expansão de campos pulmonares, porém sem sinais de condensação. O hemograma mostrou 8300 leucócitos, com contagem diferencial de 60 segmentados, 16 linfócitos, 10 monócitos e 11 eosinófilos. Foi realizado estudo do escarro com aumento da contagem de eosinófilos no escarro. O quadro clínico descrito acima corresponde mais provavelmente:
- a Fibrose cística
 - b Asma brônquica
 - c Pneumonite por hipersensibilidade
 - d Pneumonite por aspiração gástrica
 - e Infecção por *Mycoplasma pneumoniae*
- 37.** Você detecta em uma mulher assintomática de 29 anos um sopro aspirativo 3+/4+, mais intenso na ponta com irradiação para a axila esquerda. O sopro começa logo após B1 e continua até A2, sem variar em timbre ou amplitude (tipo platô). Também não varia com a respiração. 3 semanas após terminar trinta e três sessões de tratamento radioterápico para carcinoma de cordas vocais. A pressão arterial 110/70mmHg; a frequência de pulso 80 por minuto. Os pulsos venoso, jugular e carotídeo estão normais. Além de uma doença de 80 dias de duração aos 10 anos, que a deixou sem ir à escola em virtude de dor e desconforto nos joelhos e tornozelos, a paciente nega outras doenças. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:
- a Estenose subaórtica hipertrófica
 - b Sopro de Austin Flint
 - c Regurgitação mitral
 - d Sopro funcional
 - e Estenose aórtica
- 38.** A hipertensão arterial não controlada ainda atinge uma parcela considerável da população hipertensa, e em muitas situações o uso concomitante de outros fármacos podem elevar os níveis pressóricos. O uso de contraceptivos orais contendo estrógeno é provavelmente a causa mais comum de elevação da pressão arterial em mulheres jovens. O mecanismo envolvido na elevação da pressão arterial pelos estrógenos é:
- a Vasoconstrição renal
 - b Inibição do óxido nítrico
 - c Inibição das prostaglandinas
 - d Expansão do volume plasmático pela retenção de sódio
 - e Ação simpaticomimética
- 39.** Um homem de 42 anos com IMC de 34 e antecedente de hipertensão arterial, procura atendimento médico com queixas de sonolência diurna persistente, que tem causado prejuízo funcional em suas atividades laborais. A medida da circunferência cervical ajustada (CCA) que indicaria a investigação com polissonografia para o diagnóstico da síndrome da apnéia-hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) é:
- a CCA \geq 40
 - b CCA \geq 41
 - c CCA \geq 43
 - d CCA \geq 42
 - e CCA \geq 40 apenas na presença de roncos
- 40.** Na avaliação funcional de cirróticos para determinar a gravidade, é utilizada a classificação de Child-Pugh que inclui cinco variáveis. Outro escore funcional adotado para a doença hepática é o MELD (Modal for End-Stage Liver Disease), mais simples e com melhor capacidade de prever a sobrevida em hepatopatas, quando comparado à classificação de Child-Pugh. O escore de MELD é calculado por uma equação logarítmica neperiana que utiliza as seguintes variáveis:
- a Bilirrubinas – INR – Creatinina
 - b Albumina – Glicose – Tempo de protrombina
 - c Ureia – Sódio – Albumina
 - d Sódio – INR – Glicose
 - e Bilirrubina indireta – Albumina – Creatinina

- 41.** A ginecomastia refere-se ao aumento benigno da mama masculina resultante da proliferação do componente glandular. Os estrogênios estimulam e os androgênios inibem o desenvolvimento das glândulas mamárias. Assim a ginecomastia resulta de um desequilíbrio entre a ação estrogênios e androgênios ao nível do tecido mamário. O desenvolvimento de ginecomastia pode ser observada em todas as condições abaixo **EXCETO**:
- a) Tratamento com finasterida
 - b) Uso de espironolactona
 - c) Hiperparatireoidismo
 - d) Desnutrição
 - e) Cirrose
- 42.** Uma secretária de 32 anos do departamento de radiologia de um hospital, é submetida a um exame ultrassonográfico da tireoide para demonstração de um novo equipamento 3D recentemente adquirido. O exame mostra um nódulo sólido de 1,8cm no polo inferior do lobo esquerdo da glândula. Sente-se bem, e uma revisão detalhada de sistemas não revelou nada digno de nota. Seus períodos menstruais são regulares. Ao exame físico, parece estar bem; a frequência cardíaca é de 80 bpm e regular, e a pressão arterial é de 110/70mmHg. Os exames da cabeça, olhos, ouvidos, nariz e garganta não são dignos de nota e não existem anormalidades visíveis ou palpáveis no pescoço. Não há adenopatia. Os exames de tórax e cardíaco são normais. Estudos laboratoriais: O TSH e o T4 livre são normais. O melhor curso de ação para o caso acima, é:
- a) encaminhar para a biópsia por aspiração com agulha fina (PAAF) guiada por ultrassom do nódulo tireoidiano.
 - b) medir os anticorpos antitireoidianos.
 - c) pedir captação de iodo radioativo e cintilografia.
 - d) repetir a ultrassonografia da tireoide em seis meses.
 - e) começar terapia com hormônio tireoidiano e ajustar a dose para suprimir o TSH.
- 43.** Um homem de 28 anos de idade, portador de doença de Cushing secundária a microadenoma, foi submetido à adrenalectomia bilateral. Dois anos após a adrenalectomia bilateral, surgiu hiperpigmentação cutânea generalizada e elevação marcante do ACTH (de 58 para 1.396pg/ml). A ressonância magnética da hipófise demonstrou sela vazia com material amorfo em região de seio esfenoidal compatível com tumor hipofisário. Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável, é:
- a) Síndrome do ACTH ectópico
 - b) Resistência adquirida ao cortisol
 - c) Síndrome de Nelson
 - d) Doença de Addison
 - e) Síndrome de Heyde
- 44.** Um advogado de 58 anos de idade retorna para sua consulta com seguinte resultado do exame de urina rotina: 5 a 10 hemácias por campo, fora isso não foram detectadas anormalidades. Sobre esse caso, é correto afirmar que:
- a) é uma hematúria discreta e não deve ser valorizada.
 - b) se não forem observados albumina e cilindros hemáticos, a hematúria não é significativa.
 - c) a hematúria microscópica com até 10 hemácias por campo é frequente após os 50 anos.
 - d) como a hematúria é discreta, deve ser feita nova avaliação após 3 meses.
 - e) deve ser investigada imediatamente.
- 45.** Considere as afirmativas a seguir, relacionadas a avaliação e tratamento do choque na sala de emergência:
- I. Uma saturação venosa central (SvcO₂) > 70% correlaciona-se com um balanço desfavorável entre a oferta e o consumo de oxigênio.
 - II. A solução de Ringer lactato pode ser usada em pacientes com disfunção hepática.
 - III. A milrinona pode ser útil nos pacientes com choque cardiogênico que estavam em uso de betabloqueadores.
 - IV. A vasopressina é indicada para pacientes com persistência do choque mesmo com o uso da noradrenalina.
 - V. A adrenalina é o vasopressor de escolha no tratamento do choque.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a) I e II
 - b) I e IV
 - c) III e IV
 - d) II e V
 - e) I e V
- 46.** Uma mulher de 72 anos de idade portadora de fibrilação atrial utiliza dabigatrana 150mg 2 x dia, para prevenção de trombolismo. Realizou colonoscopia e após polipectomia apresenta hemorragia digestiva baixa e hipotensão arterial. Foi internada em UTI, a medicação foi suspensa e recebeu 5 unidades de concentrado de hemácias. A próxima conduta que deve ser adotada, é:
- a) Administração de protamina
 - b) Complexo Protrombínico (CCP)
 - c) Administração de vitamina K
 - d) Gluconato de cálcio
 - e) Transfusão de concentrados de plaquetas

47. Uma mulher de 83 anos, confinada ao leito numa casa de repouso para idosos, é internada numa enfermaria de clínica médica com febre, calafrios, delirium e taquipneia com evolução de 3 dias. Após 5 dias cresce nas hemoculturas *Enterococcus faecalis*. Uma fonte provável da bacteremia seria:
- a) uma úlcera de pressão no tornozelo
 - b) Celulite bucal
 - c) Empiema da vesícula biliar
 - d) Sinusite maxilar crônica
 - e) Paroníquia purulenta
48. As neoplasias do trato digestivo representam aproximadamente 1/3 de todos os cânceres. Dentre estes, o câncer de estômago se destaca em nosso meio, como de grande incidência e mortalidade. Entre as manifestações clínicas apresentadas nas opções abaixo, as associadas a um pior prognóstico para o câncer gástrico são:
- a) náuseas e vômitos
 - b) Ascite e icterícia
 - c) dor e anorexia
 - d) Anemia ferropriva e emagrecimento
 - e) fraqueza e saciedade precoce
49. No que diz respeito ao diagnóstico diferencial das artrites, é correto afirmar que:
- a) Poliartrite é denominada aquela que acomete três ou mais articulações e a principal causa é gota.
 - b) as causas mais comuns de monoartrite aguda é a artrite reumatoide e artrite psoriásica.
 - c) diante de uma monoartrite aguda, os diagnósticos mais prováveis são gota e artrite séptica.
 - d) diante de uma poliartrite aguda, a positividade do fator reumatoide confirma o diagnóstico de artrite reumatoide.
 - e) denomina-se oligoartrite, a artrite que envolve cinco articulações ou menos.
50. Um advogado, com 40 anos de idade, apresenta história de dispneia aos esforços há 12 meses e nos últimos 8 meses surgiu tosse seca persistente. Nega perda de peso, dispneia e dor torácica. Refere tabagismo (20 maços-ano). Nega outras queixas, inclusive articulares. Hemograma normal. Sorologia para HIV negativa. Ureia e creatinina normais. A radiografia do tórax mostrou doença cística pulmonar e a tomografia do tórax demonstrou a presença de imagens císticas de paredes finas e tamanhos variáveis com predomínio em regiões superiores, poupando a região dos seios costofrênico em ambos os pulmões. A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:
- a) Histiocitose X
 - b) Linfangioleiomiomatose
 - c) Pneumocistose
 - d) Amiloidose pulmonar
 - e) Síndrome de Birt-Hogg-Dubé



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018

Grupo D: Pré-Requisito: Clínica Médica

Especialidades: Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Hematologia e Hemoterapia, Medicina de Urgência, Nefrologia, Oncologia Clínica, Reumatologia

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	