



O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.



ESPECIALIDADES COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA 2016 RESIDÊNCIA MÉDICA

INSTRUÇÕES

- Verifique se o número do seu RG e de seu CPF estão corretos.
- A duração da prova é de 2 horas, devendo o candidato permanecer na sala por, no mínimo, 1 hora.
- A prova contém 35 questões objetivas, cada uma com 4 alternativas, das quais apenas uma é correta.
- Assinale na folha ótica de respostas a alternativa que julgar correta, preenchendo com caneta esferográfica (azul ou preta), de forma firme e forte, dentro do espaço. Evite amassar ou rasurar.
- Durante a realização da prova não será permitido: consulta de nenhuma espécie a livros, revistas ou folhetos; comunicação entre os candidatos; telefone celular, relógio que não seja analógico, notebook, máquina fotográfica, agenda eletrônica ou similares, tablet, ipod, gravador, pendrive, MP3, walkman ou similares, aparelhos eletrônicos ou similares, bipe, pager, protetor auricular, máquina de calcular e qualquer material que não seja o estritamente necessário para realizar a prova.
- Ao final da prova, entregue ao fiscal o caderno de questões e a folha de respostas.
- A Tabela de Referência de Exames Laboratoriais encontra-se na página 10.

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

RG _____

CPF Clínica Médica

DATA: 11.01.2016

1. Uma jovem de 17 anos, estudante, branca, procura o médico de uma unidade de saúde da família (USF) com quadro de acne pápulo-pustular leve a moderada, mais intensa na face, mas com lesões também no dorso e colo. A jovem sente-se envergonhada e diminuída frente às colegas na escola. Sua menarca ocorreu aos 12 anos e tem menstruações regulares. A conduta mais adequada é

- (A) explicar que isso é comum na sua idade e encaminhá-la ao dermatologista para tratamento.
- (B) prescrever sabonete antisséptico e encaminhá-la ao dermatologista.
- (C) prescrever cefalexina 500 mg 6/6 horas por 7 dias e acompanhar mensalmente a evolução.
- (D) prescrever gel com peróxido de benzoila 5% + clindamicina 1% (uso tópico) e acompanhar mensalmente a evolução.

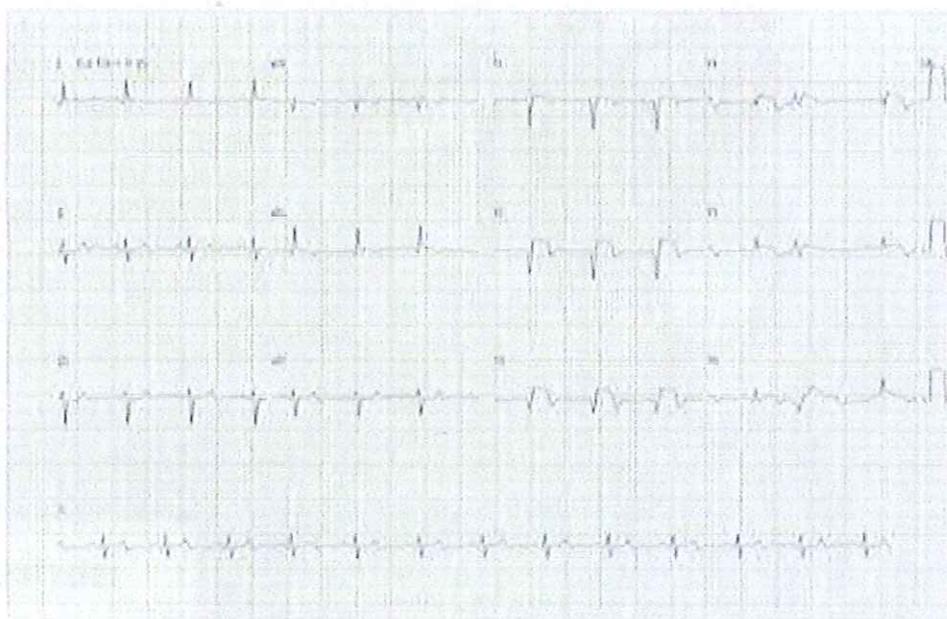
2. Pedro tem 21 anos, é estudante de medicina do terceiro ano. Esteve treinando forte para uma famosa competição entre estudantes e seus colegas notaram que estava icteríco. Estava completamente assintomático, mas mesmo assim procurou o Professor Djalma, experiente gastroenterologista que não encontrou qualquer alteração no exame físico, exceto icterícia discreta e solicitou alguns exames que revelaram hemograma e contagem de reticulócitos normais, AST=16 U/L, ALT=13 U/L, bilirrubinas totais=2,5 mg/dL (BD=0,4 mg/dL e BI=2,1mg/dL), gama-GT=38 U/L, albumina=4,2 g/dL, amilase=122mg/dL, Anti-HBs-reagente, HBsAg-não reagente, Anti-HCV-não reagente. À ultrassonografia de abdome ausência de cálculos na vesícula e fígado com aspecto normal. Ao voltar à consulta com os exames não estava mais icteríco. O diagnóstico mais provável é

- (A) Hepatite viral B subclínica.
- (B) Síndrome de Gilbert.
- (C) Síndrome de Crigler-Najjar.
- (D) Microerocitose.

3. Arlindo tem 64 anos, masculino, ferroviário aposentado, portador de diabetes mellitus tipo 2, há 8 anos e hipertensão arterial, há 6 anos. Utiliza irregularmente glibenclamida e captopril, pois entende que não deva misturar a medicação com bebida alcoólica e bebe 3 a 4 cervejas, quase diariamente. Hoje voltou para casa mais cedo, pois não estava sentindo-se bem, deitou-se sem jantar e a esposa ao vê-lo ficou assustada, pois estava com sudorese. A glicemia capilar determinada pela esposa naquele momento estava 254 (sic). Ao chegar à unidade de pronto atendimento foi verificada sua PA (142/98 mmHg), a FC (88 bpm) a temperatura (36,1°C) e a glicemia capilar (318 mg/dL). Continuava com sudorese fria, palidez cutânea, coração rítmico e com estertores nas bases pulmonares. O eletrocardiograma realizado na unidade está apresentado abaixo.

A melhor conduta nesse momento é

- (A) ácido acetilsalicílico 200 a 500 mg VO, fibrinolítico IV, dosar troponina, CPK e CKMB, interná-lo em UTI administrando insulina regular por via SC de acordo com os valores da glicemia capilar.
- (B) aplicar insulina regular 10 U por via SC, amiodarona 200 mg VO, acompanhar valores da glicemia capilar 1/1 hora e dispensá-lo quando a glicemia for < 200 mg/dL, orientando-o a usar a medicação habitual regularmente e retornar ao seu clínico na UBS.
- (C) aplicar 10 U de insulina regular por via SC, reintroduzir a medicação habitual e introduzir propranolol 40 mg 8/8 horas e metformina 850 mg 2X/dia, dispensando-o com orientação.
- (D) interná-lo em enfermaria e solicitar creatinina, sódio, potássio, hemograma, hemoglobina glicada, urina tipo I e glicemia em jejum. Prescrever insulina regular por via SC de acordo com glicemias capilares, furosemide 40 mg VO e reintroduzir captopril 25 mg 8/8h.



4. Um paciente de 68 anos portador de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca está sendo tratado com furosemide 40mg 2 comprimidos às 8 e às 14 horas, hidroclorotiazida 50mg pela manhã, espironolactona 25mg pela manhã, captopril 50mg 8/8h e carvedilol 12,5mg 12/12h. Seus exames recentes mostram Na= 136 mEq/L, K=2,1 mEq/L, Uréia= 64 mg/dL, Creatinina= 1,4 mg/dL e Gasometria arterial: pH=7,58 pCO₂=51 mmHg pO₂=88 mmHg HCO₃=38 mEq/L BE= +10 SO₂=94%. Qual a alteração ácido-básica e sua(s) causa(s)?

(A) Alcalose respiratória causada por hiperventilação e uso de espironolactona.

(B) Alcalose metabólica causada pelo uso excessivo de captopril e carvedilol.

(C) Alcalose metabólica causada pelo uso excessivo de diuréticos e hipopotassemia.

(D) Alcalose mista causada pela hiperventilação (insuficiência cardíaca congestiva) e hipopotassemia.

5. Caso o paciente da questão anterior estivesse com contratura de extremidades e trismo mandibular, qual alteração eletrolítica seria responsável por este distúrbio e como corrigi-la?

(A) Hipomagnesemia que poderá ser corrigida com a administração de sulfato de magnésio IV.

(B) Hipocloremia que poderá ser corrigida com soro fisiológico (NaCl a 0,9%) IV e correção da alcalose.

(C) Hipocalcemia (cálcio iônico) que será corrigido com a oferta de cálcio IV e correção da alcalose.

(D) Hipopotassemia que seria normalizada apenas com a correção da alcalose.

6. Mulher com 26 anos de idade tem hipotireodismo primário por Tireoidite de Hashimoto em tratamento com levotiroxina e mostrando valores adequados de TSH. Peso= 100 kg; Estatura = 1,50 m; tem também hipertensão arterial há 10 anos e diabetes mellitus tipo 2 há 2 anos em uso de dieta, exercícios e metformina com bom controle glicêmico. Tem passado familiar positivo para carcinoma (CA) colorretal e de mama. Menstruações irregulares, sem períodos de amenorreia. O pai teve infarto do miocárdio fatal aos 45 anos de idade. Mãe tem hipotireodismo primário, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Pode-se afirmar que

(A) CA de vesícula biliar e CA renal não são associados à obesidade, ao contrário do CA de mama e colorretal.

(B) terapia medicamentosa para a obesidade tem contra-indicação formal neste caso.

(C) a levotiroxina deve ser suspensa no caso de gestação.

(D) cirurgia bariátrica deve ser oferecida como alternativa terapêutica.

7. São características do quadro de *delirium*:

(A) agitação psicomotora, mais frequente em jovens, rica em alucinações visuais que comumente acomete alcoolistas e usuários de drogas alucinógenas, particularmente na ausência destas drogas.

(B) início agudo, com curso flutuante, mais comum em idosos hospitalizados, com distúrbios da consciência, motricidade (hipo ou hiperativo) e da percepção (delírios e alucinações).

(C) início insidioso, comum em idosos nas fases avançadas de doenças crônicas como demência e parkinsonismo, com perda do autocontrole (agitação, agressividade e delírios).

(D) distúrbio psiquiátrico mais comum em idosos usuários de medicamentos benzodiazepínicos, caracterizado por agitação, insônia, delírios, mas sem comprometimento cognitivo.

8. Paciente de 64 anos com cansaço fácil, unhas quebradiças e adinamia. Nega sangramentos. Ao exame encontra-se pálida, descorada, com queilite angular, koiloniquia e discreta taquicardia. Hemograma mostra Hemoglobina de 7,4g/dL, Leucócitos normais e Plaquetas de 540.000/mm³. Nesse paciente espera-se encontrar:

(A) Reticulocitose, HCM=23pg, eritropoetina baixa, ferro baixo, transferrina elevada e Ferritina baixa.

(B) VCM=72fl, eritropoietina elevada, reticulocitose, ferro baixo, transferrina elevada e ferritina baixa.

(C) Eritropoetina elevada, reticulocitose, VCM=72fl, dosagem de vitamina B12 baixa e Ferro baixo e Ferritina baixa.

(D) Reticulocitose, VCM=72fl, Ferro baixo, transferrina normal, Ferritina elevada e Proteína C Reativa elevada.

9. Paciente feminina previamente hígida, 40 anos de idade, é encaminhada de banco de sangue com resultado de exame sorológico reagente para Hepatite Viral tipo C. A conduta mais adequada é a realização de

(A) teste molecular para a detecção de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA) para confirmação diagnóstica.

(B) exame bioquímico sérico para dosagem das enzimas hepáticas e coagulograma com a finalidade de avaliar doença hepática em atividade.

(C) biópsia hepática para estadiamento da doença e possível indicação de tratamento.

(D) elastografia hepática para estadiamento da doença e possível indicação de tratamento.



10. Paciente masculino de 50 anos queixa-se de cefaleias diárias nas últimas duas semanas. Ele relata dois episódios diários de dor, um deles ocorrendo sempre no período noturno, despertando-o do sono. A dor é de grande intensidade, localiza-se no lado direito da face e crânio e dura cerca de uma hora. Costuma fazer-se acompanhar de lacrimejamento e hiperemia do olho direito e congestão nasal. Seu exame neurológico é normal. O diagnóstico mais provável é

- (A) sinusite etmoidal.
- (B) cefaleia em salvas.
- (C) neuralgia atípica da face.
- (D) glaucoma de ângulo fechado.

11. Os corticosteroides em suporte oncológico têm como:

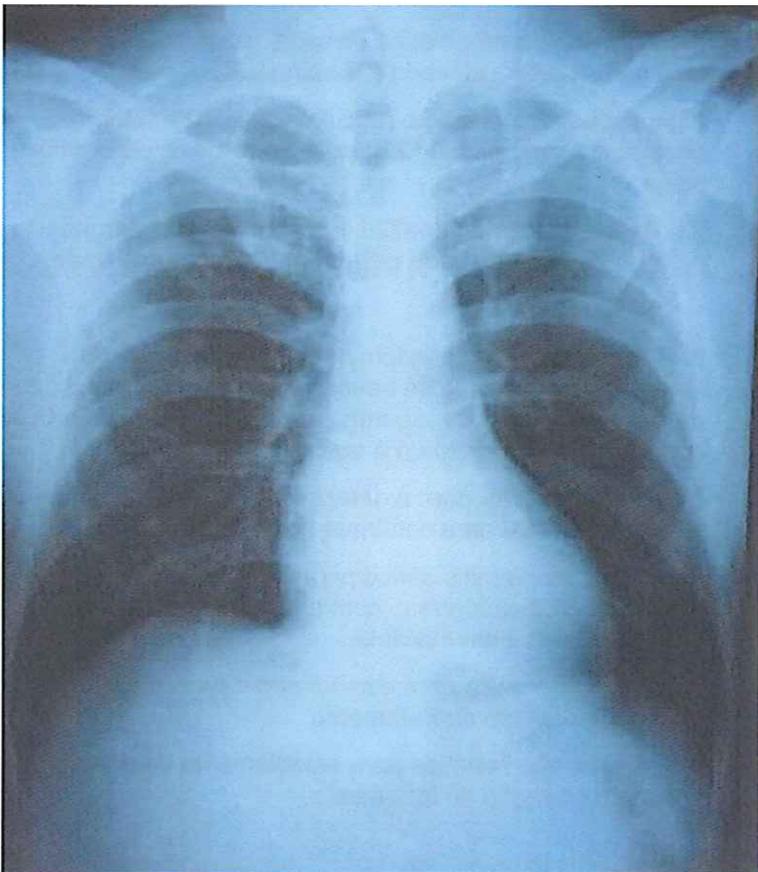
Benefícios: Ajudam a aliviar a dor causada por _____ ou _____, além das dores por inflamações. Os glicocorticóides também aumentam o apetite.

Desvantagens: Podem causar _____, sendo _____ um efeito secundário importante para o sistema nervoso central.

Assinale a alternativa que melhor completa as lacunas nas frases acima.

- (A) compressão tumoral – síndrome de hipertensão intracraniana – gastrite – confusão mental
- (B) metástases ósseas – metástases pulmonares – retenção de sódio – sonolência
- (C) metástases sistema nervoso central – lesões orais – gastrite – depressão
- (D) compressão tumoral – compressão gástrica – fácies cushingóide – coma

12. Joana tem 36 anos, hígida, e está com tosse há 3 dias. A tosse era inicialmente seca e se tornou produtiva (catarro amarelado). Teve calafrios e sensação de febre desde o início do quadro. Hoje a temperatura é de 37,6°C, PA=114/68 mmHg, FC=92 bpm. Coração-rítmico e sem sopros, pulmões tem MV presente em todos os campos com roncos e sibilos esparsos, FR=24 ipm. Foi realizada a radiografia abaixo.



A conduta mais apropriada é

- (A) dispensá-la com orientação para usar antitérmicos se necessário e inalação com SF0,9%.
- (B) iniciar tratamento domiciliar com clindamicina 500 mg VO 12/12 por 7 dias, antitérmicos e N-acetilcisteína 600mg VO 12/12h.
- (C) interná-la e administrar levofloxacino 500mg/dia VO por 7 dias, antitérmicos e inalação com SF0,9%, N-acetilcisteína 600mg VO 12/12h.
- (D) interná-la e administrar moxifloxacino 400mg/dia VO por 7 dias, antitérmicos, inalação com SF0,9%, e N-acetilcisteína 600mg VO 12/12h.



13. Vilma tem 32 anos e foi internada para investigação diagnóstica. Tem hipertensão arterial recém diagnosticada (ao redor de 160/100 mmHg), edema discreto de membros inferiores +/- em 4+. Sem outras queixas. Seu exame de urina tipo I tinha proteinúria +++/4+, hemácias dismórficas de 67.000/mL, leucócitos 12.000/mL. Creatinina= 1,6 md/dL. Seus valores séricos de C3, C4 e CH50 eram normais. Proteinúria=1.280 mg/24h. O diagnóstico mais provável é

- (A) Síndrome Nefrótica por glomerulonefrite membranoproliferativa.
- (B) Síndrome Nefrótica por vasculite pauci-imune.
- (C) Síndrome Nefrítica por glomerulonefrite pós-infecciosa.
- (D) Síndrome Nefrítica por nefropatia por IgA.

14. Um homem de 28 anos apresenta uma história de uso regular de álcool. Embora tenha conseguido manter seu emprego como motorista de caminhão, muitas vezes dirige mesmo etilizado a fim de cumprir seus prazos. Foi repreendido diversas ocasiões por não realizar o trabalho de forma adequada, o que tem levado a crescentes conflitos com a esposa. Nega aumento recente da ingestão ou sintoma de abstinência, mas admite não "ficar bêbado com costumava" após consumir a mesma quantidade de álcool. Dentre os fatores em sua história, o mais específico de dependência de álcool é

- (A) dirigir embriagado.
- (B) conflitos conjugais.
- (C) tolerância ao álcool.
- (D) problemas profissionais.

15. A gasometria arterial abaixo

pH=7,12 pCO₂=32 mmHg pO₂=74 mmHg HCO₃=12 mEq/L BE= -12 e SO₂=92%

indica:

- (A) acidose metabólica.
- (B) acidose respiratória.
- (C) acidose metabólica não compensada.
- (D) acidose mista.

16. Marisa tem 43 anos e há 1 ano vem apresentando quadro de diarreias frequentes, acompanhadas de muco de cor amarelo-esverdeado e às vezes sanguinolento, como geléia de morango. O quadro é acompanhado por cólica abdominal, puxo, tenesmo e urgência fecal. Antigamente passava 1 semana com este quadro intestinal e melhorava, chegando a ficar até 1 mês com hábito intestinal e aspecto das fezes normais. Nos últimos 45 dias o quadro está contínuo e neste período emagreceu seis quilos. Não mudou seus hábitos alimentares, predominantemente pão e carboidratos. Tem sensação de febre, mas não mediu. Seu exame físico é normal, exceto pelo abdome que se mostra distendido, difusamente doloroso, mas sem dor à descompressão brusca. Ruídos hidroaéreos aumentados. O diagnóstico mais provável e o exame apropriado para confirmá-lo são, respectivamente,

- (A) Doença de Crohn e colonoscopia com biópsia.
- (B) cólon irritável e não há exame específico.
- (C) retocolite ulcerativa e colonoscopia com biópsia.
- (D) intolerância ao glúten; os testes não são específicos, mas a retirada total do glúten da dieta melhora o quadro.



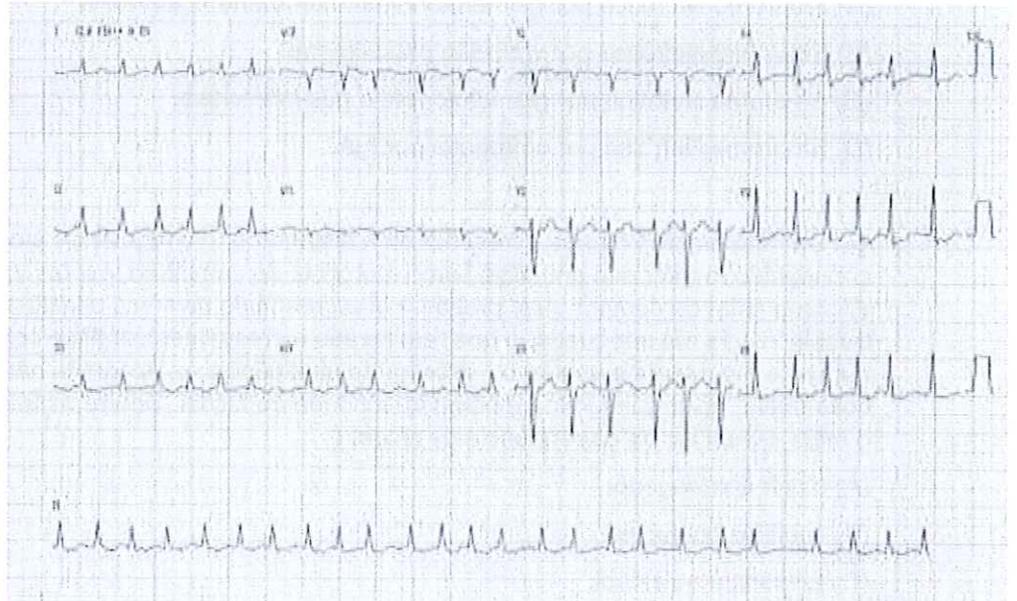
17. Magdalena tem 78 anos e tem hipertensão arterial desde os 45 anos. É sabidamente portadora de miocardiopatia dilatada sendo tratada com furosemide 40mg/dia, espironolactona 25mg/dia, ramipril 10 mg/dia e carvedilol 25mg/dia. Estava assistindo TV e começou a sentir intenso mal estar, dor retroesternal e palpitação. Sua filha levou-a imediatamente a uma unidade de pronto atendimento onde foi atendida de imediato. Estava consciente e gemente, PA 86/44 mmHg, coração com taquicardia (160 bpm), pulmões com estertores subcrepantes em bases e sem edema. O eletrocardiograma está apresentado a seguir. A conduta mais adequada é

(A) interná-la em UTI, fibrinolítico IV, amiodarona 300 mg IV em SF 250mL correr em 20 minutos, avaliar a curva enzimática (troponina, CPK, CK-MB) e, após a recuperação, introduzir metoprolol 50 a 100 mg/dia.

(B) interná-la em UTI, fazer heparina não fracionada 100 U/Kg de peso, anestesia ou sedação, cardioversão elétrica (120 J se onda bifásica ou 200 J se onda monofásica). Após a recuperação, manutenção com amiodarona 200mg/dia.

(C) administrar na unidade de pronto atendimento amiodarona 300 mg IV em SF 250mL em 20 minutos e, caso haja recuperação, introduzir warfarina ou inibidor direto do fator Xa e amiodarona 200 mg/dia.

(D) interná-la em UTI, preferencialmente em hospital com serviço de hemodinâmica onde se faça angioplastia primária com *stent*. Coletar enzimas cardíacas (troponina, CPK, CK-MB) para início de curva enzimática. Introduzir imediatamente AAS 200 a 500 mg VO.



18. Mulher de 56 anos de idade, menopausa há 4 anos, obesa, com diabetes tipo 2 em uso de metformina 1 grama por dia, com bom controle glicêmico. Em uso também de levotiroxina para hipotireoidismo primário por Tireoidite de Hashimoto há 10 anos. Há dois anos soube também que tinha osteopenia por densitometria óssea e desde então foi medicada com colecalciferol e carbonato de cálcio, ambos manipulados em farmácia. Exames atuais mostram: glicemia em jejum=128mg/dL; K= 5,7mEq/L; Creatinina=4,5mg/dL; Cálcio Total=14mg/dL; albumina=4g/dL; Hb=8g/dL; Ht=24%; 7.000 leucócitos/mm³; 154.000 plaquetas/mm³; T4 livre = 1,12 ng/dL; TSH = 0,5 mUI/L e Paratormônio (molécula intacta colhida com técnica correta)= 6pg/mL. Pode-se afirmar:

(A) o cálcio elevado provavelmente se relaciona ao TSH baixo, caracterizando a tireotoxicose subclínica.

(B) o diagnóstico mais provável é hiperparatireoidismo primário.

(C) o diagnóstico mais provável é hiperparatireoidismo secundário e a metformina causou a perda da função renal, devendo ser suspensa.

(D) deve-se considerar intoxicação por vitamina D3 como diagnóstico provável.

19. João Carlos tem 70 anos, masculino, casado, advogado, há alguns meses vem apresentando tremor em membro superior direito, o que modificou sua escrita. Desde esta ocasião também notou alteração de marcha, arrastando as pernas e com pequenos passos, o que vem provocando quedas frequentes nos últimos meses. Como antecedentes mórbidos pessoais tem hipertensão arterial desde os 50 anos e há muitos anos está controlada com losartana 50mg 2X/dia e hidroclorotiazida 25mg 1X/dia. Tem também osteoartrose em uso da fórmula com famotidina, meloxicam, carisoprodol e ciclobenzaprina com melhora das dores articulares. Nos últimos meses, devido a tontura rotatória e enjôos lhe foi prescrito cinarizina 75mg 1X/dia e metoclopramida 10 mg 2X/dia. Pode-se afirmar que

(A) trata-se de polifarmácia, porém nenhum destes medicamentos pode ser a causa do parkinsonismo.

(B) seu quadro clínico preenche critérios para Doença de Parkinson, devendo ser instituído o tratamento com L-Dopa associado aos demais medicamentos.

(C) João Carlos apresenta problemas em cascata causados pela polifarmácia, ou seja, efeitos adversos inerentes às medicações e interações medicamentosas.

(D) o parkinsonismo iatrogênico deve ser imediatamente tratado com L-Dopa e retirada a fórmula.



20. Homem de 40 anos, 70 kg de peso, etilista crônico chega ao pronto-socorro com hemorragia digestiva alta. Apresenta-se taquicárdico. A endoscopia digestiva mostra varizes esofágicas sangrantes. Hemograma com hemoglobina de 6,5g/dL, leucocitose leve com neutrofilia e contagem plaquetária de 80.000/mm³. Tempo de Protrombina com INR =1,5. A conduta transfusional mais adequada é

- (A) 2 unidades de Concentrados de Hemácias e 7 unidades de Concentrado de Plaquetas.
- (B) 2 unidades de Concentrados de Hemácias e 700 ml de Plasma Fresco Congelado.
- (C) 1 unidade de Plasma Fresco Congelado e 2 unidades de Concentrados de Hemácias.
- (D) 1 unidade de Concentrado de Plaquetas por aférese e 2 unidades de Concentrados de Hemácias.

21. Paciente masculino, branco, 27 anos, é admitido no pronto-socorro em insuficiência respiratória aguda. No exame físico, observa-se emagrecimento importante, desidratação, descorado, temperatura axilar 39,5°C, pressão arterial de 102/58 mmHg, FC=112 bpm, cianótico, mucosa oral com placas esbranquiçadas, brilhantes, com base eritematosa que se destacam ao toque, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído, rude, com esparsos estertores crepitantes nas bases. O diagnóstico mais provável é

- (A) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida com provável pneumopatia por *Pneumocystis jiroveci*.
- (B) Síndrome Cárdio Pulmonar por Hantavírus.
- (C) Pneumopatia por *Legionella pneumophila*.
- (D) SARA pelo vírus Influenza A subtipo H₁N₁.

22. A síndrome de Guillan-Barré tem sido relacionada à infecção pelo Zika vírus. Seu diagnóstico requer

- (A) fraqueza muscular progressiva ascendente e arreflexia.
- (B) disartria e hiperreflexia.
- (C) parestesias e mialgia.
- (D) fraqueza muscular proximal.

23. Das modalidades terapêuticas de suporte apresentadas abaixo, apenas uma seria indicada dentre as diversas existentes para um paciente portador de carcinoma broncogênico não-de células pequenas, mantendo o tabagismo, e com diagnóstico realizado com o quadro em estágio IV (metástases múltiplas em fígado, ossos e pleura). Não há dor, mas intensa anorexia e insônia com despertar precoce e hiperirritabilidade (grosserias) com os seus familiares.

- (A) Dieta hiperprotéica e hipercalórica parenteral.
- (B) Suspensão do tabagismo.
- (C) Ondansetrona 8 mg vo 3 vezes ao dia.
- (D) Acetato de megestrol 160 – 320 mg vo/dia.

24. Paciente do sexo feminino, 24 anos, projetista de móveis, tem asma desde criança. Há 1 ano os sintomas têm sido constantes e usa por conta salbutamol spray 3x/d e aminofilina 200mg 3x/d. Desta vez, os sintomas não cederam e chega ao pronto atendimento em franca crise de asma. Ao exame físico: dispneica, FR 36 incursões/min sibilos inspiratórios e expiratórios difusos, Coração-rítmico, taquicárdico (FC=120 bpm), PA 120/72 mmHg. A plantonista prescreveu 3 inalações com β-2 agonista inalatório, com intervalos de 30 minutos entre elas e oxigênio sob máscara facial. Após a última inalação, houve redução parcial dos sinais de gravidade, apresenta neste momento pico de fluxo expiratório de 60% do previsto para ela. O plantonista deverá

- (A) manter a paciente no PS e repetir β-2 agonista inalatório a cada 30 minutos até 4 horas, podendo associar ipratrópio na nebulização e prescrever prednisona 40-60mg VO.
- (B) dar alta para a paciente, manter β-2 agonista inalatório a cada 4 h por 2 dias prescrever prednisona 40-60mg VO no PS, o qual deverá ser mantido em casa por 5 dias.
- (C) manter a paciente no PS, repetir inalação β-2 agonista inalatório associado à ipratrópio a cada 30 minutos até 2 horas e fazer metilprednisolona 40-60mg ou hidrocortisona 200mg IV e fazer aminofilina 5 mg/kg em bolus seguido de 0,5mg/kg/min.
- (D) fazer prednisona 40-60mg VO ou equivalente VO, teofilina 200 mg de 12/12 horas e nova inalação com β-2 agonista antes de liberar a paciente para casa pelo risco de precisar voltar ao PS nas próximas 6 horas.

25. Henrique tem 32 anos, masculino, foi trazido ao PS após ser preso por andar nu. Agitado, inquieto, gritava que queria seu advogado presente, dizia que Deus havia lhe dado direitos especiais, direitos esses que foram assegurados (via e-mail) pelos presidentes da república Getúlio Vargas e Tancredo Neves e que todos (policiais, SAMU, médicos e enfermeiros) seriam severamente punidos na corte marcial. Seu histórico relatava tratamento para depressão maior aos 23 anos, quando usou, com sucesso, sertralina por 1 ano. Familiares relatam que Henrique é formado em computação e trabalha numa grande empresa. Última fatura do cartão de crédito estava muito acima do padrão de gastos de Henrique. Recentemente tem passado por situação de extremo estresse no trabalho, pois poderá ser promovido ou demitido. Sua namorada o deixou há 1mês. A principal hipótese diagnóstica é

- (A) Transtorno depressivo.
- (B) Esquizofrenia.
- (C) Transtorno bipolar.
- (D) Síndrome do estresse pós-traumático.



26. Eneida tem 24 anos, é branca, não fuma e não bebe, tem os pais vivos e não tem diagnóstico de doenças crônicas. Ao exame apresentou, confirmadamente, hipertensão arterial. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial o médico assistente deveria rastrear de forma não invasiva causas secundárias de hipertensão arterial da seguinte forma:

- (A) hipertensão arterial renovascular com o uso da relação aldosterona/atividade de renina plasmática e, hiperaldosteronismo primário com ultrassonografia das adrenais realizada por ultrassonografista experiente.
- (B) feocromocitoma com ácido vanilmandélico e ultrassonografia das adrenais realizada por ultrassonografista experiente e, hipertensão renovascular com teste de captopril.
- (C) hiperaldosteronismo primário com ultrassonografia das adrenais realizada por ultrassonografista experiente e Síndrome da Apnéia/Hipopnéia Obstrutiva do Sono com polissonografia.
- (D) hiperaldosteronismo primário com o uso da relação aldosterona/atividade de renina plasmática e hipertensão renovascular com ultrassonografia renal com Doppler de artérias renais.

27. A correlação correta entre o sinal clínico e a lesão ou alteração patológica é:

- (A) "click sistólico mitral" e estenose mitral.
- (B) "hiperfonese da segunda bulha no foco pulmonar" e estenose valvar pulmonar.
- (C) "quarta bulha - B4" e hipertrofia do ventrículo esquerdo.
- (D) "terceira bulha - B3" e insuficiência aórtica.

28. José passou a vida bebendo, agora interna pela quarta vez com sangramento discreto de varizes esofágicas. Deu entrada na emergência com creatinina de 2,8 mg/dL, sendo que a anterior, há 10 dias, era 1,0 mg/dL. Havia relato de uso recente de ciprofloxacina em doses habituais. Ictérico +/4+, PA= 86/62 mmHg; FC= 88 bpm; apresentava ginecomastia, circulação colateral visível e ascite volumosa. TAP 36%, INR 2,64, Hematócrito 36%, sódio urinário de 5mEq/L; Urina tipo I: densidade=1,032, proteínas +, glicose-ausente, hemácias=5.000 /mL e leucócitos=7.000/mL. Proteinúria de 350mg/24h. O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome hepatorenal tipo 1.
- (B) necrose tubular aguda.
- (C) nefrite intersticial aguda por ciprofloxacina.
- (D) nefropatia por IgA secundária à hepatopatia.

29. O agente etiológico mais encontrado na meningite piogênica aguda, em adultos, é

- (A) *Hemophilus influenzae*.
- (B) *Streptococcus pneumoniae*.
- (C) *Neisseria meningitidis*.
- (D) *Listeria monocytogenes*.

30. Com relação às vasculites sistêmicas, é correto afirmar que

- (A) a poliangeíte granulomatosa (Weneger) compromete artérias de pequeno calibre e está associada à eosinofilia e à presença de p-ANCA.
- (B) a arterite de Takayasu predomina em mulheres jovens, compromete a aorta e seus principais ramos, provocando estenoses, oclusão e dilatações.
- (C) a poliangeíte microscópica, também conhecida como Churg-Strauss, é a principal responsável pela síndrome pulmão-rim e está associada à presença de c-ANCA.
- (D) a púrpura de Henoch-Schönlein é imunomediada por IgG e compromete frequentemente idosos.

31. O conceito de *medicamento genérico*, segundo a legislação brasileira, é

- (A) perda da patente do medicamento de referência (original) e disponibilidade no mercado a custo inferior.
- (B) o mesmo sal do medicamento de referência com nome comercial (fantasia) diferente.
- (C) qualquer medicamento do mercado que tenha a mesma composição química que o medicamento de referência.
- (D) o mesmo sal do medicamento de referência com comprovada bioequivalência e biodisponibilidade.



32. Mulher branca de 62 anos, há 1 ano foi submetida à colectomia esquerda com reconstrução término-terminal com retirada de segmento de cólon descendente que o exame anátomo-patológico apontou como adenocarcinoma estágio I (T2N0M0). Não necessitou outros tratamentos, pois os linfonodos regionais não apresentaram comprometimento. Repetiu a colonoscopia 2 meses depois e foi considerada curada do Ca de cólon. Tinha como antecedentes pessoais infecções urinárias de repetição (cistites), 2 a 3 episódios/ano desde a menopausa (aos 51 anos). Há 4 meses vem apresentando episódios de calafrios, seguidos de febre alta (até 39,5°C) sendo tratada como infecção urinária. Há 1 mês chegou a ficar internada por 10 dias recebendo antibióticos IV (ciprofloxacino) para "infecção urinária", pois tinha leucocitúria de 25.000/mL, mas a cultura de urina foi negativa. Procurou mais uma vez o pronto atendimento com calafrios, febre (39,0°C), piora do estado geral e hemograma com leucocitose (16.600/mL) com desvio à esquerda e exame do sedimento urinário normal. Qual a conduta mais adequada do ponto de vista diagnóstico e terapêutico?

(A) Medicá-la com um antibiótico de largo espectro e encaminhá-la ao gastroenterologista para reavaliar se está tendo recidiva de Ca de cólon.

(B) Internar, colher hemoculturas em picos febris antes de iniciar antibióticos (ceftriaxona) e solicitar ecocardiograma para investigar endocardite bacteriana (suspeita *Streptococcus bovis*).

(C) Internar, colher urocultura e iniciar com antibiótico de largo espectro (cefepime) por sete dias, pois provavelmente trata-se de nova infecção do trato urinário.

(D) Interná-la, pois está em sepsis, possivelmente por agente Gram negativo oriundo do trato urinário; iniciar um aminoglicosídeo (amicacina), solicitar urocultura e tomografia de abdome com contraste para avaliar alterações do trato urinário relacionadas à cirurgia anterior.

33. Elias tem 55 anos, é portador de diabetes mellitus tipo 2 desde os 42 anos. Na ocasião do diagnóstico, chegou a pesar 106 kg (altura= 170 cm). Foi instituído o tratamento desde o início com dieta pobre em carboidratos, que diz seguir rigorosamente, glibenclamida 5mg 1 comprimido VO cedo e no jantar, e metformina 850 mg 1 comprimido no almoço e jantar. Emagreceu e seu peso ficou estabilizado por volta de 80 kg. Tem retinopatia diabética em tratamento com laser e sua função renal é normal com albuminúria de 120 mg/g creatinina. Há 6 meses vem tendo perda de peso progressiva (peso atual 68 kg) dificuldade de controlar a glicemia (em jejum 236 mg/dL) e sua hemoglobina glicada (HbA1C) está 10,5%. Já foram aumentadas as doses de glibenclamida para 20mg/dia e metformina para 2.550 mg/dia. Nega ingerir álcool ou drogas ilícitas.

A conduta adequada é

(A) introduzir insulina NPH (dose inicial 0,2 U/kg peso/dia), manter a metformina e suspender a glibenclamida, pois possivelmente trata-se de falência de células beta pancreáticas e a glibenclamida terá efeito reduzido.

(B) manter a medicação atual e introduzir insulina NPH noturna (10 a 20 U ao deitar) e orientá-lo, pois, possivelmente, se trata de má adesão à dieta ou ao tratamento medicamentoso.

(C) manter a medicação atual e introduzir uma nova classe de medicação com mecanismo de ação diferente, por exemplo, um Inibidor de SGLT2, que provoca perda de glicose na urina, melhorando o controle glicêmico.

(D) retirar a sulfonilureia (glibenclamida) e introduzir uma nova classe de secretagogo, por exemplo, uma incretina (inibidor da DPP4), com o objetivo de poupar o pâncreas endócrino.

34. Com relação aos cuidados paliativos, é correto afirmar que

(A) a decisão final sobre as medidas de conforto em detrimento de cuidados intensivos cabe à família e à equipe de cuidados (médicos e outros profissionais de saúde).

(B) só se aplicam nos estágios terminais da doença, mesmo que progressiva e incurável, pois não se justifica estressar o paciente com a ameaça do desfecho fatal.

(C) a OMS os define como uma abordagem multidisciplinar que visa a promover a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares na vigência de doenças que ameacem a continuidade da vida, mediante prevenção e alívio do sofrimento.

(D) há escalas avaliando o estado do paciente que definem o momento exato em que o tratamento intensivo é substituído pelos cuidados paliativos.

35. Com relação ao lúpus eritematoso sistêmico, é correto afirmar que

(A) o comprometimento do sistema nervoso central é raro e ocorre em menos de 5% dos casos da doença em atividade.

(B) o comprometimento hematológico é caracterizado por anemia, leucopenia e plaquetopenia, e o mielograma com hipocelularidade dos três setores.

(C) o sinal clínico mais comum é o eritema malar.

(D) o padrão do comprometimento renal pode mudar no curso da doença, tanto do ponto de vista clínico, funcional, como no exame anatomopatológico.



Valores de Referência de Exames Laboratoriais

Ácido Úrico 2,4-6,0 mg/dL (mulheres) e 3,4-7,0mg/dL (homens)

Albumina 3,5 - 5,5 g/dL

Amilase 80-180U/dL

ALT < 35 U/L

AST < 35 U/L

Bilirrubina total 0,3-1,0 mg/dL (BD 0,1-0,5 mg/dL; BI 0,1-0,7 mg/dL)

Cálcio iônico = 1,17 - 1,32 mmol/L

Cálcio total = 8,5 - 11,5 mg/dL (2,0 - 2,5 mmol/L)

Cloreto 96-107 mEq/L

Colesterol total < 200mg/dL

HDL-colesterol > 35mg/dL (homens) e > 45mg/dL (mulheres)

LDL-colesterol < 130 mg/dL

Creatinina 0,6-1,2mg/dL

Desidrogenase láctica 50-115U/dL

Gama-GT 11-50U/L

Gasometria Arterial

pH 7,35-7,45

pO₂ 83-108 mmHg

pCO₂ 35-45 mmHg

Bicarbonato (HCO₃) 21-28 mEq/L

Excesso de base (BE) = ±2

Saturação de O₂ >95%

Glicemia em jejum 70 a 110 mg/dL

Hemoglobina glicada (HbA1C) 4 a 6%

Hemograma

Hemoglobina (Hb) homem 13-17g/dL; mulher 12-16g/dL

Hematócrito (Ht) homem 41-53%; mulher 36-46%

VCM 78-100fL

HCM 26-34g/L

Glóbulos Vermelhos - homem 4,5-5,9 milhões/mm³; Mulher 4,0-5,2 milhões/mm³

Glóbulos Brancos 4,0-10,0 mil/mm³ (bastonetes 0-10%; neutrófilos 40-70%; eosinófilos 0-8%;
linfócitos 22-44%; monócitos 4-11%; basófilos 0-3%)

Plaquetas 150-350 mil/mm³; reticulócitos 0,5-1,5%

Magnésio 1,7-2,6 mg/dL (0,7-1,1mmol/L)

Paratormônio (molécula intacta) 15 a 65 pg/mL

Potássio 3,5 - 5,1 mEq/L

Prolactina = 2 - 15 mcg/L

Proteinúria 24h < 150 mg

PSA 0-4,0 ng/mL

Sódio 135-145 mEq/L

Triglicérides < 150 mg/dL

T4 Livre = 0,7 - 1,5 ng/dL

TSH 0,3 - 4,5 mUI/L

Tempo de Protrombina (TP) 10 - 14s ou 70% a 100% (INR=1,0),

Tempo de Tromboplastina Parcial ativada (TTPa) 25 - 32s (relação < 1,2)

Ureia 20-40 mg/dL





Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo
RESIDÊNCIA MÉDICA 2016