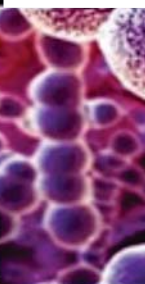
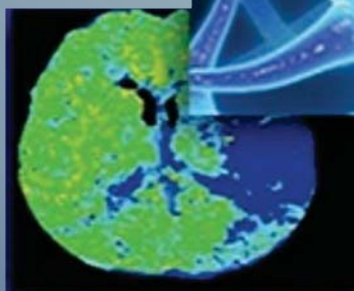
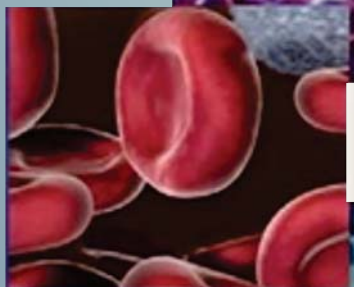
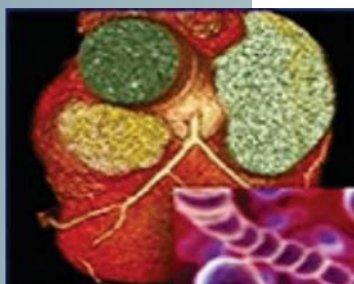


# ESPECIALIDADES COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

RESIDÊNCIA  
MÉDICA  
2015

## 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 11.



**PUC-SP**

## IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

RG \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

DATA: 11.01.2015

**1.** A paciente MDO tem 45 anos e refere dor em cintura escapular e torácica em peso. Associa-se à fadiga e distúrbio do sono. No exame físico, apresenta retificação de coluna cervical, dor irradiada à palpação de área tensa muscular (ponto-gatilho). Qual é a hipótese diagnóstica mais adequada?

- (A) Osteoartrite cervical.
- (B) Fibromialgia.
- (C) Síndrome da Dor Miofascial Regional.
- (D) Síndrome Complexa Regional.

**2.** Mulher de 25 anos com queixa de dor nas mãos e mudança de coloração das mãos com o frio. Fuma 20 maços/ano e toma de 8 a 10 copos de café por dia. Fator antinúcleo padrão pontilhado fino e autoanticorpo anti-ribonucleoproteína foram positivos. Qual alternativa abaixo é a de maior probabilidade quanto ao diagnóstico desta paciente?

- (A) Esclerose sistêmica.
- (B) Lúpus eritematoso sistêmico.
- (C) Tromboangeíte obliterante.
- (D) Doença mista do tecido conectivo.

**3.** Mulher de 22 anos, enfermeira. Desde a idade de 16 anos tem episódios recorrentes de: lesões de pele eritemato-nodulares dolorosas, febre de até 39° C com calafrios. A paciente tomou prednisona 20mg/dia por 5 dias com melhora. PCR aumentada, ASLO positivo, demais anticorpos negativos. Entre as alternativas a seguir, qual o diagnóstico provável?

- (A) Eritema nodoso estreptocócico.
- (B) Doença de Weber-Christian.
- (C) Paniculite granulomatosa.
- (D) Sarcoidose.

**4.** Paciente 42 anos de idade, sexo masculino, com queixa de adinamia, sonolência, cansaço, pele seca e redução do ritmo intestinal. Relata vários tratamentos para anemia “crônica” sem sucesso. Descorado, hidratado, eupneico, acianótico, anictérico, afebril. Tireoide com nódulo de 2cm em lobo direito, móvel, indolor, superfície lisa. Normotenso. Ausculta cardíaca e respiratória sem anormalidades. FC 68bpm. Abdômen sem alterações. Edema de membros inferiores +/4+. Requistados exames: Hb=10g/dL; Ht 30%; leucócitos: 5.700/mm<sup>3</sup> com distribuição normal. Glicemia jejum = 72mg/dL; Na: 135 mEq/L; K=3,8 mEq/L; Ureia e Creatinina normais. TSH = 43 mUI/mL (normal 0,4 a 4) e T4 livre=0,73 ng/dL (normal 0,9 a 1,4). US de tireoide

mostrando aumento difuso da glândula com alteração da ecogenicidade, peso estimado de 60g. Presença de nódulo hipoecóide, irregular, com microcalcificações, medindo 2,5cm de diâmetro e localizado no polo inferior do lobo direito. Sem gânglios linfáticos patológicos ao ultrassom. Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia (Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro, 2013), a melhor conduta será

- (A) somente iniciar tratamento com 1-2 mcg/kg de levotiroxina.
- (B) iniciar imediatamente o tratamento com levotiroxina e programar biópsia aspirativa do nódulo de tireoide.
- (C) iniciar metimazol 20mg uma vez ao dia, para, posteriormente, encaminhar para radioiodoterapia.
- (D) iniciar reposição com iodo, corrigindo sua deficiência e deixar o nódulo para investigação posterior.

**5.** Homem, 52 anos, apresenta macroadenoma hipofisário não secretor, com expansão supraselar. A avaliação hormonal pré-operatória comprova quadro de pan-hipopituitarismo. Seis semanas após iniciar a reposição com doses fisiológicas de dexametasona e levotiroxina o paciente vem ao ambulatório queixando-se de poliúria, nictúria e polidipsia há duas semanas. PA: 124/80 mmHg; FC= 82 bpm; Peso= 75Kg; Alt= 1,72m. Discretamente desidratado, corado. O que está acontecendo com esse paciente?

- (A) A reposição de glicocorticoide era desnecessária e ele está desenvolvendo síndrome de Cushing.
- (B) Provavelmente está com diabetes mellitus e uma glicemia capilar deve ser feita imediatamente.
- (C) Tem deficiência de ADH e deve-se dosar a osmolalidade urinária.
- (D) Deve-se descartar acromegalia, que pode causar hiperglicemia.

**6.** Rodrigo, 54 anos, caminhoneiro, descobriu DM há um ano (Glicemia de jejum= 165mg/dl), sendo seu IMC = 28,5 kg/m<sup>2</sup>. Iniciou tratamento com metformina, 1g/dia e glibenclamida, 10mg/dia. Atualmente apresenta glicemias de jejum ao redor de 200mg/dL, Hb glicada= 10% (4,5- 6,0), IMC atual = 30,0 kg/m<sup>2</sup>. Queixa-se de muita fome e poliúria. A esse paciente, você aconselha

- (A) dieta com 1600Kcal/dia, aumentar metformina para 2g/dia e reduzir glibenclamida para 5mg/dia.
- (B) dieta com 1200Kcal/dia, exercícios físicos e aumentar glibenclamida para 20mg/dia.
- (C) dieta com 1600Kcal/dia, iniciar uso de insulina N, manter o restante.
- (D) dieta com 1200Kcal/dia, exercícios físicos, suspender glibenclamida e iniciar insulina N (0,75U/kg/dia).

**7.** JMD, masculino, branco, casado, idade 41 anos, profissão garçom, com ensino fundamental incompleto, residente na Vila Butantã, São Paulo, Capital, natural de Brumado, BA, procura Pronto-Socorro com queixa de febre alta, cefaleia e dor no corpo há 5 dias. O paciente refere que há 5 dias começou apresentar febre alta acompanhada de calafrios, cefaleia frontal, retrorbitária, de forte intensidade, dor no corpo generalizada e tontura. Há um dia apresentou melhora dos sintomas com diminuição significativa da febre, mas passou a apresentar sangramento contínuo na gengiva. No interrogatório sobre os diferentes aparelhos referiu diarreia há uma semana e negou alteração do volume e da cor da urina, diurese 3 a 4 vezes ao dia.

Antecedentes mórbidos pessoais: Tabagista, 2 cigarros/dia desde os 21 anos de idade, com tosse produtiva; etilismo social desde os 21 anos de idade. Refere bronquite na infância e tem gastrite há anos em uso esporádico de omeprazol. Antecedentes familiares: esposa e filhos com boa saúde. Exame físico geral: consciente, em bom estado geral, hidratado, corado, anictérico, peso 69 kg, altura 1,70 m, T axilar 38,4°C, frequência cardíaca 100 batimentos por minuto, frequência respiratória 20 ipm, PA 134/90 mmHg, SatO<sub>2</sub> 96% em ar ambiente. Presença de petéquias em MMSS e MMII. Orofaringe: gengivorragia. Coração: BRNF, sem sopros, pulmões: MV fisiológico, sem ruídos adventícios. Abdômen: plano, RHA aumentados em número e intensidade, flácido, indolor à palpação, fígado percutível e palpável a 4 cm do RCD, consistência normal, discretamente doloroso à palpação, superfície lisa e bordos rombos. Se você fosse o médico assistente, qual seria o seu diagnóstico neste caso?

- (A) Leptospirose forma anictérica com hemorragia.
- (B) Chikungunya forma complicada com hemorragia.
- (C) Febre Maculosa Brasileira com hemorragia por coagulação intravascular disseminada.
- (D) Dengue com sinais de alarme.

**8.** Lucas, 30 anos, é soropositivo para o HIV em tratamento e procura atendimento médico devido a dor de cabeça, tosse, falta de ar, escarro com sangue e alteração da cor da urina há um dia. Refere febre há 10 dias e quebraadeira nas pernas há três dias. A pressão arterial era 90/60 mmHg e os exames mostraram: uréia = 180 mg/dL, creatinina = 3 mg/dL, Na<sup>+</sup> = 135 mEq/L, K<sup>+</sup> = 3,0 mEq/L, Hb = 10 g/dL, Leucócitos = 15.000/mm<sup>3</sup> com 13% de bastonetes, 60% de segmentados, 2% de eosinófilos e 25% de linfócitos, Plaquetas = 100.000/mm<sup>3</sup>. A hipótese diagnóstica é lesão renal aguda por

- (A) dengue hemorrágica.
- (B) tenofovir.
- (C) leptospirose.
- (D) HIV.

**9.** TMS, masculino, negro, 42 anos, profissão técnico em computação, residente em Brigadeiro Tobias, Sorocaba, há 20 anos, natural de Palmeira dos Índios (AL) é trazido por um amigo ao Pronto-Socorro por dificuldade para andar e com confusão mental. O amigo informa que há 4 meses o paciente começou a perder peso sem causa aparente, queixar-se de cansaço e a suar muito, principalmente durante a noite. Há 1 semana passou a apresentar febre que melhorava com dipirona, acompanhada de dor de cabeça difusa. Há 5 dias passou a apresentar diminuição da força no braço direito e mais acentuada na perna direita sendo que, há 2 dias passou a ter dificuldade para andar e para se sustentar com essa perna. Hoje pela manhã ao acordar, o amigo percebeu que o paciente estava febril, confuso e não conseguia ficar em pé, levando-o imediatamente para o Pronto-Socorro. Chegou confuso, desorientado no tempo e no espaço, em regular estado geral, desidratado, anictérico, peso 65 kg, altura 1,90 m, temperatura axilar 37,9°C, frequência cardíaca 92 batimentos por minuto, frequência respiratória 16 incursões respiratórias por minuto, PA 110/72 mmHg, SatO<sub>2</sub> 95% em ar ambiente. Pele e anexos sem alterações. Orofaringe sem alterações. Coração: BRNF, sem sopros, pulmões: MV fisiológico, globalmente diminuído, sem ruídos adventícios. Abdômen: plano, RHA normais em número e intensidade, flácido, indolor à palpação, fígado percutível e palpável no RCD e baço não percutível e não palpável. Presença de linfadenomegalia em cadeia cervical anterior e posterior, supraclavicular, axilar e inguinal bilateralmente, pequenos, de consistência fibroelástica, não aderidos aos planos profundos, sem sinais flogísticos locais. Presença de plegia no membro inferior direito e de paresia no superior direito, escala de Glasgow 13. Se você fosse o médico assistente, qual seria o seu diagnóstico e a sua conduta neste caso?

- (A) Neurotoxoplasmose, solicitaria tomografia de crânio e teste sorológico para AIDS, iniciaria tratamento com sulfadiazina, pirimetamina, ácido folínico e dexametasona.
- (B) Neurotuberculose, solicitaria tomografia de crânio e teste sorológico para AIDS, iniciaria tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol e prednisona.
- (C) Neurocriptococose, solicitaria tomografia de crânio, teste sorológico para AIDS e coleta de líquido para quimiocitológico, pesquisa e cultura de fungos, iniciaria tratamento com anfotericina B e fluconazol.
- (D) Linfoma primário do cérebro, solicitaria tomografia de crânio, tórax e abdômen para diagnóstico e estadiamento, iniciaria tratamento com metilprednisolona.

10. Álvaro de 52 anos de idade procura o médico, amedrontado porque seu pai e seu irmão tiveram o diagnóstico de câncer de intestino grosso. Seu pai teve o diagnóstico aos 67 anos e veio a morrer pela doença após 2 anos. Seu irmão está em tratamento atual, aos 54 anos. Ele questiona se deveria fazer algum exame de prevenção, ele e seus filhos com 25 e 23 anos de idade, todos assintomáticos. Você

- (A) indica colonoscopia para todos eles imediatamente.
- (B) indica colonoscopia para ele agora, e para os filhos, a partir dos 40 anos de idade.
- (C) indica acompanhamento de todos com pesquisa de sangue oculto nas fezes.
- (D) acalma o paciente e esclarece que aguarde um sintoma ou sinal para colonoscopia dos filhos.

11. Marilda, com 30 anos, usuária habitual de anticoncepcional oral, procura o seu médico que lhe revela, após uma ultrassonografia de rotina, a presença de um cisto ovariano com cerca de 6 cm de diâmetro. Requisitou, por isso, uma dosagem de CA.125 no sangue, que revelou níveis de 56 U/mL (normal: até 25 U/mL). Indicou uma cirurgia porque ela era portadora de câncer de ovário. A alternativa **CORRETA** é

- (A) repetir o CA.125 e a ultrassonografia após 15 ou 30 dias, após o período menstrual.
- (B) indicar laparoscopia para diagnóstico.
- (C) acalmar a paciente afirmando que se trata de endometriose.
- (D) procurar insistentemente outras causas de elevação de CA.125, como a doença inflamatória pélvica e hepatopatia crônica.

12. Homem com 50 anos, ex-alcoolista, possui o diagnóstico de um câncer gástrico, operado e recidivado local/regionalmente. Iniciou quimioterapia paliativa sistêmica há 10 dias. Agora vem ao pronto-socorro com vômitos incoercíveis, até com descrição de serem de aspecto fecaloide. Desidratação G2, subnutrição G2. PS=2. PA= 100/62, FC=100 bpm. Sua conduta, além da instalação de solução fisiológica intravenosa e triagem de eletrólitos venosos e hemograma, é

- (A) associar antagonista de receptores 5-HT<sub>3</sub> (ondansetrona, por exemplo) intravenoso.
- (B) requisitar uma radiografia simples de abdome (PA), deitado e ortostática.
- (C) associar metoclopramida + ondansetrona + dexametasona 10 mg, todas intravenosas e de horário.
- (D) manter somente a hidratação intravenosa, já que estes parâmetros clínicos são de paciente em fase de terminalidade de vida.

13. Uma paciente é portadora de um carcinoma da mama metastático em coluna dorsal, e recebendo radioterapia local. Após a segunda semana, surgiram lesões compatíveis com herpes zoster no metâmero correspondente ao nível de irradiação. Há intensa dor local. O tratamento inicial melhor indicado seria, além de aciclovir oral,

- (A) dipirona ou paracetamol de horário.
- (B) dipirona ou paracetamol de horário + tramadol (100 mg orais diários) ou codeína (90 mg orais diários).
- (C) dipirona ou paracetamol de horário + prednisona 10 mg orais + gabapentina 900 mg orais diários.
- (D) dipirona ou paracetamol de horário + tramadol 200 mg orais diários + gabapentina 900 mg orais diários +/- prednisona 10 mg orais diários.

14. Uma mulher com 21 anos de idade começou a apresentar febre medida de até 38,7°C, vespertina, não diária, há 2 meses. Exames de sangue não revelaram nada na ocasião. Uma tosse seca começou a incomodá-la há pouco mais de 1 mês. Procurou um médico que lhe receitou sulfametoxazol + trimetropina e um xarope. Não só não melhorou, como procurou você, que requisitou uma radiografia de tórax e um hemograma. O hemograma foi praticamente normal. A radiografia revelou um alargamento mediastinal superior e anterior, compatível com tumoração lobulada. O diagnóstico mais provável para esta condição será

- (A) linfoma Hodgkin.
- (B) mononucleose infecciosa.
- (C) tuberculose ganglionar.
- (D) sarcoidose.

15. Maricota, 80 anos, hipertensa há 30 anos, diabética há 20 anos, vem encaminhada da Unidade Básica de Saúde (UBS) para iniciar tratamento dialítico. Traz taxa de filtração glomerular (TFG) calculada pela fórmula de Cockcroft Gault de 11,8 ml/min. Peso 55 kg, altura 1,50 m. Exames adicionais: creatinina sérica de 3,3 mg/dL, ultrassonografia com rins de 10 cm bilateralmente. Em relação à estimativa da TFG, pode-se dizer que

- (A) o cálculo pela fórmula de Cockcroft Gault é o indicado para esta paciente.
- (B) o cálculo derivado de outras fórmulas como MDRD e CKD-Epi seria mais preciso.
- (C) a creatinina sérica isolada é o melhor marcador de filtração glomerular para esta faixa etária.
- (D) independentemente da fórmula utilizada, o estadiamento da DRC será o mesmo.

16. Felipe, 30 anos, administrador de empresa, vai ao seu consultório e reclama que sempre está com a pressão alta, medida com um aparelho validado que trouxe dos EUA e, sempre que vai ao médico, isso não se confirma. Não entende esta situação, porque, procurando na internet, descobriu justamente o contrário, ou seja, que é comum a pressão aumentar no consultório e ficar normal em casa. As medidas de PA em consultório, em três consultas diferentes, encontravam-se inferiores a 140/90 mmHg. Com base nas recomendações das V Diretrizes de MAPA e III Diretrizes de MRPA 2011, o diagnóstico e a conduta são

- (A) hipertensão mascarada, solicitar MAPA.
- (B) hipertensão arterial limítrofe, solicitar MRPA.
- (C) hipertensão episódica, solicitar MRPA e, se alterada, solicitar MAPA.
- (D) normotensão, acompanhamento semestral da PA e prescrever ansiolítico.

17. Noêmia, 30 anos, está internada com quadro de vômitos repetidos de etiologia a esclarecer. Nega diarreia ou febre. Evoluiu com fraqueza muscular, câimbras e desidratação. Os exames laboratoriais de sangue revelaram:  $K^+$  2,3 mEq/L,  $Na^+$  138 mEq/L, pH 7,48 e  $HCO_3^-$  35 mEq/L. A hipocalcemia é secundária à

- (A) perda de potássio pelos vômitos.
- (B) ausência de ingestão de potássio, devido a vômitos repetidos.
- (C) perda renal de potássio, devido à alcalose e ao hiperaldosteronismo.
- (D) redistribuição do potássio para o intracelular devido à alcalose metabólica.

18. Maria Alice, 30 anos, foi internada com edema discreto de membros inferiores e PA= 164/106 mmHg. Desconhecia ser hipertensa e não tem história familiar. Exames de sangue: creatinina =1,6 mg/dL. Urina: proteína +++, hemácias 32.000/mL com dismorfismo eritrocitário positivo, leucócitos 10.000/mL. Pensou-se em um quadro de glomerulonefrite aguda. Os valores séricos de C3 e C4 encontravam-se normais. 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.

19. Duda, 34 anos, refere anemia há 2 anos e foi tratada com sulfato ferroso sem sucesso. Traz hemograma com Hb= 9,8 g/dL; Htc= 30%, hemácias normocíticas, normocrômicas. Série branca e plaquetas normais. Nega sangramento anal ou hematêmese. Ciclos menstruais: espaniomenorreia e menorragia. O exame ginecológico é normal. O próximo passo na avaliação será

- (A) dosagem de ácido fólico, vit. B12, ferritina, transferrina e US transvaginal.
- (B) US transvaginal, dosagem de FSH, LH, Estradiol, Progesterona e Prolactina.
- (C) US pélvico, dosagem de FSH, Estradiol, Prolactina, creatinina e clearance.
- (D) dosagem de TSH,  $T_4$  livre.

20. Assinale a alternativa **CORRETA** com relação à hipercalemia.

- (A) O gluconato de cálcio a 10% estabiliza a membrana miocárdica e tem início de ação em uma hora, quando administrado na dose de 10 mL IV.
- (B) O sorcal ou resina de troca faz remoção do potássio por via intestinal e pode ser administrado VO ou por enema de retenção.
- (C) O fenoterol por nebulização é um beta 2 antagonista e desvia o potássio para o líquido intracelular.
- (D) Bicarbonato de sódio, furosemida IV e insulina regular IV agem diminuindo o potássio pelo mesmo mecanismo de ação.

21. Osvaldo, 64 anos, procura o clínico da UBS devido a tremores na mão esquerda observados há aproximadamente um ano, ocorrendo em repouso e piorando com a marcha. O tremor não impede suas atividades, permitindo, inclusive, que mantenha a xícara de café em mãos e desaparece durante o sono. Nega tremores nos membros inferiores ou na mão direita, nega quedas ou dificuldade para deambular. Durante o exame físico apresentou lentificação na execução da diadococinesia principalmente à esquerda. O tônus está aumentado de modo constante durante todo o movimento articular dos membros superiores. Nos seus antecedentes mórbidos consta doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) há três anos. Qual a estrutura do sistema nervoso que está comprometida, o provável diagnóstico etiológico e a medicação procinética mais indicada?

- (A) Núcleos da base, doença de Parkinson, domperidona.
- (B) Córtex cerebral, demência fronto-temporal, betanecol.
- (C) Nervos periféricos, Schwannoma, bromoprida.
- (D) Cerebelo, astrocitoma pilocítico, metoclopramida.

**22.** Marinalda, 26 anos, procura a Unidade de Pronto Atendimento devido a forte cefaleia de caráter pulsátil, predominando à esquerda, acompanhada de náuseas e fotofobia. Utilizou em casa ibuprofeno sem obter melhora. No decorrer da anamnese, ela relata que apresenta crises similares em média duas a três vezes por mês no último ano. Nos seus antecedentes constam sobrepeso e hipercolesterolemia. A mãe apresentava problema similar, que melhorou após a menopausa. O exame neurológico está normal. Assinale a alternativa mais indicada para o tratamento imediato e a profilaxia.

- (A) Rizatriptano, amitriptilina, manter ibuprofeno.
- (B) Sumatriptano, topiramato.
- (C) Ergotamina, propranolol.
- (D) Dipirona, flunarizina, manter ibuprofeno.

**23.** Beatriz, 67 anos, portadora de diabetes tipo 2 e fibrilação atrial, procura a Unidade de Pronto Atendimento devido a fraqueza no hemisfério esquerdo e disartria de início há cinco horas. Utiliza metformina, captopril e AAS. O exame físico revelou PA 204/90 mmHg e ritmo cardíaco irregular. Presença de hemiparesia esquerda de predomínio braquiofacial. Glicemia capilar 160 mg/dL, INR de 1.8 e tomografia de crânio sem contraste, com sinal hiperdenso em artéria cerebral média direita. A conduta a seguir será administrar

- (A) ativador do plasminogênio tecidual.
- (B) clopidogrel.
- (C) warfarina.
- (D) AAS associado ao clopidogrel.

**24.** Rafael de 17 anos apresentou um quadro insidioso e progressivo de desconfiança e retraimento social, acusando seus colegas de sala de formarem um complô para roubar seu dinheiro e prejudicar sua família. Passou a faltar às aulas e a não cuidar mais de sua higiene, chegando a ficar dias sem banho e sem trocar de roupa. O quadro agravou-se de forma progressiva por um período de aproximadamente 7 meses (segundo seu pai), até que culminou com agressão física à empregada, pois acreditava que havia escutas e câmeras ocultas por meio das quais a empregada informava seus movimentos aos colegas de classe (SIC). Ao exame, chamavam a atenção a apatia e embotamento afetivo do paciente, apesar do ocorrido. Seu discurso era de difícil compreensão e, nas palavras do pai, “parecia possuído”. Após atendimento de emergência, o pai relatou que ele sempre fora “um garoto tímido e sem amigos”. Informou ainda que em sua família havia histórico de doença mental em familiares de primeiro grau, sem saber dar mais detalhes. Qual a hipótese diagnóstica mais provável para o quadro do paciente em questão e as medicações indicadas para tratamento?

- (A) Transtorno Bipolar: Lítio, Fluoxetina, Clonazepam.
- (B) Depressão crônica: Escitalopram, Sertralina, Aripiprazol.
- (C) Transtorno de Personalidade: Carbamazepina, Divalproato Sódico, Olanzapina.
- (D) Esquizofrenia paranoide: Risperidona, Quetiapina, Haloperidol.

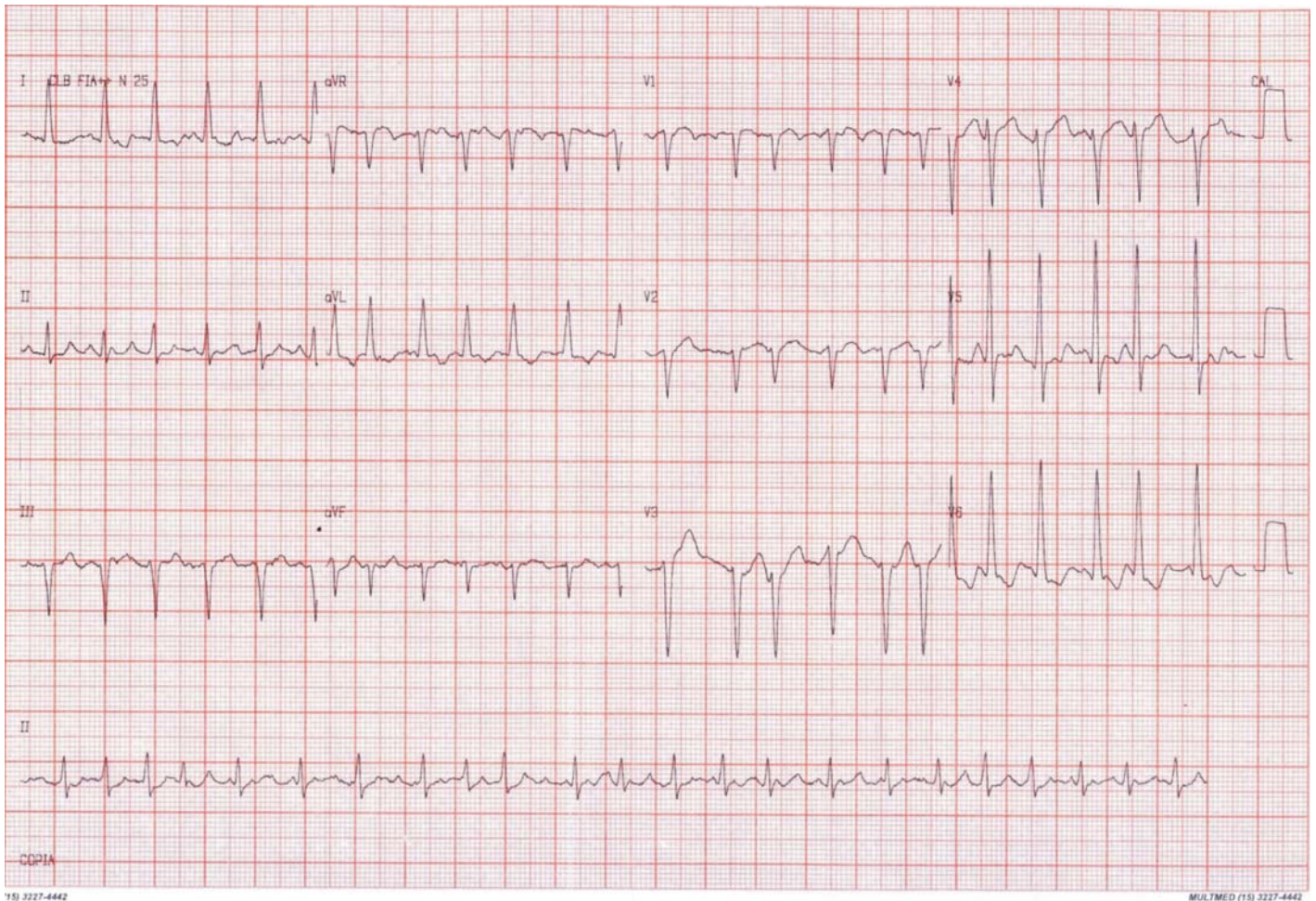
**25.** Jaime, 28 anos, médico, é levado à força por familiares a uma emergência psiquiátrica. Encontrava-se há duas semanas sem entrar em contato com seus familiares, em casa, faltando às atividades da Residência Médica. Seu irmão o encontrou deitado em sua cama, em más condições de higiene, desidratado, recusando-se a comer. Segundo ele, Jaime não respondia ao que ele perguntava, repetindo apenas, de forma repetitiva, “estou falido, arruinado, só me resta morrer”. O quadro se iniciou alguns dias após término de noivado de 4 anos por iniciativa da noiva. Irmão informa que o paciente sempre foi uma pessoa animada e positiva, com “personalidade carismática”, até mesmo “um pouco agitado e inquieto, indiscreto e pródigo” durante alguns períodos de sua vida. Até iniciar o namoro citado, tendia a ter sempre várias namoradas e a sair muito à noite, chegando de madrugada com frequência. Durante a entrevista recusa-se a responder à maioria das perguntas e, quando o faz, utiliza monossílabos e em tom baixo, dificultando a compreensão do seu discurso. Não há história de uso de drogas ilícitas, mas faz uso regular de bebidas alcoólicas e energéticos quando sai. Sem história de doença clínica prévia. Relato de tratamento psiquiátrico prévio no fim da adolescência, quando teve quadro semelhante, mas de menor gravidade: “ficou muito triste, sem comer, depois de não conseguir ser aprovado pelo segundo ano consecutivo no vestibular para medicina”. Tratou com psicoterapia e medicação cujo nome não soube informar e manteve-se assintomático até o presente momento. Qual a hipótese diagnóstica para o caso e as medicações indicadas?

- (A) Depressão recorrente. Clorpromazina e Prometazina.
- (B) Psicose por Drogas. Haloperidol e Bromazepam.
- (C) Transtorno Bipolar do tipo II, em depressão. Carbolitium e Citalopram.
- (D) Psicose Reativa Breve. Clordiazepóxido e Tiamina.

26. Considere a seguinte gasometria: pH=7,37 pCO<sub>2</sub>=32 mmHg pO<sub>2</sub>=99 mmHg HCO<sub>3</sub>=16 mEq/L BE= - 10 e SO<sub>2</sub>=98%. Apenas uma das condições clínicas a seguir é compatível com esta gasometria.

- (A) Trauma com choque hipovolêmico e fratura de múltiplas costelas.
- (B) Descompensação diabética cetoacidótica em fase inicial.
- (C) Doença pulmonar obstrutiva crônica compensada.
- (D) Pneumonia lobar com boas condições hemodinâmicas.

27. Um paciente portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus apresenta quadro agudo de dor precordial, palpitação e mal estar. Na Unidade de Pronto Atendimento, é realizado o eletrocardiograma abaixo e sua pressão arterial é de 122/76 mmHg.



O diagnóstico mais provável e a conduta a ser tomada são:

- (A) fibrilação atrial aguda; cardioversão química com amiodarona.
- (B) fibrilação ventricular; cardioversão elétrica (200 J).
- (C) infarto agudo do miocárdio de parede anterior extensa; ácido acetilsalicílico VO e fibrinólise.
- (D) infarto agudo do miocárdio de parede inferior; angioplastia primária.

**28.** Paciente de 80 anos dá entrada no Pronto-Socorro com quadro clínico de dor precordial de forte intensidade e dispneia há 2 horas. No momento da admissão apresenta uma síncope. Ao exame clínico apresenta pressão arterial de 80/42 mmHg e frequência cardíaca de 38 batimentos por minuto. Ao eletrocardiograma, apresenta supradesnívelamento do segmento ST em parede inferior e bloqueio átrio-ventricular total. Você está num hospital que não dispõe de hemodinâmica. Qual sua conduta no Pronto-Socorro?

- (A) Fazer primeiro trombolítico e em seguida implante de marca-passo temporário.
- (B) Não fazer trombolítico, pois o paciente tem mais que 75 anos, somente implantar o marca-passo temporário.
- (C) Fazer atropina, depois trombolítico e, se necessário, marca-passo temporário.
- (D) Realizar primeiro implante de marca-passo temporário e, a seguir, trombolítico.

**29.** Um paciente portador de miocardiopatia hipertensiva em uso de betabloqueador com fração de ejeção de 40% dá entrada no Pronto-Socorro com dispneia progressiva há 7 dias; no momento, com dispneia de repouso. Apresenta ao exame clínico edema generalizado, estertores pulmonares bilaterais até 1/3 médio, ritmo cardíaco de galope com frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto e terceira bulha, pressão arterial de 120/74 e boa perfusão periférica. Além de avaliar o desconforto respiratório, ponderar a respeito de morfina, oxigênio e ventilação não invasiva, qual sua conduta?

- (A) Iniciar vasodilatador intravenoso e diurético e reduzir a dose do betabloqueador.
- (B) Iniciar vasodilatador intravenoso e diurético e manter a dose do betabloqueador.
- (C) Iniciar vasodilatador intravenoso e diurético e aumentar a dose do betabloqueador.
- (D) Iniciar dobutamina e furosemida e reduzir o betabloqueador.

**30.** Assinale a alternativa **CORRETA** em relação às Pneumonias Adquiridas na Comunidade (PAC).

- (A) PAC de baixo risco, tratada ambulatorialmente, CURB-65 score 1, terá como único exame subsidiário a radiografia de tórax.
- (B) A radiografia de tórax deve ser realizada em incidência pósterio-anterior, mas é desnecessária a incidência em perfil.
- (C) A Proteína C reativa é um marcador de atividade inflamatória, mas não tem valor prognóstico no acompanhamento do tratamento instituído.
- (D) A dosagem de ureia acima de 55 mg/dL constitui-se em forte indicador de gravidade.

**31.** Maria Beatriz, com 25 anos, admitida no Pronto Atendimento com queixas de dispneia aos mínimos esforços, palidez e, ao exame, icterícia. O hemograma mostrou Glóbulos Vermelhos =  $1.000.000/\text{mm}^3$ , Hemoglobina = 3,5g%, Hematócrito = 11%, VCM = 110 fl e HCM = 35pg, Reticulócitos = 15%, Leucócitos =  $9.500/\text{mm}^3$  e Plaquetas =  $170.000/\text{mm}^3$ . No sangue periférico, presença de microesferócitos. O diagnóstico mais provável e o teste confirmatório são

- (A) anemia megaloblástica e dosagem de vitamina B12.
- (B) anemia hemolítica autoimune e teste de Coombs Direto.
- (C) anemia megaloblástica e dosagem de ácido metilmalônico e homocisteína.
- (D) anemia hemolítica autoimune e teste de Coombs Indireto.

**32.** Fabiana tem 32 anos e está com história de cansaço fácil, dispneia aos médios esforços, unhas quebradiças e queda de cabelos. Sabe ser portadora de mioma uterino (sic), diagnosticado pelo seu ginecologista. Relata perda menstrual importante nos últimos 6 meses e apresenta ao hemograma, dosagem de hemoglobina de 8,5 g%. O quadro é compatível com

- (A) ferro sérico baixo e eritropoetina baixa.
- (B) ferro sérico baixo, saturação baixa e ferritina normal.
- (C) ferro sérico baixo e capacidade total de ligação do ferro elevada.
- (D) eritropoetina baixa e capacidade total de ligação do ferro baixa.

**33.** Assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) O médico guardará sigilo, sem exceção, a respeito das informações que detenha no desempenho de suas funções.
- (B) O médico, conforme preconizado pelo CEM, não poderá ser solidário aos movimentos de defesa profissional que tenham por objetivo a remuneração digna e justa.
- (C) O médico pode, dependendo das circunstâncias, renunciar à sua liberdade profissional, permitindo restrições ou imposições que possam prejudicar seu trabalho, como é o caso da ação de auditores.
- (D) A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas no Código de Ética Médica (CEM) é atribuição dos Conselhos de Medicina, das Comissões de Ética Médica e dos médicos em geral.



**34.** A declaração de óbito (DO) deve ser preenchida de acordo com os seguintes critérios:

(A) na primeira linha, a causa básica da morte e, nas linhas subsequentes, as causas intermediárias. As causas associadas ficam em separado.

(B) ordem de prioridade: a primeira linha é a doença mais importante que levou diretamente à morte; nas linhas seguintes, as causas de importância secundária e, na última linha, a causa de menor importância.

(C) na primeira linha, a causa imediata da morte; nas linhas subsequentes as causas intermediárias e, na última, a causa básica da morte.

(D) ordem de importância: na primeira linha, a causa básica da morte, ou seja, parada cardiorrespiratória e, depois, as causas de maior para as de menor importância. As causas associadas ficam em separado e só podem ser colocadas se contribuíram para a causa básica.

**35.** Roberto está com câncer em estado terminal e apresenta agora insuficiência respiratória aguda. O médico residente plantonista não sabe se deve intubá-lo e mantê-lo em respirador. O preceptor explica que, no Capítulo I, inciso XXII do Código de Ética Médica está escrito: "nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados".

Assim, o preceptor alertou o residente que não se deve realizar:

- (A) eutanásia ativa.
- (B) eutanásia passiva.
- (C) ortotanásia.
- (D) distanásia.



## 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

pO<sub>2</sub> 83-108 mmHg

pCO<sub>2</sub> 35-45 mmHg

Bicarbonato (HCO<sub>3</sub>) 21-28 mEq/L

Saturação de O<sub>2</sub> >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/mm<sup>3</sup>; Mulher 4,0-5,2 milhões/mm<sup>3</sup>

Glóbulos Brancos 4,0-10,0 mil/mm<sup>3</sup> (bastonetes 0-10%; neutrófilos 40-70%;

eosinófilos 0-8%; linfócitos 22-44%; monócitos 4-11%; basófilos 0-3%)

Plaquetas 150-350 mil/mm<sup>3</sup>; reticulócitos 0,5-1,5%

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

Potássio 3,5 - 5,1 mEq/L

Prolactina = 2 - 15 mcg/L

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 2015