



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade  
Estadual do Piauí

### PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 01

#### RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **NEFROLOGIA**

DATA: 03/03/2024 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

#### LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno (**TIPO 01**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 01) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

**OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30** do início desta.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

#### Nº DE INSCRIÇÃO

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

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

#### RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		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	

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE PROCESSO SELETIVO- RESIDÊNCIAS UESPI – NEFROLOGIA  
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI



<b>N<sup>o</sup> DE INSCRIÇÃO</b>					



01. Em relação à doença renal crônica (DRC), é **CORRETO** afirmar que:
- a) a associação de IECA + BRA deve ser feita de rotina quando um paciente diabético mantém albuminúria acima de 300 mg/dia.
  - b) os pacientes com DRC não têm risco aumentado de lesão renal aguda.
  - c) os valores alvo de controle pressórico independem dos níveis de proteinúria.
  - d) o uso de contraste radiológico não representa risco de piora da função renal para o paciente que já tem DRC.
  - e) os pacientes com  $\text{ClCr} < 30 \text{ mL/min}$  em tratamento conservador devem receber dieta com quantidade de proteína de 0,8 g/kg/dia.
02. O estudo sobre doença óssea levou à descoberta de moléculas diversas, entre elas o FGF23, que é produzido:
- a) na paratireoide e osteoblastos.
  - b) pelo osso através da remoção de cálcio e ação de osteoclastos.
  - c) pelos osteoclastos e osteócitos.
  - d) pelos osteócitos e osteoblastos.
  - e) pela máculadensa e paratireoide.
03. Na Doença Renal Policística Autossômica Dominante (ADPKD), os pacientes geralmente apresentam:
- a) diminuição do hormônio antidiurético (ADH).
  - b) aumento da excreção de amônia.
  - c) anemia desproporcional ao grau de insuficiência renal.
  - d) pH urinário elevado e redução da reabsorção de ureia.
  - e) déficit de concentração urinária.
04. Assinale a alternativa **CORRETA** que menciona o que é mais frequentemente encontrado na síndrome metabólica:
- a) Hiperatividade simpática e resistência à insulina.
  - b) Retenção hidrosalina e hipoatividade do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona.
  - c) Hipoexcreção do ADH (hormônio antidiurético) e retenção hidrosalina.
  - d) Natriurese e resistência à insulina.
  - e) Hipoatividade do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona e natriurese.
05. A síndrome de Fanconi é caracterizada por:
- a) disfunção do ducto coletor, poliúria e hipernatremia.
  - b) disfunção do túbulo distal, hipocalemia, hiperuricemia, acidose.
  - c) disfunção do túbulo proximal, glicosúria, aminoacidúria, acidose metabólica.
  - d) disfunção do túbulo distal, hipocitratúria, acidose, hipomagnesemia.
  - e) disfunção do túbulo proximal, hipouricemia, hipofosfatemia, alcalose metabólica.



06. Uma mulher de 58 anos, com antecedente de hipertensão arterial há 30 anos, com controle pressórico inadequado, apresenta depuração da creatinina plasmática de 10 mL/min; a ultrassonografia revela rins de tamanho reduzido. Ela apresentará, mais provavelmente, níveis séricos aumentados de
- vitamina D e eritropoetina.
  - fósforo e bicarbonato.
  - paratormônio e magnésio
  - cálcio e hemoglobina.
  - potássio e sódio.
07. Um paciente do sexo masculino, 70 anos, diabético tipo II com taxa de filtração glomerular estimada de 43 ml/min por 1,73m<sup>2</sup>, proteinúria de 1,5 g/24h e pressão arterial de 140/85 mmHg vai procurar o seu consultório. Qual deve ser sua recomendação?
- Inibidor de enzima de conversão deve ser evitado devido à função renal diminuída.
  - Bloqueador de canal de cálcio para diminuir proteinúria.
  - Diurético poupador de potássio, como a espironolactona, pois a hipertensão arterial é leve.
  - Inibidores da enzima conversão da angiotensina ou bloqueadores dos receptores da angiotensina II.
  - A pressão arterial está controlada não havendo necessidade de iniciar drogas anti-hipertensivas.
08. Uma mulher de 40 anos relata dores de cabeça e micção frequente. Exames laboratoriais revelam os seguintes resultados: Densidade urinária: 1.000 Proteína urinária: negativa Sódio no plasma: 160 mmol/L Potássio no plasma: 4,5 mmol/L Creatinina no plasma: 1,5 mg/dL Pressão arterial: 85/45 mmHg Frequência cardíaca: 120 batimentos/min. Qual a causa mais provável da elevada concentração de sódio no plasma?
- Síndrome de Liddle.
  - Diabetes insípido.
  - Diabetes melito.
  - Síndrome de Alport.
  - Síndrome de Bartter.
09. Na análise dos elementos anormais na urina, é **CORRETO** afirmar que:
- a presença de bactérias produtoras de urease podem reduzir o pH urinário.
  - a presença de proteínas e glicose na urina aumenta a densidade urinária.
  - a presença de nitritos na urina pode acentuar a presença de hemoglobinúria.
  - o uso de bicarbonato de sódio pode intensificar a presença de glicose e proteína na urina.
  - a contaminação com fezes pode mascarar a presença de hemoglobina na urina.
10. O diagnóstico diferencial entre a insuficiência renal aguda pré-renal e a insuficiência renal aguda renal, pode ser baseado em índices urinários. Os parâmetros urinários encontrados na IRA pré-renal são:
- fração de excreção de sódio baixa, fração de excreção de ureia baixa e osmolaridade urinária baixa.
  - fração de excreção de sódio elevada, fração de excreção de ureia elevada e osmolaridade urinária elevada.
  - fração de excreção de sódio elevada, fração de excreção de ureia baixa e osmolaridade urinária elevada.
  - fração de excreção de sódio baixa, fração de excreção de ureia baixa e osmolaridade urinária elevada.
  - fração de excreção de sódio baixa, fração de excreção de ureia baixa e osmolaridade urinária baixa.



11. Paciente do sexo masculino, de 32 anos, portador de HIV, em acompanhamento regular em Serviço de Infectologia e uso de TARV. Apresenta quadro de início súbito de edema, oligúria, hematúria microscópica e hipertensão arterial, com rápida deterioração da função renal. Assinale a alternativa **CORRETA** que indica a hipótese diagnóstica mais provável para o caso.

- a) Glomerulonefrite por IgA associada ao HIV.
- b) Lesão tubulointersticial associada à terapêutica.
- c) Glomeruloesclerose colapsante
- d) Glomerulonefrite membranoproliferativa associada ao HIV.
- e) Glomerulonefrite rapidamente progressiva.

12. As complicações extrarrenais mais comuns que ocorrem no rim policístico autossômico recessivo são:

- I. Síndrome de Caroli.
- II. Fibrose hepática congênita.
- III. Retardo no crescimento.
- IV. Aneurisma intracraniano.

Marque a alternativa que contém as afirmativas **CORRETAS**:

- a) apenas I, II e III,
- b) apenas I e III.
- c) apenas II e III.
- d) apenas I, II e IV.
- e) I, II, III e IV.

13. Paciente do sexo masculino, 23 anos, iniciou quadro clínico de edema progressivo de membros inferiores, anemia, polidipsia, oligúria, hipoacusia e baixa da acuidade visual (AV). Não houve melhora do quadro inicial com tratamento clínico. Evoluiu com síndrome urêmica e diminuição acentuada da acuidade visual. A biópsia renal (rim direito) revelou à microscopia óptica, esclerose glomerular difusa, alongamento do mesângio, atrofia tubular de alguns glomérulos e proliferação da membrana basal). Na microscopia eletrônica, foi observada grande espessura da membrana basal e fibrose intersticial do colágeno. A partir das informações acima, assinale a alternativa **CORRETA** que indica o diagnóstico mais provável.

- a) Síndrome de Alport.
- b) Síndrome de Fanconi.
- c) Síndrome de Gitelman
- d) Síndrome de Anderson-Fabry.
- e) Síndrome de Barter.

14. Em qual situação clínica encontramos Acidose Metabólica com anion gap aumentado?

- a) Acidose metabólica induzida por nutrição parenteral.
- b) Acidose tubular renal.
- c) Fístula pancreática.
- d) Acidose metabólica induzida por inibidores da anidrase carbônica.
- e) Cetoacidose alcoólica.



15. Paciente de 60 anos apresenta diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção diminuída, é diabético, hipertenso e apresenta insuficiência renal Crônica estágio III. Está em seguimento com cardiologista que prescreveu as seguintes medicações: Carvedilol, espironolactona e losartana. Iniciou quadro de fraqueza em membros inferiores e prostração. Potássio sérico de 7,8 mg/dL. Dentre as alternativas para tratamento da hipercalemia, qual medicação NÃO é capaz de diminuir o potássio sérico?
- a) Fenoterol.
  - b) Furosemida.
  - c) Solução de glicoinsulina.
  - d) Gluconato de cálcio.
  - e) Bicarbonato de sódio.
16. Vários efeitos colaterais podem estar associados ao uso de diuréticos. Todos abaixo estão relacionados ao uso de diuréticos, **EXCETO**:
- a) Hipercalemia, induzida principalmente pelos diuréticos poupadores de potássio.
  - b) Hipocalemia, induzida principalmente pelos diuréticos de alça.
  - c) Acidose respiratória, induzida principalmente pelos diuréticos de alça.
  - d) Hiperuricemia e elevação da glicemia, induzidas principalmente pelos tiazídicos.
  - e) Ototoxicidade, induzida principalmente pelos diuréticos de alça.
17. São causas de hipertensão refratária, **EXCETO**:
- a) não aderência aos anti-hipertensivos prescritos.
  - b) hipoaldosteronismo.
  - c) dieta com aporte excessivo de sódio.
  - d) feocromocitoma.
  - e) uso de corticosteróides.
18. Homem de 28 anos é trazido para atendimento no pronto-socorro devido a quadro de dificuldade respiratória e fraqueza muscular após discussão no trabalho. Tem hipertensão de difícil controle. Exames: K<sup>+</sup> sérico = 2,0 mEq/L; pH = 7,58; PCO<sub>2</sub> = 34 mmHg; bicarbonato = 29 mEq/L. Foram solicitados: TSH, T4 livre e cortisol basal urinário normais. A investigação foi complementada com atividade de renina plasmática e aldosterona, ambas, diminuídas. No exame de urina em 24 horas, potássio aumentado e sódio reduzido. Sobre o caso, assinale a alternativa **CORRETA** que indica o tratamento mais adequado:
- a) Acetazolamida.
  - b) Furosemida.
  - c) Dexametasona.
  - d) Amilorida.
  - e) Espironolactona.
19. Mulher de 60 anos, com diabetes tipo 2 há 10 anos, é internada com febre de 38°C, dor abdominal e diarreia. IMC = 30 kg/m<sup>2</sup>, PA = 80x60 mm Hg, FC = 110 bpm, FR 24 ipm. Exames: creatinina = 2,0 mg/dL, glicemia = 400 mg/dL. Faz uso de metformina 850 mg 3x dia, gliclazida 60 mg/dia, sinvastatina 40 mg/dia, fenofibrato 200 mg/dia e sitagliptina 50 mg/dia. Em relação ao controle glicêmico, qual a conduta mais adequada?



- a) Manter os antidiabéticos orais e associar insulina regular de demanda.  
b) Suspende metformina, aumentar dose de glicazida e associar insulina regular de demanda.  
c) Manter os antidiabéticos orais e associar insulina NPH ao deitar 10 UI SC.  
d) Suspende metformina, manter dose de glicazida e associar insulina regular de demanda.  
e) Suspende os antidiabéticos orais e iniciar insulinização basal/bolus.
- 20.** Homem de 22 anos, diabético tipo I mal controlada, com antecedente de vários episódios de cetoacidose diabética, vem com queixa de febre intermitente (de até 37,7°C) e rinorreia purulenta com sangue há cinco semanas. Há uma semana evoluiu com ptose palpebral. Realizada tomografia de seios da face mostrou importante aumento de partes moles junto à órbita esquerda, entremeado por alguns pontos gasosos, associado ao encontro de área de realce capsular em lobo frontal, podendo corresponder à cerebrite. O tratamento inicial mais adequado para a hipótese mais provável é:
- a) Anfotericina B.  
b) Amoxicilina-clavulonato.  
c) Radioterapia.  
d) Clindamicina.  
e) Oxacilina.
- 21.** Mulher de 68 anos, com antecedente de diabetes mellitus, em uso de antidiabéticos orais irregularmente e infecções urinárias de repetição. Há 40 dias refere dor lombar progressiva com limitação das atividades diárias. Nega febre, emagrecimento ou sintomas respiratórios. Realizou ressonância magnética com aumento de sinal em corpo vertebral e disco de L1-L2. Qual o diagnóstico mais provável?
- a) Espondilite anquilosante.  
b) Tuberculose óssea.  
c) Metástase óssea.  
d) Pielonefrite.  
e) Espondilodiscite bacteriana.
- 22.** Mulher de 29 anos vem com queixa de irritabilidade, palpitações e perda de 4 kg no último mês. Exame clínico: FC = 105 bpm; PA = 150 x 70 mmHg; bócio discreto, indolor, difuso e firme. Exames complementares: TSH < 0,01 mUI/ml; T3 total 240 ng/dl (VR:80–200), T4 total 20 µg/dl (VR:4 5–12), tireoglobulina 140 ng/ml (VR: até 35), anti-TPO 60 UI/ml (VR: < 9), anti-TG 180 UI/ml (VR: < 4), VHS 100 mm/h; captação do I-131 nas 24 horas de 2% (VR: 14–35%). Diante desse quadro, qual a conduta mais adequada?
- a) Prednisona e metimazol.  
b) Metimazol e propranolol.  
c) Propranolol e prednisona.  
d) Excluir o uso de hormônio tireoidiano.  
e) Ultrassonografia de tireóide.
- 23.** Homem, 60 anos, com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos, relata vários episódios de hipoglicemia no último mês. Está em uso de losartana, metformina e gliclazida. Nega poliúria, polidipsia ou alteração do peso. Exame físico sem alterações. Glicemia de jejum = 110 mg/dL e hemoglobina glicada = 6,0% (VR: 4,3-6,1). Qual é o principal exame para diagnóstico do quadro clínico atual?



- a) Microalbuminúria em amostra de urina.  
b) Proteinúria em amostra de urina.  
c) Relação proteína /creatinina em amostra de urina.  
d) Gasometria venosa.  
e) Creatinina.
24. Homem, 30 anos, refere ganho de peso progressivo e diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica e apneia obstrutiva do sono há 6 meses. Em uso de hidroclorotiazida, anlodipina e enalapril. Exame físico: peso = 85 Kg; estatura = 158 cm; IMC = 34 kg/m<sup>2</sup>; PA = 160 x 110 mmHg; FC = 70 bpm. Demais sem alterações. Exames laboratoriais: Na = 142 mmol/L; K = 2,5 mmol/L; creatinina = 0,8 mg/dL; urina rotina normal; cortisol pós 1 mg de dexametasona = 1,6 mcg/dL (VR < 2); IGF-1 = 120 ng/mL (VR 83-259). Qual é a investigação diagnóstica mais indicada?
- a) Metanefrinas urinárias fracionadas.  
b) TSH e T4 livres.  
c) Cortisol livre urinário em 24 horas.  
d) GH no teste de tolerância à glicose.  
e) Aldosterona e renina plasmáticas.
25. A maioria das infecções por HPV (Papilomavirus Humano) é assintomática, destacando a importância dos cuidados preventivos, especialmente porque a transmissão ocorre predominantemente via contato sexual. Sem uma cura específica, a imunização é uma ferramenta na proteção contra o vírus. Sobre a vacina contra o HPV é correto afirmar, **EXCETO**:
- a) A vacina não previne infecções por todos os tipos de HPV, mas é dirigida para os tipos mais frequentes: 6, 11, 16 e 18.  
b) Meninas e meninos de 9 a 14 anos, com esquema de 2 doses, que receberem a primeira dose dessa vacina nessas idades, poderão tomar a segunda dose mesmo se ultrapassado os seis meses do intervalo preconizado, para não perder a chance de completar o seu esquema.  
c) Vítimas de abuso sexual de 9 a 14 anos (homens e mulheres) que não tenham tomado a vacina HPV ou com esquema incompleto, administrar, conforme a indicação da situação vacinal uma ou duas doses.  
d) Mulheres e Homens com HIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos na faixa etária de 9 a 45 anos, com esquema de três doses (0, 2, 6 meses), independentemente da idade.  
e) Vítimas de abuso sexual de 15 a 45 anos (homens e mulheres) que não tenham tomado a vacina HPV ou estejam com esquema incompleto não têm indicação vacinal.
26. O enfrentamento à coinfeção Tuberculose - HIV é ainda um grande desafio. O Brasil compõe a lista global de países com alta carga de TB (Tuberculose) e TB associada ao HIV (coinfeção TB-HIV) (OMS, 2022). Nos últimos anos, o Ministério da Saúde incorporou tecnologias voltadas às pessoas com vírus do HIV ou que visam o cuidado dessa população, dentre essas tecnologias temos as que se destacam, **EXCETO**:
- a) Teste de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano em urina (LF-LAM) para pacientes com sintomas sugestivos de tuberculose.  
b) Teste de liberação de interferon-gama (interferongamma release assay - IGRA) para CD4 > 350.  
c) Teste fluxo lateral para pesquisa antígeno criptocócico com CD4 < 200.  
d) Reforço de ILTB (Infecção Latente da Tuberculose) com esquema RIPE.  
e) Paciente com diagnóstico simultâneo duas infecções iniciar TARV até 7 dias após início do tratamento da tuberculose independente do CD4.



27. Sobre as manifestações atípicas da Dengue, é correto afirmar, **EXCETO**:
- a) Depressão, irritabilidade, psicose, amnésia, sinais meníngeos podem ocorrer, mas apenas na fase febril da doença.
  - b) Miocardite.
  - c) Pancreatite aguda.
  - d) O acometimento do SNC pode ocorrer com formas clínicas, como meningite linfomonocitária, encefalite.
  - e) Colecistite alitiásica.
28. A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, transmitida pela via sexual e verticalmente durante a gestação. Caracteriza-se por períodos de atividade e latência; acometendo praticamente todos os órgãos e sistemas. Continua como um problema de saúde importante em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos, sendo necessário o diagnóstico precoce. Sobre os testes laboratoriais é **CORRETO** afirmar:
- a) FTA – Abs marca o contato com treponema e o VDRL avalia a doença atual.
  - b) Apenas o VDRL reagente indica doença em atividade.
  - c) FTA – Abs reagente é o exame confirmatório da Sífilis.
  - d) Na sífilis primária o VDRL necessariamente é reagente.
  - e) Na janela imunológica, o VDRL pode ou não está reagente e FTA - Abs não reagente.
29. Paciente de 59 anos, sexo masculino, lavrador. Voltando da roça após 8h foi “picado por um bicho no peito do pé”. Logo após, começou a sentir dor intensa e o “pé ficou muito inchado”. Ao exame: palidez cutânea acentuada, dorso do pé direito intensamente doloroso, com presença de ferimento puntiforme único, edema, calor, rubor e formação de flictenula hemorrágica. Linfangite ascendente e equimose no trajeto da safena direita, até o joelho. Adenite inguinal direita. PA = 110/60 mmHg. Vacinação antitetânica completa, com último reforço há 5 anos. Qual a alternativa que apresenta a conduta terapêutica **CORRETA** para o caso?
- a) Soro anticrotálico.
  - b) Soro antibotrópico.
  - c) Soro antiescorpiônico.
  - d) Soro antiaracnídico.
  - e) Não há necessidade de fazer qualquer soro, devido ao longo tempo decorrido do acidente.
30. A quimioprofilaxia, embora não assegure efeito protetor absoluto e prolongado, tem sido adotada como uma medida eficaz na prevenção de casos secundários. Em relação à quimioprofilaxia na doença meningocócica é correto afirmar, **EXCETO**:
- a) Indicada para os contatos íntimos de casos de doença meningocócica ou de meningite por *Haemophilus Influenza*.
  - b) O antibiótico de escolha para a quimioprofilaxia é a ceftriaxona 250 mg IM dose única.
  - c) A quimioprofilaxia está indicada para o paciente, no momento da alta, no mesmo esquema preconizado para os contatos.
  - d) O uso da quimioprofilaxia tem sido adotada como eficaz medida de prevenção de casos secundários.
  - e) A recomendação para os profissionais da área de saúde é apenas para aqueles que realizaram procedimentos invasivos (intubação orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico) sem utilização de equipamento de proteção individual (EPI) adequado.



31. As diarreias infecciosas são geralmente causadas por água e alimentos contaminados, ingestão de leite não pasteurizado, carnes cruas etc. A diarreia, que se beneficia, clinicamente, com o uso de antibióticos é causada por:
- Campylobacter jejuni.
  - Staphylococcus aureus.
  - Clostridium perfringens.
  - Cryptosporidium parvum.
  - Bacillus cereus.
32. Em relação à anemia por carência de ferro, é **CORRETO** afirmar que:
- costuma ser rara na gestação, lactação e hemorragias.
  - se observa rapidez no aparecimento dos sintomas, representando baixa tolerância clínica.
  - responde bem mais rápido à estratégia parenteral, comparada a oral.
  - a Hemoglobina Corpuscular Média (HCM) geralmente é baixa.
  - a redução da saturação de transferrina precede a diminuição da ferritina.
33. Em relação à Leucemia mieloide crônica, é **CORRETO** afirmar que:
- é menos comum no sexo masculino, comumente demonstrando insuficiência medular.
  - geralmente se associa a presença do cromossomo Philadelphia.
  - sabidamente não responde ao tratamento com Interferon.
  - a fase de crise blástica costuma ser assintomática e indolente.
  - raramente essa forma de leucemia evolui para fase acelerada.
34. Sobre o uso de Warfarina e Heparina, é **CORRETO** afirmar que:
- a Fitomenadiona pode ser usada como antídoto a Warfarina.
  - a tempo de trombina e INR podem ser usados para controle da Heparina.
  - protamina é o antídoto de escolha para reversão da Warfarina.
  - atualmente é livre a utilização de Warfarin no período gestacional.
  - tempo de tromboplastina parcial ativado é o marcador de avaliação da Warfarina.
35. Em relação à Doença de Von Willebrand, assinale a alternativa **CORRETA**:
- Devemos evitar compressões de locais de sangramento, evitando-se necroses locais.
  - Pode-se fazer uso de agentes fibrinolíticos, como ácido tranexâmico.
  - Deve-se evitar uso de Desmopressina, pelos efeitos redutores de fator VIII.
  - Mulheres com menorragia podem fazer uso de estrógeno.
  - Os pacientes do grupo sanguíneo O possuem níveis superiores de Fator de Von Willebrand.
36. Sobre o uso do Filtro de veia cava, assinale a alternativa **CORRETA**:
- São indicados no TEP aguda, com contraindicação ou complicação relacionada ao uso de anticoagulantes.
  - Indica-se nas recidivas de TEP, na vigência de anticoagulação adequada.
  - Não são indicados em TEP maciço, tampouco nos casos cirúrgicos de embolectomia.
  - Suas variantes removíveis podem ser usadas em TVP proximal com alto risco temporário para TEP.
  - Filtros removíveis devem ser empregados para pacientes com contraindicação temporária ao uso de anticoagulante, podendo permanecer por 2 semanas.



37. Sobre a Neutropenia febril, é **INCORRETO** afirmar:

- a) Observamos que bactérias gram-negativas costumam causar infecções mais graves.
- b) *S. epidermidis* é germe menos virulento do que outros patógenos bacterianos.
- c) Duração e gravidade da Neutropenia são fatores de risco para infecções fúngicas invasivas.
- d) A mucormicose é incomum em imunossuprimidos, sendo disglucemias no diabetes mellitus ou uso de glicocorticoides, fatores de proteção.
- e) É importante que seja suspeitada na vigência de quimioterapia e febre e/ou sinais e sintomas infecciosos.

38. Em relação as complicações da politransusão, é **CORRETO** afirmar:

- a) Denominamos TACO, a lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão; e TRALI a sobrecarga circulatória associada à transfusão.
- b) Quando há suspeita de TACO, o tratamento inclui oxigênio suplementar, diurese e ventilação assistida quando indicado. Já no TRALI inclui oxigênio suplementar, administração criteriosa de fluidos e, em casos graves, suporte ventilatório e de pressão farmacológica.
- c) TACO e TRALI são síndromes de desconforto respiratório agudo que ocorrem dentro de 24 horas após uma transfusão de sangue, com baixa mortalidade.
- d) TRIM consta de efeitos imunomoduladores e pró-inflamatórios atribuíveis à transfusão e podem reduzir a taxa de infecções bacterianas ou a taxa de recorrência de tumores no pós-operatório.
- e) TRALI mediada pode ser induzida por anticorpos, exceto anticorpos anti-HLA de doadores.

39. Paciente de 51 anos, sexo feminino, é avaliada por queixa de 7 meses de dor e edema nas mãos, joelhos e pés. Refere rigidez matinal com duração entre 1 e 2 horas.

Ao exame físico, os sinais vitais são normais. O polegar, o segundo e o terceiro dedos da mão esquerda são difusamente edemaciados, com sensibilidade e edema nas articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais e distais. Quadro semelhante ocorre no polegar, no segundo e no terceiro dedos da mão direita. Várias das articulações interfalângicas proximais afetadas apresentam uma leve descoloração arroxeada. Há um derrame articular no joelho esquerdo. O segundo e terceiro dedos do pé esquerdo estão difusamente edemaciados, assim como o primeiro e o quarto dedos do pé direito. Duas pequenas placas psoriásicas, uma no umbigo e uma no couro cabeludo são observados.

Exame laboratorial:

- 1. Hemograma normal
- 2. Creatinina 1,0 mg/dl
- 3. Fator reumatoide: negativo

Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Osteoartrite.
- b) Artrite psoriática.
- c) Artrite reumatoide soronegativa.
- d) Lúpus eritematoso sistêmico.
- e) Gota.



40. Paciente do sexo masculino de 36 anos é avaliado em acompanhamento por diagnóstico recente de espondilite anquilosante. Apesar do uso de três AINEs diferentes e da fisioterapia, ele continua com dor noturna e rigidez, dor matinal com duração superior a uma hora. Ao exame físico, os sinais vitais são normais. Há dor nas articulações sacroilíacas com flexão do quadril, abdução, e rotação externa. A amplitude de movimento da coluna lombar é moderadamente limitada. As articulações periféricas são normais. A radiografia anteroposterior inicial da pelve mostrou sacroileíte bilateral. Qual das alternativas apresenta tratamento mais apropriado?
- a) Etanercepte.
  - b) Metotrexate.
  - c) Prednisona.
  - d) Sulfassalazina.
  - e) Leflunomide.
41. Paciente do sexo masculino de 72 anos é avaliado em uma consulta de acompanhamento. Quinze dias atrás, ele apresentou novo quadro grave de cefaleia, claudicação de mandíbula, dor e mialgia proximal de todos os quatro membros. Ele foi diagnosticado com biópsia confirmando arterite de células gigantes e prednisona 60 mg/dia foi iniciada. Após início da prednisona, os sintomas apresentados melhoraram, mas ele também desenvolveu alterações de humor, insônia, hiperglicemia significativa, pressão arterial elevada e edema de membros inferiores. Possui antecedentes médicos de dislipidemia, doença arterial coronariana, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. Atualmente, em uso de losartana potássica, hidroclorotiazida, AAS, metformina, metoprolol e atorvastatina. No exame físico, a pressão arterial é 170/90 mmHg, a frequência de pulso é 88/min. Além do edema de membros inferiores, o exame cardiopulmonar é normal. Glicemia capilar no local de atendimento é de 340 mg/dl. Opta-se por redução gradual da prednisona, para controle de glicemia, hipertensão arterial sistêmica e edema. Qual das alternativas é a opção adicional mais apropriada de tratamento?
- a) Ciclofosfamida.
  - b) Infliximabe.
  - c) Metotrexato.
  - d) Tocilizumabe.
  - e) Azatioprina.
42. Paciente do sexo feminino, de 41 anos, é avaliada por história de 4 meses de dor e edema nas mãos e em várias outras articulações, rigidez matinal com duração superior a 1 hora. Ela tem dificuldade crescente com atividades diárias, como caminhar e arrumar a cama. Não apresenta outros sinais ou sintomas. Não possui antecedentes patológicos progressivos e não toma nenhuma medicação de uso crônico. Ao exame físico, os sinais vitais são normais. Ela apresenta edema e sensibilidade na segunda, terceira e quarta articulações interfalângicas proximais bilateralmente, na terceira direita e na segunda esquerda articulações metacarpofalângicas, punhos e tornozelos bilaterais. Exames laboratoriais: Proteína C reativa: 6,4mg/dl (64mg/L) Fator reumatoide: Positivo



Anticorpos antinucleares: Negativo

Anticorpos Anti-peptídeos Citrulinado Cíclico: Positivo

Qual das alternativas apresenta o diagnóstico mais provável?

- a) Infecção pelo vírus Chikungunya.
- b) Infecção por parvovírus 819.
- c) Artrite reumatoide.
- d) Lúpus eritematoso sistêmico.
- e) Dermatopolimiosite.

- 43.** Paciente do sexo feminino, 48 anos, é avaliada em consulta de acompanhamento para discutir os resultados dos testes de densidade mineral óssea. Possui antecedente patológico pregresso de miastenia gravis há 12 anos e está recebendo terapia prolongada com glicocorticoides. Os medicamentos atuais são Azatioprina, Prednisona, cálcio/vitamina D e piridostigmina. A absorciometria de raios-x de dupla energia (DEXA) mostra pontuações T de -2,2 na coluna lombar e -2,0 no colo femoral, com pontuações corrigidas da Ferramenta de Avaliação de Risco de Fratura de 3,6%, no quadril e 18% no geral.

Qual das alternativas apresenta o tratamento mais adequado?

- a) Alendronato.
- b) Calcitonina.
- c) Romosozumabe.
- d) Teriparatida.
- e) Denosumab.

- 44.** Durante o período gestacional, em que momento o Captopril pode ser prescrito com segurança?

- a) Primeiro trimestre.
- b) Segundo trimestre.
- c) Terceiro trimestre.
- d) Em nenhum período gestacional.
- e) Em qualquer período gestacional.

- 45.** Paciente, 45 anos, sexo masculino, sem outras comorbidades conhecidas, foi encaminhado para o ambulatório de cardiologista para avaliação. No exame físico, apresentava PA: 165x95mmhg, murmúrio vesicular preservado universalmente e ritmo cardíaco regular em 2 tempos. Nos exames laboratoriais, apresentava creatinina: 1,4; Colesterol total: 180 mg/dl; HDL: 45 mg/dl; e relação albumina /creatinina na urina = 450 mg/g. Eletrocardiograma não revelou alterações. A medicação mais indicada para esse paciente é:

- a) Atensina.
- b) Bisoprolol.
- c) Benazepril.
- d) Indapamida.
- e) Hidralazina.



46. Paciente, sexo masculino, 45 anos, hipertenso, comparece ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal e febre. Na anamnese, o médico encontrou uma não conformidade em relação à associação de medicações anti-hipertensivas. Deve-se então evitar as associações entre:
- a) enalapril e anlodipino.
  - b) ramipril e telmisartana.
  - c) captopril e nifedipino.
  - d) captopril e hidroclorotiazida.
  - e) anlodipina e hidroclorotiazida.
47. Deve-se considerar a Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) quando existir incerteza quanto ao significado da medida da pressão arterial obtida nas consultas clínicas. Essa abordagem é especialmente útil para o paciente com hipertensão
- a) de origem renal.
  - b) em pacientes jovens.
  - c) do “avental branco”.
  - d) em grandes obesos.
  - e) renovascular.
48. A hipercalemia está associada a uma sequência distinta de alterações no eletrocardiograma, **EXCETO**:
- a) Diminuição da amplitude da onda P.
  - b) Depressão do seguimento ST e aumento da proeminência das ondas U.
  - c) Prolongamento do intervalo PR.
  - d) Alargamento do QRS.
  - e) Desenvolvimento de uma onda T mais estreita e pontiaguda.
49. Em pacientes com hipertensão arterial e gravidez, existe contra-indicação absoluta para o uso de
- a) metildopa.
  - b) antagonistas do cálcio (não dihidropiridínicos).
  - c) antagonistas do cálcio (dihidropiridínicos).
  - d) beta bloqueadores.
  - e) bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II.
50. Na medida da pressão arterial, o uso de um manguito inadequadamente pequeno
- a) pode causar pulso paradoxal.
  - b) pode ocasionar o hiato auscultatório.
  - c) não tem interferência na medida da pressão arterial.
  - d) provoca valores superestimados da pressão arterial real.
  - e) provoca valores subestimados da pressão arterial real.