



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 05

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **NEFROLOGIA**

DATA: 24/01/2021 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (**TIPO 05**) 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 05) 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 **1h30min** 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	

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



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS MÉDICAS

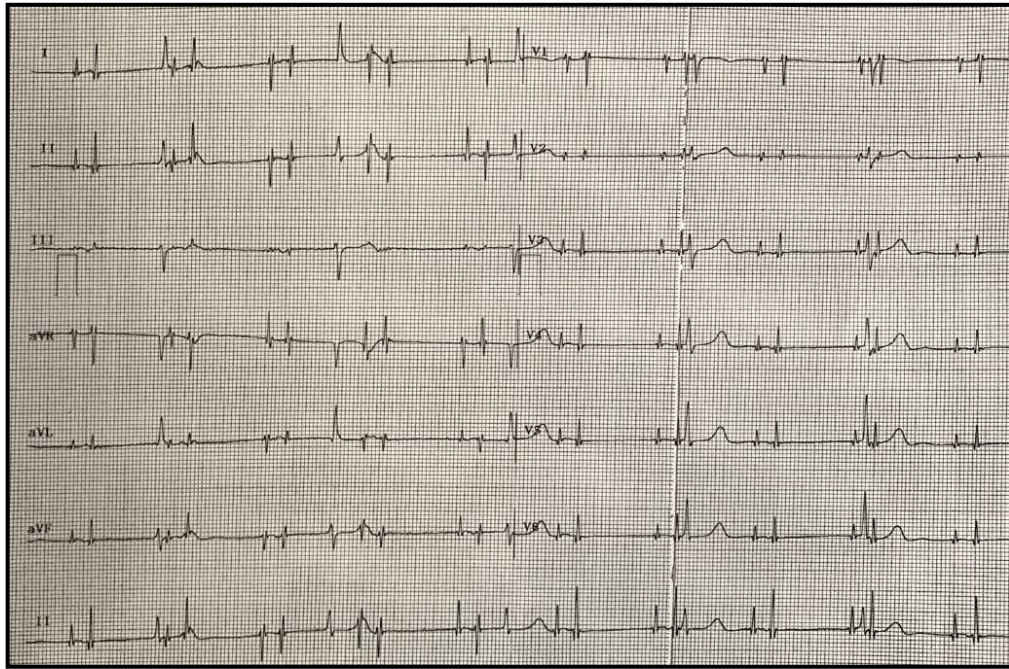


Nº DE INSCRIÇÃO					

CLÍNICA MÉDICA

- 01.** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico vem tendo mudanças importantes quanto ao tratamento da fase aguda, principalmente relacionado ao uso da trombectomia mecânica. Sobre a trombectomia mecânica no contexto de AVC isquêmico, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A trombectomia mecânica agora deve ser priorizada em detrimento da trombólise endovenosa, independente do tempo de início do quadro clínico.
 - b) A trombectomia mecânica só tem benefício, após a falha do trombolítico e respeitando o limite de 3 horas após o início do quadro clínico.
 - c) A seleção de pacientes candidatos à trombectomia mecânica leva em consideração somente se há contraindicações ao trombolítico endovenoso.
 - d) Aqueles pacientes que percebem o déficit neurológico, somente ao acordar, não foram avaliados nos grandes estudos sobre trombectomia mecânica e, portanto, não podem ser submetidos à trombectomia mecânica, independente dos achados da tomografia de crânio ou método com perfusão.
 - e) Os benefícios da trombectomia mecânica se mostraram principalmente para pacientes com oclusão proximal da circulação anterior e até 6 horas do início do quadro clínico, embora haja estudos com benefícios para janelas de tempo até maiores.
- 02.** A enxaqueca (migrânea) é uma das cefaleias primária mais frequente e limitante devido à sua intensidade, seu tratamento preventivo era feito com medicações como anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, antidepressivos; mas com o advento dos anticorpos monoclonais, houve uma mudança de paradigma em relação ao tratamento profilático da enxaqueca. Assinale a alternativa correta que contém um anticorpo monoclonal já aprovado, no Brasil, para tratamento preventivo da enxaqueca e seu mecanismo de ação:
- a) Infliximab – inibidor do fator de necrose tumoral alfa.
 - b) Ocrelizumab – anticorpo anti CD20.
 - c) Erenumab - anticorpo contra o receptor do peptídeo relacionado com o gene da calcitonina (CGRP).
 - d) Blinatumomab - anticorpo anti CD19 e CD3.
 - e) Brentuximab - anticorpo anti CD30.
- 03.** A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença degenerativa que acomete a ponta anterior da medula, baseando-se nesse conhecimento da neuroanatomia, podemos inferir as manifestações clínicas da ELA. Assim, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) O quadro clínico inicial são manifestações sensitivas como parestesias em extremidades.
 - b) Muitos pacientes iniciam a doença similar a uma mielite transversa, com nível sensitivo bem delimitado.
 - c) A limitação motora só ocorre na musculatura distal dos membros.
 - d) Não há acometimento sensitivo e os achados de doença do neurônio motor inferior são bem evidentes como fasciculações e atrofia.
 - e) A musculatura da faringe e língua não é afetada e, portanto, os pacientes conseguem deglutir independente até o fim da doença.
- 04.** Segundo as diretrizes de Hipertensão Arterial da SBC de 2020, assinale a alternativa **INCORRETA** sobre Hipertensão Arterial Sistêmica.
- a) É uma condição multifatorial (genética, meio ambiente, hábitos de vida e fatores socioeconômicos).
 - b) O teste genético de rotina para pacientes hipertensos é recomendado.
 - c) Apresenta alta prevalência, fácil diagnóstico e possui tratamento adequado.
 - d) Indica-se a medida da pressão arterial (PA), anualmente, se a PA do consultório for < 140/90 mmHg.
 - e) Os números que definem a hipertensão arterial sistêmica são arbitrários, mas se caracterizam como valores em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos.

- 05.** Paciente do sexo masculino, 89 anos de idade, proveniente do interior do Piauí de área endêmica de Doença de Chagas foi admitido no pronto atendimento com quadro de síncope recorrente. É portador de cardiopatia chagásica e marca-passo cardíaco definitivo há 10 anos. Diante do traçado eletrocardiográfico obtido na admissão, qual o diagnóstico e a melhor conduta?



- a) Ritmo ectópico atrial; tratamento conservador.
b) Taquicardia ventricular; cardioversão elétrica imediata.
c) Fibrilação atrial aguda; iniciar anticoagulante oral e programar ecocardiogramatransesofágico para reversão da arritmia.
d) Disfunção do marca-passo cardíaco; procedimento cirúrgico para troca de cabo-eletrodo.
e) Marca-passo cardíaco com captura atrial e ventricular adequada; investigação da síncope com teste da mesa inclinada.
- 06.** Paciente de 55 anos, sexo feminino, com infarto do miocárdio com supra de ST de parede anterior há 2 anos. Não foi realizado trombolítico ou angioplastia primária na ocasião. A paciente foi encaminhada ao ambulatório de cardiologia realizando acompanhamento regular. Estava em uso de carvedilol 6,25 mg a cada 12 horas, lisinopril de 5 mg e furosemida de 40 mg diariamente. Fazia uso irregular dos medicamentos no último ano. Há 2 dias foi admitida em pronto-socorro com quadro de piora da dispneia nas últimas 48 horas. Apresentava sintomas de tosse e ortopenia. Na avaliação inicial apresentou-se taquidispneica, com palidez cutânea, sonolência e aferição de PA em 91 x 68mmHg, saturação de oxigênio em 91%, estertores crepitantes em base de pulmão direito, estase jugular presente, reflexo hepatojugular positivo, presença de ascite e perfusão periférica lentificada com extremidades frias. A análise inicial do eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal taquicárdico com frequência cardíaca de 114 bpm e área eletricamente inativa na parede anterior. Assinale a alternativa que corresponde ao perfil hemodinâmico, causa da descompensação e medidas iniciais adequadas.
- a) Cardiopatia chagásica com IC descompensada. Perfil C (frio e úmido). Início de digitálico venoso e amiodarona. Provável causa de descompensação: infecciosa.
b) Cardiopatia hipertensiva com IC descompensada. Perfil L (frio e úmido). Início de diurético venoso e inibidor da enzima conversora de angiotensina. Provável causa de descompensação: má aderência terapêutica.
c) Cardiopatia isquêmica com IC descompensada. Perfil B (frio e úmido). Início de digitálico venoso e milrinone. Provável causa de descompensação: infarto agudo do miocárdio.
d) Cardiopatia isquêmica com IC descompensada. Perfil C (frio e úmido). Início de diurético e inotrópico imediato para controle de sintomas. Provável causa de descompensação: má aderência terapêutica.
e) Cardiopatia isquêmica com IC descompensada. Perfil B (quente e úmido). Início de digitálico venoso e beta-bloqueador. Provável causa de descompensação: má aderência terapêutica.



07. AMS, 57 anos, masculino, com diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar metastático em tratamento quimioterápico, vem em consulta queixando-se de tosse. Qual é a melhor droga para o controle dos sintomas do paciente?
- Morfina 5mg 4/4h.
 - Codeína 30mg 6/6h.
 - Tramadol 50mg 6/6h.
 - Ambroxol 10ml 8/8h.
 - Prednisolona 20mg/dia.
08. Idoso, 80 anos, com quadro de irritabilidade, choro fácil e insônia há 1 mês. Ao exame, paciente emagrecido, IMC=18, sem comprometimento cognitivo, com humor deprimido. Qual a melhor medicação para tratamento do quadro do paciente?
- Amitriptilina.
 - Bromazepam.
 - Diazepam.
 - Quetiapina.
 - Mirtazapina.
09. São exames de rastreio de síndrome demencial, **EXCETO**,
- TSH e T4 livre.
 - Tomografia Computadorizada de Crânio.
 - VDRL.
 - Vitamina B12 e ácido fólico.
 - Eletroencefalograma.
10. Em qual das patologias abaixo os anticorpos séricos contra peptídeos citrulinados cíclicos (Anti CCP) têm valor diagnóstico e prognóstico?
- Artrite Reumatóide.
 - Lupus Eritematoso Sistêmico.
 - Osteoartrite.
 - Polimiosite.
 - Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF).
11. Paciente feminina, 68 anos, apresenta quadro de poliartrite simétrica em mãos e punhos, cumulativa com rigidez pós repouso de 2 horas. Nos exames de imagem, apresenta Rx de mãos com Osteopeniaperi articular bilateral. Qual o provável diagnóstico?
- Lupus Eritematoso Sistêmico.
 - Osteoartrite.
 - Esclerose Sistêmica.
 - Osteoporose.
 - Artrite Reumatóide.
12. Ana Maria, 20 anos, foi diagnosticada com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) há 6 meses com poliartrite inflamatória, lesões fotossensíveis em face, edema de membros inferiores, hipertensão arterial sistêmica além de proteinúria e hematúria no sumário de urina. Dra. Fernanda, reumatologista da paciente, desconfiou de nefrite lúpica. Quais exames deveriam estar com resultados alterados para confirmar a suspeição diagnóstica de nefrite lúpica?
- Diminuição de complemento sérico e Anticorpo anti P positivo.
 - Anticorpo anti DNA de dupla hélice positivo e plaquetopenia.
 - Anticorpo anti DNA de dupla hélice positivo e diminuição de complemento sérico.
 - Anticorpo anti SM positivo e derrame pleural.
 - Anticorpo anti SM positivo e plaquetopenia.



13. Em relação às hepatites virais, é **CORRETO** afirmar:
- O diagnóstico de Hepatite A é feito pela presença de AntiHVA IgM ,que torna-se positivo após a segunda semana do início dos sintomas.
 - Aumento de transaminases acima de dez vezes ocorre em Hepatite A,não sendo observada esse aumento nas Hepatites B ou C.
 - A transmissão sexual é uma das principais vias de contaminação da Hepatite C.
 - A Hepatite A pode evoluir como uma hepatite prolongada de até 4 a 6 meses de evolução. Essa forma ocorre principalmente em adultos.
 - A transmissão da Hepatite E segue o mesmo padrão das hepatites B e C.
14. Em relação à parasitose intestinal, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Giardíase é a principal enteroparasitose que leva à má absorção intestinal.
 - O abscesso hepático amebiano costuma ser múltiplo, loculado, provoca com frequência diarreia, febre e icterícia .
 - Ascariíase tem como habitat o duodeno e jejuno e, em adultos, muitas vezes provoca dor epigástrica simulando um quadro ulceroso péptico.
 - Na Síndrome de Loeffler, a imagem radiológica característica são as condensações pulmonares semelhantes às vistas nas pneumonias bacterianas.
 - O método Kato-Katz é indicado na investigação de Strongiloidíase.
15. Em relação à doença ulcerosa péptica, é **CORRETO** afirmar:
- Até 50% dos pacientes com hemorragia digestiva alta ulcerosa são assintomáticos, antes do episódio de hemorragia.
 - A despeito do tratamento atual, a prevalência de obstrução gástrica em pacientes com úlceras pré-pilóricas ou duodenais é alta,em torno de 60%.
 - As úlceras gástricas e duodenais com boa resposta clínica ao tratamento dispensam endoscopia de controle.
 - A infecção pelo *Helicobacter pylori* associada à úlcera gástrica ocorre em torno de 95% dos casos.
 - Presença de *Helicobacter pylori* não foi associada à prevalência de câncer gástrico.
16. Sobre anamnese e exame físico de um paciente idoso, é **INCORRETO** afirmar que:
- A anamnese pode ser dificultada pelo déficit de memória e de audição.
 - A omissão ou desvalorização ou hipervalorização de sintomas é comum na consulta geriátrica.
 - É incomum encontrarmos mais de uma causa para um mesmo sinal ou sintoma.
 - No atendimento ao idoso, o médico deve estar atento as peculiaridades sobre as diversas doenças nesta faixa etária.
 - O *fenômeno iceberg* na geriatria refere-se ao fato de muitos problemas permanecerem ocultos ou submersos durante a entrevista.
17. Sobre as doenças crônicas prevalentes em pacientes idosos, é **INCORRETO** afirmar que:
- O diagnóstico clínico de diabetes no idoso pode passar despercebido, pois os sintomas são inespecíficos.
 - O nível de hemoglobina glicada é utilizado para rastreamento! diagnóstico no idoso.
 - O tabagista passivo é representado por indivíduo não fumante exposto ao fumo em ambientes fechados.
 - d) Idosos podem apresentar restrição de atividade física por osteoartrose, tonturas, déficit visual, insuficiência vascular periférica, depressão ou outros fatores
 - HDL-colesterol é uma fração lipídica importante em idosos. Níveis baixos de HDL-c relacionam-se a maiores riscos para eventos vasculares.
18. As mudanças que ocorrem com o envelhecimento modificam a farmacocinética e a farmacodinâmica dos fármacos, com alterações em sua distribuição, metabolização e eliminação, repercutindo no efeito no organismo do idoso. Sobre iatrogenia medicamentosa, podemos afirmar que:
- Ao prescrevermos diuréticos no idoso, devemos alertar sobre os possíveis efeitos colaterais: desidratação, hipotensão ortostática, e incontinência urinária.
 - O uso prolongado de cinarizina pode induzir ao aparecimento de tremor.
 - A terapêutica com anticoagulante requer avaliação detalhada do risco/ benefício, principalmente nos pacientes muito idosos.



- d) Mudanças relacionadas ao envelhecimento, polifarmácia e as múltiplas comorbidades em octogenários predis põem aos efeitos adversos das drogas.
- e) Uso de benzodiazepínico em idosos não aumenta risco de queda.
- 19.** No arsenal terapêutico de antiproteinúricos para o tratamento da nefropatia diabética, uma classe de droga tem se destacado. Quanto ao uso de inibidor de SGLT2, é **CORRETO** afirmar:
- a) Deve ser evitado em paciente com doença renal crônica em estágios mesmo iniciais, mas pode ser usado se proteinúria nefrótica.
- b) Deve ser evitado em paciente com proteinúria independente do nível, mas pode ser usado em caso de doença renal crônica leve a moderada.
- c) Deve ser evitado em paciente com doença renal crônica a em estágios mesmo iniciais, mas pode ser usado em caso de proteinúria independente do nível.
- d) Deve ser usado e é seguro, tanto em paciente com doença renal crônica em estágios iniciais, quanto em casos de proteinúria independente do nível.
- e) Tem efeito neutro sobre a função renal.
- 20.** Paciente 41 anos, em avaliação de paciente com glomerulopatia, apresentando edema de MMII, proteinúria, hematúria com função renal preservada e em programação de biópsia renal. Entre medidas terapêuticas iniciais (não específicas) apropriadas para esse paciente, marque a alternativa que combina as opções que devem ser iniciadas para esse paciente.
- a) Dieta hipossódica, inibidor de enzima conversora de angiotensina (iECA), bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), estatina, furosemida, diuréticos tiazídicos, prednisona 1mg/kg/d, albumina endovenosa e espironolactona.
- b) Dieta hipoproteica e hipossódica, furosemida combinados ou não com diuréticos tiazídico, iECA e se mantiver proteinúria, associar espironolactona.
- c) Dieta hipoproteica e hipossódica, diuréticos tiazídicos, espironolactona e prednisona 0,5mg/kg/d.
- d) Diuréticos de alça, restrição de proteínas de 0,8g/kg/d, diuréticos tiazídicos, pulsoterapia, estatina, dieta normossódica.
- e) Diuréticos de alça endovenoso, albumina endovenosa e espironolactona.

ESPECÍFICA

- 21.** Mulher de 45 anos, com quadro de diarreia e vômitos há 2 dias, foi admitida em pronto-atendimento por piora do estado geral e prostração. O exame físico revelou mucosa oral seca, turgor de pele diminuído, ausência de edemas, pressão arterial 80/40 mmHg, ausculta pulmonar sem ruídos adventícios, abdome doloroso difusamente à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Previamente hígida e não fazia uso contínuo de medicamentos. Os exames complementares demonstravam: ureia sérica=150mg/dL; creatinina sérica=2,1 mg/dL; sódio=144mEq/L; potássio=3,2mEq/L; EAS: p=5 densidade=1030, proteínas=ausente, células epiteliais=2000 céls/mL, leucócitos=250céls/mL, hemácias=250céls/mL. Com base neste caso clínico, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Trata-se de injúria renal aguda (IRA) com consequente necrose tubular aguda (NTA), decorrente de estado de hipoperfusão renal prolongado. A expansão volêmica deve levar a rápida normalização de níveis de ureia e creatinina.
- b) Espera-se, neste caso, sódio urinário > 40mEq/mL e osmolaridade urinária > 500 mOsm/Kg, dada à alta absorção de água pelas células tubulares renais.
- c) Espera-se que o volume urinário esteja aumentado e a osmolaridade urinária < 200 mOsm/Kg.
- d) A autorregulação, renal para casos semelhantes, envolve a vasodilatação da arteríola aferente, mediada por eicosanóides vasodilatadores, e vasoconstrição da arteríola eferente mediada pela Angiotensina II, numa tentativa de manter a taxa de filtração glomerular.
- e) Em casos de injúria renal isquêmica, as porções tubulares mais vulneráveis são a porção S2 do túbulo proximal e túbulo coletor.



22. No que diz respeito aos achados na patologia renal associados à hipertensão arterial sistêmica, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) A hipertensão primária é caracterizada por doença dos vasos arteriais pré-glomerulares, primariamente, as arteríolas aferentes e interlobulares.
- b) A substituição das células musculares lisa da média das arteríolas aferentes por tecido conjuntivo recebe o nome de arterioesclerose. Esse é um achado encontrado nos pacientes com nefropatia hipertensiva grave e em cerca de 50% dos pacientes hipertensos menos graves.
- c) Eventualmente, glomeruloesclerose e lesão tubulointersticial severa são vistas.
- d) Nos casos de emergência hipertensiva ocorre arteriopatía proliferativa, ocasionalmente associada à necrose fibrinoide. Camadas concêntricas de tecido conjuntivo e células podem dar um aspecto de casca de cebola à íntima.
- e) Além da doença arteriolar, é comum haver evidência de isquemia pré-glomerular e tubulointersticial, com retração do tufo glomerular, atrofia tubular e fibrose intersticial.

23. Paciente jovem é admitido com história de vômitos e diarreia, diversos episódios, há 48 horas. Refere sede intensa e está com mucosas secas e hipotenso (pressão arterial 85/60 mmHg). Exames laboratoriais revelam sódio sérico=132 mEq/L. Classifique a hiponatremia, quanto ao *status* volêmico; e a principal abordagem terapêutica:

- a) Hipovolêmica; reposição de solução salina isotônica.
- b) Hipovolêmica; reposição de solução salina hipertônica.
- c) Hipovolêmica; reposição de solução glicosada.
- d) Hipovolêmica; reposição de solução do tipo colóide.
- e) Hipovolêmica; reposição de solução salina hipotônica.

24. A nefrolitíase é uma condição multifatorial consequente ao estado de supersaturação urinária, e a formação dos cálculos resulta dos processos de nucleação, retenção e crescimento de cristais no trato urinário. Cerca de 80% dos cálculos têm, na sua composição, sais de cálcio (carbonato, oxalato ou fosfato de cálcio). Assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Há muitos componentes da dieta envolvidos na composição urinária, o que torna nutrição um dos fatores de risco mais importantes para a formação de cálculos renais.
- b) A elevada excreção de substância promotoras da cristalização urinária, como cálcio, é um dos principais fatores que contribuem para a supersaturação urinária, sendo a hipercaleiúria idiopática a alteração metabólica mais frequente nos pacientes portadores de nefrolitíase – está presente em metade dos casos.
- c) É importante orientar a restrição da ingestão de cálcio, como forma de reduzir a sua excreção urinária nos pacientes hipercaleiúricos, a fim de reduzir a recorrência da nefrolitíase.
- d) Os pacientes portadores de nefrolitíase devem ser orientados a ingerir fontes de cálcio com refeições ricas em oxalato, para maximizar o efeito quelante do cálcio com o oxalato no intestino. Como opções de alimentos que contém cálcio, citam-se: leites e derivados e vegetais de folhas verde-escuras.
- e) Os suplementos de cálcio podem aumentar o risco de nefrolitíase, após seu uso, e estão relacionados com o momento da ingestão. Se usados longe das refeições, podem levar a aumento moderado de absorção e excreção urinária do cálcio com pouco impacto sobre a excreção de oxalato. Assim, para os portadores de nefrolitíase, deve-se optar por suplementos na forma de citrato de cálcio, ingeridos com as refeições.

25. O prognóstico da Nefropatia por IgA pode ser determinado por achados histopatológicos da biópsia renal. Quanto ao achado associado com melhor prognóstico, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Deposição mesangial associada a IgG.
- b) Deposição exclusivamente mesangial de IgA.
- c) Deposição endocapilar de IgA.
- d) Microangiopatía trombotica.
- e) Crescentes fibrosos.



26. Sobre os medicamentos usados para controle do diabetes do tipo 2, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A liraglutida não mostrou redução da mortalidade por causas cardiovasculares quando comparada com o placebo.
- b) A empaglifozina não demonstrou benefício quando utilizada em pacientes com nefropatia diabética.
- c) A empaglifozina preveniu infecções do trato urinário em idosos, quando associada com metformina.
- d) Os SGLT2 estão associados ao aumento da incidência de acidose láctica em pacientes com clearance de creatinina menor que 60mL/min.
- e) A metformina tem excreção renal e deve ser evitada em pacientes com clearance de creatinina abaixo de 30 mL/min.

27. Homem de 40 anos, com doença renal crônica dialítica, hipertensão e diabetes mellitus, teve falha de fístula arteriovenosa e está em uso de cateter venoso de longa permanência há três meses. Nas duas últimas sessões de hemodiálise, apresentou tremores e febre de 39°C. Foram coletadas hemoculturas pareadas (sangue e cateter).

Na sessão seguinte de hemodiálise, apresentou hipotensão e febre, sendo então encaminhado ao pronto-socorro.

Na admissão, foram checados os resultados das culturas: - Sangue Periférico: Staphylococcus aureus: oxacilina R, clindamicina R, sulfametoxazol-trimetoprim R, vancomicina S, linezolida S. - Sangue de cateter: Staphylococcus aureus: oxacilina R, clindamicina R, sulfametoxazol-trimetoprim R, vancomicina S, linezolida S.

A conduta terapêutica inicial mais adequada é:

- a) Retirar cateter, introduzir vancomicina intravenosa.
- b) Retirar cateter, introduzir linezolida intravenoso.
- c) Manter cateter, introduzir vancomicina intravenosa e lockterapia.
- d) Manter cateter, introduzir linezolida intravenosa e lockterapia.
- e) Manter cateter. Introduzir oxacilina intravenosa.

28. Mulher de 30 anos refere emagrecimento de 108kg, em dois anos, e aumento do tamanho dos gânglios em região cervical. Procurou posto de saúde onde foi orientada a realizar um teste rápido para HIV. Foram realizados dois testes rápidos diferentes reagentes para HIV. A próxima conduta é:

- a) Sorologia por Western Blot.
- b) Sorologia por Elisa e Western Blot.
- c) Carga viral e contagem de CD4.
- d) Repetir o teste rápido em um mês.
- e) Sorologia por Elisa.

29. Homem, 60 anos de idade, hipertenso e diabético, há 12 anos em acompanhamento clínico regular, faz uso de captopril, metformina e glibenclamida, todos em dose máxima. Há três dias apresenta náuseas, diarreia e inapetência, com vômitos. Refere febre até 38,3°C no período. Há 30 minutos, queixou-se de mal-estar inespecífico e há 15 minutos apresentou convulsão tônico-clônica generalizada, quando foi trazido ao pronto-socorro. Qual é a principal hipótese etiológica para o quadro convulsivo?

- a) Acidose metabólica.
- b) Acidente vascular encefálico.
- c) Hipopotassemia.
- d) Hipoglicemia.
- e) Meningite.

30. Mulher, 20 anos, com diabetes mellitus tipo 1 desde os 10 anos, chega ao pronto socorro com dor abdominal, náusea, desorientação e desidratação. Exames: glicemia: 380 mg/dL; sódio: 130mEq/L; potássio: 3,3 mEq/L; leucócitos: 15.000/mm³; pH: 7,10; bicarbonato: 8 mEq/L; creatinina: 2,0 mg/dL. Além da hidratação, qual a conduta inicial mais adequada?

- a) Bicarbonato de sódio.
- b) Insulina regular em bolus.
- c) Reposição de potássio.
- d) Antimicrobiano.
- e) Reposição de sódio.

31. Homem, 70 anos, internado há 20 dias devido a fratura de fêmur. Evoluiu com febre, tosse produtiva e dispneia. Após 5 dias de antibioticoterapia, apresenta mioclônias em membros superiores, afasia e rebaixamento do nível de consciência. Creatinina: 3,5 mg/dL, ureia: 90 mg/dL. EEG: descargas periódicas



generalizadas, com ondas morfológicas trifásicas. Qual é o antibiótico provavelmente responsável pelo quadro neurológico?

- a) Meropenem.
- b) Cefepime.
- c) Vancomicina.
- d) Piperacilina-tazobactam
- e) Ceftazidima.

32. Homem, 68 anos, portador de diabetes mellitus sem controle regular com insulina, refere dor na região escrotal, associada a febre de início há 4 dias. Exame físico: área extensa de eritema e calor na região perineal, com algumas bolhas e crepitação à palpação. Neste caso, qual seria a melhor cobertura antimicrobiana?

- a) Streptococcus do grupo A.
- b) Anaeróbios.
- c) Polimicrobiana.
- d) Staphylococcus aureus.
- e) Escherichia coli.

33. Uma mulher de 27 anos com queixa de 2 meses de fadiga e febre baixa. Ela também relata edema e dores nas articulações das mãos, juntamente com rigidez matinal que dura 2 horas. Nos últimos 15 dias, ela fez uso de diclofenaco de sódio com alívio dos sintomas. Há uma semana, ela iniciou edema de membros inferiores e ganhou 5 kg. No exame físico, a pressão arterial é de 160/110 mm Hg. Os outros sinais vitais são normais. Um rash malar está presente. Dores ativas e edema múltiplas articulações das mãos são notados. Há edema com cacifo nos membros inferiores. O restante do exame físico é normal.

Exames Complementares laboratoriais:

VHS: 90 mm / h

Hematócrito: 37%

Complementos (C3, C4, CH50): consumido

Creatinina: 1,5 mg / dL

FAN: positivo, pontilhado fino

Anticorpos anti-Sm: positivo

Anti-DNA de fita dupla: positivo, 1: 320

Sumário de urina: Proteína 3+; Hemácias: 20 hemácias/campo; sem leucócitos; presença de cilindros hemáticos

Proteína na urina de 24h: 4000mg / 24 h

Qual dos testes a seguir é mais apropriado para avaliação e conduta em relação à doença renal desse paciente?

- a) Anticorpos antifosfolípides.
- b) TC do abdômen e pelve.
- c) Biópsia renal.
- d) Arteriografia renal.
- e) Eletroforese de proteínas séricas e urinárias.

34. Uma mulher de 35 anos é avaliada no departamento de emergência por uma história de 3 dias de cefaleia e vômitos. Ela foi diagnosticada com fenômeno de Raynaud há 1 ano e doença do refluxo gastroesofágico há 6 meses. Faz uso unicamente de omeprazol. No exame físico, a temperatura é 38,3° C, pressão arterial é 180/110 mm Hg, o pulso é 92 bpm, a frequência respiratória é 14 incursões / min e a saturação de oxigênio é 95%, respirando o ar ambiente. Na ectoscopia são evidenciados cicatrizes nas pontas dos dedos, espessamento da pele dos dedos e dorso das mãos, espessamento com alterações poiquilodérmicas sobre a pele da parte anterior do tórax.

Exames Complementares laboratoriais:

Hematócrito 30%

Contagem de plaquetas 77.000 / J.LL (75 x 10⁹ / L)

Creatinina: 1,5 mg/dL

Sumário de urina: Proteína 2+; restante normal

O esfregaço de sangue periférico mostra diminuição do número de plaquetas e esquizócitos.

Qual das alternativas a seguir é o tratamento mais adequado?

- a) Captopril.
- b) Ciclofosfamida.
- c) Metilprednisolona.
- d) Nitroprussiato.
- e) Nitroglicerina.

35. Um homem de 49 anos, com história de um ano de crises de gota recorrente, envolvendo a base dos hálux, meio dos pés e tornozelos. Os episódios tornaram-se mais frequentes e graves. Possui antecedente de hipertensão arterial sistêmica e doença renal crônica em estágio G3BA1. Os medicamentos em uso são: ramipril e atenolol. Possui mãe tailandesa e pai coreano. No exame físico, os sinais vitais são normais. Não há tofos ou edema articular. Os estudos laboratoriais mostram um nível de urato sérico de 10 mg / dL.

Qual das alternativas a seguir é a próxima etapa mais apropriada no seguimento?



- a) Iniciar alopurinol.
- b) Iniciar probenecide.
- c) Iniciar diclofenaco de sódio.
- d) solicitar FAN, anti-DNA cadeia dupla, complementos e VDRL.
- e) Solicitar teste de alelo HLA-B * 5801.

36. Um homem de 29 anos é avaliado no pronto-socorro por piora de dor abdominal nos últimos 2 dias, e erupções cutâneas começando nos pés e se espalhando até as coxas e nádegas. Refere geralmente mialgia e artralgia. Nega diarreia, náuseas ou vômito. Não possui antecedentes patológicos dignos de nota e não faz uso de medicação.

No exame físico, os sinais vitais são normais. Uma erupção purpúrica palpável é observada nos pés, pernas e nádegas.

Há sensibilidade peri-umbilical à palpação.

As fezes são positivas para sangue oculto.

Exames Complementares laboratoriais:

Hemograma completo: Normal

VHS: 80 mm / h

FAN: negativo

ANCA: Negativo

Sumário de urina: Normal

TC do abdômen: espessamento e edema de pequeno segmento de intestino delgado.

Qual das alternativas a seguir é o teste mais apropriado para estabelecer o diagnóstico?

- a) Colonoscopia.
- b) Biópsia renal.
- c) Angiografia mesentérica.
- d) Níveis séricos de IgA.
- e) Biópsia de pele com imunofluorescência.

37. Uma mulher de 32 anos é hospitalizada por lesão renal aguda. Possui antecedente de esclerose cutânea sistêmica difusa diagnosticada há 2 anos. Estava assintomática e sem uso de medicações, antes da hospitalização.

No exame físico, a temperatura é 36°C, a pressão arterial é 200/120 mm Hg, a frequência cardíaca é 104/ min e a frequência respiratória é 16 / min. O exame cardíaco revela um S4 proeminente

Ausulta pulmonar revela estertorescrepitantes bibasais. O exame cutâneo revela esclerodactilia de ambas as mãos, endurecimento da pele dos antebraços e parte anterior do tórax.

Exames Complementares laboratoriais:

Hemoglobina: 8,5 g / dl

Contagem de plaquetas: 80.000 / mL

Creatinina: 4,9 mg / dL

Sumário de urina: Proteína 2+; restante normal

Beta-HCG: negativo

O esfregaço de sangue periférico mostra esquizócitos e plaquetas diminuídas.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- a) Coagulação intravascular disseminada.
- b) Síndrome hemolítico-urêmica(SHU).
- c) Crise renal esclerodérmica.
- d) Púrpura trombocitopênica trombótica(PTT).
- e) Doença hipertensiva especifica da gravidez(DHEG).

38. Uma mulher de 25 anos com história de 2 semanas de agravamento da erupção cutânea, artrite e febre baixa intermitente. Possui antecedente de lúpus eritematoso sistêmico (LES) há 5 anos. Ela estava sem atividade da doença há 2 anos e faz uso de hidroxicloroquina diariamente.

No exame físico a temperatura é 37,9°C, pressão arterial de 155/83 mm Hg; outros sinais vitais são normais. Um rash malar está presente. Artralgia e edema de várias pequenas articulações das mãos estão presentes.

Edema de membros inferiores bilateral (2+/4+) com cacifo.

Os exames laboratoriais mostram complementos C3 e C4 consumidos, creatinina sérica de 2 mg / dL, relação proteína-creatinina na urina de 4000 mg / mg e sumário de urina com hematúria, leucocitúria e cilindros hemáticos presentes no exame microscópico.

Qual dos seguintes estudos de laboratório deve ser feito a seguir?

- a) Anticorpos anti-DNA de fita dupla.
- b) Anticorpos antinucleares(FAN).
- c) Anticorpos anti-Ro / SSA e anti-La / SSB.
- d) Anticorpos anti-Sm.
- e) Anticorpos anti-U1-ribonucleoproteína.

39. Ao exame físico, homem 77 anos, diabético, hipertenso severo de difícil controle e com episódios frequentes de edema agudo pulmonar, apresenta sopro abdominal epigástrico. O padrão ouro para efetivar o diagnóstico é:

- a) Cintilografia com metaiodobenzilguanidina.
- b) Catecolaminas urinárias.
- c) Arteriografia renal.
- d) Ressonância magnética.
- e) Tomografia computadorizada.



40. Dentre destas alterações cardíacas congênitas ou de transmissão genética, qual a principal responsável pela morte súbita?
- Prolapso de valva mitral.
 - Síndrome de brugada.
 - CIV (comunicação intraventricular).
 - Cardiomiopatia hipertrófica.
 - Displasiaarritmogenica do ventrículo direito.
41. Paciente com hipertensão arterial acelerada apresenta ao exame de fundo de olho:
- Exudatos e papiledema.
 - Hemorragiaretiniana e papiledema.
 - DANO vascular sem papiledema.
 - Cruzamento arteriovenoso e papiledema.
 - Espasmoarteriolar e papiledema.
42. De acordo com as recomendações da maioria das sociedades de cardiologia, para o tratamento da doença cardíaca isquêmico estável, são consideradas drogas de primeira linha para redução dos episódios de angina e melhora da tolerância aos esforços:
- Nitratos.
 - Bloqueadores dos canais de cálcio.
 - Hidralazina com nitrato.
 - Betabloqueadores.
 - Bloqueadores dos receptores de aldosterona.
43. São critérios maiores para o diagnóstico de endocardite infecciosa, **EXCETO**,
- Hemocultura positiva.
 - Esplenomegalia e febre.
 - Presença de abscesso visualizado pelo ecocardiograma.
 - Aparecimento de regurgitação valvar, não existente antes.
 - Presença de vegetações em folhetos ao ecocardiograma.
44. Qual dos efeitos colaterais abaixo NÃO está relacionado ao uso do medicamento bloqueador dos canais de cálcio Verapamil?
- Constipação intestinal.
 - Edema gengival.
 - Piora da função sistólica do ventrículo esquerdo na insuficiência cardíaca.
 - Refluxo gastro esofágico.
 - Taquicardia.
45. TRM-TB é um teste de amplificação de ácidos nucléicos utilizado para detecção de DNA do M. tuberculosis e triagem de cepas resistentes à rifampicina pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real. O teste detecta presença ou ausência do complexo M. tuberculosis e indica sensibilidade ou resistência à rifampicina em aproximadamente duas horas em ambiente laboratorial, sendo necessária somente uma amostra de escarro. Em relação ao teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), assinale a alternativa **INCORRETA**.
- Pode ser utilizado para detecção de possíveis cepas resistentes à rifampicina.
 - A sensibilidade diagnóstica em crianças é similar à dos adultos com a doença.
 - Um TRM-TB não dispensa a necessidade da solicitação de BAAR e cultura para micobactérias.
 - TRM-TB pode ser utilizado como teste de triagem para resistência à rifampicina em pacientes que não apresentem resposta ao tratamento.
 - TRM-TB negativo não exclui o diagnóstico em caso de tuberculose extrapulmonar.
46. O tratamento da PAC - pneumonia adquirida na comunidade - depende da gravidade clínica do paciente, principal determinante do local de tratamento do paciente: ambulatorial, hospitalar ou em UTI. De todos os antibióticos abaixo, qual NÃO deve ser utilizado para tratar PAC, em nível ambulatorial, quando não há agente definido?
- Doxiciclina.
 - Moxifloxacina.
 - Amoxicilina.
 - Azitromicina.
 - Ciprofloxacina.
47. A frequência geral de derrame pleural em uma radiografia de tórax varia de 0,3% a 1%, porém este valor muda bastante de acordo com a doença de base. Esses ocorrem mais comumente em pacientes como pneumonia ou com insuficiência cardíaca. Sobre o derrame pleural, são **CORRETAS**:
- O derrame pleural provocado por neoplasia maligna em geral exhibe mau prognóstico.
 - É obrigatória a coleta de material nos casos de derrame pequeno por insuficiência cardíaca.



III. O derrame hipertensivo e recorrente costuma estar associado a pleurite viral.

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

48. O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) agudo é uma das principais causas de emergência cardiovascular e, em cerca de 25% dos casos, a manifestação clínica inicial é a morte súbita. A incidência anual varia de 23 a 69 casos para cada 100.000 habitantes, com mortalidade de até 30% nos pacientes não tratados e com redução desta taxa para 2,5 a 10% nos pacientes tratados adequadamente. Em relação ao TEP, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A hipoxemia é um achado raro e se dá de maneira constante, sendo compensada com aumento da frequência cardíaca.
- b) O marcador laboratorial mais confiável para a detecção do tromboembolismo pulmonar é a positividade para troponina T.
- c) Os sintomas são dependentes de três fatores: tamanho do êmbolo, estado prévio da função respiratória e circulação do pulmão.
- d) Caso o paciente sobreviva, os êmbolos alojados nas veias pulmonares (sem infarto) evoluem para a cicatrização de 1ª intenção.
- e) Entre as consequências respiratórias tardias, estão a instalação de um espaço morto alveolar e a pneumoconstrição.

49. A asma é uma das doenças crônicas mais comuns que afeta, tanto crianças quanto adultos, sendo um problema mundial de saúde e acometendo cerca de 300 milhões de pessoas. Estima-se que no Brasil existam aproximadamente 20 milhões de asmáticos. A asma é uma causa importante de faltas escolares e no trabalho. As crises de asma devem ser classificadas segundo sua gravidade, de acordo com a intensidade da crise. Sobre essa classificação, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) A saturação de oxigênio no sangue arterial é < 90% nas crises graves, nesse caso, a dispneia é grave, e é comum agitação e sudorese.
- b) Na crise moderada/leve, o paciente pode não apresentar utilização de musculatura acessória ou retração intercostal leve, e

pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial < 40mmHg.

- c) Apenas na crise muito grave há alteração do estado mental, os sibilos estão ausentes com murmúrio vesicular localizado ou difuso, e a pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial é > 45mmHg.
- d) Na crise grave, o paciente apresenta sibilos localizados ou difusos, utilização de musculatura acessória com retrações subcostais e/ou esternocleidomastoideas acentuadas e pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial < 40mmHg.
- e) Apesar de algumas medicações potencialmente usadas para indicações obstétricas, como prostaglandina F2- alfa, ergonovina e agentes anti-inflamatórios não esteroides, devem ser evitadas na gestante com asma.

50. A DPOC abrange entidades historicamente conhecidas como bronquite crônica e enfisema. Bronquite crônica é uma das possíveis manifestações clínicas do DPOC e apresenta longos períodos de tosse com expectoração em sua definição. O enfisema (alargamento de espaços de ar por destruição do tecido pulmonar) é uma das alterações estruturais do pulmão que podem estar presentes na DPOC. Os principais sintomas de DPOC são: falta de ar, em geral persistente e que piora com esforço físico; e tosse crônica, com ou sem expectoração. O principal exame necessário para diagnosticar DPOC é a prova de função pulmonar (espirometria, ou "exame de sopro"). Sobre as indicações de internação na exacerbação aguda da DPOC, analise:

- I. Hipoxemia refratária, hipercapnia com acidose.
- II. Paciente com idade maior que 65 anos e ureia maior que 50mg/dL.
- III. Insuficiência cardíaca descompensada ou descompensação de outra condição associada, como diabetes.
- IV. Impossibilidade de realizar corretamente o tratamento ambulatorial, por falta de condição socioeconômica.

Estão **CORRETAS** as indicações:

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