



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – **TIPO 04**

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **NEFROLOGIA**

DATA: 26/01/2025 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

### LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno (**TIPO 04**) 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 04) 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)

PROCESSO SELETIVO- RESIDÊNCIASUESPI – 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.

### 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	



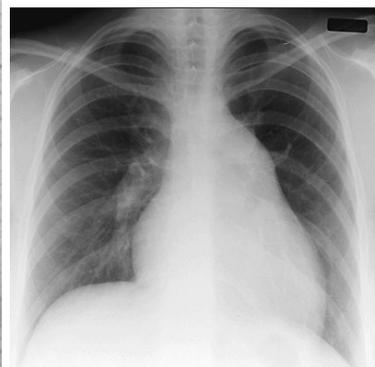
**PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI**



<b>Nº DE INSCRIÇÃO</b>						

## CLÍNICA MÉDICA

- 01.** Assinale a alternativa que **NÃO** contém um achado típico encontrado na esclerose lateral amiotrófica, fazendo, portanto, se questionar essa hipótese:
- Fasciculações em vários músculos, inclusive na língua.
  - Liberação piramidal, incluindo sinal de Babinski.
  - Fraqueza progressiva levando à tetraparesia.
  - Envolvimento de musculatura bulbar levando a disфонia e disfagia.
  - Redução de sensibilidade nas extremidades padrão "bota e luva".
- 02.** Sobre o AVC hemorrágico (AVCH), assinale a alternativa **CORRETA**.
- A etiologia hipertensiva é a principal, sendo a topografia lobar a mais comum, principalmente no lobo frontal, pela rica vascularização.
  - Na fase aguda, semelhante ao AVC isquêmico não trombolisável, a redução da pressão arterial não é necessária de forma agressiva nas primeiras 24h.
  - A angiopatia amiloide é uma causa comum de hemorragia lobar em idosos que não têm hipertensão arterial.
  - Não há nenhum sinal radiográfico preditor de expansão do hematoma, sendo a RM crânio essencial nos 3 primeiros dias do ictus, para avaliar de forma melhor a etiologia do AVCH.
  - O uso de anticonvulsivante de forma profilática está indicado em todos os tipos de AVCH, principalmente na localização talâmica.
- 03.** Ao receber um laudo de RM crânio, realizada hoje, de um paciente com hemiparesia direita há 3 dias de início súbito, descrevendo área de 10 mm com restrição das moléculas de água à sequência de difusão em topografia da cápsula interna à esquerda, pode-se concluir que
- essa área não explica o déficit do paciente, portanto o laudo deve ser revisado.
  - há isquemia aguda tendo como provável etiologia doença de pequenos vasos.
  - é fundamental o estudo com angiografia cerebral para investigação complementar, pois é possível haver hemorragia associada com área de isquemia aguda.
  - há um achado típico de hemorragia hipertensiva em sua topografia mais comum.
  - o contraste (gadólíneo) é fundamental para excluir abscesso, pois a ausência de captação é comum em processos infecciosos.
- 04.** Paciente do sexo feminino com 38 anos de idade foi atendida no ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário com queixa de dispneia, apresentando piora progressiva no último mês. Após avaliação clínica inicial, foram realizados exames de eletrocardiograma e radiografia de tórax, que evidenciaram algumas alterações. Diante dos exames realizados, qual a principal hipótese diagnóstica e quais alterações são observadas nos exames a seguir?

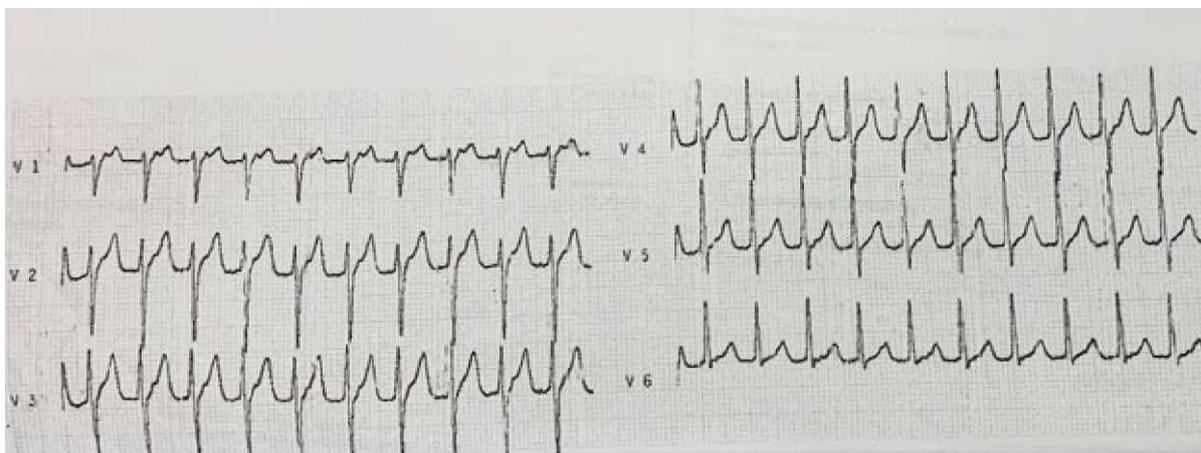


- a) Síndrome de Takotsubo; eixo elétrico do QRS desviado para a esquerda; radiografia de tórax com sinal do quarto arco.
- b) Hipertensão arterial pulmonar; “*strain* de VD” e abaulamento do tronco da artéria pulmonar.
- c) Hipertensão essencial; eixo elétrico do QRS para a direita e abaulamento do tronco da artéria aorta.
- d) Taquicardia sinusal; eixo elétrico do QRS desviado; sinal de Westmark.
- e) Pericardite aguda; eixo elétrico do QRS para a esquerda; infradesnível do intervalo PR.

**05.** Assinale a alternativa **CORRETA** quanto ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), de acordo com a aferição da pressão arterial (PA) em consultório ou em nível ambulatorial. MAPA = Monitorização ambulatorial da PA; MRPA = Monitorização residencial da PA.

- a) Normotenso: PA <120/80mmHg no consultório e PAS na vigília de 136 mmHg na MAPA.
- b) Hipertensão mascarada: PA <135/85 no consultório e média de 130/80 mmHg na vigília em exame de MAPA.
- c) Hipertensão do jaleco branco: PA > 140/90 mmHg no consultório e na vigília da MAPA com valor médio de 136/86.
- d) Hipertensão verdadeira: PA >140/90 mmHg no consultório e >135/85 mmHg na média de vigília da MAPA.
- e) Hipotensão do jaleco branco: PA < 120/80 mmHg no consultório e >130/85 na vigília da MAPA.

**06.** Paciente do sexo feminino é admitida com queixa de palidez e palpitações taquicárdicas. O ECG de admissão está demonstrado a seguir. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a primeira conduta a ser adotada.



- a) Fibrilação ventricular e diálise.
- b) Taquicardia ventricular sem pulso e ablação renal.
- c) Taquicardia paroxística supraventricular e manobra vagal.
- d) Atividade elétrica sem pulso e massagem cardíaca.
- e) Fibrilação atrial e adenosina.



**07.** A úlcera péptica gastroduodenal é uma patologia de grande relevância, com prevalência variável de acordo com a região do mundo analisada, idade da população e condições higienossanitárias, fatores esses que podem estar envolvidos ou serem predisponentes em sua etiopatogenia. Analise as afirmativas abaixo e assinale a informação **CORRETA**.

- a) A úlcera péptica por uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e ácido acetilsalicílico tem localização, principalmente, duodenal, sendo causa frequente de perfuração em pacientes com doenças reumatológicas e cardiopatas pelo uso dessas medicações.
- b) A despeito do uso frequente de inibidor de bomba de prótons como automedicação, a obstrução pilórica secundária à úlcera de canal pilórico representa causa frequente de atendimento em urgência.
- c) A Síndrome de Zollinger - Elisson tem como característica a hipersecreção de ácido gástrico por produção ectópica de gastrina por um gastrinoma, levando à formação de úlceras pépticas no esôfago e no estômago, além de úlceras autoadesivas na cavidade oral.
- d) O sangramento digestivo por úlcera péptica é complicação pouco frequente após o advento e uso de inibidores de bomba de prótons.
- e) Em pacientes portadores de úlcera péptica não complicada causada pelo H.pylori, o tratamento com antibióticos associados ao inibidor de bomba de prótons durante 14 dias, em geral, é o suficiente para a cicatrização da úlcera.

**08.** A pancreatite aguda é uma condição inflamatória que envolve o pâncreas, podendo ter acometimento de tecido peripancreático associado ou não a acometimento de sistemas orgânicos, o que pode evoluir para a falência de um ou mais órgãos, em casos mais graves. Das afirmativas abaixo, assinale a **CORRETA**.

- a) A tomografia computadorizada de abdome é o primeiro exame de imagem solicitado no atendimento aos pacientes com suspeita de pancreatite aguda.
- b) Amilase e lipase são bons marcadores de diagnóstico de pancreatite aguda, e seus níveis, quando muito elevados, representam uma relação direta com a gravidade do quadro.
- c) A tomografia computadorizada (TC) e a Ressonância magnética de abdomen (RM) podem ser utilizadas para identificar complicações locais, mas não devem ser realizadas de maneira precoce com essa finalidade, pois os achados podem não estar ainda bem evidentes.
- d) A antibioticoterapia profilática deve ser instituída na pancreatite aguda, para diminuir os riscos de progressão do quadro e a translocação bacteriana.
- e) A hidratação venosa vigorosa, de preferência com soro fisiológico, segundo estudos mais recentes, é fundamental para melhorar a evolução da doença, devendo ser iniciada o mais precocemente possível, usando-se em torno de 2 a 3 litros nas primeiras horas de admissão do paciente na urgência.

**09.** A hipertensão portal é uma anormalidade hemodinâmica associada às mais graves complicações da cirrose hepática, como ascite, encefalopatia hepática, desenvolvimento de circulação colateral e sangramento digestivo por rotura de varizes de esôfago. O manejo e, principalmente, a prevenção dessas complicações impactam diretamente na sobrevida dos pacientes cirróticos. Assinale a alternativa a informação **CORRETA**.

- a) O manejo do paciente com hemorragia digestiva alta (HAD) varicosa tem como meta manter pressão arterial média (PAM) < 60 mm Hg, com a finalidade de evitar ressangramento.
- b) A Classificação de Child Pugh-Turcotte é a mais frequentemente utilizada para avaliar a gravidade dos pacientes cirróticos e se baseia em parâmetros como dosagem de creatinina, o tempo de protrombina ou da reação normalizada internacional (INR) e bilirrubina.



- c) Peritonite bacteriana espontânea (PBE) é a infecção mais característica do paciente com cirrose hepática, ocorrendo infecção do líquido ascítico na ausência de foco séptico intra-abdominal.
- d) Síndrome hepatorenal tem como definição a insuficiência renal que se desenvolve no paciente cirrótico em estágio terminal de doença, com elevação progressiva nos níveis de creatinina e anúria.
- e) Encefalopatia hepática representa uma complicação decorrente da insuficiência hepática, levando à incapacidade do fígado em metabolizar a amônia, ocorrendo, portanto, em pacientes em estágio final de doença.

**10.** Paciente do sexo masculino, 58 anos, há 8 anos apresenta dor na coluna cervical à direita, de caráter mecânico e intermitente. No último mês, além de piora da dor, passou a apresentar dormência no terceiro dedo da mão direita. O exame físico mostra dor à palpação de processos espinhosos cervicais inferiores. Ao posicionar o pescoço do paciente em extensão/rotação para direita e fazer pressão sobre o topo de sua cabeça, observa-se aumento da dor e parestesia referidos. Evidenciou-se, ainda, redução da força resistida da extensão do cotovelo direito e do reflexo tricipital direito.

Dentre os diagnósticos a seguir, assinale o **CORRETO**.

- a) Neuropraxia comprometendo a raiz C6.
  - b) Hérnia discal com compressão da raiz C8.
  - c) Espondiloartrose com compressão da raiz C7.
  - d) Espondilolistese com envolvimento da raiz C5.
  - e) Espondiloartrite com compressão de C6.
- 11.** Paciente do sexo feminino, 68 anos, há 6 meses foi diagnosticada com artrite reumatoide. No momento, apresenta-se com atividade de doença alta. Os últimos exames complementares mostram:

	Resultado	Valor de referência
Hemoglobina	10	13,3-16,5 g/dL
Hemossedimentação	50	2-28 mm/1ª hora
Proteína C-reativa	20	< 3 mg/L
Creatinina	1,8	0,6-1,1 mg/dL
Taxa de filtração glomerular estimada (MDRD)	28	> 90 mL/min
Fator reumatoide	150	< 14 UI/mL
Antipeptídeo citrulinado cíclico	200	inferior a 5 U/mL

Considerando o uso do metotrexato, qual a conduta **CORRETA**?

- a) Não prescrever.
- b) Fazer em dose reduzida, 5-7,5 mg/semana.
- c) Fazer em dose reduzida, 10-12,5 mg/semana + ácido fólico 5mg 2 x semana.
- d) Fazer em dose plena, 15-17,5 mg/semana + ácido fólico 5 mg 2 x semana.
- e) Fazer em dose plena, 17,5 – 25 mg/semana + ácido fólico 5 mg 2 x semana.



12. Paciente do sexo masculino, 65 anos, hipertenso há 20 anos, faz uso de losartana 100 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. Renal crônico, está há 5 anos em tratamento conservador. Há 4 dias apresenta dor, edema, calor e rubor exuberantes na 1ª articulação metatarsofalangeana direita. Refere que a primeira vez que apresentou um quadro semelhante foi há cerca de 10 anos, sendo que, no último ano, ocorreram três episódios semelhantes ao atual. Nega trauma no local ou outros sinais ou sintomas. Os exames laboratoriais realizados mostram:

	Resultado	Valor de referência	Unidade
Ácido úrico	6,2	3,4-7,0	mg/dL
Creatinina	2,5	0,6-1,1	mg/dL
Taxa de filtração glomerular	28	> 90	mL/min
Proteína C-reativa	8,3	Até 1,0	mg/dL

Qual a conduta terapêutica inicial mais indicada para controle da inflamação?

- a) Alopurinol 300 mg/dia.
  - b) Colchicina 0,5 mg 2/2 hs.
  - c) Prednisona 20 mg/dia.
  - d) Naproxeno 500 mg 12/12 hs.
  - e) Prednisona 60 mg/dia.
13. Sobre anemia em pessoas idosas, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Uma causa importante de anemia ferropriva é sangramento pelo trato gastrointestinal.
  - b) Deve-se inicialmente identificar a causa, para iniciar o tratamento.
  - c) Anemia deve ser considerada uma consequência inevitável do envelhecimento.
  - d) A concentração da ferritina sérica (FS) é um marcador das reservas de ferro no organismo.
  - e) O ferro é mais bem absorvido no duodeno e no jejuno proximal.
14. Sobre imunização em pessoas idosas, **NÃO** é correto afirmar:
- a) O esquema padrão da vacina contra influenza é uma dose única anual.
  - b) A vacina contra herpes zoster está contra-indicada em quem já teve a doença.
  - c) A vacina antipneumocócica é rotineiramente indicada para pessoas com idade superior a 60 anos.
  - d) A vacina contra gripe em idosos ajuda na prevenção de complicações como pneumonia e síndrome respiratória aguda grave.
  - e) O esquema padrão da vacina contra hepatite B é de três doses, no esquema 0-1-6 meses.
15. Sobre a deficiência de vitamina B 12, é **INCORRETO** afirmar:
- a) As pessoas idosas apresentam um risco aumentado de desenvolver deficiência de vitamina B12.
  - b) A metformina pode interferir na absorção do complexo fator intrínseco – vitamina B12.
  - c) Dieta vegetariana ou vegana previne a hipovitaminose.
  - d) A anemia megaloblástica é a manifestação hematológica clássica da deficiência de vitamina B12.
  - e) O uso crônico de inibidores de bomba de prótons pode causar deficiência de vitamina B 12.



- 16.** Paciente, 70 anos, portador de diabetes mellitus há 15 anos, negava hipertensão arterial. Foi detectado com creatinina sérica de 1,7 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada em 40 ml/min e microalbuminúria 500 mg/g. Encontra-se em uso de metformina. Ao exame físico: PA 150x90 mmHg, sem edema e sem outras alterações. Considerando que os exames foram confirmados em nova dosagem, qual o tratamento recomendado para preservar progressão da função renal?
- Iniciar com droga que inibe sistema renina-angiotensina-aldosterona e, após 3-6 meses, iniciar dapaglifozina.
  - Iniciar dapaglifozina, manter metformina e, se não houver melhora da creatinina, iniciar losartana após 3 meses.
  - Iniciar com inibidor do sistema renina-angiotensina e associar dapaglifozina juntamente com semaglutida.
  - Iniciar semaglutida, suspender metformina e espironolactona.
  - Introduzir inibidor DPP4 e bloqueador de canal de cálcio.
- 17.** São achados compatíveis com doença renal crônica as alterações presentes por mais de 3 meses, conforme apresentadas na seguinte alternativa:
- Albuminúria, alteração no sedimento urinário e alteração renal na ultrassonografia.
  - Creatinina elevada, edema de membros inferiores e uremia.
  - Taxa de filtração glomerular entre 60 e 90 ml/min, jato urinário fraco e oligúria.
  - Atrofia renal, piúria e urina espumosa.
  - Clearance de creatinina < 60 ml/min, disúria e urgência miccional.
- 18.** Sobre nefrite lúpica, marque a alternativa **CORRETA**.
- São marcadores importantes de possível atividade renal (nefrite lúpica) em pacientes com lúpus: elevação de complemento e proteína c reativa em altos títulos.
  - Os principais achados de nefrite lúpica em atividade são creatinina elevada e presença de atrofia renal.
  - A imunofluorescência com padrão *fullhouse* é típico de classe VI, caracterizada por predomínio de glomérulos com esclerose global.
  - Paciente com classe III e IV deve ser tratado com compulsoterapia com metilprednisolona e ciclofosfamida.
  - Nefrite lúpica é uma das manifestações sistêmicas mais incomuns no lúpus.
- 19.** Paciente, 55 anos, com diagnóstico de neoplasia de mama com metástase óssea há 6 meses. Faz uso de tramadol 50 mg 6/6h devido a dor em coluna lombar. Há 1 semana paciente refere piora da dor, pontuando na escala numérica 8/10. Diante desse caso, qual a melhor conduta para o controle de dor?
- Associar dipirona 500 mg via oral 6/6h.
  - Aumentar o tramadol para 100 mg 6/6h.
  - Suspender o tramadol e iniciar a codeína 30 mg 6/6h.
  - Associar a morfina 10 mg 12/12h.
  - Suspender o tramadol e iniciar a morfina 5 mg 4/4h.



20. Idoso de 80 anos evolui há 1 ano com queixa de esquecimentos e dificuldade de manejar o próprio dinheiro. Após avaliação com minixame do estado mental, foi identificado comprometimento cognitivo. Quais os exames complementares necessários para o diagnóstico do paciente?
- a) Tomografia do crânio, TSH, T4 livre, vitamina B12, ácido fólico, VDRL.
  - b) Ressonância de crânio, TSH, T4 livre, vitamina B12, ácido fólico, 25-OH vitamina D.
  - c) Eletroencefalograma, TSH, T4 livre, vitamina B12, ácido fólico, VDRL.
  - d) Ressonância de crânio, vitamina B12, ácido fólico, vitamina E e zinco.
  - e) Tomografia do crânio, vitamina B12, ácido fólico, punção liquórica com pesquisa de VDRL.

## ESPECÍFICA

21. Homem de 50 anos inicia recentemente terapia renal substitutiva na forma de hemodiálise. Com isso, nota-se que o fosfato sérico aumentou para 6,5 mg/dL; o cálcio sérico é 8,5 mg/dL, e o iPTH 200 pg/mL. Nesse paciente, a conduta **CORRETA** é a seguinte:
- a) Cinacalcete.
  - b) Calcitriol.
  - c) Suplementação de cálcio.
  - d) Quelante de fosfato.
  - e) Colecalciferol.
22. Homem de 60 anos portador de doença renal crônica estágio G4A3 por nefropatia diabética (TFG: 17 mL/min e Albuminúria: 380 mg/g), faz uso regular de linagliptina 5 mg ao dia, glimepirida 1 mg ao dia e metformina 850 mg 2 x ao dia. Traz curva glicêmica em jejum dos últimos 30 dias: Jejum: 45-94 mg/dL; pré-almoço: 70-99 mg/dL; 2 horas após almoço: 180-200 mg/dL; 2 horas após jantar: 188-200 mg/dL; Exames atuais: glicemia de jejum: 70 mg/dL e hemoglobina glicada: 7,0%. Qual conduta em relação ao controle glicêmico?
- a) Suspender a glimepirida.
  - b) Associar a dapaglifozina.
  - c) Reduzir a metformina.
  - d) Iniciar insulino terapia.
  - e) Aumentar a linagliptina.
23. Mulher de 20 anos de idade, sexualmente ativa, apresenta quadro de disúria, dor costovertebral do lado esquerdo e febre de 38 °C. O exame de urina mostra piúria. Creatinina sérica normal. Teste de gravidez negativo. O manejo inicial mais adequado é
- a) amicacina intravenosa na dose de 15 mg/kg uma vez, em regime de hospital dia por 7 dias.
  - b) levofloxacino oral na dose de 750 mg por dia, por 14 dias.
  - c) urocultura, medicamentos sintomáticos e aguardar a suscetibilidade bacteriana da cultura.
  - d) internação hospitalar para tratamento com carbapenêmico.
  - e) ceftriaxone intravenosa em dose única, seguida de ciprofloxacina oral, por 7 dias.



- 24.** A presença de albuminúria na faixa de 30 a 300 mg/24h é importante para o diagnóstico precoce da nefropatia diabética. Em relação à coleta para medidas nessa faixa de albuminúria, qual a alternativa **CORRETA**?
- a) Pode ser realizada após exercício físico.
  - b) Uma única medida alterada fecha o diagnóstico de nefropatia diabética.
  - c) A presença de insuficiência cardíaca não interfere no resultado.
  - d) A presença de infecção urinária interfere no resultado.
  - e) Pode ser realizada durante doença febril aguda.
- 25.** Mulher de 25 anos se apresenta após uma convulsão testemunhada. Ela foi encontrada com uma garrafa vazia de lítio. Os sinais vitais mostram hipotensão e taquicardia; ela está letárgica e sua única resposta é afastar-se dos estímulos dolorosos. Exames: creatinina = 2,8 mg/dL; sódio = 151 mEq/L; potássio = 4,1 mEq/L. Urina-1 normal. Além da estabilização hemodinâmica, o tratamento mais adequado nessa paciente é
- a) carvão ativado em múltiplas doses (6/6 horas).
  - b) lavagem gástrica e carvão em dose única.
  - c) hemodiálise.
  - d) irrigação intestinal total com polietilenoglicol.
  - e) diurese forçada com alcalinização da urina.
- 26.** Homem de 45 anos, obeso e etilista, há dez dias, queixa-se de dor lombar à direita, de forte intensidade, em cólica, recorrente, irradiação para bolsa escrotal e associada a náuseas. Exames laboratoriais: Cr = 0,8 mg/dL; Ur = 70 mg/dL; Ácido úrico = 9 mg/dL (VN: 2,5-6,0); Cálcio = 8,5 mg/dL (VN: 8,5-10,5) e Fósforo = 6 mg/dL (VN: 2,5-5,6). Urina rotina: pH= 5,2; densidade= 1.015; hemácias= 50 por campo; leucócitos e proteínas ausentes. Sódio urinário de 24hs = 300 mEq (VN: < 200); Ácido úrico urinário de 24hs = 970 mg (VN: < 900) e Cálcio urinário de 24hs = 40 mg (VN: < 200). Qual é a terapêutica farmacológica indicada para o caso?
- a) Hidroclorotiazida.
  - b) Carbonato de cálcio.
  - c) Furosemida.
  - d) Piridoxina.
  - e) Citrato de potássio.
- 27.** A meningite tuberculosa apresenta-se como uma complicação precoce da tuberculose primária (primoinfecção), ocorrendo mais frequentemente nos primeiros seis meses após a infecção. Retardos no diagnóstico e tratamento são fatores que contribuem diretamente para a alta mortalidade. O quadro clínico é, comumente, de início insidioso, mas, em alguns casos, pode ter início abrupto, com convulsões. Sobre o estágio III, ou período terminal, de acordo com o Guia de bolso de doenças infecciosas e parasitárias do Ministério do Ministério da Saúde (2010), assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Ocorre quando surge rigidez da nuca, déficit neurológico focal, opistótono, alterações do ritmo cardíaco e da respiração e rebaixamento do nível de consciência, incluindo coma.
  - b) O paciente pode encontrar-se lúcido, e o diagnóstico geralmente é estabelecido pelos achados liquóricos.
  - c) Alguns pacientes apresentam manifestações de encefalite, com tremores periféricos, distúrbios da fala e movimentos atetóides.
  - d) Caracteriza-se por persistência dos sintomas sistêmicos e pelo surgimento de evidências de dano cerebral, como estrabismo e ptose palpebral
  - e) Nessa fase, ocorrem sintomas inespecíficos, como febre, mialgias, sonolência, apatia, irritabilidade, convulsões, cefaleia, anorexia e vômitos.



- 28.** A coqueluche é uma doença infecciosa aguda de distribuição universal, que compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Sobre a coqueluche, é **INCORRETO** afirmar:
- a) A doença evolui em três fases: catarral, paroxística e fase de convalescença.
  - b) Na fase paroxística, a manifestação típica são os paroxismos de tosse seca e inspiração forçada, súbita e prolongada, acompanhada de um ruído característico, o guincho.
  - c) O agente etiológico é a Bordetella pertussis, um bacilo gram-negativo, aeróbio, não-esporulado, imóvel e pequeno, provido de cápsula (formas patogênicas) e fímbrias.
  - d) O homem é o único reservatório natural, e a transmissão se dá por contato direto com a pessoa doente, sendo muito frequente também a transmissão por objetos recém-contaminados com secreções do doente.
  - e) O indivíduo torna-se imune após adquirir a doença (imunidade duradoura, mas não permanente) ou após receber vacinação adequada.
- 29.** A viremia decorrente da infecção pelo vírus do sarampo provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas. Em relação à complicação clínica do sarampo, qual pode ocorrer anos após o paciente ser diagnosticado com essa doença?
- a) Pneumonia.
  - b) Otite.
  - c) Miocardite.
  - d) Panencefalite esclerosante subaguda.
  - e) Imunossupressão.
- 30.** As campanhas de vacinação são importantes porque são uma das ações mais eficazes e custo-efetivas para a saúde coletiva da população. A vacina tríplice viral é indicada para
- a) coqueluche, caxumba e varicela.
  - b) sarampo, coqueluche e rubéola.
  - c) sarampo, coqueluche e varicela.
  - d) sarampo, caxumba e varicela.
  - e) sarampo, caxumba e rubéola.
- 31.** Nos casos graves de COVID-19, ocorre uma resposta imune exacerbada: linfo-histiocitose hemofagocítica, conhecida como ‘tempestade de citocinas’, com perda de tolerância periférica aos próprios órgãos, que se tornam antigênicos, desencadeando uma rápida progressão para SARS, extensa inflamação e autodestruição tecidual em múltiplos órgãos. A endotelite sistêmica e o tropismo viral direto às células tubulares proximais renais e podócitos são mecanismos fisiopatológicos importantes que levam à lesão renal em pacientes com infecção mais crítica, com uma apresentação clínica que varia de proteinúria e/ou hematúria glomerular a LRA fulminante, exigindo terapias renais substitutivas. A forma mais prevalente de acometimento renal na COVID-19 é
- a) glomerulopatia colapsante.
  - b) lesão renal tubular.
  - c) glomerulonefrite membranosa.
  - d) glomerulonefrite membranoproliferativa.
  - e) lesão renal indireta por mecanismos imunomediados.



**32.** A úlcera genital única, indolor, com base endurecida e de fundo limpo é característica da seguinte patologia:

- a) Sífilis primária.
- b) Cancroide.
- c) LGV.
- d) Amebíase cutânea.
- e) Donovanose.

**33.** Sobre a anemia na doença renal crônica (DRC), assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Anemia na DRC costuma ser normocítica e normocrômica, sendo considerada um achado comum e precoce.
- b) Em geral, o grau de anemia é mais acentuado nos pacientes com as menores taxas de filtração glomerular.
- c) A hemoglobina não costuma ser um parâmetro recomendado para avaliação e tratamento.
- d) Redução na produção de hemácias, queda na sua sobrevivência, ou mesmo perda de sangue podem contribuir para anemia.
- e) Condições inflamatórias podem ser causa comum de anemia no doente com DRC.

**34.** Microangiopatias trombóticas são causas de doença renal. Sobre as mesmas, é **INCORRETO** afirmar:

- a) Microtrombos na circulação levam a isquemia em órgãos-alvo de inúmeros sistemas.
- b) Defeito na enzima metaloproteinase ADAMTS13 leva à presença de fator de von Willebrand grande na circulação, comum na síndrome hemolítico-urêmica.
- c) O achado histológico renal evidencia microtrombos em pequenos vasos, como artérias, arteríolas e alças capilares glomerulares.
- d) A marcação de imunofluorescência é negativa, exceto para deposição de fibrina nas paredes dos vasos.
- e) Tanto a PTT quanto a SHU podem se acompanhar de trombocitopenia, microtrombos e anemia hemolítica microangiopática.

**35.** Em relação às causas de doenças túbulo-intersticiais, destaca-se a doença falciforme. Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) São achados incomuns: hematúria, acidose tubular renal (ATR) e poliúria.
- b) Hipotonicidade e hiperoxia relativa na medula renal causam falcização das hemácias.
- c) Terapia de suporte sempre está indicada, sendo às vezes necessária a lavagem da bexiga, evitando-se coágulos obstrutivos.
- d) Tem um prognóstico favorável a médio e longo prazo, independente do tratamento.
- e) Há casos de hematúria profusa, sendo raro sua associação com necrose de papila.



**36.** Nefropatia diabética é uma complicação comum no diabetes mellitus. Sobre essa entidade, é **CORRETO** afirmar:

- a) A progressão dos estágios da nefropatia diabética é irreversível, mantendo-se albuminúria, apesar do tratamento efetivo.
- b) Independente de outras patologias apresentadas pelo paciente, a presença de proteinúria ou a redução na taxa de filtração glomerular em doente com diabetes mellitus sempre se explicam pelo diabetes.
- c) O tratamento adequado da hipertensão arterial é fundamental para reduzir a progressão da nefropatia diabética.
- d) Em pacientes usuários de múltiplas doses de insulina, a monitorização da insulina só será recomendada se houver manifestações de sintomas.
- e) É contra-indicada profilaxia com antiplaquetários, pelo risco de sangramento.

**37.** A nefropatia diabética é a principal causa de doença renal em fase terminal em sociedades ocidentais. Sobre o diabetes mellitus é **INCORRETO** afirmar:

- a) Fatores poligenéticos podem influenciar no risco do desenvolvimento de nefropatia diabética.
- b) O espessamento da membrana basal dos glomérulos se dá pelo acúmulo de colágeno tipo IV.
- c) A glicose promove dano tubular por conversão a frutose, bem como estresse oxidativo e inflamação.
- d) Controle glicêmico e nível sérico de hemoglobina glicada pouco influenciam na evolução da nefropatia diabética.
- e) Os produtos finais da glicação avançada têm sua concentração aumentada nos pacientes com nefropatia diabética.

**38.** Sobre a correlação do lupus eritematoso sistêmico e nefrite lúpica, é **INCORRETO** afirmar:

- a) Tanto fatores genéticos quanto raciais e ambientais desempenham um papel no surgimento e exacerbação dessas patologias.
- b) Eventos como trombocitopenia e leucopenia são achados da doença ou frutos do tratamento instituído.
- c) O componente glomerular é o mais bem estudado, sendo uma representação clínica e um bom parâmetro de tratamento.
- d) Corticoides, isoladamente ou associados a outros imunossupressores, continuam sendo alternativas favoráveis de tratamento.
- e) Autoanticorpos são pouco evidenciados em pacientes com nefrite lúpica, resultado de fatores genéticos também infrequentes.

**39.** Um homem de 35 anos é avaliado ambulatorialmente por uma queixa de 6 meses de dor lombar, se queixando de dor nas costas noturna e dor nas costas matinal associada a rigidez por mais de 30 minutos. Refere melhora da dor nas costas com atividade física. Ele teve um episódio de tendinite do tendão de Aquiles direito há 6 meses e continua a apresentar alguma dor e inchaço na inserção do tendão de Aquiles.

O exame físico e os sinais vitais são normais.

As articulações periféricas são normais. A flexão da coluna lombar é limitada, e a flexão do quadril, abdução e rotação externa causam desconforto nas nádegas bilateralmente.

A avaliação laboratorial revela taxa de hemossedimentação e nível de proteína C-reativa no sangue normais.

A radiografia pélvica anteroposterior não mostra evidências de sacroileíte.



Sendo a espondilite anquilosante a principal suspeita, qual dos seguintes é o teste diagnóstico mais apropriado para realizar?

- a) Fator reumatóide.
- b) RNM das articulações sacroilíacas.
- c) Teste de antígeno HLA-B27.
- d) TC das articulações sacroilíacas.
- e) FAN.

**40.** Uma mulher de 60 anos é atendida em serviço de urgência com queixa de mal-estar, fadiga, artralgia e erupção cutânea de 2 meses de duração associados a tosse seca e congestão sinusal com um mês de duração. Queixa-se ainda de dispneia, que iniciou há uma semana.

Exame físico: temperatura axilar de 38,5 °C; pressão arterial de 130/80 mm Hg; frequência cardíaca de 108/min; frequência respiratória de 24 /min; saturação de oxigênio de 91%, com a paciente respirando ar ambiente. Roncos dispersos são ouvidos na ausculta pulmonar, e petéquias e púrpura são visíveis nas pernas.

Estudos laboratoriais:

velocidade de hemossedimentação: 90 mm/h;

creatinina 2,5 mg/dl (anterior de 0,7 mg/dl em exame de rotina 6 meses atrás);

pANCA e cANCA: em andamento

sumário de urina: 2+ proteína; 35 hemáceas dismórficas/hpf; 10 piócitos/hpf; presença de cilindros eritrocitários

tomografia computadorizada de tórax: presença de nódulos e cavitações bilaterais em bases pulmonares  
A suspeita principal é de granulomatose com poliangeíte (granulomatose de Wegener).

Qual dos seguintes é o teste diagnóstico mais apropriado para ser realizado em seguida?

- a) Biópsia renal.
- b) Aguardar resultado de pANCA e cANCA.
- c) Biópsia de seios da face.
- d) Biópsia de pele.
- e) Biópsia pulmonar por broncoscopia.

**41.** Paciente de 53 anos é avaliada em consulta ambulatorial com reumatologista, relatando história de 7 meses de dor e edema nas mãos, joelhos e pés associado a rigidez articular matinal de uma hora de duração.

Antecedentes patológicos pregressos: nega antecedentes importantes; G2P2A0C2; nega etilismo; nega tabagismo.

Antecedentes patológicos familiares: mãe com história de psoríase.

Exame físico:

Os sinais vitais são normais.

O polegar, o segundo e o quarto dedos da mão esquerda estão difusamente inchados, com sensibilidade e inchaço nas articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais e distais. Há achados semelhantes no polegar e no terceiro dedo da mão direita. Várias das articulações interfalângicas proximais afetadas apresentam uma leve descoloração roxa.

Há derrame no joelho esquerdo. O segundo e o terceiro dedos do pé esquerdo estão difusamente inchados, assim como o primeiro e o segundo dedos do pé direito. Duas pequenas placas psoriáticas, uma no couro cabeludo e outra no cotovelo esquerdo, são observadas.



A avaliação laboratorial revela um resultado negativo do fator reumatoide.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

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

**42.** Paciente de 24 anos do sexo masculino realiza consulta ambulatorial com reumatologista, queixando-se de febre, dor abdominal, erupção cutânea e artrite do joelho direito com duração de 4 dias, que se resolveram há 2 semanas. Teve mais de 30 episódios semelhantes, os últimos cinco ocorrendo no ano passado. O primeiro ocorreu aos 6 anos de idade e se apresentou como dor abdominal. Em um desses episódios, suspeitou-se de apendicite, sendo o paciente submetido a apendicectomia. O laudo do anatomopatológico não evidenciou apendicite. De antecedente patológico progressivo, refere que seu avô materno e sua avó paterna tinham uma síndrome semelhante. Seus pais são primos de primeiro grau.

Os achados do exame físico, incluindo sinais vitais, são normais. A avaliação laboratorial mostra uma velocidade de hemossedimentação de 24 mm/h, um nível normal de creatinina sérica e 1+ proteína no sumário de urina (sem hematúria e sem leucocitúria). O reumatologista fez o diagnóstico de febre familiar do Mediterrâneo.

Qual dos seguintes é o tratamento mais apropriado?

- a) Micofenolato.
- b) Canacinumabe.
- c) Colchicina.
- d) Indometacina.
- e) Prednisona.

**43.** Uma mulher de 30 anos com síndrome de Behçet é avaliada para úlceras orais e genitais recorrentes. Ela não está tendo uma crise no momento. Os episódios geralmente duram de alguns dias a algumas semanas. Ela não relata sintomas oculares ou de pele ou doença neurológica. Está tomando uma dosagem terapêutica de colchicina para prevenir crises da doença, mas teve quatro episódios de úlceras orais dolorosas nos últimos 8 meses, durante esse tratamento. Ela recebeu doses decrescentes de prednisona para controlar a doença durante esses episódios.

No exame físico, os sinais vitais são normais. Não há ulcerações mucocutâneas ativas. Cicatrizes curadas na área vulvar estão presentes. As articulações não estão quentes ou inchadas. A avaliação laboratorial sem alterações na consulta.

Qual dos seguintes é o tratamento mais apropriado?

- a) Apremilast.
- b) Azatioprina.
- c) Metrotrexate.
- d) Leflunomida.
- e) Micofenolato.



**44.** Paciente feminina de 35 anos com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico submete-se a avaliação conjunta com reumatologista e nefrologista para aconselhamento pré-concepcional. Ela possui diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico com comprometimento cutâneo, articular e renal. Está atualmente em tratamento de um episódio de nefrite lúpica (nefrite lúpica classe IV em biopsia renal). Fez indução com pulsoterapia mensal com ciclofosfamida por 6 meses e manutenção com micofenolato mofetil (em uso há 3 anos). Está estável no último ano, com sumário de urina normal, proteinúria de 24h de 100mg/24h, anti-DNA nativo negativo, complemento normal. Medicações em uso: micofenolato mofetil, hidroxiclороquina, prednisona, ácido fólico. Sem queixas atuais e exame físico normal.

Qual(is) das seguintes medicações deve ser descontinuada na paciente, antes da concepção?

- a) Hidroxiclороquina.
- b) Micofenolato mofetil.
- c) Prednisona.
- d) Ácido fólico.
- e) Prednisona e ácido fólico.

**45.** Sobre o uso de corticosteroides inalatórios (ICS) no DPOC, é **CORRETO** afirmar:

- a) Por apresentarem depósito apenas no pulmão, os ICS não causam efeitos colaterais, como pneumonia, osteoporose, diabetes e catarata.
- b) O uso de ICS em pacientes fumantes e não fumantes não apresenta diferença.
- c) Não há variação no número de eosinófilos no tecido pulmonar em pacientes com DPOC, em comparação com pacientes saudáveis.
- d) O uso indiscriminado de ICS pode favorecer um ambiente mais suscetível à colonização bacteriana.
- e) A contagem de eosinófilo sanguíneo não interfere no início do tratamento com ICS no DPOC.

**46.** Embora ainda pouco utilizada, a ressonância magnética de tórax é o método de imagem indicado no seguimento de pacientes com

- a) fibrose cística.
- b) DPOC.
- c) asma.
- d) fibrose pulmonar idiopática.
- e) empiema pleural.

**47.** Assinale a alternativa que descreve CORRETAMENTE um efeito adverso associado ao uso de rifampicina.

- a) Neurite periférica é um efeito adverso comum associado ao uso da rifampicina.
- b) A rifampicina pode causar toxicidade ocular, resultando em perda de visão progressiva.
- c) A rifampicina está associada à colestase, que pode manifestar-se por icterícia e aumento de enzimas hepáticas.
- d) A rifampicina frequentemente causa hipoglicemia grave, especialmente em pacientes com diabetes.
- e) A rifampicina está relacionada à ototoxicidade, com perda auditiva em doses elevadas.



**48.** Paciente de 63 anos em quinto dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca para revascularização miocárdica. Radiografia de tórax de controle revelou volumoso derrame pleural à esquerda. Apesar disso, o paciente segue em bom estado geral, está afebril e apresenta exames laboratoriais dentro da normalidade. Toracocentese diagnóstica revelou líquido pleural leitoso e espesso.

Assinale a opção que indica a principal hipótese diagnóstica e o exame capaz de esclarecer a suspeita clínica, respectivamente.

- a) Quilotórax e dosagem de triglicerídeos do líquido pleural.
- b) Empiema pleural e dosagem do pH do líquido pleural.
- c) Derrame transudativo e dosagem de LDH do líquido pleural.
- d) Pseudoquilotórax e dosagem de colesterol do líquido pleural.
- e) Derrame exsudativo e dosagem de proteínas do líquido pleural.

**49.** Em um paciente com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, indique os biomarcadores que melhor auxiliam no diagnóstico e no prognóstico, respectivamente.

- a) D-dímero e cortisol.
- b) Ferritina e D-dímero.
- c) Procalcitonina e proadrenomedulina.
- d) Proteína C reativa e procalcitonina.
- e) Ferritina e procalcitonina.

**50.** Nos casos de hipertensão arterial pulmonar (HAP), com teste de vasorreatividade positivo, indique o fármaco que preferencialmente deverá ser usado.

- a) Sildenafil.
- b) Derivados da prostaciclina.
- c) Bloqueadores dos receptores da endotelina.
- d) Bloqueadores de canais de cálcio.
- e) Tratamento cirúrgico (septostomia).