



# PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 05

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **NEFROLOGIA**

DATA: 15/01/2023 – 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 corresponde adequadamente à resposta correta. 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 esse 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 - PROVA OBJETIVA 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 da prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destinando-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**



<b>N ° D E I N S C R I Ç Ã O</b>					

## CLÍNICA MÉDICA

- 01.** Sobre artropatias mecânicas ou inflamatórias, marque a alternativa **CORRETA**.
- A artralgia isoladamente não leva a um déficit de amplitude articular. É necessário que haja artrite, sinovite ou lesão tendínea.
  - O repouso no leito é uma forma eficaz de recuperação em casos de déficit de amplitude articular.
  - Um paciente com déficit de amplitude na articulação do joelho pode apresentar dor lombar ou na articulação do quadril ipsilateral.
  - O uso de órtese de joelhos deve ser prescrito para a recuperação de déficit de amplitude articular.
  - O uso do ultrassom como método de aquecimento das partes moles deve ser evitado em casos de déficit de amplitude articular, pois há um aumento no risco de ruptura tendínea ao se mobilizar a articulação afetada.
- 02.** Mulher de 35 anos, sobrepeso, gestante de 30 semanas, refere sensação de parestesias em mãos e punhos bilaterais há 2 meses. Os sintomas pioram aos movimentos e também durante o sono, fazendo com que a paciente acorde várias vezes à noite. Nega dor em outras articulações. Nega outros sintomas. Sobre o exame físico da principal hipótese diagnóstica para este caso, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Provável artrite reumatóide e nódulos de Herberden podem estar presentes.
  - Teste de Filkenstein pode estar positivo indicando Tenossinovite de DeQuervain.
  - Nódulos de Bouchard podem estar presentes indicando osteoartrite de mãos.
  - Teste de Phalen pode estar presente indicando Síndrome do Túnel do Carpo.
  - Desvio ulnar pode estar presente indicando Artrite Reumatóide.
- 03.** Sobre Lupus Eritematoso Sistêmico, faça a associação correta entre os autoanticorpos e as possíveis manifestações em órgãos alvos.
- |               |   |
|---------------|---|
| I. DNA nativo | a. Glomerulonefrite proliferativa difusa. |
| II. Anti P    | b. Manifestações cutâneas subagudas.      |
| III. SS-A     | c. Manifestações em SNC.                  |
| IV. RNP       | d. Fenômeno de Raynaud.                   |
- Ia, IIb, IIIc, IVd.
  - Ia, IIc, IIIb, IVd.
  - Ic, IIa, IIIId, IVb.
  - Ia, IIId, IIIb, IVc.
  - Id, IIa, IIIb, IVc.
- 04.** Idosa, 75 anos, com antecedente de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e osteopenia. Faz uso de enalapril 10mg 12/12h, hidroclorotiazida 25mg/dia, sinvastatina 20mg/dia, carbonato de cálcio 600mg/dia, colecalciferol 1000ui/dia. Chega em consulta com queixa de tristeza, choro fácil, irritabilidade e insônia há 2 meses.
- Qual a principal hipótese diagnóstica e o melhor tratamento farmacológico para essa idosa?
- Comprometimento cognitivo leve e anticolinesterásico.
  - Depressão e inibidor seletivo da recaptção de serotonina.
  - Doença de Alzheimer e anticolinesterásico.
  - Distúrbio do sono e benzodiazepínico.
  - Ansiedade e antidepressivo tricíclico.



Idoso, 83 anos, antecedente de Doença de Alzheimer moderada, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Faz uso de donepezila 10mg/dia, escitalopram 10mg/dia, memantina 10mg 12/12h, hidroclorotiazida 25mg/dia, rosuvastatina 10mg/dia. Há 15 dias evoluindo com sonolência, náuseas, vômitos, piora cognitiva importante.

De acordo com esse caso clínico, responda as questões **05** e **06**.

**05.** Qual a principal hipótese diagnóstica para o quadro clínico desse paciente?

- a) Crise hipertensiva.
- b) Acidente Vascular Encefálico.
- c) Hiponatremia.
- d) Progressão da Doença de Alzheimer.
- e) Depressão.

**06.** Qual o melhor tratamento para o caso desse paciente?

- a) Internação para realização de tomografia computadorizada de crânio.
- b) Ajuste de anti-hipertensivos.
- c) Trocar donepezila por galantamina.
- d) Internar para reposição de sódio e suspender escitalopram.
- e) Associar mirtazapina para controle de sintomas depressivos.

**07.** Assinale a alternativa **CORRETA** para tratamento de pacientes com bradiarritmias.

- a) Para definir a necessidade de implante de marcapasso permanente em casos de bloqueio atrioventricular no pós-operatório, este não deve se resolver dentro de um período de espera de pelo menos 15 dias após o infarto do miocárdio.
- b) A técnica do marcapasso fisiológico hissiano deve ser considerada uma alternativa à estimulação convencional do VD em pacientes com bloqueio atrioventricular e fração de ejeção do ventrículo esquerdo >55%, que se prevê necessidade >10% de estimulação ventricular.
- c) O marcapasso cardíaco definitivo é recomendado em pacientes com bloqueio atrioventricular completo ou de alto grau que persiste por pelo menos 5 dias após TAVI.
- d) O gerenciamento remoto de dispositivos é recomendado para reduzir o número de acompanhamento no consultório em pacientes com marcapasso que têm dificuldades para comparecer às consultas no consultório (por exemplo, devido à mobilidade reduzida ou outros compromissos ou de acordo com a preferência do paciente).
- e) Em candidatos à terapia de ressincronização cardíaca nos quais o implante do cabo-eletrodo do seio coronário não foi bem-sucedido, a técnica do marcapasso fisiológico hissiano ainda não deve ser considerada como opção de tratamento, juntamente com outras técnicas, devido ausência de estudos randomizados.

**08.** No tema de estimulação cardíaca eletrônica implantável, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A administração de profilaxia antibiótica pré-operatória não é recomendada para reduzir o risco de infecção por DCEI.
- b) Em pacientes com sistemas de marcapasso condicional para ressonância magnética, ainda não existe segurança para a realização dos exames, mesmo seguindo as instruções do fabricante.
- c) A terapia de ressincronização cardíaca é recomendada para pacientes sintomáticos com insuficiência cardíaca em ritmo sinusal com FEVE  $\leq 35\%$ , duração do QRS  $\geq 150$  ms e morfologia do QRS com BRE, apesar da terapia medicamentosa otimizada, para melhorar os sintomas e reduzir a morbidade e mortalidade.
- d) Em pacientes anticoagulados, é recomendado realizar ponte com heparina nos procedimentos de estimulação cardíaca artificial.
- e) Atualmente, não existem ensaios clínicos randomizados que documentem o efeito da terapia de ressincronização cardíaca em pacientes com insuficiência cardíaca tratados com novos medicamentos, incluindo sacubitril/valsartana, ivabradina e inibidores do Cotransportador de Sódio-Glicose 2 (iSGLT2).



09. Na avaliação de paciente de 76 anos, do sexo masculino, com diagnóstico prévio de infarto do miocárdio, diabetes e internação recente por fibrilação atrial não valvar de elevada resposta ventricular e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 28%), qual o valor do escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC e qual o significado da pontuação encontrada?
- Escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC de 07; elevado risco de sangramento.
  - Escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC de 05; elevado risco tromboembólico.
  - Escore HASBLED de 08; elevado risco tromboembólico.
  - Escore HASBLED de 09; elevado risco de sangramento.
  - Escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC de 06; elevado risco tromboembólico.
10. Sobre a migrânea (enxaqueca), assinale a alternativa **CORRETA**.
- Na migrânea com aura o tipo mais comum é a que se manifesta com hemiparesia/hemiplegia que dura no máximo 60 minutos antes do início da dor.
  - Segundo os critérios diagnósticos mais recentes para migrânea sem aura, pela terceira classificação internacional das cefaleias, colocam que a dor pode durar até 7 dias.
  - Para classificar uma migrânea como crônica, é necessária a frequência de 8 dias/mês (média de 2 por semana) por pelo menos 1 ano e o diagnóstico de enxaqueca há pelo menos 5 anos.
  - A terceira classificação internacional das cefaleias traz a denominação de migrânea com aura do tronco cerebral em que a aura pode se manifestar através de diplopia, zumbido e até rebaixamento do nível de consciência, dentre outros sintomas possíveis, substituindo o antigo conceito de migrânea basilar.
  - A migrânea crônica raramente leva ao uso excessivo de analgésicos, pois, no decorrer das crises, há aumento do limiar de dor por produção endógena analgésica na substância cinzenta periaquedutal.
11. Sobre o tratamento do Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi) na fase aguda, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A janela de tempo para trombólise química vem se estendendo, sendo recomendado até 24 horas após início dos sintomas em guidelines mais recentes.
  - A maioria das diretrizes recomendam o controle rigoroso da pressão arterial antes da trombólise, devendo se baixar para valores menores que 140 x 90 mmHg, mesmo que retarde o início do trombolítico, devido ao risco de sangramento cerebral.
  - A trombectomia mecânica vem sendo uma alternativa segura para o AVCi com oclusão de grande vasos da circulação anterior, sendo recomendada por diversas diretrizes, pois pode ser uma opção para pacientes selecionados que perderam janela terapêutica para trombólise.
  - A estreptoquinase é o trombolítico mais antigo recomendado para tratamento do AVCi, sendo o mais seguro em relação à taxa de sangramento cerebral.
  - Estudos mais recentes demonstraram que a alteplase pode ser feita em dose única para o tratamento do AVCi, tendo bom desfecho clínico desde que usada dentro das 3 primeiras horas do início dos sintomas e na dose máxima de 25mg.
12. O paciente que se apresenta com tremor sempre deve ser muito bem avaliado pela possibilidade de Doença de Parkinson (DP). Assinale a alternativa **CORRETA**, que contém achados de alta suspeição para DP.
- Tremor de ação bilateral há vários anos com história familiar de quadro similar em parente de primeiro grau.
  - Quadro de declínio cognitivo progressivo, quedas frequentes e tremor de repouso.
  - Tremor de repouso, marcha apráxica e exame de imagem revelando dilatação do sistema ventricular.



- d) Tremor unilateral presente em repouso, exacerbado pela postura e adicionalmente intensificado pela ação, com lesão no mesencéfalo contralateral ao tremor.
- e) Tremor de repouso unilateral com lentidão de movimentos associados com sintomas não motores como anosmia, constipação intestinal e transtorno comportamental do sono REM; exame de tomografia do encéfalo normal.

**13.** Paciente de 58 anos, portador de HAS, neuropatia periférica e diabetes mellitus tipo II há 10 anos, com controle irregular em uso de metformina, evolui com quadro de edema de MMII há 2 meses. Buscou atendimento médico, e exames complementares realizados mostraram algumas alterações (creatinina 1,8 mg/dL, potássio 4,5 mEq/L – normal: 3,5-5,0 - clearance de creatinina estável em 46 ml/min, proteinúria 2,5g/d). Paciente está usando enalapril 10mg/dia. Baseado nesse caso, assinale a resposta **CORRETA**.

- a) Como a evolução não é típica para doença renal diabética, deve realizar biópsia renal e iniciar análogo de GLP1.
- b) Deve-se aumentar dose do enalapril, associar losartana e espironolactona; deve-se realizar tomografia computadorizada para confirmar nefropatia diabética e associar inibidor de fosfolipase A2.
- c) Deve-se associar inibidor do co-transportador sódio glicose (iSGLT2 - dapaglifozina) e suspender metformina.
- d) Deve-se aumentar dose do enalapril, associar iSGLT2 (deve-se reduzir outros diuréticos uma vez que essa droga tem efeito diurético).
- e) Deve-se indicar biópsia renal e iniciar corticoide na forma de pulsoterapia.

**14.** Paciente de 58 anos, masculino, internado com quadro de dor lombar. Investigação preliminar evidencia fratura e colapso de corpos vertebrais. Apresenta creatinina de 1,5 mg/dL, proteinúria 3,2 g/dia, hipercalcemia (14mg/dL) e sumário de urina (urina tipo I) sem hematúria. Nega hemoptise, atralgia e lesões de pele.

Marque a alternativa cujos exames solicitados são compatíveis com a investigação clínica e seus resultados permitem formular hipótese diagnóstica mais apropriada para o caso clínico.

- a) Exame solicitado: biópsia renal, evidenciou afilamento difuso de membrana basal; hipótese diagnóstica: doença renal diabética.
- b) Exame solicitado: eletroforese de proteínas séricas, apresentou pico monoclonal de gamaglobulina; hipótese diagnóstica: mieloma múltiplo.
- c) Exames solicitados: ANCA (positivo) e complemento (normal); hipótese diagnóstica: vasculite de médios vasos.
- d) Exame solicitado: dosagem de kappa e lambda, estavam elevados; hipótese diagnóstica: nefrite lúpica.
- e) Exame solicitado: complemento que estava normal e exame de urina que evidenciava hematúria; hipótese diagnóstica: nefropatia IgA.

**15.** Sobre nefrite lúpica marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Biópsia renal deve ser realizada de forma obrigatória para avaliar envolvimento renal nos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico.
- b) Tratamento preferencial para nefrite lúpica, independentemente da classe histológica, deve ser metilprednisolona e ciclofosfamida.
- c) Micofenolatomofetil é uma excelente alternativa terapêutica para a fase de manutenção do tratamento da doença.
- d) Espera-se encontrar imunofluorescência negativa, uma vez que se trata de uma doença pauci-imune.
- e) Os achados compatíveis com nefrite lúpica são proteinúria > 1g/d ou hipocelularidade glomerular.





- 16.** Leia atentamente as seguintes assertivas quanto à esteato hepatite não-alcoólica e marque a alternativa **CORRETA**.
- I. Pacientes devem realizar investigação metabólica.
  - II. Embora não seja investigação frequente, a biópsia hepática pode ser ferramenta propedêutica importante em alguns casos.
  - III. A espectroscopia por ressonânciamagnética não é útil para o diagnóstico diferencial entre esteatose e esteatoepatite.
- a) São verdadeiras apenas as assertivas I e II.
  - b) São verdadeiras apenas as assertivas II e III.
  - c) Apenas a assertiva III é verdadeira.
  - d) Todas as assertivas são falsas.
  - e) Todas as assertivas são verdadeiras.
- 17.** Sobre hepatite C marque a alternativa **CORRETA**.
- a) O anti-HCV é um marcador que indica contato prévio com o vírus.
  - b) Diagnóstico laboratorial de hepatite C pode ser confirmado com um único exame.
  - c) O teste para detectar HCV-RNA circulante é dispensável se anti-HCV for positivo.
  - d) Definição de hepatite C crônica se dá pelo teste anti-HCV reagente por mais de 3 meses.
  - e) Genotipagem e avaliação do grau de fibrose determinam a realização ou não do tratamento.
- 18.** Sobre fragilidade em Geriatria, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) A fragilidade é uma condição clínica caracterizada pela vulnerabilidade a complicações clínicas.
  - b) A fisiopatologia da fragilidade no idoso está classicamente sustentada na seguinte tríade: alterações endócrinas, sarcopenia e alterações vasculares.
  - c) Critérios diagnósticos de Linda Fried e Escala FRAIL são instrumentos para o diagnóstico de fragilidade na prática clínica.
  - d) Múltiplas comorbidades podem aumentar risco de fragilização de um paciente idoso.
  - e) Idosos frágeis merecem planejamento terapêutico individualizado.
- 19.** Assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Os termos sarcopenia e caquexia são sinônimos.
  - b) A força muscular do idoso pode ser avaliada através do teste de prensão palmar ou do teste de sentar e levantar sem apoio.
  - c) A recomendação de consumo proteico diário de um paciente idoso saudável é de aproximadamente 1g por kg de peso por dia.
  - d) Um programa de exercícios resistidos é benéfico na abordagem de sarcopenia.
  - e) A reposição calórica deve ser considerada no tratamento da sarcopenia no idoso.
- 20.** Sobre conceitos básicos em Geriatria, é **CORRETO** afirmar que
- a) autonomia e independência são pilares da funcionalidade do idoso.
  - b) atividades instrumentais de vida diária incluem autocuidado como higiene e comer sozinho.
  - c) avaliação socioambiental e avaliação do cuidador estão presentes na avaliação geriátrica ampla.
  - d) avaliação geriátrica ampla sistematiza o atendimento ao idoso e favorece a construção de um plano terapêutico.
  - e) o grau de funcionalidade global está diretamente ligado ao conceito de saúde do idoso.

## ESPECÍFICA

**21.** Homem de 23 anos apresenta hipertensão arterial. Na investigação encontra-se relação aldosterona / atividade de renina bastante elevada e nódulo em adrenal esquerda. Os exames mostrarão com maior probabilidade:

- a) Hipercalcemia, acidemia e hipoglicemia.
- b) Hipercalcemia, alcalemia e hiperglicemia.
- c) Hipocalcemia, alcalemia e hiperglicemia.
- d) Hipocalcemia, acidemia e hiperglicemia.
- e) Hipercalcemia, alcalemia e hipoglicemia.

**22.** Mulher de 56 anos de idade, hipertensa há 8 anos, apresenta níveis de PA mensurados, em sua residência, acima de 140/90 mmHg. Está em uso de losartana 100 mg/dia, anlodipina 10 mg/dia e clortalidona 25 mg/dia. Não há evidências de má aderência. Exame físico: PA = 162/98 mmHg; FC = 82 bpm; IMC = 24,2 kg/m<sup>2</sup>. Exames laboratoriais: creatinina = 0,82 mg/dL; potássio = 4,2 mEq/L; urina 1 normal; USG Doppler das artérias renais normal. Outras causas de hipertensão secundárias foram excluídas. Qual é a estratégia terapêutica mais adequada para o controle pressórico dessa paciente?

- a) Aumentar anlodipina para 10 mg duas vezes ao dia.
- b) Associar clonidina 0,100 mg duas vezes ao dia.
- c) Aumentar a clortalidona 50 mg ao dia.
- d) Associar espiranolactona 25 mg/dia.
- e) Aumentar losartana para 150 mg/dia.

**23.** Homem de 50 anos apresenta diagnóstico de miocardiopatia chagásica, quadro de dispneia progressiva aos esforços, com piora há três dias. Exame clínico: regular estado geral, corado, FC = 100bpm, rítmico, PA = 150 X70 mmHg. Bulhas rítmicas e normofonéticas, B3+ e sopro sistólico 4+/6+, regurgitativo, em foco mitral. Murmúrio vesicular presente, com estertores finos em 2 /3 inferiores, bilateralmente. Edema em membros inferiores 2+/4+.

A conduta mais adequada é

- a) furosemida oral e carvedilol oral.
- b) furosemida venosa e carvedilol oral.
- c) dobutamina venosa e enalapril oral.
- d) dobutamina venosa e carvedilol oral.
- e) furosemida venosa e enalapril oral.

**24.** Homem de 30 anos refere febre vespertina de início há 2 semanas e dispneia evoluindo rápido para mínimos esforços. Há uma hora teve episódio de hemoptise e dor torácica à esquerda, súbita, de média intensidade e agravada por respiração profunda e tosse. Refere ser portador de sopro cardíaco desde a infância. Exame físico: temperatura axilar = 38,5°C. Sistema pulmonar sem alterações e FR = 28/min. Cardiovascular: FC = 100/min, rítmico, sopro sistólico rude, com frêmito, 5+/6+, mais audível no 4º espaço intercostal esquerdo, para-esternal.

O diagnóstico mais provável é

- a) comunicação interventricular com endocardite infecciosa.
- b) síndrome coronariana aguda com angina instável.
- c) estenose valvar aórtica com pericardite aguda.
- d) miocardiopatia hipertrófica obstrutiva com pneumonia.
- e) estenose valvar pulmonar com embolia pulmonar séptica.

**25.** Paciente de 60 anos, masculino, deu entrada na sala de emergência com queixa de dor torácica. Refere ser hipertenso e tabagista (50 maços-ano). Queixa: dor no peito de início súbito, há mais ou menos 3 horas, em facada, que irradia para o dorso, com sudorese e náuseas. Ao exame físico: acordado, consciente, sudoreico. Frequência cardíaca = 90 batimentos/minuto; pressão arterial (PA) em braço direito = 200 x 100 mmHg; PA no braço esquerdo = 160 x 100 mmHg, saturação periférica de O<sub>2</sub> = 95%, ar ambiente, frequência respiratória = 24 movimentos/minuto, sem sinais de desconforto. Ausculta cardíaca com sopro diastólico, em foco aórtico 4+/6+. Ausculta pulmonar normal. Exame abdominal normal.





Pulsos periféricos palpáveis, reduzidos distalmente em MSE. Sobre o caso, a principal suspeita diagnóstica e o exame de escolha para diagnóstico são, respectivamente:

- a) dissecação de aorta; angiogramografia.
- b) síndrome coronariana aguda; eletrocardiograma.
- c) tromboembolismo pulmonar; angiogramografia de tórax.
- d) síndrome coronariana aguda; troponina.
- e) dissecação de aorta; ecocardiograma transtorácico.

26. A colite pseudomembranosa é muito comum em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Geralmente secundária ao amplo uso de antimicrobianos, seu agente etiológico é

- a) Escherichia coli.
- b) Salmonella enteris.
- c) Clostridium difficile.
- d) Bacteroides fragilis.
- e) Klebsiellasp.

27. As lesões renais mais comuns na Endocardite infecciosa são as seguintes:

- a) Glomerulonefrite por imunocomplexos, infartos renais e abscessos renais, Nefrite Intersticial aguda.
- b) Glomerulonefrite por imunocomplexos, trombose artéria renal, Glomerulonefrite membranosa.
- c) Nefrite Intersticial aguda, Insuficiência Renal Crônica, Glomerulonefrite mesangial.
- d) Abscesso Renal, Glomerulonefrite por Imunocomplexos, Nefrite Intersticial Crônica.
- e) Necrose Tubular Aguda, Glomerulonefrite mesangial, Infartos Renais.

28. Com relação ao diagnóstico diferencial entre dengue, zika e chikungunya, leia atentamente as afirmativas a seguir e marque a alternativa **CORRETA**.

- I. A conjuntivite é mais comum nos casos de dengue.

II. O rash cutâneo é mais comum nos casos de zika.

III. A linfopenia é mais comum nos casos de chikungunya.

- a) Apenas I e II são corretas.
- b) Apenas II e III são corretas.
- c) Apenas I e III são corretas.
- d) Apenas II é correta.
- e) Apenas III é correta.

29. Na leptospirose os pacientes são tipicamente homens jovens, e vários fatores estão envolvidos na insuficiência renal aguda. Sobre a lesão renal é **CORRETO** afirmar:

- a) A insuficiência renal é geralmente oligúrica e hipocalêmica.
- b) O tratamento com antibiótico é eficaz apenas na fase aguda, diminuindo a necessidade de diálise
- c) Os principais achados histológicos são Nefrite Intersticial aguda e Necrose Tubular Aguda.
- d) A indicação de diálise deve ser tardia e diária.
- e) A queda da taxa de filtração glomerular precede as alterações da função tubular.

30. Ao lado das doenças neoplásicas, das alterações hepáticas, metabólicas, cardiovasculares, a doença renal é sem dúvida uma das principais preocupações relacionadas aos pacientes com HIV. Assim é importante identificar a lesão renal em seu estágio inicial e trata-la, incluindo a escolha da terapia antirretroviral adequada. Dentre os antirretrovirais, o mais frequentemente associado à doença tubular (Síndrome de Fanconi) é

- a) Indinavir.
- b) Tenofovir.
- c) Efavirez.
- d) Zidovudina.
- e) Nelfinavir.



**31.** Em relação à Síndrome de Lise Tumoral (SLT), analise as assertivas abaixo e assinale a **INCORRETA**.

- a) Em caso de neoplasia sólida, ocorre se houver alta carga tumoral, alta taxa de proliferação ou grande sensibilidade à quimioterapia.
- b) Considera-se SLT clínica quando houver associação de insuficiência renal, letargia, coma, tetania, arritmias, convulsões ou morte súbita.
- c) É importante realizar ECG por conta do risco de arritmias.
- d) Os pacientes apresentam redução da DHL (<2 vezes o limite superior da normalidade) ou leucopenia (< 5.000/mcL).
- e) É contraindicado o uso de rasburicase em casos de deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase e gestantes.

**32.** Sobre o mieloma múltiplo, assinale a assertiva **INCORRETA**.

- a) O desenvolvimento de injúria renal aguda pode advir da ocorrência de hipercalcemia.
- b) Desidratação e drogas nefrotóxicas, como AINH, podem contribuir para incremento de escórias nitrogenadas.
- c) Quando a proteinúria constitui-se basicamente de albuminúria, considerar possibilidade de amiloidose renal associada.
- d) O componente proteico monoclonal (M) pode ser evidenciado por intermédio de eletroforese de proteínas séricas ou urinárias.
- e) Quando a proteinúria for constituída basicamente pelo componente monoclonal (Bence-Jones), deve-se excluir rim do mieloma.

**33.** Em relação à microangiopatia trombótica (MAT), assinale a assertiva **INCORRETA**.

- a) Púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) e síndrome hemolítico-urêmica (SHU) são as formas de apresentação da MAT.

b) Na SHU a falência renal aguda costuma ser dominante, e as anormalidades neurológicas podem ser mínimas ou ausentes.

c) Na PTT clássica, há predomínio de alterações neurológicas, podendo ser variável a presença de lesão renal aguda.

d) O tratamento costuma ser direcionado ao mecanismo fisiopatológico implicado.

e) Tanto os níveis séricos de DHL quanto as de plaquetas não costumam auxiliar na avaliação da resposta à terapia, encontrando-se de maneira geral até 50% dos casos com anemia hemolítica microangiopática.

**34.** Analise as assertivas abaixo.

I - Fatores como concentração da hemoglobina S, desidratação das hemácias, acidemia e hipoxemia podem induzir falcização na anemia falciforme.

II - A hipotonicidade e a oxigenação medular renal predispõem a falcização das hemácias, evitando dano renal oclusivo e isquemias.

III - A obstrução do sistema coletor urinário com papilas desprendidas ou coágulos de sangue necessitam de intervenções urológicas específicas.

Assinale a resposta **CORRETA**.

a) V, V, V.

b) V, F, V.

c) F, F, V.

d) F, V, F.

e) V, V, F.

**35.** Sobre a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídico (SAAF), assinale a assertiva **INCORRETA**.

a) Sua forma primária pode ser diagnosticada em casos de episódios recorrentes de oclusão venosa ou arterial, perda fetal ou trombocitopenia.

b) Os eventos trombóticos ocorrem apenas em território venoso, a exemplo da Síndrome de Budd-Chiari.



- c) Pode ocorrer alteração do estado mental, livedo reticular, úlceras cutâneas, nefropatia microangiopática.
- d) É essencial excluir a possibilidade de distúrbios autoimunes, a exemplo do lupus.
- e) Diante da forma catastrófica de apresentação clínica dessa síndrome, pode-se adotar estratégias terapêuticas como heparinização endovenosa, corticosteroides, imunoglobulina ou aférese.

**36.** Mulher de 38 anos é avaliada no pronto-socorro após apresentar crise convulsiva tônico-clônica. Refere quadro de cefaleia diária há duas semanas. Nove meses atrás, o fenômeno de Raynaud nas mãos e pés se desenvolveu.

Em uso atualmente de nifedipina de liberação prolongada.

Ao exame físico, a temperatura é de 36,0 °C; a pressão arterial é de 220/130 mm Hg, a frequência cardíaca é de 85/min; a frequência respiratória é de 16/min, e a saturação de oxigênio é de 97% em ar ambiente. A pele sobre as mãos, antebraços, tronco, parte inferior das pernas e pés é tensa e parece espessa. Os dedos de ambas as mãos mostram cianose. Nenhuma rigidez nugal é notada, e os achados no exame neurológico são normais.

Exames laboratoriais:

Hematócrito: 30%.

Contagem de leucócitos: normal.

Contagem de plaquetas: 85.000/ $\mu$ L.

Creatinina: 2,2 mg/dl.

Sumário de Urina: 2+ proteína; sem hemáceas ou cilindros.

Esfregaço de sangue periférico revela plaquetas diminuídas e presença de esquistócitos.

Feita hipótese diagnóstica de crise renal esclerodérmica.

Qual das alternativas a seguir é a terapia mais apropriada?

- a) Captopril
- b) Ciclofosfamida
- c) Metilprednisolona
- d) Metoprolol
- e) Rituximabe.

**37.** Um homem de 54 anos é avaliado em uma consulta de rotina. Ele tem gota tofácea poliarticular afetando as mãos, a coxa e os joelhos bilateralmente. Está recebendo uma dose gradual de prednisona após um crise aguda de gota, sendo que já havia recebido alopurinol, mas o interrompeu após desenvolver uma erupção cutânea. Possui antecedente de hipertensão arterial sistêmica e doença renal crônica em tratamento conservador. Os medicamentos atuais são losartana potássica e prednisona 10mg/dia.

Os exames laboratoriais mostram um nível de creatinina sérica de 2 mg/dL, um nível de ácido úrico sérico de 11 mg/dl e uma taxa de filtração glomerular estimada pelo CKD-EPI de 38,93 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).

Qual dos seguintes opções é o tratamento adicional mais apropriado?

- a) Alopurinol.
- b) Colchicina.
- c) Febuxostate.
- d) Pegloticase.
- e) Probenecide.

**38.** Uma mulher de 64 anos é avaliada por uma história de 9 anos de dor nas mãos e joelhos. Tentou terapia ocupacional, com benefício mínimo, estando inscrita em um programa de perda de peso.

Possui antecedente de hipertensão arterial sistêmica, sobrepeso e doença renal crônica. Os medicamentos atuais são enalapril e anlodipina.

No exame físico, nódulos de Heberden e Bouchard estão presentes bilateralmente e há sensibilidade na articulação carpometacarpiana bilateralmente.

A linha articular medial de cada joelho é sensível à palpação. Há alargamento ósseo medial dos joelhos, com crepitação a movimentação ativa e passiva.

Os exames laboratorial mostram creatinina sérica de 1,6 mg/dL e uma taxa de filtração glomerular estimada pelo CKD-EPI de 35,79 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Qual dos seguintes é o tratamento mais adequado?



- a) Tamadrol via oral.
- b) Ibuprofeno via oral.
- c) Capsaicina tópica.
- d) Diclofenaco tópico.
- e) Lidocaína tópica.

**39.** Uma mulher de 70 anos é hospitalizada por dispneia progressiva. Relata que, há cinco meses, desenvolveu tosse crônica seca persistente, seguida de mialgia e parestesia distal.

Ela perdeu 10 kg em 5 meses.

No exame físico, a temperatura é de 38, °C; a pressão arterial é de 155/94 mm Hg; a frequência cardíaca é de 108/min; a frequência respiratória é de 22/min, e a saturação de oxigênio é de 95% em ar ambiente. Estertores crepitantes são auscultadas nas bases pulmonares. Há perda de sensibilidade ao toque leve em ambos os pés. Inúmeras pequenas lesões maculopapulares vermelho-púrpura estão presentes na parte inferior dos membros inferiores.

Exames laboratoriais:

VHS: 110 mm/h.

Creatinina: 2,0 mg/dl (anterior de um mês atrás de 0,7mg/dl).

pANCA: positivo.

cANCA: positivo.

Anticorpos proteinase 3: 30 (Valores de Referência: - Não Reagente Inferior a 0,9; - Indeterminado: Entre 0,9 e 1,1; - Reagente: Superior a 1,1).

Sumário de Urina: 3+ hemoglobina; 2+ proteína; 40 eritrócitos dismórficos/por campo; 5-10 leucócitos/por campo; presença de cilindros hemáticos.

A tomografia computadorizada de tórax mostra múltiplas opacidades e nódulos em ambos os pulmões.

Realizado biopsia renal – sem resultado no momento.

Glicocorticóides (Metilprednisolona) em altas doses são iniciados.

Qual das seguintes opções provavelmente será o tratamento adicional apropriado?

- a) Azatioprina.
- b) Metotrexato.
- c) Micofenolatomofetil.
- d) Ciclofosfamida endovenosa.
- e) Captopril.

**40.** Um homem de 25 anos é atendido para investigação e tratamento de uma doença febril multissistêmica. Até 2 meses atrás, ele estava com boa saúde e não fazia uso de medicações de uso crônico.

Ao exame físico, a temperatura é de 38, °C e a pressão arterial é de 148/94 mmHg. Edema de tornozelo bilateral 2+ e sensibilidade bilateral e inchaço das articulações metacarpofalângicas e pulsos são observados. O restante do exame é normal.

Estudos laboratoriais:

Hemoglobina: 8,5 g/dl

Contagem de leucócitos: 3.000 / $\mu$ L (diferencial normal).

Contagem de plaquetas: 80.000 / $\mu$ L.

Complemento C3: consumido.

complemento C4: consumido.

Creatinina: 1,8 mg/dl.

Anticorpos anti DNA de fita dupla: positivo.

Anticorpos antinucleares: 1:640 (padrão pontilhado fino).

Sumário de urina: 2+ hemoglobina; 3+ proteína; presença de hemácias dismórficas e cilindros hemáticos.

Proteinúria de 24hs: 3.700mg/24hs (volume de urina de 2000ml/24hs).

Submetido a biopsia renal, porém sem resultado.

Iniciada prednisona 1mg/kg/dia.

Qual dos seguintes opções é o tratamento adicional mais adequado?

- a) Azatioprina.
- b) Hidroxicloroquina.
- c) Hidroxicloroquina e micofenolato de mofetil.
- d) Metotrexato.
- e) Nenhuma terapia adicional.

**41.** Um homem de 36 anos procura atendimento médico por tosse e hemoptise. Refere artralgia leve difusa, rinorreia com secreção purulenta e sinusites recorrentes, associadas a tosse e dispneia há cerca de 4 meses, tendo sido atendido duas vezes em pronto socorro e tratado com diagnóstico de pneumonia. A radiografia de tórax mostra infiltrado alveolar nodular na base do pulmão direito. Tem sedimento urinário com hematúria,



proteinúria e cilindros granulosos e hialinos e creatinina de 2,4 mg/dl.

Os dados sugerem o diagnóstico de

- a) Arterite de células gigantes.
- b) Crioglobulinemia.
- c) Granulomatose de Wegener.
- d) Poliarterite nodosa.
- e) Síndrome de Churg-Strauss.

**42.** Um homem de 40 anos cujo passado médico é somente de alguns surtos de sinusite, agora, há 3 meses, tem tosse, desconforto torácico e leve dispneia. Apresenta também dor no peito e estava inicialmente normotenso e afebril com pulmões normais. O hematócrito é de 35%, com 12.400 leucócitos e creatinina de 1,7. Sangue na urina e ++ de proteínas e cilindros hemáticos. Raios-X de tórax mostram um infiltrado bilateral.

Quais testes serão úteis para esse doente?

- a) p-Anca.
- b) FAN.
- c) c-Anca.
- d) ASO.
- e) Anticorpo para hepatite.

**43.** Mulher de 38 anos foi atendida, queixando-se de tosse, hemoptise e fadiga, sendo internada. Negou doenças respiratórias prévias. Havia crepitações na ausculta torácica. Na avaliação laboratorial, foram apurados níveis normais de complemento, creatinina de 2 mg/dl e hematúria microscópica. A radiografia de tórax exibiu infiltrado alveolar bilateral. A biópsia renal revelou glomerulonefrite proliferativa, com depósitos lineares de imunoglobulina ao longo da membrana basal. Baseado nesses dados, a causa mais provável é

- a) Síndrome de Goodpasture.
- b) Granulomatose de Wegener.
- c) Síndrome de Churg-Strauss.
- d) Púrpura de Henoch-Schönlein.
- e) Artrite reumatóide.

**44.** Homem de 32 anos foi admitido com queixa de hemoptóicos, dispneia e oligúria, há 1 semana. Estava agitado, lúcido, pálido ++4/4+, edemaciado, dispneico, com PA de 180 × 110 mmHg e ausculta pulmonar com crepitações difusas. Exames Iniciais HT 25%, leucócitos 12.000/mm<sup>3</sup>, plaquetas 500.000/mm<sup>3</sup>, VHS 88 mm, glicose 102 mg%, ureia 185 mg%, creatinina 6,8 mg%, sódio 135 mEq/L, potássio 7,1mEq/L, cálcio 10,5 mg%, fósforo 3,5 mg%. EAS com cilindros hemáticos e proteinúria de 24h 1,5 g. Foi submetido à hemodiálise diária e, depois de 3 dias, os exames pendentes mostraram complemento normal, FAN, ANCA e marcadores virais B, C e HIV negativos e anticorpo antimembrana basal glomerular (anti-MBG) positivo. Ultrassonografia com rins de tamanho normal e hiperecogênicos. A opção terapêutica mais apropriada para esse paciente deve incluir

- a) prednisona oral, clorambucil e plasmaférese.
- b) pulsoterapia com metilprednisolona, ciclofosfamida e plasmaférese.
- c) pulsoterapia com metilprednisolona e ciclosporina.
- d) clorambucil, prednisona e ciclofosfamida.
- e) azatioprina, prednisona, ciclosporina.

**45.** Os broncodilatadores beta2-agonistas são drogas utilizadas no tratamento do broncoespasmo na asma e na DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica).

O distúrbio eletrolítico decorrente do seu uso é

- a) Hiponatremia.
- b) Hipocalcemia.
- c) Hipopotassemia.
- d) Hipocloremia.
- e) Hipercalemia.



**46.** Paciente do sexo feminino, 32 anos, com história de dor lombar de início súbito há 3 dias, associada a hematúria e náuseas. Ao exame: PA: 115/75mmhg (normal); ausculta cardíaca e, pulmonar sem alterações; dor à palpação em flanco esquerdo e Giordano positivo. Nega febre, nega calafrios ou uso regular de medicações. Refere volume de diurese normal. Refere faringite há cerca de 3 meses. EAS: 20 hemáceas/campo (VR: 0 – 10); 3 piócitos/campo (VR: 0-10); US rins e vias: hidronefrose a E, sem fator obstrutivo visualizado. De acordo com o quadro clínico, qual hipótese diagnóstica mais provável e qual exame você solicitaria para elucidação?

- a) ITU baixa; urocultura.
- b) Litíase ureteral; tomografia do trato urinário sem contraste.
- c) Pielonefrite; tomografia do trato urinário.
- d) Glomerulonefrite; biópsia renal.
- e) Síndrome nefrótica; proteinúria de 24 horas.

**47.** Paciente do sexo feminino, 52 anos, com história de edema em MMII há cerca de 2 meses, associado à espumúria, deu entrada neste serviço para investigação de síndrome edemigênica. Ao exame: PA: 160/95mmhg, abdome globoso, piparote positivo, edema em MMII ++/+4, a ausculta cardíaca normal e pulmonar com redução de MV em bases. Refere diurese com volume normal, mas com espuma. Refere também faringite há cerca de 4 dias.

Antecedentes: HAS há 3 anos e DM há 1 ano e meio.

Exames solicitados na admissão: creatinina: 0,9 mg/dl (normal ate 1,2 mg/dl); BNP: 30; EAS: 8 hemáceas/campo (VR: 0 – 10); 3 piócitos/campo (VR: 0-10); proteínas +++/+4; Colesterol total: 320mg/dl; albumina sérica: 2,5 mg/dl (normal 3,5 – 5,0 mg/dl); US rins e vias: rins de tamanhos normais e sem perda da diferenciação cortiço-medular. De acordo com o quadro clínico, qual a alternativa mais adequada?

- a) Provável síndrome nefrítica devido à anasarca, faringite e HAS. Iniciar antibiótico e corticóide
- b) Provável insuficiência cardíaca descompensada. Iniciar entresto.

c) Provável síndrome nefrótica secundária ao DM. Solicitar fundo de olho, iniciar insulina e repor albumina.

d) Provável síndrome nefrótica a esclarecer. Solicitar sorologias, pesquisa de auto-anticorpos, investigação secundária e ponderar biópsia renal.

e) Provável síndrome nefrítica devido à anasarca, faringite e HAS. Iniciar corticoide, solicitar ASLO e biópsia renal.

**48.** Paciente do sexo masculino, 62 anos, com história de astenia, inapetência, anemia e edema em MMII há cerca de 4 meses, deu entrada neste serviço por rebaixamento no nível de consciência e dispneia. Ao exame: hipocorado, sonolento, Glasgow= 11; PA: 180/95mmhg, abdome globoso, piparote positivo, edema em MMII ++/+4, taquipnéico, a ausculta pulmonar com estertores creptantes até ápice e redução de MV em bases, SpO<sub>2</sub>= 96% com cateter nasal a 5 l/min e frequência respiratória = 22 irpm. Família refere diurese com volume reduzido há alguns dias.

Antecedentes: HAS há 18 anos e DM há 10 anos. Fazia uso irregular das medicações.

Exames solicitados na admissão: hemoglobina: 8,6; hematócrito: 25%; creatinina: 5,6 mg/dl (normal ate 1,2 mg/dl); ureia 215 mg/dl (normal ate 45mg/dl); EAS: 8 hemáceas/campo (VR: 0 – 10); 3 piócitos/campo (VR: 0-10); proteínas +++/+4; potássio: 6,9 mg/dl (VR: 3,5 – 5,5 mg/dl); gaso venosa: ph: 7,18 ; bicarbonato= 12 . fósforo: 6,7 mg/dl (VR: até 5,0 mg/dl).US rins e vias: rins de tamanhos normais, com perda da diferenciação córtico-medular. De acordo com o quadro clínico, qual alternativa mais adequada?

a) Provável edema agudo de pulmão secundário à síndrome coronariana. Iniciar nitrato, furosemida e intubação imediata

b) Provável síndrome nefrótica secundária à DM. Iniciar insulina, IECA/BRA e repor albumina.

c) Provável doença renal crônica. Iniciar terapia dialítica imediata, medidas p/ hipercalemia

d) Provável insuficiência renal aguda. Iniciar terapia dialítica imediata e solicitar biópsia renal.

e) Provável síndrome nefrítica. Iniciar pulsoterapia.





49. Assinale a alternativa que contém, respectivamente, dois fatores de risco e dois fatores protetores dietéticos para a formação de cálculos urinários.

- a) Proteínas e sódio; água e citrato.
- b) Proteínas e cálcio; oxalato e citrato.
- c) Citrato e cálcio; fosfato e sódio.
- d) Magnésio e citrato; água e sódio.
- e) Proteínas e citrato; oxalato e fosfato.

50. A doença renal crônica (DRC) apresenta elevadas prevalência e morbimortalidade em diversos países do mundo. É conceituada como alteração persistente (mais de 3 meses) da função renal (estimada pelo clearance de creatinina) e/ou albuminúria moderada ou grave. Sobre o manejo dos pacientes portadores de doença renal crônica, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) os sintomas de hipervolemia podem ser tratados com diurético de alça, ainda que o efeito dessas drogas seja reduzido na DRC.
- b) o hiperparatireoidismo secundário pode ser tratado com reposição de vitamina D e fosfato, se os níveis séricos estiverem reduzidos.
- c) o estoque de ferro deve ser avaliado e repostado, se necessário, antes da administração de eritropoietina no tratamento da anemia da DRC.
- d) a vacinação contra a *influenza* e a doença pneumocócica está indicada nos pacientes com DRC em estágio final.
- e) A acidose metabólica pode ser manejada com reposição de bicarbonato de sódio.