PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E ESPECIALIZAÇÃO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA/ES - EDITAL Nº 02/2025 - AEBES/HEVV

PRÉ-REQUISITO – GRUPO 05

SÁBADO TARDE

ORIENTAÇÕES

1. Este **Caderno de Prova**, contém **40 (quarenta) questões objetivas**, com **4 (quatro) alternativas cada uma**, sempre na sequência **A, B, C, D**, das quais somente uma deve ser assinalada, sem repetição ou falha. Confira-o e, em caso de qualquer problema, informe **IMEDIATAMENTE** ao fiscal.
2. Após a conferência, assine, no espaço próprio da **Folha de Respostas**, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, fabricada em material transparente. Não DOBRE, AMASSE ou MANCHE a **Folha de Respostas.** Ela **SOMENTE** poderá ser substituída se, no ato da entrega estiver danificada.
3. A duração da prova será de **03 (três) horas**, inclusos, nesse tempo, a distribuição da prova, a leitura das instruções e o preenchimento da Folha de Respostas, sendo responsabilidade do candidato observar os horários estabelecidos.
4. Somente será permitido ao candidato retirar-se definitivamente da sala de prova mediante a **entrega obrigatória de sua Folha de Respostas**, devidamente preenchida e assinada, ao Fiscal.
5. Os candidatos **não poderão** se ausentar da sala ou do local de provas para utilização dos banheiros ou beber água, antes de decorrida **01(uma) hora** do início ou **15(quinze) minutos** antes do término.
6. Ao término do prazo estabelecido para a prova, os **03(três) últimos candidatos** deverão permanecer na sala até que o último candidato termine sua prova, devendo todos assinar a Ata de Sala, atestando a idoneidade da fiscalização das provas e somente poderão deixar o local de provas, juntos, não sendo possível nem mesmo a utilização do banheiro e bebedouro.
7. Os candidatos **PODERÃO** levar consigo o Caderno de Questões.
8. O gabarito estará disponível no endereço eletrônico **novo.ibgpconcursos.com.br** no dia **08/11/2025**.

A Comissão Examinadora do IBGP Concursos lhe deseja uma boa prova!

PÁGINA EM BRANCO

CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO 01

Paciente do sexo masculino, 58 anos, da entrada no pronto atendimento de um hospital terciário queixando-se de dor torácica típica há 90 min, optado por realizar, na urgência, um eletrocardiograma que esta representado abaixo:



Realizado exame físico com: PA 130×80 mmHg, $SatO_2$ 95% aa., a conduta inicial **MAIS** adequada antes da reperfusão:

A) AAS 100 mg VO + clopidogrel 75 mg VO + HNF em dose profilática.
B) AAS 300 mg VO mastigável + ticagrelor 180 mg VO + anticoagulação terapêutica.
C) AAS 500 mg EV + prasugrel 10 mg VO + enoxaparina 40 mg SC.
D) AAS 81 mg VO + nenhum P2Y12 até o cateterismo.

QUESTÃO 02

Você está de plantão na terapia intensiva, quando observa o monitor de uma paciente do sexo feminino, 72 anos, previamente admitida por um pós-operatório de uma hérnia abdominal. Segue o monitor:



Observa-se que a paciente apresenta uma FC:160), está congesta com FR:29irpm, PA 85×55 mmHg.

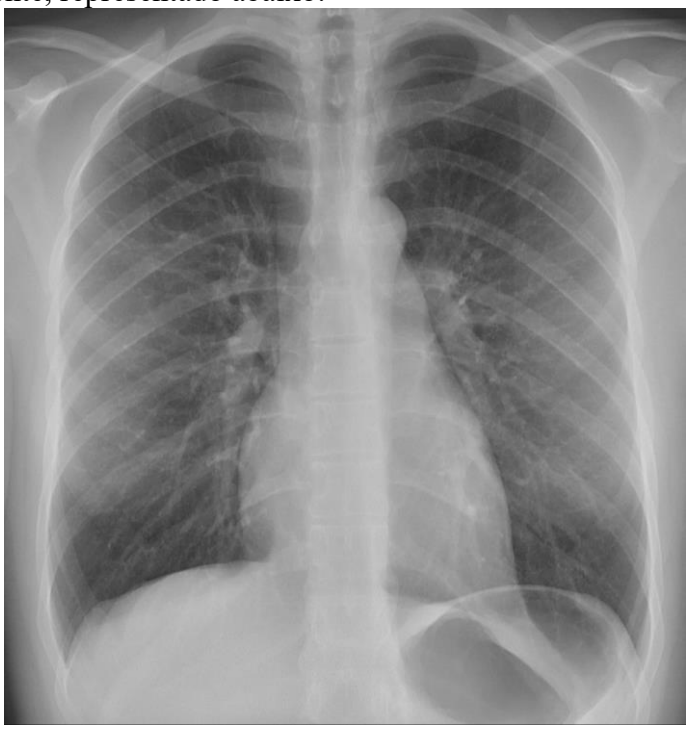
Nesse caso, a conduta **IMEDIATA** é:

A) Diltiazem e choque.
B) Metoprolol e choque.
C) Amiodarona e cardioversão elétrica sincronizada.
D) Digoxina e cardioversão elétrica sincronizada.

QUESTÃO 03

Em um atendimento na sala amarela da UPA, você acolhe um paciente do sexo masculino, 68 anos, tabagista com carga tabágica de 50 maços/ano, portador de DPOC GOLD D, em uso domiciliar de broncodilatadores de longa ação e corticosteroide inalatório. Segundo relato da acompanhante, há três dias apresenta piora progressiva da dispneia, tosse produtiva e aumento do volume e purulência do escarro. Evolui com rebaixamento do nível de consciência e sonolência.

Ao exame físico: uso de musculatura acessória, FR 30 irpm, SpO_2 84% em ar ambiente, ausculta com roncos e sibilos difusos. Gasometria arterial: pH 7,28; pCO_2 68 mmHg; pO_2 54 mmHg; HCO_3^- 30 mEq/L. Voce pede um Rx de urgência do paciente, representado abaixo:



Qual a **MELHOR** conduta ventilatória inicial neste momento?

A) Intubação orotraqueal imediata e ventilação mecânica invasiva.
B) Ventilação não invasiva (BiPAP) associada a oxigênio suplementar, titulando saturação entre 88% e 92%.
C) Oxigenoterapia em alto fluxo com alvo de saturação acima de 98%.
D) Apenas broncodilatadores e corticoide sistêmico, sem suporte ventilatório.

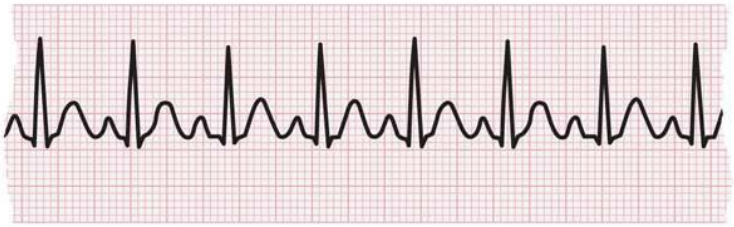
QUESTÃO 04

Paciente em atendimento no ambulatório, sexo masculino, de 64 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca crônica, com ecocardiograma prévio mostrando disfunção sistólica moderada e hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo. Paciente estava na sala de espera e evolui com dispneia súbita, ortopneia intensa, crepitações difusas em ambos os pulmões, PA 190×110 mmHg, $SatO_2$ 86% em ar ambiente, FC 118 bpm, sem dor torácica. ECG realizado na urgência sem alterações. Qual a conduta inicial **PRIORITÁRIA?**

A) Furosemida 80 mg EV isolada.
B) Nitrato em altas doses + VNI (CPAP/BiPAP).
C) Morfina em altas doses e hidratação vigorosa.
D) Amiodarona EV.

QUESTÃO 05

Paciente atendida na Unidade de Pronto Atendimento, sexo feminino, 42 anos, previamente saudável, refere dor torácica, há dois dias, dispneia progressiva e sensação de palpitação. Há 10 dias realizou cirurgia de artroplastia em joelho esquerdo. Nega febre ou tosse produtiva. O ECG mostrou o seguinte resultado:



Exame físico: FR 28 irpm, FC 110 bpm, PA 118×74 mmHg, $SatO_2$ 90% em ar ambiente. Membro inferior direito com edema e discreta dor à palpação de panturrilha.

Gasometria: pH 7,45; pCO_2 30 mmHg; pO_2 62 mmHg; HCO_3^- 20 mEq/L.

Qual deve ser a **PRÓXIMA** conduta nesse caso?

A) Iniciar anticoagulação empírica e programar angiotomografia pulmonar.
B) Solicitar angiotomografia pulmonar e aguardar o resultado antes de iniciar tratamento.
C) Administrar alteplase imediato.
D) Solicitar D-dímero e iniciar anticoagulação empírica.

QUESTÃO 06

Na enfermaria da Gastroenterologia, você acompanha um paciente do sexo masculino, sabidamente, etilista crônico, portador de cirrose hepática (Child-Pugh C), 59 anos, não abstêmio. Você é chamado pelo plantão para avaliar relato de vômitos com sangue.

Ao exame: PA 90×60 mmHg, FC 120 bpm, FR 24 irpm, SpO_2 94% em ar ambiente. Encefalopatia grau II, abdome ascítico, circulação colateral visível.

Laboratório: Hb 8,2 g/dL, plaquetas 75.000/mm³, TP 60%, creatinina 1,4 mg/dL.

Qual deve ser a conduta inicial **ESPECÍFICA**, além da reposição volêmica controlada?

A) Transfundir plasma fresco congelado e levar para endoscopia de urgência.
B) Passar sonda nasogástrica e iniciar lavagem gástrica vigorosa.
C) Iniciar octréotideo, IBP e antibiótico profilático e endoscopia em 12h.
D) Iniciar IBP em dose dobrada e endoscopia em 48h.

QUESTÃO 07

Na mesma enfermaria de Gastroenterologia, você observa um paciente, sexo masculino, 45 anos, etilista, apresentando dor epigástrica intensa irradiada para dorso, ele refere que começou na noite anterior, acompanhada de náuseas e vômitos.

Exame físico: PA 110×70 mmHg, FC 104 bpm, FR 22 irpm, abdome distendido, dor epigástrica à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal.

Laboratório: amilase e lipase elevados, PCR 130 mg/L, creatinina 1,0 mg/dL.

Ultrassonografia abdominal: vesícula biliar com microcálculos, sem dilatação de via biliar.

Qual é a conduta inicial **CORRETA** para esse caso?

A) Jejum até redução das enzimas pancreáticas.
B) Ceftriaxona EV.
C) Hidratação vigorosa com Ringer lactato e dieta enteral precoce quando tolerada.
D) Metilprednisolona 60mg EV.

QUESTÃO 08

Paciente sexo feminino, 22 anos, chega ao pronto-socorro com história de náuseas, vômitos e dor abdominal há 24 horas. Refere que tem se alimentado pouco e perdido peso. Refere que está em uso de Clavulin por uma infecção urinária importante e recorrente. Sem história patológica pregressa.

Exame físico: PA 95×60 mmHg, FC 122 bpm, FR 30 irpm, temperatura 37,6°C. Apresenta respiração profunda e ofegante.

Gasometria: pH 7,18; pCO_2 25 mmHg; HCO_3^- 11 mEq/L.

Glicemia: 410 mg/dL; potássio 3,1 mEq/L; sódio 130 mEq/L.

Voce inicia hidratação venosa, e qual deve ser a **PRÓXIMA** conduta?

A) Iniciar insulina regular na BIC
B) Administrar bicarbonato EV e insulina regular em BIC
C) Iniciar reposição de Potássio
D) Alternar solução de hidratação para Ringer lactato e iniciar insulina na BIC

QUESTÃO 09

Mulher de 40 anos, com diagnóstico de doença de Graves, procura o pronto-socorro com febre, taquicardia e tremores. Relata interrupção do uso de metimazol há um mês. Ao exame esta hipertensa (PA 130×75 mmHg), FC 140 bpm, FR 26 irpm, T 38,9°C. Apresenta agitação psicomotora e sudorese intensa.

Laboratório: TSH < 0,02, T4 livre 4,8 ng/dL (VR: 0,8–1,8).

Após estabilização inicial com beta-bloqueador e Propiltiuracil, qual é o **PRÓXIMO** passo na sequência terapêutica?

A) Iniciar corticoide EV.
B) Administrar Verapamil para controle de taquicardia refratária.
C) Introduzir iodo antes da tionamida para bloquear a liberação hormonal.
D) Administrar iodo uma hora após a Propiutiuracil.

QUESTÃO 10

No pronto atendimento, você atende paciente de 64 anos, portador de leucemia mieloide aguda, encontra-se em uso de quimioterapia paliativa.

Apresenta febre de 38,3°C há 2 horas, discreta hipotensão (PA 105×60 mmHg) e leve desconforto respiratório.

Exame físico: sem foco evidente, cateter venoso central pérvio, sem secreção local.

Coleta de exames da urgência: GL: 500/mm³, n:200/mm³, Plaq: 60.000/mm³ Cr: 0,9

Após coleta de culturas, qual o esquema empírico **MAIS** adequado?

A) Cefepime EV 1g de 08/08 horas.
B) Ceftriaxona EV associada a azitromicina.
C) Piperacilina-tazobactam EV 4,5g de 08/08h.
D) Amoxicilina-clavulanato EV.

QUESTÃO 11

Um paciente do sexo masculino, 68 anos, hipertenso e diabético, é admitido no serviço de emergência com quadro de vertigem rotatória súbita e intensa, há duas horas, associada a náuseas e múltiplos episódios de vômitos. Além disso, iniciou dificuldade para caminhar, com desvio da marcha para a direita. Ao exame físico, apresenta-se com nistagmo espontâneo horizontal que muda de direção com o olhar para os lados (nistagmo bidirecional), dismetria apendicular à direita e leve disartria. O teste de impulso cefálico é normal.

Com base neste quadro clínico, qual a hipótese diagnóstica **MAIS** provável e a conduta inicial **MAIS** apropriada?

A) Neurite vestibular; iniciar tratamento com corticosteroides e sintomáticos, com reavaliação ambulatorial.
B) Vertigem posicional paroxística benigna; realizar manobra de Epley e liberar o paciente com orientações e dimenidrinato.
C) Acidente vascular cerebral em território vertebrobasilar; solicitar tomografia de crânio e avaliação neurológica urgente.
D) Doença de Ménière; prescrever diurético tiazídico e beta-histina, e encaminhar para avaliação otorrinolaringológica.

QUESTÃO 12

Um paciente de 22 anos, estudante universitário, procura a unidade de pronto atendimento com febre alta (39,5°C) há 4 dias, tosse seca e insistente, coriza hialina e hiperemia conjuntival bilateral com fotofobia. Há cerca de 24 horas, iniciou um exantema maculopapular, eritematoso, de progressão craniocaudal, que já atinge face, pescoço e tronco superior. Exame físico da cavidade oral mostra pápulas branco-azuladas elevadas dentro de ambas as bochechas, além estertores crepitantes em base pulmonar direita. Refere ter histórico vacinal incerto, explicando que, após o nascimento do irmão um ano mais novo, a mãe interrompeu o esquema de vacinação dos filhos por ter ouvido notícias sobre efeitos adversos graves das vacinas.

Diante deste cenário, qual das afirmativas abaixo apresenta a conduta **MAIS** adequada?

A) Realizar a coleta de sorologia (IgM), prescrever suplementação com vitamina A, iniciar antibioticoterapia para a pneumonia comunitária e realizar a notificação compulsória imediata da suspeita de sarampo.
B) Iniciar Oseltamivir devido à suspeita de coinfecção por Influenza, prescrever corticosteroides para alívio dos sintomas e recomendar isolamento domiciliar por 7 dias, sem necessidade de notificação.
C) Solicitar radiografia de tórax e, caso confirmada a pneumonia, internar o paciente sem necessidade de isolamento respiratório ou de antibiótico. A notificação ao serviço de vigilância pode ser realizada semanalmente, de forma consolidada.
D) Considerar o diagnóstico principal de dengue com sinais de alarme, devido à febre e ao exantema, solicitar hemograma e provas de função hepática, e orientar hidratação vigorosa, e proceder avaliação de sarampo, se o paciente não evoluir com melhora.

QUESTÃO 13

Um paciente de 78 anos, residente de uma instituição de longa permanência, é trazido ao serviço de emergência por rebaixamento do nível de consciência e hipotensão (PA: 75x45 mmHg). Ao exame, apresenta-se taquicárdico (125 bpm), taquipneico (28 irpm), com tempo de enchimento capilar de 4 segundos e pulsos finos. O protocolo RUSH (*Rapid Ultrasound for Shock and Hypotension*) apresenta os seguintes achados: Hipocinesia e dilatação significativa do ventrículo direito (VD), com retificação do septo interventricular. Ventrículo esquerdo (VE) pequeno e hiperdinâmico; Veia Cava Inferior (VCI) dilatada (>2,5 cm), sem colapso inspiratório; Ultrassom compressivo de membro inferior direito revela material ecogênico não compressível em veia femoral comum.

Com base na integração do quadro clínico e os achados do protocolo RUSH, qual o tipo de choque **MAIS** provável e a conduta de **MAIOR** impacto imediato na sobrevida do paciente?

A) Choque séptico de foco pulmonar; iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e administrar prova de volume agressiva (30 mL/kg).
B) Choque cardiogênico por falência de VD; iniciar noradrenalina e dobutamina para suporte hemodinâmico e solicitar avaliação da cardiologia.
C) Choque hipovolêmico; iniciar reposição volêmica rápida com cristaloides e solicitar concentrado de hemácias.
D) Choque obstrutivo (provável TEP maciço); iniciar trombólise sistêmica de emergência ou acionar protocolo de trombectomia mecânica.

QUESTÃO 14

Um homem de 34 anos apresenta fadiga crônica, tontura ao se levantar e escurecimento progressivo da pele. Exames laboratoriais revelam sódio sérico de 128 mEq/L, potássio de 5,8 mEq/L, cortisol basal reduzido e hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) marcadamente elevado.

Analise as afirmativas abaixo sobre a fisiopatologia do quadro clínico apresentado:

I. A hiperpigmentação cutânea é explicada pelo aumento compensatório do ACTH, que, por derivar do mesmo precursor do hormônio estimulador de melanócitos (MSH), estimula a atividade dos melanócitos.
II. A hiponatremia e a hipercalemia são consequências diretas da deficiência de aldosterona, hormônio produzido na zona glomerulosa do córtex adrenal e cujo principal regulador é o sistema renina-angiotensina-aldosterona.
III. A deficiência de cortisol contribui para a hipotensão por reduzir o efeito permissivo que este hormônio exerce sobre a ação vasoconstritora das catecolaminas nos vasos sanguíneos.
IV. Se o quadro fosse de insuficiência adrenal secundária (problema na hipófise), o paciente apresentaria um quadro clínico idêntico, incluindo a hiperpigmentação e o distúrbio eletrolítico de sódio e potássio.

Está(ão) **CORRETA(S)** as afirmativas:

A) Apenas I e IV.
B) Apenas II e IV.
C) Apenas I, II e III.
D) Apenas a III.

QUESTÃO 15

Um homem de 52 anos, obeso, sedentário e assintomático, comparece ao ambulatório para avaliação de rotina. Exames laboratoriais recentes mostram glicemia de jejum de 132 mg/dL e hemoglobina glicada (HbA1c) de 5,5%.

Analise as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. A conduta imediata para este paciente pode ser a solicitação de um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75g de dextrosol para elucidação diagnóstica, associada à orientação de mudanças no estilo de vida (MEV).

PORQUE

II. Os resultados dos exames são discordantes, com uma glicemia de jejum em faixa diagnóstica para diabetes mellitus e uma hemoglobina glicada em nível normal, o que, segundo as diretrizes, impede o diagnóstico definitivo e exige um terceiro teste confirmatório para a correta classificação do estado glicêmico.

A respeito dessas asserções, assinale a opção **CORRETA**.

A) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
B) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
C) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.
D) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

QUESTÃO 16

Uma paciente de 45 anos, sem comorbidades conhecidas, tabagista 30 anos/maço, é trazida ao pronto-socorro com sintomas de "batedeira no peito", falta de ar e tontura iniciados, há 30 minutos, durante uma discussão em seu trabalho. Além disso, refere formigamento nas mãos e ao redor da boca. Ao exame, encontra-se ansiosa, com fala rápida, corada e taquipneica (FR: 28 irpm), PA: 190x100 mmHg, FC: 115 bpm. A ausculta cardiopulmonar é normal, o exame neurológico não revela déficits focais e o fundo de olho é normal.
Qual a conduta **MAIS** apropriada e segura para esta paciente neste momento?

A) Iniciar Captopril 25 mg sublingual e manter a paciente em observação por 6 horas, pois se trata de uma urgência hipertensiva que necessita de controle pressórico em algumas horas.
B) Internar a paciente em leito monitorizado e iniciar Nitroprussiato de Sódio intravenoso para redução imediata da pressão arterial, visando prevenir um evento cerebrovascular agudo.
C) Acomodar a paciente em um ambiente calmo e reavaliar os sinais vitais em 45-60 minutos, pois o quadro é altamente sugestivo de uma pseudocrise hipertensiva.
D) Solicitar imediatamente marcadores de necrose miocárdica e eletrocardiograma, pois a principal hipótese é uma síndrome coronariana aguda manifestada por uma crise hipertensiva.

QUESTÃO 17

Um paciente de 38 anos, previamente hígido e sem dependência química, procura atendimento por um quadro subagudo de tosse seca, febre baixa vespertina e perda de 5 kg nos últimos 2 meses. Uma radiografia de tórax revela um derrame pleural unilateral à esquerda e a toracocentese diagnóstica mostra um líquido amarelo-citrino com as seguintes características: Proteínas de 5,2 g/dL, LDH de 450 U/L, celularidade de 1.800 células/mm³ com 90% de linfócitos, citologia oncótica negativa.
Considerando o contexto clínico descrito, qual é a hipótese diagnóstica **MAIS** provável e qual é o próximo passo **MAIS** adequado para a investigação do caso?

A) Hipótese: neoplasia oculta. Próximo passo: realizar PET-CT para buscar o sítio primário e repetir a toracocentese em 1 semana.
B) Hipótese: tuberculose pleural. Próximo passo: dosar a adenosina deaminase no líquido pleural e considerar biópsia pleural para estudo histopatológico e cultura.
C) Hipótese: derrame parapneumônico em resolução. Próximo passo: iniciar um curso de Amoxicilina-Clavulanato e reavaliar clinicamente em 7 dias.
D) Hipótese: insuficiência cardíaca congestiva descompensada. Próximo passo: solicitar ecocardiograma e dosagem de peptídeo natriurético cerebral.

QUESTÃO 18

G1, 27/12/2023 *– "O laudo da necrópsia de Ana Clara, fã que morreu no show de Taylor Swift no Rio de Janeiro, apontou como causa da morte a exaustão térmica. Segundo o documento, a jovem de 23 anos teve uma evolução desfavorável devido ao calor difuso, que levou a um quadro de choque cardiovascular e hemorragia pulmonar, resultando em morte súbita. O evento ocorreu durante uma onda de calor histórica, com sensação térmica próxima a 60°C."*

Você é o médico responsável por um posto de atendimento de um evento similar ao descrito, operando sob as mesmas condições de calor extremo. Com base no seu conhecimento e no alerta da notícia, decide discutir com a equipe o manejo de exaustão pelo calor / lesão pelo calor / insolação (*heat stroke*). Quatro acadêmicos do internato de Clínica Médica sugerem abordagens para essa emergência médica**.** Qual das propostas abaixo você autorizaria, por ser a **MAIS** eficaz e prioritária para reverter a fisiopatologia da insolação e aumentar a chance de sobrevida de uma paciente como no caso noticiado?

A) Proposta 1: "O choque é a prioridade e, por isso, devemos garantir acesso venoso calibroso, iniciar infusão rápida de 2000 mL de soro fisiológico 0.9% para tratar a desidratação e a hipotensão, e depois iniciar o resfriamento."
B) Proposta 2: "Precisamos baixar a temperatura cerebral e a melhor conduta é administrar dipirona 1g intravenosa e paracetamol 1g via oral, pois são os antitérmicos mais potentes disponíveis na emergência."
C) Proposta 3: "A causa do dano celular é a hipertermia. Portanto, a prioridade absoluta é o resfriamento externo rápido e agressivo e devemos imergir a paciente em uma banheira com água gelada, monitorando a temperatura central até atingir, aproximadamente, 39°C."
D) Proposta 4: "A imersão em gelo é muito agressiva e pode causar arritmias, por isso vamos borrifar o corpo da paciente com água em temperatura ambiente e posicionar ventiladores para promover um resfriamento evaporativo mais gradual e seguro."

QUESTÃO 19

O uso precoce de inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2) foi incorporado à terapia da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), independentemente da presença de diabetes.
O conjunto de mecanismos que **MELHOR** explica os benefícios desta classe farmacológica na ICFER é:

A) Ação inotrópica positiva direta e redução da frequência cardíaca, otimizando o tempo de enchimento diastólico.
B) Vasodilatação arterial sistêmica por bloqueio dos canais de cálcio, levando a uma redução significativa da pós-carga do ventrículo esquerdo.
C) Diurese osmótica com redução da congestão intersticial e intravascular, associada a uma melhora da eficiência do miocárdio por favorecer o uso de corpos cetônicos como substrato energético.
D) Bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona a nível renal, resultando em natriurese e aumento da retenção de potássio.

QUESTÃO 20

Uma mulher de 48 anos, previamente hígida, procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de cansaço progressivo, palidez cutânea e palpitações aos esforços há algumas semanas. O hemograma revela: hemoglobina (Hb) de 9,5 g/dL, volume corpuscular médio (VCM) de 72 fL (VR: 80-100 fL), e RDW de 17% (VR: 11-15%).
Qual a **PRINCIPAL** hipótese diagnóstica e a conduta subsequente **MAIS** completa e segura?

A) Anemia ferropriva; a conduta é solicitar o perfil de ferro para confirmação diagnóstica e iniciar a investigação da causa base, como perdas sanguíneas ginecológicas ou gastrointestinais.
B) Anemia ferropriva; a conduta é iniciar tratamento empírico com sulfato ferroso oral e reavaliar a resposta com novo hemograma e reticulócitos em 1 a 2 meses.
C) Talassemia; a conduta é solicitar a eletroforese de proteínas para confirmação e orientar sobre o aconselhamento genético.
D) Anemia de doença crônica; a conduta é solicitar provas de atividade inflamatória (PCR, VHS) e iniciar empiricamente reposição de ferro, ácido fólico e vitamina B12.

NEFROLOGIA

QUESTÃO 21

Um homem de 68 anos de idade, com *Diabetes mellitus* tipo 2 e doença renal crônica (taxa de filtração glomerular estimada em 49mL/min/1,73m²), foi submetido à angiotomografia com contraste iodado há 48 horas. Evoluiu com creatinina sérica de 1,5mg/dL para 2,1mg/dL, potássio sérico de 5,7mEq/L e débito urinário preservado, sem sinais clínicos de hipovolemia.

Nesse caso, a conduta inicial **ADEQUADA** é:

A) Utilizar diurético de alça em altas doses para estimular diurese.
B) Manter hidratação venosa isotônica, suspender metformina e monitorar o potássio.
C) Administrar bicarbonato de sódio endovenoso para tentar proteger a função renal.
D) Iniciar terapia dialítica de forma imediata, sem medidas adicionais.

QUESTÃO 22

Uma mulher de 70 anos de idade, hipertensa, apresenta elevação da creatinina sérica após uso de anti-inflamatório não esteroidal para dor lombar e uso crônico de inibidor da enzima conversora da angiotensina. Nesse caso, o mecanismo **PROVÁVEL** da injúria renal é:

A) Vasoconstrição da arteríola eferente causada pelo inibidor da enzima conversora.
B) Vasodilatação da arteríola aferente induzida pelo anti-inflamatório não esteroidal.
C) Redução da pressão de filtração glomerular pelo efeito combinado das duas drogas.
D) Desenvolvimento de nefrite intersticial aguda imunomediada em todos os casos.

QUESTÃO 23

Sobre a classificação da doença renal crônica, analise as afirmativas a seguir:

I. Taxa de filtração glomerular de 45 a 59mL/min/1,73m², corresponde ao estágio 3A.
II. Relação albumina/creatinina urinária de 30 a 300mg/g, define albuminúria moderadamente aumentada.
III. Estágio 5 com transplante, indica paciente transplantado com enxerto funcionante.
IV. Relação albumina/creatinina menor que 30mg/g, corresponde à albuminúria normal a levemente aumentada.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) Apenas I e III.
B) Apenas II e IV.
C) Apenas I, II e III.
D) Apenas II, III e IV.

QUESTÃO 24

Considere um homem de 52 anos de idade que apresenta dor lombar intensa, febre de 39 °C, leucocitose e pielonefrite aguda. O exame revelou cálculo obstruindo o ureter proximal.

Nesse caso, a conduta **CORRETA** é:

A) Realizar apenas analgesia e observação até eliminação espontânea do cálculo.
B) Administrar antibiótico sem intervenção e aguardar resolução espontânea.
C) Indicar litotripsia extracorpórea de forma emergencial durante a infecção ativa.
D) Iniciar antibiótico e garantir drenagem imediata do sistema urinário.

QUESTÃO 25

Um homem de 45 anos de idade, etilista crônico, é admitido com vômitos, dor abdominal e confusão mental. Apresenta pH 7,25, bicarbonato 15mEq/L, *ânion gap* aumentado e glicemia normal.

Nesse caso, o diagnóstico **MAIS** compatível é:

A) Cetoacidose diabética grave.
B) Acidose lática de origem séptica.
C) Cetoacidose alcoólica associada ao etilismo crônico.
D) Acidose tubular renal proximal.

QUESTÃO 26

Sobre a relação entre doenças infecciosas e glomerulopatias, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) Endocardite infecciosa raramente cursa com glomerulonefrite mediada por imunocomplexos.
B) Hepatite C pode estar associada à glomerulonefrite membranoproliferativa por crioglobulinemia mista.
C) Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana leva principalmente à glomerulonefrite pós-estreptocócica.
D) Malária complicada cursa tipicamente com nefrite intersticial autoimune em fase tardia.

QUESTÃO 27

Considere uma mulher de 55 anos de idade, submetida a histerectomia há dois dias, que apresenta sonolência, náuseas, confusão mental e exame de sódio sérico de 116mEq/L.

Nesse caso, a conduta **IMEDIATA** deve ser:

A) Administrar solução salina hipertônica a 3% em infusão controlada.
B) Prescrever apenas restrição hídrica rigorosa por via oral.
C) Iniciar solução salina isotônica em infusão venosa contínua.
D) Administrar antagonistas de vasopressina de forma rotineira.

QUESTÃO 28

Dentre os fármacos listados abaixo, aquele que está **MAIS** relacionado ao desenvolvimento de necrose tubular aguda por acúmulo nos túbulos renais, é:

A) Aminoglicosídeos utilizados em infecções graves.
B) Penicilinas de amplo espectro empregadas em infecções comunitárias.
C) Betabloqueadores prescritos para hipertensão arterial.
D) Diuréticos tiazídicos usados em controle de edema.

QUESTÃO 29

Um homem de 28 anos de idade que apresenta edema generalizado, proteinúria de 9g/dia, hipoalbuminemia e dislipidemia, tem como diagnóstico **MAIS** provável:

A) Doença de lesões mínimas típica da infância.
B) Glomeruloesclerose segmentar e focal no adulto.
C) Nefropatia por imunoglobulina A de evolução crônica.
D) Glomerulonefrite pós-estreptocócica clássica.

QUESTÃO 30

Sobre as complicações da síndrome nefrótica, analise as afirmativas a seguir:

I. Há risco aumentado de trombose venosa profunda devido ao estado de hipercoagulabilidade.
II. A hipocalemia é manifestação típica, causada pela perda urinária de eletrólitos.
III. Existe maior predisposição a infecções bacterianas graves por perda de imunoglobulinas.
IV. Podem ocorrer distúrbios endócrinos como hipotireoidismo por perda de proteínas ligadoras.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) Apenas I e II.
B) Apenas II e III.
C) Apenas I, III e IV.
D) Apenas II, III e IV.

QUESTÃO 31

O diagnóstico **PROVÁVEL** de uma criança de 9 anos de idade que apresenta edema periorbitário, hematúria macroscópica, hipertensão e complemento sérico C3 reduzido, três semanas após um quadro de faringite, é:

A) Nefropatia por imunoglobulina A recorrente.
B) Glomerulonefrite pós-estreptocócica clássica.
C) Glomerulonefrite rapidamente progressiva grave.
D) Nefrite lúpica em criança com autoimunidade.

QUESTÃO 32

Uma mulher de 60 anos de idade que apresenta hipertensão resistente, sopro abdominal audível e creatinina elevada após início de IECA, tem como etiologia **MAIS** provável:

A) Hiperaldosteronismo primário associado a hipocalemia espontânea.
B) Estenose da artéria renal de origem aterosclerótica.
C) Retinopatia hipertensiva como lesão de órgão-alvo.
D) Hipertensão essencial de longa evolução.

QUESTÃO 33

Sobre a síndrome hepatorrenal, considere as afirmativas a seguir:

I. A síndrome hepatorrenal é caracterizada por vasodilatação esplâncnica e redução da perfusão renal, levando a insuficiência renal funcional sem lesão estrutural significativa.
II. A presença de proteinúria acentuada e hematúria dismórfica são critérios diagnósticos obrigatórios da síndrome hepatorrenal.
III. O tratamento pode incluir vasoconstritores como terlipressina associados à reposição de albumina, visando restaurar a perfusão renal.
IV. O transplante hepático é considerado a terapia definitiva, capaz de reverter o quadro renal em muitos pacientes.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) Apenas I e II.
B) Apenas II e III.
C) Apenas I, III e IV.
D) I, II, III e IV.

QUESTÃO 34

O marcador precoce **MAIS** utilizado para detectar doença renal diabética em pacientes com *Diabetes mellitus* tipo 2 é:

A) Elevação da creatinina sérica detectada em exames de rotina.
B) Presença de microalbuminúria persistente entre 30mg/g e 300mg/g.
C) Proteinúria maciça superior a 3,5g em 24 horas.
D) Hematúria dismórfica acompanhada de cilindros hemáticos.

QUESTÃO 35

Sobre as manifestações renais associadas a neoplasias, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) A síndrome nefrótica associada ao carcinoma de pulmão é classicamente causada por glomeruloesclerose segmentar e focal.
B) A infiltração renal direta por células leucêmicas ou linfomatosas pode levar a insuficiência renal aguda por obstrução tubular.
C) A síndrome nefrótica associada ao carcinoma de cólon é tipicamente relacionada à glomerulopatia membranoproliferativa.
D) A hipercalcemia observada em mieloma múltiplo está geralmente relacionada à secreção ectópica de PTH pelas células plasmáticas.

QUESTÃO 36

A **interpretação** do distúrbio ácido-base de um homem de 72 anos de idade, portador de DPOC, que apresenta pH de 7,47, bicarbonato de 32mEq/L e pressão parcial de dióxido de carbono de 55mmHg, é:

A) Alcalose respiratória com compensação metabólica.
B) Acidose metabólica com compensação respiratória.
C) Estado de equilíbrio ácido-base dentro da normalidade.
D) Distúrbio misto com alcalose metabólica associada à retenção de dióxido de carbono.

QUESTÃO 37

O autoanticorpo que está mais frequentemente associado à glomerulonefrite membranosa primária é o:

A) Contra o receptor da fosfolipase A2 presente nos podócitos.
B) Antimembrana basal glomerular característico da síndrome de Goodpasture.
C) Antidual hélice relacionado ao lúpus eritematoso sistêmico.
D) Fator nefrítico do complemento típico da glomerulopatia por depósitos densos.

QUESTÃO 38

Um homem de 72 anos de idade, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE 28%), hipertensão arterial de longa data e doença arterial coronariana prévia, é internado por descompensação cardíaca com congestão pulmonar, edema periférico e oligúria.

Na admissão, apresenta PA de 95/60mmHg, creatinina sérica de 2,4mg/dL (prévia 1,3mg/dL), ureia de 90mg/dL e sódio sérico de 130mEq/L. Apesar do uso de altas doses de diurético de alça endovenoso, mantém congestão refratária e queda progressiva da taxa de filtração glomerular.

A **MELHOR** interpretação e abordagem **INICIAL** para esse caso é:

A) Trata-se de síndrome cardiorrenal tipo 1, na qual a descompensação cardíaca aguda leva a injúria renal; deve-se otimizar perfusão, considerar vasodilatadores e ajuste da terapia diurética.
B) Trata-se de síndrome cardiorrenal tipo 2, causada por progressão lenta da doença cardíaca crônica; o manejo é baseado em reposição volêmica agressiva.
C) Trata-se de síndrome cardiorrenal tipo 3, na qual a injúria renal aguda precipita insuficiência cardíaca aguda; o tratamento baseia-se em hemodiálise precoce.
D) Trata-se de síndrome cardiorrenal tipo 5, na qual uma condição sistêmica como sepse acomete simultaneamente coração e rim; deve-se iniciar antibióticos de largo espectro.

QUESTÃO 39

Considere um homem de 48 anos de idade, que apresenta febre, perda de peso, hemoptise, creatinina sérica de 4,0mg/dL e hematúria. A sorologia mostra anticorpos anticitoplasma de neutrófilos padrão citoplasmático positivo.

Nesse caso, a conduta **INICIAL** é:

A) Prescrever apenas corticoide oral em dose baixa contínua.
B) Iniciar corticoide em altas doses associado a ciclofosfamida ou rituximabe.
C) Encaminhar imediatamente para diálise sem tratamento imunossupressor.
D) Indicar antibioticoterapia de largo espectro para infecção respiratória.

QUESTÃO 40

Um homem de 62 anos de idade, diabético tipo 2, apresenta albuminúria de 600mg/g, taxa de filtração glomerular de 35mL/min/1,73m² e pressão arterial de 148/86mmHg. Está em uso de inibidor da enzima conversora da angiotensina em baixa dose.

Nesse caso, a **MELHOR** conduta para retardar a progressão da doença renal é:

A) Aumentar a dose do inibidor da enzima conversora da angiotensina e iniciar inibidor do SGLT2.
B) Suspender o inibidor da enzima conversora para evitar risco de hipercalemia.
C) Introduzir anti-inflamatório não esteroidal para controle da dor lombar crônica.
D) Restringir proteínas da dieta para menos de 0,2g/kg/dia de rotina.

ATENÇÃO:
AGUARDE AUTORIZAÇÃO
PARA VIRAR O CADERNO DE PROVA.