



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DA CARREIRA TÉCNICO-ADMINISTRATIVA

# MÉDICO/NEFROLOGIA

**Conhecimento Específico (Questões de 01 a 30)**

**ATENÇÃO:** LEIA AS INSTRUÇÕES atentamente ANTES de iniciar a prova. São de inteira responsabilidade do candidato os eventuais prejuízos decorrentes do não cumprimento das instruções.

**Só abra este caderno quando autorizado.  
Aguarde permissão para iniciar a prova.**

### ENQUANTO AGUARDA:

◆ Verifique se o seu nome, número de inscrição e cargo pretendido correspondem àqueles da etiqueta afixada na carteira na qual você está sentado.

◆ Retire o seu relógio e DESLIGUE quaisquer outros dispositivos elétricos, eletrônicos ou mecânicos que tenha em seu poder. Coloque-os no piso, junto à carteira na qual você está assentado, com quaisquer outros objetos desnecessários para a resolução da prova. É proibido o uso de qualquer tipo de calculadora ou material de consulta.

◆ Mantenha sobre a carteira apenas caneta, o comprovante de inscrição e seu documento de identidade.

### ANTES DE COMEÇAR A FAZER A PROVA:

◆ Verifique se as questões deste caderno estão numeradas de 01 a 30. Caso haja algum problema, solicite a substituição do caderno.

### AO RECEBER O CARTÃO-RESPOSTA:

- ◆ Confira o seu nome e número de inscrição.
- ◆ Assine à tinta, no espaço adequado.

### AO PREENCHER O CARTÃO-RESPOSTA:

- ◆ Utilize caneta esferográfica de tinta azul ou preta.
- ◆ Sua questão receberá pontuação nula se houver marcação de mais de uma alternativa ou se for deixada em branco.
- ◆ O cartão-resposta não deve ser dobrado, amassado ou rasurado.

### AO TERMINAR A PROVA:

- ◆ Levante o braço para chamar os fiscais. Eles irão até você para recolher o cartão-resposta.
- ◆ Você poderá levar este caderno de provas após 2 (duas) horas de prova.
- ◆ Os dois candidatos que permanecerem por último na sala somente poderão sair juntos.

**A duração total da prova, incluindo o preenchimento do cartão-resposta, é de 2h30 (duas horas e trinta minutos).**

**Conhecimento Específico – Questões de 01 a 30**

01. Um paciente de 65 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2, faz uso de metformina 1000 mg/dia e losartan 50 mg 2x/dia. Na consulta de retorno, apresenta Pressão Arterial = 120/70 mmHg, Taxa de Filtração Glomerular estimada pela fórmula CKD-EPI 2021 = 40 mL/min/1,73m<sup>2</sup> e Razão Albumina/Creatinina urinária (RAC) de 250 mg/g.

A alternativa que exhibe a conduta CORRETA recomendada nesse momento com o objetivo de nefroproteção, segundo as atualizações mais recentes, é:

- Iniciar finerenona se potássio sérico normal.
- Iniciar análogo de GLP-1 se a HbA1c estiver acima de 7,5%.
- Prescrever inibidor de SGLT2, independentemente do controle glicêmico.
- Suspender a metformina e iniciar dapaglifozina devido à TFG abaixo de 45 mL/min.

02. Um homem de 72 anos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (IC-FEr) e doença renal crônica (DRC G3b, Cr sérica = 1,86 mg/dL, TFGe 38 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>; RAC 180 mg/g) já em uso de enalapril, furosemida e metoprolol é avaliado 2 semanas após iniciar empaglifozina 10 mg/dia. Nega sintomas novos, PA = 118/68 mmHg, euvolêmico ao exame físico. Seus exames mostram elevação da creatinina sérica para 2,15 mg/dL, TFGe 32 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> e potássio 4,6 mEq/L.

A conduta mais recomendada no caso acima é:

- Suspender a medicação e solicitar doppler de artérias renais para verificar a presença de estenose.
- Trocar a empaglifozina por um inibidor de DPP 4, cujo mecanismo incretínico fornece nefroproteção similar.
- Manter a medicação e monitorar a creatinina, pois uma queda inicial de TFGe desta proporção é esperada.
- Verificar a aderência do paciente ao tratamento, pois seria esperada uma elevação da TFGe após o início da medicação.

03. Homem, 29 anos, com Nefropatia por IgA confirmada há 4 meses (biópsia inicial: M1 E0 S0 T0 C0), TFGe 72 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, PA = 120/74 mmHg (domiciliar semelhante). Recebe, há 90 dias, IECA em dose máxima tolerada, iSGLT2, redução de sal e medidas de estilo de vida. Após esse período, considere o seguinte:

- Cenário 1: proteinúria = 1,2 g/dia; TFGe 72.
- Cenário 2: proteinúria 0,3 g/dia; hematúria macroscópica pós- IVAS; TFGe 70.
- Cenário 3: proteinúria 0,4 g/dia; nova biópsia mostra C1 discreto (5% de crescentes); TFGe 80.

De acordo com as atualizações do KDIGO, assinale em qual (is) cenário (s) há maior indicação de iniciar corticoterapia sistêmica:

- Cenário 1.
- Cenário 3.
- Cenários 1 e 2.
- Cenários 1 e 3.

04. Um paciente de 52 anos, com Doença Renal Crônica (DRC) secundária a Nefropatia Diabética, mantém acompanhamento ambulatorial regular. Durante a consulta, ele questiona sobre a possibilidade de transplante renal. Sua Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe) é de 28 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. O paciente é tabagista ativo, tem histórico de depressão controlada e não apresenta outras queixas.

De acordo com as recomendações do KDIGO 2024, assinale a conduta mais adequada para esse caso:

- a) Calcular o escore KFRE e indicar o transplante se o risco de falência renal em dois anos for superior a 80%.
- b) Contraindicar formalmente o transplante neste momento devido ao tabagismo ativo e ao diagnóstico de transtorno psiquiátrico.
- c) Aguardar o declínio da TFGe para valores inferiores a 20 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> para iniciar o encaminhamento, visando otimizar o tempo de fila de espera.
- d) Encaminhar o paciente imediatamente para um programa de transplante, visto que o encaminhamento é recomendado quando a TFGe é < 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

05. Uma paciente de 28 anos com Nefrite Lúpica Classe IV iniciou tratamento de indução há 3 meses. Durante a consulta de acompanhamento, o médico avalia a resposta terapêutica e o risco de recidiva.

Com base nas orientações do KDIGO 2024 sobre a utilidade de biomarcadores no manejo da doença, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A hematúria microscópica persistente após 6 meses de tratamento, na ausência de proteinúria, confirma a presença de atividade histológica Classe IV (A) residual.
- b) A normalização dos níveis de C3, C4 e anti-dsDNA nos primeiros 3 meses de tratamento é o parâmetro isolado mais confiável para definir a "Resposta Renal Completa".
- c) A redução da proteinúria para valores inferiores a 0,5–0,7 g/dia até o 12º mês de tratamento é um dos preditores mais fortes de preservação da função renal a longo prazo.
- d) O aumento dos títulos de anti-dsDNA, mesmo na ausência de alterações no sedimento urinário ou na proteinúria, é indicação mandatória para re-indução imediata com imunossupressão pesada.

06. Um homem de 38 anos, com diagnóstico de Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD) confirmado por imagem e história familiar, encontra-se em seguimento ambulatorial. Apresenta:

- TFGe (CKD EPI): 72 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>
- Volume renal total ajustado para altura (htTKV) compatível com Classe de Mayo 1D
- PA bem controlada com IECA

De acordo com as recomendações do KDIGO, assinale a estratégia terapêutica mais adequada para reduzir a progressão da doença renal neste paciente:

- a) Iniciar espironolactona e iSGLT2 em dose alta, visando reduzir a progressão cística.
- b) Iniciar tolvaptana e acompanhamento rigoroso de efeitos adversos e função hepática.
- c) Reservar terapia específica apenas para quando a TFGe cair abaixo de 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- d) Otimizar o controle pressórico, pois não há benefício comprovado de terapia específica neste cenário.

07. Uma mulher de 41 anos com Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD) encontra-se em seguimento ambulatorial regular. Apresenta TFGe 88 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, está assintomática do ponto de vista neurológico, apresenta antecedente familiar positivo para DRPAD e nega história pessoal ou familiar conhecida de aneurisma intracraniano ou hemorragia subaracnoide. É secretária. Durante a consulta, a paciente demonstra ansiedade significativa em relação ao risco de aneurisma intracraniano, após ler a respeito da associação entre DRPAD e eventos cerebrovasculares, e solicita “exames preventivos”.

De acordo com as recomendações do KDIGO 2025, assinale a conduta mais adequada em relação ao rastreamento de aneurisma intracraniano nesse caso:

- a) Solicitar angioressonância de crânio apenas se pressão arterial mal controlada.
- b) Não indicar rastreamento de rotina e considerar rastreamento se a paciente desejar, após aconselhamento adequado.
- c) Não realizar rastreamento em nenhuma circunstância, pois a ausência de história familiar contraindica a investigação.
- d) Solicitar angiografia por ressonância magnética cerebral de rotina, pois a DRPAD confere risco aumentado independentemente de antecedentes.

08. Um homem de 48 anos, com diagnóstico de Artrite Reumatoide em atividade e uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais, apresenta quadro de fraqueza muscular proximal progressiva e episódios recorrentes de cólica nefrética. A tomografia computadorizada de abdome revela nefrocalcinose medular bilateral e cálculos renais radiopacos. Os exames laboratoriais evidenciam:

- Sangue: pH 7,28; HCO<sub>3</sub> 15 mEq/L; Na<sup>+</sup> 138 mEq/L; Cl<sup>-</sup> 114 mEq/L; K<sup>+</sup> 3,0 mEq/L.
- Urina: pH urinário 6,5; Na urinário 40 mEq/L; K urinário 25 mEq/L; Cl urinário 35 mEq/L.

Com base nesse quadro clínico e laboratorial, assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE o diagnóstico e a conduta terapêutica imediata:

- a) Acidose Tubular Renal Distal (Tipo 1); iniciar alcalinização com citrato de potássio e investigar síndrome de Sjögren associada.
- b) Acidose Tubular Renal Tipo 4 (Hipoaldosteronismo); suspender anti-inflamatórios e iniciar espironolactona para controle da calemia.
- c) Acidose Tubular Renal Distal (Tipo 1); prescrever bicarbonato de sódio isolado, visando pH urinário > 7,0 para dissolução de cálculos.
- d) Acidose Tubular Renal Proximal (Tipo 2); iniciar reposição de bicarbonato em altas doses (10-15 mEq/kg/dia) associado a tiazídicos para controle da calciúria.

09. Um homem de 56 anos, tabagista (30 maços-ano) e diabético tipo 2 há 4 anos (última HbA1c 6,8%), procura o serviço de nefrologia com quadro de edema de membros inferiores iniciado há 2 meses, associado a cansaço aos esforços. Nega hematúria macroscópica.

Exames iniciais:

- Albumina sérica: 2,1 g/dL; Creatinina: 1,1 mg/dL (TFGe 82 mL/min).
- Proteína urinária de 24h: 6,8 g.
- Sedimento urinário: 3 hemácias/campo; ausência de cilindros.
- Sorologias: HIV, Sífilis e Hepatites negativas. C3 e C4: normais.

A biópsia renal por agulha revela espessamento difuso da membrana basal glomerular, com presença de "spikes" na coloração de Prata (PAMS) e depósitos granulares de IgG e C3 na imunofluorescência. O anticorpo anti-PLA2R sérico é positivo.

De acordo com as diretrizes do KDIGO 2021, assinale a alternativa CORRETA sobre o caso acima:

- a) Deve-se iniciar terapia imunossupressora com o Protocolo de Ponticelli como primeira linha, dispensando o rastreio para neoplasias ocultas.
- b) Deve-se realizar rastreio de neoplasias sólidas apropriado para a idade, pois os achados não excluem a possibilidade de uma neoplasia subjacente.
- c) Deve-se classificar o caso como Nefropatia Diabética estágio IV e iniciar bloqueio triplo com IECA, SGLT2i e antagonista de receptor mineralocorticoide não esteroide.
- d) Deve-se solicitar a pesquisa de anticorpos anti-THSD7A e anti-NELL1; se ambos forem negativos, iniciar ciclofosfamida associada a pulsoterapia com metilprednisolona (Protocolo de Ponticelli).

10. Homem, 68 anos, DM2/HAS, em uso de Enalapril, Empagliflozina e Metformina. Admitido com Lesão Renal Aguda estágio 3, oligúria, K<sup>+</sup>: 6,2 mEq/L e Na<sup>+</sup> urinário: 12 mEq/L.

Assinale a alternativa que descreve a conduta e a justificativa mais adequadas nesse cenário:

- a) Manter o Enalapril para proteção hemodinâmica a longo prazo; suspender apenas a Metformina pelo risco iminente de acidose láctica grave.
- b) Suspender as três drogas; o IECA prejudica a autorregulação da eferente e o iSGLT2 eleva o risco de cetoacidose euglicêmica no paciente crítico.
- c) Suspender a Empagliflozina e a Metformina; manter o IECA, pois o baixo sódio urinário indica preservação da filtração glomerular via Angiotensina II.
- d) Suspender todas as medicações; a reposição volêmica é a única medida necessária, pois o iSGLT2 causa apenas queda funcional da filtração sem risco de NTA.

11. Uma paciente de 58 anos, na pós-menopausa, apresenta-se com o quarto episódio de cistite aguda em 10 meses. Relata que as infecções ocorrem independentemente de sua higiene perineal ou hábitos miccionais. Exames prévios confirmam *Escherichia coli* multissensível em todos os episódios. Ao exame físico, nota-se atrofia de mucosa vaginal.

Assinale a conduta que apresenta o maior nível de evidência para a redução de recorrências nessa paciente:

- a) Prescrever metenamina associada à vitamina C para acidificação urinária.
- b) Orientação rigorosa sobre o padrão de limpeza perineal e troca frequente de roupas íntimas de tecidos sintéticos por algodão.
- c) Início de estrogênio terapia por via oral e recomendação de micção pós-coital imediata como principal medida comportamental.
- d) Prescrição de estrogênio por via vaginal e orientação de incremento na ingestão hídrica diária para um volume alvo de 2 a 3 litros.

12. Um dos principais determinantes da apresentação clínica (Síndrome Nefrítica vs. Nefrótica) é o sítio anatômico da injúria imunomediada dentro do glomérulo. Com base na fisiopatologia das doenças glomerulares, analise as afirmações abaixo:

- I. Depósitos no espaço subendotelial e no mesângio tendem a causar inflamação (nefrite) porque estas células têm contato direto com mediadores circulantes e células inflamatórias.
- II. Depósitos subepiteliais (adjacentes aos podócitos) geralmente não geram resposta inflamatória exuberante (hematúria/leucocitúria), pois estão separados da circulação sistêmica pela Membrana Basal Glomerular (MBG).
- III. A presença de crescentes epiteliais é mediada principalmente por células parietais e macrófagos, sendo característica de lesões inflamatórias graves.

Está CORRETO o que se afirma em:

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

13. O controle do Hiperparatireoidismo Secundário (HPTS) na Doença Renal Crônica avançada sofreu uma mudança de paradigma com a introdução dos agentes calcimiméticos. Sobre o Cinacalcet, assinale a alternativa que descreve CORRETAMENTE seu mecanismo de ação e efeitos fisiológicos sistêmicos:

- a) Liga-se diretamente ao sítio ortostérico do receptor de Vitamina D (VDR) no núcleo das células principais da paratireoide, mimetizando a ação do Calcitriol na supressão da transcrição do gene do PTH.
- b) É um modulador alostérico negativo que reduz a afinidade do receptor CaSR pelo cálcio, permitindo que níveis menores de calcemia sejam interpretados pela paratireoide como suficientes para interromper a secreção de PTH.
- c) Atua como um antagonista competitivo nos receptores CaSR localizados nos túbulos renais e osso, promovendo o efluxo de cálcio do compartimento mineral para o intravascular, o que resulta em hipercalcemia leve.
- d) Atua como um modulador alostérico positivo do receptor sensor de cálcio (CaSR) nas glândulas paratireoides, aumentando a sensibilidade do receptor ao cálcio extracelular e deslocando a curva de sigmoide PTH-Cálcio para a esquerda.

14. Paciente de 68 anos, em hemodiálise há 3 anos, utiliza alfapoiatina 4.000 UI 3x/semana e reposição oral de ferro. Apresenta Hemoglobina de 9,2 g/dL. O perfil de ferro revela:

- Ferritina: 650 ng/mL.
- Saturação de Transferrina (TSAT): 18%.
- PCR (Proteína C Reativa): 12 mg/L (valor de referência < 1,0 mg/L).

Considerando as recomendações do KDIGO 2026, assinale a conduta mais adequada:

- a) Realizar um curso de ferro endovenoso visando elevar a TSAT para > 20%, mesmo com a ferritina acima de 500 ng/mL.
- b) Dobrar dose de Epoetina para 20.000 UI/semana, uma vez que o "teto" de ferritina para reposição de ferro em pacientes inflamados é de 500 ng/mL.
- c) Suspender imediatamente qualquer reposição de ferro, visto que a ferritina acima de 500 ng/mL associada à PCR elevada indica risco iminente de toxicidade oxidativa e hemossiderose sistêmica.
- d) Iniciar apenas Vitamina C e complexo B para otimizar a utilização do ferro estocado, visto que a ferritina elevada com TSAT baixa é um marcador de "ferro sequestrado" que não responde à suplementação exógena.

15. Um homem de 45 anos com TCE grave encontra-se no 4º dia de internação em UTI, estável do ponto de vista ventilatório, mas com tendência à hipotensão. Exames laboratoriais: Na<sup>+</sup> sérico: 126 mEq/L; Osm plasmática: 258 mOsm/kg; Na<sup>+</sup> urinário: 115 mEq/L; Osm urinária: 540 mOsm/kg; Ácido úrico: 2,2 mg/dL. Exame Físico: Paciente apresenta mucosas secas, turgor cutâneo diminuído, balanço hídrico negativo acumulado de 1.500 mL e PVC de 2 mmHg.

Diante do quadro de hiponatremia acima, assinale a conduta mais adequada:

- a) Iniciar infusão de Solução Salina Hipertônica (3%) pois o quadro é típico de SIADH.
- b) Prescrever Vaptanos (antagonistas do receptor V2) e norepinefrina, pois o quadro é típico de SIADH.
- c) Iniciar reposição volêmica endovenosa além de furosemida, pois o quadro é típico de Síndrome Cerebral Perdedora de Sal.
- d) Iniciar reposição volêmica com Solução Salina Isotônica (0,9%), pois o quadro é típico de Síndrome Cerebral Perdedora de Sal.

16. Uma paciente transplantada renal de 50 anos, em uso de esquema tríplice (Tacrolimus + Micofenolato + Prednisona), apresenta diarreia crônica (4 a 5 episódios ao dia), sem febre ou sinais de infecção viral (Pesquisa de CMV negativa). Além disso, apresenta leucopenia persistente (Leucócitos: 2.800/mm<sup>3</sup>). Você decide realizar um ajuste no regime de manutenção.

De acordo com o perfil de efeitos colaterais dos imunossuppressores, a sua recomendação para essa paciente seria:

- a) Substituir o Tacrolimo por Sirolimo.
- b) Trocar o Tacrolimo por Ciclosporina.
- c) Reduzir a dose ou suspender temporariamente o Micofenolato.
- d) Iniciar Azatioprina em dose dobrada para substituir o micofenolato.

17. Um paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticado há 5 anos apresenta queda rápida da função renal e proteinúria.

Assinale a alternativa que apresenta dados que justificariam a realização de uma biópsia renal para investigar outra doença associada:

- a) Hipertensão arterial sistêmica de difícil controle.
- b) Tempo de diagnóstico de diabetes inferior a 10 anos.
- c) Ausência de retinopatia diabética ao exame de fundo de olho.
- d) Presença de hematúria com dismorfismo eritrocitário no sedimento urinário.

18. Paciente de 58 anos com DRC estágio 3 e hipertensão controlada inicia uso de anti-inflamatório não esteroideal por lombalgia. Após 7 dias, apresenta aumento da creatinina de 1,4 para 2,1 mg/dL. O exame de urina 1 é normal.

O mecanismo mais provável da piora da função renal é:

- a) Vasodilatação da arteríola aferente.
- b) Vasoconstrição da arteríola aferente.
- c) Aumento da pressão intraglomerular.
- d) Necrose tubular direta independente da hemodinâmica.

19. Um homem de 42 anos apresenta litíase de repetição por cálculos de oxalato de cálcio. A investigação metabólica em urina de 24h revela: Cálcio 380 mg (VR: < 250) e Citrato 180 mg (VR: > 450). ácido úrico e oxalato urinários estão normais.

Assinale a conduta adequada nesse caso:

- a) Iniciar citrato de potássio e dieta hipossódica.
- b) Associar citrato de potássio e restrição de cálcio dietético.
- c) Prescrever hidroclorotiazida e restrição de oxalato dietético.
- d) Orientar aumento da ingestão hídrica e dieta pobre em purinas.

20. Um paciente de 55 anos, sedentário e com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, apresenta em consulta de rotina média de pressão arterial de 134/84 mmHg. Ele não apresenta lesões de órgão-alvo aparentes e sua função renal é preservada. De acordo com as recomendações da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, assinale a alternativa que exibe a classificação CORRETA e a conduta mais adequada para esse caso:

- a) Pressão Normal; reforçar hábitos saudáveis e reavaliar em 1 ano.
- b) Hipertensão Estágio 1; iniciar imediatamente terapia combinada com dois fármacos em doses baixas.
- c) Pré-hipertensão; iniciar mudanças no estilo de vida e considerar tratamento farmacológico imediato devido ao risco cardiovascular.
- d) Pré-hipertensão; iniciar apenas mudanças no estilo de vida, reservando o tratamento medicamentoso apenas se a pressão atingir valores  $\geq 140/90$  mmHg.

21. Um homem de 62 anos, ex-tabagista (35 maços-ano), apresenta hematúria microscópica persistente (> 3 hemácias/campo) sem dismorfismo eritrocitário em três exames consecutivos, sem evidência de infecção urinária ou proteinúria. Ele é hipertenso em uso de losartana.

Assinale a alternativa que apresenta o próximo passo na investigação da alteração encontrada:

- a) Ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- b) Urotomografia (TC multislice com contraste) e cistoscopia.
- c) Citologia urinária seriada e vigilância urina tipo 1 semestral.
- d) Angiotomografia de artérias renais para descartar síndrome de Nutcracker.

22. Um paciente com DRC estágio 4 (TFG 22 ml/min) apresenta PTH de 450 pg/mL, Fósforo de 5.5 mg/dL e Cálcio de 9.2 mg/dL. Segundo o KDIGO, assinale a primeira recomendação para o manejo do PTH desse paciente:

- a) Iniciar quelante de fósforo e cinacalcete.
- b) Realizar biópsia óssea para descartar doença óssea adinâmica.
- c) Corrigir a hiperfosfatemia e verificar se há deficiência de vitamina D.
- d) Prescrever Calcitriol para suprimir a paratireoide, independente do fósforo.

23. Assinale a alternativa que contém a recomendação CORRETA para a vacinação de Hepatite B em pacientes em terapia renal substitutiva:

- a) Dose padrão de 20mcg em 3 doses.
- b) Vacinação contraindicada pelo risco de anafilaxia.
- c) Aplicação via intradérmica para aumentar a imunogenicidade.
- d) Dose dobrada (40mcg) aplicada em 4 doses (0, 1, 2 e 6 meses).

24. Um paciente de 35 anos, submetido a transplante renal há 10 dias (Doador Falecido, PAINEL de Reatividade de Anticorpos - PRA prévio de 0%), apresenta elevação súbita de creatinina de 1.2 mg/dL para 2.8 mg/dL. A biópsia renal revela glomerulite, capilarite peritubular intensa e deposição linear de C4d em capilares peritubulares.

Considerando esse caso, o tratamento de primeira linha seria:

- a) hidratação e suporte clínico.
- b) ajuste de dose da imunossupressão vigente.
- c) pulsoterapia com Metilprednisolona e posteriormente prednisona oral.
- d) plasmaférese, Imunoglobulina Humana (IVIG) e possivelmente Rituximabe.

25. Um paciente de 67 anos, hipertenso de longa data, diabético e ex-tabagista, apresenta-se com piora progressiva do controle pressórico nos últimos 6 meses, apesar do uso de Anlodipino (5mg/dia), Clortalidona (25mg/dia) e Carvedilol (25mg 12/12h). Ao exame físico, apresenta sopro abdominal em flanco esquerdo. Um Doppler de artérias renais revela estenose de 75% em artéria renal esquerda (unilateral) com placa aterosclerótica. A função renal é estável (Creatinina 1.2 mg/dL).

Assinale a conduta inicial recomendada, baseada nas evidências atuais:

- a) Indicar Revascularização Cirúrgica convencional, por se tratar de doença aterosclerótica em idoso.
- b) Encaminhar imediatamente para Angioplastia com colocação de Stent, dado o grau de estenose (> 70%).
- c) Suspende o Carvedilol e manter apenas observação semestral com Doppler, evitando o uso de IECA pelo risco de LRA.
- d) Iniciar terapia médica otimizada com adição de IECA ou BRA, controle rigoroso de dislipidemia e antiagregação plaquetária.

26. Paciente em tratamento para Câncer de Pulmão de Pequenas Células inicia quimioterapia com cisplatina. No 7º dia após o ciclo, apresenta elevação de creatinina e hipomagnesemia severa. O mecanismo fisiopatológico principal da lesão renal por esse agente e a medida preventiva mais eficaz são, respectivamente:

- a) Microangiopatia Trombótica (MAT); prevenção com plasmaférese.
- b) Obstrução intratubular por cristais; prevenção com alcalinização urinária.
- c) Necrose Tubular Aguda; prevenção com hidratação vigorosa com solução salina.
- d) Nefrite Intersticial Aguda (NIA) imuno-mediada; prevenção com corticoide profilático.

27. Um paciente de 48 anos, com hipertensão resistente (uso de 4 classes de anti-hipertensivos, incluindo espironolactona 25mg), apresenta potássio sérico de 3,1 mEq/L. Após suspensão da espironolactona por 6 semanas e normalização do potássio com suplementação, os exames revelam: Aldosterona plasmática de 28 ng/dL e Atividade de Renina Plasmática (ARP) de 0,4 ng/mL/h (Relação Aldosterona/Renina = 70).

O próximo passo para confirmar o diagnóstico e planejar o tratamento definitivo será:

- a) Realizar coleta de sangue das veias adrenais por cateterismo e caso a aldosterona esteja alta, realizar embolização.
- b) Solicitar ressonância magnética de adrenais; se houver nódulo unilateral, encaminhar para adrenalectomia.
- c) Iniciar tratamento com doses mais altas de eplerenona, e caso o controle pressórico seja efetivo, realizar tomografia de adrenais.
- d) Realizar teste de supressão (ex: sobrecarga salina ou teste de fludrocortisona) e, se positivo, realizar tomografia de adrenais.

28. Um paciente em hemodiálise apresenta febre persistente e hemoculturas positivas para *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina (MSSA). Apesar da antibioticoterapia adequada, ele mantém picos febris após 72h. O ecocardiograma transesofágico inicial é negativo para vegetações. Você deve orientar o paciente sobre a necessidade de:

- a) manter o cateter e trocar a antibioticoterapia para daptomicina de amplo espectro.
- b) realizar 'lock-terapia' (selo) com cefalotina e manter o acesso para evitar perda de via.
- c) observar por mais 48h sem alteração de conduta, aguardando a redução do biofilme.
- d) remover o cateter imediatamente e investigar focos metastáticos (ex: endocardite, osteomielite).

29. Sobre as normas de funcionamento dos serviços de diálise no Brasil, assinale a alternativa que descreve uma exigência normativa CORRETA:

- a) A proporção mínima de segurança para o turno de diálise é de 1 médico nefrologista para cada 50 pacientes.
- b) O reuso de dialisadores é permitido para pacientes HBsAg positivos, desde que processados em máquina automática exclusiva.
- c) A análise bacteriológica da água deve ser mensal (limite 100 UFC/mL) e a presença de endotoxinas monitorada (< 0,25 UE/mL).
- d) O descarte do dialisador no reuso é obrigatório quando o volume interno do compartimento de sangue (*priming*) for inferior a 90% do valor inicial.

30. Paciente de 68 anos, com dores ósseas e anemia, apresenta Lesão Renal Aguda (Creatinina: 4,2 mg/dL). O sumário de urina (Urina I) revela fita reagente negativa para proteínas, mas o teste de precipitação pelo ácido sulfossalicílico (ASS) é fortemente positivo (3+/4+). A biópsia renal confirma Nefropatia por Cilindros (Rim do Mieloma).

Considerando as propriedades bioquímicas das proteínas envolvidas e a metodologia dos exames citados, assinale a alternativa que explica o fato de a fita reagente apresentar resultado negativo apesar da presença massiva de proteínas na urina:

- a) A fita reagente utiliza o princípio do erro proteico dos indicadores, possuindo alta sensibilidade para a albumina (aniônica), mas baixa afinidade pelas cadeias leves monoclonais (catiônicas).
- b) As cadeias leves de Bence-Jones são filtradas em sua forma polimerizada, o que impede a reação cromática com o reagente de tetrabromofenol da fita.
- c) O pH urinário de 5.5 neutraliza a reatividade da fita, que exige um meio alcalino para detectar proteínas globulares não albuminas.
- d) A fita reagente detecta apenas proteínas com peso molecular superior a 66 kDa, excluindo as cadeias leves que possuem aproximadamente 22 kDa.

**RASCUNHO DO GABARITO**

Específica				
01	(A)	(B)	(C)	(D)
02	(A)	(B)	(C)	(D)
03	(A)	(B)	(C)	(D)
04	(A)	(B)	(C)	(D)
05	(A)	(B)	(C)	(D)
06	(A)	(B)	(C)	(D)
07	(A)	(B)	(C)	(D)
08	(A)	(B)	(C)	(D)
09	(A)	(B)	(C)	(D)
10	(A)	(B)	(C)	(D)
11	(A)	(B)	(C)	(D)
12	(A)	(B)	(C)	(D)
13	(A)	(B)	(C)	(D)
14	(A)	(B)	(C)	(D)
15	(A)	(B)	(C)	(D)

Específica				
16	(A)	(B)	(C)	(D)
17	(A)	(B)	(C)	(D)
18	(A)	(B)	(C)	(D)
19	(A)	(B)	(C)	(D)
20	(A)	(B)	(C)	(D)
21	(A)	(B)	(C)	(D)
22	(A)	(B)	(C)	(D)
23	(A)	(B)	(C)	(D)
24	(A)	(B)	(C)	(D)
25	(A)	(B)	(C)	(D)
26	(A)	(B)	(C)	(D)
27	(A)	(B)	(C)	(D)
28	(A)	(B)	(C)	(D)
29	(A)	(B)	(C)	(D)
30	(A)	(B)	(C)	(D)