



COORDENADORIA GERAL DE GESTÃO DE TALENTOS
COORDENADORIA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

CONCURSO PÚBLICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NÍVEL SUPERIOR
MANHÃ

ESPECIALIDADE MÉDICA

23- NEFROLOGIA

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 4h (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno, que contém **60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

CONTEÚDO	QUESTÕES
Língua Portuguesa	01 a 10
SUS	11 a 20
Específico do cargo / Especialidade Médica a que concorre	21 a 60

3. Observe as seguintes recomendações relativas ao **CARTÃO-RESPOSTA**:
 - verifique, no seu **cartão**, o seu nome, o número de inscrição e o número de seu documento de identidade;
 - o **CARTÃO-RESPOSTA** será o **único documento válido** para correção eletrônica através de leitura óptica, e seu preenchimento e respectiva **assinatura** são de inteira responsabilidade do candidato;
 - a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, **fortemente**, com caneta esferográfica, obrigatoriamente de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada, para assegurar a perfeita leitura óptica.
4. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
5. O candidato será automaticamente **excluído** do certame se for **surpreendido**:
 - consultando, no decorrer da prova, qualquer tipo de material impresso, anotações ou similares, ou em comunicação verbal, escrita, ou gestual, com outro candidato;
 - utilizando aparelhos eletrônicos, tais como: telefone celular, bip, *walkman*, rádio receptor/transmissor, gravador, agenda eletrônica, *notebook*, calculadora, *palmtop*, relógio digital com receptor ou qualquer outro meio de comunicação ativa ou passiva. **O telefone celular** deverá permanecer desligado, desde o momento da entrada no local de prova **até a saída do candidato do respectivo local**;
6. O candidato somente poderá se retirar definitivamente do recinto de realização da prova, entregando o **CARTÃO-RESPOSTA devidamente assinado**, após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**. No entanto, **SÓ PODERÁ copiar seus assinalamentos feitos no CARTÃO-RESPOSTA** em formulário próprio entregue pela instituição organizadora do concurso, **DURANTE OS 30 min (TRINTA MINUTOS) QUE ANTECEDEREM AO TÉRMINO DA PROVA**.
7. Ao terminar a prova o candidato entregará, obrigatoriamente, ao Fiscal de Sala, o seu **CARTÃO-RESPOSTA** e o **CADERNO DE QUESTÕES**, sob pena de exclusão do certame.
8. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados **somente** quando **todos** tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado e tenham sido entregues todos os **CARTÕES-RESPOSTA** e **CADERNOS DE QUESTÕES**, sendo obrigatório o registro dos seus nomes na ata de aplicação de prova.
9. **O FISCAL NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.**
10. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, no segundo dia útil seguinte ao de realização da prova, estando disponível, também, no site <http://concursos.rio.rj.gov.br>

2013

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

Texto: Vírus mortal se espalha pelo planeta

Coronavírus que já matou 40 pessoas chega à África

Um novo tipo de coronavírus (NCoV), que poderia desencadear sintomas como pneumonia e falência renal, alastra-se no mundo. Ontem, um homem de 66 anos, supostamente infectado na Arábia Saudita, morreu na Tunísia. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), este seria o primeiro registro da cepa na África.

O Oriente Médio é a região com maior ocorrência deste coronavírus. Somente a Arábia Saudita concentra 22 dos 41 casos conhecidos em todo o mundo, além de nove das 20 mortes.

Até poucos meses atrás, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas. Mas agora a OMS acredita que este modo de infecção é provável, desde que o contato seja próximo e prolongado.

A França, por exemplo, registrou um caso de contaminação no último dia 12 dentro de um hospital, quando um paciente foi internado, por três dias, no mesmo quarto que uma pessoa cuja infecção já havia sido confirmada.

Pesquisadores temem que o coronavírus sofra mutações que o tornem mais facilmente transmissível, o que poderia provocar uma pandemia.

O NCoV é da mesma família do vírus que causou o surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS, na sigla em inglês) em 2003, quando mais de 770 pessoas morreram.

Problemas respiratórios

O homem tunisiano, diabético, vinha reclamando de problemas respiratórios desde o seu retorno da Arábia Saudita. Ele morreu em um hospital na cidade costeira de Monastir. Dois de seus filhos também contraíram o vírus, mas responderam ao tratamento.

- Estes casos na Tunísia não mudaram a nossa avaliação de risco, embora mostrem que o vírus ainda está se espalhando - alertou o porta-voz da OMS, Gregory Hartl.

Além da Arábia Saudita, já foram registradas ocorrências do NCoV em Jordânia, Qatar, Emirados Árabes, Alemanha, Reino Unido e França.

- Todos os casos na Europa tiveram uma conexão direta ou indireta com aqueles que vimos no Oriente Médio, incluindo dois registros com histórico recente de viagem para os Emirados Árabes Unidos - observou Hartl.

A origem do NCoV seria o Oriente Médio. Segundo a OMS, os morcegos, aparentemente, servem como vetores de transmissão.

Publicado em O Globo, 21/05/13

01. Uma característica do texto lido que não contribui para conferir credibilidade ao que se escreve é:
- (A) apresentação de exemplos
(B) reprodução de texto alheio, citação, com indicação de autoria
(C) construção um tanto impessoal, da perspectiva da terceira pessoa
(D) presença de subtítulo ou lide

Considere a seguinte frase, que compõe o quinto parágrafo, para responder às questões de números 02 e 03:

“Pesquisadores temem que o coronavírus sofra mutações que o tornem mais facilmente transmissível, o que poderia provocar uma pandemia.”

02. Nesse contexto, o advérbio **facilmente** expressa uma circunstância diferente daquela que denota a palavra destacada em:
- (A) “Um homem tunisiano passou **mal** desde o retorno da Arábia Saudita.”
(B) “**Somente** a Arábia Saudita concentra 22 dos 41 casos conhecidos em todo o mundo...”
(C) “Segundo a OMS, os morcegos, **aparentemente**, servem como vetores de transmissão.”
(D) “É preciso definir, **depressa**, condutas que evitem a contaminação.”
03. O verbo **sofrer**, na frase, está flexionado no tempo presente do modo subjuntivo. Também precisa ser conjugado no mesmo tempo e modo o verbo entre parênteses em:
- (A) Pesquisas demonstram que o NCoV ___ à família do vírus que causou o surto de SARS, em 2003. (pertencer)
(B) Verifica-se que os casos na Europa ___ uma conexão direta ou indireta com os que ocorreram no Oriente Médio. (ter)
(C) As autoridades lamentam que o vírus ainda ___ se espalhando. (permanecer)
(D) Muitos afirmam que as evidências de transmissão pessoa a pessoa ___ limitadas. (manter-se)
04. A série em que as palavras são acentuadas em obediência às mesmas regras que exigem acentuação gráfica de, respectivamente, **Tunísia**, **próximo**, **saúde** é:
- (A) Arábia, último, respiratórios
(B) árabes, África, transmissível
(C) falência, histórico, vírus
(D) Jordânia, diabético, contraíram

Considere as frases que compõem o terceiro parágrafo para responder às questões de números 05, 06 e 07.

“Até poucos meses atrás, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas. Mas agora a OMS acredita que este modo de infecção é provável, desde que o contato seja próximo e prolongado.”

05. A conjunção **mas**, que inicia a segunda frase, sem alteração do sentido do parágrafo, **NÃO** poderia ser substituída por:

- (A) entretanto
- (B) todavia
- (C) portanto
- (D) contudo

06. Ao se substituir por um verbo a palavra **até**, que inicia o parágrafo, é correta a seguinte redação:

- (A) A poucos meses, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas.
- (B) Vão para poucos meses, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas.
- (C) Fazem poucos meses, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas.
- (D) Há poucos meses, as evidências de transmissão pessoa a pessoa eram limitadas.

07. O segmento **desde que o contato seja próximo e prolongado** articula-se ao início da frase expressando uma relação de:

- (A) finalidade
- (B) proporção
- (C) temporalidade
- (D) condição

08. “... um paciente foi internado, por três dias, no mesmo quarto que uma pessoa **cuja** infecção já havia sido confirmada.” – 4º parágrafo. O pronome relativo em destaque está corretamente precedido de preposição, obedecendo às regras relativas à regência verbal, na seguinte frase:

- (A) Há pessoas de **cujos** elogios e amizade depende a felicidade de outras.
- (B) Eis as evidências de **cuja** veracidade acreditamos totalmente.
- (C) O supermercado de **cujos** produtos estão em promoção fica muito longe.
- (D) O autor, de **cuja** obra reconheci imediatamente, é esse.

09. Considere uma situação comunicativa em que a intenção é observar certo grau de formalidade ao se empregar a língua com maior monitoramento, num patamar mais cuidado. Dentre as frases a seguir, a construção apropriada é:

- (A) É preferível escolher a disseminação das ideias pesquisadas, no qual há peculiar atrativo para cientistas e cidadãos em vez de acobertar informações.
- (B) É válido escolher o registro das novas pesquisas que estão sendo feitas, que interessam para cientistas como para cidadãos e não a sonegação de informações.
- (C) É forçoso preferir a divulgação das pesquisas desenvolvidas, de particular interesse tanto para cientistas quanto para cidadãos, ao ocultamento de informações.
- (D) É melhor preferir a difusão das pesquisas desenvolvidas, as quais interferem na vida de cientistas e de cidadãos comuns do que esconder informações.

10. “Alegando que todos os casos na Europa têm uma conexão com o Oriente Médio, a OMS está se opondo àqueles que declaram que o vírus migrou para a Europa.”

Uma outra **redação** em que se mantém a correção, a lógica e o sentido original dessa **frase** é:

- (A) Ao alegar que todos os casos na Europa têm uma conexão com o Oriente Médio, a OMS oporia-se a quem declara haver o vírus migrado para a Europa.
- (B) Ao alegar que todos os casos na Europa têm uma conexão com o Oriente Médio, a OMS opõe-se a quem declara ter o vírus migrado para a Europa.
- (C) Caso alegasse que todos os casos na Europa têm uma conexão com o Oriente Médio, a OMS se oporá àqueles que declaram que o vírus migrara para a Europa.
- (D) Caso alegue que todos os casos na Europa têm uma conexão com o Oriente Médio, a OMS se opunha aos que declaram que o vírus migrou para a Europa.

SUS

11. A continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado, caracteriza a:
- (A) territorialização da atenção
 - (B) longitudinalidade do cuidado
 - (C) universalização do acesso
 - (D) adscrição do usuário
12. Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, faz-se necessária a pactuação entre todos os gestores envolvidos. Do conjunto de responsabilidades e ações complementares, as que **NÃO** são compartilhadas e devem ser assumidas em cada município são:
- (A) a assistência em Saúde e as ações de reabilitação
 - (B) a mobilização Social e as ações de educação popular
 - (C) a vigilância sanitária e as ações de monitoramento
 - (D) a atenção básica e as ações básicas de vigilância em saúde
13. As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite. Esta é uma das premissas do Pacto de Gestão que orientam o processo de:
- (A) regionalização
 - (B) financiamento
 - (C) descentralização
 - (D) planejamento
14. O Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentando a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Com base nesse decreto, o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, refere-se:
- (A) à Região de Saúde
 - (B) ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
 - (C) ao Mapa da Saúde
 - (D) à Rede de Atenção à Saúde
15. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto na Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde, no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º devem ser considerados os recursos decorrentes da:
- (A) aplicação financeira do Fundo Nacional, Estadual e Municipal de saúde
 - (B) arrecadação do percentual do INSS, IRF e do PIB
 - (C) dotação orçamentária do exercício anterior, acrescida do percentual da inflação prevista para o exercício seguinte
 - (D) dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa

16. Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, e valorizar os profissionais de saúde, estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários, são responsabilidades:
- (A) do gestor municipal
 - (B) do gestor estadual
 - (C) das três esferas de governo
 - (D) dos Ministérios da Saúde e de Educação
17. No âmbito do SUS, é essencial, para a reorganização da atenção básica, o investimento em ações coletivas e a reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial, em um dado território. O desenvolvimento de atividades com base no diagnóstico situacional para o planejamento e a programação e tendo como foco a família e a comunidade é alcançado por meio da:
- (A) Estratégia Saúde da Família
 - (B) hierarquização do sistema da saúde
 - (C) prevenção dos agravos em saúde
 - (D) Promoção de Saúde
18. Para o cálculo do teto máximo de equipes de Saúde da Família (ESF), de agentes comunitários de saúde, de equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso *per capita* definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde. Para os agentes comunitários de saúde, a fórmula a ser aplicada é:
- (A) Número de ESF do município/8
 - (B) População/400
 - (C) População/2.400
 - (D) Número de ESF do município/10
19. A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, define as competências por esferas. De acordo com essa lei, compete à direção municipal do SUS:
- (A) participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das condições dos ambientes de trabalho, além de coordenar a política de saúde do trabalhador
 - (B) estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano
 - (C) gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros
 - (D) participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico
20. O documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS, é o:
- (A) Mapa da Saúde
 - (B) Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
 - (C) Contrato Organizativo
 - (D) RENAME

**ESPECÍFICO DO CARGO / ESPECIALIDADE MÉDICA
A QUE CONCORRE**

21. Paciente masculino, de 62 anos de idade, hipertenso, com queixa de dor lombar, faz uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES). Sobre os AINES, pode-se afirmar que:
- (A) não são causadores de síndrome nefrótica
 - (B) seu efeito na hemodinâmica renal deve-se ao aumento do nível das prostaglandinas
 - (C) não são causa comum de lesão renal aguda
 - (D) os inibidores seletivos e não seletivos da COX2 podem causar lesão renal
22. Paciente idoso, com dificuldade de deambulação, foi levado ao hospital com rebaixamento do nível de consciência. Na emergência, o sódio sérico era de 110 mEq/l. Sobre a avaliação desse caso, deve-se considerar que:
- (A) os níveis de Na urinário não têm importância na avaliação diagnóstica
 - (B) a hiponatremia pode ser causada por diuréticos
 - (C) quando há suspeita de SIADH, a avaliação da função tireoidiana e adrenal é dispensável
 - (D) somente é encontrada em pacientes hipervolêmicos
23. Paciente de 70 anos de idade, com IRC em tratamento conservador, vem apresentando febre e retenção urinária há 2 dias. Os exames laboratoriais evidenciaram creatinina 3,8 mg/dl (creatinina de base: 2,5 mg/dl) e potássio: 7,2 mEq/l. No tratamento da hiperpotassemia deve-se observar que:
- (A) a infusão de gluconato de cálcio leva à redução do potássio sérico
 - (B) a hemofiltração é melhor que a hemodiálise para remoção rápida de potássio
 - (C) o uso de bicarbonato não é fundamental no tratamento medicamentoso
 - (D) o uso de Beta 2 agonista e glicoinsulinoterapia antes da diálise não altera a remoção de potássio durante a hemodiálise
24. A injúria renal aguda está relacionada a um risco aumentado de infecções. Todos os fatores a seguir relacionam-se ao risco aumentado de infecção, **EXCETO**:
- (A) hipervolemia
 - (B) desnutrição
 - (C) alcalose metabólica
 - (D) uremia
25. Paciente de 80 anos de idade, com história de dor precordial típica, foi submetido à cateterismo cardíaco com angioplastia e implante de *stent* em artéria descendente anterior. Houve resolução da dor torácica. Dois dias depois, apresentou dor no hálux do pé direito, que ficou com a coloração arroxeadada. Sobre o ateroembolismo e doença renal, pode-se afirmar que:
- (A) o ateroembolismo não tem relação com a estenose de artéria renal
 - (B) o início das manifestações clínicas pode ser súbito, mas pode ocorrer também no período de semanas a meses
 - (C) o tratamento deve ser feito com anticoagulação sistêmica
 - (D) a eosinofilia não faz parte da apresentação clínica
26. Paciente de 32 anos de idade e história de SIDA, foi internado com dispneia intensa devido à pneumocistose pulmonar. Após dois dias do início do tratamento com sulfametoxazol-trimetropin venoso, houve piora da creatinina e a nefrite intersticial aguda entrou no diagnóstico diferencial. Sobre a nefrite intersticial aguda, pode-se afirmar que:
- (A) a eosinofília não é fundamental para o diagnóstico
 - (B) a tríade de febre, *rash* e artralgias é encontrada na maioria dos casos
 - (C) o uso do corticoide é bem estabelecido e sempre deve ser iniciado quando há suspeita de nefrite intersticial aguda relacionada a drogas
 - (D) a suspensão da droga causadora não se relaciona com a melhora clínica
27. Paciente de 56 anos de idade, com história familiar de doença renal dialítica, fez ultrassonografia de abdômen que evidenciou múltiplos cistos em ambos os rins. Sobre a doença renal policística, pode-se afirmar que:
- (A) todos os pacientes com a doença devem ser rastreados para aneurismas intracranianos
 - (B) em 5% dos casos não há história familiar
 - (C) a estenose mitral é a alteração valvar mais comum
 - (D) os cistos pancreáticos frequentemente se manifestam com pancreatite aguda

28. Paciente de 70 anos de idade, com dor abdominal intensa, foi submetido a angiotomografia para pesquisa de isquemia mesentérica. O exame evidenciou colecistite aguda, o que explicava a dor abdominal. Foi submetido a cirurgia com sucesso. Entretanto, o exame teve como achado estenose de artéria renal direita. Sobre esse achado, pode-se afirmar que:
- (A) a causa mais comum da estenose de artéria renal é a doença fibromuscular
 - (B) o diagnóstico ao Doppler é feito através da relação entre a luz da artéria renal e a sua espessura total
 - (C) para haver alteração significativa do fluxo sanguíneo, 70-80% da luz da artéria devem estar obstruídos
 - (D) uma vez detectada a estenose, a restauração do fluxo com angioplastia é mandatória
29. Paciente de 28 anos de idade, gestante de 26 semanas, previamente hígida, na consulta de pré-natal apresentou PA de 150 x 100 mmHg. O EAS evidenciou 2+ de proteína e o diagnóstico de pré-eclâmpsia foi feito. Sobre o caso em questão, pode-se afirmar que:
- (A) o início de enalapril é conduta adequada já que há hipertensão e proteinúria associada
 - (B) mulheres com história de pré-eclâmpsia têm aumento do risco cardiovascular a longo prazo
 - (C) após o parto, não há risco de evolução para eclâmpsia
 - (D) o alvo do controle pressórico deve ser PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg
30. Paciente de 28 anos de idade, com IRC de causa indeterminada, foi transplantada há 1 ano e está em uso de tacrolimus, micofenolato mofetil e prednisona. Está bem clinicamente, com creatinina de 0,9 mg/dl e sem proteinúria. Como apresentou atraso menstrual de 2 meses, fez o Beta HCG, que confirmou o diagnóstico de gravidez. Em relação a esse caso, pode-se afirmar que:
- (A) a complicação mais comum da gestação entre transplantadas é a hipertensão arterial
 - (B) a opção pelo parto cesáreo é mandatória
 - (C) no caso da paciente em questão não há necessidade de mudança no esquema de imunossupressão
 - (D) o período considerado seguro para a gestação, segundo Sociedade Americana de Transplante, é de três anos após o transplante
31. Paciente de 45 anos de idade, com história de insuficiência cardíaca congestiva por hipertensão, procurou atendimento médico devido a um importante edema nos membros inferiores que atrapalha suas atividades diárias. Foram prescritos diuréticos para controle do edema. Em relação aos diuréticos, pode-se afirmar que:
- (A) diuréticos são eficazes na correção do edema causado por medicamentos bloqueadores de canais de cálcio dihidropiridínicos
 - (B) o uso de diuréticos tiazídicos não tem influência na intolerância à glicose
 - (C) a resposta aos diuréticos não é influenciada pelo consumo diário de sódio
 - (D) durante o uso prolongado de furosemida a resposta aos tiazídicos é aumentada
32. Paciente masculino, de 56 anos de idade, hipertenso e tabagista de longa data, foi diagnosticado com doença renal crônica, com *clearance* de creatinina de 40 ml/min. Pode-se afirmar que:
- (A) o tabagismo não tem impacto na progressão da doença renal
 - (B) a hipertrofia ventricular esquerda (HVE) não pode ser considerada condição comum em pacientes com doença renal crônica
 - (C) a doença cardiovascular é a principal causa de morte em pacientes com doença renal crônica
 - (D) nos pacientes com doença renal crônica, a anemia não tem relação com HVE
33. Paciente de 62 anos de idade, diabético, evoluiu para doença renal crônica, em hemodiálise. Vem apresentando anemia de difícil controle. Pode-se afirmar que:
- (A) a deficiência de ferro é o principal fator de resistência a eritropoietina
 - (B) o uso de ferro venoso não resulta em maiores níveis de hemoglobina ou doses menores de eritropoietina
 - (C) a literatura evidencia que quanto maior o hematócrito, melhor o prognóstico do paciente
 - (D) a anemia não tem impacto na qualidade de vida
34. Paciente masculino, com 48 anos de idade, em hemodiálise convencional três vezes por semana, anúrico, apresenta hiperfosfatemia de difícil controle. Pode-se afirmar que:
- (A) a diálise diária não é uma opção para redução do fósforo sérico
 - (B) o nível sérico de PTH recomendado, para pacientes em hemodiálise, é menor que 150 pg/ml
 - (C) a eficácia do cinacalcete no tratamento do hiperparatireoidismo secundário ainda não está bem documentada
 - (D) o cinacalcete atua nos receptores sensíveis a cálcio na paratireoide

35. Paciente feminina, com 28 anos de idade, iniciou quadro de mal estar, febre e *rash* malar. A investigação levou ao diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES). Podemos afirmar que:
- (A) o título da dosagem do FAN correlaciona-se bem com a gravidade do envolvimento renal
 - (B) no LES induzido por drogas, o complemento sérico baixo é alteração laboratorial comum
 - (C) os anticorpos anti DNA-ds em níveis elevados e complemento sérico baixo têm boa correlação com atividade de nefrite lúpica
 - (D) recidiva da nefrite lúpica após o transplante renal é bastante comum
36. Paciente feminina, de 40 anos de idade, com história de tromboembolismo pulmonar há 6 meses, em uso de varfarina 5 mg/d, procurou atendimento médico de urgência com dor de forte intensidade e palidez no pé direito. O pulso pedioso estava ausente e o Doppler arterial evidenciou trombose de artéria pediosa. Após investigação clínica, foi diagnosticada síndrome do anticorpo anti fosfolípido. Sobre essa síndrome, pode-se afirmar que:
- (A) a lesão glomerular é predominantemente inflamatória e normalmente com crescentes
 - (B) o tratamento deve ser feito com corticoide em dose alta e ciclofosfamida
 - (C) a história gestacional não tem importância para o diagnóstico
 - (D) a apresentação renal ocorre frequentemente com proteinúria e sedimento urinário ativo
37. Em relação ao acesso vascular para hemodiálise, pode-se afirmar que:
- (A) a principal complicação do uso de cateter para hemodiálise é a trombose
 - (B) os pacientes com fístula têm menor risco de mortalidade em relação aos pacientes com cateter venoso central para diálise
 - (C) o uso de cateter na veia subclávia é recomendado, já que associa-se a menor risco de infecção
 - (D) deve ser dada preferência à prótese de PTFE em relação à fístula nativa
38. Paciente com 45 anos de idade foi ao dermatologista queixando-se de lesões de pele avermelhadas não pruriginosas no dorso. Havia história de doença renal com o pai e um tio já falecidos que fizeram hemodiálise depois dos 40 anos de idade. Após investigação clínica, foi diagnosticada a doença de Fabry. Sobre essa doença, pode-se afirmar que:
- (A) é uma doença genética autossômica recessiva
 - (B) não há tratamento conhecido para a doença
 - (C) o transplante renal é contraindicado devido ao alto índice de recidiva da doença e perda do enxerto
 - (D) a manifestação clínica do envolvimento renal é com proteinúria e hematúria
39. Paciente masculino, de 50 anos de idade, com HIV sem tratamento, apresenta proteinúria nefrótica. Encaminhado ao nefrologista, foi submetido à biópsia renal que evidenciou nefropatia associada ao HIV (HIVAN). Sobre o diagnóstico, pode-se afirmar que:
- (A) a apresentação típica é com hematúria microscópica com dismorfismo
 - (B) os pacientes afrodescendentes têm risco aumentado de apresentar HIVAN
 - (C) os pacientes não negros têm o pior prognóstico
 - (D) a doença só é encontrada em pacientes com SIDA
40. Paciente feminina, de 30 anos de idade, procurou atendimento nefrológico após quadro de hematúria macroscópica durante episódio de amigdalite. A investigação levou à biópsia renal e o diagnóstico foi de nefropatia por IgA. Sobre a nefropatia por IgA, pode-se afirmar que:
- (A) a presença de hipertensão arterial de difícil controle e proteinúria nefrótica são marcadores de mau prognóstico
 - (B) a apresentação de hematúria macroscópica durante faringite é típica, mas muito rara
 - (C) o uso de micofenolato mofetil é bem definido e pode mudar o prognóstico da doença
 - (D) a ciclofosfamida nunca faz parte do tratamento da nefropatia por IgA

41. Paciente masculino, de 32 anos de idade, foi ao pronto socorro com dor lombar muito intensa e hematúria macroscópica. Exames de imagem evidenciaram cálculo de 8 mm impactado no ureter esquerdo. Sobre os cálculos renais, é correto afirmar que:
- (A) cálculos impactados no ureter, de até 10 mm, têm grande chance de passagem espontânea e não necessitam de procedimentos urológicos
 - (B) dieta pobre em cálcio é uma das medidas mais importantes para evitar a formação dos cálculos
 - (C) magnésio e citrato são substâncias que inibem a formação do cálculo
 - (D) aumento da ingestão hídrica (2 a 2,5 litros/dia) não tem influência na incidência dos cálculos
42. É correto afirmar, em relação aos imunossuppressores usados no transplante renal, que:
- (A) a ciclosporina e o tacrolimus têm efeitos colaterais parecidos, mas a ciclosporina provoca mais hirsutismo
 - (B) a ciclosporina e o tacrolimus atuam reduzindo os níveis séricos de interleucina-6
 - (C) o micofenolato mofetil normalmente não se associa a efeito colateral gastrointestinal
 - (D) a leucopenia associada à azatioprina é muito rara
43. Paciente masculino de 70 anos de idade, hipertenso, diabético, com doença renal crônica, faz diálise peritoneal há 8 anos. Emagreceu 6 kg em 1 mês. Há cinco dias tem queixa de distensão abdominal, com parada de eliminação de gases e fezes, além de vômitos. Nega febre. Ao exame físico, apresenta-se desnutrido, desidratado. Com PA: 100 x 80 mmHg, FC: 90 bpm. Apresenta distensão abdominal, diminuição da peristalse e tem discreta dor à palpação. Os exames laboratoriais mostram leucócitos 9.500 mm^3 , hematócrito: 26%, creatinina: 14 mg/dl, ureia: 100 mg/dl, potássio: 4,5 mEq/l, sódio: 140 mEq/l. A tomografia de abdômen apresenta espessamento peritoneal, com calcificações difusas no peritônio e encapsulamento das alças intestinais. Sobre a patologia acima **NÃO** se pode afirmar que:
- (A) está relacionada à mortalidade elevada
 - (B) o tratamento de escolha é a antibioticoterapia com cefazolina e ceftazidime intraperitoneal
 - (C) o uso de tamoxifeno e azatioprina estão entre as medicações usadas no tratamento
 - (D) é comum o efluente peritoneal apresentar-se sanguinolento, porém sem sinais de infecção
44. A RDC 154, de Junho de 2004, da ANVISA, estabelece o Regulamento Técnico para Funcionamento do Serviço de Diálise. Em relação à utilização de dialisadores e linhas arteriais e venosas, é correto afirmar que:
- (A) após a medida do volume interno das fibras, qualquer resultado indicando uma redução superior a 15% do volume inicial torna obrigatório o descarte do dialisador
 - (B) o reuso de dialisadores e das linhas arteriais e venosas não é permitido para os pacientes portadores de hepatite B
 - (C) os dialisadores e as linhas arteriais e venosas podem ser utilizadas, para o mesmo paciente até 12 (doze) vezes, quando utilizado o reprocessamento manual, ou até 20 (vinte) vezes, quando utilizado reprocessamento automático
 - (D) o reuso de dialisadores de linhas arteriais e venosas é permitido para pacientes com hepatite C, não havendo necessidade da utilização de armazenamento e reuso separado pelo baixo risco de contaminação de outros dispositivos
45. A hemodiálise noturna prolongada é uma modalidade de tratamento com aceitação crescente devido a seus benefícios inquestionáveis, exceto:
- (A) pelo controle da anemia e menor necessidade do uso de eritropoetina
 - (B) pela diminuição dos níveis de beta-microglobulina
 - (C) pela normalização da fosfatemia, havendo frequentemente necessidade de suspensão de quelantes de fósforo
 - (D) pelo excelente controle da hipertensão arterial com reversão da hipertrofia ventricular direita

46. Paciente masculino, de 74 anos de idade, com diagnóstico recente de linfoma de Hodgkin, em uso de dexametasona, foi internado em unidade hospitalar com quadro de cansaço aos esforços e dispnéia. Apresentava taquipneia em repouso, sem esforço respiratório. PA: 100 X 50 mmHg, FC: 105 bpm e murmúrio vesicular diminuído em bases. Mostrava abdômen globoso e hepatoesplenomegalia. A TC de tórax e abdômen evidenciaram linfadenomegalia difusa e hepatoesplenomegalia volumosa, rins de tamanho normal. Pequeno derrame pleural bilateral. Os exames laboratoriais apresentaram hemoglobina: 8,0 mg/dl, leucograma: 11.000 leucócitos, creatinina: 4,0 mg/dl, ureia: 130 mg/dl, fósforo: 9 mg/dl, ácido úrico: 16 mg/dl, cálcio: 6 mg/dl, potássio: 6 mEq/L, bicarbonato: 15 mEq/l; EAS: proteína: +1. Em relação ao tratamento da patologia acima, pode-se afirmar que:
- (A) o uso de alopurinol, que é feito preferencialmente por via oral, tem excelente biodisponibilidade e leva à redução imediata dos níveis de ácido úrico
- (B) a alcalinização urinária e a expansão volêmica geralmente são suficientes para evitar o quadro de insuficiência renal
- (C) a rasburicase é a forma recombinante da urato oxidase que degrada o ácido úrico em alantoína
- (D) em pacientes com insuficiência renal aguda, a rasburicase tem eficiência limitada

A partir do caso clínico a seguir, responda às questões de números 47 e 48.

Paciente de 35 anos de idade, com hipertensão arterial sistêmica, fez transplante renal há três meses. Após alta, apresentava função renal normal com creatinina: 1,0 mg/dl. Foi internado com febre não aferida e desconforto na região enxerto renal. Ao exame apresenta PA: 170 x 80 mmHg e edema periférico (+2/+4). No momento, em uso de prednisona 5 mg, tacrolimus 6 mg/dia, micofenolato mofetil 2 g/dia, sulfametoxazol-trimetropin 400/80 mg. Os exames laboratoriais mostram creatinina 3,5 mg/dl, ureia: 95 mg/dl. Os eletrólitos estão normais. A ultrassonografia de vias urinárias também está normal. A biópsia renal evidenciou áreas de necrose tubular aguda, com infiltrados inflamatórios locais. Em vários segmentos, observou-se marginação de neutrófilos em capilares peritubulares e glomerulite.

47. O diagnóstico mais provável do caso clínico descrito é:
- (A) rejeição celular aguda
- (B) rejeição aguda mediada por anticorpos
- (C) infecção por citomegalovírus
- (D) infecção por BK vírus

48. O exame complementar que poderá confirmar o diagnóstico do caso clínico descrito é:
- (A) o nível sérico de tacrolimus
- (B) a pesquisa de antigenemia para citomegalovírus
- (C) a pesquisa de decoy células na citologia urinária
- (D) a presença de C4d na imunofluorescência
49. Paciente de 80 anos de idade, com diagnóstico de hiperplasia prostática benigna, apresenta queixa de diminuição do volume urinário há uma semana e disúria. É levado ao serviço de emergência após início de náuseas e vômitos há 24h. Na internação, apresenta-se desidratado, com creatinina: 6 mg/dl, ureia: 200 mg/dl, potássio 5,5 mEq/l, sódio: 130 mEq/l. A ultrassonografia de vias urinárias apresenta dilatação pielocalicial bilateral. É realizada passagem de sonda vesical com bom volume urinário. Após 72 horas da passagem da sonda, houve normalização da função renal, porém com volume urinário elevado de aproximadamente 4 litros por dia. O único mecanismo que **NÃO** justifica o quadro de poliúria é:
- (A) o aumento da sensibilidade do túbulo distal à ação da aldosterona e ducto coletor ao ADH
- (B) o aumento dos níveis plasmáticos de vasopressina
- (C) o acúmulo de ureia plasmática
- (D) a alteração da função tubular com diminuição da reabsorção de sódio e água

50. Paciente que tem diagnóstico de síndrome de Sjogren há 15 anos procura serviço de emergência com queixa de dificuldade para deambular. Realiza tomografia de crânio que não evidencia alterações. Os exames laboratoriais mostram creatinina: 0,8 mg/dl, ureia: 32 mg/dl, sódio: 142 mEq/l, potássio 2,4 mEq/l, bicarbonato: 14 mEq/l, Cl: 115 mEq/l, EAS: ptn +2, sem hematúria, pH: 6. O ultrassom de vias urinárias evidencia áreas de nefrocalcinose bilateral. O diagnóstico mais provável para o caso clínico acima é acidose tubular renal do tipo:
- (A) 1
- (B) 2
- (C) 3
- (D) 4

51. Paciente de 75 anos de idade, com hipertensão arterial, diabético, creatinina basal 1,7 mg/dl, há uma semana com queixa de aumento do volume do membro inferior esquerdo, é trazido ao hospital após início súbito de dispneia aos mínimos esforços. O Doppler de membros inferiores evidencia trombose venosa profunda. Pela suspeita de tromboembolismo pulmonar, o paciente foi submetido a angiotomografia de tórax. Após 48h de evolução, apresenta piora progressiva da função renal. Sobre a nefropatia induzida por contraste, pode-se afirmar que:

- (A) a hemodiálise é estratégia eficaz na prevenção da nefropatia por contraste em pacientes com *clearance* de creatinina menor que 30 ml/min
- (B) a maioria dos casos se apresenta com oligúria e necessidade de suporte dialítico
- (C) a expansão de volume extracelular com manitol é estratégia que pode ser utilizada em caso de pacientes hipovolêmicos
- (D) a administração de meios de contraste reduz mais seletivamente a tensão de oxigênio na medula renal, levando à isquemia renal

52. A disfunção renal representa um problema comum e grave em pacientes com doença hepática avançada. Pacientes que desenvolvem a síndrome hepatorenal do tipo 1 apresentam grande piora da sobrevida em um curto período. Entre os fatores associados a um maior risco de desenvolvimento dessa síndrome está:

- (A) a hiperpotassemia
- (B) a hipernatremia
- (C) a elevada excreção de sódio urinário
- (D) a atividade de renina plasmática diminuída

53. Paciente de 55 anos de idade, com diabetes tipo 2 diagnosticado há seis anos, faz tratamento com repaglinida com glicemias controladas. Em consulta com endocrinologista, realizou EAS que evidenciou proteinúria +2. A coleta de urina de 24h evidenciou proteinúria de 4g/24h e função renal normal. Na consulta de retorno, a paciente apresentava níveis pressóricos elevados (PA: 160 x 110 mmHg) e discreto edema periférico. Em relação à estratégia terapêutica em pacientes com nefropatia diabética, é correto afirmar que o uso:

- (A) de IECA está associada à elevação de até 30% dos valores de creatinina sérica após início do tratamento, devendo ser suspenso imediatamente caso esse efeito ocorra
- (B) combinado de inibidores da enzima conversora de creatinina (IECA) e antagonistas do receptor de angiotensina II (ARA II) aumentou a incidência de óbito, a queda da taxa de filtração glomerular e a necessidade de tratamento dialítico
- (C) de IECA e ARA II é recomendação de rotina na prevenção primária da nefropatia diabética, sendo capaz de melhorar parâmetros da biópsia renal
- (D) combinado de um IECA associado a diurético tiazídico, objetivando níveis pressóricos de 130 x 80 mmHg, é o melhor tratamento para a paciente

54. Paciente de 85 anos de idade, com doença de Parkinson, restrita ao leito, tem diabetes tipo 2, doença renal crônica e está em diálise peritoneal há 5 anos. Nos últimos dois meses, os familiares notaram progressivo edema de membros inferiores. No serviço de diálise peritoneal, foram orientados a aumentar a concentração das bolsas de diálise. Eles notaram, na última semana, um cansaço da paciente aos médios esforços. Ao exame, ela apresentava taquipneia sem esforço respiratório, PA: 170x 90 mmHg, murmúrio vesicular diminuído em bases, com estertores bibasais e edema de membros inferiores +3/+4. Na revisão das taxas de ultrafiltração nos últimos dois meses, foi notada uma redução progressiva das taxas de ultrafiltração. O teste de equilíbrio peritoneal (PET) evidenciou relação D/P (relação creatinina dialisado/plasma) de 0,9 e concentração de glicose no dialisado de 300 mg/dl. O diagnóstico mais provável nesse caso é:

- (A) falência de ultrafiltração do tipo I
- (B) falência de ultrafiltração do tipo II
- (C) falência de ultrafiltração do tipo III
- (D) não adesão à prescrição de diálise recomendada

55. Paciente de 42 anos de idade, com diagnóstico há 18 anos de glomeruloesclerose segmentar e focal, é acompanhado no ambulatório de nefrologia com doença renal crônica estágio 5. Na consulta de rotina, relata emagrecimento no último mês, náuseas e vômitos. Os exames colhidos de urgência revelam creatinina: 9mg/dl, ureia: 240 mg/dl, potássio: 5,5 mEq/l, sódio: 140 mEq/l e acidose metabólica discreta. O médico plantonista opta por iniciar terapia de substituição renal e indica início de hemodiálise. Após a segunda hora de diálise, o paciente apresenta episódio de crise convulsiva. Sobre essa complicação em pacientes em diálise, pode-se afirmar que:

- (A) é recomendado o uso profilático de anticonvulsivantes na primeira semana de hemodiálise
- (B) ocorre mais comumente em pacientes que realizam diálise peritoneal
- (C) entre as estratégias de prevenção está o aumento progressivo do tempo de diálise na primeira semana de tratamento
- (D) sua patogenia está associada a um aumento da osmolalidade plasmática e pode levar a edema cerebral

56. Paciente de 25 anos de idade, com diagnóstico recente de hipertensão arterial sistêmica (HAS), inicia tratamento com drogas anti-hipertensivas. Após a quarta avaliação pelo cardiologista, já em uso de duas drogas anti-hipertensivas, continuava hipertenso. Seu médico resolve, então, investigar causas de hipertensão arterial secundária. Os exames iniciais revelaram hemograma e leucograma normais, função renal normal, potássio baixo e alcalose metabólica. A ultrassonografia dos rins e o Doppler de artérias renais foram normais, sem alterações também ao exame físico. Sobre a causa de HAS secundária, **NÃO** se pode afirmar que:

- (A) após o teste confirmatório positivo seja recomendada a realização de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética de abdômen
- (B) o tratamento de escolha em pacientes com hiperplasia adrenal bilateral seja o uso de IECA associada a diuréticos tiazídicos
- (C) o quadro clínico esteja associado a quadros de câibras e fraqueza muscular
- (D) o exame de triagem recomendado seja a determinação plasmática conjunta de aldosterona e atividade de renina, sendo positivo quando houver uma relação aldosterona/renina > 30

A partir do caso clínico a seguir, responda às questões de números 57 e 58.

Paciente de 31 anos de idade, com 50 kg, sem comorbidades, com queixa de febre e tosse com expectoração esverdeada, procura serviço de emergência. O exame físico é normal. A radiografia de tórax evidencia consolidação em base direita, leucograma: 14 mil leucócitos com 15% de bastões, PCRt: 8. Os demais exames laboratoriais não apresentam alterações. É prescrita antibioticoterapia com amoxicilina-clavulanato e a paciente é liberada. Após 48 horas de tratamento, a paciente retorna à emergência com queixa de dispneia aos mínimos esforços, febre mantida e piora do estado geral. A paciente piorou da dispneia e foi submetida à intubação orotraqueal. Após 24 horas de internação, encontra-se taquicárdica (FC: 130 bpm), PA: 105 X 50 mmHg, e tem necessidade de noradrenalina 1,0 mcg/kg/min. Na gasometria arterial apresentava: pH: 7,15 PCO₂: 50 PO₂: HCO₃: 12, lactato 4,0 mesmo após reposição volêmica adequada. O débito urinário foi de 250 ml/12h.

57. A avaliação da equipe de nefrologia classificou essa paciente, pelos critérios de RIFLE, como RIFLE F. Isso quer dizer que ela apresentou débito urinário menor do que:

- (A) 0,5 ml/kg/h em 24h
- (B) 0,3 ml/kg/h em 12h
- (C) 0,3 ml/kg/h em 24h
- (D) 0,5 ml/kg/h em 12h

58. Após a avaliação, a equipe da nefrologia optou pela terapia de suporte dialítico e o método de escolha foi a hemodiafiltração contínua. Sobre os métodos de suporte dialítico contínuos, **NÃO** se pode afirmar que:

- (A) métodos contínuos devem ser indicados em pacientes com lesão cerebral, pois em métodos intermitentes podem ocorrer amplas oscilações na pressão de perfusão cerebral
- (B) entre as desvantagens dos métodos contínuos esteja o elevado custo do procedimento
- (C) em pacientes com insuficiência renal aguda e disfunção orgânica devem ser realizados métodos contínuos de diálise, pois há redução de mortalidade nesses casos
- (D) os métodos contínuos são os preferidos com instabilidade hemodinâmica e doses elevadas de amins, já que oferecem maior estabilidade hemodinâmica

A partir do caso clínico a seguir, responda às questões de números 59 e 60.

Paciente masculino, de 45 anos de idade, procura ambulatório com queixa de edema periorbitário pela manhã, ganho de peso e edema periférico. Ao exame físico, o paciente apresenta anasarca, fundo de olho normal, PA: 120 x 60 mmHg, EAS: +2 hemácias, proteína +4. A urina de 24h revela proteinúria 8g/24h e a ultrassonografia de vias urinárias evidencia rins de tamanho normal com ecogenicidade preservada. É realizada biópsia renal e a microscopia ótica revela espessamento uniforme e difuso das paredes capilares, com projeções proeminentes ao longo da membrana basal glomerular.

- 59.** O diagnóstico mais provável do caso clínico apresentado é:
- (A) glomeruloesclerose segmentar e focal
 - (B) nefropatia membranosa
 - (C) doença por lesão mínima
 - (D) glomerulonefrite membranoproliferativa
- 60.** Após a exclusão de causas secundárias de glomerulopatia, o tratamento mais indicado para o caso clínico exposto é:
- (A) prednisona
 - (B) micofenolato mofetil
 - (C) ciclofosfamida e corticoterapia
 - (D) ciclosporina