



CONCURSO PÚBLICO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO NEFROLOGIA

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. 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:

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

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no **CARTÃO-RESPOSTA**, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

*“Infelicidade é uma questão de prefixo”*

5. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no **CARTÃO-RESPOSTA**.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

## LÍNGUA PORTUGUESA

## A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
  - (A) inelutável
  - (B) incoercível
  - (C) insofismável
  - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
  - (A) absorver
  - (B) restringir
  - (C) demarcar
  - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
  - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
  - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
  - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
  - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
  - (A) rigor e flexibilidade
  - (B) frugalidade e obstinação
  - (C) comedimento e sobriedade
  - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
  - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
  - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
  - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
  - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. “Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.” (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. “Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. “A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais.” (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) “Achei que estava bem na foto.” (1º parágrafo)
- (B) “O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção...” (3º parágrafo)
- (C) “...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo)
- (D) “... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.” (5º parágrafo)
10. “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu...” (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

## SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7 %
- (B) 12 %
- (C) 15 %
- (D) 22 %
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo atualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
  - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
  - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
  - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
  - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
  - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
  - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
  - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
  - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
  - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
  - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
  - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
  - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
  - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
  - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
  - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
  - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
  - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
  - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

#### NEFROLOGIA

21. Em relação à nefrolitíase, é correto afirmar que:
- a incidência em mulheres é maior do que em homens
  - obesidade se relaciona com menor incidência de cálculos
  - na acidose tubular renal há aumento da formação de cálculos e nefrocalcinose
  - dieta com restrição de cálcio deve ser orientada para a redução da formação de cálculos

22. Há dois tipos de doença renal policística: APKD 1 e APKD 2. Em relação a essas variantes, é correto afirmar que:
- o tipo 1 é menos frequente do que o tipo 2
  - APKD 1 está relacionada ao gen 16 e APKD 2 ao gen 4
  - APKD 1 costuma evoluir com IRC terminal em idade maior do que APKD 2
  - APKD 1 tem herança autossômica dominante e APKD 2 tem herança autossômica recessiva
23. Em relação à ultrassonografia renal, é correto afirmar que:
- considera-se normal o índice de resistência intrarrenal abaixo de 0,6
  - no ultrassom, a coluna de Bertin aumentada pode ter aspecto de pseudotumor
  - a ecogenicidade padrão do córtex renal é igual à do parênquima do fígado e do baço
  - a ecogenicidade cortical renal é aumentada apenas na doença renal crônica, estando normal na doença renal aguda
24. Sobre a nefrite intersticial aguda, é correto afirmar que:
- pode estar associada a infecções virais ou bacterianas
  - o aspecto mais importante do tratamento é o início da corticoterapia
  - a presença de *rash* cutâneo é importante para o diagnóstico e está presente em mais de 50% dos casos
  - a presença de eosinofilia tem alto valor preditivo positivo e portanto, praticamente, confirma o diagnóstico
25. Em relação à infecção urinária em adultos pode-se afirmar que:
- a proteína de Tamm-Horsfall assim como a IgA e IgG impedem a aderência da *E. coli* ao urotélio
  - a maioria das mulheres com colonização periuretral por *E. coli* desenvolve cistite
  - o uso de espermicidas não tem relação com aumento do risco de infecção urinária
  - 10% das mulheres com sintomas de cistite aguda têm contagem urinária de bactérias menor do que 100 mil UFC
26. O uso de diuréticos é seguido por fenômenos de adaptação renal que levam à redução da resposta à droga. Para otimizar os seus efeitos, a melhor estratégia seria:
- manter a ingestão de sal estável
  - usar apenas uma classe de diurético
  - fazer várias doses diárias de diurético
  - não prevenir a alcalose metabólica causada pelo diurético
27. Estão listadas, abaixo, alterações endócrino-metabólicas. A única relacionada à uremia é:
- melhora da função sexual
  - redução da resistência à insulina
  - aumento da temperatura corporal
  - redução do gasto basal de energia
28. A fistula arteriovenosa - FAV é considerada o acesso mais adequado para a maioria dos pacientes com DRC, em hemodiálise. Sobre as FAV, é correto afirmar que:
- uma das vantagens da término-lateral é o menor risco de hipertensão venosa no território distal à fistula
  - a avaliação com Doppler das artérias e veias antes de sua confecção não aumenta as taxas de sucesso
  - nas rádio-cefálicas, as taxas de falência são as mesmas em homens e em mulheres
  - A taxa de patência primária de um acesso com prótese (PTFE) é de aproximadamente 80% em 12 meses
29. O mapeamento venoso dos membros superiores é, frequentemente, solicitado pelos nefrologistas e cirurgiões vasculares para a programação do acesso vascular definitivo. Em relação ao resultado do Doppler, pode-se afirmar que:
- o diâmetro mínimo para uma veia ser utilizada para confecção de FAV nativa é de 2,0 mm
  - o diâmetro mínimo para uma veia ser utilizada para confecção de FAV com prótese é de 2,0 mm
  - o diâmetro mínimo de uma artéria para ser usada para a confecção de FAV com prótese é de 3,0 mm
  - o diâmetro mínimo adequado de uma artéria para confecção de FAV, tanto nativa quanto PTFE é de 2,0 mm
30. A importância de marcadores sorológicos que ajudam no diagnóstico e manejo clínico dos pacientes com glomerulopatias vem crescendo. Um desses marcadores é o anticorpo contra o receptor de fosfolipase A2 (Anti-PLA2R) e em relação a ele, pode-se afirmar que:
- os anticorpos anti-PLA2R são da classe IgM
  - é um marcador relacionado à glomerulosclerose segmentar e focal
  - a redução dos seus níveis sanguíneos, correlaciona-se a remissão da proteinúria
  - é encontrado em altos títulos em pacientes com glomerulonefrite membranosa relacionado ao lúpus
31. Em relação ao cateter de curta permanência para hemodiálise (HD), pode-se afirmar que:
- o uso de antibióticos tópicos sobre o sítio de inserção não está indicado em pacientes com injúria renal aguda, no CTI
  - estudos mostram que a punção guiada por ultrassom não é mais segura do que aquela guiada por marcos anatômicos
  - após o implante do cateter em veia jugular direita guiado por ultrassom não é necessária a realização de radiografia de tórax após a punção
  - o implante de cateter de HD na veia subclávia pode ser feito sem problemas desde que a sua permanência seja menor do que 14 dias
32. Referindo-se aos pacientes com doença renal crônica (DRC), é correto afirmar que:
- a reposição de vitamina D deve ser feita para todos os pacientes
  - pacientes com *clearance* de creatinina (CICr) < 30mL/min não devem receber bifosfonados, exceto se houver forte razão clínica
  - devido ao aumento do risco cardiovascular é recomendado que todos os pacientes recebam AAS, desde que não tenham alergia ou intolerância
  - pacientes com bicarbonato sérico > 22 mg/dL tem melhor prognóstico, entretanto, não há benefício com a reposição de bicarbonato oral
33. Sobre a injúria renal aguda (IRA), pode-se afirmar que:
- o uso de diuréticos está indicado para a prevenção da IRA
  - a dopamina em baixa dose não tem benefício na prevenção da IRA, mas tem papel benéfico no tratamento
  - o uso de equinocandinas deve ser preferido em relação à anfotericina B para o tratamento de micoses sistêmicas
  - quando o paciente estiver usando aminoglicosídeos, a dose fracionada durante o dia deve ser preferida em relação à dose única diária

34. Na lesão renal aguda, relacionada ao uso de contraste radiológico, pode-se afirmar que:
- a osmolaridade do contraste não aumenta o risco de lesão renal
  - o fenoldopan deve ser usado para a redução do risco de lesão renal
  - pacientes com risco aumentado de lesão renal devem ser tratados com hemodiálise, após o exame contrastado
  - pacientes com risco aumentado para lesão renal por contraste devem receber hidratação venosa com soro fisiológico ou solução bicarbonatada
35. Em relação à doença renal crônica (DRC), pode-se afirmar que:
- os pacientes com DRC não têm risco aumentado de lesão renal aguda
  - os valores alvo de controle pressórico independem dos níveis de proteinúria
  - a associação de IECA + BRA deve ser feita de rotina quando um paciente diabético mantém albuminúria acima de 300 mg/dia
  - pacientes com CICr < 30 mL/min em tratamento conservador devem receber dieta com quantidade de proteína de 0,8 g/kg/dia
36. Segundo as recomendações do KDIGO, os pacientes, abaixo, que **NÃO** têm necessidade de tratamento farmacológico com estatinas são:
- transplantados renais com creatinina de 0,8
  - em terapia dialítica que nunca fizeram uso de estatinas
  - de 19 anos de idade com diabetes e CICr de 55 mL/min
  - com mais de 50 anos de idade com *clearance* de creatinina (CICr) < 60 mL/min
37. Entre as alterações anatômicas e funcionais do trato urinário na gravidez, é correto afirmar que:
- a hipernatremia é o distúrbio eletrolítico mais comum na gravidez
  - a alcalose metabólica é a alteração do equilíbrio ácido básico mais comum em grávidas
  - a dilatação pielocalicial bilateral é comum em mulheres grávidas e pode persistir por até quatro meses, após o parto
  - a hiperfiltração glomerular pode levar a um aumento dos níveis de ureia e creatinina, no primeiro trimestre da gestação
38. Em relação a pacientes com doença renal crônica e doença óssea associadas, pode-se afirmar que:
- dor óssea persistente é achado comum e não é indicação de biópsia óssea
  - a densitometria óssea é ferramenta útil para a caracterização do tipo de doença óssea renal
  - a densitometria óssea não deve ser usada na avaliação do risco de fratura, como é feito na população geral
  - crianças com doença óssea relacionada à insuficiência renal, normalmente, não apresentam alterações do crescimento
39. O estudo sobre doença óssea levou à descoberta de moléculas diversas, entre elas o FGF23, que é produzido:
- na paratireoide e osteoblastos
  - pelos osteoclastos e osteócitos
  - pelos osteócitos e osteoblastos
  - pela mácula densa e paratireoide
40. A calcificação vascular é uma complicação conhecida e importante da doença renal crônica. Sobre esse assunto, pode-se afirmar que:
- é necessário o estudo tomográfico para definir a presença de calcificações vasculares
  - a radiografia lateral do abdome pode ser usada para detectar calcificações vasculares
  - a presença de calcificações vasculares não se correlaciona com o risco cardiovascular, mas tem relação com doença óssea
  - a calcificação aumentada das válvulas cardíacas na DRC ocorre apenas nos pacientes com doença renal policística
41. A síndrome de *nutcracker* (síndrome de quebra nozes) que pode ser causa de hematúria de difícil diagnóstico, se caracteriza quando ocorre a compressão da veia renal:
- direita entre a artéria esplênica e aorta
  - esquerda entre a artéria esplênica e aorta
  - esquerda entre artéria mesentérica inferior e aorta
  - esquerda entre a artéria mesentérica superior e aorta
42. Mulher, de 52 anos de idade, com história de câncer de colón, com metástase hepática única foi submetida à colectomia e à excisão da metástase. Iniciada quimioterapia com oxaliplatina. Procurou a emergência com queixa de vômitos e gosto de amônia na boca. Ao exame clínico, estava com palidez cutânea moderada e algo desidratada. Laboratório: creatinina: 5,6 mg/dL; ureia: 205 mg/dL; potássio: 5,8 mEq/L; sódio: 142 mEq/L; ácido úrico: 10,2 mg/dL; cálcio: 9,8 mg/dL; fósforo: 6,8 mg/dL; hemoglobina: 6,7 mg/dL; plaquetas: 45 mil; LDH: 1200; Coombs negativo. Análise do sangue periférico evidenciou presença de esquizócitos 2+/4+. Em relação ao diagnóstico e tratamento dessa paciente, pode-se afirmar que:
- é um caso de síndrome hemolítico-urêmica relacionada ao quimioterápico. Iniciar plasmáfereze e avaliar eculizumabe
  - trata-se de síndrome de lise tumoral. Iniciar hidratação venosa, alcalinização da urina e alopurinol
  - é um caso de IRA pré-renal pelo vômito e consequente desidratação. Anemia e plaquetopenia são devidas ao quimioterápico. Deve-se iniciar hidratação venosa generosa
  - é um caso de lesão renal por efeito direto do quimioterápico. A droga deve ser suspensa, imediatamente, e iniciadas medidas de suporte. HD pode ser necessária

**Com base no caso clínico, abaixo, responda às questões 43 e 44**

Paciente de 42 anos de idade, interna no CTI, por acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico extenso. Ao exame clínico, não apresenta reflexos de tronco cerebral. Apresentou diurese de 6000 mL, em 12 horas e os exames evidenciam: potássio: 2,1 mEq/L; sódio: 168 mEq/L; lactato aumentado. EAS sem alterações importantes, exceto densidade 1005. A dose de noradrenalina está em 0,6 mcg/kg/min e vem aumentando nas últimas horas.

43. O diagnóstico mais provável é:
- diabetes insipidus central
  - síndrome perdedora de sal
  - diabetes insipidus nefrogênico
  - síndrome de secreção inapropriada de ADH

44. A conduta mais apropriada nesse momento é:
- (A) reposição com solução salina 0,9%, conforme as perdas e reposição de potássio
  - (B) reposição com solução salina 0,45%, reposição de potássio e início de desmopressina
  - (C) reposição com solução salina 0,45%, reposição de potássio e uso de manitol para controle do edema cerebral
  - (D) reposição com solução hipertônica apesar do sódio elevado para controle do edema cerebral e reposição de potássio

**Com base no caso clínico, abaixo, responda às questões 45 e 46**

Paciente, de 42 anos de idade, DRC em hemodiálise, há cinco anos. É submetida a transplante renal, doador falecido, 65 anos de idade, acidente vascular encefálico hemorrágico. PRA negativo, haplo idêntico, tempo de isquemia fria de 23 horas. Realizada imunossupressão com basiliximab, tacrolimus, micofenolato de mofetila e prednisona. Após 48 horas de transplante renal permaneceu anúrica, evoluindo com hipercalemia e necessidade de hemodiálise.

45. Em relação à disfunção inicial do enxerto ou função retardada do enxerto pode-se afirmar que:
- (A) o tempo de isquemia fria não tem relação com função inicial do enxerto
  - (B) no Brasil a incidência de disfunção inicial do enxerto é < que 20%
  - (C) há necessidade de diálise na primeira semana do pós-operatório do transplante
  - (D) o uso de inibidores de calcineurina é fator que impede a disfunção inicial do enxerto
46. Após uma semana de transplante renal, a paciente permaneceu anúrica e dependente de hemodiálise. Os exames de imagem descartaram complicações cirúrgicas como: hematoma, fistula urinária ou trombose vascular. Optou-se por realizar biópsia renal que evidenciou dilatação dos túbulos proximais, interstício com edema discreto, vacuolização não isométrica das células tubulares. Pesquisa de C4d negativa. O diagnóstico mais provável é:
- (A) necrose tubular aguda
  - (B) microangiopatia trombótica
  - (C) infecção por citomegalovírus
  - (D) rejeição mediada por anticorpos
47. Paciente feminina de 25 anos de idade, doença renal crônica terminal por lúpus. Realiza HD três vezes por semana, em clínica satélite. Após período de amenorrea e ganho ponderal realiza Beta-HCG, com resultado positivo. A USG transvaginal evidencia que a paciente está grávida de aproximadamente 12 semanas. Em relação à gravidez em paciente com doença renal crônica, pode-se afirmar que, **EXCETO**:
- (A) é contraindicação absoluta a heparinização durante a gravidez pelo aumento do risco de sangramento
  - (B) o aumento do número de horas (> 20 horas por semana), está relacionado a uma diminuição da prematuridade
  - (C) a meta dos níveis de hemoglobina está entre 10 e 11 mg/dL. E o uso de eritropoietina não é contraindicado
  - (D) a diálise peritoneal não é contraindicada em pacientes grávidas, mesmo nos estágios mais avançados da gravidez
48. Paciente masculino de 65 anos de idade, hipertenso, diabético, uso regular de enalapril e insulina. Realiza hemodiálise convencional três vezes por semana, em clínica satélite. Após 30 minutos de hemodiálise, apresenta dor torácica de grande intensidade, dorralgia e dispneia. O técnico responsável pela hemodiálise nota que o sangue da linha venosa apresenta coloração de aparência vinho do Porto. O diagnóstico mais provável é:
- (A) hemólise
  - (B) bacteremia
  - (C) embolia gasosa
  - (D) síndrome de desequilíbrio
49. De acordo com a Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, são aceitos para inscrição em lista de espera para transplantes renais com doadores falecidos, potenciais receptores com diagnóstico de doença renal crônica (DRC), **EXCETO** aqueles que:
- (A) estejam realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva
  - (B) tenham sido doadores vivos para transplante renal e apresentem depuração da creatinina menor que 15 mL/min/m<sup>2</sup>
  - (C) tenham idade inferior a 18 anos e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m<sup>2</sup>
  - (D) sejam diabéticos em tratamento conservador e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m<sup>2</sup>
50. Em pacientes idosos, as alterações fisiológicas causadas pelo envelhecimento estão associadas a um risco maior de distúrbios hidroeletrólíticos. Entre essas alterações é correto afirmar que ocorre um aumento de:
- (A) níveis de aldosterona
  - (B) clearance de água livre
  - (C) hormônio antidiurético (ADH)
  - (D) capacidade de concentração urinária
51. A síndrome de Fanconi é caracterizada por:
- (A) disfunção do túbulo distal, hipocalemia, hiperuricemia, acidose
  - (B) disfunção do túbulo proximal, glicosúria, aminoacidúria, acidose
  - (C) disfunção do túbulo proximal, hipouricemia, hipofosfatemia, alcalose
  - (D) disfunção do túbulo distal, hipocitratúria, acidose, hipomagnesemia
52. Paciente masculino, de 51 anos de idade, foi encaminhado ao ambulatório de nefrologia para avaliação de cálculo renal de repetição. Ele relata quatro episódios prévios de litíase renal com necessidade de realização de litotripsia, em uma das ocasiões. Nega uso de qualquer medicação no momento. Exames laboratoriais: creatinina: 1,3 mg/dL; ureia: 32 mg/dL; reserva alcalina: 23 mEq/L; sódio: 140 mEq/L; potássio: 3,9 mEq/L; cálcio: 12,9 mg/dL; fósforo: 1,6 mg/dL; ácido úrico: 7,5 mg/dL, PTH: 250 pg/mL. Na avaliação da urina de 24h, apresentava excreção aumentada de cálcio. O diagnóstico mais provável e o tipo de cálculo mais frequentemente encontrado são, respectivamente:
- (A) hiperparatireoidismo primário e fosfato de cálcio
  - (B) hiperparatireoidismo primário e oxalato de cálcio
  - (C) hiperparatireoidismo secundário e fosfato de cálcio
  - (D) hiperparatireoidismo secundário e oxalato de cálcio

53. A avaliação histopatológica é um exame de grande importância para diagnóstico correto de diversas patologias renais. A opção, abaixo, que apresenta correlação correta entre a patologia glomerular e a presença de depósitos imunes é:
- nefropatia por IgA – depósito subepitelial
  - glomerulonefrite membranosa – ausência de depósitos
  - glomerulonefrite membranoproliferativa – depósito subendotelial
  - glomerulonefrite difusa aguda pós-infecciosa – depósito mesangial
54. Paciente masculino, de 32 anos de idade, negro, com diagnóstico de hipertensão aos 22 anos de idade. Em uso de enalapril 20 mg duas vezes por dia, hidroclorotiazida 25 mg, uma vez por dia e anlodipina 10 mg, uma vez por dia. Retorna para consulta ambulatorial com exames complementares. Creatinina: 1,0 mg/dL; uréia: 38 mg/dL; sódio: 138 mEq/L; potássio: 3,2 mEq/L. Reserva alcalina: 32 mEq/L. Ultrassonografia de vias urinárias normal. O diagnóstico mais provável é:
- feocromocitoma
  - coarctação da aorta
  - hiperaldosteronismo primário
  - estenose de artéria renal bilateral
55. Uma das funções do rim é manter o equilíbrio ácido básico. O rim acidifica a urina a fim de excretar ácido não volátil e manter normal a concentração plasmática de bicarbonato. Entre os mecanismos de regulação da acidificação urinária estão, **EXCETO**:
- alcalose diminui a secreção de íons hidrogênio (H<sup>+</sup>)
  - o PTH inibe a secreção de íons hidrogênio (H<sup>+</sup>) no túbulo proximal
  - a aldosterona aumenta a secreção de íons hidrogênio (H<sup>+</sup>) de forma direta e indiretamente
  - a expansão do volume extracelular aumenta a secreção de íons hidrogênio (H<sup>+</sup>)
56. A síndrome de lise tumoral é uma emergência oncológica, frequentemente, associada à insuficiência renal aguda. Além disso se caracteriza por importantes alterações metabólicas. São elas:
- hipopotassemia, hipouricemia, hipofosfatemia e hipocalcemia
  - hiperpotassemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia
  - hipopotassemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hipercalcemia
  - hiperpotassemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hipercalcemia
- hipercalcemia
57. Paciente masculino de 18 anos de idade, história familiar de doença renal crônica, apresenta hematúria microscópica, com proteinúria 2,5g/24h. PA: 140x90 mmHg, sem uso de anti-hipertensivos. Realiza exame oftalmológico que revela a presença de lenticone anterior. O diagnóstico, mais provável, é:
- nefropatia de membrana basal fina
  - síndrome de Alport
  - nefropatia por IgA
  - doença de Fabry
58. Paciente de 55 anos de idade, hipertenso, com diabetes há doze anos. Procurou emergência com quadro de anasarca. Na internação exames evidenciaram: hemoglobina: 10,5 mg/dL; creatinina: 2,5 mg/dL; ureia: 90 mg/dL; EAS: proteinúria +3/+4; spot urinário: 4,5. Ultrassonografia de vias urinárias evidenciava rins de tamanho aumentado e relação córtico-medular preservada. A biopsia renal mostrou depósitos glomerulares esverdeados pela coloração de vermelho do Congo, com aspecto de birrefringência à luz polarizada. O diagnóstico, mais provável, é:
- glomeruloesclerose segmentar e focal
  - doença do depósito denso
  - nefropatia diabética
  - amiloidose
59. A hemodiálise e a hemoperfusão são procedimentos úteis no manejo de intoxicações exógenas por fármacos e drogas. A hemoperfusão é o método de escolha quando se tem substâncias, com as seguintes características:
- baixo grau de ligação proteica
  - baixo volume de distribuição
  - baixo peso molecular
  - lipossolúveis
60. A injúria renal aguda está relacionada a um risco aumentado de infecções. Entre os fatores de risco associados estão, **EXCETO**:
- uremia
  - desnutrição
  - hipervolemia
  - alcalose metabólica