

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

***Não deixe de preencher as informações a seguir:***

Nome

[illegible]

***Nº de Identidade***

Órgão Expedidor

 $UF$ 

***Nº de Inscrição***

\_\_\_\_\_

**GRUPO 30**  
**ESPECIALIDADE COM PRÉ-REQUISITO EM NEFROLOGIA**  
**(TRANSPLANTE DE RIM)**

## PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.*
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

***BOA SORTE!***



**01. Qual das seguintes definições melhor define a doença por citomegalovírus (CMV) após transplante renal?**

- A) Evidência isolada de replicação do CMV (DNAemia) em qualquer amostra de fluido corporal, independentemente de sintomas.
- B) Evidência de infecção por CMV combinada com sintomas clínicos atribuíveis ao vírus.
- C) Presença de anticorpos IgM específicos para CMV no receptor após o transplante.
- D) Detecção de antígeno pp65 em leucócitos do sangue periférico (antigenemia).
- E) Reativação de uma infecção latente por CMV, mas sem manifestações clínicas.

**02. Qual é a aplicação clínica emergente e recomendada para o monitoramento da imunidade celular específica para citomegalovírus (CMV) em receptores de transplante renal?**

- A) Substituir a sorologia de CMV para estratificação de risco pré-transplante.
- B) Ser o principal fator para decidir entre profilaxia universal e terapia preemptiva.
- C) Diagnosticar doença invasiva por CMV de forma mais rápida que o QNAT.
- D) Personalizar a duração da profilaxia antiviral em receptores soropositivos.
- E) Monitorar a eficácia do tratamento em tempo real.

**03. Qual é o valor mínimo recomendado de Taxa de Filtração Glomerular (TFG) estimada para um potencial doador renal de 30 anos, sem outros fatores de risco?**

- |  |   |
|--|---|
| A) $\geq 60$ mL/min/1.73m <sup>2</sup> |   |
| B) $\geq 70$ mL/min/1.73m <sup>2</sup> | D) $\geq 90$ mL/min/1.73m <sup>2</sup>  |
| C) $\geq 80$ mL/min/1.73m <sup>2</sup> | E) $\geq 100$ mL/min/1.73m <sup>2</sup> |

**04. A avaliação de um potencial doador vivo deve incluir, EXCETO:**

- A) Avaliação da função renal (TFG).
- B) Triagem para doenças transmissíveis (ex.: HIV, HCV).
- C) Teste genético preditivo de rotina para doenças renais hereditárias.
- D) Avaliação anatômica dos rins (ex.: tomografia).
- E) Avaliação psicossocial.

**05. Para um paciente adulto jovem (18-49 anos) com Doença Renal Policística Autossômica Dominante nos estágios G1-G2 de Doença Renal Crônica, qual é a meta de pressão arterial recomendada pela diretriz do KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) 2025, quando medida pela monitorização domiciliar?**

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| A) $< 140/90$ mmHg    |                       |
| B) $\leq 130/80$ mmHg | D) $< 120/70$ mmHg    |
| C) $\leq 110/75$ mmHg | E) $\leq 135/85$ mmHg |

**06. Qual característica é associada a um pior prognóstico na Doença Renal Policística Autossômica Dominante?**

- A) Sexo feminino.
- B) Idade mais avançada no diagnóstico.
- C) Baixa ingestão de proteínas.
- D) Volume hepático reduzido.
- E) Presença de variante genética PKD1, especialmente do tipo truncante.

**07. Qual das seguintes afirmações sobre o tratamento com tolvaptana na Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD) está CORRETA?**

- A) É recomendado para todos os pacientes com diagnóstico de DRPAD
- B) Pode ser indicado para pacientes de classes C-E pela Classificação de Mayo.
- C) É a primeira linha de tratamento para hipertensão em DRPAD.
- D) É contraindicado em pacientes com doença policística hepática.
- E) O uso combinado com dapagliflozina potencializa o benefício.

**08. De acordo com as diretrizes mais recentes sobre o tema, qual é a tendência em relação ao uso de glicocorticoides (GC) na terapia de indução das vasculites ANCA-relacionada?**

- A) Adotar regimes com doses mais baixas ou mesmo substituí-los.
- B) Utilizar pulsoterapia com metilprednisolona como única opção.
- C) Manter doses altas por longos períodos para garantir a remissão.
- D) Evitar o uso de GC em combinação com rituximabe.
- E) Iniciar GC apenas como terapia de resgate.

**09. Para o tratamento de manutenção da Nefrite Lúpica Classe III/IV, a recomendação é, preferencialmente, usar**

- A) Ciclofosfamida oral em baixa dose.
- B) Tacrolimo em monoterapia.
- C) Azatioprina ou micofenolato.
- D) Glicocorticoides em dose baixa associado a Tacrolimo.
- E) Rituximabe a cada 6 meses

**10. Em relação ao uso de glicocorticoides no tratamento inicial da Nefrite Lúpica, recomenda-se**

- A) evitar completamente o uso de pulsoterapia com metilprednisolona.
- B) utilizar prednisona oral em alta dose (1 mg/kg/dia) por longos períodos.
- C) usar glicocorticoides apenas em casos de nefrite lúpica pura Classe V.
- D) utilizar pulsoterapia intravenosa com metilprednisolona, seguida de prednisona oral em doses baixas ou descendentes.
- E) manter a dose inicial de prednisona por, pelo menos, 12 meses antes de iniciar a redução.

**11. Qual é a forma de rastreio recomendada de nefrite lúpica em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) sem doença renal conhecida?**

- A) Realizar biópsia renal ao diagnóstico do LES, independentemente dos achados urinários e repetir, conforme necessário.
- B) Testar a urina apenas quando houver presença de urina espumosa.
- C) Monitorar a creatinina sérica.
- D) Realizar ultrassonografia renal de rotina anualmente.
- E) Rastrear proteinúria a cada 6 a 12 meses.

**12. Qual dos agentes farmacológicos abaixo deve ser continuado durante a gravidez em pacientes com Nefrite Lúpica para reduzir o risco de complicações?**

- A) Micofenolato de Mofetila.
- B) Ciclofosfamida.
- C) Metotrexato.
- D) Hidroxicloroquina.
- E) Micofenolato de Sódio

**13. Qual é a meta de proteinúria recomendada para o tratamento da Nefropatia por IgA?**

- A) < 1,0 g/dia.
- B) < 0,5 g/dia, idealmente < 0,3 g/dia.
- C) < 3,0 g/dia.
- D) Redução de 50% em relação à proteinúria de base.
- E) Normalização completa (< 0,15 g/dia).

**14. Se a budesonida de liberação dirigida não estiver disponível para um paciente de alto risco com Nefropatia por IgA, qual é a alternativa imunossupressora recomendada?**

- A) Ciclofosfamida (1,5mg/kg/dia) associado à prednisona em baixa dose.
- B) Azatioprina (2 mg/kg/dia) por, pelo menos, 6 meses.
- C) Prednisona (0,4 mg/kg/dia) por 2 meses, com redução gradual por 6-9 meses.
- D) Manter apenas terapia de suporte com IECA/BRAs.
- E) Micofenolato de mofetila associado à prednisona em baixa dose

**15. Qual é a recomendação de ingestão de proteínas para adultos com DRC nos estágios G3 a G5?**

- A) 0,8 g/kg/dia.
- B) 1,5 g/kg/dia.
- C) 0,3-0,5 g/kg/dia.
- D) Ingestão liberal, sem restrições.
- E) Dieta exclusivamente baseada em proteínas vegetais.

**16. Qual é o método preferencial para a avaliação inicial da albuminúria?**

- A) Albuminúria urinária de 24 horas.
- B) Relação proteína/creatinina urinária.
- C) Fita reagente para proteinúria.
- D) Relação albumina/creatinina urinária em amostra isolada.
- E) Eletroforese de proteínas urinárias

**17. De acordo com a diretriz mais recente, qual é o protocolo de rastreamento da carga de DNA do vírus BK (BKPyV-DNAemia) no plasma em receptores adultos de transplante renal?**

- A) Trimestralmente até o segundo ano pós-transplante ou após tratamento de rejeição.
- B) Mensalmente até o nono mês, e depois a cada 3 meses, até 2 anos após o transplante.
- C) A cada 2 semanas no primeiro mês, depois mensalmente até o primeiro ano.
- D) Somente quando houver disfunção do enxerto confirmada por exames laboratoriais.
- E) Anualmente durante os primeiros 5 anos após o transplante.

**18. Qual é a principal e mais bem fundamentada intervenção terapêutica recomendada para pacientes com BKPyV-DNAemia significativa (persistente >1.000 ou >10.000 cópias/mL) ou nefropatia por BKPyV comprovada por biópsia?**

- A) Introdução de cidofovir.
- B) Administração de leflunomida.
- C) Infusão intravenosa de imunoglobulina (IVIG).
- D) Troca imediata do tacrolimo por everolimo.
- E) Redução da imunossupressão.

**19. Para um receptor que perdeu o enxerto renal devido à nefropatia por BK vírus e é elegível para retransplante, qual é uma condição prévia importante?**

- A) Realizar nefrectomia do enxerto perdido.
- B) Aguardar um período mínimo de 1 ano após a perda do enxerto.
- C) Garantir que a BKPyV-DNAemia seja indetectável.
- D) Submeter-se a um regime de plasmaférese antes do novo transplante.
- E) Comprovar soroconversão para o vírus BK.

**20. Qual é o fator de risco mais fortemente associado à recorrência de glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) após o transplante renal?**

- A) Idade avançada do doador.
- B) Mutação APOL-1 no receptor.
- C) Histórico de perda de enxerto renal anterior devido à recorrência de GESF.
- D) Tempo prolongado em diálise antes do transplante.
- E) Esquema de imunossupressão com everolimo ou sirolimo.

**21. Qual medicamento, usado em conjunto com a plasmaférese, tem evidências mais consistentes de benefício no tratamento da recorrência de GESF após transplante renal?**

- A) Tacrolimo.
- B) Rituximabe.
- C) Ciclosporina.
- D) Azatioprina.
- E) Metilprednisolona

**22. Com base nos dados do Registro Brasileiro de Síndrome Hemolítico Urêmica atípica, qual das seguintes afirmações é CORRETA?**

- A) A doença é extremamente rara em crianças e adolescentes.
- B) A apresentação clínica é uniforme, sem heterogeneidade significativa.
- C) Homens adultos são o grupo mais frequentemente afetado.
- D) Variantes genéticas no complemento são encontradas em menos de 30% dos pacientes.
- E) O envolvimento renal está presente em praticamente todos os casos, incluindo pediátricos.

**23. Para qual subgrupo de pacientes com Síndrome Hemolítico Urêmica atípica, a terapia com inibidores do complemento pode NÃO ser eficaz?**

- A) Pacientes com mutações no gene da enzima diacilglicerol quinase épsilon.
- B) Pacientes que desenvolvem autoanticorpos contra o Fator H.
- C) Pacientes com mutações no gene do Fator H.
- D) Pacientes em que a doença foi desencadeada por uma infecção.
- E) Pacientes pediátricos.

**24. Na hemodiafiltração, como ocorre a depuração de solutos?**

- A) Exclusivamente por difusão.
- B) Exclusivamente por convecção.
- C) Por ultrafiltração isolada.
- D) Por uma combinação de difusão e convecção.
- E) Por uma combinação de ultrafiltração e adsorção.

**25. Para monitorar a dose de terapia realmente fornecida ao paciente em Terapia Renal Substitutiva Contínua, qual métrica é a mais utilizada?**

- A) Volume total de efluente por unidade de tempo.
- B) Tempo total de duração da terapia por superfície corpórea.
- C) Nível sérico de ureia pré e pós-filtro.
- D) Medida direta da depuração de creatinina no efluente por unidade de tempo.
- E) Pressão transmembrana no filtro.

**26. Um paciente de 45 anos em hemodiafiltração veno-venosa contínua por 6 dias devido a injúria renal aguda oligúrica secundária a rabdomiólise começa a apresentar diurese de 0,8 mL/kg/h nas últimas 24h. Hemodinamicamente estável. Creatinina sérica estabilizou em 3,0 mg/dL (basal 1,0 mg/dL).**

**Diante da possibilidade de descontinuação da CRRT, qual a melhor estratégia de avaliação e transição, segundo as evidências atuais?**

- A) Realizar um teste de interrupção, monitorando diurese, creatinina e potássio séricos por 24-48h.
- B) Interromper a terapia e remover o cateter de hemodiálise, para reduzir risco de infecção.
- C) Reduzir progressivamente a dose de hemodiafiltração (exemplo: 15 mL/kg/h) por 48h antes de interromper.
- D) Mudar imediatamente para hemodiálise intermitente diária.
- E) Manter a hemodiafiltração em dose plena, até que a creatinina atinja o valor basal.

**27. A trombocitopenia isolada (sem anemia ou leucopenia) que se desenvolve no primeiro mês após o transplante renal está mais frequentemente associada ao seguinte medicamento:**

- A) Tacrolimo
- B) Ciclosporina
- C) Micofenolato de sódio
- D) Prednisona
- E) Basiliximabe

**28. Um paciente em hemodiálise com fístula arteriovenosa (FAV) com prótese, apresenta dor, fraqueza e parestesia na mão da fístula.**

**Com base nas complicações descritas na literatura de acesso vascular, qual diagnóstico deve ser considerado e qual abordagem inicial seria mais adequada?**

- A) Iminência de trombose da FAV: iniciar anticoagulação sistêmica imediata.
- B) Síndrome de roubo de fluxo: confirmar por ultrassom Doppler.
- C) Infecção da FAV: iniciar antibiótico sistêmico empiricamente.
- D) Reação alérgica ao material protético: remover enxerto e replanejar acesso.
- E) Insuficiência cardíaca de alto débito: realizar ecocardiograma.

**29. Uma unidade de diálise realiza vigilância regular de estenoses em fístula arteriovenosa (FAV) através de ultrassonografia e intervém profilaticamente, mesmo na ausência de disfunção.**

**Com base na evidência atual, o que é CORRETO afirmar com relação a essa prática?**

- A) Correção preemptiva de estenose aumenta drasticamente a sobrevida da FAV.
- B) A vigilância ultrassonográfica regular dispensa o exame físico do acesso vascular.
- C) Em FAV nativas, essa prática nunca reduz risco de trombose.
- D) Em enxertos protéticos, a correção profilática de estenose não reduz o risco de trombose.
- E) A vigilância ultrassonográfica e correção profilática são obrigatórias segundo as diretrizes de acesso vascular.

**30. Qual é o valor mínimo recomendado de Kt/V ureia semanal total para adequação, independentemente da modalidade de diálise peritoneal?**

- A) 1,2
- B) 1,4
- C) 1,6
- D) 1,7
- E) 2,3

**31. A hipercalcúria absorptiva, uma causa comum de formação de cálculos, é caracterizada por**

- A) excreção urinária excessiva de cálcio devido a hiperparatireoidismo primário.
- B) excreção urinária excessiva de cálcio devido à acidose tubular renal.
- C) absorção intestinal excessiva de cálcio, com inibição fisiológica do PTH.
- D) reabsorção óssea excessiva de cálcio como efeito colateral de tiazídicos.
- E) excreção urinária reduzida de citrato, levando a cálculos de fosfato de cálcio.

**32. Um paciente com cálculos renais recorrentes apresenta urina persistentemente alcalina (pH > 6.5) e cálculos de fosfato de cálcio.**

**Qual condição é a causa mais provável deste perfil?**

- A) Hiperparatireoidismo primário
- B) Acidose tubular renal distal
- C) Infecção do trato urinário por bactérias produtoras de urease
- D) Acidose tubular proximal
- E) Hiperossalúria primária

**33. De acordo com as evidências recentes, qual dessas medicações, originalmente desenvolvida para outra indicação, demonstrou efeito benéfico no aumento dos níveis séricos de magnésio?**

- A) Antagonistas dos receptores de angiotensina II.
- B) Inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2.
- C) Agonistas do receptor GLP-1.
- D) Inibidores da DPP-4.
- E) Inibidores de bomba de prótons.

**34. Qual parâmetro é considerado o marcador principal para a avaliação da fisiopatologia subjacente e classificação da alcalose metabólica?**

- A) Concentração urinária de potássio.
- B) Concentração sérica de potássio.
- C) Anion gap urinário.
- D) Osmolalidade urinária.
- E) Concentração de cloreto na urina.

**35. Em uma paciente portadora de doença renal crônica estágio 5 em hemodiálise e hemoglobina de 9,5 g/dL, a investigação inicial revela ferritina de 450 ng/mL e saturação da transferrina de 18%.**

**Como é classificado o estado do ferro e qual a conduta terapêutica mais imediata?**

- A) Deficiência de ferro funcional: reposição de ferro intravenoso.
- B) Sobrecarga de ferro: evitar qualquer suplementação.
- C) Deficiência de ferro absoluta: reposição oral de ferro inicialmente.
- D) Deficiência de ferro funcional: iniciar eritropoetina.
- E) Estado de ferro normal: nenhuma ação é necessária.

**36. Um paciente em hemodiálise em uso de eritropoetina subcutânea e ferro intravenoso (IV) apresenta hipertensão de difícil controle e trombose de fistula arteriovenosa.**

**Qual associação fisiopatológica entre o tratamento da anemia e essas complicações é mais relevante para reavaliar a conduta?**

- A) O ferro IV causa vasoconstrição direta e hipercoagulabilidade.
- B) A correção muito rápida da anemia e/ou a manutenção de níveis de hemoglobina mais elevados podem aumentar a viscosidade sanguínea.
- C) Eritropoetina tem efeito tóxico direto sobre o endotélio vascular.
- D) A deficiência de ferro por si só é um fator de proteção trombótica.
- E) A hipertensão provavelmente é por hipervolemia e não relacionada ao tratamento da anemia.

**37. Qual das seguintes afirmações melhor descreve a relação entre Lesão Renal Aguda (LRA), Doença Renal Aguda (DRA) e Doença Renal Crônica (DRC)?**

- A) DRA pode incluir a LRA.
- B) LRA e DRC são entidades mutuamente exclusivas.
- C) DRA é um episódio de agudização da DRC.
- D) LRA sempre evolui para DRC.
- E) DRA só é diagnosticada após a resolução de um episódio de LRA.

**38. Um homem de 78 anos, assintomático, tem taxa de filtração glomerular estimada em 2 ocasiões, com intervalo de 5 meses, em 50 mL/min/1,73m<sup>2</sup> e razão albumina/creatinina na urina de 40 mg/g.**

**Qual das alternativas abaixo melhor classifica essa condição?**

- A) Não há doença renal, apenas senescência renal.
- B) Doença Renal Crônica com agudização.
- C) Doença Renal Aguda.
- D) Doença Renal Crônica estágio 3a.
- E) Doença Renal Crônica estágio 3b.

**39. A rejeição crônica após transplante renal é melhor definida como**

- A) qualquer falência do enxerto renal que ocorra após o primeiro ano pós-transplante.
- B) um processo aloimune persistente que leva a lesões morfológicas características e frequentemente irreversíveis no enxerto.
- C) sinônimo de "nefropatia crônica do enxerto", termo que permanece preferido por sua abrangência.
- D) uma condição geralmente sintomática, caracterizada por febre e dor no enxerto.
- E) a principal causa de perda precoce do enxerto nos primeiros três meses.

**40. Na patogênese da rejeição crônica mediada por anticorpos, qual célula imune teve seu papel como efetora central recentemente destacado em estudos de transcriptômica e genética funcional?**

- A) Linfócitos T auxiliares foliculares.
- B) Células B de memória.
- C) Células Natural Killer.
- D) Macrófagos M2.
- E) Neutrófilos.



**41. Paciente de 40 anos, portador de doença renal crônica secundária à glomerulonefrite por C3, transplantado renal há 6 anos, apresenta elevação da creatinina sérica (de 1,4 para 2,3 mg/dL em 12 meses) e proteinúria de 1.100 mg/dia. A biópsia renal revela glomerulite moderada, pericapilarite tubular leve e duplo contorno em alças capilares glomerulares. A imunofluorescência apresenta IgM *trapping* em áreas de glomerulosclerose, e a imunohistoquímica para C4d é negativa.**

**Qual é o diagnóstico mais provável de acordo com os critérios atuais?**

- A) Rejeição Crônica Ativa Mediada por Anticorpos
- B) Rejeição Crônica Ativa Mediada por Células T
- C) Rejeição Aguda Mediada por Células T
- D) Rejeição Aguda Mediada por Anticorpos
- E) Glomerulonefrite por C3 recorrente

**42. Paciente de 28 anos, transplantada renal há 3 anos por nefropatia por IgA. Tem função renal estável (creatinina 1,2 mg/dL), sem proteinúria, em uso de tacrolimo, micofenolato de sódio e prednisona. Planeja engravidar.**

**Qual é a conduta mais adequada?**

- A) Orientar que pode tentar a gravidez imediatamente, pois o tempo pós-transplante é adequado, função renal estável e não apresenta proteinúria.
- B) Substituir o micofenolato por azatioprina com antecedência mínima de 6 semanas.
- C) Seguir com exames de função renal e níveis de tacrolimo, mantendo o esquema imunossupressor inalterado.
- D) Contraindicar a gravidez devido ao risco de recorrência da doença de base no enxerto.
- E) Substituir o tacrolimo por ciclosporina com antecedência mínima de 6 semanas.

**43. Qual das alternativas abaixo apresenta uma das principais limitações ao uso de Inibidores da Calcineurina, como a Ciclosporina ou o Tacrolimo, no tratamento da Glomerulopatia Membranosa?**

- A) Falta de eficácia na indução de remissão.
- B) Maior risco de infecções fúngicas.
- C) Incapacidade de reduzir os títulos de anticorpos anti-PLA2R.
- D) Risco de nefrotoxicidade, especialmente aos podócitos.
- E) Elevada taxa de recidiva após a redução ou suspensão.

**44. Uma mulher de 54 anos é diagnosticada com síndrome nefrótica (10g/dia) por Glomerulopatia Membranosa (GM). A investigação para causas secundárias revelou nódulo em mama esquerda, posteriormente diagnosticado como adenocarcinoma ductal invasivo. A biópsia renal mostra depósitos de IgG predominantemente do subtipo IgG1.**

**Qual das condutas abaixo é a mais apropriada?**

- A) Iniciar rituximabe e tratamento específico da neoplasia para induzir remissão da proteinúria.
- B) Tratar a neoplasia conforme estadiamento e associar sirolimo, por apresentar efeito antineoplásico.
- C) Iniciar o regime de *Ponticelli* e tratamento específico da neoplasia para induzir remissão da proteinúria.
- D) Tratar a neoplasia conforme estadiamento e monitorar a resposta da GM.
- E) Indicar plasmaférese e tratamento específico da neoplasia para induzir remissão da proteinúria.

**45. Qual é a primeira alteração detectável no metabolismo mineral e ósseo na resposta renal adaptativa à redução da taxa de filtração glomerular?**

- A) Aumento do paratormônio.
- B) Diminuição da produção de 1,25-di-hidroxivitamina D.
- C) Aumento dos níveis séricos de Fator de Crescimento de Fibroblastos-23.
- D) Aumento da fração de excreção de fósforo.
- E) Redução da absorção intestinal de cálcio.

**46. A Doença óssea adinâmica na doença renal crônica é caracterizada por (como)**

- A) alta taxa de remodelação óssea, com formação excessiva de osso com baixa densidade.
- B) baixa remodelação óssea, com supressão da atividade dos osteoblastos e osteoclastos.
- C) aumento de osteóide não mineralizado devido à deficiência de vitamina D e hipocalcemia.
- D) substituição do tecido ósseo por tecido fibroso frágil, devido ao uso de bifosfonados.
- E) sinônimo de fragilidade óssea relacionada à idade do paciente, uremia e inflamação.

---

**47. Em pacientes com hiperparatireoidismo grave secundário à doença renal crônica, o tratamento com cinacalcete pode levar à redução eficaz das concentrações de paratormônio, cálcio e fósforo séricos. No entanto, estudos como o EVOLVE não demonstraram um claro benefício na redução de eventos cardiovasculares maiores ou mortalidade. Uma explicação plausível para essa aparente dissociação é que**

- A) a redução do paratormônio é sempre benéfica, e os resultados negativos dos estudos ocorrem devido às limitações estatísticas e metodológicas.
- B) o cinacalcete aumenta paradoxalmente o risco de calcificações vasculares, mitigando seus benefícios.
- C) o hiperparatireoidismo secundário à doença renal crônica é um marcador, mas não um mediador do risco cardiovascular.
- D) o controle do fósforo é mais importante que o do paratormônio, e os quelantes de fósforo são a terapia mais eficaz.
- E) a intervenção farmacológica pode ocorrer tardiamente, após o estabelecimento de dano vascular irreversível e alterações na biologia óssea.

---

**48. Qual valor de creatinina sérica deve ser prioritariamente utilizado como de referência para o diagnóstico e estadiamento de lesão renal aguda em pacientes com cirrose?**

- A) O menor valor estável durante a internação hospitalar.
- B) O valor mais baixo estável obtido nos últimos 60 dias.
- C) O valor mais baixo estável obtido nos últimos 3 meses.
- D) A média dos valores dos últimos 6 meses.
- E) O valor mais baixo estável correspondente à taxa de filtração glomerular acima de 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

---

**49. Para um paciente com cirrose descompensada e ascite que desenvolve lesão renal aguda oligúrica, qual é o primeiro e mais crucial passo na abordagem inicial?**

- A) Realizar uma avaliação clínica rigorosa do estado volêmico e do débito urinário.
- B) Solicitar imediatamente uma ultrassonografia renal com doppler.
- C) Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro.
- D) Administrar albumina endovenosa em dose de ataque (1g/kg/dia, por 02 dias).
- E) Solicitar dosagem de biomarcadores urinários como NGAL ou KIM-1.

---

**50. Qual é a via que contribui significativamente para a lesão tubular direta por medicamentos?**

- A) Secreção ativa no túbulo coletor.
  - B) Reabsorção na alça de Henle.
  - C) Filtração exclusiva no glomérulo.
  - D) Passagem através do túbulo proximal.
  - E) Metabolismo no túbulo coletor.
-



## **GRUPO 30 (TRANSPLANTE DE RIM)**