

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ANO ADICIONAL TRANSPLANTE DE RIM - NEFROLOGIA R3

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



### TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**



### NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



### INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

**Boa prova!**

## Nefrologia

1

Os pacientes que estão no grupo de risco para doença renal crônica (DRC) devem utilizar a medição da albumina na urina e a avaliação da taxa de filtração glomerular (TFG).

A prova da cronicidade (duração mínima de 3 meses) pode ser estabelecida por

- (A) revisão de medições/estimativas anteriores da TFG, em três ou mais meses.
- (B) revisão de medicações anteriores.
- (C) achados de imagem com rim de tamanho normal e espessura cortical, também dentro da normalidade.
- (D) ausência de histórico médico para condições conhecidas por causar ou contribuir para a DRC.
- (E) repetição das medições dentro e além do período de 6 meses.

2

Criança do sexo masculino, em idade pré-escolar, foi à consulta junto a seus progenitores, com quadro de síndrome nefrótica de instalação súbita. Ao exame físico, apresenta-se normotenso, corado, hidratado, em anasarca, com presença de linfadenomegalia cervical, de consistência endurecida, no pescoço, à esquerda. Restante do exame físico, sem outras alterações.

Os exames laboratoriais evidenciam presença de proteinúria nefrótica, hipoalbuminemia, dislipidemia, escórias nitrogenadas normais, EAS com proteína 4+/4+, sem outras alterações.

A abordagem adequada ao caso é

- (A) iniciar corticoterapia.
- (B) programar biópsia renal.
- (C) iniciar outros agentes alquelantes, para evitar toxicidade por corticoide.
- (D) iniciar medidas conservadoras (diuréticos, IECA ou BRA), aguardando remissão espontânea.
- (E) programar biópsia de linfonodo.

3

Paciente do sexo masculino, de 68 anos, foi recentemente diagnosticado com leucemia mieloide aguda. Após 7 dias do início do tratamento quimioterápico apresenta importante elevação das escórias nitrogenadas associada a hiperuricemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia. Apesar dos cuidados clínicos, evoluiu para Injúria Renal Aguda (IRA), estágio 3, vindo a necessitar de terapia renal substitutiva.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica é

- (A) necrose rubular aguda.
- (B) injúria renal aguda pré-renal.
- (C) injúria renal aguda pós-renal.
- (D) glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- (E) síndrome de lise tumoral.

4

Paciente, 26 anos, previamente saudável, morador em região afetada por alagamento e inundação urbana devido a enchentes. Participou de ações de resgate de moradores e animais domésticos uma semana antes de se internar no hospital com febre, astenia, mialgia, icterícia e retenção nitrogenada. Foi solicitada sorologia para leptospirose, que se encontra em andamento.

Na ausência da sorologia, o seguinte conjunto de exames bioquímicos tem valor sugestivo ou preditivo para o diagnóstico de Injúria Renal Aguda por Leptospirose:

- (A) bilirrubina, natremia, lipidograma, creatina fosfoquinase, fosfatase alcalina.
- (B) fosfatase alcalina, bilirrubina, creatina fosfoquinase, calemia, creatinina.
- (C) ácido úrico, ureia, creatinina, calemia, natremia.
- (D) lipidograma, bilirrubina, creatinina, albumina, creatina fosfoquinase.
- (E) ureia, creatinina, calemia, creatina fosfoquinase, ácido úrico.

5

A abordagem terapêutica nos pacientes com acidose tubular renal (ATR) é determinada com base no defeito primário presente nesses distúrbios: diminuição da acidificação do túbulo distal na ATR distal (tipo 1) e reabsorção de bicarbonato proximal prejudicada na ATR proximal (tipo 2).

Em pacientes com ATR proximal congênita, os benefícios diretos da correção da acidose incluem

- (A) correção da anemia e correção da distrofia muscular.
- (B) correção da calcemia e fosfatúria.
- (C) restauração do crescimento e melhora do raquitismo.
- (D) prevenção de arritmias e correção do hipotireoidismo.
- (E) produção de poliúria e promoção de calciúria.

6

De acordo com a legislação brasileira, pacientes em regime de hemodiálise ambulatorial podem ter seus filtros capilares reutilizados, desde que o volume interno das fibras seja superior a 80% (oitenta por cento) do seu volume inicial (prime), nas seguintes condições:

- (A) no máximo de 12 vezes, desde que feito reuso com equipamento automatizado.
- (B) no máximo de 20 vezes, fazendo reuso com equipamento automatizado ou manual.
- (C) no máximo de 12 vezes, desde que feito reuso com equipamento automatizado ou manual.
- (D) no máximo de 20 vezes, desde que feito reuso com equipamento automatizado.
- (E) não há número máximo, desde que feito reuso com equipamento automatizado e atinja o volume de 80%.

7

Na Injúria Renal Aguda pré-renal, observamos uma

- (A) relação ureia e creatinina menor do que 20.
- (B) osmolaridade urinária baixa com natriurese elevada.
- (C) osmolaridade urinária alta com natriúria reduzida.
- (D) fração de excreção de sódio elevada.
- (E) fração de excreção de ureia elevada.

**8**

Paciente do sexo masculino de 19 anos, negro e sem comorbidades, faz atletismo como atividade esportiva. Investigação laboratorial de rotina mostra elevação de creatinina (1,5 mg% - VR até 0,9 mg%), estando todos os demais exames laboratoriais, urinários e sorológicos normais. O exame físico é normal. A ultrassonografia de vias urinárias encontra-se sem alterações.

Nesse caso, a conduta correta é

- (A) repetir os exames, após orientar dieta hipoproteica.
- (B) solicitar cistatina C.
- (C) expandir a investigação de doença renal, para doenças autoimunes, genéticas e doença de depósito.
- (D) solicitar cintilografia renal DTPA e DMSA.
- (E) avaliar a indicação de biópsia renal.

**9**

A síndrome cardiorenal aguda tipo I é caracterizada por

- (A) piora aguda da função cardíaca, levando a uma Injúria Renal Aguda (IRA).
- (B) disfunção cardíaca crônica, levando a uma Doença Renal Crônica (DRC) progressiva.
- (C) piora intensa da função renal, levando a uma descompensação aguda da função cardíaca.
- (D) doença renal crônica (DRC), causando disfunção cardíaca crônica, especialmente aterosclerose acelerada.
- (E) disfunções cardíaca e renal simultâneas, devido a uma condição sistêmica (aguda ou crônica), como sepse.

**10**

Paciente de 23 anos de idade, sem comorbidade, refere apenas dieta inadequada. Iniciou, há cerca de 5 meses, quadro de fraqueza muscular leve a moderada e hipotensão.

Após intensa investigação, estabeleceu-se presença de hipocalemia moderada e refratária, alcalose metabólica e hipomagnesemia.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica é

- (A) síndrome de Gitelman.
- (B) síndrome de Bartter.
- (C) hiperaldosteronismo primário.
- (D) hiperaldosteronismo secundário.
- (E) acidose tubular renal tipo 3.

**11**

Os diuréticos que podem ser uma ferramenta terapêutica, nas litíases renais metabolicamente ativas, são os diuréticos

- (A) de alça.
- (B) tiazídicos.
- (C) poupadores de potássio.
- (D) osmóticos.
- (E) poupadores de magnésio.

**12**

Assinale a condição a seguir que **não** é indicação absoluta de início de terapia renal substitutiva de urgência.

- (A) Hipercalemia refratária.
- (B) Hipervolemia refratária.
- (C) Encefalopatia urêmica.
- (D) Ureia plasmática acima de 200 mg%.
- (E) Acidemia refratária.

**13**

Paciente de 43 anos, do sexo feminino, apresenta neoplasia mamária maligna, diagnosticada uma semana antes da consulta. Apresentou início súbito de anasarca e, nos exames iniciais, apresentava escórias nitrogenadas normais e, no EAS, tipo 1 proteína 4+4+, sem outras anormalidades.

A alteração glomerular que ela presumivelmente apresenta é a

- (A) glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- (B) presença de depósitos subepiteliais.
- (C) presença de depósitos subendoteliais.
- (D) glomeruloesclerose colapsante.
- (E) glomeruloesclerose segmentar e focal.

**14**

Paciente de 65 anos, soropositivo, segue acompanhamento regular com infectologista e mantém carga viral negativa. Apresenta, como comorbidade, hipertensão arterial de longa data e Diabetes Mellitus. O paciente foi encaminhado por apresentar elevação de escórias nitrogenadas e proteinúria glomerular de 350 mg/24 horas.

Nesse caso, a conduta é

- (A) programar biópsia renal.
- (B) iniciar enalapril, dapaglifozina e solicitar fundoscopia.
- (C) solicitar sorologias para hepatite B, C e anti-HIV, além de complemento sérico.
- (D) fazer o pedido de painel genético.
- (E) diagnosticar glomerulonefrite associada a HIV (glomeruloesclerose colapsante), de prognóstico reservado.

**15**

A profilaxia mais eficaz para nefrotoxicidade por contraste é a

- (A) hidratação venosa.
- (B) N-Acetilcisteína oral 48 horas antes do procedimento.
- (C) hemotransfusão.
- (D) bicarbonato de sódio venoso após o procedimento.
- (E) hidratação oral vigorosa.

**16**

Paciente de 87 anos de idade, cardiopata severa (miocardiopatia dilatada), hipertensa controlada e diabética, procura o nefrologista com quadro de síndrome edemigênica associada à dispneia em esforços. Está em uso de carvedilol, indapamida, enalapril e metformina.

Ao exame clínico, apresenta padrão de edema *overload* e exames laboratoriais evidenciam ureia 89mg%, creatinina 1,1 mg%, sódio 133 mEq/L, potássio 5,3 mEq/L, relação microalbumina e creatinina 85 mg/g, Hb glicada 5,7 %.

A conduta a ser seguida pelo nefrologista, no caso, é

- (A) introduzir diurético de alça, iniciar dapaglifozina e solicitar ecocardiograma.
- (B) reajustar enalapril, orientar quanto à dieta hipoproteica e programar diálise peritoneal.
- (C) diagnosticar doença renal do diabetes, com a síndrome edemigênica consequente à condição.
- (D) iniciar dapaglifozina.
- (E) programar hemodiálise.

**17**

Paciente do sexo masculino, de 65 anos, com história familiar de doença renal policística. Após realizar um exame de imagem solicitado por seu clínico, ele procura o nefrologista. Na tomografia de vias urinárias, não se observam alterações.

Nesse caso, a conduta é

- (A) iniciar dapagliflozina.
- (B) tranquilizar o paciente.
- (C) orientar quanto à ingestão de água, sal e cafeína.
- (D) solicitar ressonância magnética de vias urinárias.
- (E) solicitar angiressonância magnética de crânio.

**18**

A legislação brasileira **não** permite reutilização de filtros capilares nos pacientes em hemodiálise ambulatorial, nas seguintes condições:

- (A) infecção de corrente sanguínea; portadores de HIV; portadores de hemofilia.
- (B) portadores de hepatite C; portadores de toxoplasmose; portadores de linfoma.
- (C) portadores de Hepatite B ou C; portadores de HIV; sorologias indeterminadas.
- (D) portadores de HIV; portadores de Hepatites B ou C; portadores de leishmaniose.
- (E) portadores de anti-HBsAg positivos; portadores de HIV; infecção de corrente sanguínea.

**19**

Pacientes com Doença Renal Crônica Terminal necessitam submeter-se, regularmente, aos métodos de substituição da Função Renal. A depuração por hemodiálise (HD) é um processo com características predominantemente difusivas, enquanto a hemodiafiltração (HDF) utiliza propriedades cinéticas convectivas.

Em relação à HDF, é correto afirmar que

- (A) a totalidade do volume depurado precisa ser reposta para recompor o volume plasmático.
- (B) quanto maior a força convectiva aplicada na HDF, maior será o volume de ultrafiltrado gerado e a depuração de beta-2 microglobulina ( $\beta_2M$ ).
- (C) o transporte convectivo independe do tamanho dos poros da membrana e do tamanho das moléculas.
- (D) solutos de baixo peso molecular e água são removidos com menos eficiência nos métodos convectivos do que nos métodos difusivos.
- (E) a remoção de moléculas médias por HDF não ocorre por difusão.

**20**

Doença glomerular com progressão para insuficiência renal. Anormalidades oculares com lenticone anterior. Perda auditiva neurosensorial. História familiar de parentes do sexo masculino com hematuria associada à insuficiência renal e à surdez, além de parentes do sexo feminino com hematuria.

Essas características compõem o diagnóstico da síndrome de

- (A) Fabry.
- (B) Gitelman.
- (C) Bartter.
- (D) Von Hippel-Lindau.
- (E) Alport.

**21**

Conhecida como pseudohiperaldosteronismo, a síndrome de Liddle causa hipertensão resistente caracterizada pelo aumento primário na reabsorção de sódio e secreção de potássio. Essa causa de hipertensão secundária se deve a uma mutação genética que acomete a função do canal de sódio (ENaC) do túbulo coletor. Tipicamente, esses pacientes apresentam hipertensão arterial, hipocalcemia e alcalose metabólica, em semelhança aos distúrbios causados pelo excesso de mineralocorticoides.

No tratamento dessa doença congênita, é indicado o uso do diurético

- (A) espironolactona.
- (B) furosemida.
- (C) amilorida.
- (D) tiazídicos.
- (E) gliflozinas.

**22**

A diretriz 2022 do *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO), para o manejo do diabetes na Doença Renal Crônica (DRC), recomenda evitar o termo “Doença Renal Diabética” para não transmitir a ideia de que a presença de DRC em pacientes diabéticos seja sempre resultante da fisiopatologia diabética tradicional. O termo “Nefropatia Diabética” (ND) deve ficar restrito para aqueles casos biopsiados em que há confirmação histopatológica.

Em relação à conduta, mediante biópsia renal em pacientes diabéticos, assinale a afirmativa correta.

- (A) Pacientes com diabetes e DRC com apresentações clínicas atípicas devem ser encaminhados para biópsia renal; diabéticos com doença renal típica, a princípio, não têm indicação de biópsia.
- (B) Pacientes com diabetes e DRC com apresentações clínicas renais típicas são sempre encaminhados para biópsia renal e aqueles com ND atípicas não são frequentemente submetidos à biópsia.
- (C) Pacientes com diabetes e DRC são sempre encaminhados para biópsia renal, independentemente das formas de apresentação clínica.
- (D) Pacientes com diabetes e DRC somente devem ser encaminhados para biópsia renal se estiverem com estágio de DRC igual ou menor do que 3.
- (E) Pacientes com diabetes e DRC não devem ser submetidos ao risco de biópsia renal.

**23**

A Injúria Renal Aguda Pós-Renal é decorrente da obstrução do trato urinário e pode ser observada nas seguintes situações:

- (A) tumor de próstata, bexiga neurogênica, fibrose retroperitoneal.
- (B) estenose de uretra, coágulo uretral, endometriose.
- (C) gravidez, tumor uterino, hipocalcemia.
- (D) tumor de bexiga, prolapso uterino, litotripsia.
- (E) traumatismo medular, cálculo ureteral, anestesia geral.

**24**

Uma Excreção Fracionada de Sódio < 1%, significa que

- (A) a quantidade de sódio filtrada no glomérulo é menor do que 1% do nível plasmático de sódio.
- (B) a quantidade de sódio excretada na urina é menor do que 1% do nível plasmático de sódio.
- (C) a quantidade de sódio excretada na urina é menor do que 1% do sódio filtrado nos glomérulos.
- (D) a quantidade de sódio excretada na urina é menor do que 1% da quantidade de sódio plasmático.
- (E) a quantidade de sódio secretada na urina é menor do que 1% da quantidade de sódio reabsorvido na urina.

**25**

A análise de sedimento urinário pode revelar a existência de uma glomerulonefrite em atividade pela presença de cilindro

- (A) largo.
- (B) hialino.
- (C) leucocitário.
- (D) hemático.
- (E) granuloso.

**26**

Como via de acesso vascular para hemodiálise, um paciente se submeteu à confecção de Fístula Arteriovenosa (FAV) radiocefálica há seis semanas. *Ecodoppler* de controle revelou fluxo sanguíneo de 590 mL/min, em segmento venoso com 6,0 mm de diâmetro e 9 cm de extensão.

Diante desses parâmetros, a conduta deve ser

- (A) aguardar mais duas semanas antes de utilizar a FAV, reavaliar e prescrever exercícios diários.
- (B) pedir revisão da FAV pelo cirurgião vascular.
- (C) liberar para punção na próxima hemodiálise.
- (D) solicitar *ecodoppler* em três semanas e, se não mostrar resultado diferente, programar nova cirurgia.
- (E) implantar *Permcath* e dialisar pelo cateter.

**27**

Em relação aos pacientes com Doença Renal Crônica submetidos à diálise peritoneal, é correto afirmar que

- (A) podem apresentar hiperglicemia somente se utilizarem bolsas com banho com 4,25% de dextrose.
- (B) quando bem dialisados, apresentam  $KT/V$  semanal =1.
- (C) o gradiente osmótico do banho aumenta com o tempo e é máximo no final do tempo de permanência.
- (D) a função renal residual costuma persistir por mais tempo em pacientes em hemodiálise do que naqueles em diálise peritoneal crônica.
- (E) normalmente, as perdas de proteína no dialisato variam de 5 a 10 g/dia, cerca de metade sendo albumina.

**28**

A glomerulopenia está associada ao desenvolvimento de diferentes problemas renais.

Em média, a quantidade de glomérulos, em cada rim, normalmente presente no adulto jovem saudável, é de cerca de

- (A) 500 mil glomérulos.
- (B) 1 milhão de glomérulos.
- (C) 2 milhões de glomérulos.
- (D) 250 mil glomérulos.
- (E) 750 mil glomérulos.

**29**

Paciente com doença renal crônica no estágio 4, diagnosticado com colite pseudomembranosa recorrente e infecção por *Clostridium difficile*. O tratamento recomendado foi com vancomicina por via oral, 125 mg a 250 mg, quatro vezes ao dia, de 10 a 14 dias.

Considerando que a vancomicina é uma droga nefrotóxica, a melhor prescrição para esse paciente seria

- (A) aumentar o intervalo entre a administração das doses.
- (B) reduzir as doses recomendadas, mantendo os intervalos.
- (C) manter a prescrição na íntegra das doses e dos intervalos.
- (D) reduzir as doses e os intervalos.
- (E) manter as doses e aumentaria os intervalos.

**30**

A respeito dos cálculos renais, avalie as afirmativas a seguir.

- I. Cálculos de oxalato de cálcio monohidratado são duros e podem não ser fragmentados tão facilmente com litotripsia por ondas de choque.
- II. Cálculos de ácido úrico se formam na urina ácida, e a alcalinização da urina pode dissolver os cálculos existentes e prevenir a formação de novos cálculos.
- III. Aumentar o pH urinário pode causar a precipitação de cristais de fosfato de cálcio e a formação de cálculos.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

**31**

Paciente de 48 anos, masculino, tecelão, hipertenso de longa data, em tratamento anti-hipertensivo irregular, apresenta, ao longo dos seis últimos meses, taxa de filtração glomerular entre 38 e 40 mL/min. e albuminúria de 500 a 600 mg/g de creatinina.

Esse paciente é classificado como portador de Doença Renal Crônica no estágio

- (A) G2 A1.
- (B) G5 A2.
- (C) G3a A2.
- (D) G3b A3.
- (E) G4 A3.

**32**

Pacientes com anemia e doença renal crônica estágio G5D são tratados por hemodiálise (HD) e com dosagem de ferro sérico normal.

O início de terapia com agentes estimuladores de eritropoiese deve ser conduzido da maneira a atingir nível alvo de hemoglobina entre

- (A) 7 e 9 g/dL.
- (B) 8 e 9,5 g/dL.
- (C) 10 e 11,5 g/dL.
- (D) 10,5 e 15 g/dL.
- (E) 11 e 13 g/dL.

33

Os seguintes marcadores sorológicos são utilizados para a indicação de biópsia óssea em pacientes com doença renal crônica dialítica:

- (A) hemoglobina, sódio, cálcio, fósforo e FGF23.
- (B) fosfatase alcalina, cálcio, fósforo, PTH e 25(OH)VitD.
- (C) potássio, magnésio, 25(OH)VitD, PTH e fósforo.
- (D) fosfatase alcalina, cálcio, fósforo, 25(OH)VitD e homocisteína.
- (E) colesterol, 25(OH)VitD, cálcio, fósforo e hemoglobina.

34

Na investigação da doença óssea dos pacientes com doença renal crônica, assinale a afirmativa correta.

- (A) As radiografias podem mostrar reabsorção subperiosteal, fraturas e calcificações vasculares.
- (B) A densitometria óssea é útil para distinguir os diferentes tipos de osteodistrofia.
- (C) A cintilografia óssea é indicada em todos os casos suspeitos.
- (D) A biópsia óssea pode ser feita na crista íliaca, mas não acrescenta dados para a classificação da osteodistrofia.
- (E) A ultrassonografia óssea substitui os demais exames e é preferível por não oferecer dose de radiação.

35

A hipertensão intradialítica é uma das intercorrências importantes nos pacientes em tratamento por hemodiálise. Várias drogas anti-hipertensivas são dialisáveis durante a diálise.

A seguinte medicação anti-hipertensiva não sofre alteração de biodisponibilidade devido à remoção pela hemodiálise:

- (A) captopril.
- (B) enalapril.
- (C) atenolol.
- (D) hidralazina.
- (E) anlodipino.

36

Em relação à transfusão de hemocomponentes, em pacientes com doença renal crônica elegíveis para transplante, é correto afirmar que

- (A) transfusão de concentrado de hemácias é sempre indicada se Hb < 8g/dL.
- (B) transfusão de concentrado de hemácias é sempre indicada se Hb < 9g/dL, acompanhada de sintomas cardiovasculares.
- (C) transfusões de hemácias devem ser sempre estimuladas para permitir a tolerância imunológica do futuro enxerto.
- (D) transfusões de hemácias devem ser evitadas, sempre que possível, para minimizar o risco de alossensibilização.
- (E) esses pacientes não podem receber transplantes caso tenham recebido hemotransfusão em algum momento.

37

Na seleção de receptores para transplante renal de um doador falecido em morte cerebral, avalie se os seguintes testes de compatibilidade devem ser considerados:

- I. HLA (Antígenos Leucocitários Humanos).
- II. Grupo sanguíneo ABO.
- III. Fator Rh.
- IV. Antígenos do Complexo Principal de Histocompatibilidade (MHC).

Devem ser considerados os testes

- (A) I e II, apenas.
- (B) III e IV, apenas.
- (C) I, II e III, apenas.
- (D) II, III e IV, apenas.
- (E) I, II, III e IV.

38

A fisiopatologia da anemia na DRC é multifatorial. Nesse sentido, uma condição que está **fora de cogitação**, para explicar a anemia nesses pacientes é a

- (A) falta de eritropoetina.
- (B) redução da sobrevivência dos eritrócitos.
- (C) perda sanguínea durante a hemodiálise.
- (D) presença de hiperuricemia.
- (E) deficiência de ferro.

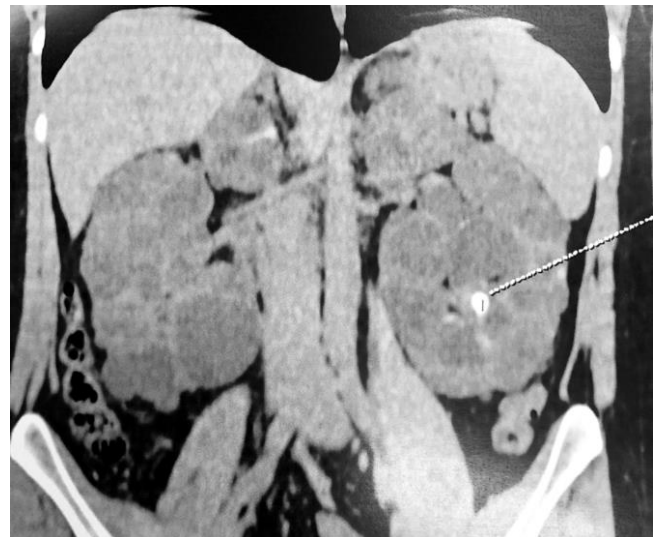
39

Das medicações diuréticas a seguir, assinale aquela que **não** representa potencial causa de hipercalemia.

- (A) Espironolactona.
- (B) Clortalidona.
- (C) Finerenona.
- (D) Eplerenona.
- (E) Amilorida.

40

Observe a imagem de tomografia computadorizada a seguir.



A partir da imagem, é correto concluir que o diagnóstico é

- (A) adenocarcinoma renal.
- (B) doença renal policística com cálculo.
- (C) pielonefrite xantogranulomatosa.
- (D) hidronefrose bilateral por urolitíase.
- (E) doença cística adquirida com cálculo.

**41**

Em relação à rejeição aguda no transplante renal, é correto afirmar que

- (A) a maioria dos casos ocorre nas primeiras horas do transplante.
- (B) a maioria dos casos é assintomática.
- (C) o aumento da creatinina não é mandatório para o seu diagnóstico.
- (D) não ocorre desenvolvimento de anticorpos séricos de novo direcionados contra os antígenos HLA do doador (ou seja, DSA) ou títulos crescentes de DSA em um paciente com um DSA preexistente.
- (E) os estudos de imagem são sensíveis e específicos para rejeição aguda.

**42**

Uma paciente idosa, comatosa, com histórico colhido por familiares de piora cognitiva progressiva, dá entrada num plantão na Emergência. Ela tem histórico de tabagismo de 50 maços/ano e síndrome consumptiva, além de episódios de tosse e eventuais hemoptoicos.

Foram solicitados exames laboratoriais, gasometria arterial e ela foi encaminhada para tomografia computadorizada. Os exames parciais demonstraram hemograma com discreta anemia, sódio 109 mEq/L, escórias nitrogenadas normais, normocalemia, hipouricemia e discreta hipoxemia, sem acidemia.

Ao exame físico, impressão clínica de hipohidratação leve, níveis pressóricos normais, emagrecimento e murmúrio vesicular reduzido em 1/3 superior de hemotórax direito.

A conduta adequada ao caso é

- (A) imediata reposição com soro fisiológico hipertônico, ajustada com correção horária, antes de encaminhar a exame de imagem ou de programar punção liquórica.
- (B) reposição com SF 0,9%, aguardar resposta clínica e liberar para investigação clínica.
- (C) imediato encaminhamento à Unidade de Terapia Intensiva.
- (D) após exame de imagem, realizar a programação de punção liquórica.
- (E) o início de vasopressina.

**43**

Mulher de 32 anos, sem comorbidade, mas com relato de dieta rica em lipídios e frituras, faz uso, por conta própria, de omeprazol para dispepsia. Apresenta, há cerca de 3 meses, quadro de fraqueza muscular. Realizou investigação neurológica, endocrinológica e laboratorial (hemograma, glicemia, dosagens hormonais, dosagem de zinco, escórias nitrogenadas, vitamina B12, sódio e potássio), porém, nada foi definido do quadro de hipocalemia moderada e refratária.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica é

- (A) síndrome de Bartter.
- (B) síndrome de Gitelman.
- (C) hipomagnesemia.
- (D) acidose tubular renal tipo 1.
- (E) acidose tubular renal tipo 4.

**44**

Paciente gestante, no terceiro trimestre de gravidez, é encaminhada, por apresentar, ao EAS tipo I, glicosúria +++/4+, piúria, nitrito positivo, e proteína +/4+. Encontra-se assintomática.

A conduta correta ao caso é

- (A) iniciar macrodantina.
- (B) iniciar investigação para pré-eclâmpsia.
- (C) iniciar investigação para tubulopatia.
- (D) aguardar o parto e programar biópsia renal.
- (E) manter conduta conservadora, pois essas alterações são comuns nesse período de gravidez.

**45**

Adolescente masculino, de 18 anos, com história prévia de viagem ao litoral e gastroenterite infecciosa importante, tratada em casa com hidratação oral. Dá entrada na emergência com quadro de prostração, desorientação e oligoanúria. Exames definem uremia, com ureia 380 mg%, creatinina 11,5 mg%, potássio 7 mEq/L, hemoglobina 6,8, presença de esquizócitos no sangue periférico e plaquetas 37000 UI/mL.

Após encaminhar à unidade fechada e solicitar parecer urgente de Nefrologia para provável início de Terapia Renal Substitutiva, a hipótese diagnóstica é

- (A) necrose tubular aguda.
- (B) glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- (C) injúria renal aguda pré-renal.
- (D) síndrome hemolítico urêmica.
- (E) leptospirose.

**46**

Paciente do sexo masculino, de 79 anos, hipertenso leve e sem outras comorbidades é encaminhado ao seu consultório com quadro de proteinúria de 2,5 g/24 horas, anemia severa, discretas elevações de escórias nitrogenadas. Observa-se alteração no exame de proteínas totais e frações, configurando aumento da globulina.

A investigação deve ser complementada com

- (A) programação de biópsia renal.
- (B) realização de eletroforese de proteínas séricas.
- (C) realização de imunoeletroforese de proteínas séricas.
- (D) realização de imunoeletroforese de proteínas séricas e urinárias com inunofixação.
- (E) investigação de anemia, com endoscopia digestiva e colonoscopia.

**47**

Assinale a opção que apresenta uma característica da Doença de Alport.

- (A) Ocorre mutação dos genes que produzem o colágeno tipo IV.
- (B) O tratamento é feito com administração da enzima Alfa-galactosidase A.
- (C) Alterações características em pele são comuns.
- (D) Raramente evolui para DRC.
- (E) A globotriaosilceramida (Gb3) acumula-se em várias células e tecidos.

**48**

- A respeito da acidose tubular renal tipo 1, é correto afirmar que
- (A) o Ph urinário tipicamente está abaixo de 5.
  - (B) ocorre redução na reabsorção de bicarbonato.
  - (C) a hipercalemia está presente.
  - (D) em adultos, raramente está associada a doenças de autoimunidade, tais como a síndrome de Sjögren.
  - (E) a acidificação tubular distal mostra-se dificultada.

**49**

Paciente gestante de 40 anos, múltipara, na 22ª semana de gravidez, com rigoroso controle pré-natal, mantendo-se normotensa desde então, apresenta, em duas consultas consecutivas, pressão arterial acima de 140/90 mmHg. No exame de urina de rotina, observa-se proteinúria de 350 mg em 24 horas.

Nesse caso, é correto considerar que

- (A) a paciente apresenta critério de pré-eclâmpsia.
- (B) a paciente apresenta critério de hipertensão da gravidez.
- (C) a paciente deve repetir os exames e manter a aferição pressórica rigorosa em residência (síndrome do Jaleco Branco).
- (D) a paciente apresenta alterações esperadas no período gestacional.
- (E) a ausência de alterações hepáticas afasta o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

**50**

Paciente do sexo masculino, 65 anos, tabagista, comparece ao ambulatório com queixas de hematúria microscópica persistente, sendo encaminhado para investigação. Foi realizada extensa investigação que incluiu exames de imagem e pesquisa de dismorfismo eritrocitário (negativo).

A próxima conduta deve ser

- (A) solicitar angiotomografia de vias urinárias.
- (B) solicitar biópsia renal.
- (C) solicitar painel genético.
- (D) encaminhar para o serviço de Urologia.
- (E) repetir a investigação de glomerulopatia e, em especial, o de dismorfismo eritrocitário.

**51**

Paciente de 60 anos de idade, sexo masculino, é portador de doença renal crônica estágio 5, em programa regular de hemodiálise, três vezes por semana, sessões de 4 horas, há 8 meses. Apesar da boa adequação ao programa dialítico, seus exames laboratoriais demonstram cálcio 8,7 mg%, albumina 3 mg%, fósforo 6,2 mg%, 25-hidroxivitamina D 45 mcg, PTH molécula intacta 450 pg/mL e fosfatase alcalina 350 U/L.

A conduta terapêutica inicial a ser seguida é iniciar

- (A) reposição com acetato de cálcio.
- (B) Sevelamer.
- (C) Calcitriol.
- (D) Vitamina D.
- (E) Paricalcitol.

**52**

Paciente norte-americano, de 40 anos, afrodescendente, comparece ao consultório com história familiar de hemodiálise (pai e tio paterno). Ele apresenta hipertensão arterial controlada, diagnosticada há 6 anos. Apresenta elevação progressiva da creatinina sérica nos últimos dois anos (atualmente 1,8 mg%), além de proteinúria de 500 mg/24 horas.

Trouxe exames realizados anteriormente (ultrassonografia normal, sorologias, investigação reumatologia, imunoeletroforese de proteína sérica e urinária, ambas sem padrão monoclonal).

Na revisão laboratorial, chama a atenção a presença de alterações plaquetárias, tais como discreta trombocitopenia e macroplaquetas.

A conduta a seguir deve ser

- (A) programar biópsia renal.
- (B) solicitar angiotomografia renal.
- (C) solicitar painel genético, pois a doença renal crônica pode ser uma manifestação da doença relacionada ao MYH9.
- (D) repetir a investigação.
- (E) realizar inventário hormonal (renina, aldosterona, cortisol plasmático).

**53**

A nefrocalcinose é caracterizada pelo acúmulo de sais de cálcio em túbulos e interstícios.

Entre as causas da patologia na idade adulta, podemos assinalar

- (A) o hipoparatiroidismo.
- (B) o uso abusivo de diurético de alça.
- (C) a hipovitaminose D.
- (D) a acidose tubular renal tipo 4.
- (E) a hipercalemia crônica.

**54**

Paciente idoso, em uso de polifarmácia, vem apresentando hiponatremia assintomática (Na 133mEq/L).

A seguinte medicação deve ser reajustada no caso:

- (A) diurético tiazídico.
- (B) diurético poupadores de sódio.
- (C) dapagliflozina.
- (D) metformina.
- (E) diurético osmótico.

**55**

Em paciente sabidamente portadora de lúpus eritematoso sistêmico, em acompanhamento regular com reumatologista, uma indicação de biópsia renal para definição de nefrite lúpica é:

- (A) paciente com proteinúria acima de 500 mg/24 horas e sedimento ativo.
- (B) paciente com proteinúria abaixo de 150 mg/24 horas sem sedimento ativo.
- (C) paciente com anticorpo anti-DNA de dupla hélice positivo e consumo de complemento.
- (D) paciente que desenvolve hipertensão arterial.
- (E) paciente com poliartralgia.

**56**

A classificação das vasculites não infecciosas depende prioritariamente do tamanho dos vasos envolvidos.

A vasculite que afeta os vasos médios é a

- (A) vasculite de células gigantes.
- (B) poliarterite nodosa.
- (C) poliangiite microscópica.
- (D) vasculite crioglobulinêmica.
- (E) púrpura de Henoch-Schöenlein.

**57**

Com relação à doença renal do diabetes, é correto afirmar que

- (A) a proteinúria na urina de 24 horas deve estar acima de 300 mg/24 horas.
- (B) a proteinúria na urina de 24 horas deve estar acima de 150 mg/24 horas.
- (C) a amostra de urina deve estar acima de 30 mg/g de albuminúria e creatinina por mais de 3 meses.
- (D) a amostra de urina deve estar acima de 20 mg/g de creatinina por mais de 6 meses.
- (E) a diminuição da TFG<sub>e</sub> pode ocorrer e progredir para estágios avançados da doença renal crônica (DRC), antes do início ou sem nunca desenvolver aumento da albumina.

**58**

Paciente de 32 anos, portadora de transtorno bipolar, sem outras comorbidades, apresenta quadro de síndrome edemigênica de início súbito e comparece à Emergência com familiares.

Mostra-se muito ansiosa, apresenta-se em anasarca, porém normotensa. No exame físico, aparentemente com derrame pleural, sem outros sinais semiológicos relevantes. O EAS apresenta proteína 4+ /4+, sem outras alterações.

A hipótese diagnóstica é

- (A) síndrome cardiorrenal.
- (B) podocitopatia associada à medicação.
- (C) cirrose hepática por hepatotoxicidade do lítio.
- (D) síndrome nefrítica.
- (E) síndrome pareneoplásica.

**59**

Um homem de 62 anos é encaminhado ao nefrologista porque suas pressões arteriais, no consultório médico de Atenção Primária, nunca estiveram abaixo de 190/120 mmHg. Todo o restante de sua avaliação é, entretanto, normal. Um pedido de autorização prévia para monitoramento ambulatorial da pressão arterial foi negado por seu plano de saúde.

Suas pressões arteriais domiciliares, medidas com um dispositivo oscilométrico semiautomático validado, apresentam média e desvio padrão de  $120 \pm 4/78 \pm 3$  (122 medições em 3 meses). Ele não tem histórico familiar de hipertensão. As pressões arteriais no consultório, aferidas com o mesmo aparelho, foram de 194/122, 196/120 e 192/118 mm Hg. O exame físico e os exames laboratoriais não apresentaram alterações.

Assinale a afirmativa correta a respeito da recomendação mais apropriada para ele.

- (A) Uma biópsia renal é indicada para identificar a causa de sua hipertensão.
- (B) Ele deve ter a depuração de iotalamato medida para garantir que a taxa de filtração glomerular (TFG) estimada esteja correta.
- (C) Ele deve ser submetido à ultrassonografia renal com estudos de fluxo Doppler, coleta de urina de 24 horas para ácido vanilmandélico e metanefrinas, e uma relação entre a atividade da aldosterona plasmática e da renina para descartar causas comuns de hipertensão secundária.
- (D) Ele deve iniciar um inibidor da enzima conversora de angiotensina ou um bloqueador do receptor da angiotensina II, no mesmo dia e retornar a esse consultório em um mês, para nova aferição da pressão arterial com seu aparelho.
- (E) Ele deve continuar monitorando sua pressão arterial domiciliar e marcar outra consulta quando/se ela exceder 130/80 mm Hg.

**60**

O hiperaldosteronismo primário como causa de hipertensão deve ser investigado na seguinte situação clínica:

- (A) hipertensão resistente e hipocalemia.
- (B) hipertensão arterial e hipocalemia.
- (C) presença de adenoma adrenal menor que 5 mm em imagem de paciente acima de 40 anos.
- (D) hipertensão com hipercalemia refratária.
- (E) insuficiência renal de origem não determinada.

**61**

Das condições descritas abaixo, assinale a que é contraindicação absoluta para transplante renal.

- (A) Infecção ativa.
- (B) Doença cardiovascular acompanhada regularmente.
- (C) Doença cerebrovascular acompanhada regularmente.
- (D) Diabetes mellitus avançada.
- (E) Hiperparatireoidismo severo.

**62**

Paciente soropositivo é encaminhado por apresentar elevação lenta, porém persistente, da creatinina.

Após inventário farmacológico, sugere-se que a seguinte medicação seja trocada:

- (A) dolutegravir.
- (B) tenofovir.
- (C) lamivudina.
- (D) abacavir.
- (E) raltegravir.

**63**

Paciente com mielodisplasia, hipertenso e diabético, apresenta quadro de piora súbita da função renal e da proteinúria.

Dos exames solicitados a seguir, o que justificaria a piora seria a

- (A) imunoeletroforese com imunofixação e aumento da cadeia gama.
- (B) imunoeletroforese com imunofixação na alteração da relação das cadeias kappa/lambda.
- (C) eletroforese de proteínas.
- (D) clearance de creatinina e proteinúria.
- (E) biópsia renal.

**64**

Das glomerulopatias elencadas a seguir, a que está associada a consumo de complemento é a

- (A) glomeruloesclerose colapsante.
- (B) nefropatia lesão mínima.
- (C) nefropatia membranosa.
- (D) nefropatia por IgA.
- (E) glomerulonefrite proliferativa difusa.

**65**

Em relação às hipertensões secundárias, é correto afirmar que

- (A) raramente apresentam-se como hipertensões severas ou resistentes.
- (B) devem ser investigadas se ocorrer em paciente com idade inferior a 30 anos, sem história familiar de hipertensão e sem obesidade.
- (C) ocorre geralmente em pacientes obesos, com história familiar de hipertensão e idade mais avançada.
- (D) estão correlacionadas com o consumo excessivo de sódio e a consequente diminuição da ingestão de potássio.
- (E) apresentam excelente resposta diurética.

**66**

No glomérulo, as máculas densas

- (A) são um conglomerado celular dentro do túbulo contorcido distal.
- (B) estão conectadas às células mesangiais extraglomerulares por junções comunicantes.
- (C) são densamente inervadas por terminais nervosos simpáticos.
- (D) contêm óxido nítrico sintase.
- (E) produzem renina.

**67**

Paciente politraumatizado, com traumatismo cranioencefálico grave e edema cerebral difuso, hematoma retroperitoneal, apresentando Injúria Renal Aguda KDIGO 3. Exames laboratoriais com ureia 240 mg%, creatinina 4,0 mg%, potássio 6,3 mEq/L, oligo-anúrico.

O melhor método dialítico recomendado nesse caso é a

- (A) diálise peritoneal.
- (B) hemodiálise convencional.
- (C) hemodiálise contínua.
- (D) hemodiálise intermitente.
- (E) hemofiltração contínua.

**68**

Paciente, 27 anos, oriundo de região amazônica, apresenta quadro agudo febril intermitente, petéquias, gengivorragia, anemia (Hb = 8 g/dL), urina escura, retenção nitrogenada (ureia 180mg%, creatinina 5,3 mg%), hiponatremia 128 mEq/L, hipercalemia 6,0 mEq/L, bilirrubina total 5,0 mg/dL, plaquetas 70.000, LDH 1300 U/L, CPK 750 U/L, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 18 mEq/L. Sedimento urinário com hemoglobinúria maciça.

O diagnóstico etiológico mais provável da injúria renal aguda é

- (A) acidente ofídico.
- (B) febre amarela.
- (C) dengue.
- (D) malária.
- (E) leptospirose.

**69**

Assinale a opção que contém o grupo de fármacos capaz de promover nefrotoxicidade, interferindo no mecanismo de autorregulação sanguínea glomerular e na taxa de filtração glomerular.

- (A) Betabloqueadores, bloqueadores de canal de cálcio, inibidores de SGLT2, estatinas.
- (B) Anti-inflamatórios não hormonais (AINH), bloqueadores dos receptores da angiotensina II, inibidores de SGLT2, inibidores de calcineurina.
- (C) Noradrenalina, bloqueadores de bomba de prótons, bloqueadores de receptor de angiotensina, AINH.
- (D) Betabloqueadores, bloqueadores de bomba de prótons, antagonista da aldosterona, AINH.
- (E) Inibidores de SGLT2, bloqueadores de canal de cálcio, bloqueadores de receptor de angiotensina, nitroprussiato de sódio.

**70**

Os meios de contraste radiológicos (MCR) são causas de Injúria Renal Aguda (IRA) peculiar em que o momento do insulto pode ser determinado.

Quanto aos fatores de risco conhecidos para a ocorrência de injúria renal aguda induzida por (MCR), é correto afirmar que

- (A) a infusão de MCR por via venosa causa mais risco de IRA que a infusão por via arterial.
- (B) a infusão de MCR venosa e arterial produzem igual risco de IRA.
- (C) a infusão arterial não causa risco de IRA.
- (D) a infusão por via venosa não causa risco de IRA.
- (E) a infusão de MCR por via arterial causa mais risco de IRA que a Infusão por via venosa.

**71**

A imunoterapia antitumoral por meio de anticorpos monoclonais (inibidores de *Checkpoint*) tem a injúria renal aguda como efeito colateral possível, sendo o padrão histopatológico predominante a

- (A) necrose tubular aguda.
- (B) nefrite túbulo-intersticial.
- (C) necrose cortical.
- (D) glomeruloesclerose.
- (E) amiloidose.

**72**

A creatinina e a cistatina C são biomarcadores utilizados para estimar a taxa de filtração glomerular por meio da fórmula CKD-EPI.

A cistatina C, entretanto, **não** é um biomarcador adequado para estimar a função renal em pacientes com

- (A) distúrbios de tireoide.
- (B) acidose tubular renal.
- (C) hipercolesterolemia.
- (D) anemia falciforme.
- (E) diabetes tipo 1.

**73**

Pacientes com diabetes e doença renal crônica apresentam elevado risco cardiorenal, com evidências de que há hiperativação dos receptores mineralocorticoides (RM) presentes no coração e nos rins. Portanto, o bloqueio da atividade RM é uma estratégia farmacológica proposta para reduzir o risco cardiorenal nessa população.

A nova geração de antagonista não esteroide do RM visa reduzir inicialmente a inflamação e, posteriormente, a fibrose tecidual.

O seguinte fármaco apresenta essas características:

- (A) espironolactona.
- (B) amiodarona.
- (C) aldosterona.
- (D) eplerenona.
- (E) finerenona.

**74**

Pacientes com doença renal crônica dialítica apresentam a seguinte característica urinária:

- (A) noctúria.
- (B) nictúria.
- (C) poliúria.
- (D) isostenúria.
- (E) polaciúria.

**75**

Paciente crítico, com reposição hidroeletrólítica de 4000 mL de soro fisiológico 0,9%, nas últimas 24h. Apresenta gasometria arterial com Ph: 7,29; PaCo<sub>2</sub>: 38; Na: 136 mEq/L; K: 3,6 mEq/L; Cloreto: 115 mEq/L; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 17mEq/L.

O tipo de distúrbio hidroeletrólítico presente, nesse caso, é a acidose

- (A) mista.
- (B) metabólica hiperclorêmica.
- (C) respiratória.
- (D) metabólica com ânion Gap.
- (E) metabólica compensada.

**76**

O emprego de drogas inibidoras da anidrase carbônica promove alterações na função de transporte dos túbulos, resultando no distúrbio denominado

- (A) alcalose metabólica.
- (B) acidose tubular renal tipo 2.
- (C) acidose tubular renal tipo 1.
- (D) acidose metabólica mista.
- (E) alcalose mista.

**77**

Paciente de 46 anos, portadora de Doença Renal Crônica e hipertensão arterial de difícil controle, apresenta picos repetitivos de hipertensão intradialítica.

Dos fatores relacionados a seguir, o que **não** deve ser considerado como potencial efeito agravante, no quadro de hipertensão dessa paciente, é

- (A) hiperuricemia > 9 mg/dL.
- (B) concentração de sódio no banho de diálise.
- (C) dialisância dos anti-hipertensivos em uso.
- (D) uso de eritropoetina.
- (E) quantidade de sódio ingerido na dieta.

**78**

Considerando que a apresentação clínica de pacientes com amiloidose renal é determinada pelo tipo de amiloide, pela localização, pela quantidade de depósito de amiloide no rim e pela extensão do envolvimento extrarrenal, a manifestação clínica que **não** está relacionada à amiloidose renal é

- (A) diabetes insípido nefrogênico.
- (B) síndrome de Fanconi.
- (C) proteinúria.
- (D) hipertensão arterial.
- (E) síndrome nefrótica.

**79**

A anticoagulação regional com citrato de sódio a 4% é uma estratégia indicada para uso em

- (A) hemodiálise convencional.
- (B) hemodiálise contínua.
- (C) hemodiálise intermitente.
- (D) hemoperfusão.
- (E) plasmaférese.

**80**

Paciente crítico, internado em emergência com choque séptico, recebeu ressuscitação volêmica com 2500 mL de soro fisiológico 0,9%, em duas horas. Mantendo-se oligúrico, apresenta exames com retenção nitrogenada.

Nesse período, a seguinte quantidade de gramas de sódio venoso foi administrada

- (A) 10,5 g.
- (B) 27,0 g.
- (C) 25,5 g.
- (D) 22,5 g.
- (E) 18,5 g.

Realização

