



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – **TIPO 04**

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **NEFROLOGIA**

DATA: 18/01/2026 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

### LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno (**TIPO 04**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 04) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

**OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30** do início da respectiva prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

### Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

PROCESSO SELETIVO- RESIDÊNCIASUESPI – NEFROLOGIA  
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE  
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.

### RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	



**PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI**



<b>Nº DE INSCRIÇÃO</b>						

**CLÍNICA MÉDICA**

- 01.** Paciente de sexo feminino com 68 anos de idade, diabética e dislipidêmica, apresentou média de 3 medidas de PA aferidas no consultório em 138 x 87 mmHg. Seguindo a diretriz brasileira para tratamento da HAS no momento do diagnóstico, assinale a alternativa com a melhor conduta. O escore de risco PREVENT foi aplicado com resultado de risco em 16,8%. Pressão arterial diastólica = PAD; Pressão arterial sistólica = PAS. MAPA = Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial; MRPA = Monitorização Residencial da Pressão Arterial.
- a) Iniciar enalapril 10 mg por dia.
  - b) Reavaliar em 1 semana devido à possibilidade de hipertensão mascarada.
  - c) Iniciar nitroprussiato de sódio devido à urgência.
  - d) Iniciar tratamento medicamentoso somente após 3 meses de medidas não medicamentosas sem sucesso.
  - e) Iniciar tratamento com diurético.
- 02.** Considerando as atuais diretrizes brasileiras de dislipidemias, assinale a alternativa **CORRETA** para as metas recomendadas de acordo com o risco cardiovascular:
- a) Meta de LDL-c (mg/dL) < 115 em indivíduo de baixo risco.
  - b) % redução do LDL-c mínima de 30% em indivíduo de alto risco.
  - c) Meta de LDL-c (mg/dL) <50 em indivíduo de alto risco.
  - d) % redução do LDL-c  $\geq$  50% em indivíduo de risco intermediário.
  - e) Meta de colesterol não-HDL (mg/dL) <100 em indivíduo de risco extremo.
- 03.** Considerando as últimas Diretrizes Brasileira de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis – 2023, assinale a alternativa **CORRETA** para a recomendação de implante de marca-passo definitivo:
- a) Pacientes com bradiarritmias noturnas, sem cardiopatia significativa, assintomáticos no período de vigília, com SAOS nos quais não foi realizado o tratamento específico.
  - b) Paciente assintomático(a) e massagem do seio carotídeo com resposta cardioinibidora.
  - c) Pacientes assintomáticos com distúrbio da condução intraventricular isolado e condução AV 1:1 na ausência de outras indicações para implante de MP.
  - d) Em pacientes com bloqueio de ramo alternante, independentemente de sintomas.
  - e) Paciente assintomático, com sintoma documentado e claramente não relacionado à bradicardia. paciente sintomático com bradicardia decorrente de causas reversíveis, incluindo-se fármacos não essenciais.
- 04.** Uma mulher de 24 anos, previamente saudável, é trazida ao pronto-socorro após episódio de perda súbita da consciência enquanto assistia TV à noite. Segundo familiares, ela apresentou um grito inicial seguido de rigidez generalizada e, depois, abalos rítmicos dos quatro membros por aproximadamente 90 segundos. Após o evento, permaneceu confusa por alguns minutos. Refere histórico de “soluços musculares” matinais nos últimos meses, que ocorrem principalmente ao acordar e a fizeram derrubar objetos das mãos algumas vezes. Nega uso de drogas e nega privação de sono. Exame neurológico normal. TC de crânio normal.
- Qual a alternativa **CORRETA** com o diagnóstico mais provável?
- a) Síncope vasovagal com miocloniasanóxicas.
  - b) Epilepsia mioclônica juvenil.
  - c) Epilepsia do lobo temporal mesial.
  - d) Crise tônico-clônica secundária a lesão estrutural frontal.
  - e) Crise psicogênica não epiléptica.



**05.** Um paciente de 63 anos, previamente independente, chega ao pronto-socorro com instalação súbita de fraqueza em dimídio esquerdo e disartria há 1 hora e 20 minutos. Ao exame, apresenta hemiplegia esquerda, desvio ocular para a direita e NIHSS= 17 (National Institutes of Health Stroke Scale). A tomografia sem contraste mostra ausência de hemorragia e discreto apagamento de sulcos na região frontal direita. Angio-TC evidencia oclusão da artéria cerebral média direita (segmento M1). Glicemia capilar de 128 mg/dL, PA 166/94 mmHg. Não usa anticoagulantes.

Qual a alternativa **CORRETA** com a conduta imediata mais apropriada?

- a) Iniciar trombólise intravenosa com alteplase, mas não realizar trombectomia por ainda estar dentro das 3 horas.
- b) Não realizar trombólise; seguir somente com trombectomia mecânica.
- c) Iniciar trombólise intravenosa e encaminhar imediatamente para trombectomia mecânica.
- d) Não trombolisar devido ao NIHSS elevado; indicar apenas controle pressórico e UTI.
- e) Adiar trombólise até obtenção de ressonância com difusão/perfusão.

**06.** Uma mulher de 34 anos apresenta crises de cefaleia desde a adolescência. As crises são pulsáteis, geralmente unilaterais, acompanhadas de fotofobia, fonofobia e náuseas, durando até 12 horas. Há 6 meses, as crises aumentaram de frequência e hoje ocorrem cerca de 10 dias por mês. Ela suspendeu café e reduziu horas de tela sem melhora. Usa sumatriptana nas crises, com boa resposta, mas está preocupada com a recorrência cada vez maior. Exame neurológico normal.

Qual a alternativa **CORRETA** com a melhor conduta neste momento?

- a) Aumentar a dose de sumatriptana e orientar uso precoce em todas as crises.
- b) Iniciar alguma profilaxia, pois está em indicação de tratamento preventivo.
- c) Solicitar RM para investigar lesão estrutural, já que aumento de frequência é sinal de alarme.
- d) Orientar diário de cefaleia por 3 meses antes de qualquer intervenção.
- e) Suspender imediatamente o uso de triptano por risco de cefaleia por abuso de medicação.

**07.** Homem de 68 anos, usuário crônico de AINE por osteoartrose, apresenta hematêmese volumosa. Submetido à endoscopia digestiva alta somente 24 horas após sangramento por transferência a outro serviço, evidenciando úlcera gástrica ativa, no corpo, com estigmas de sangramento recente, A1 de Sakita, Forrest IIc. Após estabilização clínica, qual conduta é obrigatória, independentemente, da evolução clínica?

- a) Erradicação empírica do *Helicobacter pylori*.
- b) Uso contínuo de bloqueador H2.
- c) Realização de biópsias da úlcera.
- d) Cirurgia precoce.
- e) Suspensão isolada do AINE.

**08.** Paciente de 55 anos dá entrada com quadro clínico e laboratorial compatível com pancreatite aguda. Após 48 horas, apresenta queda do hematócrito apesar de reposição volêmica adequada. Esse achado sugere principalmente:

- a) Resolução do processo inflamatório.
- b) Diluição secundária à hidratação vigorosa.
- c) Sangramento digestivo oculto.
- d) Maior risco de pancreatite grave.
- e) Necrose pancreática já infectada.



09. Paciente masculino, 53 anos, diagnóstico prévio de cirrose hepática, apresenta confusão mental súbita após início de diurético em altas doses. Não há sinais de infecção ou sangramento digestivo. Nesse contexto, a medida mais apropriada neste momento é:
- Suspender imediatamente a lactulose.
  - Iniciar antibioticoterapia empírica.
  - Corrigir fatores precipitantes e iniciar lactulose.
  - Restrição proteica rigorosa.
  - Intubação orotraqueal imediata.
10. São princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos, **EXCETO**,
- início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença.
  - promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores.
  - não aceitação da morte como um processo natural.
  - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas.
  - trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares.
11. A Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED), acompanhando a definição de 2020 da International Association for the Study of Pain (IASP), define dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial<sup>1</sup>, sendo ela subjetiva e correspondendo àquilo que o paciente descreve. Sobre o tratamento da dor, assinale a alternativa que indica um opioide fraco:
- Morfina simples.
  - Codeína.
  - Fentanil.
  - Gabapentina.
  - Naproxeno.
12. Dispneia é definida pela American Thoracic Society como “uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam na intensidade. Sobre o uso de opioides para o controle da dispneia, cuidados paliativos, **NÃO** podemos afirmar que.
- São amplamente recomendados.
  - Ocasionam aumento na percepção central da dispneia.
  - Ocasionam redução na sensibilidade à hipercapnia.
  - Ocasionam redução no consumo de oxigênio e aumento da função cardiovascular.
  - Seu uso para tratamento da dispneia é em baixas doses.



**13.** Mulher de 67 anos, obesa, refere dor crônica em joelhos há anos, com piora ao caminhar e melhora com repouso. Relata rigidez matinal de curta duração (<30 minutos). Ao exame físico, há crepitação articular e discreta limitação de movimento, sem sinais inflamatórios importantes. Qual o diagnóstico e a conduta inicial adequada?

- a) Artrite reumatoide; iniciar metotrexato.
- b) Osteoartrite; orientar perda de peso, exercício físico e analgesia.
- c) Gota; iniciar colchicina.
- d) Artrite séptica; solicitar punção articular.
- e) Condromalácia patelar; indicar cirurgia imediata.

**14.** Homem de 82 anos, frágil, com perda funcional e dependência para atividades diárias, apresenta glicemia capilar casual de 420 mg/dL. Faz uso regular de metformina e glibenclamida. Não há sinais de infecção ou cetoacidose.

Qual a conduta mais adequada em relação ao controle glicêmico?

- a) Manter o esquema atual e aguardar nova dosagem de glicemia.
- b) Intensificar a dose de glibenclamida.
- c) Suspender metformina e introduzir inibidor de SGLT2.
- d) Introduzir insulina, com meta de HbA1c menos rigorosa.
- e) Introduzir agonista de GLP-1 visando HbA1c < 6,5%.

**15.** Segundo as diretrizes mais recentes sobre dislipidemia, qual afirmação está **CORRETA**?

- a) O tratamento deve ser guiado exclusivamente pelo nível absoluto de LDL-colesterol.
- b) Estatinas só são indicadas quando LDL >190 mg/dL.
- c) A estratificação de risco cardiovascular é fundamental para definir metas de LDL.
- d) Pacientes de muito alto risco não se beneficiam de metas mais agressivas.
- e) O HDL-colesterol elevado elimina a necessidade de tratamento.

**16.** Sobre nefrite lúpica, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Biópsia renal deve ser realizado na nefrite lúpica desde que o FAN seja > 1:320.
- b) Tratamento recomendado das classes de I a VI deve ser metilprednisolona e ciclofosfamida.
- c) Micofenolatomofetil é excelente droga para a fase de manutenção.
- d) É uma forma de doença pauci-imune, pois a imunofluorescência é sempre negativa.
- e) Os achados compatíveis com nefrite lúpica são proteinúria > 1g/d ou hipocelularidade glomerular.

**17.** Quanto a doença renal crônica, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Inibidor da enzima conversora da angiotensina, bloqueador de canal de cálcio e betabloqueador – são todas drogas nefroprotetoras.
- b) Eritropoetina, hidróxido de ferro – são indicadas no caso de anemia em fases avançadas da doença renal crônica.
- c) Carbonato de cálcio e sevelamer – são indicadas para o tratamento da hipocalcemia associada a doença renal crônica.
- d) Enalapril + losartana + inibidor SGLT2 + antagonistas do receptor mineralocorticóide é o esquema preconizado para tratar a doença renal crônica no estágio IV e V.
- e) Diálise e transplante são indicados nos pacientes em estágio IV e V.



- 18.** Quanto ao tratamento de injúria renal aguda (IRA), marque a alternativa **CORRETA**.
- a) A furosemida é o principal medicamento capaz de acelerar recuperação na IRA.
  - b) Inibidor de SGLT2 está indicado para melhorar progressão da IRA.
  - c) Uremia e hipernatremia são as principais indicações de diálise.
  - d) Para o diagnóstico de IRA considera-se elevação da creatinina em 0,3mg/dL em 48 horas ou 50% em 7 dias.
  - e) Independente do status de hidratação, para pacientes oligúricos é preconizado o uso de furosemida em bolus como medida inicial.
- 19.** Assinale a alternativa, que baseado na epidemiologia indica as glomerulopatias primárias esperadas para cada um dos seguintes pacientes, respectivamente: 1) homem jovem com creatinina 2,0mg/dL e síndrome nefrótica; 2) homem idoso com creatinina discretamente elevada e síndrome nefrótica; 3) criança com síndrome nefrítica.
- a) GESF, amiloidose e nefropatia por IgA.
  - b) Nefropatia por IgA, Glomerulonefrite Membranoproliferativa e Glomerulonefrite pós-estreptocócica.
  - c) Glomerulopatia crescêntica, lesões mínimas e Glomerulonefrite Membranoproliferativa.
  - d) GESF, nefropatia membranosa e Glomerulonefrite pós-estreptocócica.
  - e) Nefropatia por IgA, nefropatia membranosa e lesões mínimas.
- 20.** Quanto as glomerulopatias, analise as assertivas dos itens:
- I. Dismorfismo eritrocitário quando positivo em caso de hematúria macroscópica é sugestivo de doença glomerular.
  - II. Glomerulonefrite pós-estreptocócicas deve ser tratado com corticoide, na forma de pulsoterapia.
  - III. O complemento sérico está consumido na síndrome nefrítica.
- De acordo com essas assertivas marque a alternativa **CORRETA**.
- a) São verdadeiras as assertivas I e III.
  - b) São verdadeiras as assertivas II e III.
  - c) Apenas a assertiva III é verdadeira.
  - d) Todas as assertivas são falsas.
  - e) Todas as assertivas são verdadeiras.

## ESPECÍFICA

- 21.** A Leptospirose é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Leptospira*, geralmente transmitida por contato com água ou lama contaminadas pela urina de animais, principalmente ratos, via pele lesionada ou mucosas. De acordo com a mais recente Nota Técnica do Ministério da Saúde de 2024, os sinais clássicos, como icterícia podem não se manifestar em formas graves. Nesses casos insuficiência renal ou hemorragias podem surgir isoladamente, reforçando a necessidade de alto grau de suspeita clínica. Sobre as formas grave de Leptospirose é **CORRETO** afirmar que:
- a) a insuficiência renal aguda (IRA) ocorre entre 16% a 40% dos casos graves, sendo o acometimento renal resultante de múltiplos mecanismos simultâneos tais como tóxicos, inflamatórios, hemodinâmicos e tubulares.
  - b) a lesão renal típica tem características específicas como hipocalemia, débito urinário normal ou até elevado, perda de sódio e potássio por alterações na função tubular.



- c) com a progressão da doença, pode haver perda de volume intravascular, choque, desidratação e evoluir para IRA oligúrica.
- d) na fase inicial da IRA não oligúrica, o paciente pode ter diurese normal ou aumentada, pode levar a desidratação, hipocalemia, hipernatremia e hipomagnesemia.
- e) nos casos de IRA grave, a diálise precoce salva vidas, principalmente, se houver hemorragia pulmonar.
- 22.** Homem de 40 anos, lavrador, é admitido num hospital de urgência, após picada de cobra no pé esquerdo, ocorrida há cerca de 12h. Apresentava dor e edema local importante, hematúria macroscópica e redução do débito urinário. Os exames laboratoriais mostravam uma creatinina alterada, plaquetopenia e distúrbio na coagulação sanguínea. O principal mecanismo de lesão renal neste tipo de envenenamento é:
- a) Vasoconstricção renal mediada por catecolaminas.
- b) Deposição de imunocomplexos glomerulares.
- c) Necrose tubular aguda secundária a hemólise e rabdomiólise.
- d) Glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- e) Microangiopatia trombótica por ativação do complemento.
- 23.** A endocardite infecciosa tem forte interface com o rim, tanto como manifestação da doença sistêmica quanto como determinante prognóstico. Sobre o comprometimento renal na endocardite é **CORRETO** afirmar que:
- a) as manifestações clínicas renais da endocardite são principalmente hematúria microscópica, proteinúria, lesão renal aguda, hipertensão e síndrome nefrítica e síndrome nefrótica.
- b) a etiologia da lesão renal aguda é multifatorial como sepse, hipoperfusão renal, nefrotoxicidade pelo amplo uso de antimicrobianos, etc.
- c) glomerulonefrite com crescentes, necessidade de diálise, sepse persistente, atraso no diagnóstico são considerados fatores para pior prognóstico renal.
- d) endocardite infecciosa é uma causa clássica e subdiagnosticada de glomerulonefrite, com achados típicos de FAN geralmente negativo, Complemento normal, e podendo haver ANCA positivo.
- e) na Endocardite Bacteriana, a manifestação renal precede o diagnóstico cardíaco em muitos casos.
- 24.** As parasitoses podem acometer o rim por três vias principais: fenômeno imune/glomerular, lesão tubular e mecanismos secundários como hemólise, rabdomiólise, choque, obstrução urinária, etc. Sobre as parasitoses mais relevantes no Brasil é **CORRETO** afirmar que:
- a) na Esquistossomose o padrão renal clássico é a Glomerulopatia por complexos imunes.
- b) pacientes com suspeita de parasitoses para avaliação completa renal é necessário EAS com sedimento, proteinúria, hemograma, complemento e biópsia renal sempre pra definição do diagnóstico.
- c) na Malária por Plasmodium falciparum, a Lesão renal aguda se dá por lesão tubular e alterações hemodinâmica e em alguns casos a hemoglobinúria (blackwaterfever) leva a lesão tubular pigmentaria.
- d) pacientes com Síndrome nefrótica que receberam imunossupressão pode ocorrer hiperinfecção e disseminação, com sepse por gram negativo e ocorrer lesão renal aguda secundária.
- e) no calazar, o acometimento renal é frequente e subdiagnosticado, geralmente funcional e/ou imunomediado, sendo as alterações renais na maioria subclínicas com proteinúria leve.



**25.** Paciente Jovem do sexo masculino, 30 anos, com história de edema de membros inferiores, proteinúria nefrótica e sorologia positiva para sífilis recente. Qual das alternativas abaixo é a **CORRETA** sobre a lesão renal mais associada a esse quadro:

- a) Glomeruloesclerose segmentar e focal.
- b) Nefrite Intersticial Aguda.
- c) Glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- d) Glomerulonefrite membranosa.
- e) Necrose Tubular Aguda.

**26.** Paciente masculino, 43 anos, portador de cirrose hepática por vírus C, evoluiu com púrpura palpável artralgiás, hipocomplementemia e comprometimento renal. Assinale a alternativa **CORRETA** sobre o achado renal mais provável:

- a) Glomerulonefrite membranoproliferativa.
- b) Nefrite intersticial.
- c) Glomerulopatia C3.
- d) Lesão tubular direta pelo vírus.
- e) Glomerulopatia colapsante.

**27.** Mulher de 23 anos, com diagnóstico prévio de lúpus eritematoso sistêmico, apresenta edema de membros inferiores (+++/4+) e pressão arterial de 155x95 mmHg. Exames complementares: creatinina 1,5 mg/dL, proteinúria de 4,8 g/24h, C3 e C4 consumidos, anti-dsDNA positivo 1:640. Biópsia renal: glomerulonefrite proliferativa difusa, com depósitos subendoteliais e crescentes celulares em 25% dos glomérulos.

A conduta terapêutica inicial mais adequada é:

- a) Prednisona em dose baixa associada a hidroxicloroquina.
- b) Pulsoterapia com corticoide associada a micofenolato mofetil ou ciclofosfamida.
- c) Azatioprina associada a inibidor da ECA.
- d) Rituximabe em monoterapia.
- e) Apenas controle pressórico rigoroso.

**28.** Homem de 60 anos com queixa de astenia, fraqueza, perda ponderal de 4 kg em 3 meses, associado a artralgiás difusas em membros superiores e inferiores. Evoluiu com elevação da creatinina de 1,1 para 4,2 mg/dL em 4 semanas. Sumário de urina com proteinúria (+/4+), hematúria e cilindros hemáticos. ANCA-PR3 positivo. Biópsia renal: glomerulonefrite necrosante pauci-imune com crescentes em mais de 50% dos glomérulos.

A melhor estratégia para indução de remissão é:

- a) Corticoide isolado em dose plena.
- b) Corticoide associado a ciclofosfamida ou rituximabe.
- c) Plasmaférese isolada.
- d) Micofenolato mofetil associado a corticoide em baixa dose.
- e) Azatioprina como terapia inicial.



29. Paciente de 56 anos, com antecedente de artrite reumatoide há 18 anos, com acompanhamento inadequado e controle ineficaz da doença por má aderência. Procurou serviço médico devido à queixa de edema de membros inferiores (++) e espuma na urina. Exames laboratoriais evidenciaram: Proteinúria de 4 gramas/24hs, creatinina de 1,2 mg/dl, albumina sérica de 2,4g/dl, colesterol total de 300mg/dl e triglicerídeos de 250mg/dl. Biópsia renal mostra depósitos amiloides com coloração positiva pelo vermelho do Congo.

A principal medida terapêutica para retardar a progressão da doença renal é:

- a) Pulsoterapia com metiprednisolona.
- b) Controle rigoroso da atividade inflamatória da doença de base.
- c) Plasmaférese seriada.
- d) Espironolactona.
- e) Diálise precoce como estratégia preventiva.

30. Mulher de 42 anos procurou serviço médico de urgência por queixa de dispneia, hemoptise e oligúria. Exames complementares mostram creatinina 3,4 mg/dL (creatinina em consulta de rotina de dois meses antes de 0,8mg/dl), sumário de urina com hematúria e proteinúria (sumário de urina era normal na consulta de rotina de 2 meses antes); anemia e tomografia computadorizada de tórax evidenciou infiltrado alveolar bilateral. Anticorpo Anti-membrana basal glomerular positivo, pANCA negativo, cANCA negativo, FAN negativo.

Realizada biópsia renal (Microscopia óptica e imunofluorescência):

Microscopia óptica da biópsia renal: glomerulonefrite crescêntica. Presença de crescentes circunferenciais hiper celulares comprimindo o tufo glomerular no centro do glomérulo e fechando os lúmens capilares.

Imunofluorescência da Biópsia renal: depósitos lineares de IgG na membrana basal glomerular.

O diagnóstico mais provável e a conduta inicial **CORRETA** são:

- a) Lúpus eritematoso sistêmico – pulsoterapia com corticóide.
- b) Vasculite associada ao ANCA – rituximabe isolado.
- c) Doença anti-membrana basal glomerular – corticoide, ciclofosfamida e plasmaférese.
- d) Amiloidose – controle clínico da proteinúria.
- e) Nefropatia por IgA – corticoide sistêmico.

31. Mulher de 28 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, encontra-se grávida de 14 semanas. Possui antecedente de nefrite lúpica classe III, em remissão clínica há 1 ano (após indução com ciclofosfamida). Faz uso regular de hidroxiquina, prednisona 5 mg/dia e azatioprina. Apresenta-se assintomática, com pressão arterial 110/60 mmHg. Exames mostram: creatinina 0,8 mg/dL, proteinúria de 420 mg/24h, C3 e C4 normais, anti-dsDNA negativo, sumário de urina com trações de proteinúria, sem hematúria e sem cilindros hemáticos.

A conduta mais adequada nesse momento é:

- a) Suspender a azatioprina pelo risco teratogênico.
- b) Manter o esquema terapêutico atual e realizar seguimento clínico-laboratorial seriado.
- c) Substituir a azatioprina por micofenolato mofetil.
- d) Indicar biópsia renal imediata devido à proteinúria.
- e) Introduzir ciclofosfamida profilaticamente.



- 32.** Mulher de 47 anos, com antecedente de esclerose sistêmica difusa diagnosticada há 6 meses, procura serviço médico de urgência, com queixa de cefaleia, elevação abrupta da pressão arterial (pressão arterial de 180x110 mmHG) e aumento rápido da creatinina (creatinina basal de 0,9mg/dl, atual de 1,5mg/dl no exame do pronto-socorro). Sumário de urina: traços de proteína, sem hematúria e sem leucocitúria. A suspeita é de crise renal esclerodérmica.
- A medida terapêutica mais importante é:
- a) Pulsoterapia com metilprednisolona.
  - b) Introdução imediata de inibidor da ECA.
  - c) Micofenolato mofetil.
  - d) Plasmaférese.
  - e) Diuréticos de alça como monoterapia.
- 33.** Um paciente transplantado renal, em uso de sirolimo há 4 meses, apresenta tosse seca, dispneia progressiva e infiltrados intersticiais bilaterais na tomografia de tórax. Qual mecanismo fisiopatológico está mais associado a esse quadro?
- a) Fibrose pulmonar por ativação de mTOR em fibroblastos.
  - b) Broncoespasmo por liberação de histamina.
  - c) Edema alveolar por toxicidade endotelial direta.
  - d) Pneumonia lipoide por deposição de lipídios.
  - e) Hiper-reatividade brônquica por desregulação imune.
- 34.** Qual interação farmacológica pode potencializar a nefrotoxicidade do tacrolimo sem alterar significativamente seus níveis séricos?
- a) Uso concomitante com voriconazol.
  - b) Associação a diuréticos tiazídicos.
  - c) Administração com inibidores da bomba de prótons.
  - d) Combinação com antagonistas dos receptores da angiotensina II.
  - e) Uso prolongado com anti-inflamatórios não esteroidais.
- 35.** Qual desses novos agentes oncológicos apresenta maior associação com nefrite intersticial aguda mediada por linfócitos T citotóxicos (CD8+)?
- a) Inibidores de PARP.
  - b) Anticorpos anti-PD-1/PD-L1.
  - c) Inibidores de ALK.
  - d) Antagonistas de BCL-2.
  - e) Moduladores de BET.
- 36.** Em paciente com NIA por vancomicina, qual achado de microscopia eletrônica é patognomônico?
- a) Depósitos eletrodensosinmembranosos.
  - b) Footprocess effacement difuso.
  - c) Inclusões laminares em células tubulares.
  - d) Ruptura da lâmina densa glomerular.
  - e) Mitocôndrias gigantes em podócitos.



37. Paciente diabético com DRC estágio G3bA2 (TFGe 38 mL/min/1.73m<sup>2</sup>) em uso de finerenona apresenta melhora da albuminúria, porém desenvolve hipercalcemia persistente (K<sup>+</sup> 5,8 mEq/L). Qual mecanismo dos inibidores de SGLT2 poderia permitir a manutenção da terapia combinada?
- Aumento da excreção fracional de potássio pelo túbulo distal.
  - Redução da atividade do cotransportador Na-K-2Cl na alça de Henle.
  - Estimulação da reabsorção de cálcio no túbulo contornado distal.
  - Inibição da bomba Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase nas células intercaladas.
  - Modulação da expressão de canais ROMK no córtex renal.
38. Em paciente não diabético com DRC pós-glomerular (TFGe 42 mL/min) e doença aterosclerótica comprovada, qual a melhor justificativa para priorizar um iSGLT2 em vez de finerenona?
- Maior eficácia na redução de eventos cardiovasculares fatais.
  - Efeito antiproteinúrico independente do sistema renina-angiotensina.
  - Prevenção primária de eventos tromboembólicos venosos.
  - Modulação do eixo inflamatório IL-6/CRP.
  - Redução do risco de progressão para terapia dialítica.

**Caso clínico:**

José da Silva, 66 anos, sabidamente portador de hipertensão e diabetes há cerca de 15 anos, comparece para primeira consulta no ambulatório de nefrologia, encaminhado por médica da atenção primária devido a “alterações nos exames dos rins”. Ele nega qualquer tipo de queixa. Acompanhante refere que os exames dos rins foram repetidos 2 vezes. Faz uso diário de: Enalapril 10mg 12/12h; Anlodipino 10mg/dia e Metformina 1.000mg 2x/dia. Nega alergias. Os exames foram:

Hb	Cr	Glic	HbA1c	Coolest	LDL	HDL	albuminúria	potássio	Vit D
10,2	1,9	165	8,5%	210	140	40	220mg/g	5,0	22

Calculada a taxa de filtração glomerular pelo CKD-EPI que evidenciou taxa estimada de 38ml/min/1,73m<sup>2</sup>. No exame físico, ele apresentou sobrepeso (IMC 28), PA: 145/92mmHg em membro superior direito e 148/94mmHg em membro inferior esquerdo. Sem edemas em membros inferiores.

**Analise o caso do paciente descrito e responda às duas questões a seguir.**

39. Para complementar a avaliação clínica e condutas do paciente é necessário:
- Solicitar ultrassonografia de rins e vias urinárias e próstata.
  - Solicitar dosagem de PTH, cálcio e fósforo e já iniciar reposição de colecalciferol devido a hipovitaminose D.
  - Solicitar pesquisa de proteinúria de 24h para melhor avaliar esse marcador.
  - Aguardar próxima consulta para fazer ajustes em anti-hipertensivos.

Está (ão) **CORRETOS** apenas o (s) item (ns)

- 1 e 2.
- 1, 2 e 3.
- 1, 2 e 4.
- 1, 2, 3 e 4.
- 1.



40. Sobre a doença renal crônica (DRC), julgue os itens a seguir em **V (verdadeiro)** e **F (falso)** e marque a alternativa correspondente:

- ( ) As principais causas de óbito dos pacientes portadores de DRC são complicações decorrentes da hemodiálise, como arritmias e infecção da corrente sanguínea associada a cateter.
- ( ) Um paciente transplantado renal com taxa de filtração glomerular 120ml/min/1,73m<sup>2</sup> não tem DRC.
- ( ) A maioria dos sintomas de uremia (encefalopatia urêmica, soluços, inapetência) ocorrem no estágio G5.
- ( ) Anemia e hiperparatireoidismo secundário são complicações da DRC que podem ser encontradas a partir dos estádios G3b-G4.
- ( ) O tratamento farmacológico com inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) auxilia no tratamento dos paciente com DRC, pois tais fármacos irão dilatar a arteríola eferente, diminuindo a pressão intraglomerular e a hiperfiltração glomerular.

- a) V V V V V.
- b) F V V V V.
- c) F F V V V.
- d) F F F V F.
- e) F F F F F.

41. Dentre as situações abaixo, marque aquela em que **NÃO** está indicado tratamento com antibioticoterapia devido à infecção do trato urinário.

- a) Mulher, jovem, com disúria, dor supra púbica, polaciúria há 2 dias e sem corrimento vaginal, mas sem resultado de sumário de urina.
- b) Mulher no curso da 28<sup>a</sup> semana de gestação com urocultura evidenciando crescimento de E.coli, porém completamente assintomática.
- c) Mulher transplantada renal com incontáveis piócitos em sumário de urina, com queixas e sem alteração do estado geral.
- d) Mulher idosa que será submetida a cirurgia ortopédica devido à fratura de colo do fêmur e em exames pré-operatórios flagrado sumário de urina com nitrato positivo, 20 piócitos e sem queixas.
- e) Homem idoso, sabidamente portador de hiperplasia prostática benigna, admitido com febre, queda do estado geral e sumário de urina com 50 piócitos.

42. Sobre infecção do trato urinário (ITU) marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) a principal via de contaminação do trato urinário é a ascendente.
- b) ITU em um homem jovem não precisa solicitar exame de imagem para avaliar o trato urinário.
- c) Mulher com ITU de repetição e menopausa pode usar reposição de estrogênio tópico (promestrieno) somente após rastreios para câncer de mama e ovário negativos.
- d) Comprometimento sistêmico como febre e queda do estado geral é o que diferencia infecção do trato urinário alto da infecção do trato urinário baixo. Na pielonefrite é prudente iniciar o tratamento com antibioticoterapia endovenosa.
- e) ITU de repetição é definida como 2 episódios no intervalo de 6 meses ou 3 episódios em um 1 ano.



43. Paciente masculino, 60 anos, chega ao Pronto-Socorro com quadro de confusão mental, letargia e sonolência, iniciado há 5 dias. Ao exame laboratorial, foi detectado sódio sérico de 122 mEq/L. Descartadas outras causas para o quadro, iniciou-se a reposição do sódio por via intravenosa.

Analisando-se os sintomas apresentados e o objetivo do tratamento proposto, conclui-se que o quadro é compatível com

- a) hiponatremia aguda e que se deve repor o sódio de forma rápida, elevando o sódio sérico de 2 a 3 mEq/L a cada hora até alcançar 135 mEq/L.
- b) hiponatremia e a reposição de sódio não deverá elevar o sódio sérico mais do que 8 mEq/L nas primeiras 24 h.
- c) hiponatremia de instalação insidiosa e que a reposição de sódio deverá ser suficiente para, em 24 h, o sódio sérico alcançar 135 mEq/L.
- d) hiponatremia crônica e que a reposição de sódio objetiva elevar o sódio sérico para 130 mEq/L em até 4 h.
- e) mielinólise pontina em decorrência de hiponatremia aguda e que, além da reposição de sódio imediata, o paciente deverá ser internado em CTI.

44. Sobre infecção do trato urinário, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) A localização da dor (supra púbica ou lombar) constitui a principal característica que diferencia cistite de pielonefrite.
- b) Quando a infecção urinária ocorrer no sexo feminino, deve-se investigar problemas estruturais no trato urinário com exames de imagem.
- c) O tratamento de primeira linha para infecção urinária é com quinolonas (ciprofloxacino ou levofloxacino).
- d) Mulheres na menopausa têm mais predisposição a infecção urinária devido à redução do estrogênio alterar o pH vaginal, facilitando infecção por *Escherichia coli*.
- e) Bacteriúria assintomática deve sempre ser tratada no paciente idoso.

45. Paciente com sepse pulmonar evolui com insuficiência renal aguda. Gasometria: pH 7,28 / PaCO<sub>2</sub> 30 mmHg / HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 14 mEq/L.  
O distúrbio ácido-base é:

- a) Acidose metabólica com compensação respiratória adequada.
- b) Acidose respiratória com compensação metabólica.
- c) Acidose metabólica + alcalose respiratória.
- d) Acidose respiratória aguda.
- e) Alcalose metabólica.

46. Qual das doenças abaixo é causa clássica de hemorragia alveolar difusa + glomerulonefrite rapidamente progressiva?

- a) Lúpus eritematoso sistêmico.
- b) Granulomatose com poliangiíte (Wegener).
- c) Doença policística renal.
- d) Amiloidose.
- e) Nefropatia diabética.



**47.** Paciente com hemoptise, dispneia, creatinina em rápida elevação e sedimento urinário com hematúria dismórfica.

A principal hipótese diagnóstica é:

- a) Edema pulmonar cardiogênico.
- b) Pneumonia bacteriana.
- c) Síndrome pulmão-rim (vasculite/autoimune).
- d) Tromboembolismo pulmonar.
- e) Asma grave.

**48.** Na insuficiência cardíaca associada à DRC, o uso de diuréticos de alça em doses elevadas pode levar à:

- a) Hipercalemia e acidose metabólica.
- b) Hipocalemia e alcalose metabólica.
- c) Hipercalcemia.
- d) Acidose respiratória.
- e) Hiponatremia com acidose

**49.** Paciente com DRC, estágio 5 em hemodiálise, perde uma sessão e chega ao PS com fraqueza muscular. ECG mostra ondas T apiculadas.

Qual o distúrbio e a complicação cardíaca mais provável?

- a) Hipocalcemia – QT longo.
- b) Hipercalemia – fibrilação ventricular.
- c) Hiponatremia – bloqueio AV.
- d) Hipomagnesemia – torsades de pointes.
- e) Hiperfosfatemia – bradicardia sinusal.

**50.** Paciente de 72 anos, com IC com fração de ejeção reduzida (FE 30%), é internado por descompensação aguda. Após intensificação da diureticoterapia, creatinina sobe de 1,4 para 2,1 mg/dL em 72 horas, com melhora importante da congestão.

A melhor conduta é:

- a) Suspende imediatamente os diuréticos.
- b) Iniciar expansão volêmica com cristalóide.
- c) Manter diuréticos e monitorar função renal.
- d) Iniciar dopamina em baixa dose.
- e) Iniciar terapia renal substitutiva.

**RESIDÊNCIAS  
UESPI**