

Especialista em Saúde
MÉDICO
NEFROLOGISTA

26/06/2022

PROVAS	QUESTÕES
Língua Portuguesa	01 a 05
História, Geografia e Conhecimentos Gerais de Goiânia e do Estado de Goiás	06 a 10
Conhecimentos Gerais em Saúde Pública	11 a 20
Conhecimentos Específicos	21 a 50

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

ATENÇÃO: Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Roupa limpa no varal.

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Quando for permitido abrir o caderno de provas, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de provas.
2. Este caderno é composto de questões de múltipla escolha. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com emenda, corretivo, rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.

CONCURSO PÚBLICO

Leia o texto a seguir para responder às questões de **01 a 05**.

Nomes brandos para o fim do mundo

[...] As palavras não são rótulos postos sobre coisas que já existem, mas sim expressões da nossa forma de ver o mundo. Essa correlação ficou conhecida como hipótese de Sapir e Whorf. Ao estudarem as línguas indígenas da América do Norte, Edward Sapir (1884-1939) e Benjamin Lee Whorf (1897-1941) chegaram à conclusão de que a língua não é “um instrumento de comunicação”, [...] mas sim um fator decisivo na formação da visão do mundo.

A invenção da “mudança climática” e do “aquecimento global”

Está em cartaz no Sesc Pompeia a exuberante exposição *Amazônia*. Com curadoria de Lélia Wanick Salgado, a exposição conta com fotos monumentais de Sebastião Salgado e com belos recursos audiovisuais. Entre eles, há vídeos com depoimentos de lideranças indígenas das regiões fotografadas, relatando dificuldades que lhes vêm sendo impostas pela ação dos não indígenas – inclusive na forma de políticas públicas.

Em um desses depoimentos, Afukaká Kuikuro, cacique do povo kuikuro, denuncia como agressões do “homem branco” à natureza têm gerado prejuízos imensuráveis à sobrevivência na/da floresta. A certa altura, falando dos efeitos danosos da ação humana, ele pondera: “o homem branco chama isso de ‘mudança climática’”.

É um rico exercício de alteridade tentarmos analisar essa expressão linguística sob a ótica indígena. O termo “mudança climática” chama atenção do cacique, ao que tudo indica, por soar conveniente, quase hipócrita. Sem fazer menção explícita ao ato de devastar e destruir o meio ambiente, adotamos regularmente um substantivo que expressa um processo, o que acaba por criar a impressão de que se trata de algo em curso natural, espontâneo.

Mesmo o termo “aquecimento global” pode ser visto nesse viés. Ainda que “mudança” e “aquecimento” possam ser (e no caso são) processos induzidos, o responsável por essa indução desaparece em ambas as expressões. Nessa ótica, não deixa de parecer desfaçatez do nosso mundo dizer aos indígenas que está havendo uma “mudança climática” ou um “aquecimento global”, quando o que temos é a destruição do meio ambiente.

Pode chamar de “Antropoceno”

O conhecimento científico de geólogos, arqueólogos, geoquímicos, oceanógrafos e paleontólogos já permite afirmar que entramos em uma nova era geológica, a qual vem sendo chamada de “Antropoceno”. O termo, ao incorporar o radical grego “antropo-” (“homem”), explicita os impactos da ação humana na crise climática atual, deixando claro o papel que temos – uns menos, outros bem mais – nesse atual estado de coisas. Segundo artigo de José Eustáquio Diniz Alves:

“O Antropoceno representa um novo período da história do Planeta, em que o ser humano se tornou a força impulsionadora da degradação ambiental e o vetor de ações que são catalisadoras de uma provável catástrofe ecológica”.

Com algum otimismo, porém, se o termo “Antropoceno”

aponta explicitamente a responsabilidade humana em uma “provável catástrofe ecológica”, ele também pode nos mostrar a possibilidade de intervirmos nesse rumo. Ou, recorrendo mais uma vez à sabedoria de povos originários, podemos investir em “ideias para adiar o fim do mundo” – título do brilhante ensaio de Ailton Krenak, liderança indígena que precisa ser cada vez mais ouvida.

BRAGA, Henrique; MÓDULO, Marcelo. Nomes brandos para o fim do mundo. *Jornal da USP*. 1º abr. 2022. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/artigos/nomes-brandos-para-o-fim-do-mundo/>>. Acesso em: 5 abr. 2022. (Adaptado).

— QUESTÃO 01 —

O núcleo temático que permeia todo o texto gira em torno da consideração de que

- (A) as culturas indígenas existentes no Brasil compartilham com as culturas não indígenas termos e expressões relativas a catástrofes globais.
- (B) o inventário lexical de uma língua existe em função da representação objetiva do mundo.
- (C) o ser humano é o responsável direto pelas mudanças climáticas, pelo aquecimento global e pelo apagamento de línguas indígenas.
- (D) as palavras constituem expressão das concepções que determinado povo tem em relação ao mundo.

— QUESTÃO 02 —

Em um dos subtítulos presentes no texto, os autores chamam mudança climática e aquecimento global de “invenção”. O uso da palavra “invenção”, nesse contexto, reporta

- (A) à criatividade humana de nomear com precisão processos naturais de dimensão universal.
- (B) à visão indígena sobre expressões linguísticas criadas pelos homens brancos para se eximirem de responsabilidades.
- (C) à habilidade irônica dos autores do texto para dissociarem numa só palavra aquilo que dizem daquilo que pensam de fato.
- (D) à crença de alguns de que os processos de mudança climática e do aquecimento global inexistem de fato.

— QUESTÃO 03 —

Conforme o texto, fazer uso da palavra *antropoceno* para designar a nova era geológica tem como consequência:

- (A) a explicitação do protagonismo do ser humano nos rumos da ecologia global.
- (B) a proposição de novas ideias para adiar o fim do mundo, tal como defende importante liderança indígena.
- (C) o avanço nas discussões sobre uma iminente catástrofe ecológica num futuro próximo.
- (D) o alinhamento de diferentes perspectivas teórico-científicas sobre a participação da tecnologia nessa nova era geológica.

— QUESTÃO 04 —

O trecho “Ainda que ‘mudança’ e ‘aquecimento’ possam ser (e no caso são) processos induzidos, o responsável por essa indução desaparece em ambas as expressões” mantém o seu valor argumentativo de oposição em:

- (A) Os termos “mudança” e “aquecimento” revelam processos induzidos, logo, há a necessidade de manifestar o agente dessa indução.
- (B) Se os conceitos de “mudança” e “aquecimento” são processos induzidos, obviamente, o responsável pela indução pode ser inferido.
- (C) As palavras “mudança” e “aquecimento” remetem a processos induzidos, uma vez que há um responsável por essa indução.
- (D) As noções de “mudança” e “aquecimento” constituem processos induzidos, todavia, o agente da indução é demovido nas duas expressões.

— QUESTÃO 05 —

O “exercício de alteridade” ao qual o texto se refere diz respeito à

- (A) atitude de respeito ao interlocutor, mesmo quando ele enuncia discurso que soa conveniente e hipócrita.
- (B) necessidade de se fazer uso de palavras de origem indígena na prática do português contemporâneo.
- (C) verificação detalhada de uma expressão linguística sob o olhar de uma outra cultura.
- (D) consideração de que as palavras mudam processual e espontaneamente os seus significados.

— RASCUNHO —**— RASCUNHO —**

— QUESTÃO 06 —

A distância que separava o Rio de Janeiro, então sede da Corte Imperial, das diversas províncias do Império dificultava para o governo imperial a centralização do poder. Um dos meios utilizados pelo governo para solucionar esse problema em relação a Goiás foi

- (A) estabelecer a autonomia administrativa da província goiana.
- (B) instituir um conselho de estado para atuar na região goiana.
- (C) realizar a nomeação de presidentes sem vínculos com a terra goiana.
- (D) promover o isolamento político das oligarquias locais na província goiana.

— QUESTÃO 07 —

Um dos fatores principais para o crescimento e a dinamização do comércio em Goiás, no início do século XX, que veio facilitar a exportação e importação de produtos, foi a

- (A) melhoria das estradas salineiras.
- (B) construção das primeiras rodovias.
- (C) expansão do comércio fluvial.
- (D) chegada da estrada de ferro.

— QUESTÃO 08 —

Mantendo uma tradição dos tempos coloniais, durante as festas do Divino Espírito Santo de Pirenópolis e Cidade de Goiás é produzida uma iguaria doce, feita de açúcar e polvilho, em cuja massa molda-se uma medalha denominada “verônica”, tendo ao centro, em relevo, uma pomba, emblema do Espírito Santo. Esta iguaria pertencente à tradição cultural goiana é o

- (A) confeito.
- (B) alfenim.
- (C) sequilho.
- (D) bentinho.

— QUESTÃO 09 —

O território goiano foi muito maior que seu tamanho atual. Ao longo do tempo, ele perdeu regiões para o Pará, Maranhão, Mato Grosso e Minas Gerais, como aconteceu em 1816 quando

- (A) a cidade de Carolina foi anexada à capitania do Maranhão.
- (B) a cidade de Santana do Paranaíba passou a pertencer à capitania do Mato Grosso.
- (C) a região do Triângulo Mineiro foi anexada à capitania de Minas Gerais.
- (D) a vila de São João das Duas Barras passou a integrar a capitania do Pará.

— QUESTÃO 10 —

Observe a imagem a seguir.



Disponível em: <<https://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra62103/nossa-senhora-do-bom-parto>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

A imagem de Nossa Senhora do Bom Parto, retratada na figura, é obra de um escultor e dourador goiano do século XIX cognominado, pela excelência de seu trabalho, o “Aleijadinho Goiano”. Trata-se de qual artista?

- (A) José Joaquim da Veiga Valle.
- (B) André Antônio da Conceição.
- (C) Cândido de Cássia e Oliveira.
- (D) Henrique da Veiga Jardim.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 11 —

Em meio a uma crise econômica, em que as ações governamentais visavam tirar o país da hiperinflação e fomentar o crescimento econômico, teve início, em 1985, o processo de redemocratização do Brasil. Nesse contexto, buscou-se fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura de assistência a todos os cidadãos, e integrar a medicina previdenciária à saúde pública. Constituiu-se, assim, um sistema único e a sociedade brasileira se mobilizou em torno de um movimento que teve como marco a

- (A) realização da oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS).
- (B) criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).
- (C) instituição do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass).
- (D) implantação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

— QUESTÃO 12 —

De acordo com a política nacional de atenção básica, os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são considerados potenciais espaços de educação, inovação e avaliação tecnológica para a rede de atenção à saúde,

- (A) de integração social, de coordenação de atividades de educação permanente e de formação de preceptores.
- (B) de prática de ações de ensino em serviço, de formação de preceptores e de realização de pesquisas.
- (C) de formação de recursos humanos, de realização de pesquisas e de prática de ações de ensino em serviço.
- (D) de coordenação de atividades de educação permanente, de formação de recursos humanos e de integração social.

— QUESTÃO 13 —

De acordo com a Portaria MS n. 1559/2008, as ações de regulação do atendimento no SUS estão organizadas em três dimensões de atuação integradas entre si, quais sejam: a regulação

- (A) do atendimento integral, de sistemas de saúde e da participação da comunidade.
- (B) de sistemas de saúde, da atenção à saúde e do acesso à assistência.
- (C) da participação da comunidade, do atendimento integral e da qualidade dos serviços.
- (D) da atenção à saúde, da qualidade dos serviços e do acesso à assistência.

— QUESTÃO 14 —

Para garantir o acesso e o atendimento ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde, é imprescindível estabelecer um sistema que promova a articulação entre esses níveis. Nesse sentido, a referência e a contrarreferência compreendem, respectivamente:

- (A) o fluxo de encaminhamento do usuário do nível menor para o de maior complexidade e o referenciamento do nível de maior para o de menor complexidade.
- (B) o referenciamento do usuário do nível secundário para o nível terciário e o fluxo de encaminhamento do nível terciário para o nível primário.
- (C) o fluxo de encaminhamento do usuário do nível maior para o de menor complexidade e o referenciamento do nível de menor para o de maior complexidade.
- (D) o referenciamento do usuário do nível secundário para o nível primário e o fluxo de encaminhamento do nível terciário para o nível secundário.

— QUESTÃO 15 —

O sistema de vigilância epidemiológica, por sua importância para a análise da situação de saúde e para o planejamento das ações necessárias, precisa manter-se eficiente. Para tanto, seu funcionamento deve ser regularmente aferido e avaliado por meio de medidas quantitativas e qualitativas. Dentre as medidas quantitativas de avaliação desse sistema, tem-se a sensibilidade e a oportunidade, que significam, respectivamente, a capacidade do sistema de

- (A) operacionalizar as ações com baixo custo e a facilidade para alcançar seus objetivos.
- (B) excluir os “não-casos” e a possibilidade de identificar todos os subgrupos da população onde ocorrem os casos.
- (C) adaptar-se a novas situações epidemiológicas e a aceitabilidade dos profissionais ou organizações de utilizarem o sistema.
- (D) detectar casos e a agilidade do fluxo do sistema de informação.

— QUESTÃO 16 —

Com o objetivo de prevenir, controlar e mitigar os riscos de transmissão do coronavírus (Covid-19) em ambientes de trabalho, a Portaria MTP/MS n. 14/2022 estabelece o afastamento das atividades laborais presenciais, nos casos confirmados de Covid-19, por um prazo

- (A) de sete dias, podendo esse prazo ser reduzido para cinco dias, desde que o trabalhador afastado esteja sem febre há 12 horas, sem o uso de medicamentos antitérmicos, e com remissão dos sinais e sintomas respiratórios.
- (B) de até catorze dias, podendo se estender por até sete dias, conforme o trabalhador apresente resultado laboratorial que comprove o risco de transmissão ou ainda esteja apresentando sinais e sintomas da doença.
- (C) de dez dias, podendo esse prazo ser reduzido para sete dias, desde que o trabalhador afastado esteja sem febre há 24 horas, sem o uso de medicamentos antitérmicos, e com remissão dos sinais e sintomas respiratórios.
- (D) de até 15 dias, podendo se estender por até cinco dias, conforme o trabalhador apresente resultado laboratorial que comprove o risco de transmissão ou ainda esteja apresentando sinais e sintomas da doença.

— QUESTÃO 17 —

A política nacional de humanização (PNH) busca qualificar o modo de atenção e gestão na rede do SUS, incluindo trabalhadores, usuários e gestores, e se estrutura em princípios, método, diretrizes e dispositivos. São princípios da PNH:

- (A) construção da memória do SUS; matriciamento das ações de saúde; escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde.
- (B) transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.
- (C) fomento de grupidades, coletivos e redes; clínica ampliada; cogestão.
- (D) acolhimento e classificação de risco; defesa dos direitos do usuário; valorização do trabalho e do trabalhador.

— QUESTÃO 18 —

A multiprofissionalidade nas ações de saúde é uma modalidade de trabalho coletivo que

- (A) é construída por meio das relações de reciprocidade entre os profissionais de saúde e suas intervenções técnicas das mais diferentes áreas do saber.
- (B) prioriza a verticalização e a compartimentalização dos processos de trabalho.
- (C) transcende o saber individual de cada profissional, permitindo que um aja em lugar do outro.
- (D) é caracterizada pela sobreposição das ações dos profissionais da equipe de trabalho em busca de soluções para os problemas de saúde identificados.

— QUESTÃO 19 —

A integração ensino-serviço é entendida como um processo complexo de trabalho coletivo, acordado, articulado e integrado entre as instituições de ensino e de saúde que apresenta as seguintes finalidades:

- (A) reconhecer os equipamentos de saúde como espaços de ensino; qualificar a atenção à saúde individual e coletiva; e incentivar a participação da comunidade nos espaços de formação em saúde.
- (B) otimizar a formação de preceptores; incentivar a participação da comunidade nos espaços de formação em saúde; e reconhecer os equipamentos de saúde como espaços de ensino.
- (C) qualificar a atenção à saúde individual e coletiva; promover a excelência da formação profissional; e estimular o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais dos serviços.
- (D) estimular o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais dos serviços; otimizar a formação de preceptores; e promover a excelência da formação profissional.

— QUESTÃO 20 —

T.V.D., de 29 anos, encontra-se na 10ª semana gestacional e procura a sala de vacinas da Unidade de Saúde para receber a vacina contra hepatite B. Nesse caso, de acordo com o histórico vacinal da gestante, é recomendada a aplicação da vacina HB recombinante, como se segue:

- (A) administrar 2 doses da vacina, uma na 24ª e a outra na 32ª semana de gravidez.
- (B) iniciar o esquema vacinal ou completar 3 doses com a administração da 2ª dose, 1 mês após a 1ª dose, e, a 3ª dose, 6 meses após a 1ª dose.
- (C) aplicar 1 dose da vacina a partir da 20ª semana de gravidez.
- (D) completar o esquema vacinal com 2 doses, com a administração da 2ª dose, 4 meses após a 1ª dose.

— QUESTÃO 21 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 76 anos, é atendido na unidade de urgência com dor precordial de forte intensidade irradiada para o ombro esquerdo, associada a náuseas, vômitos e sudorese fria. No eletrocardiograma realizado na admissão, havia um supradesnivelamento do segmento ST de 2 mm nas derivações D1, aVL, V5 e V6.

De acordo com essas informações, a medida terapêutica indicada para o paciente é:

- (A) administração de dose de 900 mg de clopidogrel.
- (B) trombólise com alteplase, independentemente do tempo previsto para que o paciente seja admitido no serviço de hemodinâmica.
- (C) injeção intravenosa de heparina de baixo peso molecular.
- (D) controle da dor com a associação de morfina e anti-inflamatórios não esteroides.

— QUESTÃO 22 —

No choque hipovolêmico do paciente politraumatizado

- (A) recomenda-se preferir soluções hipotônicas como ringer lactato, se houver traumatismo cranioencefálico grave.
- (B) ocorrem vários mecanismos que contribuem para a coagulopatia como perda de fatores e plaquetas, ativação excessiva da coagulação, fibrinólise, acidose e hipocalcemia.
- (C) recomenda-se manter hemoglobina igual ou maior que 10 mg/dL, independentemente dos antecedentes mórbidos do paciente.
- (D) há consenso na recomendação de se manter o paciente hipotérmico, reduzindo as demandas metabólicas e a produção de lactato.

— QUESTÃO 23 —

O diagnóstico e o manejo dos distúrbios hidreletrolíticos requer a compreensão da condição metabólica associada, que inclui:

- (A) o estado hiposmolar presente em todos os casos de hipernatremia.
- (B) a frequente ocorrência de hipercalemia relacionada à infusão de insulina para correção de estado hiperosmolar.
- (C) a presença de hipercalemia na doença de Adisson.
- (D) a pseudo-hiponatremia que pode ser encontrada em pacientes com mieloma múltiplo.

— QUESTÃO 24 —

As compressões torácicas durante a reanimação cardiopulmonar devem, idealmente,

- (A) produzir uma depressão do esterno de 4 a 5 cm.
- (B) manter-se em uma frequência de 60 vezes por minuto.
- (C) ser pausadas para verificação do pulso a cada cinco minutos.
- (D) ser interrompidas para o procedimento de intubação orotraqueal.

— QUESTÃO 25 —

Diversos mecanismos neuro-hormonais e hemodinâmicos ocorrem com o objetivo de manter a adequada oferta de oxigênio aos tecidos. Qual mecanismo fisiológico resulta em aumento do débito cardíaco?

- (A) Elevação da resistência vascular periférica pela ação de catecolaminas.
- (B) Elevação da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo.
- (C) Redução da produção de renina pelos rins.
- (D) Redução dos níveis circulantes de peptídeos natriuréticos.

— QUESTÃO 26 —

Segundo dados do Datasus, de janeiro de 2011 a janeiro de 2021, a insuficiência cardíaca foi a principal causa de internação hospitalar no Brasil. O uso de diuréticos na insuficiência cardíaca descompensada

- (A) é responsável pela maioria dos casos de agudização da função renal nas primeiras 24 horas de internação.
- (B) está contraindicado em pacientes com fração de ejeção preservada.
- (C) deve ser evitado em pacientes com perfil frio e úmido devido ao risco de agravamento do baixo débito cardíaco.
- (D) pode resultar em redução transitória da pressão arterial mediada por prostaglandinas.

— QUESTÃO 27 —

A nefrotoxicidade dos contrastes iodados determina cuidados extras na realização de exames de imagem em pacientes cuja taxa de filtração glomerular é reduzida. Nessa situação,

- (A) administrar bicarbonato de sódio na dose de 5 mL por kg de massa corpórea imediatamente após a infusão do contraste iodado reduz a piora da função renal.
- (B) infundir solução hipotônica, após a injeção do contraste iodado, reduz o risco de complicação em pacientes dialíticos que tenham diurese residual.
- (C) agendar a sessão de hemodiálise para as primeiras 12 horas após a realização do exame tem benefício comprovado em pacientes dialíticos.
- (D) administrar soro fisiológico a 0,9% antes da injeção do meio de contraste mostrou benefício para pacientes com TGF entre 30 e 45 mL/min.

— QUESTÃO 28 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 38 anos, foi submetida a cirurgia de joelho esquerdo há dez dias e vem apresentando dificuldade de deambulação, edema assimétrico e dor em perna direita. Foi diagnosticada com síndrome do anticorpo antifosfolípide há um ano, mas permanece sem tratamento.

Nesse caso, há indicação do uso de

- (A) rivaroxabana por seis meses.
- (B) varfarina por tempo indeterminado.
- (C) clopidogrel associado a varfarina por longo prazo para profilaxia de eventos arteriais e venosos.
- (D) varfarina por 30 dias.

— QUESTÃO 29 —

Ao se analisar a concentração iônica dos principais cristaloídes utilizados nas unidades hospitalares, encontra-se

- (A) 5 mEq de sódio em 500 mL de ringer lactato.
- (B) 20 mEq de potássio em 500 mL de soro ringer.
- (C) 50 g de glicose em 500 mL de soro glicosado a 5%.
- (D) 154 mEq de sódio em 1 litro de soro fisiológico a 0,9%.

— QUESTÃO 30 —

Em condições normais, é esperado que a relação entre a medida da pressão arterial sistólica no tornozelo e a pressão arterial sistólica do braço ipsilateral seja

- (A) menor que 0,75.
- (B) maior que 0,9.
- (C) entre 0,1 e 0,5.
- (D) menor que 0,5.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 31 —

Leia o caso clínico a seguir.

H.A.R., do sexo masculino, de 42 anos, foi encaminhado ao nefrologista com história de episódios recorrentes de nefrolitíase sintomática. O paciente referiu eliminação espontânea de cálculos aos 25 e aos 40 anos. Há 40 dias, foi feita remoção endoscópica dos cálculos, compostos de 100% de monohidrato de oxalato de cálcio. O paciente não havia tomado nenhum medicamento ou suplementos. A investigação metabólica na apresentação revelou hipercalcemia leve e hormônio paratireoideano intacto normal a levemente aumentado, mesmo após a reposição com 25-OH-vitamina D oral. Demais exames disponíveis na Tabela 1. O exame físico era normal. USG e cintilografia de paratireoide não evidenciaram nenhuma alteração. A FE Ca+ [fração excretória de cálcio: (cálcio urinário/cálcio plasma)/(creatinina urina/creatinina plasma)] pode ser calculada a partir dos exames abaixo. Valor de referência: FE Ca ~2%.

Sangue	Apresentação	2 meses	Referência
Cálcio	10.7	11	8.4-10.2 mg/dL
Fósforo	2.2	2,7	2.7-4.5 mg/dL
Creatinina	1.0	1.0	0.7-1.2 mg/dL
PTHi	64	117	15-65 pg/mL
25-OH VIT D	17	30	>20 ng/mL
URINA de 24h			
Citrato	430	626	307-865 mg/d
Oxalato	20	32	<45 mg/d
Cálcio	160	81	<300 mg/d
Creatinina	1.55	1.69	0.81-2.01 g/d

Com base na história clínica e nos exames complementares, qual a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Hiperossalúria primária.
- (B) Hiperparatireoidismo primário.
- (C) Hiperparatireoidismo secundário.
- (D) Hipercalcemia familiar hipocalciúrica.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 32 —

Leia o caso clínico a seguir.

N.R.M., do sexo feminino, de 65 anos, com histórico de diabetes mellitus, obesidade, cirrose por NASH, teve osteomielite diagnosticada há quatro semanas, foi submetida à amputação transtibial direita e está em uso de linezolina desde então. Durante a internação, evoluiu com dor abdominal, hematêmese e algumas alterações laboratoriais; negava outras queixas ou uso de medicamentos além dos prescritos: AAS 81 mg/dia, furosemida 40 mg/dia, insulina glargina 10ui/dia, levofloxacina 500 mg/dia. Ao exame físico, a temperatura corporal era de 36,5 °C, a frequência cardíaca era de 86 BPM, a pressão arterial era de 105/53 mmHg, a frequência respiratória era de 14 RPM e a saturação de oxigênio 98%, respirando ar ambiente. Os achados do exame cardiopulmonar não foram dignos de nota. Seu abdome estava distendido com leve sensibilidade epigástrica à palpação. Não havia edema de membros inferiores. O exame neurológico foi positivo para asterixis. Os resultados da urinálise foram benignos e as hemoculturas, negativas. A tomografia computadorizada de abdome demonstrou ascite moderada e sugeriu cirrose hepática. A radiografia de tórax não revelou processo cardiopulmonar agudo.

SANGUE	Resultado	Referência
Hemoglobina, g/dL	6.9	12-16
Leucócitos	2.500	3.700-11.000
Plaquetas ×10 ³ /μL	24	150-400
Sódio, mmol/L	131	132-148
Potássio, mmol/L	5.5	3.5-5
Cloro, mmol/L	94	98-111
Creatinina, mg/dL	0,6	0,7-1,4
Ureia, mg/dL	62	10-45
Cálcio, mg/dL	7.9	8,4-10,5
Albumina, g/dL	2.3	3,5-5
Glicose, mg/dL	170	85-100
TGO	7	0-45
TGP	16	7-40
pH	7.34	7.35-7.45
PCO ₂ , mm Hg	19	35-45
PO ₂ , mm Hg	116	75-100
HCO ₃ ⁻ , mmol/L	10	18-23
RNI	1,2	0,8-1
DHL	125	0-249
Osmolaridade sérica, mOsm/kg	287	275-295
Lactato	11,5	0,4-1,9

Nesse caso, qual é o diagnóstico gasométrico dessa paciente?

- (A) Acidose metabólica AG elevado + alcalose respiratória.
- (B) Acidose respiratória.
- (C) Acidose metabólica hiperclorêmica compensada.
- (D) Acidose metabólica, acidose respiratória + alcalose metabólica.

— QUESTÃO 33 —

Leia o caso clínico a seguir.

J.C.A., do sexo masculino, de 65 anos, com histórico médico de diabetes mellitus tipo 2 e hiperlipidemia, foi admitido no hospital para cirurgia eletiva de ressecção de um cisto pancreático mucinoso em expansão. Seus medicamentos caseiros incluíam canaglifozina 300 mg/dia; rosuvastatina 20 mg/dia; glicazida 5 mg, duas vezes ao dia; e sitagliptina/metformina, 50/1.000mg, duas vezes ao dia. O paciente tolerou bem o procedimento, passou bem no pós-operatório imediato e estava tolerando dieta líquida até o 3º dia de pós-operatório. A glicemia foi regulada com insulina de ação curta. Seus medicamentos ambulatoriais continuaram a ser administrados no hospital. No 4º dia de pós-operatório, o paciente estava taquipneico e taquicárdico, quando foi obtida uma gasometria arterial (conforme tabela a seguir) e administrado bolus de 50 mL de bicarbonato de sódio 8,4% e uma infusão contínua de bicarbonato de sódio 8,4%, 150 mL e água destilada 850 mL. O serviço de nefrologia foi consultado.

SANGUE	Resultado	Referência
Hemoglobina, g/dL	7	12-16
Leucócitos / μ L Plaquetas $\times 10^9/\mu$ L	10,000 150	3,700-11,000 150-400
Sódio, mmol/L	136	132-148
Potássio, mmol/L	5	3.5-5
Cloro, mmol/L	108	98-111
Creatinina, mg/dL	1	0,7-1,4
Ureia, mg/dL	47	10-45
Cálcio, mg/dL	8,5	8,4-10,5
Albumina, g/dL	3,5	3,5-5
Glicose, mg/dL	123	85-100
Lactato	1,7	0,4-1,9
pH PCO ₂ , mm Hg PO ₂ , mm Hg HCO ₃ ⁻ , mmol/L	7,18 13 103 8,5	7.35-7.45 35-45 75-100 18-23
URINA Glicose, mg/dL Cetonas, mg/dL	>1,000 >150	Ausente

Nesse caso, qual a complicação metabólica do paciente?

- (A) Acidose metabólica, alcalose respiratória por complicação infecciosa.
- (B) Estado hiperosmolar hiperglicêmico – complicação do pós-operatório.
- (C) Cetoacidose euglicêmica induzida pela canaglifozina.
- (D) Acidose láctica por choque séptico.

— QUESTÃO 34 —

Leia o caso clínico a seguir.

J.K.W., do sexo masculino, de 67 anos, apresentou-se com início súbito de dor abdominal, com irradiação para o flanco direito 16 dias após a ressecção laparoscópica de um adenocarcinoma retal. História médica pregressa de um infarto do miocárdio há seis anos e disfunção ventricular esquerda sem terapia anticoagulante. O paciente estava febril. Dados laboratoriais mostraram uma creatinina sérica de 1,9 mg/dL (creatinina basal de 0,8 mg/dL – dois meses antes), DHL de 2.300 UI/L e contagem de leucócitos de 11.500/ L. O EAS não evidenciou leucocitúria, hematúria ou proteinúria, e o eletrocardiograma mostrou ritmo cardíaco irregular. A tomografia computadorizada com contraste intravenoso foi realizada. Imagem a seguir.



Nesse caso, qual o diagnóstico?

- (A) Pielonefrite complicada.
- (B) Infarto renal direito.
- (C) Infarto renal esquerdo.
- (D) Urolitíase com hidronefrose direita.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 35 e 36.

C.A.J., do sexo masculino, de 84 anos, previamente hígido é admitido numa unidade de emergência com tosse, febre e hipoxemia. Logo após, ele evolui com desconforto respiratório importante e requer intubação endotraqueal. A radiografia de tórax mostra opacidades pulmonares bilaterais difusas. A gasometria revela PaO_2 de 130 mmHg, com fração de oxigênio inspirado (FiO_2) de 100%. O ecocardiograma à beira do leito mostra função sistólica ventricular esquerda normal. O swab nasofaríngeo deu positivo para influenza A.

— QUESTÃO 35 —

Com base no estudo FACTT, qual deve ser o manejo do balanço hídrico em pacientes críticos?

- (A) A remoção de líquidos (com diuréticos ou ultrafiltração) deve ser tentada em todos os pacientes com SDRA e comprometimento da função cardíaca.
- (B) O manejo conservador de fluidos (menos fluido, mais diuréticos) em pacientes com SDRA resulta em diminuição da mortalidade.
- (C) O manejo conservador de fluidos em pacientes com SDRA resulta em mais dias livres de ventilador e UTI.
- (D) O manejo conservador de fluidos em pacientes com SDRA está associado a um risco aumentado de LRA e necessidade de diálise.

— QUESTÃO 36 —

Em quatro dias, o mesmo paciente evoluiu com piora do leucograma e hemoculturas positivas para pneumococo. Foi iniciada antibioticoterapia apropriada. Pouco depois, ele evolui com choque e é iniciado noradrenalina 0,55 mcg/kg/min e vasopressina devido à piora da hipotensão, apesar da expansão com fluidos intravenosos. O nível de creatinina do paciente aumenta de 1,0 para 4,4 mg/dL, sódio de 130, potássio de 6,5, acidose metabólica, piora da $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ e o débito urinário diminui para 5 mL/h. A equipe assistente marcou uma reunião familiar para discutir sobre o seguimento do tratamento. Considerando o exposto, qual é a melhor abordagem a ser apresentada à família?

- (A) A consulta de cuidados paliativos seria inadequada porque ele tem IRA e não doença renal crônica, e a maioria dos pacientes com IRA e insuficiência respiratória sobrevivem.
- (B) Se o paciente iniciar hemodiálise e sobreviver à hospitalização, sua qualidade de vida, depois de 60 dias, provavelmente retornará à sua linha de base.
- (C) Como o paciente não tem condições hemodinâmicas para hemodiálise, a terapia renal substitutiva está contraindicada.
- (D) Um teste com terapia de substituição renal contínua por tempo limitado deve ser realizado, caso seja o desejo da família.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 37 e 38.

J.C.S., do sexo masculino, de 60 anos, diabético, com doença renal crônica categoria 3b (G3b) e albuminúria categoria 3 (A3, com uma relação albumina-creatinina urinária de 700 mg/g, hipertensão e dislipidemia, retorna em consulta ambulatorial. Sua taxa de filtração glomerular estimada (eTFG) diminuiu de 57 para 44 mL/min/1,73 m² nos últimos 10 anos. Sua pressão arterial (PA) é de 160/80 mmHg. A hemoglobina A1c (HbA1c) é 7,9%. Sódio: 131 mEq/L e potássio de 4,5 mEq/L. Ele faz uso de valsartana 40 mg/dia, amlodipino 5 mg/dia, clortalidona 25 mg/dia, metformina 1000 mg/dia e sinvastatina 20 mg/dia.

— QUESTÃO 37 —

A intervenção mais apropriada para reduzir o risco de progressão da DRC desse paciente é a seguinte:

- (A) adicionar ramipril ao regime atual.
- (B) aumentar a dosagem do valsartan.
- (C) alterar valsartana para um antagonista do receptor mineralocorticoide.
- (D) alterar clortalidona para indapamida.

— QUESTÃO 38 —

Nesse caso, o melhor próximo passo é:

- (A) iniciar tratamento com inibidor de SGLT2 para reduzir a albuminúria e a HbA1c.
- (B) dobrar a dose da metformina.
- (C) iniciar insulina NPH pelo risco de hipercalemia e agravamento da hiponatremia com a associação de um inibidor de SGLT2.
- (D) iniciar tratamento com inibidores da DPP-4 para reduzir a albuminúria e a HbA1c.

— QUESTÃO 39 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 40 anos, do sexo masculino, portador de doença renal crônica secundária a GESF, em hemodiálise há dez anos, com queixa de dor óssea e prurido. Relata dieta adequada, Estava em uso de carbonato de cálcio 2 cp no café, almoço e jantar; calcitriol 0,25 2cp/dia. Peso seco de 85 kg, Kt/V 1,0 e banho [Ca⁺] 3,0; trazia os seguintes exames: PTH de 790, fosfatase alcalina 462, cálcio de 9,5, fósforo de 6,7 e raio X a seguir.



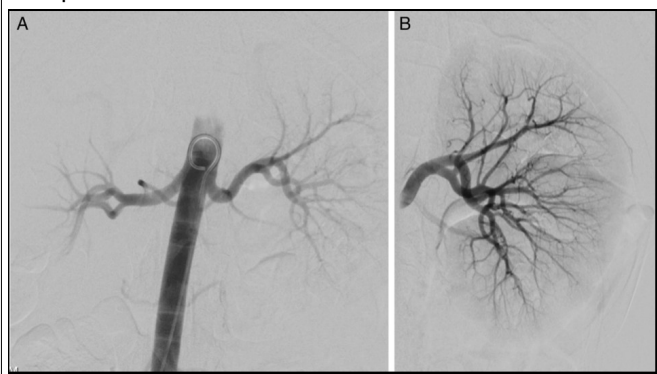
Com o objetivo de melhorar o controle do distúrbio mineral e ósseo desse paciente, qual é a conduta correta?

- (A) Suspender o carbonato de cálcio, iniciar sevelamer, com um comprimido nas refeições, aumentar o Calcitriol, com dois comprimidos por dia, trocar o banho de cálcio para 3,5.
- (B) Pedir risco cirúrgico e encaminhar para a paratireoidectomia total.
- (C) Diminuir o carbonato de cálcio, iniciar sevelamer com três comprimidos nas refeições, suspender o calcitriol, iniciar paricalcitol com uma ampola após HD, três vezes por semana.
- (D) Suspender o carbonato de cálcio e o calcitriol, iniciar sevelamer com três comprimidos nas refeições e cinacalcet 30 mg/dia, adequar prescrição de hemodiálise.

— QUESTÃO 40 —

Leia o caso clínico a seguir.

M.P.V., do sexo feminino, de 20 anos, foi encaminhada ao ambulatório de nefrologia para avaliação de hipertensão resistente diagnosticada aos 16 anos, com várias medidas de pressão arterial maiores que 150/90, em tratamento com amlodipino 10 mg/dia, valsartana 320 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. A paciente também relatava síndrome do ovário policístico e estava tomando anticoncepcional oral (etinilestradiol/drospirenona). Ela se absteve de álcool, drogas ilícitas, tabaco e medicamentos de venda livre. Ambos os pais tinham hipertensão diagnosticada na faixa dos 30 anos e nenhum deles apresentava uma causa secundária conhecida de hipertensão. Ao exame físico, achados normais, exceto pela pressão arterial; índice de massa corporal de 20,4 kg/m², sem alterações retinianas, hirsutismo, estrias ou edema periférico. Os exames laboratoriais revelaram atividade de renina plasmática (PRA) > 181,7 ng/mL/h e concentração plasmática de aldosterona de 215 ng/dL, repetida e confirmada. A paciente fez uma arteriografia (imagens abaixo), o anticoncepcional foi suspenso definitivamente e um tratamento específico foi instituído, com bom controle dos níveis pressóricos.



O diagnóstico e a conduta instituída, são, respectivamente:

- (A) hiperaldosteronismo primário, relacionado a nódulo adrenal hiperfuncionante; conduta cirúrgica.
- (B) hipertensão essencial com elevação reversível do PRA e da aldosterona devido à pílula anticoncepcional oral contendo etinilestradiol/drospirenona; suspensão definitiva do ACO e associação do aldactone.
- (C) hipertensão renovascular por aterosclerose da artéria renal esquerda; angioplastia e stent em artéria renal esquerda.
- (D) hipertensão renovascular por fibrodisplasia de artéria renal esquerda; angioplastia e stent em artéria renal esquerda.

— QUESTÃO 41 —

Leia o caso clínico a seguir.

J.S.A., negro, do sexo masculino, de 45 anos, apresentou edema generalizado por duas semanas. Os exames laboratoriais mostraram creatinina sérica (Scr) de 2,5 mg/dL, albumina sérica de 3,0 mg/dL e proteinúria na urina de 24h de 7g. A biópsia renal mostrou GESF variante NOS. Foi iniciado tratamento com prednisona oral, 120 mg, em dias alternados. Seis semanas após o início da terapia com prednisona, a proteinúria na urina de 24h era de 8g e a creatinina de 3,0 mg/dL. Ele se queixou de aumento do apetite e insônia.

Diante do exposto, qual conduta deve ser adotada nesse momento?

- (A) Continuar a prednisona na mesma dose.
- (B) Substituir a prednisona por ciclofosfamida oral.
- (C) Substituir a prednisona por micofenolato mofetil (MMF).
- (D) Substituir a prednisona por rituximab.

— QUESTÃO 42 —

Leia o caso clínico a seguir.

B.B.S., do sexo feminino, asiática, de 46 anos, nulípara, é encaminhada ao nefrologista para avaliar ganho de peso gradual de 10 kg e edema de membros inferiores de início recente, bem como proteína (3+) e sangue residual no EAS. Ela nega infecções recentes, dores nas articulações ou erupções cutâneas. Ao exame físico, pressão arterial 146/86 mmHg e edema depressível (2+) até raiz da coxa. Os exames laboratoriais mostram creatinina sérica de 1,03 mg/dL, albumina sérica de 3,1 g/dL, colesterol total de 278 mg/dL e relação proteína-creatinina urinária de 6,7. Anticorpos antinucleares, sorologia para hepatite e níveis de complemento estão todos normais. Ela já faz acompanhamento regular com o clínico geral e ginecologista. Início de tratamento de suporte com inibição do sistema renina-angiotensina, diuréticos, restrição de sódio e estatina.

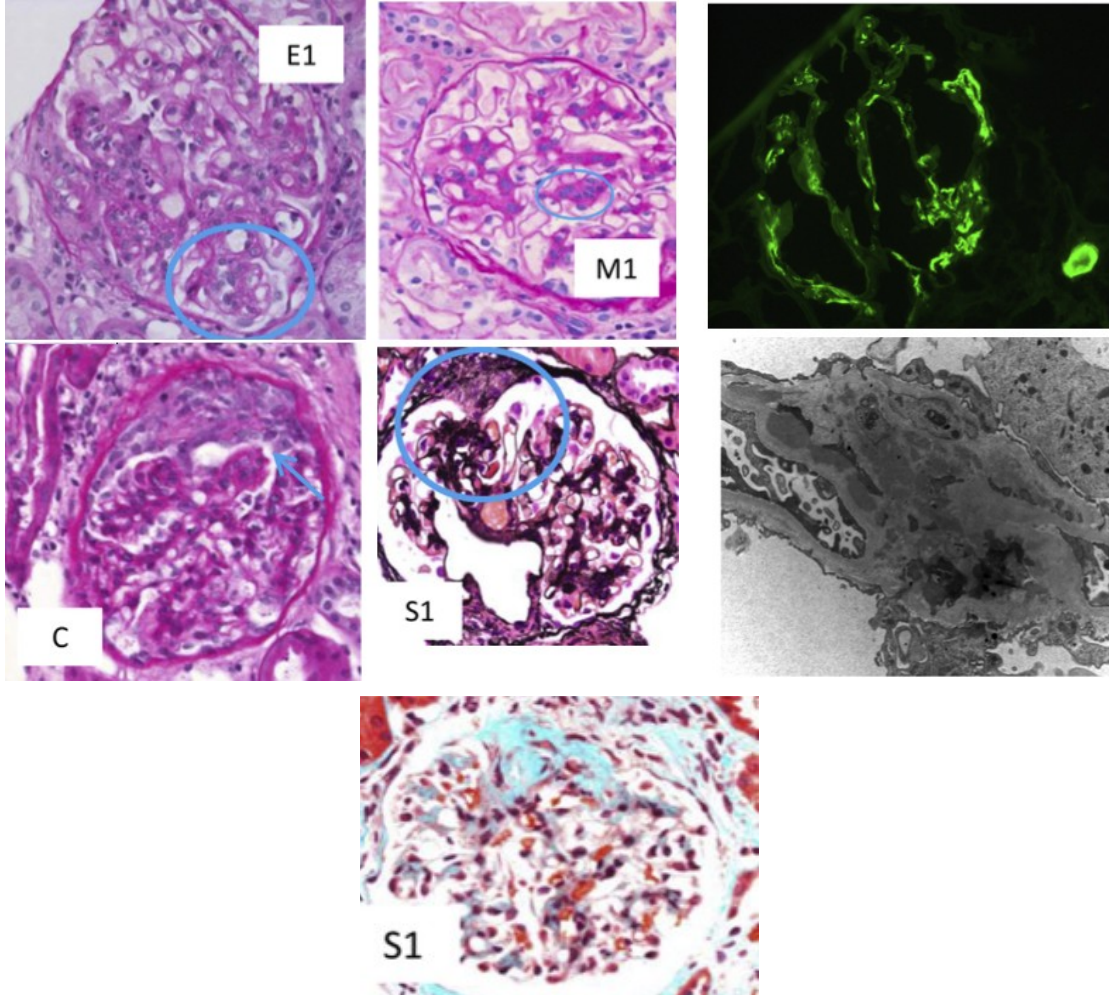
Qual exame complementar adicional seria mais útil, com melhor risco x benefício nesse momento?

- (A) USG doppler de vasos renais.
- (B) Anticorpo antifosfolípideo.
- (C) Anticorpo anti PLA2R.
- (D) Biópsia renal.

— QUESTÃO 43 —

Leia o caso clínico a seguir.

L.U., de 36 anos, do sexo masculino, de etnia chinesa, apresenta hipertensão (160/90 mmHg) e queixa de hematúria macroscópica intermitente, discreta, durante avaliação para admissão em um novo emprego. Encaminhado ao nefrologista, investigação posterior revela creatinina sérica de 1,4 mg/dL e 0,6g de proteinúria na urina de 24 horas. Foi indicada biópsia renal, apresentada abaixo, com pontuação MEST-C M1, E1, S1, T1, C1.



Nesse caso, qual o próximo passo da propedêutica clínica?

- (A) Iniciar prednisona porque há hipercelularidade (E1), o que indica a alta probabilidade de resposta à imunoterapia.
- (B) Iniciar tratamento conservador com bloqueio do sistema renina angiotensina (SRA), dieta hipossódica e estatinas como primeiro passo, pois apresenta proteinúria de baixo grau.
- (C) Iniciar bloqueio do sistema renina angiotensina, dieta hipossódica, estatinas e imunossupressão devem ser contraindicadas porque há cicatriz irreversível na biópsia renal com glomerulosclerose segmentar (S1) e atrofia tubular/fibrose intersticial (T1).
- (D) Iniciar pulsoterapia com solumedrol e ciclofosfamida porque há crescentes (C1), que são considerados uma característica de alto risco na biópsia.

— QUESTÃO 44 —

Leia o caso clínico a seguir.

I.E.R., do sexo feminino, de 70 anos, é trazida ao pronto-socorro com confusão mental, náuseas e vômitos há um dia. Iniciou tratamento com clortalidona, 25 mg/dia, há uma semana, para tratar hipertensão recém-diagnosticada. Ao exame físico, tem mucosas secas, encontra-se desorientada no tempo e no espaço, sem edema e afebril; frequência cardíaca de 105 bpm, pressão arterial de 95/60 mm Hg, frequência respiratória de 14 rpm e saturação de oxigênio de 100% em ar ambiente. O clínico geral inicia o tratamento com solução salina a 0,9%, 1 L nas primeiras duas horas e pede avaliação da nefrologia com urgência, após checar o resultado dos exames laboratoriais: sódio sérico de 104 mmol/L, potássio sérico de 2,8 mmol/L, ureia sérica de 77 mg/dL e creatinina sérica de 1,4 mg/dL. Durante avaliação, a paciente apresenta uma crise convulsiva generalizada. Após o tratamento adequado, não ocorre mais atividade convulsiva e o [Na⁺] de controle é 108 mEq/L.

Nesse caso, qual conduta específica foi tomada no momento da crise e qual estratégia de seguimento é mais adequada?

- (A) Novo bolus de 1000 mL de solução fisiológica 0,9% no momento da crise. Continuar solução isotônica de manutenção visando uma [Na⁺] de 130 mEq/L nas primeiras 24 horas, monitorizar débito urinário/hora e o [Na⁺] sérico de 2/2h.
- (B) Administração de tolvaptano no momento da crise. Monitorizar o débito urinário e o sódio sérico a cada 6h, sem necessidade de solução salina de manutenção.
- (C) Bolus de 100 mL de solução salina a 3% em 10 minutos no momento da crise. Recalcular volume necessário de salina isotônica visando a uma [Na⁺] de 110-112 mEq/L nas primeiras 24 horas, monitorizar débito urinário/hora e o [Na⁺] sérico de 2/2h.
- (D) Infundir 500 mL de solução salina a 3% em 15 minutos no momento da crise. Recalcular o volume necessário de salina hipertônica visando a uma [Na⁺] de 114-116 mEq/L nas primeiras 24 horas, monitorizar o débito e a osmolaridade urinária a cada 2h.

— QUESTÃO 45 —

Leia o caso clínico a seguir.

F.A.S., do sexo feminino, de 25 anos, previamente hígida, apresentou proteinúria de início recente, de até 7g na urina de 24 horas e hipertensão no momento do parto, compatível com pré-eclâmpsia. No pós-parto, a proteinúria persistiu e, seis meses após o parto, a excreção urinária de proteína ainda era de 2 g em 24 horas. Os níveis séricos de albumina e perfil lipídico estavam dentro da normalidade, sorologias negativas, índice de massa corporal normal, não fumante. Foi realizada biópsia renal.

Nesse caso, qual a lesão renal mais comumente associada a uma história de pré-eclâmpsia?

- (A) Glomeruloesclerose segmentar focal (GESF).
- (B) Doença por lesão mínima.
- (C) Nefropatia membranosa.
- (D) Amiloidose.

— QUESTÃO 46 —

Leia o caso clínico a seguir.

M.E.R., do sexo feminino, em diálise peritoneal automatizada há sete anos, com boa adequação dialítica, apresenta há cerca de dois meses mudança do hábito intestinal com tendência a constipação, perda de apetite, ascite e perda ponderal de 4 kg no período. O rastreio para neoplasia foi negativo. A tomografia de abdome revela ascite moderada, espessamento significativo da membrana peritoneal com áreas de calcificação e múltiplas aderências ao mesentério. A hipótese diagnóstica da equipe assistente foi de peritonite esclerosante encapsulante.

Apesar de tratar-se de uma condição rara, alguns fatores de risco já foram identificados; dentre eles, o mais relevante é:

- (A) a idade > 60 anos.
- (B) o tempo em diálise peritoneal maior que cinco anos.
- (C) o uso abusivo de anti-inflamatórios não esteroidais.
- (D) a infecção pelo vírus HIV.

— QUESTÃO 47 —

A hemodiálise pode ser indicada nas intoxicações por substâncias passíveis de remoção por esse método, quando há piora clínica progressiva, apesar das medidas de suporte instituídas. São passíveis de remoção pelos métodos dialíticos as substâncias que apresentem:

- (A) peso molecular > 500 dáltons.
- (B) baixa solubilidade em água (lipofilia).
- (C) baixa ligação a proteínas plasmáticas, com alto clearance dialítico em relação ao clearance corporal total.
- (D) alto volume de distribuição (>1 L/kg).

— QUESTÃO 48 —

Leia o caso clínico a seguir.

A.S.S., do sexo feminino, de 64 anos, tem história de diabetes mellitus tipo 1 desde os 16 anos e desenvolveu insuficiência renal estágio final por doença renal do diabetes aos 40 anos. Seu marido era compatível e ela recebeu transplante renal de doador vivo na ocasião. Apesar da estrita adesão ao regime imunossupressor, ela desenvolveu disfunção crônica do enxerto devido a complicações infecciosas e por toxicidade do inibidor de calcineurina. Tem um histórico de carcinoma de células renais em rim nativo há sete anos, curado após nefrectomia nativa. Ela atualmente tem uma taxa de filtração glomerular (TFG) estimada de 15 mL/min/1,73 m², ainda possui fistula arteriovenosa funcionante, não tem nenhum sintoma urêmico ou sinais de hipervolemia. Seu nefrologista começou a planejar nova terapia renal substitutiva. Dada a sua experiência positiva com o transplante e alta qualidade de vida durante os últimos 20 anos, a paciente deseja ser considerada para repetir o transplante renal.

Nesse caso, qual é o melhor plano de tratamento?

- (A) Encaminhamento imediato de volta ao centro de transplante.
- (B) Aguardar até que ela inicie a diálise para encaminhá-la de volta ao centro de transplante.
- (C) O encaminhamento para o retransplante está contraindicado pela história de carcinoma renal.
- (D) Prosseguir com o planejamento da diálise porque ela está acima da faixa etária considerada para a repetição do transplante.

— QUESTÃO 49 —

Paciente de 48 anos é submetido a transplante renal de doador falecido há um ano. Ele está em investigação atual de linfonodomegalia generalizada e astenia, cuja biópsia de linfonodo suspeito revela doença linfoproliferativa. Sabendo-se que a doença linfoproliferativa pós-transplante pode estar relacionada a infecção latente por vírus, aquele que está associado a tal condição e cuja viremia deve ser monitorada é o

- (A) varicela-zóster.
- (B) citomegalovírus.
- (C) herpes simples tipo 2.
- (D) Epstein-Barr.

— QUESTÃO 50 —

A vasculite sistêmica, que é caracterizada por um processo inflamatório granulomatoso necrotizante e eosinofílico, frequentemente envolvendo o trato respiratório superior, causando vasculite de pequenos e médios vasos, sendo também comumente associada à asma e eosinofilia, além de presença do anticorpo anticitoplasma dos neutrófilos (ANCA), particularmente, quando associada à glomerulonefrite, é a

- (A) púrpura de Henoch-Schönlein.
- (B) granulomatose de Wegener.
- (C) poliangiite microscópica.
- (D) síndrome de Churg-Strauss.