



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**

CONCURSO PÚBLICO

**CARGO 23: MÉDICO**

Aplicação: 10/8/2008

**CADERNO DE PROVAS – PARTE II**  
**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

**ESPECIALIDADE:**  
**NEFROLOGIA**

**ATENÇÃO!**

- » Leia atentamente as instruções constantes na capa da Parte I do seu caderno de provas.
- » Nesta parte do seu caderno de provas, que contém os itens relativos à prova objetiva de Conhecimentos Específicos, confira os seus dados pessoais e a sua opção de especialidade médica transcritos acima bem como o seu nome e a sua especialidade médica no rodapé de cada página numerada desta parte do caderno de provas.

**AGENDA (datas prováveis)**

- I **12/8/2008**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares das provas objetivas: Internet — [www.cespe.unb.br](http://www.cespe.unb.br).
- II **13 e 14/8/2008** – Recurso (provas objetivas): no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **3/9/2008** – Resultado final das provas objetivas, convocação para a entrega dos documentos para a avaliação de títulos e convocação para a perícia médica: Diário Oficial do Estado do Espírito Santo e Internet.

**OBSERVAÇÕES**

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 12 do Edital SESAn.º 1/2008.
- Informações adicionais: telefone 0(XX)61 3448-0100; Internet — [www.cespe.unb.br](http://www.cespe.unb.br).
- É permitida a reprodução do caderno de provas (partes I e II) apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

## CADERNO DE PROVAS – PARTE II

De acordo com o comando a que cada um dos itens de **86 a 120** se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas provas.

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Um rapaz com 16 anos de idade buscou consulta nefrológica, por apresentar crises de hematúria associadas a infecções de vias aéreas superiores há 2 anos. No exame físico, realizado logo após uma crise, foram observadas ausência de febre, pressão arterial normal, ausência de edema e de alterações da pele, sem outras alterações, exceto por uma hiperemia de orofaringe. O exame sumário de urina, feito no dia da consulta, apresentou hematúria, com dismorfismo eritrocitário positivo, cilindros granulosos e hemáticos e albuminúria de 1+. A função renal, avaliada pela creatinina sérica, e a depuração de creatinina, estimada pela fórmula de Cockcroft-Gault estavam na faixa considerada normal para a idade e o gênero. As dosagens de complemento no sangue estavam normais e a proteinúria foi de 500 mg/24 h. Após o resultado de ultra-sonografia renal e coagulograma, o nefrologista indicou uma biópsia renal. A biópsia revelou, à microscopia óptica, proliferação das células mesangiais e expansão da matriz mesangial, sem formação de crescentes. A microscopia de imunofluorescência mostrou depósitos granulosos dominantes de imunoglobulina A (IgA) no mesângio acompanhados de depósitos mesangiais, em menor intensidade, do fator C3 do complemento.

Acerca do caso clínico acima descrito, julgue os itens a seguir.

- 86** A nefropatia mais provável apresentada pelo paciente pode recidivar em cerca de 50% dos rins transplantados, procedentes de doadores relacionados ou não, mas esse fato não contra-indica o transplante, pois as manifestações clínicas da doença no transplantado são, em geral, benignas.
- 87** Alguns fatores genéticos parecem influenciar o risco de aparecimento da doença do paciente em questão, pois ocorre incidência familiar e acometimento, principalmente, na raça negra.
- 88** Algumas doenças foram descritas associadas à nefropatia apresentada pelo paciente, podendo-se citar, entre elas, a doença celíaca, a dermatite herpetiforme e a artrite reumatóide.
- 89** A evolução natural da nefropatia apresentada pelo paciente em apreço, na maioria dos casos, faz-se de forma rápida e progressiva para insuficiência renal crônica.
- 90** Na nefropatia objeto do quadro clínico em consideração, é muito comum observar-se síndrome nefrótica na apresentação clínica inicial, com edemas, proteinúria maciça e hipoalbuminemia.

Um senhor com 62 anos de idade faz tratamento hemodialítico há 9 anos. Há um ano, ele começou a apresentar dores ósseas, fraqueza muscular e prurido. O produto cálcio × fósforo na última avaliação estava elevado, e o cálcio, aumentado, obrigando o nefrologista a trocar o quelante de fósforo para uma droga sem cálcio e a reduzir o teor de cálcio no banho de diálise. A dosagem do paratormônio não se mostrou muito elevada (110 pg/mL) e, em um exame radiológico, foi constatada a presença de calcificações vasculares. Uma biópsia óssea foi realizada e mostrou diminuição importante da superfície, do volume e da espessura osteóide, com redução do número de células osteoblásticas e osteoclásticas, além de poucas áreas com marcação pela tetraciclina.

Com relação ao caso clínico acima apresentado, julgue os itens subsequentes.

- 91** O tipo mais provável de osteodistrofia renal apresentado pelo paciente pode estar associado à intoxicação pelo alumínio e ao uso intenso de calcitriol e de doses elevadas de quelantes de fósforo à base de sais de cálcio.
- 92** Esse tipo de osteodistrofia renal costuma ser mais freqüente em pacientes não-diabéticos tratados por hemodiálise.
- 93** Entre as principais manifestações clínicas do tipo de osteodistrofia apresentado pelo paciente em apreço estão as artralguas e as deformidades ósseas.
- 94** A fosfatase alcalina sérica costuma estar elevada na presença da doença óssea observada no paciente em questão.

Para pacientes em tratamento hemodialítico, alguns índices foram desenvolvidos com a finalidade de avaliar a adequação da diálise. Acerca desse assunto, julgue os seguintes itens.

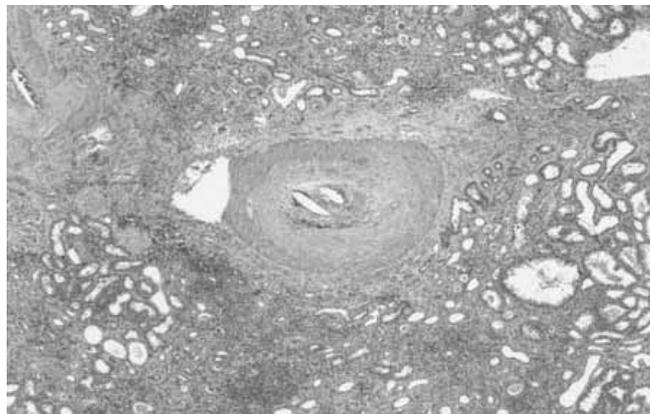
- 95 A redução percentual da uréia, durante uma sessão de hemodiálise, é o método mais simples para quantificar a dose de diálise e tem boa aplicabilidade para avaliar a dose de tratamento nos processos contínuos de hemodiálise.
- 96 Na hemodiálise tradicional de curta duração (4 h) e intermitente (3 vezes na semana) com boa adequação, o índice de remoção de uréia deve ser igual ou superior a 65% e o  $Kt/V$ , equilibrado igual ou acima de 1,2.
- 97 Entre os principais fatores que podem resultar em uma dose de diálise oferecida menor do que a prescrita pelo nefrologista podem ser citadas a recirculação no acesso vascular e a presença de coágulos no dialisador.

Uma paciente com 39 anos de idade está em tratamento dialítico há 2 anos em programa de DPAC. Nos últimos 3 meses, ela vem apresentando ganho de peso e dificuldade de retirada de volume por ultrafiltração, apesar do uso de bolsas hipertônicas e de uma boa retirada de escórias nitrogenadas. Um teste de equilíbrio peritoneal mostrou que a paciente estava classificada como alta transportadora.

Com referência ao quadro clínico acima descrito e a aspectos a ele relacionados, julgue os itens que se seguem.

- 98 Os pacientes classificados como altos transportadores costumam ter menores perdas de proteína pelo dialisato quando comparados aos baixos transportadores.
- 99 A razão entre creatinina no dialisato sobre a creatinina no plasma é mais elevada nos altos transportadores do que nos baixos transportadores, o que justificaria a boa eficiência da diálise no quadro clínico acima relatado.
- 100 Pacientes classificados como altos transportadores perdem rapidamente o gradiente osmótico entre o peritônio e o plasma por causa da rápida difusão da glicose para o plasma, o que explica a dificuldade de ultrafiltração apresentada pela paciente em questão.

Uma senhora com 68 anos de idade, hipertensa de longa data, é controlada com amlodipina e hidroclorotiazida. Sua função renal prévia era preservada com creatinina de 1,0 mg/dL e depuração de creatinina estimada pela fórmula de Cockcroft-Gault de 78 mL/min. Há uma semana, ela foi submetida a uma arteriografia de membros inferiores para avaliação de uma queixa de claudicação intermitente e leve redução dos pulsos pediosos e tibial posterior no membro inferior direito. Uma semana após o exame, a paciente deu entrada no hospital, com queixas de queda do estado geral há 5 dias, evoluindo com náuseas, diminuição do apetite e, nos últimos dois dias, dispnéia progressiva e oligúria. No exame físico de entrada, apresentava-se em estado geral regular, taquipnéica, desorientada no tempo e espaço, sem sinais localizatórios, corada e desidratada. Aparelho cardiovascular com PA 160 mmHg  $\times$  100 mmHg, RCR 2T, bulhas normofonéticas. Aparelho respiratório: taquipnéica (FR = 24 ipm), Sat O<sub>2</sub> = 90% sob uso de máscara 6 L/min, sem ruídos adventícios. Abdome: globoso, flácido à palpação, sem visceromegalias. Extremidades: edema de uma cruz e apresentando livedo reticular em ambos os pés com artelhos azulados (síndrome do dedo azul). Os exames laboratoriais mostravam eosinofilia, hipocomplementemia e exame sumário de urina com hematuria 30 hemácias por campo e leucocitúria discreta, com uma cruz de proteinúria. O quadro evoluiu com piora do estado geral e da função renal, com oligúria persistente e elevação progressiva das escórias nitrogenadas, tendo havido necessidade de hemodiálise. Para esclarecimento diagnóstico, foi realizada uma biópsia renal, cujo resultado é mostrado na figura a seguir.



Biópsia renal — microscopia óptica — PAS. Embolo de colesterol em artéria com reação mononuclear e reação fibrótica incipiente ao redor.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 101 Os dados clínico-laboratoriais e histopatológicos descritos indicam uma insuficiência renal aguda de causa facilmente reversível e que raramente evolui para perda definitiva da função renal.
- 102 Após o laudo da biópsia renal, a nefropatia do contraste deve ser considerada como a causa da insuficiência renal apresentada pela paciente em questão.
- 103 A manipulação vascular e o uso prévio de anticoagulantes são importantes fatores de risco para a complicação renal apresentada pela paciente em apreço.

No transplante renal, alguns testes de compatibilidade imunológica entre doador e receptor devem ser realizados após a compatibilidade ABO ser confirmada. Com relação a esse assunto, julgue os itens a seguir.

- 104 A prova cruzada deve ser realizada imediatamente antes do transplante renal, buscando detectar a presença de anticorpos pré-formados anti-haloantígenos do receptor (anticorpos anti-HLA).
- 105 Uma alta porcentagem de pacientes em lista de espera para transplante apresenta anticorpos contra haloantígenos (anti-LA), resultantes de contatos prévios com antígenos HLA não-próprios, em decorrência de gestações anteriores, transfusões sanguíneas ou transplantes prévios.
- 106 Os pacientes que reagem contra um painel de soros pelo teste de microlinfocitotoxicidade com mais de 50% de reatividade têm maior risco de rejeição humoral.

Um senhor com 55 anos de idade, tabagista, tem diagnóstico de diabetes melito há 15 anos. Ele vem fazendo uso de glucoformina e de dieta, mantendo glicemia de jejum em 120 mg/dL e hemoglobina glicada de 7,3 %, e apresenta, há 2 anos, hipertensão arterial controlada com nifedipina *retard* 20 mg duas vezes ao dia. Na última avaliação, há um mês, seus exames mostraram presença de microalbuminúria (excreção urinária de albumina de 250 mg/24 h). Sua depuração de creatinina medida foi de 98 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Com respeito a caso clínico acima relatado, julgue os seguintes itens.

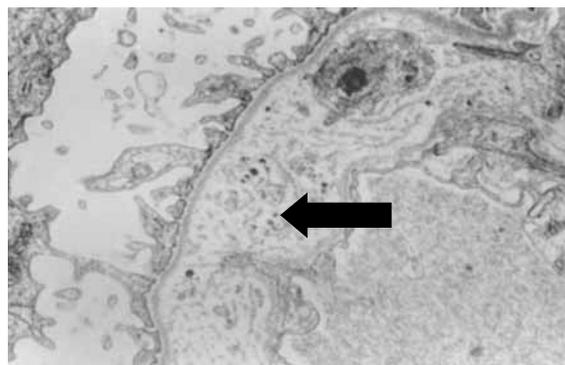
- 107 No caso relatado, a presença de microalbuminúria é um marcador de lesão endotelial e de risco cardiovascular aumentado.
- 108 A presença da microalbuminúria é indicação para o uso preferencial de uma droga inibidora da enzima de conversão da angiotensina ou inibidora do receptor AT1 da angiotensina II.
- 109 O controle glicêmico inadequado e o tabagismo são fatores que agravam a progressão da nefropatia diabética.

A síndrome de acidose tubular renal pode ser de natureza genética ou adquirida e caracteriza-se por acidose metabólica hiperclorêmica. Com relação a esse assunto, julgue os itens subseqüentes.

- 110 Entre as causas secundárias de acidose tubular renal proximal podem ser citadas a síndrome de Sjögren, o transplante renal, a ação de drogas como a acetazolamida, a síndrome nefrótica e a sobrecarga de vitamina D.
- 111 Entre as causas secundárias de acidose tubular renal do tipo I podem ser citadas a doença medular cística, a anemia falciforme e a doença de Wilson.
- 112 Na acidose tubular distal clássica, ocorre hipercalcúria e nefrocalcinose.

Um garoto com 9 anos de idade foi levado ao nefrologista pela genitora, por apresentar hematúria (com hemácias dismórficas ao exame microscópico) e proteinúria de 200 mg/dia. Ele negou qualquer sintoma, sendo a hematúria descoberta em exame de rotina, e informou que tem um irmão com o mesmo quadro e que há casos de surdez na família. O exame físico foi normal, incluindo normotensão arterial para a idade. O paciente negou episódios de infecções de vias aéreas e de pele, e seus exames de laboratório mostraram exame sumário de urina com 40 hemácias por campo e presença de dismorfismo eritrocitário, além de complemento sérico total, frações e ASO normais.

Foi realizada biópsia renal, cujo resultado mostrou microscopia óptica sem alterações e imunofluorescência sem nenhum depósito de Ig ou complemento. A imagem do material examinado, obtida por microscopia eletrônica, é mostrada na figura abaixo, com destaque (seta) para as alterações da membrana basal glomerular.



Agnes B. Fogo *et al.* **Fundamentals of renal pathology**. Springer Science + Business Media, LLC, 2006.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 113 A mais provável glomerulopatia apresentada pelo paciente é de causa familiar e de transmissão genética usualmente ligada ao cromossomo X.
- 114 A doença em questão costuma ser mais agressiva em mulheres, com progressão mais rápida para insuficiência renal crônica.
- 115 Surdez neurossensorial para baixas freqüências ocorre em 30% a 50% dos casos semelhantes ao descrito, e a intensidade da perda auditiva guarda relação estreita com a severidade do comprometimento renal.
- 116 Em sua forma clássica, a doença descrita acarreta perda das subunidades  $\alpha 1$  e  $\alpha 2$  do colágeno do tipo IV da membrana basal glomerular.

Há 20 anos, os tumores renais eram diagnosticados a partir da tríade dor, hematúria e massa palpável em suas fases mais adiantadas, mas, atualmente, os métodos de imagem permitem um diagnóstico mais precoce. Acerca desse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 117 O carcinoma de células renais é o tipo histológico mais freqüente e, comumente, tem origem nas células tubulares da porção espessa ascendente da alça de Henle.
- 118 Os fatores ambientais de risco para o desenvolvimento do carcinoma de células renais são o tabagismo, o uso de álcool e de alimentos ricos em cafeína.
- 119 O leiomiossarcoma renal origina-se de elementos mesenquimais, apresenta grande tendência de recidiva local e tem prognóstico pior que o do carcinoma de células renais.
- 120 Os carcinomas papilares ou cromófilos são encontrados mais freqüentemente em pacientes com cistos renais complexos e nos pacientes com insuficiência renal.