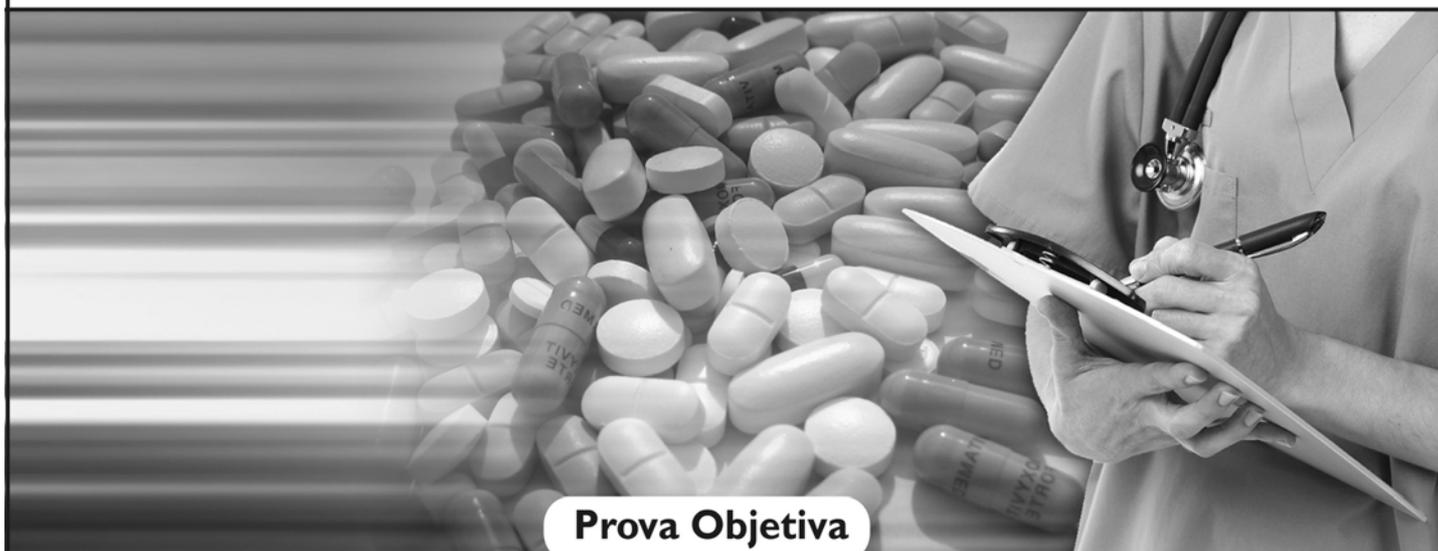




SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA PARA O ANO DE 2011



Prova Objetiva

Leia com atenção as instruções abaixo.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira atentamente se os seus dados pessoais e os dados identificadores do seu programa de residência, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas. Confira também o seu nome e os dados identificadores do seu programa de residência em cada página numerada deste caderno. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondente à prova do seu programa de residência. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente discordância quanto aos seus dados pessoais ou aos dados identificadores do seu programa, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação das suas provas e a sua eliminação do concurso.

- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização do chefe de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação – que será feita no decorrer da prova – e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno, na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

OBSERVAÇÕES

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet – www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir 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 da sua prova objetiva.

PROVA OBJETIVA

Com referência à avaliação dos distúrbios gastrointestinais em atenção primária, julgue os itens que se subseguem.

- 1 Sabe-se que as prostaglandinas E e A protegem a mucosa gástrica, estimulando a produção de muco e a secreção de bicarbonato, enquanto aumentam o fluxo sanguíneo mucoso e reduzem o *turnover* celular. O principal mecanismo de toxicidade dos anti-inflamatórios, independentemente da via de administração, envolve a inibição da síntese de prostaglandinas, com o consequente surgimento de erosões na mucosa gastroduodenal, as quais são agravadas pela presença da secreção ácida do estômago.
- 2 Nos pacientes com dispepsia, é possível identificar a infecção por *Helicobacter pylori* sem a realização de exame endoscópico. O teste respiratório com ureia marcada identifica a infecção a partir da produção de urease pelo microrganismo. A sensibilidade e a especificidade do exame são superiores a 90%.
- 3 Os pacientes com idade inferior a 55 anos com sintomas dispépticos, na ausência de sinais de alarme, poderão ser submetidos à supressão ácida com o uso de inibidores da bomba de prótons, sem necessidade de realizar endoscopia digestiva alta como abordagem inicial, devido à grande probabilidade da origem benigna dos sintomas.
- 4 Geralmente, a detecção de *Entamoeba coli* no exame de fezes está associada a diarreia, dor abdominal ou anorexia. Nesse caso, a terapêutica de escolha é o tinidazol em dose única oral de 2 g.

Um paciente com 58 anos de idade apresentou, subitamente, diminuição da força nos membros superior e inferior esquerdos, com desvio da rima labial à direita. Ele tem antecedente de hipertensão arterial sistêmica e tabagismo. Ao chegar ao hospital, três horas após o início dos sintomas, estava consciente e orientado no tempo e espaço e apresentava pressão arterial (PA) de 180 mmHg × 100 mmHg. O exame físico revelou: hemiparesia esquerda completa proporcionada, com redução da força muscular e desvio de rima labial à direita. Os demais dados do exame físico e neurológico não mostraram alterações significativas. O paciente foi submetido a uma tomografia computadorizada de crânio sem contraste, cujo resultado foi considerado normal, e retornou aos cuidados médicos após 45 minutos da realização do exame.

Com referência a esse quadro clínico, julgue os itens a seguir.

- 5 Ao retornar do setor onde foi realizada a tomografia computadorizada do crânio, o paciente em apreço já está fora da janela de tempo para a indicação do uso do ativador do plasminogênio tissular recombinante (rtPA), considerando-se recomendações feitas nas atuais diretrizes.
- 6 O principal mecanismo fisiopatológico envolvido nesse quadro é de trombose de pequenas artérias, que está relacionado a pequeno infarto na profundidade do hemisfério cerebral, causado por oclusão de pequena artéria perfurante.
- 7 Para o paciente em questão, está indicado o uso de nitroprussiato de sódio, objetivando redução de até 25% da PA média, até o limite de 160 mmHg × 100 mmHg, com o intuito de reduzir a expansão do território isquêmico.

Julgue os seguintes itens, relativos aos sinais e sintomas neurológicos frequentes em unidades de pronto atendimento.

- 8 Vertigem de leve intensidade, reflexo vestibulo-ocular normal, zumbido, desequilíbrio importante e nistagmo vertical são exemplos de manifestações clínicas muito características da vertigem paroxística posicional benigna.
- 9 Geralmente, a enxaqueca é caracterizada por dor de intensidade moderada a intensa, unilateral, sendo predominantemente temporal ou retro-orbital, podendo associar-se a um ou mais sinais no lado afetado, como: congestão nasal, sudorese na face, miose ou ptose palpebral. Ela afeta mais homens que mulheres e seu diagnóstico é clínico.
- 10 A semiologia das pupilas é de suma importância na avaliação do paciente em coma. A preservação do reflexo fotomotor é geralmente resistente aos insultos metabólicos e difusos ao sistema nervoso central. Normalmente, a alteração das pupilas é um indício de lesão estrutural, sendo uma das exceções a essa regra as intoxicações atropínica, barbitúrica e por opiáceos.

Com relação à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), julgue os próximos itens.

- 11 Geralmente, é difícil fazer o diagnóstico diferencial entre asma e DPOC. No entanto, tal diferenciação tem valor apenas acadêmico, visto que essas duas entidades têm a mesma base de tratamento, isto é, o uso de broncodilatadores.
- 12 O diagnóstico de DPOC deve ser levado em consideração em qualquer paciente com sintomas de tosse, produção de expectoração ou dispneia e(ou) história de exposição aos fatores de risco da doença. O estágio I é caracterizado pelos seguintes resultados na espirometria: relação entre o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF) e a capacidade vital forçada menor que 70% e VEF maior ou igual a 80% do previsto.
- 13 A destruição de conexões alveolares, que inibe a capacidade das pequenas vias aéreas de se manterem desobstruídas, representa a alteração fisiopatológica típica da DPOC e é o elemento fundamental para o diagnóstico da doença.

Uma senhora com de 76 anos de idade, hipertensa, com antecedente de acidente vascular cerebral isquêmico há dois anos, há três dias vem apresentando picos febris (com temperatura corporal acima de 38,5 °C) e tosse produtiva, com expectoração amarelada. No exame físico, apresentou PA = 110 mmHg × 70 mmHg; frequência cardíaca (FC) = 108 bpm; frequência respiratória (FR) = 26 irpm; saturação de oxigênio (SaO₂) em ar ambiente = 90%; regular estado geral, dispneica, acianótica, orientada no tempo e espaço; roncocal e sibilocal difusocal bilateralmente à auscultocal pulmonar; ritmo regular em dois tempos, com bulhas normofonéticas e sem sopros; extremidades sem edema, com enchimento capilar normal. A radiografia do tórax revelou consolidação no lobo inferior do parênquima pulmonar direito.

Com referência a esse quadro clínico, julgue os itens subsequentes.

- 14 O padrão radiológico descrito nessa situação clínica é compatível com pneumonia bacteriana por *Streptococcus pneumoniae*.
- 15 Pacientes idosas como esta estão sob maior risco de pneumonia devido a consideráveis alterações morfológicas e fisiológicas que o pulmão sofre ao longo dos anos. No idoso, há aumento do espaço morto fisiológico, alterações da relação ventilação/perfusão, diminuição do transporte mucociliar e do reflexocal e eficácia da tosse. O envelhecimento também está associado a redução da imunidade humoral e celular.

Julgue os seguintes itens, relativos à insuficiência respiratória aguda e à ventilação mecânica.

- 16 Se não houver contraindicações ao uso da ventilação não invasiva, o BIPAP (*bilevel positive airway pressure*) é o modo mais indicado para o quadro de DPOC descompensada com insuficiência respiratória aguda, pois a presença de uma pressurização maior durante a inspiração reduz o trabalho respiratório e ajuda a aumentar a ventilação e a reduzir a PaCO₂. Nesse caso, os seguintes ajustes iniciais seriam adequados: pressão expiratória entre 4 cmH₂O e 6 cmH₂O e pressão inspiratória que resulte em volume corrente entre 7 mL/kg e 10 mL/kg.
- 17 Quando um indivíduo é submetido a ventilação mecânica com pressão positiva de maneira invasiva, há tendência ao colapso alveolar por aumento do volume residual. O emprego de uma pressão de platô abaixo de 35 cm de água compensa esse mecanismo e permite adequada manutenção da patência alveolar.
- 18 A despeito de o centro respiratório, localizado no bulbo do tronco cerebral, ser sensível às variações da pressão parcial sanguínea do gás carbônico (PaCO₂), a suspeita de hipercapnia não deve impedir a administração de oxigênio suplementar, pois a hipoxemia é mais deletéria ao organismo que a hipercapnia.

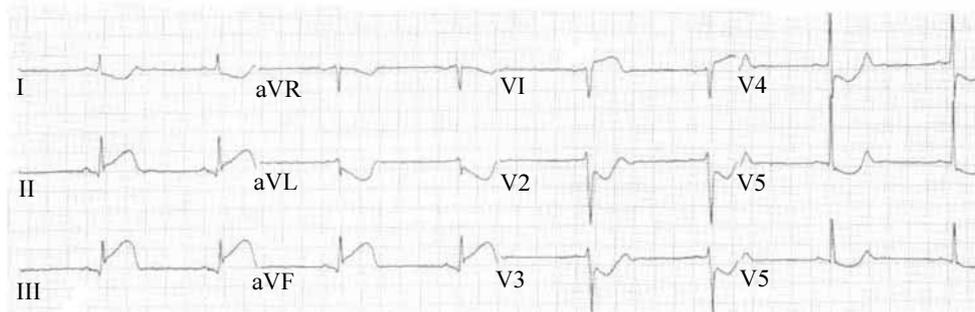
Com referência às complicações nos pacientes infectados pelo vírus HIV ou portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), julgue os itens a seguir.

- 19 Em pacientes com HIV que apresentem disfagia e odinofagia, pode-se iniciar empiricamente o tratamento com fluconazol ou itraconazol, reservando-se a endoscopia digestiva alta para aqueles que não responderem ao tratamento antimicrobiano inicial.
- 20 A meningite asséptica ocorre após o paciente ter doença definidora de AIDS e geralmente com contagem de CD4 menor que 100/mm³. Portanto, a presença de meningite asséptica e sorologia negativa para HIV excluem essa última etiologia.
- 21 O linfoma primário do sistema nervoso central geralmente está associado à infecção pelo citomegalovírus. O diagnóstico é confirmado pela ressonância magnética de crânio associada à análise líquórica, sendo dispensável a biópsia cerebral. O prognóstico é favorável com o uso de radioterapia.

Julgue os itens subsecutivos, a respeito de opções terapêuticas para pacientes com diagnóstico de diabetes melito.

- 22 Estudos clínicos recentes mostraram que a variabilidade glicêmica, caracterizada pela amplitude de variação dos níveis glicêmicos nos diversos horários do dia, constitui um fator de risco isolado e independente dos níveis médios de glicemia em termos de potencial de risco para a função endotelial, favorecendo as complicações cardiovasculares no paciente diabético.
- 23 Os inibidores da dipeptidil peptidase-4 reduzem a produção hepática de glicose e combatem primariamente a resistência à insulina, aumentando a sensibilidade do músculo, tecido gorduroso e fígado a insulina. Esses fármacos apresentam moderado potencial de risco para hipoglicemia.
- 24 Lispro é um tipo de insulina humana de ação ultrarrápida, com início de ação em menos de 15 min, com pico entre 30 min e 90 min e duração de quatro horas. Já a garglina é um tipo de insulina humana de ação prolongada, com início de ação em uma a duas horas, sem pico de ação e duração de até 24 horas.
- 25 O termo genérico hemoglobina glicada refere-se a um conjunto de substâncias formadas com base em reações entre a hemoglobina A (HbA) e alguns açúcares. A HbA1 total corresponde a formas de HbA carregadas mais negativamente devido à adição de glicose e outros carboidratos. Existem vários subtipos de HbA1; desses, a fração HbA1c é a que se refere à hemoglobina glicada propriamente dita, cujo terminal valina da cadeia beta está ligado à glicose por meio de uma ligação estável e irreversível.

Um paciente de 61 anos de idade, sedentário, obeso e tabagista, há duas horas iniciou epigastralgia em queimação de forte intensidade após o almoço. O exame físico mostrou paciente sudoreico, pálido, acianótico e confuso, com FC = 52 bpm, FR = 28 irpm, SaO₂ = 89% e PA = 70 mmHg × 50 mmHg, presença de turgência jugular com cabeça elevada a 45°, com ausculta cardíaca e pulmonar normais e com pulsos arteriais filiformes e simétricos, sem edema de membros inferiores. Ele realizou o seguinte eletrocardiograma (ECG) na admissão.

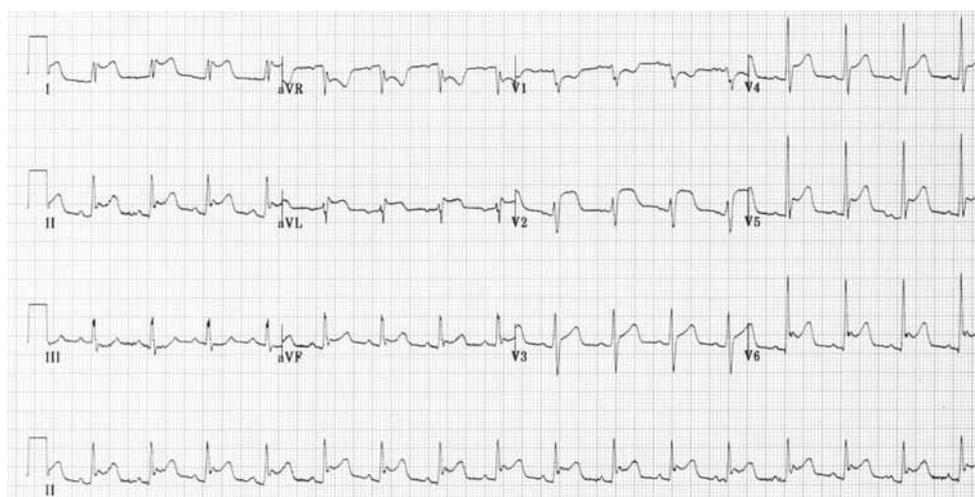


(velocidade do papel: 25 mm/s; calibração: 1 cm = 1 mV).

Com referência a esse quadro clínico, julgue os itens que se subseguem.

- 26 A mensuração do colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL) deve ocorrer de preferência na admissão do paciente ou até 24 horas após a internação, pois é esperada queda de cerca de 10% no LDL durante o primeiro dia do evento agudo. Tal medida deve ser usada para guiar a introdução de terapia hipolipemiante.
- 27 O mecanismo fisiopatológico associado ao quadro clínico em questão, na maioria das vezes, pode ser descrito como uma rápida obstrução mecânica da placa aterosclerótica por aumento do conteúdo lipídico, seguida de erosão e formação de trombo oclusivo. Os estudos demonstram que a maioria das placas ateroscleróticas responsáveis por eventos como esse causam obstruções maiores que 90% da luz do vaso.
- 28 No momento da admissão desse paciente, o resultado da dosagem de troponina não alteraria o diagnóstico, nem mudaria a conduta terapêutica.
- 29 Nesse caso, o nitrato deve ser utilizado via sublingual (nitroglicerina ou dinitrato de isossorbida, por exemplo) para reversão de eventual espasmo e(ou) para alívio da dor anginosa.

Um paciente de 26 anos de idade, sem antecedentes nosológicos, procurou o pronto-socorro de um hospital de nível secundário, e relatou que, há 5 horas, logo após o café da manhã, iniciou quadro de dor retroesternal em pontadas, de forte intensidade, sem irradiação e com piora à inspiração profunda. Negou uso de drogas ilícitas e referiu que o avô materno faleceu de “problema no coração” aos 72 anos. O exame físico mostrou paciente orientado e em bom estado geral, com FR = 22 irpm, SaO₂ = 95%, PA = 130 mmHg × 80 mmHg, sem turgência jugular com cabeça elevada a 45°, com ausculta cardíaca e pulmonar normais e pulsos normais, sem edema de membros inferiores. Realizou o seguinte ECG no momento da admissão.



(velocidade do papel: 25 mm/s; calibração: 1 cm = 1 mV)

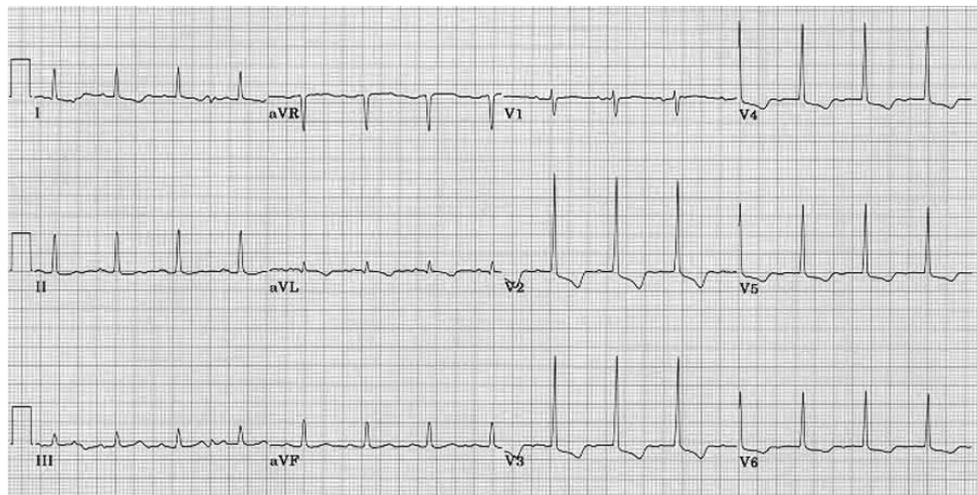
Com base nas informações clínicas e no ECG apresentados, julgue os itens subsequentes.

- 30 Considerando que o tempo de transferência desse paciente para um hospital de nível terciário capacitado a realizar intervenção coronária percutânea (ICP) primária, do momento do diagnóstico até o início da ICP primária, seja superior a duas horas, então, a melhor estratégia será representada pela administração de fibrinolítico na própria unidade de emergência onde o paciente foi atendido.
- 31 A associação do clopidogrel (com uso de dose de ataque e seguido de dose de manutenção diária) com o ácido acetilsalicílico (AAS), nessa situação clínica, tem correlação com redução do desfecho combinado de revascularização do vaso-alvo, morte ou infarto do miocárdio recorrente.

Em relação às arritmias ventriculares, julgue os itens a seguir.

- 32 O sincronismo na cardioversão elétrica (CVE) tem dois propósitos na terapêutica da taquicardia ventricular monomórfica. O primeiro é evitar o fenômeno R sobre T, possibilidade de ocorrência da fibrilação ventricular quando o choque é aplicado sobre a onda T. O segundo é aumentar a eficácia da CVE, considerando que o melhor momento para despolarizar o miocárdio é quando a maior parte dos ventrículos está se despolarizando espontaneamente.
- 33 A taquicardia ventricular idiopática, que acomete indivíduos geralmente jovens e com corações normais, quando apresenta morfologia de bloqueio de ramo direito com desvio do eixo do complexo QRS para a esquerda pode responder favoravelmente ao uso de adenosina, verapamil ou betabloqueadores.
- 34 A taquicardia ventricular não sustentada que se manifesta até as primeiras doze horas de evolução do quadro isquêmico agudo geralmente não está associada a pior prognóstico após a alta hospitalar.

Em um hospital de nível terciário que tem todos os recursos disponíveis para estabelecer diagnósticos e tratar os pacientes conforme as últimas diretrizes médicas, um senhor com 78 anos de idade, com antecedentes de DPOC, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, função renal normal e diabetes melito, em uso regular de fenoterol, amlodipina, glicazida e AAS, informou que há uma semana, vem apresentando episódios de precordialgia em opressão, de moderada intensidade, sem irradiação e com alívio espontâneo após trinta minutos, inicialmente interpretados pelo paciente como crises de broncoespasmo. Nas últimas 48 horas, os episódios tornaram-se mais frequentes, com aumento da intensidade algica, ocorrendo até quatro vezes ao dia. No momento do atendimento, relatou apenas leve desconforto torácico do tipo opressão. O exame físico mostrou paciente em regular estado geral, eupneico e acianótico, com PA = 170 mmHg × 80 mmHg, FC = 85 bpm, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. O restante do exame físico foi considerado normal. As dosagens de CK-MB e de troponina estavam com níveis aumentados em três vezes os valores de referência. Foi realizado o seguinte ECG, na admissão.



(velocidade do papel: 25 mm/s; calibração: 1 cm = 1 mV)

A respeito dessa situação clínica, julgue os seguintes itens.

- 35 Nesse caso, está indicado o uso de enoxaparina, cuja dose de manutenção deve ser reduzida em 25% (0,75 mg/kg de peso corporal, de 12 em 12 horas, em vez de 1,0 mg/kg de peso corporal, a cada 12 horas).
- 36 Segundo as mais recentes evidências científicas, visando a diminuição na incidência de óbito e (re)infarto não fatal, a adoção da estratégia conservadora (estabilização por tratamento clínico e realização de exames funcionais, não invasivos) é a mais apropriada para o paciente em tela, quando comparada à estratégia intervencionista precoce (realização de cateterismo cardíaco tão logo possível).
- 37 A idade do paciente, o atraso na chegada ao hospital e a presença de comorbidades são variáveis associadas a pior prognóstico, na situação em tela.

Julgue os itens subsequentes, relativos à febre reumática (FR).

- 38 Até o momento, não há evidências de que a profilaxia secundária regular com penicilina benzatina previna recorrências da doença ou reduza a severidade da cardiopatia residual. No entanto, por extrapolação dos resultados na prevenção primária, nos pacientes que desenvolveram cardite reumática, seu uso é recomendado até que os pacientes completem 21 anos de idade ou que tenham decorrido cinco anos após o último surto, valendo a indicação que cobrir maior período de tempo.
- 39 Os nódulos de Aschoff (NA) exercem a função de células apresentadoras de antígeno para as células T. Várias citocinas pró-inflamatórias são produzidas nas diversas fases evolutivas dos NA. Dessa forma, há apresentação continuada de antígenos no sítio da lesão, o que amplifica a resposta imune e a ativação de grande número de clones autorreativos de linfócitos T.
- 40 A artrite é a manifestação mais comum da FR, presente na maioria dos casos, com evolução autolimitada e sem sequelas. Muitas vezes, é o único critério maior presente, principalmente em adolescentes e adultos. Nos casos de associação com cardite, tem sido descrita correlação inversa entre a gravidade das duas manifestações.
- 41 A pulsoterapia realizada por meio do uso de metilprednisolona intravenosa (30 mg/kg de peso corporal ao dia) em ciclos semanais deve ser a primeira opção terapêutica em casos de cardite reumática.

Uma senhora com 80 anos de idade, hipertensa e diabética, em uso regular de losartana e metformina, relatou que, há dois dias, apresentou quadro de dispneia aos mínimos esforços (durante a realização de cuidados de higiene pessoal) e que, nas últimas duas horas, a dispneia intensificou-se e passou a ocorrer ao repouso, acompanhada de mal-estar, tontura e sudorese. Ela nega dor precordial. No exame físico, a paciente estava normocorada, com extremidades quentes; FC = 98 bpm; SAO₂ = 90%; PA = 100 mmHg × 70 mmHg; turgência jugular a 45°; com estertores crepitantes auscultados até o terço médio dos campos pulmonares; o *ictus cordis* era propulsivo, localizado no quinto espaço intercostal esquerdo e na linha axilar anterior esquerda; ritmo cardíaco em três tempos (à custa de quarta bulha); presença de sopro holossistólico mais bem audível no foco mitral, com irradiação para a axila esquerda grau 2 de Levine; sem edema de membros inferiores. O restante do exame físico foi normal. As dosagens da CK-MB e da troponina na admissão foram normais. O ECG revelou apenas alterações difusas e inespecíficas da repolarização ventricular e provável hipertrofia ventricular esquerda. Foi submetida a ecocardiograma.

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

- 42 Está recomendado o início imediato do uso de carvedilol, na admissão hospitalar dessa paciente.
- 43 Caso o resultado do ecocardiograma revele função ventricular sistólica normal e a dosagem do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) seja menor que 400 pg/mL, então pode-se excluir o diagnóstico de insuficiência cardíaca, nessa paciente.
- 44 Com base na história clínica, nos dados obtidos pelo exame físico e nos exames complementares citados, não está recomendada a realização de cateterismo cardíaco (cineangiografiografia) nessa paciente com a intenção de diagnosticar doença arterial coronária como possível etiologia desse quadro.

Um homem com 45 anos de idade, com diagnóstico de miocardiopatia chagásica, há um ano foi internado por insuficiência cardíaca (IC) descompensada, quando realizou cateterismo cardíaco, que não mostrou doença arterial coronária associada. Naquela época, iniciou terapêutica com furosemida, carvedilol e enalapril, obtendo melhora clínica. Há seis meses, queixou-se novamente de dispneia, porém aos esforços maiores que habituais, que há três meses, evoluiu para dispneia aos médios e pequenos esforços, quando foram associadas à terapêutica a digoxina e a espironolactona e foi aumentada a dose de furosemida. Há cinco dias, ele informou estar apresentado dispneia aos mínimos esforços, a despeito da medicação em uso regular e em dose máxima preconizada. No dia de hoje, procurou o setor de emergência devido a piora da dispneia, que agora ocorre em repouso e se faz acompanhada de confusão mental, sudorese fria e mal-estar geral. Negou dor precordial. O exame físico mostrou paciente normocorado, com extremidades quentes; FC = 118 bpm; PA = 100 mmHg × 70 mmHg, presença de turgência jugular com cabeceira do leito elevada a 45°; auscultados estertores crepitantes até ápices pulmonares; *ictus cordis* propulsivo, localizado no sexto espaço intercostal esquerdo e na linha axilar anterior esquerda; ritmo cardíaco em galope, sem sopros; e edema perimaleolar dos membros inferiores. O ecocardiograma revelou fração de ejeção de 26% e o ECG mostrou ritmo sinusal, sobrecarga de câmaras esquerdas, bloqueio completo pelo ramo direito e bloqueio divisional anterossuperior esquerdo. Os exames laboratoriais revelaram piora leve da função renal.

Com relação a essa situação clínica e a aspectos a ela associados, julgue os itens em seguida.

- 45 Em associação à terapia preconizada pelas diretrizes nacionais tratamento da insuficiência cardíaca, o uso de levosimendana está associado, nesse paciente, a um melhor desfecho na internação, com melhora sintomática e redução do tempo de internação.
- 46 O uso de CPAP (*continuous positive airway pressure*) é parte da estratégia terapêutica inicial a ser adotada na situação em tela.
- 47 O prognóstico da miocardiopatia chagásica é semelhante ao da miocardiopatia de etiologia isquêmica, sendo a insuficiência cardíaca progressiva a principal responsável pelo óbito em ambas as etiologias.

Com referência à hipertensão arterial sistêmica (HAS), julgue os seguintes itens.

- 48 A doença renal crônica (DRC) é a principal causa de HAS secundária, considerando que a maioria dos pacientes com DRC apresentam HAS. Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina reduzem a proteinúria e a progressão da DRC independentemente da doença de base.
- 49 O alisquireno, único representante da classe dos inibidores diretos da renina atualmente disponível para uso clínico, promove uma inibição direta da ação da renina, com consequente diminuição da formação de angiotensina II.
- 50 Em pacientes hipertensos de alto risco adicional, como aqueles com diabetes melito, deve-se manter a pressão arterial no menor nível tolerado, com o intuito de reduzir o risco de futuras lesões em órgãos-alvo ou para retardar a progressão daquelas já existentes.