

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

PROCESSO SELETIVO **2013**

RESIDÊNCIA MÉDICA UNIFICADA 2014

CADERNO DE PROVAS OBJETIVA E DISCURSIVA

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de provas, confira inicialmente se os seus dados pessoais e o nome do programa de residência a que você concorre, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua Folha de Respostas e no seu Caderno de Textos Definitivos da Prova Discursiva de Respostas Curtas. Confira também o seu nome em cada página numerada deste caderno de provas. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua Folha de Respostas, correspondentes à prova objetiva, e a prova discursiva de respostas curtas, acompanhada de espaço para rascunho, de uso opcional. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito e(ou) apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou ao nome do programa de residência a que você concorre, 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 Folha de Respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

O descumprimento dessa instrução implicará a anulação das suas provas e a sua eliminação do processo seletivo.

- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Não serão distribuídas folhas suplementares para rascunho nem para texto definitivo.
- 5 Na duração das provas, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer das provas —, ao preenchimento da Folha de Respostas e à transcrição dos textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas para o Caderno de Textos Definitivos da Prova Discursiva de Respostas Curtas.
- 6 Ao terminar as provas, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua Folha de Respostas e o seu Caderno de Textos Definitivos da Prova Discursiva de Respostas Curtas e deixe o local de provas.
- 7 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno, na Folha de Respostas ou no Caderno de Textos Definitivos da Prova Discursiva de Respostas Curtas poderá implicar a anulação das suas provas.

OBSERVAÇÕES:

Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.

É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

Informações adicionais: telefone 0 (XX) 61 3448-0100; sac@cespe.unb.br; Internet — www.cespe.unb.br.

cespeUnb
Centro de Seleção e de Promoção de Eventos

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 das suas provas objetivas.

PROVA OBJETIVA

A política nacional de transplantes de órgãos e tecidos possui bases legais e tem como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e a não maleficência em relação aos doadores vivos. De acordo com as normas que regulamentam esse tema no país, julgue os itens a seguir.

- 1 Uma pessoa juridicamente capaz pode dispor em vida de seus tecidos, órgãos e partes do próprio corpo para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau ou, em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial. No caso de doação de medula óssea, a autorização judicial é dispensada.
- 2 A inscrição em lista única de espera confere ao pretense receptor, ou à sua família, direito à indenização, no caso do transplante não ocorrer devido ao transporte inadequado dos órgãos ou tecidos objetos do transplante.
- 3 A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, destinados a transplante ou tratamento, deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica constatada e registrada por dois médicos, podendo ser um deles participante de equipe de remoção e transplante. O procedimento deve ser realizado mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.
- 4 É vedada a remoção *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas.

Acerca das complicações pós-transplante renal, julgue os itens a seguir.

- 5 Os inibidores da calcineurina podem induzir hipercalcemia no pós transplante geralmente associado a níveis séricos mais elevados destas drogas, sendo o mecanismo subjacente semelhante a acidose tubular tipo IV com acidose hiperclorêmica e urina com pH ácido.
- 6 Doenças linfoproliferativas pós transplante renal (PTLD) geralmente estão associadas com imunossupressão mais intensa, sendo a maior parte dos casos associados a infecções pelo Epstein Barr vírus.
- 7 As rejeições mediadas por anticorpos podem se apresentar através de síndromes clínicas distintas: rejeição hiperaguda por presença de anticorpos pré-existentes, rejeição aguda por anticorpos pré-existentes ou de novo ou crônica principalmente pela presença de anticorpos de novo.
- 8 Diabetes *melitus* e dislipidemia são efeitos colaterais incomuns dos agentes imunossupressores.
- 9 O retardo do funcionamento do enxerto no período pós-transplante, causado por múltiplos fatores como condições clínicas do doador, tempo de isquemia fria, intercorrências cirúrgicas e compatibilidade com o receptor, geralmente não interfere na sobrevida renal em longo prazo.

Considerando os cuidados ambulatoriais em pacientes com doença renal crônica (DRC) nos estágios III, IV e V, julgue os itens subsequentes.

- 10 Nos estágios IV e V, instrui-se o paciente acerca das modalidades de substituição renal disponíveis, incluindo entre as opções de tratamento a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Assim, de acordo com a escolha feita, o paciente poderá ser preparado com antecedência, evitando procedimentos de urgência que configuram um fator de risco adicional.
- 11 O controle pressórico deverá ser rigoroso com níveis de pressão arterial menores ou igual a 140x90 mmHg ou 130x80 mmHg se a proteinúria de 24 hs for maior que 1 grama, incluindo como primeira linha de tratamento os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA), salvo quando houver contraindicações a essa farmacoterapia.
- 12 A prevenção de doença cardiovascular deve ser prioritária nos pacientes com DRC. Nesse sentido, deve ser feito controle rigoroso dos fatores de risco, tais como: diabetes *melitus*, dislipidemia, obesidade e sedentarismo, as principais causas de morbidade e mortalidade cardiovascular nesses casos.
- 13 Na prevenção de doenças infecciosas, deve-se orientar a vacinação dos referidos pacientes contra hepatite B, pneumococo, influenza, febre amarela e dengue.

Acerca da síndrome nefrótica, julgue os itens a seguir.

- 14 Hiperlipidemia e lipidúria são achados frequentes em pacientes com síndrome nefrótica que, associados ao estado de hipercoagulabilidade, elevam a incidência de eventos cardiovasculares nesses pacientes, tornando-se a estratificação coronária invasiva mandatória na prevenção desses eventos.
- 15 Na investigação de disfunção renal aguda em pacientes nefróticos, deve-se considerar depleção de volume, necrose tubular aguda, trombose de veia renal, transformação para doença proliferativa com presença de crescentes, nefrite intersticial aguda por drogas, uso de drogas nefrotóxicas e uso de anti-inflamatórios não esteroidais.
- 16 O transporte dos diuréticos de alça do capilar peri-tubular até o túbulo, onde exercem sua ação necessita, de uma proteína carreadora, que geralmente está diminuída nos estados de hipoalbuminemia, conferindo aos pacientes nefróticos resistência a ação dos diuréticos mesmo com filtração glomerular em níveis normais.
- 17 Bandas esbranquiçadas nas unhas dos pacientes com síndrome nefrótica, denominadas bandas de Muehrcke, caracterizam um sinal de hipoalbuminemia.
- 18 O edema na síndrome nefrótica pode ser explicado pelo mecanismo de *underfill*, que promove a retenção de sódio e água; e pelo mecanismo de *overflow*, que se caracteriza pela hipoalbuminemia.
- 19 O estado de hipercoagulabilidade na síndrome nefrótica ocorre em consequência de desequilíbrio na síntese e perda de fatores procoagulantes e anticoagulantes, provocando maior agregação plaquetária, imobilidade do paciente e hemoconcentração por depleção intravascular.

A biópsia renal constitui uma ferramenta que fornece com maior exatidão o prognóstico renal do paciente e a comorbidade enfrentada. Acerca desse procedimento, julgue os itens a seguir.

- 20 As contraindicações à biópsia renal se dividem em fatores relacionados ao rim — como múltiplos cistos, pielonefrite aguda ou neoplasias — e fatores relacionados ao paciente — como distúrbios de coagulação, hipertensão arterial não controlada, uremia e obesidade mórbida.
- 21 São indicações formais para biópsia renal: síndromes nefróticas em pacientes de qualquer idade, síndromes nefríticas, hematúria microscópica com proteinúria não nefrótica, insuficiência renal aguda e crônica de causa indeterminada e doenças sistêmicas com acometimento renal.
- 22 Nos cuidados pós-biópsia, as complicações mais comuns são hematúria, hematoma subcapsular e dor no local da punção, que ocorrem com maior frequência vinte e quatro horas após a realização do procedimento.

Com relação às tubulopatias, julgue os itens a seguir.

- 23 Entre os achados clínicos da síndrome de Fanconi, inclui-se raquitismo e osteomalácia, retardo do crescimento, poliúria, desidratação, proteinúria e alcalose metabólica.
- 24 A síndrome de Gitelman se apresenta como herança autossômica recessiva, caracterizada por alcalose metabólica hipocalcêmica com hipocalciúria e hipomagnesemia.
- 25 A síndrome de Liddle se apresenta como herança autossômica dominante, cursando com hipertensão arterial sistêmica e diferentes graus de acidose metabólica hipercalcêmica.
- 26 Na síndrome de Bartter, ocorre disfunção global no túbulo proximal, causando aumento na excreção urinária de aminoácidos, glicose, fósforo, bicarbonato e outros solutos, que inicialmente seriam reabsorvidos nesse seguimento do néfron.

As glomerulopatias são importantes causas de doença renal crônica. A respeito das recomendações mais recentes acerca do seu tratamento, julgue os itens de 27 a 33.

- 27 O uso de antibióticos (penicilina ou eritromicina) nos pacientes com glomerulonefrite pós estreptocócica, com confirmação de infecção ativa, pode reverter a reação inflamatória renal, não prevenindo no entanto a disseminação das cepas nefritogênicas do estreptococcus entre os familiares e contatos próximos.
- 28 Na nefropatia por imunoglobulina A com proteinúria persistentemente maior que 1g/dia está indicada a terapia com corticosteroide por 06 meses se já tiver sido implementado tratamento de 3-6 meses com inibidores da enzima conversora de angiotensina ou antagonistas dos receptores de angiotensina II e à taxa de filtração glomerular for inferior a 50 ml/min por 1,73 m².
- 29 O tratamento dos casos graves de nefropatia por imunoglobulina A com presença de crescentes em mais de 50% da amostra e rápida deterioração da função renal, deverá ser realizado com agentes imunossupressores combinados com corticosteroides, sendo a ciclosporina o fármaco de primeira escolha.

- 30 Nos pacientes que apresentam o vírus da imunodeficiência humana (HIV), com biópsia renal que confirme nefropatia associada ao HIV, recomenda-se que a terapia antirretroviral seja iniciada independentemente da contagem de CD4.
- 31 Para pacientes com glomerulonefrite membranoproliferativa idiopática com síndrome nefrótica e declínio progressivo da função renal, recomenda-se o tratamento com ciclofosfamida oral ou micofenolato oral associados a baixas doses de corticosteroides.
- 32 Na nefrite lúpica classes III e IV, o tratamento de manutenção após indução de remissão (proteinúria < 500 mg/dia e *clearance* de creatinina no nível basal) deve ser realizado preferencialmente com azatioprina ou micofenolato. No caso de intolerância a esses medicamentos, recomenda-se o uso de inibidores da calcineurina associados a baixas doses de corticosteroides.
- 33 O uso de hidroxiquina (6 a 6,5 mg/Kg/dia) está indicado somente aos pacientes com nefrite lúpica classes III e IV, não havendo benefícios para pacientes das classes II e V.

Acerca dos cuidados com os receptores de transplante renal, julgue os itens a seguir.

- 34 Pacientes receptores de transplante renal infectados com o vírus da hepatite C somente deverão receber tratamento com interferon convencional se apresentarem alterações sistêmicas que os coloquem em risco de morte.
- 35 Receptores de transplante renal com hepatite crônica pelo vírus B e HBsAg positivos deverão receber profilaxia com tenofovir, entecavir ou lamivudina. Além disso, a monitorização dos níveis de HBV-DNA e das enzimas hepáticas deverão ser realizados trimestralmente.
- 36 O regime imunossupressor empregado no pós-transplante geralmente envolve três tipos de fármacos, um corticosteroide, um inibidor da calcineurina e um agente antiproliferativo ou inibidor da mTORi, sendo este último o responsável pelo surgimento de diabetes no período pós-transplante.
- 37 O aumento dos níveis de creatinina sérica após procedimento de pulsoterapia para rejeição celular aguda pode indicar infecção pelo poliovírus. Nesse caso, após confirmação diagnóstica, o tratamento de escolha para redução da imunossupressão deve ser realizado com ganciclovir em doses elevadas.

Os pacientes portadores de insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise ou que são candidatos a transplante renal devem ser submetidos à sorologia para hepatite C. Acerca desse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 38 O quadro clínico dos pacientes portadores de hepatite C deve ser avaliado pelo menos uma vez a cada seis meses.
- 39 O prognóstico pós-transplante de paciente portador de hepatite C que realizou enxerto renal é o mesmo dos pacientes não contaminados com hepatite C.
- 40 A sorologia para hepatite C deve ser solicitada sempre que os pacientes iniciarem terapia dialítica.
- 41 Os pacientes portadores de hepatite C que se submeterão a transplante de rins devem realizar, antes do transplante, tratamento contra a hepatite C.
- 42 A ribavirina é a melhor opção terapêutica para pacientes portadores de insuficiência renal crônica da classe VD.

Em pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico (LES), o comprometimento renal é normalmente ocasionado pela deposição de imunocomplexos. No que se refere ao tratamento clínico e ao acompanhamento desses pacientes, julgue os itens a seguir.

- 43 Os critérios para a confirmação de resposta terapêutica completa ao tratamento de LES são a redução de creatinina, aos seus valores basais, e o nível de proteinúria inferior a 500mg/g creatinina.
- 44 A pacientes portadores de nefrite lúpica da classe V é indicado o uso de corticosteroide e ciclofosfamida ou de inibidor de calcineurina ou, ainda, de micofenolato.
- 45 O uso de hidroxicloroquina é indicado a pacientes portadores de nefrite lúpica das classes III, IV e V.
- 46 É contraindicada a gestação a pacientes portadoras de nefrite lúpica da classe IV.
- 47 A pacientes portadores de nefrite lúpica da classe II que apresentem, em 24 horas, nível de proteinúria superior a 3,5 g deve ser receitado o uso de corticosteroide ou de inibidor de calcineurina.

Uma paciente de onze anos de idade foi atendida em pronto socorro apresentando dor abdominal forte, iniciada havia um dia. A paciente relatou sofrer fortes dores articulares, principalmente nas mãos e nos joelhos, e não ter sofrido alteração no hábito intestinal. Ao exame físico, a paciente apresentou-se com púrpura palpável em membros inferiores.

Nos exames laboratoriais, constataram-se os seguintes resultados: proteinúria de 2000 mg, em 24 horas; creatinina de 0,8 mg/dl e EAS com numerosas hemácias.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 48 Caso o controle da proteinúria não seja feito mediante o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina ou de bloqueadores do receptor de angiotensina II, pode-se realizá-lo por meio do uso de corticoides durante seis meses.
- 49 Se a paciente for submetida a exame de imunofluorescência, serão detectados depósitos de IgA em regiões paramesangeais.
- 50 Essa paciente apresenta consumo da via clássica do complemento.

Julgue os próximos itens, relativos à doença de Fabry.

- 51 As principais manifestações renais dessa doença são proteinúria e diminuição da função renal.
- 52 O achado histopatológico característico dessa doença é a presença de corpos zebroides, constatada mediante microscopia eletrônica.
- 53 A dose, a duração e a indicação terapêutica para o tratamento da doença de Fabry não foram estabelecidas com precisão na literatura científica.
- 54 Essa doença é hereditária e apresenta padrão de herança autossômico dominante.

A presença de acidose metabólica em pacientes com função renal preservada indica quadro clínico típico de acidose tubular renal. Acerca desse assunto, julgue os itens a seguir.

- 55 A crianças que apresentam déficit de crescimento deve-se indicar a realização de exames para a investigação de quadro clínico de acidose tubular do tipo IV.
- 56 Em pacientes com acidose tubular do tipo 2, observa-se inabilidade renal em excretar o acúmulo de ácido produzido pelo organismo.

O uso indiscriminado de alguns medicamentos pode acarretar complicações renais, como nefrite intersticial aguda (NIA). Acerca dessa doença, julgue os itens a seguir.

- 57 Em geral, pacientes com NIA apresentam eosinofilia em exame de sumário de urina simples.
- 58 O diagnóstico diferencial de NIA, em relação à glomerulonefrite pós-infecciosa, é dado com base na presença de complemento C3 ou C4 consumido no organismo.
- 59 A ocorrência simultânea de NIA e uveíte indica quadro clínico de síndrome de TINU.
- 60 Ciprofloxacino, rifampicina, AINES e alopurinol são drogas cujo uso pode acarretar NIA.

No que diz respeito ao tratamento da anemia em pacientes com doença renal crônica (DRC), julgue os itens que se seguem.

- 61 À paciente com neoplasia ativa é indicado o uso, em doses elevadas, de eritropoetina, dada a resistência à ação dessa substância.
- 62 Não se deve receitar eritropoetina a pacientes que necessitam manter seus níveis de hemoglobina acima de 13g/dL.
- 63 É recomendado o uso de androgênios no tratamento adjuvante à reposição de eritropoetina.
- 64 O uso de vitamina C é indicado a pacientes com deficiência relativa de ferro, pois aumenta o transporte desse metal.
- 65 A ingestão de vitamina B12 e ácido fólico não é indicada, como tratamento profilático, a pacientes anêmicos com DRC, mas apenas a pacientes que, de fato, tenham deficiência dessas substâncias.

No que diz respeito à nefropatia diabética, doença que pode ocorrer em pacientes portadores de diabetes melito do tipo 1 ou do tipo 2 e de doença renal crônica da classe V dialítica, julgue os itens a seguir.

- 66 A pacientes portadores, há menos de cinco anos, de diabetes melito do tipo 1 que manifestem proteinúria é indicada a realização de biópsia renal.
- 67 É indicado a paciente com hiperfiltração glomerular o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina ou de bloqueadores do receptor de angiotensina II.
- 68 O alvo terapêutico para o controle pressórico de pacientes portadores de nefropatia diabética é a manutenção de pressão arterial inferior a 125×75 mmHg.
- 69 Em pacientes diabéticos e transplantados renais, o uso de inibidor de calcineurina pode provocar piora no controle glicêmico secundário.
- 70 Em pacientes portadores de diabetes do tipo 2, observa-se forte correlação entre a ocorrência de retinopatia e de nefropatia diabética.

No que diz respeito à peritonite, julgue os itens que se seguem.

- 71 O tratamento das infecções do sítio de saída causadas por *P. aeruginosa* requer a realização de terapia prolongada, mediante o uso simultâneo de dois antibióticos.
- 72 Pacientes com peritonite apresentam infecção no sítio de saída de cateter de diálise peritoneal, definida pela presença de eritema da pele na interface epidérmica do cateter.
- 73 *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* são os patógenos mais graves e comuns de infecção do sítio de saída.
- 74 A antibioticoterapia oral é recomendada aos pacientes com peritonite, exceto aos que apresentam infecção causada por *S. aureus* meticilinoresistente.
- 75 No tratamento de pacientes com peritonite e infecção do sítio de saída, a antibioticoterapia oral é mais eficiente que a terapia intraperitoneal.

A ocorrência de episódios de peritonite é uma das principais causas da substituição da diálise peritoneal pela hemodiálise, de modo que o tratamento de pacientes submetidos à diálise peritoneal deve abranger ações voltadas à prevenção e ao tratamento de infecções. Com relação a esse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 76 Recomenda-se a remoção do cateter em caso de peritonite refratária, que consiste na falência do efluente em clarear após cinco dias de uso apropriado de antibióticos, pois, assim, protege-se a membrana peritoneal.
- 77 A remoção do cateter é necessária em caso de peritonite causada por *Pseudomonas aeruginosa*.
- 78 O diagnóstico de peritonite presumido deve ser dado a paciente que realiza diálise peritoneal e apresenta efluente turvo.
- 79 Tratando-se de pacientes com peritonite associada à diálise peritoneal, a terapia antimicrobiana deve ser iniciada logo após o resultado das culturas, a fim de se evitar a resistência bacteriana e, conseqüentemente, a retirada de cateter.
- 80 A presença de peritonite consiste em diagnóstico diferencial de paciente com dor abdominal, mesmo se o efluente estiver límpido, já que uma pequena porcentagem de pacientes tem essa apresentação atípica.
- 81 Para o tratamento da peritonite, a administração de antibióticos por via intravenosa propicia melhores resultados que a administração por via intraperitoneal.

Em face do declínio da função renal, ocorrem alterações progressivas no metabolismo mineral e no distúrbio mineral e ósseo da DRC (DMO-DRC), as quais acometem os níveis séricos de cálcio, fósforo e hormônios reguladores, tais como o hormônio da paratireoide (PTH), da 1,25-hidroxivitamina D (calcitriol) e do fator de crescimento de fibroblastos 23 (FGF23). Considerando essas informações, julgue os itens a seguir.

- 82 Em caso de declínio da função renal, verifica-se aumento dos receptores de cálcio, fundamentais reguladores da síntese e secreção de PTH pelas paratireoïdes, o que estimula a secreção de PTH.
- 83 Uma das principais conseqüências da perda de função renal é a retenção de fósforo, a qual, apesar de presente desde os primeiros estágios da DRC, é compensada por aumento da secreção do FGF23 e do PTH, que promovem fosfatúria pelos néfrons remanescentes.
- 84 Em caso de declínio de função renal, observa-se diminuição da concentração de 25-hidroxi-vitamina D na DRC, pois o rim é o principal órgão responsável pela produção dessa vitamina.
- 85 A deficiência de 1,25- vitamina D acarreta hipocalcemia, em função da menor absorção intestinal de cálcio, que, por meio de um mecanismo indireto, estimula a produção de PTH.

Acerca de diálise e de hiperparatireoidismo secundário (HPTS), julgue os itens a seguir.

- 86 Cinacalcete só deve ser receitado a paciente que apresente níveis séricos de cálcio total maior que 8,4 mg/dl.
- 87 Os principais sintomas de HPTS são dores ósseas e articulares, mialgia e fraqueza muscular. Fraturas, prurido, deformidades ósseas, tumor marrom, calcificações de partes moles e ruptura de tendões são sintomas presentes, especialmente, em pacientes portadores de doença de longa duração.
- 88 Durante a sessão de hemodiálise, o fósforo é removido do organismo, principalmente nas duas primeiras horas do procedimento.
- 89 É indicado o uso de quelantes de fósforo à base cálcio a pacientes portadores de doença renal crônica em fase dialítica que apresentem níveis de fósforo acima de 5,5mg/dl e níveis séricos de cálcio abaixo de 9,5 mg/dl.
- 90 O tratamento de pacientes com hipovitaminose D pode ser feito mediante reposição de calcidiol ou de calcitriol.
- 91 O paricalcitol, empregado no tratamento de pacientes com HPTS, é considerado um ativador mais seletivo do receptor da vitamina D que o calcitriol, visto que seu uso diminui a secreção de PTH intacto, causando menos hipercalcemia e hiperfosfatemia.

Com relação à fisiologia renal, julgue os itens a seguir.

- 92 A porção espessa da alça de Henle é muito permeável à água e pouco permeável ao soluto.
- 93 Apesar de ter capacidade de gerar fluxos iônicos, o túbulo proximal é incapaz de manter gradientes de concentração.
- 94 A excreção renal de compostos endógenos, como o ácido úrico e alguns fármacos, ocorre na porção S3 do túbulo proximal.

Julgue os itens a seguir, relativos a drogas diuréticas.

- 95 O uso prolongado de diurético tiazídico pode induzir a ocorrência de hiponatremia no paciente.
- 96 O uso de diuréticos de alça pode ocasionar hipocalcemia, acidose metabólica e hipomagnesemia.
- 97 O amiloride é um bloqueador do canal luminal de sódio, enquanto a espironolactona é um antagonista da aldosterona.

Com relação à infecção no trato urinário (ITU), julgue os itens a seguir.

- 98 A cintilografia com o ácido dimercaptosucínico marcado com tecnésio 99 é comumente utilizada para diagnosticar obstrução do trato urinário em adultos.
- 99 A obstrução do trato urinário é um fator predisponente para ITU.
- 100 A incidência da ITU é maior em homens que estão na fase da vida adulta, devido à atividade sexual.
- 101 Para as mulheres, o fluxo urinário maior é o principal fator de proteção contra ITU.
- 102 A *Escherichia coli* é um dos germes gram-positivos responsáveis pela ITU.

Acerca da injúria renal aguda (IRA), julgue os itens seguintes.

- 103 A cistatina C é um biomarcador para IRA caracterizada por ser uma proteína glicosilada, produzida pelas células nucleares, de baixo peso molecular, que é livremente filtrada pelo glomérulo e cujo nível sérico varia significativamente com a idade, o sexo e a raça.
- 104 A N-acetil-B-D-glucosaminidase é um biomarcador promissor para IRA por ser uma enzima lisossomal de baixo peso molecular facilmente filtrada pelo glomérulo.
- 105 A interleucina-18 é um candidato a biomarcador precoce para IRA, caracterizada por ser uma citocina pro-inflamatória gerada pela clivagem da caspase I.
- 106 A lipocalina associada com gelatinase de neutrófilos humanos não é considerada um bom marcador precoce para IRA por demorar a alterar seu nível sérico e(ou) urinário quando comparada a outros prováveis biomarcadores.
- 107 A classificação de RIFLE (*risk-injury-failure-loss-end*) para IRA se baseia nos critérios de elevação relativa da creatinina, queda da filtração glomerular e diminuição do fluxo urinário por kg de peso.

A litíase renal apresenta índices crescentes de incidência e prevalência no mundo ocidental. Com relação a esse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 108 A cistinúria é uma doença metabólica caracterizada pelo defeito no transporte tubular de aminoácidos dibásicos, sendo tratada pela alcalinização da urina.
- 109 Na avaliação metabólica, a hipercalcúria é o distúrbio mais frequente, sendo, em geral, secundária ao aumento na produção de paratormônio por adenoma na paratireoide.
- 110 A hiperossalúria é mais frequente quando associada a doenças do trato digestivo, como a síndrome de má absorção e as colites.

Com relação às alterações renais em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) ou portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), julgue os itens subsequentes.

- 111 A insuficiência renal aguda está mais frequentemente relacionada a infecções graves, sepse ou uso de drogas nefrotóxicas.
- 112 A nefropatia associada ao HIV (HIVAN) se caracteriza por provocar proteinúria e pela rápida evolução para insuficiência renal crônica.
- 113 O indinavir, a zidovudina, a pentamidina e o aciclovir são exemplos de medicamentos utilizados pelos pacientes portadores de HIV que são nefrotóxicos.
- 114 A lesão glomerular mais frequente em pacientes com SIDA é a doença por lesões mínimas.

Julgue os itens seguintes, acerca das alterações na função renal das mulheres durante o período gestacional.

- 115 Quando ocorre a associação entre hipertensão arterial e proteinúria, há aumento na taxa de mortalidade perinatal.
- 116 O aumento do ritmo de filtração glomerular, com nível máximo, no último mês de gestação, está relacionado ao período de maior ganho corporal do feto.
- 117 A função tubular está alterada com aumento na reabsorção tubular como resultado do aumento da filtração glomerular.

Julgue os itens a seguir, com relação à progressão da doença renal crônica.

- 118 As principais causas da doença renal crônica são a hipertensão arterial de longa duração e a glomeruloesclerose segmentar e focal idiopática. Essas condições patológicas ocorrem de forma insidiosa, uma vez que os rins se adaptam de modo eficiente à perda crônica de néfrons.
- 119 A adaptação funcional dos glomérulos na doença renal crônica é caracterizada pela hipertrofia glomerular, com aumento da pressão e do fluxo glomerular, que ocasiona aumento do ritmo de filtração glomerular.
- 120 A adaptação da função tubular à perda de massa renal é mais intensa que a glomerular, contribuindo de forma efetiva para atenuar a queda da função renal e o aparecimento de sintomatologia.

PROVA DISCURSIVA DE RESPOSTAS CURTAS

- Nesta prova, faça o que se pede, usando, caso deseje, os espaços para rascunho indicados no presente caderno. Em seguida, transcreva os textos para o **CADERNO DE TEXTOS DEFINITIVOS DA PROVA DISCURSIVA DE RESPOSTAS CURTAS**, nos locais apropriados, pois **não será avaliado fragmento de texto escrito em local indevido**.
- Qualquer fragmento de texto que ultrapassar a extensão máxima de linhas disponibilizadas será desconsiderado. Será também desconsiderado o texto que não for escrito na(s) **folha(s) de texto definitivo** correspondente(s).
- No **caderno de textos definitivos**, identifique-se apenas no cabeçalho da primeira página, pois não será avaliado texto que tenha qualquer assinatura ou marca identificadora fora do local apropriado.
- Em cada questão, ao domínio do conteúdo serão atribuídos até **5,00 pontos**, dos quais até **0,50 ponto** será atribuído ao quesito capacidade de expressão na modalidade escrita e uso das normas do registro formal culto da Língua Portuguesa.

QUESTÃO 1

Um paciente de trinta e dois anos de idade, com peso de 70 Kg, sem comorbidades prévias, foi vítima de atropelamento e sofreu traumatismo crânio encefálico grave, com múltiplas fraturas ósseas e lacerações. A vítima foi colocada em ambiente de terapia intensiva, com ventilação mecânica, e recebeu noradrenalina a 0,6 mcg/Kg/min. Seu quadro clínico evoluiu com piora importante da função renal, tendo sido solicitada uma avaliação, na qual foi observada diurese nas últimas 24 horas = 50 mL; creatinina = 2,7 mg/dL (basal 0,7 mg/dL); potássio = 5,6 ,mEq/L; bicarbonato = 12 mEq/L; pH da urina = 7,15 e CPK = 35.553 ng/dL.

Com base no caso clínico acima apresentado, especifique o estágio em que esse paciente se encontra, segundo a classificação AKI (acute kidney injury network), indicando os critérios empregados para realizar essa classificação [**valor: 3,00 pontos**], e descreva, ainda, o tratamento nefrológico apropriado para esse paciente. [**valor: 1,50 ponto**]

RASCUNHO – QUESTÃO 1

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 2

Um paciente de vinte e cinco anos de idade, com hipertensão arterial sistêmica controlada, há três anos, pelo uso de atenolol na dose de 25 mg por dia, administrada de 12 em 12 horas, compareceu a consulta nefrológica, devido à presença de hematúria microscópica persistente. A ecografia renal não apresentou alterações, contudo a avaliação otorrinolaringológica indicou perda auditiva neurosensorial e a avaliação oftalmológica mostrou lenticone anterior. Segundo o paciente, seu pai e um de seus irmãos, o de quarenta e cinco anos de idade, apresentam insuficiência renal crônica não dialítica. Os exames desse paciente revelaram dismorfismo eritrocitário com 6% acantócitos, 0% codócitos, proteinúria 24 horas de 825 mg e creatinina igual a 1,2 mg/dL.

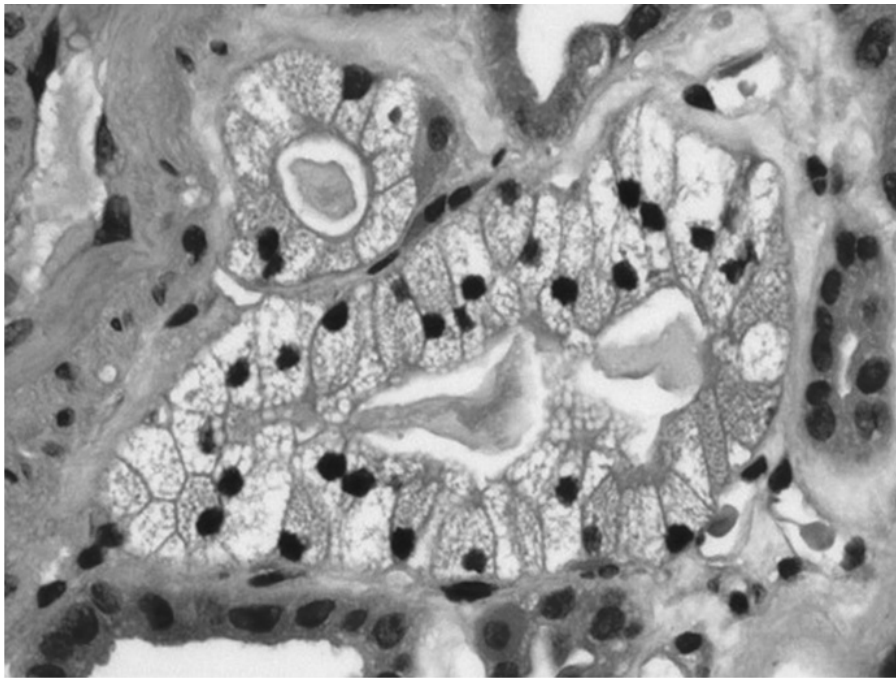
Considerando o caso clínico acima apresentado, identifique o provável diagnóstico [**valor: 2,00 pontos**], cite dois possíveis diagnósticos diferenciais [**valor: 1,50 ponto**] e indique, ainda, a classe de anti-hipertensivo adequada para o tratamento desse paciente. [**valor: 1,00 ponto**]

RASCUNHO – QUESTÃO 2

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 3

Um paciente de quarenta e dois anos de idade, com hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e doença renal crônica, em hemodiálise há dois anos, foi submetido a transplante renal com órgão de doador falecido há dez dias, que foi vítima de acidente automobilístico. Os resultados dos testes de histocompatibilidade mostraram um mismatch na comparação entre o HLA do doador. O tempo de isquemia fria foi de oito horas e a dosagem de creatinina na retirada do órgão foi igual a 1,2 mg/dL. O receptor evoluiu de maneira favorável no pós-operatório imediato e apresentou diurese em sala e queda progressiva da creatinina de 9,8 para 1,5 mg/dL no sétimo dia. A partir desse dia, o valor da creatinina aumentou novamente e atingiu 2,7 mg/dL. O paciente foi tratado com prednisona 60 mg/dia, micofenolato mofetil 2.000 mg/dia e tacrolimo 16 mg/dia. Não houve dosagem sérica do tacrolimo. A figura abaixo mostra o resultado da biópsia renal do receptor. Ecografia do rim transplantado sem coleções evidentes.



Com base nesse caso clínico, aponte três diagnósticos diferenciais que poderiam ser considerados antes da realização da biópsia [valor: 1,50 ponto], indique a denominação da alteração histológica encontrada no paciente e o provável diagnóstico, considerando o resultado da biópsia renal, [valor: 2,00 pontos] e informe, ainda, a conduta terapêutica adequada a ser adotada para esse paciente. [valor: 1,00 ponto]

RASCUNHO – QUESTÃO 3

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 4

Um paciente do sexo masculino de trinta e cinco anos de idade foi a consultório médico relatando dor lombar, quadro de hematúria macroscópica associado a edema de membros e urina espumosa. O paciente negou diminuição do volume urinário e relatou que, havia dois dias, estava com um quadro de tosse sem expectoração, coriza hialina e hiperemia conjuntival. Os exames realizados apresentaram os seguintes resultados: creatinina: 1,0 mg/dL, ureia: 40 mg/dL, proteinúria de 4,0 gramas em 24 horas. A biópsia renal apresentou proliferacão mesangeal na microscopia de luz, não sendo detectadas áreas de atrofia tubular ou fibrose intersticial, enquanto, na microscopia por imunofluorescência, observou-se depósito intenso de IgA em área mesangeal.

Com base no caso clínico apresentado, faça o que se pede a seguir.

- ▶ Indique o diagnóstico glomerular. [valor: 1,50 ponto]
- ▶ Cite duas classes de medicamentos que podem ser usadas no tratamento não específico. [valor: 1,50 ponto]
- ▶ Indique a classe de medicamento que deve ser utilizado no tratamento específico da glomerulopatia. [valor: 1,50 ponto]

RASCUNHO – QUESTÃO 4

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 5

Um paciente, portador de insuficiência renal crônica, submetido à hemodiálise três vezes por semana em sessões com duração de quatro horas, apresentou os seguintes resultados de exames laboratoriais de rotina: fósforo igual a 7,0 mg/dL, cálcio igual a 9,4 mg/dL, PTH igual a 450 pg/mL, fosfatase alcalina igual a 130 U/L, hemoglobina igual a 8,5 g/100mL, ferritina igual a 120 µg/L e índice de saturação de transferrina de 12%.

Com base no caso clínico apresentado, aborde, necessariamente, os seguintes aspectos:

- ▶ duas medidas não medicamentosas para melhorar os níveis de fósforo do paciente; [valor: 1,50 ponto]
- ▶ tratamento farmacoterapêutico e sua forma de administração para reverter o quadro de anemia apresentado pelo paciente em tela; [valor: 1,50 ponto]
- ▶ duas causas de anemia refratária ao tratamento clínico no paciente em hemodiálise. [valor: 1,50 ponto]

RASCUNHO – QUESTÃO 5

1	
2	
3	
4	
5	



cespeUnB

Centro de Seleção e de Promoção de Eventos