

Aplicação: 2015

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



PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CADERNO DE PROVA OBJETIVA



GDF

Secretaria de
Estado de Saúde



Universidade de Brasília

cespe

Cebraspe

Centro Brasileiro de Pesquisa em Avaliação
e Seleção e de Promoção de Eventos

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

0(XX) 61 3448-0100
www.cespe.unb.br
sac@cespe.unb.br

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais e os dados do programa em que você se inscreveu, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas. Confira, também, o seu nome e os dados do programa em que você se inscreveu em cada página numerada do seu caderno de prova. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais, ou ao programa em que você se inscreveu, 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 da sua prova e a sua eliminação do processo seletivo.
- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal 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 ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

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

Um paciente de sessenta e seis anos de idade, com 70 kg de peso corporal, previamente hígido, foi admitido com crises convulsivas no pronto-socorro. O exame físico do paciente revelou mucosas hipocoradas, hidratadas, pressão arterial (PA) de 135 mmHg × 82 mmHg e frequência cardíaca de 92 bpm. Os exames da admissão hospitalar mostraram sódio = 113 mEq/L; potássio = 4 mEq/L; glicose = 126 mg/dL; ureia = 24 mg/dL; creatinina = 0,9 mg/dL; TSH = 2,3 mU/L; osmolaridade sérica = 243 mOsm/L; sódio urinário = 44 mEq/L e nódulo pulmonar espiculado na radiografia de tórax. A tomografia de crânio não apresentou alterações.

Com relação ao caso clínico acima apresentado e aos múltiplos aspectos que ele suscita, julgue os itens que se seguem. Nesse sentido considere que a sigla SIADH, sempre que utilizada, representa secreção inapropriada de hormônio antidiurético.

- 1 Os antagonistas dos receptores V2 poderiam ser usados no tratamento do paciente com SIADH sem riscos de hipovolemia e(ou) hipernatremia.
- 2 Caso o paciente em questão apresentasse trauma crânio-encefálico (TCE), os marcadores de perfusão tecidual poderiam auxiliar no diagnóstico diferencial entre SIADH e síndrome cerebral perdedora de sal (SCPS).
- 3 Para esse paciente, deve-se indicar restrição hídrica, administração de diurético de alça e infusão de 727 mL de salina, 3% com meta de incremento de sódio sérico de 8 mEq/L em vinte e quatro horas para correção da hiponatremia.
- 4 No caso em apreço, os achados osmolaridade sérica de 243 mOsm/Kg e sódio urinário de 44 mEq/L corroboram para o diagnóstico de SIADH.
- 5 O hormônio antidiurético (ADH) age nas células intercaladas do ducto coletor aumentando a excreção de água por meio do aumento dos canais das aquaporina 3 (AQP3) e 4 (AQP4).

Um paciente com doença renal crônica classe V secundária à nefropatia hipertensiva, com diurese residual de 600 mL/24 horas, foi encaminhado para implante de cateter peritoneal e início de terapia renal substitutiva. Após seis semanas do início do tratamento em diálise peritoneal, ele retornou para a realização do teste de equilíbrio peritoneal (PET). O paciente se submeteu à infusão de 2 litros de dialisato (D) a 2,5% de glicose na cavidade peritoneal e, posteriormente, foram coletadas amostras desse dialisato nos tempos 0, 2 e 4 horas de permanência na cavidade, e uma amostra do plasma em 2 horas.

Com base no caso clínico acima apresentado, julgue os itens a seguir, relativos aos princípios de fisiologia peritoneal.

- 6 Se o paciente apresentar uma ultrafiltração inferior a 400 mL no período de vinte e quatro horas, estará caracterizada a falência de ultrafiltração relacionada com a membrana peritoneal.
- 7 O paciente em questão pode se beneficiar do uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) como forma de preservação da função renal residual.
- 8 Caso o resultado desse teste de equilíbrio peritoneal (PET) seja compatível com transportador de alta capacidade, o paciente se beneficiará de infusões de dialisato com demoras de longa duração.

Um paciente de cinquenta anos de idade, 60 kg de peso corporal, portador de hipertensão arterial sistêmica e linfoma Hodgkin, foi internado com quadro de neutropenia febril pós-quimioterapia. No pronto-socorro, foram realizadas antibioticoterapia, ressuscitação volêmica com soro fisiológico 0,9% e coletas para exames laboratoriais. Apesar das medidas iniciais, o paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, sendo transferido para unidade de terapia intensiva (UTI). Após quarenta e oito horas de internação na UTI, o paciente estava sedado, em ventilação mecânica assisto-controlada modo controlado à pressão (FiO₂ 60% e *peep* 10) e em hemodinâmica compensada à custa de 1,0 µg/kg/min de noradrenalina. Nesse período, o paciente teve débito urinário de 300 mL/24h e balanço hídrico positivo em 15 litros. Nos exames laboratoriais, apresentou hemoglobina = 8 g/dL, plaquetas = 32 mil/mm³, leucócitos 200/mm³, RNI = 2, TGO = 150, TGP = 400, Bb T = 3,0 mg/dL, creatinina = 2,4 mg/dL (dosagem prévia foi de 0,6 mg/dL), ureia = 60 mg/dL, potássio = 5 mEq/L, Na = 138 mEq/L, Cl = 117 mEq/L e albumina = 3,5 mg/dL. A gasometria mostrou pH = 7,18; pCO₂ = 28 ; HCO₃ = 13; BE = -10; pO₂ = 105 e lactato = 2,0 mmol/L. A ecografia renal não apresentou alterações.

Com relação ao caso clínico acima apresentado e aos múltiplos aspectos que ele suscita, julgue os itens subsequentes.

- 9 A dieta desse paciente deve ser hipoproteica para se evitar balanço nitrogenado positivo.
- 10 A acidose hiperclorêmica é comum após fase de ressuscitação volêmica na sepse e não apresenta significado clínico.
- 11 O paciente em questão apresenta uma acidose metabólica com ânion-gap aumentado e alcalose respiratória.
- 12 O paciente em questão apresenta insuficiência renal aguda com classificação AKIN 3, tendo indicação para o início de terapia renal substitutiva.
- 13 Caso se opte por anticoagulação regional com citrato durante a realização da terapia renal substitutiva, o referido paciente apresentará maior risco de intoxicação por citrato.

Em relação às doenças infectoparasitárias que estão relacionadas ao surgimento de doenças renais, julgue os próximos itens.

- 14 A glomerulopatia relacionada ao HIV (HIVAN) se apresenta com proteinúria nefrótica e padrão histológico de lesões mínimas na biópsia renal.
- 15 A insuficiência renal na leptospirose ocorre na fase tardia da doença.
- 16 A forma membranoproliferativa da glomerulonefrite relacionada à infecção pelo *Schistosoma mansoni* apresenta boa resposta ao tratamento com praziquantel e oxamniquine.
- 17 A glomerulonefrite membranosa relacionada à infecção pelo vírus da hepatite B se caracteriza pelo mau prognóstico e pela persistência da proteinúria.
- 18 A glomerulonefrite aguda pós-infecciosa se caracteriza na biópsia renal pela presença de proliferação endocapilar exsudativa com predomínio de células polimorfonucleares na microscopia de luz, pelos *humps* na microscopia eletrônica e pela reação com os soros anti-IgG e anti-C3 no exame de imunofluorescência.

No que diz respeito à hipertensão arterial resistente, julgue os itens a seguir.

- 19 A espironolactona não tem efeito anti-hipertensivo, exceto em casos confirmados de hiperaldosteronismo.
- 20 A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é o método que permite o registro indireto e intermitente da PA durante vinte e quatro horas enquanto o paciente realiza suas atividades habituais na vigília e durante o sono. Entre os parâmetros obtidos pela MAPA, como carga pressórica e descenso noturno da PA, as médias da PA são os mais consistentes para serem analisados, por apresentarem correlação com diagnóstico, lesão em órgão-alvo e prognóstico cardiovascular, tendo sido o único parâmetro relacionado à mortalidade.
- 21 A hipertensão arterial resistente é definida quando a pressão arterial permanece acima das metas recomendadas, apesar do uso de três fármacos anti-hipertensivos com ação sinérgica em doses máximas, sendo um deles um beta-bloqueador.
- 22 Em recente estudo randomizado e multicêntrico (SYMPPLICITY HTM-3) foi confirmado o papel relevante da denervação da artéria renal no controle da hipertensão arterial de difícil controle.

Uma das complicações clínicas associadas à doença renal crônica (DRC) é a anemia, a qual apresenta origem multifatorial. Acerca desse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 23 Hemograma, saturação de transferrina e ferritina sérica deverão ser solicitados para todos os pacientes com DRC, independentemente do estágio dessa doença.
- 24 Para os pacientes com DRC em tratamento, recomenda-se administrar eritropoetina humana recombinante, para se alcançar um nível de hemoglobina em torno de 14 g/dL.
- 25 Na DRC, história prévia de acidente vascular cerebral e neoplasia são indicações para tratamento intensivo da anemia.
- 26 Terapia adjuvante com andrógeno não é recomendação de rotina para pacientes com DRC.
- 27 Pacientes com DRC classes de 3 a 5 (não dialítica), que não estejam em tratamento para a redução da anemia, devem ser submetidos a avaliações semestrais dos níveis de hemoglobina e do perfil de ferro.

Julgue os seguintes itens, referentes à avaliação radiológica e laboratorial em pacientes com distúrbio mineral ósseo associado à DRC. Nesse sentido, considere que a sigla PTH, sempre que utilizada, se refere ao hormônio da tireoide paratohormônio.

- 28 A dosagem sérica de vitamina D não deve ser feita de maneira rotineira em pacientes com doença renal crônica classe 5.
- 29 Antes de qualquer decisão terapêutica para esses pacientes, é indispensável proceder à dosagem dos níveis de cálcio, fósforo e PTH.
- 30 O exame de ecografia de paratireoide é importante por prever a eficácia do tratamento clínico desses pacientes.
- 31 Níveis de fosfatase alcalina normais associados ao aumento de PTH nesses pacientes são indícios de doença óssea mista.
- 32 A radiografia simples de mãos e pelve é um método que apresenta baixa sensibilidade para detectar calcificação vascular.

De acordo com a diretriz da Sociedade Brasileira de Nefrologia, julgue os próximos itens, relativos aos fármacos utilizados para o tratamento de pacientes com distúrbio mineral ósseo associado à DRC.

- 33 O tratamento terapêutico com paricalcitol ou cinacalcete é contraindicado para pacientes com hiperfosfatemia.
- 34 O paricalcitol apresenta menor taxa de hiperfosfatemia e hipercalcemia, além de maior capacidade de redução do PTH, quando comparado ao calcitriol.
- 35 A dose inicial de paricalcitol deve ser estimada utilizando um cálculo com base no nível do PTH sérico.
- 36 Pacientes com valores de PTH acima de 300 pg/dL e níveis de cálcio e fósforo normais podem ser tratados com paricalcitol ou cinacalcete.

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

- 37 Em pacientes não hipercatabólicos com IRA, deve-se manter uma dieta com proteínas em torno de 0,8 g/kg/d a 1,0 g/kg/d.
- 38 Hipertensão, diabetes, anemia, idade maior que setenta e cinco anos e insuficiência cardíaca são fatores de risco para IRA induzida por contraste iodado.
- 39 O aumento de 0,3 mg/dL em quarenta e oito horas, nos níveis basais de creatinina, é um dos critérios de definição de IRA.
- 40 Para decidir o sítio de punção do acesso venoso para hemodiálise, recomenda-se avaliar, nesta ordem: a veia jugular direita, a jugular esquerda, a femoral e a subclávia.

Um paciente de cinquenta e cinco anos de idade compareceu a um hospital queixando-se de edema na face e nos membros inferiores, havia seis meses, com piora progressiva, e associado a urina espumosa com volume urinário preservado. Negou a presença de sangue na urina (hematúria), ser portador de hipertensão e diabetes e negou o uso de medicações nesse período. A avaliação laboratorial apresentou os seguintes resultados: proteinúria vinte e quatro horas = 3.000 mg; ureia = 30 mg/dL; creatinina = 0,7 mg/dL; hemoglobina = 10 g%; EAS = proteínas presentes e cilindros gravos; complemento C3 = 100 mg/dL; complemento C4 = 20 mg/dL; e FAN, anti-DNA = não reagentes. Os resultados da biópsia renal a que o paciente foi submetido foram os seguintes: Na microscopia óptica constatou-se membrana basal espessa com presença de espícula na impregnação pela prata e na imunofluorescência constatou-se depósitos granulares de IgG (2+/3+), distribuídos difusamente sobre as alças de capilares glomerulares.

Com referência ao caso clínico acima apresentado, julgue os itens subseqüentes.

- 41 O paciente em questão deve ser tratado inicialmente com prednisona e ciclofosfamida.
- 42 O quadro clínico em questão é um caso típico de glomerulopatia membranoproliferativa.
- 43 Hepatite B e neoplasias são algumas das possíveis causas da doença desse paciente.
- 44 Caso o referido paciente apresente dor em flanco, piora súbita da função renal e hematúria, ele deverá ser submetido a pulsoterapia de urgência, por se tratar da evolução para uma glomerulopatia rapidamente progressiva.

O número de transplante renal vem aumentando nos últimos anos no Distrito Federal, de acordo com dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Entretanto, esses números ainda são baixos se comparados à quantidade de pacientes que constam das listas de espera para um transplante de órgão. Um exemplo de medida efetiva que poderia ser adotada para aumentar o número de transplantes é melhorar o processo de identificação de potencial doador cadáver. De acordo com a legislação brasileira e resoluções do Conselho Federal de Medicina, julgue os itens a seguir, relativos a esse assunto.

- 45 Para o diagnóstico de morte encefálica em pacientes maiores de dois anos de idade, é necessária a realização de exame físico por dois médicos com intervalo de seis horas entre cada exame.
- 46 A presença de reflexo de Lázaro afasta o diagnóstico de morte encefálica.
- 47 A realização de qualquer procedimento de transplante de órgãos no território nacional é permitida em potencial receptor estrangeiro não residente no país.
- 48 O transplante ou enxerto pode ser realizado desde que haja consentimento expresso do paciente receptor inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

A respeito de doador limítrofe e doador cadáver para transplantes de órgãos, julgue os itens seguintes.

- 49 Nível de creatinina acima de 1,5 mg/dL antes da remoção do órgão não é contraindicação para transplantes de rim.
- 50 Nos casos de doadores limítrofes, o uso de máquina de perfusão contínua não reduz incidência de função retardada do enxerto.
- 51 Doador limítrofe é aquele que fornece órgãos para transplante que implicam maior risco para o receptor ou risco de perda das funções do enxerto em longo prazo.
- 52 Para transplante renal, a presença de diabetes ou de hipertensão impossibilita o paciente como doador cadáver.

Julgue os itens subsequentes, referentes às indicações e contraindicações do transplante renal.

- 53 Neoplasia renal diagnosticada no receptor não constitui uma contraindicação absoluta para o transplante renal.
- 54 O transplante renal pré-emptivo é contraindicado a pacientes diabéticos devido às complicações cardiovasculares mais incidentes que se desenvolvem nesses pacientes.

Com relação às complicações não cirúrgicas do transplante renal, julgue os itens subsequentes.

- 55 Episódios de rejeição aguda e baixa compatibilidade HLA são fatores de risco para o aparecimento da nefropatia crônica do transplante.
- 56 Tipicamente, a infecção citomegálica se manifesta após o sexto mês pós-transplante e é fator de risco para a doença linfoproliferativa associada ao vírus Epstein-Barr.

No que diz respeito ao distúrbio mineral e ósseo na DRC, julgue os itens que se seguem.

- 57 A osteopontina é uma proteína da matriz óssea com ação inibitória sobre a calcificação dos tecidos moles.
- 58 Recomenda-se que todos os pacientes com DRC sejam submetidos, a partir do estágio IV — depuração de creatinina de 15 mL/min a 29 mL/min —, à dosagem de fósforo sérico, com periodicidade mensal.
- 59 Os quelantes de fósforo à base de cálcio, como o acetato de cálcio, são contraindicados a pacientes com DRC em diálise que apresentem níveis de PTH persistentemente altos.
- 60 A concentração sérica elevada do fator de crescimento fibroblasto 23 (FG23) é considerada o principal fator desencadeante da calcificação arterial.

Com referência à glomerulopatia membranosa, julgue o próximo item.

- 61 Histologicamente, a glomerulonefrite membranosa se caracteriza por apresentar ausência de hipercluridade significativa e, na microscopia eletrônica, por exibir imunodépósitos subepiteliais/intramembranosos de imunoglobulina M e complemento.

No tocante à regulação da homeostase do potássio, julgue os itens subsequentes.

- 62 Na célula principal do ducto coletor, as condições que aumentam a concentração intracelular do potássio ou que aumentam a eletronegatividade da luz tubular estimulam a secreção do potássio.
- 63 Em determinadas condições de hipercalemia, a aldosterona liberada atua promovendo aumento na secreção do potássio pelo rim, sem estimular a retenção concomitante de sódio.
- 64 No balanço interno de potássio — redistribuição —, a insulina estimula a captação celular da glicose e do potássio por meio da proteína transportadora GLUT4.

Julgue os itens subsequentes, acerca das recomendações atuais para o tratamento da anemia nos pacientes com doença renal crônica.

- 65 A via intravenosa para a administração da eritropoietina é a mais eficiente e preferencial, mas está associada ao desenvolvimento de aplasia medular.
- 66 Pacientes com doença renal crônica em estágios 3, 4 ou 5, não dialíticos, devem receber suplementação de ferro para manter os níveis de ferritina sérica maior que 100 mg/mL e a saturação de transferrina maior que 20%.
- 67 A utilização de agentes estimuladores da eritropoiese deve ser interrompida sempre que a concentração de hemoglobina for superior a 13 g/dL.

No que concerne às definições e à classificação das síndromes relacionadas à interação entre o coração e o rim, julgue o item abaixo.

68 O agravamento da função renal, como complicação da insuficiência cardíaca aguda e(ou) da síndrome coronariana aguda é definida e classificada como síndrome cardiorenal tipo 1.

No que se refere às síndromes de Bartter e de Gitelman, julgue os itens que se seguem.

69 A síndrome de Bartter pode se manifestar na infância, durante o crescimento da criança, por meio de problemas como retardo mental, hipocalemia e alcalose metabólica.

70 O responsável pelas manifestações clínicas das síndromes de Bartter e de Gitelman é um defeito primário em um dos transportadores envolvidos na reabsorção de cloreto de sódio no túbulo distal e na alça de Henle, respectivamente.

71 Os defeitos tubulares no transporte de cloreto de sódio, em pacientes com síndrome de Bartter, são quase idênticos àqueles observados em pacientes que fazem ingestão crônica de um diurético de alça, ao passo que os defeitos no transporte de cloreto de sódio, em pacientes com síndrome de Gitelman, se assemelham àqueles observados em pacientes que fazem ingestão crônica de um diurético tiazídico.

72 Pacientes com síndrome de Bartter são hipertensos e apresentam aumento da liberação renal de prostaglandinas vasodilatadoras, como a prostaglandina E2 (PGE2).

73 O hiperaldosteronismo associado a síndromes de Bartter e de Gitelman é um tipo de hiperaldosteronismo secundário, resultante do aumento de renina induzido pela contração de volume.

Retenção de fosfato e hiperparatireoidismo secundário estão na base das alterações bioquímicas que caracterizam o distúrbio mineral ósseo da doença renal crônica (DMO-DRC). O hiperparatireoidismo secundário começa precocemente no curso da DRC e o seu surgimento está relacionado à resposta a uma série de anomalias que iniciam e mantêm o aumento da secreção do PTH. Com relação a esse assunto, julgue os itens de **74** a **78**.

74 A função primária do fator de crescimento do fibroblasto (FGF-23) é manter a concentração normal de fosfato no soro, já que reduz a reabsorção renal e a absorção intestinal de fosfato.

75 A hiperfosfatemia tem um papel secundário na patogênese do hiperparatireoidismo secundário da DRC, e a hipocalcemia tem o papel principal no mecanismo da doença.

76 Baixas concentrações de calcitriol aumentam a secreção do PTH por meio de mecanismos diretos e indiretos. Os efeitos indiretos sobre o PTH ocorrem devido à diminuição da absorção intestinal de cálcio, o que resulta em hipocalcemia, que, por sua vez, estimula a secreção de PTH.

77 No início da DRC, há aumento da expressão de receptores de vitamina D, receptores de cálcio e receptores dos fatores de crescimento de fibroblastos.

78 Na regulação da função da glândula paratireoide, a administração de um agente calcimimético aumenta a sensibilidade do receptor de cálcio extracelular e ajuda a diminuir a secreção de PTH produzida pela glândula paratireoide.

Com relação à doença renal diabética, julgue os itens seguintes.

79 A glomerulosclerose nodular é uma manifestação histopatológica que ocorre somente em casos de nefropatia diabética.

80 Na nefropatia diabética, a glomerulosclerose pode resultar tanto de hipertensão intraglomerular induzida pela vasodilatação renal quanto de lesão isquêmica induzida pelo estreitamento hialino dos vasos sanguíneos que alimentam os glomérulos.

81 Entre as principais medidas que retardam a progressão da nefropatia diabética incluem-se o controle da glicemia, a restrição proteica na dieta e a terapia anti-hipertensiva.

82 As principais classes de drogas renoprotetoras conhecidas são: beta-bloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio diidropiridínicos.

Julgue os itens a seguir, referentes à doença glomerular.

83 Na nefropatia da membrana basal fina (hematúria familiar benigna), as infecções de vias aéreas respiratórias superiores não alteram a intensidade da hematúria.

84 Teste positivo de anticorpos para receptor de fosfolipase A2 (anti-PLA2R) no momento da realização da biópsia renal é patognomônico de glomerulonefrite membranosa primária.

85 A vasculite ANCA-positiva é a causa mais comum do complexo glomerulonefrite associada à hemorragia pulmonar, seguida de doença anticorpo anti-membrana basal glomerular.

Com relação às alterações renais que podem estar presentes em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), julgue os itens subsequentes.

86 Em praticamente todos os pacientes com nefrite lúpica classe IV, forma mais comum e mais grave de nefrite lúpica, é identificada a presença de hematúria e proteinúria, acompanhadas de síndrome nefrótica, hipertensão arterial e redução na taxa de filtração glomerular.

87 Depósitos glomerulares que predominam IgG, mas contêm IgA, IgM, C3 e C1q, ou seja, um padrão de imunofluorescência *full house*, é exclusivo para nefrite lúpica classe IIIb e IV.

88 Dosagens de anti-DNA elevados e níveis baixos do complemento (C3 e C4) geralmente indicam lúpus ativo, particularmente nefrite lúpica.

No que se refere às modalidades de terapia renal substitutiva, tais como a hemodiálise e a diálise peritoneal, julgue os itens subsecutivos.

- 89 Como o Kt/Vurea, por definição, se correlaciona inversamente com o volume, um baixo Kt/Vurea pode representar excesso de fluido corporal total bem como depuração de soluto inadequada.
- 90 A doença cardiovascular e a infecção são as duas principais causas de morte dos pacientes submetidos à hemodiálise e à diálise peritoneal.
- 91 Em pacientes submetidos à diálise, a qualidade de vida nos cinco anos de sobrevida é melhor para pacientes portadores de nefropatia diabética se comparados à sobrevida de indivíduos portadores de doenças glomerulares, doença renal policística (DRP) intermediária ou doença renal induzida por hipertensão.
- 92 Em pacientes submetidos à diálise, o fator desnutrição não contribui, no início do tratamento, para o aumento da mortalidade desses pacientes.
- 93 A variabilidade dos níveis de hemoglobina não interfere na taxa de mortalidade de pacientes portadores de doença renal crônica em terapia dialítica.
- 94 Os pacientes submetidos às sessões de hemodiálise por quatro horas ou mais, três vezes por semana, apresentam maior risco de mortalidade quando comparados aos pacientes dialisados por um tempo menor do que três horas e meia, três vezes por semana.

Julgue os itens a seguir, relativos à fisiologia do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

- 95 A bomba co-transportadora $\text{Na}^+ \text{K}^+ 2\text{Cl}^-$ na mácula densa pode explicar a capacidade dos diuréticos de alça em melhorar especificamente a liberação de renina. Embora qualquer diurético possa aumentar a liberação de renina, induzindo depleção de volume, os diuréticos de alça inibem diretamente o transportador de $\text{Na}^+ \text{K}^+ 2\text{Cl}^-$. Como resultado desse processo, menos Cl^- é reabsorvido, o que estimula a secreção de renina.
- 96 Embora a produção de renina seja importante para a função renal, não há relação entre a ativação do sistema renina nos rins e a liberação de prostaglandinas e de óxido nítrico.
- 97 A angiotensina II tem dois grandes efeitos sistêmicos: vasoconstrição sistêmica e retenção de sódio e água. Ambas as ações tendem a reverter a hipovolemia ou a hipotensão, responsáveis pela estimulação da secreção de renina.
- 98 A angiotensina II promove reabsorção renal de NaCl e H_2O e, por conseguinte, a expansão do volume plasmático. Esse processo ocorre, no mínimo, por meio de dois mecanismos: pela estimulação direta da reabsorção de Na^+ no túbulo proximal e pelo aumento da secreção de aldosterona a partir do córtex da supra-renal, o que aumenta o transporte de Na^+ no túbulo proximal cortical.

No transplante renal, a medicação imunossupressora de manutenção visa prevenir a rejeição aguda e a deterioração da função do enxerto. O tratamento é iniciado antes ou no momento do transplante, e pode ou não ser ministrado com a terapia de indução. Os agentes são utilizados em combinação suficiente para alcançar a imunossupressão, o que minimiza a toxicidade associada a esses agentes. O tacrolimo é um dos fármacos mais utilizados nos regimes imunossupressores, sendo indicado nos transplantes de rim adulto e pediátrico, bem como no transplante de outros órgãos. Acerca dos inibidores de calcineurina, julgue os itens que se seguem.

- 99 Em relação à exposição neonatal ao tacrolimo, sabe-se que sua excreção no leite é pequena. O aleitamento materno por mulheres em uso desse inibidor é viável e deve ser encorajado, pois, conforme estudos em que se acompanhou o desenvolvimento de crianças que receberam leite materno dessas mulheres, não foram detectados problemas.
- 100 Medicamentos que inibem ou induzem a atividade do citocromo P 450 interferem na farmacocinética dos inibidores da calcineurina, o que pode alterar a concentração sanguínea desses inibidores. O fluconazol eleva a concentração sanguínea, ao passo que a rifampicina a reduz.
- 101 Comparado com a ciclosporina, o tacrolimo reduz o risco de rejeição aguda, melhora a sobrevida do enxerto durante o primeiro ano de transplante, e, quando usado em alta dosagem, diminui o risco de desenvolvimento de diabetes após o transplante.
- 102 Apesar de os mecanismos de ação do tacrolimo e da ciclosporina — inibidores de calcineurina — serem semelhantes, eles apresentam diferenças na toxicidade não renal. Diabetes pós-transplante, cefaleia, diarreia, hiperplasia gengival e hirsutismo são efeitos colaterais mais comumente observados com o uso de tacrolimo; já a ciclosporina está especialmente associada com hiperlipidemia, hipertensão arterial, neurotoxicidade e hipomagnesemia.
- 103 Embora haja relatos de hipercalemia neonatal transitória, ainda que sem um padrão específico de malformações fetais, a incidência de casos em pacientes que utilizam ciclosporina ou tacrolimo é de aproximadamente 5%, muito semelhante ao da população geral, o que permite o uso desses inibidores durante a gestação.

Proteinúria e albuminúria são marcadores de doença renal que podem ser quantificados por meio da coleta de urina de vinte e quatro horas ou pela relação proteína/creatinina e albumina/creatinina em amostra de urina. Com relação a proteinúria pós-transplante, julgue os itens subsequentes.

- 104** Para que haja sua redução, a proteinúria deve ser tratada de modo agressivo, sendo importante a combinação de diferentes abordagens. Portanto, além da prescrição dos bloqueadores do receptor da angiotensina (BRA) ou dos IECA, também devem ser adotadas medidas para controle e redução de peso (quando indicado), suspensão do tabagismo, controle do perfil lipídico e controle da pressão arterial.
- 105** Entre as causas da presença de proteinúria no período pós-transplante, incluem-se a proteinúria residual dos rins nativos, a nefropatia crônica do enxerto e a doença glomerular recorrente ou glomerulopatia *de novo*.
- 106** A recorrência da doença glomerular primária, que tem como sua principal manifestação a proteinúria, é uma importante causa de morbidade e perda do enxerto tanto em adultos quanto em crianças. Entre as glomerulopatias, a glomerulopatia mesangiocapilar (ou membranoproliferativa – GNMP) é de grande interesse atualmente devido à possibilidade de diferenciação entre os subtipos da doença que apresentam diferentes taxas de recorrência e impacto na sobrevida do enxerto. Pacientes com GNMP tipo II têm 80% de taxa de recorrência, com 30% de perda do enxerto renal.
- 107** O uso de inibidores de mTOR (*mammalian target for rapamycin*) tem sido associado à proteinúria pós-transplante em vários estudos. Portanto, recomenda-se evitar a utilização desses inibidores independentemente da taxa de excreção urinária de proteína do receptor.
- 108** O *guideline* KDIGO sugere a monitorização da proteinúria como rotina no acompanhamento pós-transplante renal, bem como recomenda a realização da biópsia do aloenxerto renal para os casos de proteinúria não explicada acima de 3 gramas em vinte e quatro horas.

Com relação à glomerulopatia colapsante (GC), julgue os itens subsequentes.

- 109** O colapso glomerular, associado a hipertrofia podocitária ou hiperplasia na microscopia óptica, contribui para a confirmação do diagnóstico da GC. Por isso, devido ao prognóstico desfavorável, conforme classificação de Columbia, ao menos 50% dos glomérulos deve estar em colapso para o diagnóstico da GC, o que substitui qualquer outra forma de glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF).
- 110** Entre as causas conhecidas da GC, a infecção pelo HIV é a mais frequente. No entanto, outras infecções que não o HIV têm sido associadas à GC, tais como parvovírus B19, citomegalovírus, vírus *hepatitis* C, HTLV-1, leishmaniose visceral e *Mycobacterium tuberculosis*.
- 111** No glomérulo normal, os podócitos apresentam fenótipo característico com expressão WT-1, além de outras proteínas como podocina, sinaptopodina, podocalicina, nefrina e proteína 1 do epitélio glomerular. Na GC ocorre a perda desses marcadores de diferenciação e o glomérulo pode assumir um estado proliferativo de desdiferenciação.

A respeito da associação entre disfunção renal e sangramento, julgue os próximos itens.

- 112** A correção da disfunção plaquetária é necessária em pacientes com sangramento ativo ou que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos. Sabe-se que tanto a diálise peritoneal quanto a hemodiálise melhoram a disfunção plaquetária.
- 113** O sangramento urêmico normalmente se apresenta juntamente com equimoses, púrpura, epistaxe e sangramento em sítios de punção devido à disfunção plaquetária. Essa disfunção é resultado de mudanças complexas que incluem disfunção do fator de von Willebrand, diminuição da produção de tromboxane, aumento dos níveis de AMP cíclico e GMP cíclico, toxinas urêmicas, anemia e grânulos plaquetários alterados, todos necessários para a adequada agregação plaquetária.

Acerca da abordagem dos pacientes com DRC em tratamento conservador, julgue os itens seguintes.

- 114** Entre as desordens que podem decorrer em consequência da perda de função renal, incluem-se as do balanço hidroeletrólítico, tais como sobrecarga de volume, hipocalemia, alcalose metabólica e hipofosfatemia; bem como as anormalidades relacionadas à disfunção sistêmica, tais como anorexia, náuseas, vômitos, fadiga, hipertensão, anemia, malnutrição, hiperlipidemia e doença óssea.
- 115** Pacientes com DRC devem ser encaminhados ao nefrologista quando a taxa de filtração glomerular for menor que 30 mL/min por 1,73 m² a fim de que se discuta e, potencialmente, se planeje a terapia renal substitutiva.
- 116** Pacientes com DRC em tratamento conservador que se apresentam com piora abrupta da função renal podem sofrer de vários processos reversíveis, que, se identificados e tratados corretamente, podem resultar em recuperação da função renal. Entre eles a hipovolemia que causa uma diminuição da perfusão renal; hipotensão devido a disfunção miocárdica; uso de drogas que reduzem a taxa de filtração glomerular, tais como anti-inflamatório não-esteroidais (AINE) e IECA.

A respeito da diálise peritoneal, julgue os itens que se seguem.

- 117** A elevada concentração de glicose na solução de diálise é a força motriz geradora da ultrafiltração na diálise peritoneal, a qual é mínima logo após a infusão da solução de diálise na cavidade peritoneal. À medida que a glicose é absorvida, o ritmo de filtração aumenta.
- 118** A falência de ultrafiltração, definida como a sobrecarga hídrica associada a volume de ultrafiltração menor que 400 mL no teste de equilíbrio peritoneal (PET) modificado pelo uso de solução de 4,25%, pode ser diagnosticada mesmo sem o descarte da disfunção mecânica do cateter.
- 119** A ultrafiltração ocorre principalmente por osmose, como consequência do gradiente osmótico formado entre o compartimento sanguíneo e o intraperitoneal sendo que este contém a solução de diálise hiperosmolar que foi infundida através do cateter de Tenckhoff.
- 120** Uma das causas de edema em diálise peritoneal é a perda súbita da função renal residual por meio do emprego de agentes nefrotóxicos, de modo que o paciente mantém seu nível de ingestão de líquidos, porém com menor diurese.



 **cespe**

 **Cebraspe**

Centro Brasileiro de Pesquisa em
Avaliação e Seleção e de Promoção de Eventos