

**Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
Fundação Universidade de Brasília**

**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA INGRESSO  
NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2016/2**

**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 em 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** Durante a realização da prova, 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.

**Aplicação: 2016**

**Caderno de  
Prova Objetiva**

Secretaria de  
Estado de Saúde  
GOVERNO DE  
BRASÍLIA



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@cebraspe.org.br

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, 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.
- Em sua prova, caso haja item(ns) constituído(s) pela estrutura **Situação Hipotética: ... seguida de Assertiva: ...**, os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados como premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para anotações, rascunhos etc.

## PROVA OBJETIVA

Entre as glomerulonefrites primárias, a forma mais comum em alguns países desenvolvidos é a nefropatia por IgA. Acerca dessa doença, julgue os itens a seguir.

- 1 A causa mais comum de glomerulopatia secundária por deposição mesangial de IgA é a cirrose alcoólica.
- 2 A nefropatia por IgA ocorre em todas as idades, com um pico de incidência na quinta década de vida.
- 3 Entre os subtipos de IgA, a que é depositada, predominantemente, no mesângio glomerular é a IgA1 polimérica.

A demora no aparecimento da função do enxerto dentro da primeira semana após o transplante renal tem maior incidência nos transplantes com doadores falecidos com critérios expandidos. A respeito desse assunto, julgue o próximo item.

- 4 Trombose da artéria ou da veia renal são as causas mais comuns de função tardia do enxerto nos pacientes que tenham recebido esse tipo de enxerto.

O distúrbio mineral e ósseo da doença renal crônica (osteodistrofia renal), conforme diagnosticado por biópsia óssea, inclui a osteíte fibrosa cística, a doença óssea adinâmica, a osteomalácia e a lesão mista. Com relação a esse assunto, julgue os itens seguintes.

- 5 Pacientes com doença óssea adinâmica apresentam risco aumentado de fraturas e hipocalcemia.
- 6 A doença óssea adinâmica é a forma predominante de osteodistrofia renal em pacientes submetidos à diálise peritoneal e à hemodiálise, particularmente os pacientes diabéticos.
- 7 Reduzida concentração de cálcio no dialisato e uso de análogos da vitamina D são considerados fatores de risco para o aparecimento da doença óssea adinâmica.
- 8 Na osteíte fibrosa cística, existe perda da atividade celular dos osteoblastos.

No que se refere às acidoses tubulares, julgue os itens que se seguem.

- 9 A intoxicação por vitamina D e o uso de anfotericina B são causas descritas de acidose tubular renal tipo 2 ou proximal.
- 10 O diurético tiazídico pode ser útil no tratamento da acidose tubular proximal.
- 11 Em adultos, a acidose tubular renal distal pode ser a manifestação da síndrome de Sjögren.

No que diz respeito à infecção do trato urinário (ITU), julgue os itens subsequentes.

- 12 Mulheres com disúria associada à polaciúria, sem leucorreia e com irritação vaginal apresentam alta probabilidade de estar com ITU, podendo ser tratadas empiricamente.
- 13 Existem evidências de que a vitamina C (ácido ascórbico) na dose de 4 g ao dia acidifica a urina, podendo ser utilizada no tratamento da cistite não complicada na mulher.
- 14 A terapia antimicrobiana para o tratamento da ITU não complicada por período de três dias apresenta taxa de cura similar ao tratamento prolongado (cinco ou mais dias).
- 15 ITU não complicada é definida como aquela que ocorre nos indivíduos com trato urinário normal, mesmo na presença de comorbidades como diabetes melito.

No transplante renal, pacientes em uso dos inibidores da calcineurina (ciclosporina e tacrolimus) podem desenvolver efeitos nefrotóxicos das drogas. A respeito desse assunto, julgue os itens subsequentes.

- 16 A ciclosporina pode levar a uma diminuição da excreção do ácido úrico, o que provoca hiperuricemia e, ocasionalmente, gota sintomática.
- 17 Aumento na excreção renal do magnésio, resultando em hipomagnesemia, é comum nos pacientes transplantados e tratados com inibidores da calcineurina e contribui para a nefrotoxicidade.

Com relação às doenças tubulointersticiais primárias do rim, julgue os próximos itens.

- 18 A síndrome de Fanconi é um dos defeitos que podem surgir nas doenças tubulointersticiais primárias do rim.
- 19 A hipopotassemia costuma manifestar-se precocemente nas doenças tubulointersticiais primárias do rim.
- 20 Uma das consequências funcionais das doenças tubulointersticiais primárias do rim é a presença de alcalose hipoclorêmica devido à produção reduzida de amônia.
- 21 Em pacientes com doença tubulointersticial primária do rim é comum a presença de proteinúria tubular ou de baixo peso molecular.

Acerca de cálculos renais, julgue os itens seguintes.

- 22 A presença de cristais de estruvita na urina é indicativa de infecção urinária por organismos produtores de uréase.
- 23 Os bloqueadores  $\beta$ 2-adrenérgicos orais relaxam a musculatura ureteral e são úteis no tratamento de cálculos ureterais pequenos, menores que 1 cm de diâmetro.
- 24 Deve-se prescrever uma dieta com baixo consumo de cálcio e diuréticos tiazídicos aos pacientes propensos à formação de cálculo com hipercaleiúria.

No que tange a complicações durante o procedimento de hemodiálise em pacientes com doença renal crônica, julgue os itens que se seguem.

- 25 Cefaleia na diálise, durante a sessão de hemodiálise, sem hipotensão ou sintomas sugestivos de desequilíbrio da diálise, pode ter como causa o consumo prévio de cafeína.
- 26 Para tratar a hipotensão intradialítica, deve-se aumentar a concentração do cálcio no dialisato acima de 5 mEq/L.
- 27 A redução da temperatura do dialisato aumenta a resistência vascular periférica e melhora o estado hemodinâmico.

Acerca dos fatores modificadores que influenciam a progressão da doença renal, julgue o item subsequente.

- 28 A aldosterona atua como mediador fibrogênico e acelera a perda progressiva de nefros.

Uma atualização da diretriz para o tratamento da anemia no paciente com doença renal crônica foi elaborada recentemente pela Sociedade Brasileira de Nefrologia e publicada em 2014. No que concerne às recomendações atuais dessa diretriz, julgue os itens subsecutivos.

- 29 Uma resposta inicial inadequada ao tratamento com agentes estimuladores da eritropoiese ocorre quando não há aumento da concentração da hemoglobina em pelo menos 3g/dL após o primeiro mês de tratamento do paciente.
- 30 A administração de ferro intravenoso a pacientes com doença renal crônica deverá ser evitada se houver infecção sistêmica ativa.

Acerca de avaliação, manejo e tratamento do paciente com doença renal crônica (DRC), julgue os itens a seguir.

- 31 Os diuréticos tiazídicos conservam seu efeito anti-hipertensivo em taxas de filtração glomerular (TFG) na faixa entre 30-50 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, o que os torna uma opção terapêutica para pacientes com DRC classe I, II, III.
- 32 A suplementação de bicarbonato de sódio oral deve ser indicada no tratamento da acidose metabólica relacionada à DRC somente quando a concentração sérica de bicarbonato de sódio for inferior a 15 mmol/L.

Julgue os itens seguintes, relativos às complicações infecciosas relacionadas à diálise peritoneal (DP).

- 33 O tratamento de infecção no local de saída, em que há eritema isolado, pode ser apenas tópico.
- 34 A peritonite recorrente é definida como aquela causada pelo mesmo microrganismo das quatro semanas seguintes à interrupção da terapia antimicrobiana por uma peritonite prévia.
- 35 O achado de líquido peritoneal turvo, com celularidade elevada (> 100/ $\mu$ L) e predomínio de neutrófilos (> 50%), representa um dos critérios diagnósticos da peritonite relacionada à DP.
- 36 Caso um paciente apresente líquido peritoneal (LP) turvo, deve-se aguardar o resultado da celularidade e da contagem diferencial das células do LP para que se inicie a antibioticoterapia específica.
- 37 A heparina adicionada à solução de diálise peritoneal reduz o risco de obstrução do cateter peritoneal durante o tratamento da peritonite relacionada à DP.

Julgue os próximos itens, com relação à abordagem clínica dos pacientes portadores de nefropatia diabética e da introdução desta nas diversas modalidades dialíticas.

- 38 A hemodiálise confere maior sobrevida aos pacientes com doença renal crônica terminal (IRCT) secundária ao diabetes melito, se comparada à técnica de diálise peritoneal.
- 39 A esclerose nodular é um achado patognomônico caracterizado por ser exclusivo da nefropatia diabética.
- 40 As biguanidas devem ser suspensas nos pacientes com taxa de filtração glomerular menor que 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- 41 A insulina pode ser administrada por via intraperitoneal nos pacientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua, sem aumentar os riscos de peritonite.
- 42 O metilbardoaxolone é um antioxidante que promove benefícios na recuperação da taxa de filtração glomerular em pacientes com nefropatia diabética. Atualmente, estudos clínicos fase III são aguardados para que se inclua esse medicamento na prática clínica.

Com relação à infecção pelo citomegalovírus (CMV), julgue os itens subsequentes.

- 43 O uso prolongado do ganciclovir apresenta como efeito colateral a leucopenia.
- 44 Uso do everolimo no esquema de imunossupressão para transplante renal se associou à menor incidência de infecção pelo CMV.
- 45 A infecção pelo CMV é definida pela presença de febre, astenia, plaquetopenia, leucopenia e doença órgão-invasiva.
- 46 O tratamento preemptivo do CMV consiste no acompanhamento laboratorial em intervalos regulares para detecção precoce e assintomática da replicação viral, devendo o tratamento com antiviral ser iniciado antes que o paciente apresente manifestação clínica da doença.
- 47 A infecção pelo CMV no paciente pós-transplantado aumenta os riscos de rejeição aguda e crônica, aterosclerose e doença linfoproliferativa.

Julgue os itens que se seguem, a respeito da litíase urinária.

- 48 Doenças intestinais, como doença de Crohn e doença celíaca, podem aumentar a absorção intestinal de oxalato, o que predispõe a formação de cálculos.
- 49 O rim em esponja medular (espongiose medular do rim) é uma causa de nefrocalcinose medular.
- 50 A hipocitratúria é um fator de risco para a formação de cálculos renais, constituídos principalmente por fosfato de cálcio.
- 51 Os cálculos coraliformes são formados pela precipitação de estruvita e de carbonato de apatita em regiões ricas em bactérias produtoras de urease (*klebsiella*, *staphylococcus epidermidis*).
- 52 Indivíduos com pH urinário elevado apresentam maior predisposição à formação de cálculos de ácido úrico devido ao aumento da precipitação desse ácido na urina.

Tendo em vista que a glomerulonefrite membranosa (GNM) é um dos achados patológicos mais associados a síndromes nefróticas, julgue os itens subsecutivos.

- 53 Os pacientes com GNM com proteinúria inferior a quatro gramas apresentam maior probabilidade de resolução espontânea da glomerulonefrite.
- 54 Entre os fatores de risco para a progressão, em longo prazo, da GNM idiopática para a doença renal crônica terminal, incluem-se o gênero masculino, a presença de proteinúria maciça persistente e o nível elevado de creatinina sérica no momento do diagnóstico.
- 55 A GNM caracteriza-se por depósitos subendoteliais com aspecto de espículas na membrana basal do capilar glomerular na microscopia de luz.
- 56 Estudos recentes mostram que a presença de autoanticorpos contra o receptor da fosfolipase A2 se correlaciona com a GNM secundária.

A respeito da insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e da síndrome cardiorenal, julgue os itens a seguir.

- 57 As terapias de ultrafiltração auxiliam no tratamento das síndromes cardiorenais refratárias às terapias diuréticas e vasopressoras.
- 58 O aumento da pressão venosa nas veias renais, secundário ao aumento da pressão venosa sistêmica na ICC, contribui para a redução do fluxo sanguíneo renal, com consequente disfunção renal.
- 59 A síndrome cardiorenal é dividida em três tipos: tipo 1, síndrome cardiorenal aguda; tipo 2, síndrome cardiorenal crônica; e tipo 3, síndrome cardiorenal secundária.
- 60 Os pacientes com ICC de padrão frio e úmido, associada à disfunção renal aguda, se beneficiam da infusão contínua de drogas inotrópicas positivas.

Uma paciente de quarenta anos de idade chegou ao consultório médico apresentando edema de membros inferiores iniciado há oito meses, com piora progressiva, associado a edema de face. A paciente relatou que sua urina tem apresentado aspecto espumoso, porém sem presença de sangue ou alteração no volume urinário. No exame físico, a pressão arterial da paciente estava em 130 mmHg × 80 mmHg. Exames complementares dessa paciente mostraram os seguintes resultados: ureia = 70 mg/dL; proteinúria de 24 h e 5.000 mg; EAS = proteínas ++++; creatinina = 1,8 mg/dL; albumina sérica = 2,8 mg/dL; complementos C3 e C4 normais; sorologias para hepatite B, C e HIV não reagentes; FAN e anti-DNA não reagentes.

Acerca do caso clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 61 Caso seja confirmado o diagnóstico de glomerulopatia membranosa, a indicação de tratamento com imunossupressor seria desnecessária para essa paciente.
- 62 O quadro descrito é suficiente para recomendar o tratamento imediato dessa paciente com prednisona 1 mg/kg de peso.
- 63 A patologia da paciente pode ser secundária à glomeruloesclerose segmentar e focal ou à glomerulopatia membranosa.
- 64 Caso a biópsia renal dessa paciente indique hiperplasia celular endocapilar com oclusão da luz capilar, pode-se confirmar o diagnóstico de glomerulopatia membranosa.

Um paciente de sessenta e cinco anos, portador de diabetes melito tipo 2 e há vinte anos associada à retinopatia diabética procurou o serviço médico por apresentar náuseas, vômitos e hiporexia. No exame físico, o paciente mostrou-se sonolento, com hálito urêmico e com edema nos membros inferiores. Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados: ureia = 220 mg/dL; fósforo = 6,0 mg/dL; IST = 12%; creatinina = 8 mg/dL; PTH = 600 pg/mL; ferritina = 50 ng/mL; cálcio = 8,5 mg/dL; hemoglobina = 8,0 g/dL; vitamina D = 10 ng/mL e potássio = 6,4 mEq/L. A ecografia renal do paciente mostrou rins de tamanhos normais, com perda da relação córtico-medular, e taxa de filtração glomerular estimada pelo CKD-EPI = 6 mL/min.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 65 O paciente do caso em tela apresenta hiperparatireoidismo secundário, e, nesse momento, é indicado o uso de paricalcitol.
- 66 Recomenda-se diálise de urgência para esse paciente.
- 67 O resultado da ecografia do paciente, o qual demonstra tamanho renal normal, afasta o diagnóstico de doença renal crônica.
- 68 No caso de se optar pela realização de hemodiálise no paciente, a primeira sessão deverá ser feita por um período prolongado para evitar descompensação clínica.
- 69 Caso esse paciente apresente sorologia positiva para HIV, será vedado o reuso do dialisador e das linhas arteriais.
- 70 Após iniciar terapia dialítica, a prescrição diária de proteína deverá situar-se em torno de 1,2 mg/kg a 1,4 mg/kg de peso.
- 71 A prescrição de eritropoietina humana para o tratamento da anemia do paciente só deverá ser iniciada após tratamento da deficiência de ferro.
- 72 A provável explicação para o distúrbio do perfil do ferro apresentado pelo paciente é o aumento da produção hepática da hepcidina.
- 73 O tratamento da hipovitaminose D, desse paciente, só poderá ser iniciado após os níveis de fósforo serem normalizados.

Uma paciente de trinta e quatro anos de idade, portadora de doença renal crônica secundária a diabetes melito tipo 1 e integrante de programa de diálise peritoneal automatizada, havia quatro anos, chegou à unidade de diálise com relato de febre havia dois dias, associada a dor abdominal importante e efluente peritoneal turvo. A enfermeira responsável pelo programa de diálise peritoneal realizou a coleta do efluente para análise laboratorial, que revelou os seguintes achados: contagem de células = 300/μL e neutrófilos = 70%.

Com relação a esse caso clínico e aos assuntos suscitados por ele, julgue os itens subsequentes.

- 74** Caso o paciente em questão, após tratamento inicial adequado, permaneça com a coloração turva do efluente, essa peritonite será considerada refratária.
- 75** A análise laboratorial afasta o diagnóstico de peritonite.
- 76** A terapia antimicrobiana deve ser iniciada tão logo o efluente turvo seja detectado, sem esperar a confirmação laboratorial pela contagem de células.
- 77** Na peritonite, a dor abdominal é geralmente localizada e associada com descompressão dolorosa.

Um paciente de setenta anos de idade e 80 kg foi internado há um dia na unidade de terapia intensiva (UTI) com quadro de pneumonia complicada com sepse. Após medidas iniciais de ressuscitação volêmica na sepse, o paciente foi deixado em ventilação mecânica, recebendo noradrenalina a 1,2 μg/kg/min. Os resultados dos exames laboratoriais mais recentes mostraram os seguintes resultados: hemoglobina = 9,0 g/dL; creatinina = 3,0 mg/dL (na admissão era de 1,0 mg/dL); leucócitos = 18.000; ureia = 90 mg/dL (na admissão era de 42 mg/dL); bastões = 7%; potássio = 4,8 mEq/L; PCR = 300; bicarbonato = 12 mEq/L; e débito urinário = 200 mL nas últimas doze horas.

Acerca do referido caso clínico, julgue os próximos itens.

- 78** Para o cálculo de dose de antibióticos a ser administrado no paciente, é necessário considerar o tipo de capilar utilizado na hemodiálise.
- 79** O paciente deve ser classificado como RIFLE I (*injury*).
- 80** A administração de furosemida endovenosa está indicada para esse paciente com o objetivo de melhorar o seu débito urinário.
- 81** O quadro clínico do paciente, em conjunto com os exames apresentados, indica a necessidade de iniciar terapia hemodialítica.
- 82** Deve-se dar preferência à realização de hemodiálise intermitente convencional para esse paciente.

Com base nas recomendações mais recentes para o tratamento da hipertensão em adultos, julgue os itens subsecutivos.

- 83** Na população não negra, incluindo aqueles com diabetes, o tratamento anti-hipertensivo inicial deve incluir: diurético tiazídico, bloqueadores do canal de cálcio (BCC), inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueador do receptor de angiotensina (BRA) e agonista alfa 2.
- 84** Na população com idade igual ou superior a sessenta anos recomenda-se iniciar tratamento farmacológico para reduzir a pressão arterial (PA) em pacientes com PA sistólica ≥ 150 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 mmHg.
- 85** Na população com idade superior a dezoito anos e portadora de doença renal crônica (DRC), o objetivo do tratamento é atingir valores inferiores a 130 mmHg × 80 mmHg de pressão arterial.
- 86** Quando a meta pressórica não consegue ser alcançada com o uso de dois fármacos, recomenda-se a adição de um terceiro. Nesses casos, a associação de IECA e BRA costuma apresentar bons resultados.

Acerca da doença renal do diabetes (DRD), julgue os itens seguintes.

- 87** Nos pacientes com diabetes melito tipo 2, a ausência de retinopatia e neuropatia não excluem a presença de DRD.
- 88** Em fases mais avançadas da DRD, a produção de insulina endógena é reduzida, e, em geral, os pacientes com diabetes melito tipo 2 necessitam usar insulina para melhorar o controle glicêmico.
- 89** O rastreamento da DRD deve ser iniciado logo após o diagnóstico de diabetes melito tipo 2 ou após cinco anos de identificado o diabetes melito tipo 1.
- 90** A medida da albuminúria pode ser feita com a utilização de diferentes tipos de coleta de urina, mas o rastreamento deve ser iniciado, preferencialmente, pela medida de albumina em amostra 24 h.

Após o transplante renal, o paciente pode apresentar quadro clínico variado, desde diurese abundante e queda rápida da creatinina sérica até oligoanúria e necessidade de diálise. Com relação à função tardia do enxerto (FTE), julgue os itens que se seguem.

- 91** São possíveis causas para a FTE: infarto ou necrose cortical; trombose arterial ou venosa; estenose de artéria renal grave; e recorrência da doença de base.
- 92** Os fatores de risco para a FTE estão relacionados a causas diversas associadas ao receptor ou ao procedimento cirúrgico, e não ao doador.
- 93** A FTE está associada à pior função renal e à pior sobrevida do enxerto, o que pode ser explicado pela maior incidência de rejeição aguda e crônica causadas, provavelmente, pela maior exposição antigênica de moléculas de MHC (*major histocompatibility complex*).
- 94** A definição mais utilizada de FTE é a que considera a necessidade de diálise nos primeiros sete dias após o transplante.
- 95** Entre as causas para a FTE, a principal é a lesão aguda pré-renal.

Acerca das medicações imunossupressoras utilizadas na fase pós-transplante renal, julgue os itens a seguir.

- 96** Na fase pós-transplante, o uso de corticoides é fundamental, sendo os mais utilizados a prednisona, por via endovenosa, e a metilprednisolona, por via oral.
- 97** O tacrolimo forma um complexo com a proteína ligadora FK506, que se liga à calcineurina. Esse mecanismo leva à inibição da fosfatase controladora da translocação do fator nuclear ativador das células T (NFAT) no núcleo e previne a indução de citocinas, etapas necessárias para a ativação e proliferação dos linfócitos.
- 98** No período pós-transplante, o alopurinol, fármaco que inibe a xantina oxidase, pode ser administrado aos pacientes usuários de azatioprina, sem que isso implique aumento de efeito colateral desta medicação.
- 99** O ácido micofenólico, um dos imunossupressores utilizados no transplante renal, é metabolizado no fígado pelo citocromo P450.
- 100** Os inibidores de mTOR (*mamalian target of rapamycin*) — sirolimo e everolimo — apresentam, além do efeito imunossupressor, propriedades antivirais e antiproliferativas. Além disso, há relatos de que esses fármacos reduzem a incidência tanto de infecção por citomegalovírus quanto de malignidades.

Julgue os seguintes itens, relativos à hematúria no adulto.

- 101** As causas de hematúria extraglomerulares incluem distúrbios metabólicos, como hipercalcúria e hiperuricosúria; nefropatia tubulointersticial por analgésico; cistos renais; litíase renal; tumores do trato geniturinário e hipertrofia prostática; entre outras.
- 102** A hematúria pode ser macroscópica ou microscópica; contínua ou intermitente; de origem glomerular ou extraglomerular.
- 103** Na vigência de hematúria, a presença de dismorfismo eritrocitário, cilindúria hemática e(ou) proteinúria são indicativos de doença extraglomerular. Por outro lado, o achado de glicosúria afasta a possibilidade de o paciente possuir infecção do trato urinário.
- 104** Para facilitar a caracterização do dismorfismo eritrocitário, utiliza-se pesquisa específica de acantócitos e codócitos, sendo a hematúria considerada dismórfica quando esses poiquilócitos se encontram presentes em frequência de 1% e 4%, respectivamente.
- 105** A hematúria que se deve a uma doença glomerular abrange apenas um grupo de doenças renais primárias, sem associação com doenças heredofamiliares ou doenças sistêmicas.

No que diz respeito à embolia por colesterol, julgue os itens subsecutivos.

- 106** O diagnóstico de embolia por colesterol é feito pelo achado do depósito dos cristais de colesterol, seja no exame de retina, seja na biópsia de pele ou na biópsia renal. Com a técnica de preparo do tecido para a análise histológica, os lípidos são dissolvidos e os cristais de colesterol são identificados pela presença de espaços em formato de agulha.
- 107** A ateroembolização desenvolve-se exclusivamente após cateterizações de grandes vasos ou procedimentos cirúrgicos.
- 108** A tríade clássica da síndrome da embolia por colesterol inclui livedo reticular, lesão renal aguda e eosinofilia.
- 109** Em relação às manifestações clínicas, a única manifestação cutânea da síndrome de embolia por colesterol é o livedo reticular, que é causado pela oclusão de pequenas artérias, capilares e vênulas, e comumente acomete vasos da derme profunda de pés, pernas, região lombar e nádegas.

No que se refere aos mecanismos de progressão da doença renal crônica (DRC), julgue os próximos itens.

- 110** A hiperuricemia pode ocorrer em pacientes com DRC devido à diminuição da excreção urinária de ácido úrico. Essa alteração metabólica não deve ser tratada, pois não está envolvida com a progressão da DRC.
- 111** Em modelos animais de nefropatia crônica, a hipertensão arterial sistêmica está associada à diminuição da pressão glomerular, podendo isso levar à insuficiência por lesão tubular, que permite influxo de água e solutos, estimula a produção de citocinas, o depósito de macromoléculas e a expansão mesangial.
- 112** A proteinúria, além de ser um marcador de lesão renal, pode, por si só, contribuir para a progressão dessa lesão, principalmente em situações de perda proteica mais expressiva. Os mecanismos que explicam esses efeitos deletérios são toxicidade mesangial, hiperplasia e sobrecarga tubulares, e ativação de citocinas inflamatórias.
- 113** O sistema renina-angiotensina-aldosterona inibe, por meio de efeitos hemodinâmicos no rim, a progressão da doença renal crônica.
- 114** Em vários modelos animais, a redução da ingestão proteica protege contra o desenvolvimento de glomerulosclerose, por meio de alterações da resistência arteriolar e da pressão glomerular.

---

A propósito de anemia em pacientes com doença renal crônica (DRC), julgue os itens subsequentes.

- 115** Em pacientes com DRC em estágios de 3 a 5 não dialíticos ou em diálise peritoneal, com ferritina < 100 ng/mL e saturação de transferrina menor que 20%, a reposição de ferro poderá ser realizada inicialmente por via oral.
- 116** Na ausência de outras causas de anemia na DRC, o uso de agentes estimuladores da eritropoiese é essencial, sendo a via subcutânea a preferencial para a administração da eritropoetina, pois a maioria dos estudos sugere que essa via, dadas as suas características farmacocinéticas, é mais eficiente que a intravenosa.
- 117** A faixa ideal do valor da hemoglobina para pacientes em tratamento com agentes estimuladores da eritropoiese deve ser entre 12 g/dL e 14 g/dL em qualquer estágio da DRC, não devendo ser superior a 15 g/dL.
- 118** Não se recomenda a suplementação rotineira de vitaminas C e E como tratamento adjuvante da anemia em pacientes com DRC.
- 119** A concentração de ferritina sérica corresponde ao ferro funcionalmente disponível para a eritropoiese, ao passo que a saturação de transferrina é o marcador mais utilizado para se avaliarem os depósitos orgânicos de ferro.
- 120** O emprego de transfusões de hemácias em pacientes com DRC deve ser criterioso e restrito. Ocorrendo piora aguda da anemia, a transfusão estará indicada na ausência de manifestações clínicas se a concentração de hemoglobina for < 11 g/dL.

Espaço livre

