PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

ESTADO DE SÃO PAULO

CONCURSO PÚBLICO

088. PROVA OBJETIVA

MÉDICO AMBULATORIAL EM CLÍNICAS BÁSICAS E ESPECIALIDADES – GASTROENTEROLOGISTA

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 40 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridos 75% do tempo de duração da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

RG | Inscrição | Prédio | Sala | Carteira

FUNDAÇÃO vunesp

Confidencial até o momento da aplicação.

CONHECIMENTOS GERAIS

Política de Saúde

01. Ao se afirmar que o Sistema Único de Saúde – SUS garante o direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer forma de discriminação, refere-se ao princípio da

(A) transversalidade.

(B) equidade.

(C) universalidade.

(D) integralidade.

(E) gratuidade.

02. As Comissões Intergestores Bipartite – CIB são instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa utilizadas pelo SUS. Elas são constituídas por representantes dos gestores

(A) municipais e federais.

(B) municipais e estaduais.

(C) estaduais e federais.

(D) municipais, estaduais, federais e dos respectivos conselhos de saúde.

(E) públicos e das organizações da sociedade civil.

03. Tanto a previdência como a assistência social integram a seguridade social, conforme estabelecido pela Constituição Federal. É correto afirmar que a previdência e a assistência são, respectivamente, de caráter

(A) contributivo e não contributivo.

(B) não contributivo e contributivo.

(C) universal e seletivo.

(D) seletivo e universal.

(E) não obrigatório e obrigatório.

04. Um homem de nacionalidade boliviana, em situação irregular do ponto de vista da imigração, chega a uma unidade de saúde queixando-se de dor precordial intensa. A recepção o coloca para ser atendido pelo médico antes dos demais pacientes que já tinham consultas de rotina, agendadas previamente. É correto afirmar que

(A) ele não poderia ter sido atendido, por ser estrangeiro em situação irregular.

(B) ele não poderia ter sido atendido antes dos pacientes que já aguardavam o atendimento na unidade, com consultas previamente agendadas.

(C) o atendimento prestado seguiu os princípios da universalidade e da integralidade.

(D) atendimento prestado seguiu os princípios da intersetorialidade e da resolutividade.

(E) o atendimento prestado seguiu os princípios da universalidade e da equidade.

05. De acordo com as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, importante iniciativa para o atendimento da população em situação de rua, é correto afirmar que

(A) não está incluída, dentre as suas atividades, a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, para não haver conflito com as ações dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

(B) a realização de atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas) não faz parte das ações a serem desenvolvidas, pois, apesar de importantes, extrapolam a área da saúde.

(C) suas atividades devem ser realizadas de forma itinerante e seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua.

(D) essas equipes devem, obrigatoriamente, incluir o profissional médico.

(E) sua implantação, credenciamento e liberação do financiamento só são permitidos para municípios com população maior que 100 000 habitantes.

06. A leptospirose é um problema mundial de saúde pública que ocorre em áreas urbanas e rurais. No Brasil, ocorre durante todos os meses do ano em todas as regiões do País, predominantemente nos meses com elevados índices pluviométricos.

Com relação a essa doença, é correto afirmar que

(A) sua incidência é semelhante em todos os extratos socioeconômicos da população.

(B) é uma antropozoonose que tem como principais hospedeiros primários os animais domésticos e de produção: cães, bovinos, suínos, ovinos, caprinos e equinos.

(C) a infecção humana resulta da exposição direta ou indireta à urina de animais infectados, e a penetração do microrganismo pode se dar por meio da pele lesada ou íntegra, ou das mucosas da boca, narinas e olhos.

(D) apesar da elevada incidência em determinadas áreas e épocas do ano, apresenta baixa letalidade.

(E) a vacina contra ela faz parte do calendário nacional de vacinação do Ministério da Saúde.

07. Um trabalhador da limpeza urbana suspeita de leptospirose, após ter desenvolvido ações de apoio à população em área de alagamento no local onde mora, fora do seu horário de trabalho.

Com relação à notificação desse agravo junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, é correto afirmar que

(A) esse não é um agravo de notificação obrigatória.

(B) a notificação não deve ser feita, porque a situação não caracteriza acidente de trabalho.

(C) a notificação só deve ser feita após e se o caso for confirmado.

(D) a notificação deve ser feita de imediato (até 24h).

(E) a notificação deve ser feita no prazo de 1 semana.

08. Segundo o Ministério da Saúde, as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas estão diminuindo em nosso país. Assinale possíveis fatores que devem ter contribuído para essa diminuição.

(A) Desenvolvimento de novos medicamentos e facilidade de acesso a eles.

(B) Melhoria no padrão de alimentação e aumento da prática de esportes.

(C) Educação para a saúde e maior acesso a alimentos naturais.

(D) Controle do tabagismo e maior acesso à atenção primária.

(E) Aumento do número de serviços de saúde especializados e maior acesso a novos medicamentos.

09. A percepção da complexidade das necessidades sociais dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde, e a identificação dos limites da prática clínica centrada na doença, ultrapassando-se o ato de definir uma conduta a partir do diagnóstico, não desconsiderando sua importância, diz respeito ao conceito de

(A) integralidade da assistência.

(B) clínica ampliada.

(C) medicina social.

(D) saúde pública.

(E) medicina baseada em evidências.

10. A vacina BCG, que protege contra a tuberculose, deve ser aplicada

(A) em dose única, logo após o nascimento.

(B) em 3 doses, com intervalos de 1 mês, iniciando logo após o nascimento.

(C) em dose única, com 3 meses de idade.

(D) em dose única, a partir dos 4 anos de idade.

(E) em duas doses, a primeira logo após o nascimento e a segunda com 1 ano de idade.

11. A legislação que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS define como instâncias deliberativas, em cada instância de governo,

(A) a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

(B) a Comissão Intergestores Bipartite e a Comissão Intergestores Tripartite.

(C) a Comissão Intersetorial de Saúde e o Conselho de Saúde.

(D) a Conferência de Saúde e o poder legislativo.

(E) a Comissão Intersetorial de Saúde e a Conferência de Saúde.

12. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde deve ser firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Esse contrato visa a garantir, aos usuários, a

(A) gratuidade da assistência.

(B) efetividade da assistência.

(C) equidade da assistência.

(D) amplitude da assistência.

(E) integralidade da assistência.

13. A suposição de que associações produzidas em nível de agregado, correlacionando médias, aplicam-se ao nível individual é chamada de

(A) inferência.

(B) dedução.

(C) erro sistemático.

(D) erro tipo I.

(E) falácia ecológica.

14. Considera-se risco como sendo a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado. Ele pode ser estimado por meio do coeficiente

(A) de ataque.

(B) de incidência.

(C) de gravidade.

(D) de letalidade.

(E) específico.

15. Um estudo que visa a testar hipóteses etiológicas, constituído pelo acompanhamento, ao longo do tempo, de grupos considerados sadios quanto à doença sob investigação, sendo um exposto a um fator de risco suposto como causa da doença e outro grupo não exposto a esse fator, é denominado de estudo

(A) ecológico.

(B) seccional.

(C) transversal.

(D) caso-controle.

(E) de coorte.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

16. Um paciente de 34 anos queixa-se de pirose retroesternal típica há cerca de 2 meses. Os sintomas são predominantemente matutinos, têm natureza intermitente e costumam ser precipitados por grandes libações alimentares e alcoólicas. Os sintomas não se associam a vômitos ou náuseas, dor abdominal perda ponderal involuntária ou sangramentos digestivos. O paciente não possui quaisquer antecedentes mórbidos, não faz uso de medicações e não possui alergias. Seu pai apresenta hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e sua mãe também é hipertensa e possui hipotireoidismo. É tabagista, fumando cerca de 10 cigarros por dia desde os 17 anos, e consome bebidas alcoólicas aos finais de semana e em quantidades moderadas.

A respeito do enunciado, é correto afirmar:

(A) a natureza matutina dos sintomas pode representar um sinal de alerta.

(B) antes de qualquer forma de tratamento, o paciente deverá ser submetido a ultrassonografia de abdome, endoscopia e exames laboratoriais.

(C) considerando-se os sintomas de início recente, sexo, o tabagismo e o etilismo, o paciente apresenta alta probabilidade de apresentar esôfago de Barrett já com displasia de alto grau ou carcinoma *in situ*.

(D) o diagnóstico presuntivo de doença do refluxo gastroesofágico pode ser considerado e o paciente pode receber tratamento empírico com drogas anti-secretoras, preferencialmente inibidores de bomba de prótons.

(E) a ausência de lesões visíveis ao exame endoscópico afasta definitivamente o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico e o paciente deverá ser submetido a exames adicionais, como uma pHmetria esofágica.

17. Um paciente de 42 anos é admitido no pronto-socorro com hemorragia digestiva alta. Após estabilização inicial, o paciente é submetido a uma endoscopia digestiva alta que evidencia múltiplas ulcerações rasas no esôfago e, principalmente, no estômago e duodeno. São colhidas biópsias que revelam a presença de úlceras superficiais em atividade sem evidências de neoplasia, granulomas ou agentes infecciosos. O teste da urease foi negativo.

Sobre o caso clínico apresentado, é correto afirmar:

(A) trata-se de um linfoma MALT e as biópsias não apenas falharam em identificar a neoplasia, como a infecção pelo *Helicobacter pylori*.

(B) as biópsias falharam em constatar a presença de *Helicobacter pylori* e o paciente deverá receber tratamento empírico tão logo que possível.

(C) trata-se de um adenocarcinoma gástrico difuso (linite plástica) e as biópsias foram superficiais e não conseguiram o diagnóstico correto.

(D) o paciente apresenta forma atípica de doença de Crohn e deverá receber tratamento com imunobiológicos imediatamente.

(E) o paciente é acometido por uma forma de neoplasia que frequentemente associa-se ao hiperparatireoidismo.

18. Sobre o adenocarcinoma gástrico, é correto afirmar:

(A) o subtipo intestinal se caracteriza pela presença de estruturas glandulares que lembram as glândulas intestinais. É uma forma rara de neoplasia e não apresenta relação com fatores ambientais e dietéticos.

(B) o subtipo difuso consiste de infiltrados neoplásicos acometendo toda a parede do estômago e prevalece em áreas de alta incidência de adenocarcinoma gástrico, sobretudo em pacientes mais velhos.

(C) o *Helicobacter pylori* é considerado um carcinogênico tipo I pela Organização Mundial de Saúde e está diretamente implicado na gênese do adenocarcinoma gástrico na maioria dos casos.

(D) a gastrite atrófica não pode ser considerada um fator de risco para o adenocarcinoma, uma vez que nele é mais comum a hiperproliferação de células neoplásicas ao invés de atrofia.

(E) a ultrassonografia endoscópica não tem papel relevante no estadiamento e planejamento de tratamento.

19. Sobre os tumores do esôfago, é correto afirmar:

(A) os tumores de linhagem epitelial, como linfomas e sarcomas, são raros.

(B) o adenocarcinoma é a forma mais comum de neoplasia esofágica.

(C) os tumores de esôfago estão entre os subtipos mais comuns de neoplasias do trato digestivo, mas são especialmente frequentes no Cinturão Asiático do Câncer de Esôfago, região que vai do norte do Irã ao centro-norte da China.

(D) distúrbios de motilidade esofágica, como esôfago em quebra-nozes e acalásia, são fatores de risco conhecidos para o adenocarcinoma esofágico.

(E) o esôfago de Barrett é uma alteração que predispõe ao carcinoma espinocelular de esôfago, a uma taxa anual de transformação maligna que varia de 0,2% a 2%.

20. Uma paciente de 34 anos queixa-se de fraqueza, mal-estar, sensação de distensão abdominal e fezes amolecidas ocasionalmente. Ela vem notando perda ponderal progessiva, tendo reduzido seu peso em cerca de 10 kg no último ano, mesmo não fazendo nenhuma forma de dieta. Entre seus antecedentes mórbidos, relata transtorno de ansiedade-depressão, colecistectomia laparoscópica e duas cirurgias ortopédicas para correção de fraturas ocasionadas por traumas de baixo impacto. Faz uso contínuo de escitalopram 20 mg ao dia. Sua mãe faleceu aos 65 anos e era portadora de hipotireoidismo e osteoporose severa. Seu pai faleceu aos 42 anos por um infarto agudo do miocárdio. A paciente não fuma, não ingere bebidas alcoólicas e faz uso esporádico de maconha. Ao exame físico você observa uma paciente com IMC 16 kg/m^2, descorada +/4, acianótica e anictérica. O exame do aparelho cardiovascular revela um sopro sistólico panfocal, enquanto a ausculta respiratória é normal. O abdome é levemente distendido às custas de gases, não sendo palpável nenhuma visceromegalia. Observa-se ainda edema periférico discreto, queilite angular e unhas esbranquiçadas e quebradiças.

Em relação ao caso acima, é correto afirmar:

(A) a história clínica e o exame físico são sugestivos de uma síndrome de má-absorção, sendo a doença celíaca a principal hipótese diagnóstica.

(B) sorologias não apresentam qualquer valor para o diagnóstico.

(C) a paciente deve ser reavaliada pelo psiquiatra, pois apresenta transtorno alimentar.

(D) a presença de enzimas hepáticas normais afasta o diagnóstico de doença celíaca.

(E) espera-se níveis normais ou elevados de ácido fólico, zinco e ferritina.

21. Sobre as gastroenterites agudas, é correto afirmar que:

(A) a hipercloridria é um fator de risco conhecido para as infecções pelo *Vibrio cholerae*.

(B) as gastroenterites inflamatórias cursam com diarreia aquosa volumosa com sangue e dor abdominal, mas sem sintomas sistêmicos, como febre.

(C) as gastroenterites não inflamatórias cursam com diarreia aquosa volumosa com muco e sangue, além de sintomas sistêmicos exuberantes, como febre, calafrios e mal-estar geral.

(D) a presença de artrite reativa ou, de síndrome hemolítico-urêmica, pode sugerir agentes infecciosos, como as infecções por *Shigella* spp.

(E) os pacientes, independentemente da idade, pode ser manejados ambulatorialmente e sem necessidade de reposição hídrica ou antimicrobianos.

22. Um paciente de 38 anos é referenciado por um clínico geral com histórico de há 2 meses apresentar 4 a 5 episódios diários de diarréia com laivos de sangue e muco, associada a intensa urgência evacuatória e sensação de dor ao evacuar. Relata ainda ter perdido peso, ainda que não saiba precisar a quantidade, dores articulares vagas e dor abdominal. Alimenta-se bem e não apresentou alterações do hábito urinário. Não tem antecedentes mórbidos, não usa medicações, não possui alergias ou realizou cirurgias. Seu pai e sua mãe são vivos e gozam de boa saúde, com doenças degenerativas relacionadas ao envelhecimento e sem grande impacto sobre suas vidas. Ao exame físico, o paciente encontra-se descorado, emagrecido (IMC 17 kg/m^2), anictérico e acianótico. O exame cardiorrespiratório é inocente e o abdome encontra-se doloroso à palpação, sobretudo em fossa ilíaca esquerda, mas sem sinais de peritonite. Ao toque retal observa-se presença de muco e sangue em pequena quantidade, mas sem massas palpáveis. O paciente traz alguns exames solicitados pelo colega:

– Hemoglobina 10,1 g/dL (VR 13,0 a 15,0 g/dL).

– Leucometria 4 200 células/mm^3 (VR 4 000 células/mm^3 a 10 000 células/mm^3).

– PCR 72 mg/dL (VR até 6 mg/dL).

– Albumina 3,2 g/dL (VR > 3,7 g/dL).

– Ultrassonografia de abdome total sem alterações.

– Endoscopia digestiva alta sem anormalidades.

– Colonoscopia na qual se observa mucosa do reto, sigmóide e cólon esquerdo com ulcerações superficiais coalescentes, friável ao toque e com sangramento espontâneo, cólon transverso e cólon direito com eritema mucoso e edema, mas sem ulcerações, válvula ileocecal e íleo terminal de aspecto habitual.

Em relação ao quadro acima, é correto afirmar que:

(A) aliado às informações clínicas, o aspecto endoscópico é sugestivo de comprometimento isquêmico do cólon esquerdo, impondo-se o diagnóstico de colite isquêmica.

(B) os achados endoscópicos podem sugerir uma colite microscópica (colite colágena, por exemplo).

(C) entre as opções terapêuticas para este paciente estão incluídos corticóides sistêmicos e anti-TNF.

(D) o paciente não apresenta nenhum fator de risco para neoplasia colorretal.

(E) os sintomas sistêmicos, em particular a artralgia, devem-se à associação do quadro intestinal com fibromialgia.

23. Nem sempre é simples a distinção entre as diferentes formas de doenças inflamatórias intestinais – retocolite ulcerativa e doença de Crohn – porém alguns aspectos são mais sugestivos da segunda, entre eles:

(A) presença de fissuras anais.

(B) presença de doença do cólon esquerdo poupando o reto.

(C) biópsia de cólons demonstrando colite crônica com ulcerações mucosas.

(D) ausência de acometimento do intestino delgado.

(E) ausência de acometimento transmural.

24. Sobre as patologias vasculares do aparelho digestório, é correto afirmar:

(A) a síndrome de Budd-Chiari caracteriza-se pela presença de condições pró-trombóticas que resultam tipicamente em trombose mesentérico-portal e isquemia paradoxal por congestão venosa.

(B) as tromboses agudas de artéria mesentérica costumam cursar com dor abdominal intermitente e de curso lento, permitindo o desenvolvimento de circulação colateral.

(C) as isquemia arterial mesentérica crônica, usualmente de causa aterosclerótica, tem apresentação súbita com abdome agudo usualmente de indicação cirúrgica e alta letalidade.

(D) as isquemias colônicas ocorrem preferencialmente à direita, próximo à região da válvula ileocecal.

(E) fenômenos isquêmicos podem provocar estenoses intestinais segmentares.

25. Uma paciente de 54 anos, com diagnóstico de longa data de doença celíaca, queixa-se de fraqueza, mal-estar, sensação de distensão abdominal e fezes amolecidas, mesmo com adequada aderência à dieta isenta de glúten. Ela perdeu 8 kg desde o início dos sintomas. Também relata episódios ocasionais de sudorese noturna. Entre seus antecedentes mórbidos, relata transtorno de hipotireoidismo, ansiedade-depressão, colecistectomia laparoscópica e três cirurgias ortopédicas para correção de fraturas ocasionadas por traumas de baixo impacto. Faz uso contínuo de levotiroxina 88 mcg ao dia, fluoxetina 20 mg ao dia. Ao exame físico você observa uma paciente com IMC 17 kg/m^2, descorada +/4, acianótica e anictérica. O exame do aparelho cardiovascular revela um sopro sistólico panfocal, enquanto a ausculta respiratória é normal. O abdome é inocente, sem visceromegalias ou dor.

Em relação ao quadro apresentado, é correto afirmar:

(A) uma vez que a paciente afirma fazer dieta, a exposição inadvertida a glúten na dieta está descartada.

(B) a positividade do HLA-B27 poderá fortalecer o diagnóstico de doença celíaca.

(C) dado que a paciente apresenta perda ponderal e sudorese noturna, é imperativo excluir a ocorrência de linfoma de intestino delgado.

(D) caso se confirme o diagnóstico de doença celíaca refatária, o tratamento de primeira linha é com quimioterapia sistêmica.

(E) a doença celíaca não aumenta o risco de malignidades do trato digestivo e deve-se procurar por outras doenças auto-imunes, em particular as doenças inflamatórias intestinais.

26. São substâncias habitualmente relacionadas à obstipação intestinal:

(A) antidepressivos tricíclicos e bloqueadores de canais de cálcio não di-hidropiridínicos.

(B) anti-inflamatórios não hormonais e betabloqueadores.

(C) colchicina e teofilina.

(D) misoprostol e sorafenibe.

(E) quinidina e antiácidos contendo magnésio.

27. Um paciente realizou uma colonoscopia que identificou diverticulose à esquerda sem sinais de complicações. Ele fez uma procura na internet sobre os achados e lhe procurou apavorado no consultório.

Assinale a alternativa que apresenta a afirmação verdadeira entre todas mencionadas pelo paciente.

(A) "Todo mundo que tem isso fica com algum sintoma e complica!"

(B) "Eu não devo comer fibras pelo risco de piorar a doença."

(C) "Meus divertículos não podem ser nesse local, isso não é normal."

(D) "Os divertículos aumentam muito o risco de câncer do intestino."

(E) "Eu posso sangrar e ter perfurações do intestino grosso!"

28. Os tumores colo-retais estão entre as principais malignidades do mundo. Sobre eles, é correto afirmar:

(A) a maior parte deles localiza-se proximalmente à flexura esplênica.

(B) a ingestão de dietas ricas em fibras, alimentos ricos em caroteno e vitaminas C, D e E aumentam o risco de seu desenvolvimento.

(C) os tumores colorretais têm uma progressão imprevisível a partir de lesões pré-malignas, não respeitando fenômenos biológicos conhecidos.

(D) existem tanto formas episódicas quanto hereditárias, sendo os critérios de Amsterdam aplicáveis aos pacientes com formas hereditárias não relacionadas à polipose colônica.

(E) o conceito de instabilidade microssatélite é irrelevante para o câncer colorretal, mas o é para outras neoplasias (como neoplasias de tireóide e os glioblastomas).

29. A esteatose hepática observada na histologia hepática é um achado inespecífico, podendo ocorrer em uma variedade de outras condições além da doença hepática gordurosa não alcoólica. Quais dos achados a seguir podem reforçar a hipótese de que o achado de esteatose se deva à doença hepática gordurosa não alcoólica?

(A) Balonização hepatocitária.

(B) Fibrose portal de padrão biliar.

(C) Infiltrado portal e periportal predominantemente linfoplasmocitário com necrose em saca bocado e formação de rosetas.

(D) Infiltrado lobular e portal rico em eosinófilos.

(E) Proliferação ductular.

30. A doença hepática alcoólica é um grande problema de saúde pública. A seu respeito, é correto afirmar:

(A) possui espectro bastante amplo, variando desde a infiltração gordurosa leve à cirrose, mas, diferentemente do que se observa nas hepatites virais, o risco de carcinoma hepatocelular é virtualmente inexistente.

(B) o elemento histológico capaz de diferenciar a doença hepática alcoólica da doença hepática gordurosa não alcoólica é a presença de balonização hepatocitária.

(C) a hepatite alcoólica é uma forma especialmente grave de apresentação da doença e, para aqueles pacientes com escore discriminante de função (Maddrey) superior a 32, a mortalidade pode chegar a 45% em 30 dias.

(D) o suporte nutricional não é necessário para tratamento das hepatites alcoólicas graves.

(E) a abstinência alcoólica tem benefício questionável em pacientes que já apresentem sinais de doença hepática em estágio final com complicações de cirrose, como ascite e encefalopatia hepática.

31. Sobre as lesões hepáticas induzidas por drogas, é correto afirmar:

(A) o acetaminofeno é uma hepatotoxina dose-dependente, mas é segura em doses de até 4 g ao dia para analgesia e como antitérmico. O uso de álcool não parece agravar seu efeito tóxico sobre o fígado.

(B) a nitrofurantoína pode provocar reações imunoalérgicas que cursam com alteração enzimática e positividade de auto-anticorpos.

(C) isoniazida, pirazinamida e dantrolene são outros exemplos de drogas hepatotóxicas dose-dependentes.

(D) a hepatite granulomatosa é uma forma excepcionalmente rara de lesão hepática induzida por drogas e nunca cursa com sintomas sistêmicos.

(E) o tamoxifeno, muito utilizado no tratamento do câncer de mama, está frequentemente associado a um padrão histológico hepático indistinto da colangite biliar primária.

32. Em relação à hepatite B, é correto afirmar:

(A) portadores de anti-HBc total positivo que forem submetidos à imunossupressão (por exemplo, rituximabe) não precisam de nenhuma forma de profilaxia para a hepatite B.

(B) uma paciente com hepatite crônica ativa, que possua HBsAg positivo e anti-HBe positivo, deve ser submetida a investigação para outra forma de hepatopatia, pois o vírus B não deve ser responsável pela hepatite crônica.

(C) um paciente com anti-HBs isolado, histórico de vacinação completa e sem fatores de risco para a hepatite B não pode ser doador de sangue.

(D) o anticorpo anti-HBc total pode estar positivo, tanto em formas agudas quanto em formas crônicas da doença.

(E) a realização de PCR para hepatite B é imprescindível para a introdução de tratamento antiviral específico em pacientes com cirrose descompensada pelo vírus da hepatite B.

33. O hospital no qual você trabalha vai inaugurar um serviço de hemodiálise ambulatorial em três turnos e seus colegas nefrologistas têm dúvidas quanto à profilaxia de transmissão de hepatite C na diálise.

Sobre esse assunto, é correto afirmar:

(A) a presença de anti-HCV positivo sempre denota infecção ativa.

(B) em um paciente em hemodiálise e com ALT elevada, um anti-HCV negativo afasta definitivamente o diagnóstico de hepatite C.

(C) não é necessária nenhuma prevenção, além das medidas habitualmente adotadas, pois a hemodiálise não constitui fator de risco significativo para a transmissão de hepatite C em relação a pacientes não dialíticos.

(D) entre os fatores de risco para a infecção pelo HCV, na população de pacientes em hemodiálise, encontram-se, por exemplo, a duração da terapia de substituição renal e a realização de hemotransfusões.

(E) somente aqueles pacientes em hemodiálise que requerem hemotransfusões periódicas por refratariedade à reposição de eritropoetina são considerados sob risco de aquisição da hepatite C.

Considere o caso clínico a seguir para responder às questões de número **34** e **35**.

Uma paciente de 27 anos é admitida no pronto-socorro com hematêmese. Ela encontra-se confusa. Seus sinais vitais são: frequência cardíaca 124 batimentos por minuto, frequência respiratória 28 incursões por minuto, pressão arterial 85 x 42 mmHg, saturação periférica de oxigênio de 94% em ar ambiente. Ao exame físico você nota escleras ictéricas, mucosa descorada, perfusão periférica lentificada, confusão mental com flapping. O exame dos aparelhos cardiovascular e respiratório é incospícuo, salvo pelas alterações acima citadas. O exame abdominal revela ascite leve, volumosa esplenomegalia. Ela tem edema de membros inferiores. Enquanto a equipe de enfermagem procede à monitorização da paciente e seu posicionamento no leito da sala de emergência, os acompanhantes relatam que ela teve um diagnóstico de hepatite aos 16 anos e foi acompanhada até os 24 anos em um serviço de hepatologia, mas perdeu o seguimento em função da pandemia e não conseguiu retornar. Ela usava alguns medicamentos, mas eles não sabem informar quais eram.

34. Em relação ao caso apresentado, é correto afirmar:

(A) devem ser obtidos um ou mais acessos venosos periféricos calibrosos para a estabilização hemodinâmica e pode ser necessária a intubação orotraqueal para realizar a endoscopia com segurança.

(B) o uso de terlipressina deve esperar a confirmação diagnóstica de hemorragia digestiva alta varicosa por endoscopia.

(C) o uso de antimicrobianos é desnecessário, pois as alterações hemodinâmicas apresentadas são provocadas por choque hipovolêmico e não choque séptico.

(D) não é possível inferir o grau de disfunção hepática da paciente a partir das informações acima, sendo necessária a realização de vários exames complementares para tal.

(E) a paciente deve ser encaminhada imediatamente à endoscopia para investigação e tratamento.

35. Assinale a alternativa correta.

(A) Do ponto de vista histológico, espera-se que a paciente apresente apenas expansão fibrosa dos tratos portais e que isso seja responsável pela hipertensão portal observada.

(B) O gradiente observado na elastografia hepática apresenta correlação com a gravidade da hipertensão portal.

(C) O desenvolvimento de colaterais é esperado em decorrência da hipertensão portal, permitindo a recanalização da veia paraumbilical, o surgimento de varizes de esôfago e no reto, essas últimas no território das veias pudendas e mesentérica superior.

(D) Em pacientes com hipertensão portal nesse grau espera-se que o endotélio dos sinusóides hepáticos apresente aumento na produção de adenosina e óxido nítrico e redução nos níveis de angiotensina e endotelina-1.

(E) Apenas a cirrose hepática é capaz de provocar hipertensão portal, sendo a única causa para o surgimento de varizes esofágicas.

36. Um paciente com cirrose hepática por hepatite C compensada e com tratamento com resposta virológica sustentada havia vários anos, encontrava-se em seguimento semestral para rastreamento do carcinoma hepatocelular. Em sua última ultrassonografia de abdome foi descrito um nódulo hepático de 1,8 centímetros no segmento III. Seu exame físico era normal, sem evidências de ascite, encefalopatia ou outros sinais de hepatopatia crônica descompensada. Ele também trazia os seguintes exames: dosagem de alfa-fetoproteína de 11,4 ng/mL (VR até 10 ng/mL), albumina 4,2 g/dL (VR 3,6 a 5,0 g/dL), plaquetas de 142 mil/mm^3 (VR 150 mil a 400 mil/mm^3), bilirrubinas totais de 0,8 mg/dL (VR até 1,0 mg/dl). Uma endoscopia digestiva alta realizada havia cerca de 6 meses não mostrava varizes de esôfago.

Em relação ao caso em questão, é correto afirmar:

(A) pelo tamanho do nódulo hepático, apenas uma biópsia dirigida pode fornecer o diagnóstico definitivo.

(B) considerando a suspeita de carcinoma hepatocelular, o paciente deve ser submetido a exames trifásicos, entre os quais podem ser realizados uma tomografia de abdome contrastada, ressonância de abdome contrastada ou ultrasssonografia com contraste.

(C) uma hepatectomia direita regrada pode ser realizada com segurança, uma vez que o paciente não apresenta hipertensão portal significativa ou disfunção hepática e, com isso, permitir diagnóstico e tratamento de uma só vez.

(D) uma elastografia hepática deve ser realizada, pois auxilia no diagnóstico do carcinoma hepatocelular.

(E) em conjunto com a história clínica e o achado ultrassonográfico, a alfa-fetoproteína confirma o diagnóstico do carcinoma hepatocelular.

37. A colecistopatia calculosa é uma das enfermidades biliares mais comuns em todo mundo e pode resultar em complicações potencialmente graves.

Em relação a esse quadro, é correto afirmar:

(A) a gravidez é um fator de risco para a formação de cálculos biliares por mecanismos variados, como aumento da secreção de colesterol, supersaturação da bile e redução da motilidade da vesícula resultando em estase.

(B) a nutrição parenteral total só implica formação de cálculos biliares se a formulação utilizada for rica em colesterol.

(C) ressecções jejunais levam à ausência de transportadores específicos de sais biliares que resultam em excreção excessiva nas fezes, levando a risco aumentado de cálculos de colesterol.

(D) a maioria dos pacientes que desenvolve cálculos biliares é sintomática.

(E) a ultrassonografia de abdome é superior a qualquer método diagnóstico para os cálculos de tamanho superior a 2 milímetros na topografia do ducto colédoco.

38. Em relação ao diagnóstico das pancreatites agudas, é correto afirmar:

(A) caso o paciente com sintomas típicos realize uma tomografia de abdome com contraste, até 24 horas do seu início, e ela não apresente sinais radiológicos definitivos de pancreatite aguda, esse diagnóstico está descartado.

(B) níveis normais de amilase descartam o diagnóstico de pancreatite aguda.

(C) a ultrassonografia de abdome superior deve ser realizada idealmente nas primeiras 24 horas após a admissão para a pesquisa de litíase biliar, sinais diretos ou indiretos de coledocolitíase ou complicações da pancreatite, como ascite.

(D) o escore de Ranson depende de achados radiológicos na admissão e após 48 horas para seu cálculo final.

(E) a diferenciação entre as pancreatites biliares e alcoólica deve se fazer exclusivamente com base no relato do paciente e seus familiares.

39. Em relação ao diagnóstico da pancreatite crônica, é correto afirmar:

(A) a dosagem da elastase fecal auxilia no diagnóstico da insuficência exócrina, sobretudo quando observam-se níveis superiores a 200 mcg/g de fezes.

(B) a radiografia simples de abdome pode fornecer informações relevantes ao diagnóstico.

(C) a presença de pseudocistos, dilatação ductal acima de 10 milímetros ou cálculos intraductais podem ser observadas mesmo em doença inicial.

(D) a ultrassonografia endoscópica pode sugerir o diagnóstico quando observa focos e estrias hipoecóicos.

(E) dada suas elevadas sensibilidade e especificidade, a colangiopancreatografia, quer seja ela endoscópica ou por ressonância magnética, sempre revela anormalidades ductais a despeito da fase da doença.

40. Em relação às neoplasias císticas do pâncreas, é correto afirmar:

(A) as neoplasias intrapapilares produtoras de mucina distribuem-se de forma semelhante entre homens e mulheres, ocorrem geralmente na 6ª ou 7ª década de vida e possuem prognóstico reservado quando observa-se adenocarcinoma invasivo.

(B) o cistoadenoma seroso prevalece em homens acima dos 50 anos, possui alto potencial de transformação maligna e pode ser curado com a ressecção.

(C) um de seus principais diagnósticos diferenciais é com os pseudocistos pancreáticos, cuja análise do líquido obtido a partir de punções guiadas revela baixa viscosidade, altos níveis de amilase e do antígeno carcino-embrionário.

(D) alguns achados radiológicos favorecem o diagnóstico de neoplasias císticas ao invés de pseudocistos, como ausência de septos, loculações ou componentes sólidos e a presença de calcificações murais.

(E) uma vez observados nos exames de imagem, os tumores císticos do pâncreas devem ser sempre encaminhados à pancreatectomia total.