

RASCUNHO

Texto

O amor acaba
(Paulo Mendes Campos)

O amor acaba. Numa esquina, por exemplo, num domingo de lua nova, depois de teatro e silêncio; acaba em cafés engordurados, diferentes dos parques de ouro onde começou a pulsar; de repente, ao meio do cigarro que ele atira de raiva contra um automóvel ou que ela esmaga no cinzeiro repleto, polvilhando de cinzas o escarlate das unhas; na acidez da aurora tropical, depois duma noite votada à alegria póstuma, que não veio; e acaba o amor no desenlace das mãos no cinema, como tentáculos saciados, e elas se movimentam no escuro como dois polvos de solidão; como se as mãos soubessem antes que o amor tinha acabado; na insônia dos braços luminosos do relógio; e acaba o amor nas sorveterias diante do colorido iceberg, entre frisos de alumínio e espelhos monótonos; e no olhar do cavaleiro errante que passou pela pensão; às vezes acaba o amor nos braços torturados de Jesus, filho crucificado de todas as mulheres; mecanicamente, no elevador, como se lhe faltasse energia; no andar diferente da irmã dentro de casa o amor pode acabar; na epifania da pretensão ridícula dos bigodes; nas ligas, nas cintas, nos brincos e nas silabadas femininas; quando a alma se habitua às províncias empoeiradas da Ásia, onde o amor pode ser outra coisa, o amor pode acabar; na compulsão da simplicidade simplesmente; no sábado, depois de três goles mornos de gim à beira da piscina; no filho tantas vezes semeado, às vezes vingado por alguns dias, mas que não floresceu, abrindo parágrafos de ódio inexplicável entre o pólen e o gineceu de duas flores; em apartamentos refrigerados, atapetados, aturdidos de delicadezas, onde há mais encanto que desejo; e o amor acaba na poeira que vertem os crepúsculos, caindo imperceptível no beijo de ir e vir; em salas esmaltadas com sangue, suor e desespero; nos roteiros do tédio para o tédio, na barca, no trem, no ônibus, ida e volta de nada para nada; em cavernas de sala e quarto conjugados o amor se erija e acaba; no inferno o amor não começa; na usura o amor se dissolve; em Brasília o amor pode virar pó; no Rio, frivolidade; em Belo Horizonte, remorso; em São Paulo, dinheiro; uma carta que chegou depois, o amor acaba; uma carta que chegou antes, e o amor acaba; na descontrolada fantasia da libido; às vezes acaba na mesma música que começou, com o mesmo drinque, diante dos mesmos cisnes; e muitas vezes acaba em ouro e diamante, dispersado entre astros; e acaba nas encruzilhadas de Paris, Londres, Nova Iorque; no coração que se dilata e quebra, e o médico sentença imprestável para o amor; e acaba no longo périplo, tocando em todos os portos, até se desfazer em mares gelados; e acaba depois que se viu a bruma que veste o mundo; na janela que se abre, na janela que se fecha; às vezes não acaba e é simplesmente esquecido como um espelho de bolsa, que continua reverberando sem razão até que alguém, humilde, o carregue consigo; às vezes o amor acaba como se fora melhor nunca ter existido; mas pode acabar com doçura e esperança; uma palavra, muda ou articulada, e acaba o amor; na verdade; o álcool; de manhã, de tarde, de noite; na floração excessiva da primavera; no abuso do verão; na dissonância do outono; no conforto do inverno; em todos os lugares o amor acaba; a qualquer hora o amor acaba; por qualquer motivo o amor acaba; para recomeçar em todos os lugares e a qualquer minuto o amor acaba.

- 1) **A partir da leitura atenta do texto, é correto afirmar que:**
- o autor, ao longo do texto, desconstrói sua tese inicial apresentando exemplos que, por serem triviais, não ilustram um posicionamento efetivo.
 - a duração do amor está diretamente relacionada com o modo pelo qual esse sentimento é tratado pelas pessoas.
 - as diferentes experiências retratadas reforçam o posicionamento que revela a noção de finitude atribuída ao amor.
 - a abordagem objetiva feita pelo autor sobre um tema mais abstrato aproxima o texto de um enfoque jornalístico ou científico.
 - no texto, os exemplos pessoais, caracterizados pela primeira pessoa, complementam a estrutura linguística subjetiva encontrada no título.

- 2) **A pontuação, no texto, cumpre um papel expressivo e delimita sua estrutura sintática. Nesse sentido, é correto afirmar que o texto apresenta:**
- apenas duas orações absolutas.
 - dois períodos compostos.
 - apenas uma frase nominal.
 - um período simples e um composto.
 - mais de dois períodos simples.
- 3) **O texto não aborda apenas o amor de um casal, mas outras manifestações do sentimento amoroso. Assim, assinale a opção que contenha uma passagem do texto que ilustre, exclusivamente, uma manifestação ou referência ao relacionamento de um casal.**
- “às vezes acaba o amor nos braços torturados de Jesus, filho crucificado de todas as mulheres;”
 - “no andar diferente da irmã dentro de casa o amor pode acabar;”
 - “na epifania da pretensão ridícula dos bigodes;”
 - “nas ligas, nas cintas, nos brincos e nas silabadas femininas;”
 - “no filho tantas vezes semeado, às vezes vingado por alguns dias, mas que não floresceu;”
- 4) **Por meio de sua seleção vocabular, o autor também imprime efeitos de sentido ao seu texto. Assim, a linguagem por ele empregada pode ser caracterizada como predominantemente:**
- simbólica
 - técnica
 - objetiva
 - popular
 - informal

Considere o fragmento abaixo para responder às questões 5 e 6 seguintes.

*“depois duma noite votada à alegria póstuma, que não veio; e acaba o amor no desenlace das mãos no cinema, **como tentáculos saciados**, e elas se movimentam no escuro **como dois polvos de solidão**.”*

- 5) **Observando as possibilidades de recursos coesivos da língua, analise as afirmativas abaixo e, em seguida, assinale a opção correta.**
- A primeira ocorrência da conjunção “e” contribui para a progressão do texto apresentando valor semântico de alternância.
 - A segunda ocorrência da conjunção “e” também contribui para a progressão do texto, mas apresenta valor semântico de oposição, podendo ser substituída por “mas” sem prejuízo de sentido.
 - Tanto o pronome “elas” quanto o “se” apontam para um mesmo referente que é o vocábulo “mãos”.
- Todas as afirmativas estão corretas.
 - Apenas I e II estão corretas.
 - Apenas a I está correta.
 - Apenas II e III estão corretas.
 - Apenas a III está correta.
- 6) **As construções destacadas no fragmento em análise revelam o emprego de figuras de estilo que reforçam o sentido do texto. Trata-se de exemplos de:**
- Hipérboles
 - Comparação
 - Metáfora
 - Metonímia
 - Ironia

- 7) No trecho “na floração excessiva da primavera; no abuso do verão; na dissonância do outono; no conforto do inverno;”, as palavras em destaque, no contexto em que se encontram, podem ser classificadas, morfologicamente, como:
- verbos
 - adjetivos
 - advérbios
 - pronomes
 - substantivos
- 8) A opção do autor por enunciar, no título do texto, o verbo “acabar” no presente do Indicativo cumpre o seguinte papel semântico:
- revela uma ação que ocorre no momento em que é enunciada.
 - indica uma ação presente com valor de passado.
 - aponta para uma ideia que assume sentido de futuro, uma previsão.
 - ilustra uma ação que se repete com “status” de verdade absoluta.
 - denota uma possibilidade relacionada ao presente da enunciação.
- 9) Observe o fragmento: “depois de três goles mornos de gim à beira da piscina”. Nele, o acento grave é compreendido também pelo papel sintático da construção em que ele se encontra. Considerando o contexto, assinale a opção em que se destaca um exemplo de palavra ou expressão que, embora não corresponda ao mesmo valor semântico, exerça a mesma função sintática do termo destacado neste enunciado.
- “num domingo de lua nova”
 - “povilhando de cinzas o escarlate das unhas”
 - “na compulsão da simplicidade simplesmente”
 - “e amor acaba na poeira que vertem os crepúsculos”
 - “e acaba nas encruzilhadas de Paris”
- 10) Acerca da conclusão proposta pelo texto, é **INCORRETO** afirmar que:
- A finitude do amor está na impossibilidade de um novo recomeço em função das experiências anteriores.
 - A finalidade do término de um amor está diretamente relacionada à ideia de um recomeço em uma experiência descrita como cíclica pelo autor.
 - Há uma generalização na visão atribuída pelo autor à ideia de recomeço amoroso por meio do emprego do pronome indefinido “todos”.
 - A ideia de recomeço proposta pelo autor não assume conotação plenamente positiva em função de uma relação direta com a ideia de finitude.
 - Não é possível prever o momento em que o amor pode acabar embora o autor aponte, categoricamente, a certeza de seu fim.
- 12) O administrador de uma sorveteria quis saber a preferência de seus clientes sobre três sabores: morango, chocolate e abacaxi. Para isso, elaborou uma ficha em que cada cliente marcaria com um X quais sabores eram de sua preferência, podendo marcar quantos sabores quisesse. O resultado foi o seguinte: 27 clientes marcaram os três sabores, 50 marcaram os sabores morango e chocolate, 48 marcaram chocolate e abacaxi, 52 marcaram morango e abacaxi, 80 marcaram abacaxi, 78 marcaram morango e 82 marcaram chocolate. Se todos os clientes marcaram pelo menos um sabor e preencheram somente uma ficha cada, então o total de clientes consultados foi:
- 417
 - 390
 - 117
 - 286
 - 142
- 13) Considerando a sequência lógica: 3, A, 5, C, 8, E, 12, G, ..., o décimo e o décimo terceiro termos da sequência, considerando o alfabeto de 26 letras, são, respectivamente:
- I ; 30
 - 30 ; L
 - I ; 23
 - K ; 23
 - 23 ; I
- 14) A frase “Se a Terra é um planeta, então não emite luz” é equivalente a frase:
- A Terra é um planeta e não emite luz.
 - A Terra não é um planeta ou não emite luz.
 - A Terra é um planeta ou não emite luz.
 - A Terra não é um planeta e não emite luz.
 - A Terra é um planeta ou emite luz.
- 15) P e Q são proposições simples e o valor lógico de P condicional Q é falso. Nessas condições, é correto afirmar que:
- O valor lógico de P é falso e o valor lógico de Q é verdade.
 - O valor lógico de P é falso e o valor lógico de Q é falso.
 - O valor lógico de P é verdade e o valor lógico de Q é verdade.
 - O valor lógico de P é falso e o valor lógico de Q pode ser falso ou verdade.
 - O valor lógico de P é verdade e o valor lógico de Q é falso.

RACIOCÍNIO LÓGICO E MATEMÁTICO

- 11) Marcos utilizou $\frac{3}{4}$ de $\frac{3}{5}$ do salário que recebeu

para pagar dívidas, e gastou ainda 20% do restante do salário para comprar mantimentos. Se ainda lhe restou R\$ 1.320,00, então o valor total do salário que Marcos recebeu foi, em reais, igual a:

- R\$ 2.500,00
- R\$ 2.357,14
- R\$ 3.771,43
- R\$ 3.000,00
- R\$ 3.200,00

16) Considerando as disposições da Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, assinale a alternativa correta sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH.

- a) A EBSEERH tem por finalidade a prestação de serviços pagos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, excluindo a prestação às instituições de ensino.
- b) A EBSEERH tem por finalidade a prestação de serviços pagos mediante convênio médico de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, excluindo a prestação às instituições de ensino.
- c) A EBSEERH tem por finalidade a prestação de serviços pagos mediante convênio médico de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, exclusivamente, pela prestação às instituições de ensino.
- d) A EBSEERH tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.
- e) A EBSEERH tem por finalidade a prestação de serviços pagos mediante convênio médico, exclusivamente, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, bem como de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

17) Considerando as disposições do ESTATUTO SOCIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES S.A. – EBSEERH, anexo ao decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011, assinale a alternativa correta.

- a) O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, semanalmente e, extraordinariamente, sempre que for convocado pelo Diretor, a seu critério, ou por solicitação de, pelo menos, quatro de seus membros.
- b) O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, mensalmente e, extraordinariamente, sempre que for convocado pelo Presidente, a seu critério, ou por solicitação de, pelo menos, seis de seus membros.
- c) O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, semanalmente e, extraordinariamente, sempre que for convocado pelo Diretor, a seu critério, ou por solicitação unânime de seus membros.
- d) O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, quinzenalmente e, extraordinariamente, sempre que for convocado pelo Diretor, a seu critério, ou por solicitação unânime de seus membros.
- e) O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, mensalmente e, extraordinariamente, sempre que for convocado pelo Presidente, a seu critério, ou por solicitação de, pelo menos, quatro de seus membros.

18) Considerando as disposições do ESTATUTO SOCIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES S.A. – EBSEERH, anexo ao decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011, quanto ao Conselho Fiscal, assinale a alternativa correta.

- a) O Conselho Fiscal, como órgão permanente da EBSEERH, compõe-se de três membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados pelo Ministro de Estado da Educação, sendo seus mandatos de dois anos contados a partir da data de publicação do ato de nomeação, podendo ser reconduzidos por igual período.
- b) O Conselho Fiscal, como órgão provisório da EBSEERH, compõe-se de quatro membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados pelo Ministro de Estado da Educação, sendo seus mandatos de dois anos contados a partir da data de publicação do ato de nomeação, podendo ser reconduzidos por igual período.
- c) O Conselho Fiscal, como órgão permanente da EBSEERH, compõe-se de três membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados pelo Ministro de Estado da Educação, sendo seus mandatos de três anos contados a partir da data de publicação do ato de nomeação, podendo ser reconduzidos indefinidamente.
- d) O Conselho Fiscal, como órgão provisório da EBSEERH, compõe-se de quatro membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados pelo Ministro de Estado da Educação, sendo seus mandatos de dois anos contados a partir da data de publicação do ato de nomeação, não podendo ser reconduzidos.
- e) O Conselho Fiscal, como órgão provisório da EBSEERH, compõe-se de cinco membros efetivos e três suplentes, nomeados pelo Ministro de Estado da Educação, sendo seus mandatos de dois anos contados a partir da data de publicação do ato de nomeação, não podendo ser reconduzidos.

19) Assinale a alternativa **INCORRETA** nos termos do REGIMENTO INTERNO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES S.A. – EBSEERH sobre a Diretoria Executiva.

- a) Compete à Diretoria Executiva propor os valores dos regimes de alçada para as várias instâncias de gestão da EBSEERH.
- b) Compete à Diretoria Executiva aprovar os dados, indicadores e sinalizadores para o monitoramento e avaliação contínuos das unidades e órgãos componentes da EBSEERH, consolidados e apresentados pela Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação, em conjunto com a Coordenadoria de Gestão Integrada, a partir de propostas das Diretorias ou em articulação e avaliação conjunta com elas.
- c) Compete à Diretoria Executiva administrar e dirigir os bens, serviços e negócios da EBSEERH, e decidir, apenas por iniciativa própria, sobre operações de responsabilidade situadas no respectivo nível de alçada decisória estabelecido pelo Conselho de Administração.
- d) Compete à Diretoria Executiva monitorar e avaliar continuamente os processos de serviços e de gestão, assim como as condições para o funcionamento adequado da Sede, das filiais da EBSEERH ou outras unidades descentralizadas.
- e) Compete à Diretoria Executiva propor e implementar as linhas orientadoras das ações da EBSEERH.

- 20) Assinale a alternativa correta nos termos do REGIMENTO INTERNO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES S.A. – EBSEH sobre a solicitação para inclusão de matérias nas pautas das reuniões ordinárias do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal e do Conselho Consultivo.
- Deve ser feita ao órgão referente à respectiva reunião até 10 (dez) dias úteis antes da data de sua realização.
 - Deve ser feita à Secretaria Geral até 6 (seis) dias úteis antes da data de realização da respectiva reunião.
 - Deve ser feita à Secretaria Geral até 6 (seis) dias corridos após a data da convocação da respectiva reunião.
 - Deve ser feita ao órgão referente à respectiva reunião até 10 (dez) dias corridos antes da data de sua realização.
 - Deve ser feita à Diretoria Jurídica até 15 (quinze) dias corridos após a data da convocação da respectiva reunião.

LEGISLAÇÃO APLICADA AO SUS

- 21) Assinale a alternativa correta sobre a evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à implantação da Reforma Administrativa Federal, quando ficou estabelecido que o Ministério da Saúde seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde e ficaram as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária.

- 1963.
- 1969.
- 1956.
- 1961.
- 1967.

- 22) Assinale a alternativa **INCORRETA** sobre a organização dos Conselhos de Saúde, nos termos da Resolução 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde.

- Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.
- A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, é preferencial nos Conselhos de Saúde.
- As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.
- O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.
- O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

- 23) Assinale a alternativa correta quanto às disposições do artigo 195 da Constituição Federal, sobre o financiamento da seguridade social.

- As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.
- A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público, mas poderá dele receber benefícios ou incentivos fiscais.
- Qualquer benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.
- São passíveis de cobrança de contribuição para a seguridade social todas as entidades beneficentes de assistência social.
- A majoração de qualquer benefício ou serviço da seguridade social independe de fonte de custeio total.

- 24) Sobre a Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, assinale a alternativa correta:

- A elaboração de programas de aperfeiçoamento não integra a política de recursos humanos.
- Entre os objetivos da política de recursos humanos estão aquelas que visam a evitar dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Inclui-se nos objetivos da política de recursos humanos a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação.
- Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos não poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).
- A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, em uma única esfera de governo.

- 25) Considerando as disposições da Lei Federal nº 8.142 de 28/12/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, assinale a alternativa correta.

- Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) não incluem investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional.
- Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) não incluem investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde.
- Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) incluem cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, desde que não destinados a investimentos na rede de serviços.
- Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
- Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) não permitem despesas de custeio do Ministério da Saúde.

26) Em relação ao carcinoma hepatocelular assinala a alternativa correta.

- a) O rastreamento deve ser feito com ultrassonografia de abdome a cada 6 meses, em populações de alto risco, como cirróticos Child A e B, pacientes Child C em fila de transplante, portadores de hepatite B crônica em atividade, não cirróticos ou com histórico familiar de carcinoma hepatocelular, pacientes com hepatite C crônica com grau de fibrose 3.
- b) Alfafetoproteína é biomarcador mais utilizado para diagnóstico e rastreamento do carcinoma hepatocelular; quando combinado a ultrassonografia os níveis de alfafetoproteína são capazes de aumentar a detecção de casos de carcinoma hepatocelular em mais de 10%.
- c) Níveis de alfafetoproteína acima de 20ng/ml apresentam alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de carcinoma hepatocelular.
- d) O uso de ultrassonografia com contraste, quando disponível, deve ser utilizado preferencialmente ao ultrassom convencional para o rastreamento de nódulos em pacientes de alto risco.
- e) Pacientes cirróticos com nódulo hepático entre 1-2cm devem ter seu intervalo de rastreamento diminuído para cada 3-4 meses, no primeiro ano após sua detecção.

27) Quanto ao tratamento do carcinoma hepatocelular, podemos afirmar que:

- a) Pacientes cirróticos Child A, com nódulo único menor que 2cm, com performance status preservado devem ser sempre submetidos a ressecção hepática.
- b) Pacientes cirróticos Child A, B e C com 3 nódulos de até 3cm de diâmetro ou 1 nódulo único de até 5cm podem ser submetidos a transplante hepático se não forem portadores de condições clínicas que impossibilitem sua realização.
- c) Ablação por radiofrequência e sorafenibe são tratamentos paliativos.
- d) A quimioembolização é o tratamento paliativo que deve ser realizado em pacientes com Child A, B e C com carcinoma hepatocelular multinodular.
- e) O sorafenibe induz melhora clínica significativa, diminuindo o tempo de progressão tumoral, aumentando a sobrevida acima de um ano e seus efeitos mais comuns são diarreia e síndrome mão-pé.

28) Em relação à hemorragia digestiva alta no paciente cirrótico, assinala a alternativa incorreta:

- a) Um gradiente de pressão venosa hepática, maior ou igual a 10mmHg, é preditivo da presença de varizes esofágicas.
- b) A escleroterapia endoscópica e o mononitrato de isossorbida não estão indicados na profilaxia do primeiro sangramento varicoso (profilaxia primária).
- c) Apesar dos progressos do conhecimento científico nas últimas décadas, a mortalidade em 6 semanas, decorrente da hemorragia digestiva alta varicosa ainda se situa entre 10 e 20%.
- d) Pacientes cirróticos Child C com varizes de fino calibre, com sinais de cor vermelha, não apresentam risco aumentado de hemorragia, e devem ser apenas acompanhados com endoscopia anual para avaliar a progressão do calibre das varizes.
- e) Para a prevenção do primeiro sangramento em pacientes cirróticos com varizes de médio ou grosso calibre pode-se escolher o uso de betabloqueadores não seletivos ou ligadura elástica, de acordo com os recursos locais e perícia do serviço médico no qual o paciente é acompanhado.

29) Em relação ao tratamento da hemorragia digestiva alta varicosa no paciente cirrótico, assinala a alternativa incorreta:

- a) A profilaxia com antibióticos faz parte do tratamento medicamentoso da hemorragia digestiva alta e deve ser administrado desde a admissão, mesmo em pacientes sem ascite, os antimicrobianos de escolha são ceftriaxone e quinolonas.
- b) O tempo de protrombina / RNI, isoladamente, não é bom marcador do estado de coagulação do paciente cirrótico.
- c) O paciente deve ser transfundido de forma conservadora para manter a hemoglobina em 9g/dl, devendo considerar as co-morbidades associadas, idade, estado hemodinâmico e presença de sangramento ativo na definição desse valor.
- d) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada em até 12 horas após a admissão; na suspeita de sangramento varicoso, deve-se administrar drogas vasoativas (terlipressina, somatostatina, octreotida) o mais rápido possível em combinação com o tratamento endoscópico. As drogas vasoativas devem ser mantidas por até 5 dias.
- e) O uso de balão esofágico deve ser considerado apenas em casos de sangramento maciço, geralmente por 24 horas, como tratamento de ponte para estabilização do paciente até a instituição do tratamento definitivo.

30) No paciente cirrótico, em relação ao tratamento da hemorragia digestiva alta varicosa e a profilaxia após o sangramento assinala a alternativa correta:

- a) No tratamento do sangramento varicoso agudo a preferência é pela escleroterapia, já que o procedimento de ligadura elástica pode ser dificultado pelo sangramento ativo.
- b) O shunt portossistêmico intra-hepático transjugular deve ser indicado precocemente (dentro de 72 horas) em pacientes de alto risco para falha de tratamento (Child C < 14 pontos ou Child B com sangramento ativo) após tratamento farmacológico e endoscópico iniciais.
- c) O uso de cianoacrilato é o tratamento de escolha para as varizes gástricas isoladas e varizes esôfago-gástricas tipo 1.
- d) Nos casos de ressangramento durante os primeiros cinco dias, não se deve indicar novo tratamento endoscópico, devendo-se indicar imediatamente o shunt portossistêmico intra-hepático transjugular.
- e) A profilaxia secundária do sangramento deve ser iniciada o mais precocemente possível, com o uso de betabloqueadores não seletivos. A associação de beta bloqueadores e tratamento endoscópico não parece trazer benefícios na diminuição das taxas de ressangramento.

31) Em relação a ascite em pacientes cirróticos, assinale a alternativa correta:

- a) É recomendável o uso de plasma fresco congelado e transfusão de plaquetas antes de realizar paracentese em pacientes com coagulopatia.
- b) Um gradiente sero-ascítico de albumina maior ou igual a 1,1 possui acurácia de 80% em prever que o paciente tem hipertensão portal. O uso de diuréticos em altas doses pode falsear seu resultado.
- c) Toda ascite de início recente deve ser puncionada. A investigação laboratorial inicial do líquido ascítico deve incluir contagem de células e diferencial, gradiente sero-ascítico de albumina, cultura para bactérias, adenosina desaminase (ADA). A dosagem do ca125 pode ser útil para diferenciar os casos de ascite por hipertensão portal das ascites por neoplasia ginecológica.
- d) Insuficiência cardíaca é a segunda causa mais comum de ascite, o gradiente sero-ascítico de albumina é maior ou igual a 1,1, como na hipertensão portal, entretanto o conteúdo total de proteína no líquido ascítico na ascite cardiogênica é maior que na cirrose hepática, habitualmente acima de 2,5mg/dl, auxiliando no diagnóstico diferencial entre as duas patologias.
- e) Embora a ascite seja marcador de mau prognóstico na cirrose hepática, a sobrevida em dois anos após seu aparecimento chega a 80%.

32) Em relação ao tratamento da ascite, assinale a alternativa incorreta:

- a) Recomenda-se que para paracenteses de grande volume (acima de 5 litros) seja feita a infusão de albumina 6-8g/l de ascite removida, com melhora da sobrevida.
- b) Nos pacientes sensíveis ao uso de diuréticos, com ascite de grande volume, a preferência é pelo tratamento com paracenteses seriadas em comparação com restrição de sódio e diuréticos.
- c) O uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores do receptor da angiotensina pode ser prejudicial no paciente com ascite, com risco de piora da função renal e necessidade de controle pressórico. O uso de anti-inflamatórios não esteroidais deve ser evitado ao máximo no paciente cirrótico com ascite.
- d) O tratamento de primeira linha consiste em restrição de sódio 2g/dia e diuréticos, particularmente espironolactona associado ou não a furosemida, nas doses máximas de 400mg/d e 160mg/d respectivamente.
- e) A restrição hídrica só é necessária quando o sódio sérico está abaixo de 125mmol/L.

33) Em relação à peritonite bacteriana espontânea, assinale a alternativa incorreta:

- a) A peritonite bacteriana espontânea ocorre em 10-30% dos pacientes cirróticos internados com ascite.
- b) Deve-se suspeitar de peritonite bacteriana secundária em pacientes com sintomas abdominais localizatórios no exame físico, presença de múltiplos organismos na cultura do líquido ascítico, alta contagem de neutrófilos no líquido ascítico e/ou alta concentração proteica no líquido ascítico. As dosagens de desidrogenase láctica e glicose no líquido ascítico podem auxiliar no diagnóstico diferencial e os pacientes devem ser submetidos a exame de imagem do abdômen para elucidação diagnóstica.
- c) Para o diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea são necessárias contagem de neutrófilos maior ou igual a 250/mm³ com ou sem positividade da cultura do líquido ascítico.
- d) Pacientes com suspeita de peritonite bacteriana espontânea com creatinina sérica maior ou igual a 1,2mg/dL, uréia sérica maior ou igual 50mg/dL ou bilirrubina total maior que 4mg/dL devem receber albumina 1,5g/kg ao diagnóstico, e 1g/kg no terceiro dia para prevenção de síndrome hepatorenal.
- e) A profilaxia de peritonite bacteriana espontânea, com antibiótico por longo prazo, está recomendada nos casos de episódio prévio de peritonite bacteriana espontânea, e pacientes com proteína total baixa no líquido ascítico (menor que 1,5g/dL) com prejuízo de função renal (creatinina > 1,2mg/dL, ureia sérica maior ou igual a 25mg/dL, ou sódio sérico menor ou igual a 130mmol/L) ou insuficiência hepática (escore de Child maior ou igual a 9 e bilirrubina sérica total maior ou igual a 3mg/dL).

34) A insuficiência renal aguda é evento clínico frequente em pacientes com doença hepática crônica, afetando de forma significativa o seu prognóstico. A síndrome hepatorenal é uma das formas de insuficiência renal aguda que ocorre em cerca de 10% dos pacientes cirróticos com ascite. Em relação a síndrome hepatorenal assinale a alternativa correta:

- a) A síndrome hepatorenal pode ser classificada em subtipos 1 e 2. A tipo 1 consiste em insuficiência renal rapidamente progressiva que habitualmente apresenta relação temporal com fator desencadeante, resultando em piora da função hepática e deterioração da função de múltiplos órgãos. É habitualmente diagnosticada quando a creatinina aumenta mais de 100% em relação ao valor basal do paciente ou quando atinge níveis acima de 2,5mg/dL. A tipo 2 ocorre em pacientes com ascite refratária, com perda moderada da função renal (creatinina sérica maior ou igual a 1,5mg/dL) e retenção importante de sódio.
- b) Entre os critérios para diagnóstico da síndrome hepatorenal propostos pelo Clube Internacional de ascite, está incluída a ausência de melhora da creatinina sérica (para níveis abaixo de 1,5mg/dL) após ao menos 3 dias da suspensão dos diuréticos e expansão do volume plasmático com albumina 1g/kg ou soro fisiológico 1500ml.
- c) Para o diagnóstico de síndrome hepatorenal é necessária a exclusão de choque séptico, bem como a presença de infecções bacterianas, ainda que já tratadas.
- d) O tratamento da síndrome hepatorenal tipo 1 consiste na associação de infusão de albumina (na dose fixa de 60g/dia) e drogas vasoativas. A droga mais estudada para o tratamento da síndrome hepatorenal é a terlipressina, eficaz em 40-60% dos casos, administrada em infusão endovenosa contínua na dose de 2-12mg/dia.
- e) A associação de drogas vasoativas e infusão de albumina na síndrome hepatorenal tipo 2, também apresenta impacto significativo na sobrevida dos pacientes, embora o tratamento de escolha seja o transplante hepático.

- 35) A Doença de Wilson é uma doença hereditária, de herança autossômica recessiva, secundária a mutações no gene ATP7B, em que há distúrbios na excreção biliar de cobre com conseqüente acúmulo nos órgãos, particularmente fígado e cérebro. Assinale a alternativa correta a respeito dessa doença:**
- a) A doença de Wilson é responsável por cerca de 6-12% dos casos de hepatite fulminante e ocorrem predominantemente em jovens do sexo masculino.
 - b) Os sintomas da doença hepática são amplamente variáveis, desde elevação assintomática das enzimas hepáticas, doença hepática crônica descompensada, e insuficiência hepática aguda grave com anemia hemolítica Coombs positivo. A maioria dos pacientes com doença hepática apresentam manifestações neurológicas, sendo que as manifestações neurológicas podem preceder as hepáticas em até 10 anos.
 - c) O achado clínico característico da doença de Wilson é o anel de Kayser-Fleischer, presente em 95% dos pacientes com acometimento neurológico e um pouco mais da metade dos pacientes sem sintomas neurológicos. Em crianças com a forma hepática da doença, o anel geralmente está ausente. A presença do anel de Kayser-Fleischer não é totalmente específica para doença de Wilson, podendo ser encontrada em doenças colestáticas crônicas.
 - d) Os critérios diagnósticos propostos para a doença no 8º Encontro Internacional em Doença de Wilson em 2001, incluem apenas diminuição dos níveis séricos de ceruloplasmina, aumento do cobre em urina de 24 horas, pesquisa genética e detecção do anel de Kayser-Fleischer em exame oftalmológico de fundoscopia.
 - e) O tratamento inicial de pacientes sintomáticos deve ser feito com agente quelante de cobre como a D-penicilamina ou trientine (este último melhor tolerado). Os sais de zinco podem ter seu papel de primeira linha no tratamento de pacientes com sintomas neurológicos. O tratamento pode ser suspenso após documentação da normalização dos níveis de ceruloplasmina e cobre urinário e desaparecimento do anel de Kayser-Fleischer quando este estiver presente.
- 36) A hepatite auto-imune é uma doença hepática crônica de caráter auto-imune, cuja fisiopatologia ainda não está bem estabelecida. Em relação a hepatite auto-imune, assinale a alternativa correta:**
- a) A hepatite auto-imune se caracteriza por ser uma hepatite crônica, que afeta predominantemente o sexo feminino, cursando com hipergamaglobulinemia e positividade de auto-anticorpos evoluindo com cerca de 40% de mortalidade em 6 meses quando não tratada.
 - b) Os achados histológicos mais característicos são hepatite de interface, presença de plasmócitos, rosetas e lesão ductal florida
 - c) Os anticorpos hepáticos rotineiramente pesquisados para o diagnóstico da doença são anticorpo antinúcleo, anticorpo antimúsculo liso, anticorpo antimicrosoma de fígado e rim tipo 1, anticorpo anticitosol hepático, anticorpo antimitocôndria e anticorpo antiantígeno hepático solúvel (anti-SLA). Títulos de auto-anticorpos abaixo de 1:80 são considerados negativos.
 - d) A hepatite auto-imune pode ser classificada em tipos 1, 2 e 3, de acordo com a positividade dos auto-anticorpos. A hepatite auto-imune tipo 1, se caracteriza pela positividade dos anticorpos antinúcleo e/ou antimúsculo liso. A hepatite auto-imune tipo 2 pela positividade do antimicrosoma de fígado e rim tipo 1 e a hepatite auto-imune tipo 3, pela positividade do anticorpo antiantígeno hepático solúvel (anti-SLA).
 - e) O tratamento de escolha é a associação de azatioprina 50mg/dia e prednisona 30mg/dia. Em pacientes com citopenias, deficiência de tiopurina metiltransferase, gestação ou histórico de neoplasias a melhor opção seria prednisona em monoterapia na dose inicial de 80mg/dia. O desmame é feito a cada duas semanas até se atingir a dose de manutenção de tratamento, de azatioprina 1-2mg/kg/dia e prednisona 5mg/d ou prednisona em monoterapia 20mg/dia.
- 37) A esquistossomose é doença infecciosa parasitária cujo agente etiológico é da espécie Schistosoma. No Brasil, o principal agente responsável pela infecção é o Schistosoma mansoni, 6-10 milhões de pessoas estão infectadas e 5 a 7% desenvolvem a forma hepatoesplênica da doença. Em relação à esquistossomose, assinale a alternativa correta:**
- a) A esquistossomose hepatoesplênica é mais prevalente em indivíduos de meia idade (40-50 anos) com período de latência acima de 30 anos.
 - b) A complicação mais grave é a hemorragia digestiva alta, que ocorre em 50% dos casos, o sítio mais comum é o esôfago médio.
 - c) A função hepatocelular sofre alterações precocemente na evolução da doença, com elevação dos níveis de Gamaglutamil transpeptidase e hiperbilirrubinemia direta.
 - d) A esquistossomose hepatoesplênica resulta da resposta imune do hospedeiro à presença dos ovos do Schistosoma e da reação granulomatosa desencadeada pelos antígenos que eles secretam. Esse processo inflamatório e granulomatoso pré-sinusoidal é progressivamente substituído por fibrose. O quadro anátomo-patológico mais característico é a fibrose de Symmers.
 - e) O diagnóstico é feito pela detecção dos ovos de Schistosoma em pelo menos três amostras de fezes ou biópsia da mucosa retal. A droga de escolha para tratamento é oxaminiquine, que apresenta maiores taxas de erradicação parasitária com menos efeitos colaterais, sendo que o praziquantel deve ser reservado apenas para os casos de resistência.
- 38) Em relação às doenças colestáticas do fígado, não cirrose biliar primária, não colangite esclerosante primária, está correto afirmar:**
- a) Níveis normais de gamaglutamil transpeptidase estão relacionados com a colestase intra-hepática familiar progressiva do tipo 3 e colestase da gravidez.
 - b) Persistência da membrana embriotoxon posterior, presença de vértebras em borboletas e cardiopatia valvares sugerem colestase intra-hepática familiar progressiva do tipo 2 (PFIC2), com mutações no gene JAG1.
 - c) A colestase intrahepática familiar progressiva do tipo 1 tem o mesmo defeito genético da colestase intra-hepática recorrente benigna do tipo 2 (BRIC 2), com mutações no gene ABCB11.
 - d) Os diversos tipos de colestases intra-hepática familiar progressiva (tipo 1, 2 e 3) são doenças autossômicas dominantes.
 - e) Presença de cálculos de colesterol intra-hepáticos e vesiculares, história familiar de colestase por estrógenos e colestase da gravidez estão relacionados a colestase intra-hepática familiar progressiva do tipo 3 (PFIC 3), com mutações no gene ABCB4.

39) Faça a correlação correta entre os achados histológicos de cada doença hepática.

- | | |
|------------------------------------|---|
| I. Doença de Wilson | A) macrófagos com aspecto de célula vegetal |
| II. Doença de Gaucher | B) hepatócitos xantomatosos |
| III. Colestase | C) rosetas hepatocitárias |
| IV. Cirrose biliar primária | D) lesão biliar florida |
| V. Colangite esclerosante primária | E) depósitos de metal corados pela rodanina |
| VI. Hepatite auto-imune | F) fibrose concêntrica periductal |

As associações mais corretas estão discriminadas na alternativa:

- a) IB; IIIE; IVD
- b) IIE; IVB; VIC
- c) IIA; IIIE; VF
- d) IA; IIIB; IVD
- e) IVB; VD; VIC

40) Quanto às colestases, não cirrose biliar primária, não colangite esclerosante primária, pode-se dizer:

- a) A realização de colangiografia endoscópica é muito importante para excluir doenças da árvore biliar intra e extra-hepática.
- b) A pesquisa de mutações em genes responsáveis pela expressão de receptores no polo biliar do hepatócito é fundamental.
- c) Exames de imagem do tipo ressonância magnética são fundamentais para diagnosticar colestase intra-hepática progressiva familiar do tipo 3 (PFIC3).
- d) A biópsia hepática convencional esclarece a maioria dos casos.
- e) Os níveis de gamaglutamil transpeptidase ajudam em diferenciar as formas de colestases intra e extra-hepáticas.

41) A síndrome hepatopulmonar é definida pela combinação de dilatação vascular intrapulmonar e hipoxemia em pacientes com doença hepática crônica e/ou hipertensão portal. Em relação à síndrome hepatopulmonar, é correto afirmar que:

- a) Ocorre dilatação vascular intrapulmonar em 40-60% dos pacientes com doença hepática crônica, mas apenas uma minoria, menos de 5%, apresenta hipoxemia que preencha critérios para Síndrome Hepatopulmonar.
- b) Para o diagnóstico de síndrome hepatopulmonar são necessários os seguintes achados: doença hepática crônica, aumento do gradiente de pressão alvéolo-arterial (maior ou igual a 15mmHg em pacientes com idade menor ou igual a 64 anos e maior ou igual a 20mmHg em pacientes com idade acima de 64 anos) e documentação da existência da dilatação vascular intrapulmonar por ecocardiograma transtorácico com contraste (solução salina agitada) ou cintilografia pulmonar com macroagregados de albumina marcados com tecnécio (MAA^{99m}Tc).
- c) A ocorrência de platipnéia (dessaturação de oxigenação em posição ortostática, aliviada pela posição supina) e ortodeóxia (dispnéia em posição ortostática aliviada pela posição supina), embora não patognomônicas sugerem diagnóstico de síndrome hepatopulmonar. A justificativa para a piora da dispnéia na posição ereta deve-se ao predomínio das dilatações vasculares intrapulmonares nos terços inferiores dos pulmões que, por ação da gravidade, tornam-se mais profundas, comprometendo os mecanismos normais de oxigenação arterial.
- d) O ecocardiograma transtorácico com contraste (solução salina agitada) permite a distinção entre shunt intracardiaco e intrapulmonar; no intracardiaco as bolhas são vistas no átrio esquerdo dentro de três batimentos cardíacos e no intrapulmonar, são visualizadas dentro de quatro a seis ciclos. A cintilografia pulmonar com macroagregados de albumina também permite diferenciar shunt intracardiaco e intrapulmonar, é útil em pacientes com doença respiratória concomitante e apenas uma fração de shunt acima de 10% permite o diagnóstico de síndrome hepatopulmonar.
- e) O tratamento medicamentoso da síndrome hepatopulmonar é desapontador, a oxigenoterapia está indicada quando a pressão parcial de oxigênio estiver abaixo de 60mmHg. O único tratamento definitivo é o transplante hepático, que apresenta mortalidade perioperatória aumentada nos casos graves, sendo que os principais preditores de evolução desfavorável são pressão parcial de oxigênio abaixo de 60mmHg e fração de shunt no exame de cintilografia pulmonar com macroagregados de albumina acima de 50%.

42) O colangiocarcinoma é o segundo tipo mais comum de neoplasia hepática primária e sua incidência vem aumentando gradativamente. A maioria dos tumores são adenocarcinomas que surgem a partir de células epiteliais que revestem as vias biliares intra e extra-hepáticas. A respeito do colangiocarcinoma, pode-se afirmar que:

- a) Os fatores de risco para sua ocorrência são variáveis nas diferentes localizações geográficas, 90% dos casos são esporádicos. Um dos principais fatores de risco para sua ocorrência é a colangite esclerosante primária, particularmente nos pacientes sem concomitância com doença inflamatória intestinal. Cerca de 80% dos casos são diagnosticados durante o primeiro ano do diagnóstico da colangite esclerosante primária, desenvolvendo-se principalmente na região hilar. Outros fatores de risco incluem litíase intra-hepática e Doença de Caroli.
- b) Os colangiocarcinomas podem ser estadiados anatomicamente em tumores extra-hepáticos (60%) e intrahepáticos (40%). Os extra-hepáticos podem ser subdivididos em colangiocarcinoma perihilar (tumor de Klatskin) ou tumores distais. Os tumores intra-hepáticos são subdivididos em nodular, periductal e intraductal.
- c) Há poucos sistemas para estadiamento tumoral, o mais utilizado é o de Bismuth-Corlette, que melhor se correlaciona com prognóstico e sobrevida, sendo particularmente útil para anormalidades anatômicas como trifurcações.
- d) A ressecção cirúrgica completa é o tratamento padrão ouro para o colangiocarcinoma, único tratamento potencialmente curativo. Devido a intervenções cirúrgicas extensas e quimioterapia perioperatória a sobrevida ao longo prazo vem aumentando nesses pacientes, sendo que na maioria dos casos é possível a ressecção tumoral completa pela ausência de invasão vascular central e ausência de doença parenquimatosa hepática. A sobrevida em 5 anos chega a 70% em centros especializados.
- e) Embora o transplante hepático não seja o tratamento de escolha para o colangiocarcinoma, pode ser uma opção em casos selecionados. Protocolos incluindo quimioterapia e radioterapia neo-adjuvantes com linfadenectomia de estadiamento pré transplante tem gerado resultados mais estimulantes que as baixas taxas de sobrevida dos casos da década de 1990.

43) Em relação aos tumores hepáticos benignos, pode-se afirmar que:

- a) A hiperplasia nodular focal é o segundo tumor sólido benigno mais comum do fígado, correspondendo a cerca de 8% de todos os tumores primários. Sua patogênese não é bem conhecida. Predomina em mulheres em idade fértil e o uso de anticoncepcionais está claramente relacionado ao seu aparecimento e crescimento acelerado. Geralmente apresenta-se como nódulo solitário de até 5cm. A rotura espontânea levando à hemorragia é rara. A presença de cicatriz central é o achado mais característico nos exames de imagem. Na tomografia é habitualmente isoatenuante na fase sem contraste, na fase arterial tardia apresenta realce homogêneo típico e cicatriz central hipodensa. Frequentemente se encontra também a presença de septos irradiando da cicatriz central.
- b) O hemangioma hepático é o tumor mais comum, encontrado em até 20% das autópsias e achado acidental frequente em indivíduos assintomáticos de todas as faixas etárias. Na maioria dos casos são pequenos e podem ser múltiplos em até 50%. Os que medem mais que 4cm são chamados hemangiomas gigantes e podem causar sintomas. Raramente se rompem. No exame de ultrassonografia é tipicamente descrito como nódulo hiperecôico, homogêneo e bem delimitado. O achado tomográfico mais característico é a presença de lesão hipoatenuante na fase não-contrastada. Após a administração intravenosa de meio de contraste iodado, o padrão característico de realce inclui impregnação globular periférica nas fases arterial e portal, preenchimento centripeto progressivo e persistência do realce na fase de equilíbrio. A ressonância magnética nuclear apresenta maior especificidade e importante papel no diagnóstico de tumores pequenos, com hipossinal em T1 e hipersinal em T2.
- c) O adenoma é um tumor raro, também mais frequente no sexo feminino, entretanto sua associação com uso de anticoncepcionais orais ainda não está bem estabelecida. Pacientes com doença hepática de depósito de glicogênio apresentam maior incidência. Apresenta tendência de rotura espontânea e hemorragia. Tumores grandes e múltiplos apresentam maior risco de transformação maligna. Nos exames de imagem contrastados apresentam realce arterial precoce por causa do rico suprimento arterial.
- d) O cisto hepático simples é lesão congênita que afeta 20% da população, geralmente lesões múltiplas detectadas em pacientes assintomáticos. A maioria dos casos é tratado conservadoramente, mas cistos maiores que 5cm podem ser sintomáticos, causando efeito de massa e dor abdominal; nesses casos, o tratamento preferencial é aspiração percutânea guiada por ultrassonografia ou tomografia seguida pela escleroterapia com álcool.
- e) O cisto hidático ainda é endêmico em algumas partes do mundo, sendo provocado pelo *Echinococcus granulosus*. Os humanos se infectam pela ingestão de ovos de parasita que contaminam ovelhas, gados, cachorros e gado. A maioria dos pacientes é assintomático, entretanto o choque anafilático por rotura dos cistos na cavidade peritoneal é frequente complicação da doença. O tratamento com albendazol ou mebendazol por si só é suficiente para sua erradicação, sem indicação de tratamento cirúrgico ou percutâneo.

44) A cirrose biliar primária é uma doença coleostática crônica de caráter progressivo que acomete predominantemente mulheres de meia idade. Em relação a essa doença, é incorreto afirmar que:

- a) O diagnóstico pode ser confirmado se forem estabelecidos dois dos três critérios a seguir: evidência bioquímica de coleostase, com elevação dos níveis séricos de fosfatase alcalina, positividade do anticorpo antimitocôndria e/ou evidências histológicas de colangite crônica destrutiva não supurativa e destruição dos ductos biliares interlobulares.
- b) O anticorpo antimitocôndria está presente em quase 95% dos pacientes. Em 5-10% dos casos o antimitocôndria está ausente ou presente em baixos títulos (< 1:80) quando detectados por técnica de imunofluorescência. O anticorpo antinúcleo está presente em cerca de 50% dos casos, os padrões mais encontrados são contra as proteínas anti-GP210 e/ou anti-SP100 (nuclear dots), podendo se correlacionar com a gravidade da doença.
- c) Os sintomas mais comuns da doença são fadiga e prurido cutâneo. A fadiga ocorre em cerca de 80% dos casos, é o sintoma mais comum, inespecífico, que não apresenta relação com gravidade histológica ou duração da doença, sendo frequentemente associada a sonolência diurna. O prurido é um sintoma mais específico da doença, ocorrendo em 20-70% dos casos, apresenta piora noturna e sofre exacerbação com calor, gestação. O prurido costuma estar ausente nas fases mais avançadas da doença.
- d) Nos consensos sobre o tratamento do prurido cutâneo, fazem parte do arsenal terapêutico os anti-histamínicos, colestiramina, rifampicina, naltrexona, sertralina, e o ácido ursodesoxicólico.
- e) O ácido ursodesoxicólico é o tratamento de escolha para tratamento da doença, na dose de 13-15mg/kg/dia, com benefícios bem documentados de sobrevida nos estágios mais precoces da doença. Após um ano de tratamento, deve-se avaliar a resposta ao uso de ácido ursodesoxicólico, sendo os critérios mais utilizados os de Paris e Barcelona. Não há consenso sobre a melhor opção de tratamento nos casos de resposta subótima, o uso de fibratos é uma das opções disponíveis.

45) A colangite esclerosante primária é doença coleostática crônica que afeta predominantemente homens na faixa etária dos 40 anos, com frequente associação à doença inflamatória intestinal. Em relação a essa doença, assinale a alternativa incorreta:

- a) Em pacientes com coleostase laboratorial é recomendável a realização de colangiopneumografia para diagnóstico de colangite esclerosante primária. A biópsia hepática é recomendada para pacientes com achados colangiográficos característicos (para estadiamento da fibrose), bem como para aqueles com colangiopneumografia normal (para diagnóstico de colangite esclerosante primária de pequenos ductos) e naqueles com elevação desproporcional de aminotransferases para excluir sobreposição com outras doenças.
- b) O diagnóstico diferencial incluem causas secundárias de colangite esclerosante como, por exemplo, colangiocarcinoma, metástase intra-hepática difusa, histiocitose X, colangite isquêmica, biliopatia portal, trauma biliar cirúrgico.
- c) Pode haver detecção de vários autoanticorpos na doença, a maioria com baixa prevalência e baixos títulos, sem papel definitivo para o diagnóstico de colangite esclerosante primária. O anticorpo anti-citoplasma de neutrófilos pode estar presente em 50-80% dos pacientes.
- d) A estenose dominante (aquela com diâmetro menor ou igual a 15mm no colédoco ou menor ou igual a 10mm no ducto hepático) ocorre em 45-58% dos casos, devendo-se fazer o diagnóstico diferencial com colangiocarcinoma. O tratamento de escolha é a dilatação endoscópica com ou sem stent.
- e) O papel do ácido ursodesoxicólico no tratamento da doença ainda é controverso, o consenso americano recomenda contra o seu uso e o consenso europeu permite seu uso na dose de 15-20mg/kg/dia, ainda que sem benefício documentado na sobrevida. O uso de ácido ursodesoxicólico em altas doses, 28-30mg/kg/dia, deve ser evitado porque se associou em alguns estudos a maiores taxas de evolução para óbito ou transplante hepático.

46) Em relação ao tratamento da hepatite C crônica, é correto afirmar que:

- I. O objetivo do tratamento é curar a infecção crônica pelo vírus da hepatite C prevenindo a progressão para cirrose hepática, descompensação, carcinoma hepatocelular e óbito. A erradicação viral em pacientes com fibrose avançada e cirrose hepática diminui o risco de descompensação e abole o risco de desenvolvimento de carcinoma hepatocelular.
- II. A fibrose hepática pode ser avaliada por métodos não invasivos, a biópsia pode ser reservada para os casos de incerteza ou com suspeita de etiologias adicionais.
- III. O tratamento é prioritário em pacientes com fibrose significativa (escore de Metavir F3 ou F4). Pacientes com cirrose hepática descompensada (Child B e C) podem ser tratados urgentemente com esquemas terapêuticos livres de interferon.
- IV. Pacientes com doença leve (escore de Metavir F0 e F1) sem manifestações extra-hepáticas da doença devem ser tratados imediatamente visto as altas taxas de resposta virológica sustentada nessa população.
- V. A genotipagem da IL28B continua tendo papel tão fundamental na indicação de tratamento da hepatite C com os novos antivirais, de ação direta quanto o tinha durante o tratamento com interferon peguilado e ribavirina.
- VI. O tratamento com interferon peguilado e ribavirina resultam em taxas de resposta virológica sustentada (carga viral indetectável após três meses da suspensão do tratamento) de 70-90% para os genótipos 2,3,5 e 6 e abaixo de 50% nos genótipos 1 e 4.
- VII. Em 2011, a adição dos novos antivirais de ação direta de primeira geração (boceprevir e telaprevir) ao tratamento convencional com interferon peguilado e ribavirina aumentou as taxas de resposta virológica sustentada para cerca de 75% nos pacientes virgens de tratamento e próximo de 60% para os experimentados. Algumas de suas desvantagens incluem farmacocinética desfavorável (administração três vezes ao dia), alto potencial de interações medicamentosas, efeitos adversos graves (como síndrome de DRESS e Stevens-Johnson) e limitação de seu uso para o genótipo 1.
- VIII. Em 2014 a possibilidade de uso do primeiro inibidor nucleotídeo da polimerase NS5B representou marco importante no tratamento da hepatite C, por ser considerado seguro, bem tolerado, com atividade pangênica e alta barreira de resistência. Possibilitou melhora das taxas de resposta virológica sustentada para 82-100% nos virgens de tratamento infectados pelos genótipos 1,4,5 ou 6.

São verdadeiras as seguintes afirmações:

- a) II, III e IV, apenas.
- b) I, II e VII, apenas.
- c) III, IV e V, apenas.
- d) V, VI e VII, apenas.
- e) VI, VII e VIII, apenas.

47) De acordo com a portaria brasileira do Ministério da Saúde, publicada em 2009, em relação à hepatite B crônica, pode-se afirmar que:

- a) Pacientes HBeAg reagentes, não cirróticos, virgens de tratamento e com ALT normal devem ser inicialmente tratados com interferon alfa por 16 a 24 semanas.
- b) Pacientes HBeAg não reagentes, não cirróticos, virgens de tratamento e com ALT alterada devem ser tratados com entecavir caso apresentem carga viral maior ou igual a 2000 UI/ml.
- c) Pacientes HBeAg reagentes, não cirróticos, virgens de tratamento e com ALT alterada devem ser submetidos a biópsia hepática para estadiamento de fibrose e de atividade inflamatória, devendo ser tratados nos casos de escore de fibrose pelo Metavir maior ou igual a F2 ou escore de atividade inflamatória pelo Metavir maior ou igual a A2.
- d) Pacientes cirróticos Child B e C e/ou HBeAg reagentes devem ser tratados independentemente da carga viral e valor de transaminases. A droga de escolha é o entecavir. Devem ser encaminhados para lista de transplante hepático.
- e) Pacientes cirróticos, Child A, HBeAg não reagentes, com transaminases normais devem ser tratados mesmo que a carga viral esteja abaixo de 200UI/ml.

48) O transplante hepático é o tratamento de escolha para pacientes com cirrose hepática descompensada com bons resultados de sobrevida a longo prazo. Em relação ao transplante hepático, é correto afirmar que:

- a) Pacientes cirróticos que desenvolvem ascite, encefalopatia hepática ou disfunção hepatocelular com MELD maior ou igual a 15 devem ser avaliados quanto a possibilidade de transplante hepático. Deve-se tratar a etiologia e os componentes da descompensação hepática.
- b) O transplante simultâneo de fígado e rim está indicado para candidatos a transplante hepático com doença renal crônica com taxa de filtração glomerular menor que 30ml/min ou com doença renal aguda com necessidade de 12 semanas ou mais de hemodiálise.
- c) Pacientes, portadores de HIV, não podem ser transplantados, independentemente do estado imunológico e carga viral, pelo risco de piora clínica do HIV após o transplante hepático.
- d) Pela portaria nacional de transplante, pacientes, portadores de cirrose hepática, de etiologia alcoólica devem ter tempo mínimo de abstinência de quatro meses antes da inclusão em fila de transplante hepático.
- e) Os pacientes transplantados com idade igual a ou maior que 12 anos, com trombose tardia da artéria hepática, notificada a partir do 16º dia após o transplante, receberão MELD ajustado de 40, com priorização para retransplante hepático.

49) Em relação ao manejo clínico dos pacientes após transplante hepático, podemos afirmar que:

- a) Pacientes de alto risco para infecção por citomegalovírus (receptor com sorologia IgG negativo para citomegalovírus com doador com sorologia IgG positivo para citomegalovírus) devem receber profilaxia com ganciclovir ou valganciclovir nos seis primeiros meses após transplante.
- b) A doença linfoproliferativa pós-transplante deve ser considerada em pacientes de alto risco que se apresentam com febre sem origem determinada, linfadenopatia ou citopenias. A positividade de viremia para Epstein-Barr Vírus é obrigatória para seu diagnóstico, que requer também exame anátomo-patológico.
- c) A gestação deve ser adiada pelo menos até o primeiro ano após transplante hepático, em momento com função estável do enxerto, com imunossupressão ajustada e controle adequado de co-morbidades como hipertensão e diabetes. No caso de gestação após transplante hepático, a paciente deve ser acompanhada em serviço de pré natal de alto risco. A imunossupressão ideal é a monoterapia com tacrolimus, embora ciclosporina, azatioprina e prednisona possam ser consideradas caso necessário.
- d) Todos os pacientes transplantados devem receber profilaxia contra *Pneumocystis jirovecii* com sulfametoxazol e trimetoprim 400/80mg, um comprimido três vezes por semana por pelo um ano após o transplante.
- e) A imunossupressão preferencial para pacientes transplantados por cirrose biliar primária é o tacrolimus porque o uso desse inibidor de calcineurina resulta em menor risco de recidiva da doença original quando comparado à ciclosporina.

50) A doença de Gaucher é a doença de depósito lisossômico mais comum no mundo, devendo ser considerada em qualquer adulto ou criança com esplenomegalia inexplicada e citopenias, afetando 1 a cada 40.000 nascidos vivos. Em relação a essa doença, pode-se afirmar que:

- a) É uma doença genética relacionada com o metabolismo dos esfingolípidos (um tipo de gordura) de herança autossômica recessiva, causada por deficiência na enzima glucocerebrosidase devido à mutações do cromossomo 1, no gene GBA1 (ácido- β -glucosidase). O resultado é acúmulo de glucosilceramida nos lisossomos de macrófagos levando a um amplo espectro de manifestações fenotípicas.
- b) A doença é classificada em 3 tipos, de acordo com os achados clínicos, etnia e história natural da doença: Tipo 1 ou não neuropática (sem envolvimento neurológico), tipo 2 ou neuropática aguda e tipo 3 ou neuropática crônica. As formas neuropáticas são as mais comuns, com incidência estimada de 1:10.000 a 1:20.000. A forma neuropática tipo 2 é mais grave e de surgimento precoce, quando comparada a tipo 3, geralmente fatal por volta de 2 anos de idade. A doença de Gaucher tipo 3 é classificada em subtipos A, B, C e D.
- c) Na doença de Gaucher tipo 1 (não neuropática) os sintomas geralmente apresentados são hepatoesplenomegalia indolor, com hiperesplenismo e citopenias. A hepatoesplenomegalia pode atingir grandes proporções. As citopenias são decorrentes de hiperesplenismo, não havendo infiltração medular pelas células de Gaucher. Esses sintomas podem se associar a fadiga, plenitude gástrica pós-prandial com diminuição da ingestão alimentar e retardo de crescimento e desenvolvimento de puberdade em crianças. Alguns indivíduos com este genótipo permanecem assintomáticos durante toda vida. No entanto, mesmo os "assintomáticos", normalmente têm organomegalia e citopenia. A doença óssea se manifesta como dor óssea, osteoporose e fraturas patológicas com necrose vascular e deformidades como cifose.
- d) O diagnóstico é feito pela dosagem da atividade da enzima β -glicosidase nos leucócitos (glóbulos brancos do sangue) ou nos fibroblastos em biópsia de pele. Quando há incerteza em relação ao diagnóstico, pode ser indicada uma biópsia da medula óssea, ou mielograma, para identificar células de Gaucher ou pesquisa genética. Nos pacientes com Gaucher o nível de atividade da enzima fica 70% abaixo do normal. A determinação da atividade enzimática é essencial para o diagnóstico da doença e, conseqüentemente, para o tratamento.
- e) O tratamento consiste em reposição enzimática e todos os pacientes necessitam de tratamento, sendo igualmente eficaz tanto na redução da organomegalia, quanto na melhora da citopenia e dos sintomas neurológicos.

