



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – HOSPITAL DE CLÍNICAS
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Edital nº 52-53/2017 – HC - Edital nº 056/2017 – HT
Prova Teórica – 02/11/2017

INSCRIÇÃO	TURMA	NOME DO CANDIDATO
-----------	-------	-------------------

ASSINO DECLARANDO QUE LI E COMPREENDI AS INSTRUÇÕES ABAIXO:	ORDEM
---	-------

106 – Gastroenterologia

INSTRUÇÕES

- Confira, acima, o seu número de inscrição, turma e nome. Assine no local indicado.
- Aguarde autorização para abrir o caderno de prova. Antes de iniciar a resolução das questões, confira a numeração de todas as páginas.
- A prova é composta de 50 questões objetivas.
- Nesta prova, as questões objetivas são de múltipla escolha, com 5 alternativas cada uma, sempre na sequência **a, b, c, d, e**, das quais somente uma deve ser assinalada.
- A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores de prova.
- Ao receber o cartão-resposta, examine-o e verifique se o nome impresso nele corresponde ao seu. Caso haja qualquer irregularidade, comunique-a imediatamente ao aplicador de prova.
- O cartão-resposta deverá ser preenchido com caneta esferográfica preta, tendo-se o cuidado de não ultrapassar o limite do espaço para cada marcação.
- Não será permitido ao candidato:
 - Manter em seu poder relógios e aparelhos eletrônicos ou qualquer objeto identificável pelo detector de metais. Tais aparelhos deverão ser desligados e colocados **OBRIGATORIAMENTE** dentro do saco plástico, que deverá ser acomodado embaixo da carteira ou no chão. É vedado também o porte de armas.
 - Usar bonés, gorros, chapéus ou quaisquer outros acessórios que cubram as orelhas.
 - Usar fone ou qualquer outro dispositivo no ouvido. O uso de tais dispositivos somente será permitido quando indicado para o atendimento especial.
 - Levar líquidos, exceto se a garrafa for transparente e sem rótulo.
 - Comunicar-se com outro candidato, usar calculadora e dispositivos similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
 - Portar carteira de documentos/dinheiro ou similares.
 - Usar óculos escuros, ressalvados os de grau, quando expressamente por recomendação médica, devendo o candidato, então, respeitar o subitem 4.17 do Edital.
 - Emprestar materiais para realização das provas.**Caso alguma dessas exigências seja descumprida, o candidato será excluído do processo.**
- A duração da prova é de 4 horas. Esse tempo inclui a resolução das questões e a transcrição das respostas para o cartão-resposta.
- Ao concluir a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao aplicador de prova. Aguarde autorização para entregar o caderno de prova e o cartão-resposta.
- Se desejar, anote as respostas no quadro abaixo, recorte na linha indicada e leve-o consigo.

DURAÇÃO DESTA PROVA: 4 HORAS

Específica

✕

RESPOSTAS									
01 -	06 -	11 -	16 -	21 -	26 -	31 -	36 -	41 -	46 -
02 -	07 -	12 -	17 -	22 -	27 -	32 -	37 -	42 -	47 -
03 -	08 -	13 -	18 -	23 -	28 -	33 -	38 -	43 -	48 -
04 -	09 -	14 -	19 -	24 -	29 -	34 -	39 -	44 -	49 -
05 -	10 -	15 -	20 -	25 -	30 -	35 -	40 -	45 -	50 -

01 - Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), considere as seguintes afirmativas:

1. Pirose e regurgitação alimentar são considerados sintomas típicos.
2. Comprovou-se que os sintomas dos pacientes portadores de DRGE tendem a se agravar após a erradicação do *Helicobacter pylori*.
3. A pHmetria esofágiana de 24 horas determina o volume de ácido gástrico refluído (refluxato em mL) e o seu pH.

Assinale a alternativa correta.

- a) As afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.
- b) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- d) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- ▶e) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.

02 - Um paciente de 58 anos foi submetido a endoscopia digestiva alta para avaliação de sintomas de doença do refluxo gastroesofágico. Durante o exame, observaram-se na mucosa esofágiana da transição esôfago-gástrica duas erosões lineares (soluções de continuidade) menores que 5 mm, não confluentes, confinadas às pregas mucosas. Para elaboração do laudo endoscópico, qual é a Classificação de Los Angeles para esses achados?

- a) Grau B.
- b) Grau II.
- c) Grau C.
- d) Grau III.
- ▶e) Grau A.

03 - O exame de manometria esofágiana de um homem em investigação de disfagia revelou aperistalse associada a relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior (pressão residual >8 mmHg) e pressão de repouso elevada do mesmo esfíncter (>45 mmHg). A radiografia esofágiana contrastada desse paciente revelava também retardo do esvaziamento esofágico com formação de nível hidroaéreo e imagem semelhante a “bico de passarinho” ao nível da junção esôfago-gástrica. A descrição acima é mais compatível com qual dos distúrbios motores esofágicos abaixo?

- ▶a) Acalásia.
- b) Esôfago em quebra-nozes.
- c) Espasmo difuso do esôfago.
- d) Esfíncter esofágico inferior hipertensivo.
- e) Motilidade esofágica ineficaz.

04 - Um paciente de 36 anos, portador de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) sem tratamento adequado, foi submetido a endoscopia digestiva alta para investigação de quadro de emagrecimento e disfagia. Durante o exame, observou-se na mucosa do esôfago proximal e médio a presença de múltiplas placas esbranquiçadas, com diâmetro variando entre 2 e 4 mm, não confluentes, aderidas à mucosa, associadas a edema e hiperemia, sugestivas de monilíase esofágica. Não havia úlceras esofágicas. O médico endoscopista realizou biópsias das lesões. Para elaboração do laudo endoscópico, qual é a Classificação de Kodsi para essa descrição?

- a) Kodsi grau I.
- ▶b) Kodsi grau II.
- c) Kodsi grau III.
- d) Kodsi grau IV.
- e) Kodsi grau V.

05 - Homem de 38 anos, com histórico de rinite alérgica e asma, buscou atendimento médico devido a disfagia e impactação alimentar iniciadas há alguns meses. Admitia pirose ocasional quando questionado diretamente sobre essa condição. Seu exame físico era normal e não havia perda de peso. Durante a realização do seu exame de endoscopia digestiva alta, observou-se a presença de estrias esofágicas longitudinais, traqueização esofágica (aspecto de anéis esofágicos), palidez da mucosa e áreas com fino exsudato esbranquiçado aderido à mucosa. Qual a conduta mais adequada nesse momento da realização do exame?

- a) Pesquisa de *Helicobacter pylori* nas lesões esofágicas.
- b) Escovado esofágico para diagnóstico diferencial com esofagite eosinofílica.
- c) Cromoscopia esofágica com solução de lugol.
- ▶d) Biópsias esofágicas para diagnóstico diferencial com esofagite eosinofílica.
- e) Nenhuma conduta adicional, pois a biópsia esofágica poderia resultar em perfuração do órgão.

06 - Qual a localização mais comum dos tumores estromais gastrointestinais (GIST)?

- a) Reto.
- b) Íleo terminal.
- ▶c) Estômago.
- d) Apêndice.
- e) Fígado.

07 - Com base no I Consenso Brasileiro de Ecoendoscopia publicado pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED), é correto afirmar:

- a) A sedação desse exame deve ser feita preferencialmente com a associação de midazolam e meperidina e não com propofol, devido às vantagens dos efeitos amnésicos e analgésicos dos primeiros.
- ▶ b) A ecoendoscopia digestiva alta possui elevada precisão no diagnóstico diferencial entre lesão subepitelial e compressão extrínseca de esôfago, estômago e duodeno.
- c) A ecoendoscopia digestiva alta, apesar de ser um ótimo exame de estadiamento, não consegue definir se uma neoplasia esofagiana possui critérios de irresssecabilidade, necessitando de complementação tomográfica.
- d) A ecoendoscopia digestiva alta não possui aplicabilidade no estadiamento do linfoma MALT gástrico, devendo nesses casos ser usada a ressonância nuclear magnética.
- e) A ecoendoscopia digestiva alta possui baixa sensibilidade e especificidade para avaliação de pancreatite crônica.

08 - Em relação à doença ulcerosa péptica (DUP), é correto afirmar:

- a) As úlceras gástricas são mais prevalentes que as úlceras duodenais, ocorrendo principalmente na grande curvatura do corpo gástrico.
- b) Os sintomas clínicos possuem alta especificidade e sempre permitem a diferenciação precisa entre úlcera gástrica e úlcera duodenal.
- c) As úlceras gástricas múltiplas, maiores que 1 cm, profundas, relacionadas a infecção por *Helicobacter pylori* devem ser tratadas apenas com a erradicação da bactéria (tratamento antibiótico inicial por 14 dias), sem necessidade de terapia supressora ácida adicional.
- ▶ d) O sangramento é a complicação mais frequente da DUP.
- e) Não há benefício da erradicação do *Helicobacter pylori* em pacientes cardiopatas usuários crônicos de AAS e com histórico médico progressivo de DUP cicatrizada.

09 - O exame de endoscopia digestiva alta de um homem de 32 anos, tabagista, evidenciou uma úlcera de aspecto péptico localizada no antro gástrico, com cerca de 8 mm, ovalada, com bordos bem definidos, edemaciados, hiperemiados e base da úlcera recoberta por fibrina espessa, com restos necróticos e depósitos de hematina. Não há convergência de pregas. Na Classificação de Sakita, essa lesão é classificada como:

- ▶ a) Sakita A1.
- b) Sakita A2.
- c) Sakita H1.
- d) Sakita H2.
- e) Sakita S1.

10 - Um paciente de 40 anos foi submetido a endoscopia digestiva alta para avaliação de hematótese. Durante o exame, observou-se na mucosa de antro gástrico uma úlcera de aspecto péptico, com 10 mm de diâmetro, bordos bem delimitados e edemaciados, com fundo da úlcera apresentando coto vascular visível sem sinais de sangramento ativo. Para elaboração do laudo endoscópico, qual é a Classificação de Forrest para essa descrição?

- a) Forrest IA.
- ▶ b) Forrest IIA.
- c) Forrest IB.
- d) Forrest IIB.
- e) Forrest IIC.

11 - De acordo com o 3º Consenso Brasileiro para Estudo do *Helicobacter pylori*, em pacientes dispépticos que sejam submetidos a endoscopia digestiva alta com recomendação para pesquisa da presença de *Helicobacter pylori*, deve-se proceder com a coleta de pelo menos quantos fragmentos gástricos?

- a) Apenas um fragmento do antro gástrico.
- b) Um fragmento do antro, um do corpo gástrico e outro da incisura angular.
- ▶ c) Um fragmento do antro e outro do corpo gástrico.
- d) Apenas um fragmento do corpo gástrico.
- e) Fragmentos do fundo, corpo, antro e incisura angular, totalizando 4 fragmentos.

12 - De acordo com o 3º Consenso Brasileiro para Estudo do *Helicobacter pylori*, é correto afirmar:

- a) A erradicação do *Helicobacter pylori* não deve ser considerada em pacientes com dispepsia funcional, devido à alta incidência de retorno dos sintomas após 1 ano da sua erradicação.
- b) O controle da cura da infecção pelo *Helicobacter pylori* deve ser feito logo nas primeiras 4 semanas do término do esquema antibiótico.
- c) O *Helicobacter pylori* é um agente carcinógeno tipo 2A para adenocarcinoma gástrico.
- ▶ d) Recomenda-se testar a presença do *Helicobacter pylori* através de métodos não invasivos e tratar os pacientes dispépticos adultos com idade inferior a 35 anos, sem sintomas de alarme e sem histórico familiar de câncer gástrico.
- e) A erradicação do *Helicobacter pylori* não promove aumento dos níveis plaquetários nos pacientes portadores de púrpura trombocitopênica idiopática.

13 - De acordo com o 3º Consenso Brasileiro para Estudo do *Helicobacter pylori*, como é definido o tratamento sequencial para erradicação dessa bactéria?

- a) Dose dobrada do inibidor da bomba de prótons em associação com amoxicilina 1 g de 12/12 horas durante 5 dias, seguida da administração de dose padrão do inibidor da bomba de prótons em associação com furazolidona 400 mg de 12/12 horas e metronidazol 400 mg de 8/8 horas por mais 5 dias.
- b) Dose padrão do inibidor da bomba de prótons em associação com amoxicilina 1 g de 12/12 horas e claritromicina durante 7 dias.
- ▶ c) Dose padrão do inibidor da bomba de prótons em associação com amoxicilina 1 g de 12/12 horas durante 5 dias, seguida da administração de dose padrão do inibidor da bomba de prótons em associação com claritromicina 500 mg de 12/12 horas e tinidazol 500 mg de 12/12 horas por mais 5 dias.
- d) Dose dobrada do inibidor da bomba de prótons em associação com claritromicina 500 mg de 12/12 horas durante 5 dias, seguida da administração de dose dobrada do inibidor da bomba de prótons em associação com amoxicilina 1 g de 12/12 horas e metronidazol 400 mg de 8/8 horas por mais 5 dias.
- e) Dose dobrada do inibidor da bomba de prótons em associação com amoxicilina 1 g de 12/12 horas durante 5 dias, seguida da administração de dose dobrada do inibidor da bomba de prótons em associação com levofloxacino 500 mg uma vez ao dia e furazolidona 400 mg de 12/12 horas por mais 5 dias.

14 - No caso de paciente portador de dermatite herpetiforme confirmada por imunofluorescência direta da biópsia de sua pele (depósito granular de IgA/C3 na derme papilar) e que não está respondendo a dieta isenta em glúten para doença celíaca, que medicação deve ser inicialmente associada ao seu tratamento dietético?

- a) Infliximabe.
- b) Aciclovir.
- c) Metotrexate.
- d) Azatioprina.
- ▶ e) Dapsona.

15 - No caso de pacientes portadores de doença celíaca, a dieta isenta em glúten:

- ▶ a) deve ser mantida para toda a vida.
- b) deve ser mantida apenas até a normalização histológica do epitélio duodenal.
- c) deve ser mantida por 1 ano e depois individualizada para cada caso, dependendo do grau de recuperação histológica duodenal (Classificação de Marsh).
- d) é opcional, visto que proteases orais para detoxificação do glúten estão sendo comercializadas no exterior e apresentam ótimos resultados.
- e) deve ser mantida apenas até a negatificação dos autoanticorpos.

16 - Assinale a alternativa que apresenta uma diferença entre sensibilidade ao glúten não celíaca (SGNC) e doença celíaca (DC).

- a) O HLA-DQ2 e HLA-DQ8 são negativos na SGNC.
- ▶ b) A SGNC é uma condição não autoimune e não alérgica.
- c) Na SGNC, os anticorpos antitransglutaminase e antiendomísio são positivos em até 80% dos casos.
- d) A SGNC associa-se ao linfoma intestinal de células B, enquanto a DC relaciona-se ao linfoma intestinal de células T.
- e) SGNC possui maior mortalidade e maior prevalência em pacientes com doenças autoimunes e síndrome de Down em relação a DC.

17 - De acordo com o 3º Consenso Europeu de Diagnóstico e Manejo da Colite Ulcerativa publicado pela Organização Europeia de Crohn e Colite (ECCO: *European Crohn' and Colitis Organisation*), é correto afirmar:

- a) Pacientes com colite extensa possuem risco semelhante de desenvolvimento de carcinoma colorretal em comparação com pacientes com proctosigmoidite.
- b) Pacientes com início da doença antes dos 40 anos de idade tendem a apresentar um quadro clínico menos agressivo, necessitando assim de menor uso de imunomoduladores.
- c) As manifestações extraintestinais, como o eritema nodoso e a epiesclerite, não precedem o início das manifestações intestinais.
- d) O uso de anti-inflamatórios não esteroidais reduz a incidência de exacerbações da colite ulcerativa.
- ▶ e) A remissão da doença pode ser considerada quando houver 3 ou menos evacuações diárias, fezes sem sangue e ausência de lesões na mucosa ao exame endoscópico.

18 - Associada como manifestação extraintestinal da colite ulcerativa, a artropatia periférica:

- ▶ a) tipo I é pauciarticular e possui um padrão assimétrico.
- b) tipo I é pauciarticular, acomete em média menos de 3 articulações pequenas e possui um padrão simétrico.
- c) tipo I é poliarticular, acomete 5 ou mais articulações grandes e possui um padrão assimétrico.
- d) tipo II é pauciarticular, possui um padrão simétrico e acomete tanto grandes quanto pequenas articulações.
- e) tipo II é poliarticular, possui um padrão assimétrico e é dependente da atividade clínica da colite ulcerativa.

- 19 - Qual dos fatores abaixo, quando presente de forma concomitante à colite ulcerativa, associa-se a maior risco de carcinoma colorretal?
- a) Iridociclite.
 - b) Eritema nodoso.
 - c) Gênero feminino.
 - ▶ d) Colangite esclerosante primária.
 - e) Níveis de proteína C reativa.
- 20 - De acordo com o Índice de Atividade da Doença de Crohn (*Crohn Disease Activity Index*), considera-se que o paciente portador de doença de Crohn encontra-se em remissão quando apresenta pontuação inferior a:
- a) 300.
 - b) 200.
 - ▶ c) 150.
 - d) 250.
 - e) 175.
- 21 - O tratamento de um paciente não HIV com diagnóstico de tuberculose intestinal deve ter duração mínima de:
- a) 3 meses.
 - b) 4 meses.
 - ▶ c) 6 meses.
 - d) 9 meses.
 - e) 12 meses.
- 22 - No sangramento digestivo baixo oriundo da doença diverticular do cólon, os divertículos que sangram mais frequentemente localizam-se no cólon:
- ▶ a) direito, sendo em geral de origem arterial.
 - b) esquerdo, sendo em geral de origem venosa.
 - c) esquerdo, não havendo distinção entre origem venosa ou arterial.
 - d) transversal, sendo em geral de origem venosa.
 - e) sigmoide, sendo em geral de origem venosa.
- 23 - Sobre as síndromes polipoides do trato gastrointestinal, é correto afirmar:
- a) A polipose adenomatosa familiar é uma doença autossômica recessiva caracterizada pelo aparecimento de pólipos adenomatosos no intestino delgado e cólon.
 - b) A síndrome de Gardner é uma doença autossômica dominante caracterizada pelo aparecimento de pólipos hamartomatosos no estômago, intestino delgado, cólon e reto e osteomas de crânio.
 - c) A síndrome de Peutz-Jeghers caracteriza-se por pólipos hiperplásicos e adenomatosos espalhados pelo trato gastrointestinal associados a pigmentação da mucosa oral e labial.
 - d) A síndrome de Cowden é uma doença autossômica recessiva caracterizada por hamartomas cutâneos e no trato gastrointestinal.
 - ▶ e) A síndrome de Turcot pode ser considerada uma variante fenotípica da polipose adenomatosa familiar e caracteriza-se pela presença de pólipos adenomatosos e tumores do sistema nervoso central.
- 24 - De acordo com a Associação Americana de Endoscopia Digestiva (*American Society for Gastrointestinal Endoscopy*), em seu *guideline* de rastreamento de carcinoma colorretal [*Gastrointestinal Endoscopy, 2017;86(1)*], o rastreamento de carcinoma colorretal na população geral deve iniciar-se aos:
- a) 35 anos.
 - b) 40 anos.
 - c) 45 anos.
 - ▶ d) 50 anos.
 - e) 55 anos.
- 25 - De acordo com a Associação Americana de Endoscopia Digestiva [*guideline de rastreamento de carcinoma colorretal, Gastrointestinal Endoscopy, 2017;86(1)*], é correto afirmar:
- a) Nos pacientes com síndrome de Lynch, o rastreamento colonoscópico deve ser feito com intervalos de 6 meses a 1 ano.
 - b) Em um paciente com colonoscopia normal, sem fatores de risco adicionais, seu próximo exame colonoscópico deve ser feito com intervalo de 3 a 5 anos.
 - ▶ c) A taxa de intubação cecal do examinador (médico endoscopista) deve ser $\geq 95\%$ para os exames de rastreamento neoplásico.
 - d) A colonoscopia possui menor sensibilidade que a pesquisa de sangue oculto fecal no rastreamento de lesões pré-cancerosas.
 - e) Em um paciente com colonoscopia normal, sem histórico familiar de neoplasia colorretal, novo rastreamento para carcinoma colorretal não é necessário.

26 - Em relação ao exame físico de um paciente com apendicite aguda, considere as seguintes afirmativas:

1. O sinal de Rovsing caracteriza-se por dor na fossa ilíaca direita ao se comprimir o hemiabdomene esquerdo.
2. O sinal do psoas sugere apendicite retrocecal.
3. O sinal do obturador sugere apendicite pélvica.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- b) Somente a afirmativa 3 é verdadeira.
- c) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- ▶ e) As afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.

27 - Um paciente com hemorroidas internas grau 2 é definido por hemorroidas internas que:

- a) não prolapsam pelo canal anal durante o esforço evacuatório.
- b) prolapsam pelo canal anal durante o esforço evacuatório e necessitam de manobras manuais para serem recolocadas para o interior do ânus ao ser cessado esse esforço.
- c) prolapsam pelo canal anal durante o esforço evacuatório e não retornam para o interior do ânus ao ser cessado esse esforço, mesmo havendo tentativas de manobras manuais.
- ▶ d) prolapsam pelo canal anal durante o esforço evacuatório e retornam espontaneamente para o interior do ânus ao ser cessado esse esforço.
- e) prolapsam pelo canal anal durante o esforço evacuatório, retornam para o interior do ânus por meio de manobras manuais, mas voltam a se exteriorizar novamente após a finalização destas.

28 - De acordo com o Consenso de BAVENO VI (*J Hepatol. 2015 Sep;63(3):743-52*), considere as seguintes afirmativas:

1. Todos os pacientes portadores de cirrose hepática compensada devem ser encaminhados para a realização de exame de endoscopia digestiva alta para rastreamento de varizes de esôfago, independentemente de sua contagem plaquetária ou valor de rigidez hepática pela elastografia transitória.
2. Nos pacientes portadores de cirrose hepática compensada, nos quais o agente etiológico da cirrose continua presente (exemplo: ausência de resposta virológica sustentada a hepatite C crônica), nos quais a endoscopia digestiva alta (EDA) detectou a presença de varizes de esôfago de fino calibre, uma nova EDA deve ser feita com intervalo de 1 ano.
3. Recomenda-se o uso de betabloqueadores não seletivos nos pacientes portadores de cirrose hepática descompensada em que o agente etiológico da cirrose continua presente (exemplo: ausência de resposta virológica sustentada a hepatite C crônica), nos quais a endoscopia digestiva alta (EDA) não detectou a presença de varizes de esôfago, com o objetivo de prevenir sua formação (profilaxia pré-primária).

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- ▶ b) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- c) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.

29 - Sobre o manejo da hemorragia digestiva alta varicosa (HDAv) ativa em pacientes portadores de cirrose hepática (baseado no Consenso de BAVENO VI; *J Hepatol. 2015 Sep;63(3):743-52*), considere as seguintes afirmativas:

1. Para a realização do exame de Endoscopia Digestiva Alta, é mandatória a solicitação do exame de tempo de protrombina, para a acurada avaliação do estado de coagulação do paciente cirrótico e decisão sobre a necessidade de transfusão de plasma fresco congelado.
2. Devem-se iniciar drogas vasoativas, como terlipressina ou octreotida ou somatostatina, juntamente com a terapia endoscópica, sendo tais drogas mantidas por 7 dias.
3. Deve-se iniciar antibioticoprofilaxia nos pacientes cirróticos em atendimento por HDAv.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- ▶ b) Somente a afirmativa 3 é verdadeira.
- c) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.

30 - De acordo com a Resolução da ANVISA nº 6, de 10 de março de 2013, artigo 4º, que se refere aos requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de endoscopia, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

- () Considera-se um Serviço de Endoscopia como Tipo I quando ele realiza procedimentos endoscópicos sem sedação ou anestésicos tópicos.
- () Considera-se um Serviço de Endoscopia como Tipo II quando ele, além de realizar os procedimentos do serviço Tipo I, realiza ainda procedimentos endoscópicos sob sedação consciente, com medicação passível de reversão com uso de antagonistas.
- () Considera-se um Serviço de Endoscopia como Tipo III quando ele, além de realizar os procedimentos dos serviços Tipos I e II, realiza procedimentos endoscópicos sob qualquer tipo de sedação ou anestesia.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

- ▶ a) F – V – V.
- b) V – V – V.
- c) F – V – F.
- d) F – F – F.
- e) V – F – F.

31 - A Resolução da ANVISA nº 6, de 10 de março de 2013, em seus artigos 33 e 34, estabelece que o processo de limpeza de todos os canais, válvulas e conectores deve incluir escovação e irrigação de todos os componentes externos e internos, com utilização de detergente, conforme orientação do fabricante, e que após o processo de limpeza os equipamentos endoscópicos e seus acessórios devem ser:

- a) submetidos à secagem e logo em seguida armazenados em local limpo e arejado, para posterior reutilização.
- b) encaminhados a autoclavagem para esterilização.
- c) submetidos a nova lavagem mecânica e, após esta, encaminhados diretamente a qualquer método de desinfecção ou esterilização.
- d) submetidos diretamente a qualquer método de desinfecção ou esterilização.
- ▶ e) submetidos à secagem antes de qualquer método de desinfecção ou esterilização.

32 - Possuem procedimentos endoscópicos classificados como de baixo risco para sangramento, de acordo com a Associação Americana de Endoscopia Digestiva (*American Society for Gastrointestinal Endoscopy*), EXCETO:

- a) colonoscopia diagnóstica.
- b) ablação de esôfago de Barrett.
- ▶ c) jejunostomia endoscópica percutânea.
- d) endoscopia digestiva alta com biópsias da mucosa gástrica para pesquisa de *Helicobacter pylori*.
- e) cápsula endoscópica.

33 - Homem de 66 anos, portador de valva mitral metálica em uso de warfarina 5 mg ao dia e com sua anticoagulação controlada (RNI variando no último ano entre 2,0 e 2,4; RNI coletado há 15 dias de 2,2), busca atendimento médico para realização de endoscopia digestiva alta diagnóstica devido a sintomas de dispépticos iniciados há 6 meses. Com base nas orientações da Associação Americana de Endoscopia Digestiva [guideline de manejo de agentes antitrombóticos em pacientes submetidos a endoscopia gastrointestinal; *Gastrointestinal Endoscopy 2016;83(1)*], na conduta correta em relação à anticoagulação do paciente para realização desse exame endoscópico diagnóstico, a warfarina:

- a) deve ser substituída por heparina de baixo peso molecular no dia que antecede o exame endoscópico, mas a heparina não deve ser aplicada no dia do exame.
- ▶ b) pode ser mantida no período periendoscópico.
- c) deve ser suspensa 5 dias antes do exame e este só deve ser feito quando o RNI estiver abaixo de 2.
- d) deve ser suspensa no dia que antecede o exame e deve-se administrar plasma fresco congelado uma hora antes do procedimento diagnóstico.
- e) deve ser suspensa 3 dias antes do exame e deve-se administrar vitamina K durante esse período.

34 - De acordo com a Associação Americana de Endoscopia Digestiva [guideline de antibioticoprofilaxia na endoscopia gastrointestinal; *Gastrointestinal Endoscopy 2015;81(1)*], assinale a alternativa que apresenta procedimentos endoscópicos classificados como de alto risco para bacteremia.

- a) Colonoscopia com polipectomia, escleroterapia de varizes esofágicas e ultrassom endoscópico com punção por agulha fina de lesões pancreáticas císticas.
- b) Colonoscopia com biópsias seriadas do cólon, ligadura elástica de varizes esofágicas e instrumentação de via biliar não obstruída.
- c) Ablação esofagiana de esôfago de Barrett, ligadura elástica de varizes esofágicas e ultrassom endoscópico com punção por agulha fina de lesões pancreáticas sólidas.
- ▶ d) Dilatação esofagiana, escleroterapia de varizes esofágicas e instrumentação de via biliar obstruída.
- e) Colonoscopia diagnóstica em cólon sem preparo adequado, ligadura elástica de varizes esofágicas e ultrassom endoscópico com punção por agulha fina de lesões pancreáticas sólidas.

35 - Mulher de 72 anos, portadora de prótese total de quadril esquerdo colocada há 1 ano, busca atendimento médico para realização de colonoscopia diagnóstica para rastreio de neoplasia colorretal. A paciente nega sintomas específicos ou outras comorbidades. Ela conta que seu médico geriatra pediu a colonoscopia como check-up. Com base nas orientações da Associação Americana de Endoscopia Digestiva [guideline de antibioticoprofilaxia na endoscopia gastrointestinal; *Gastrointestinal Endoscopy* 2015;81(1)], assinale a alternativa que apresenta a conduta correta em relação à antibioticoterapia profilática dessa paciente para prevenção de artrite séptica.

- ▶ a) Nenhum esquema de antibioticoprofilaxia é recomendado nesse caso.
- b) Deve-se indicar apenas amoxicilina 1 g em dose única no dia do procedimento.
- c) Deve-se indicar amoxicilina 1 g em dose única no dia do procedimento e no dia seguinte.
- d) Deve-se indicar ampicilina 500 mg de 6/6 horas por 48 horas, iniciando-se no dia que antecede o procedimento.
- e) Deve-se indicar ciprofloxacino 500 mg de 12/12 horas por 72 horas, iniciando-se no dia do procedimento.

36 - Em relação às pancreatites, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

- () Pacientes com pancreatite aguda alcoólica, mas não pancreatite aguda biliar, devem iniciar antibioticoterapia profilática para prevenção de infecção do parênquima pancreático já no 1º dia de tratamento.
- () Pacientes com pancreatite autoimune podem apresentar hipergamaglobulinemia e elevação de IgG4.
- () A corticoterapia é o tratamento padrão inicial para os casos de pancreatite autoimune.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

- a) F – V – F.
- b) V – V – F.
- c) V – F – V.
- ▶ d) F – V – V.
- e) V – F – F.

37 - Qual é a principal etiologia de pancreatite crônica no Brasil?

- ▶ a) Alcoolismo.
- b) Idiopática.
- c) Obstrução benigna do ducto pancreático.
- d) Tropical.
- e) Fibrose cística.

38 - Em relação à avaliação da insuficiência exócrina pancreática (IEP) na pancreatite crônica, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

- () A concentração fecal de elastase-I pancreática é útil no diagnóstico de IEP.
- () A redução dos níveis séricos de amilase e lipase se correlacionam diretamente com a evolução para IEP.
- () O teste qualitativo de pesquisa de gordura fecal (SUDAN III) possui elevada sensibilidade para detecção de má-absorção de gordura, conseguindo detectar esteatorreia acima de 10 g/dia.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

- a) F – F – F.
- b) V – V – V.
- ▶ c) V – F – F.
- d) F – V – V.
- e) V – F – V.

39 - Sobre as complicações relacionadas à realização da colangiografia pancreática retrógrada endoscópica (CPRE), de acordo com Associação Americana de Endoscopia Digestiva [guideline de eventos adversos associados à CPRE; *Gastrointestinal Endoscopy* 2017;85(1)], considere as seguintes afirmativas:

1. A elevação dos níveis de amilase sérica acima de 1,2 vezes o limite superior da normalidade, em 2 a 4 horas após o procedimento, correlaciona-se diretamente com o desenvolvimento precoce de pancreatite aguda pós-CPRE.
2. A canulação difícil do ducto pancreático (exemplo: tempo de canulação acima de 10 minutos) associa-se a maior incidência de pancreatite aguda pós-CPRE.
3. O sangramento pós-CPRE relaciona-se diretamente ao tamanho da papilotomia endoscópica realizada e à presença de divertículo duodenal periampular.

Assinale a alternativa correta.

- a) As afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.
- b) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- d) Somente a afirmativa 3 é verdadeira.
- ▶ e) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.

40 - Sobre o rastreio de hepatocarcinoma em pacientes portadores de cirrose hepática, a Associação Americana para o Estudo de Doença Hepática (*American Association for the Study of Liver Disease*) recomenda, de forma geral, independentemente do impacto sobre a mortalidade, a seguinte estratégia:

- a) Realização de ultrassom de abdome a cada 6 meses, sempre associado a dosagem de alfa-fetoproteína.
- ▶ b) Realização de ultrassom de abdome a cada 6 meses, associado ou não a dosagem de alfa-fetoproteína.
- c) Realização de ultrassom de abdome a cada 12 meses, associado a dosagem de alfa-fetoproteína a cada 6 meses.
- d) Realização de ultrassom de abdome pelo menos a cada 12 meses.
- e) Dosagem de alfa-fetoproteína a cada 6 meses.

41 - Em relação ao Sistema de Escore Original Revisado para diagnóstico da hepatite autoimune (HAI) do Grupo Internacional de Hepatite Autoimune (disponível no guideline de Diagnóstico e Manejo de Hepatite Autoimune da Associação Americana para o Estudo de Doença Hepática), considere as seguintes afirmativas:

1. Escore pré-tratamento de 10 a 15 pontos indica diagnóstico provável de HAI.
2. Escore pós-tratamento de 12 a 17 pontos indica diagnóstico provável de HAI.
3. Escore pré-tratamento acima de 15 pontos indica diagnóstico definitivo de HAI.

Assinale a alternativa correta.

- ▶ a) As afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.
- b) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- c) Somente a afirmativa 3 é verdadeira.
- d) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- e) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.

42 - Em relação à ascite secundária a cirrose hepática (disponível no guideline de Manejo do Paciente Adulto com Ascite devido a Cirrose da Associação Americana para o Estudo de Doença Hepática), é correto afirmar:

- a) Para a prevenção do sangramento na realização de paracentese diagnóstica, a transfusão de plasma fresco congelado deve ser considerada de rotina quando o RNI estiver acima de 1,5 ou com tempo de protrombina acima de 15 segundos.
- b) Para a prevenção do sangramento na realização da paracentese diagnóstica, a transfusão de plaquetas deve ser considerada de rotina quando a contagem de plaquetas estiver abaixo de 80.000/mm³.
- c) A dosagem no líquido ascítico do CA125 auxilia na diferenciação entre ascite de origem neoplásica e ascite secundária a hipertensão portal, devendo ser feita de rotina nos casos em que há dúvida diagnóstica.
- d) A restrição hídrica é tão importante quanto a dieta hipossódica nos casos de ascite secundária a cirrose hepática, devendo ser recomendada especialmente aos pacientes com dosagem de sódio sérico menor ou igual a 135 mEq/L.
- ▶ e) Em um paciente submetido a paracentese de alívio com retirada de 6 litros de líquido ascítico, deve-se proceder com a infusão de albumina (exemplo: infundir 6 a 8 g de albumina por litro de líquido ascítico removido).

43 - Em relação ao uso de antibióticos no manejo das complicações da ascite secundária a cirrose hepática (disponível no guideline de Manejo do Paciente Adulto com Ascite devido a Cirrose da Associação Americana para o Estudo de Doença Hepática), é correto afirmar:

- a) Em pacientes com cirrose hepática e ascite, o uso prolongado de norfloxacino profilático pode ser justificado quando a proteína total do líquido ascítico for menor que 1,5 g/dL em associação com piora da função renal (creatinina acima de 1,2 g/dl) ou falência hepática (Escore Child-Pugh acima de 7 pontos).
- b) Pacientes com cirrose hepática que sobreviveram a um episódio de peritonite bacteriana espontânea ou ascite neutrocítica devem receber, por 6 meses, profilaxia com norfloxacino 400 mg ao dia.
- c) Pacientes com cirrose hepática admitidos com hemorragia digestiva alta varicosa devem receber profilaxia para infecções bacterianas com norfloxacino 400 mg ao dia ou ceftriaxona 1 g/dia durante 3 dias.
- ▶ d) Pacientes com cirrose hepática que apresentem em seu líquido ascítico contagem de polimorfonucleares maior ou igual a 250/mm³ devem receber antibioticoterapia.
- e) Pacientes com peritonite bacteriana espontânea associada a encefalopatia hepática grau III, choque e falência renal tratados com cefotaxima intravenoso devem ter seu esquema antibiótico substituído por ofloxacino oral, devido à sua superioridade.

44 - Em relação à cirrose hepática e hepatotoxicidade alcoólica (disponível no guideline de Doença Hepática Alcoólica da Associação Americana para o Estudo de Doença Hepática), considere as seguintes afirmativas:

1. Acredita-se que a fibrose hepática induzida pela doença hepática alcoólica inicie-se na região periportal.
2. As mulheres são cerca de 2 vezes mais sensíveis para o desenvolvimento de hepatotoxicidade mediada pelo álcool quando comparadas aos homens.
3. É necessário um mínimo de 6 meses de abstinência alcoólica para a listagem para transplante hepático.

Assinale a alternativa correta.

- a) As afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.
- ▶ b) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente a afirmativa 3 é verdadeira.
- e) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.

45 - Em relação à hepatite alcoólica (disponível no guideline de Doença Hepática Alcoólica da Associação Americana para o Estudo de Doença Hepática), assinale a alternativa correta.

- a) A Função Discriminante de Maddrey leva em conta, para o seu cálculo, os valores do tempo de protrombina do paciente, da bilirrubina total e da creatinina.
- b) Pacientes que possuam valores da Função Discriminante de Maddrey maiores ou iguais a 30 apresentam elevada mortalidade em um mês.
- c) O Escore de Hepatite Alcoólica de Glasgow (*Glasgow Alcoholic Hepatitis Score*) indica mau prognóstico quando os valores obtidos em seu cálculo, no 1º dia ou 7º dia de internação hospitalar, são inferiores a 8 pontos.
- ▶ d) A avaliação da gravidade do paciente com Hepatite Alcoólica através do cálculo seriado do Escore de MELD (*Model for End-stage Liver Disease*; Modelo de Doença Hepática Terminal) se mostrou preditor da identificação de casos com elevada mortalidade intra-hospitalar.
- e) Pacientes com hepatite alcoólica severa devem ser tratados por 4 semanas com prednisolona 40 mg ao dia associada a pentoxifilina 400 mg a cada 8 horas.

46 - Em relação à encefalopatia hepática da doença hepática crônica (disponível no guideline de Encefalopatia Hepática da Doença Hepática Crônica da Associação Americana para o Estudo de Doença Hepática), é correto afirmar:

- ▶ a) Nos pacientes com encefalopatia hepática não comatosa, pode-se encontrar hipertonia, hiperreflexia e a presença do sinal de Babinski.
- b) O asterix (*flapping*) é um sinal patognomônico da encefalopatia hepática.
- c) Encefalopatia hepática tipo A é aquela relacionada a *shunt* ou *bypass* portossistêmico.
- d) Encefalopatia hepática recorrente é aquela que possui episódios que ocorrem com intervalos maiores ou iguais a 6 meses, diferenciando-se da encefalopatia hepática persistente, cujos episódios reaparecem em menos de 6 meses.
- e) A dosagem da amônia sérica, apesar de não servir como teste diagnóstico, tem se mostrado como marcador de gravidade e mortalidade na encefalopatia hepática secundária a doença hepática crônica.

47 - Em relação à doença hepática gordurosa não alcoólica (disponível no guideline de Diagnóstico e Manejo da Doença Hepática Gordurosa Não alcoólica da Associação Americana para o Estudo de Doença Hepática), é correto afirmar:

- a) Apesar da doença hepática gordurosa não alcoólica poder se associar a síndrome metabólica, o mesmo não ocorre com hipogonadismo, ressecção pancreatoduodenal, apneia do sono e psoríase.
- b) Pacientes com doença hepática gordurosa não alcoólica não possuem maior mortalidade quando comparados a pacientes semelhantes sem essa condição.
- ▶ c) A biópsia hepática é o método padrão ouro para o diagnóstico de esteato-hepatite não alcoólica.
- d) Pacientes com doença hepática gordurosa não alcoólica sem cirrose não possuem risco de evolução para hepatocarcinoma, ao contrário daqueles que já evoluíram para cirrose hepática.
- e) Recomenda-se o rastreio sistemático de membros familiares portadores de doença hepática gordurosa não alcoólica.

48 - Em relação aos achados laboratoriais que podem ser encontrados nos pacientes portadores de doença hepática gordurosa não alcoólica (disponível no guideline de Diagnóstico e Manejo da Doença Hepática Gordurosa não Alcoólica da Associação Americana para o Estudo de Doença Hepática), é correto afirmar:

- a) Elevações dos níveis de ferritina relacionam-se diretamente ao grau de depósito hepático de ferro (hemossiderose), mas não ao grau de fibrose hepática em pacientes portadores de doença hepática gordurosa não alcoólica.
- b) Elevação do índice de saturação de transferrina acima de 1,5 vezes o limite superior da normalidade associa-se ao grau de fibrose hepática nos pacientes portadores de doença hepática gordurosa não alcoólica.
- ▶ c) Baixos títulos de autoanticorpos (como anticorpo antimúsculo liso) podem ser encontrados nos pacientes portadores de doença hepática gordurosa não alcoólica.
- d) Elevações nos níveis de ambas as transaminases refletem a presença de esteato-hepatite nos pacientes portadores de doença hepática gordurosa não alcoólica.
- e) Elevação isolada da ALT tem se mostrado como o melhor marcador laboratorial da presença de esteato-hepatite nos pacientes portadores de doença hepática gordurosa não alcoólica.

49 - Em relação às indicações e aos fármacos a serem usados no tratamento da hepatite C crônica (disponível no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções do Ministério da Saúde do Brasil 2017), é correto afirmar:

- a) O tratamento está indicado para pacientes monoinfectados crônicos pelo vírus da hepatite C com biópsia hepática evidenciando fibrose grau 2 ou superior, APRI >1,5 ou FIB4 >3,5.
- ▶ b) Pacientes com hepatite C crônica genótipo 1, com cirrose hepática Child B e C, devem ser tratados com a associação de sofosbuvir e daclatasvir (associados ou não a ribavirina), durante 24 semanas.
- c) A amiodarona pode ser mantida durante o tratamento com a associação dos fármacos ombitasvir, veruprevir/ritonavir e dasabuvir (3D).
- d) Pacientes com cirrose hepática Child-Pugh B ou C por hepatite C crônica, independentemente do genótipo, podem ser tratados com a associação dos fármacos ombitasvir, veruprevir/ritonavir e dasabuvir (3D).
- e) O tratamento de pacientes monoinfectados sem cirrose genótipo 1a deve ser feito com ombitasvir, veruprevir/ritonavir e dasabuvir (sem a necessidade da associação com ribavirina), por 24 semanas.

50 - Em relação às indicações e aos fármacos a serem usados no tratamento da hepatite B crônica (disponível no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções do Ministério da Saúde do Brasil 2017), é correto afirmar:

- a) Indica-se tratamento aos pacientes com idade de 20 anos ou mais que sejam portadores de hepatite B crônica com HBeAg reagente independentemente dos valores de suas transaminases.
- b) Indica-se tratamento aos pacientes portadores de hepatite B crônica com HBeAg não reagente associado a HBV-DNA acima de 20.000 UI/mL e valores de ALT acima de 2 vezes o limite superior da normalidade.
- c) O tratamento com tenofovir 300 mg ao dia deve ser feito por no máximo 5 anos, devendo posteriormente ser suspenso ou substituído por entecavir, devido à presença de mutação do vírus da hepatite B a partir desse tempo de uso.
- d) Pacientes com cirrose hepática Child-Pugh A (virgens de tratamento prévio) devem ser tratados com entecavir 1 mg ao dia por tempo indeterminado.
- ▶ e) Indica-se tratamento aos pacientes portadores de hepatite B crônica com HBeAg reagente associado a valores de ALT acima de 2 vezes o limite superior da normalidade.