

EDITAL Nº 02/2022
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

MISSÃO

Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

PS 11 - MÉDICO I
(Transplante Hepático)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

ATENÇÃO: transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Desta terra que eu amei desde guri.



DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____



FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame, portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares, pen drives** ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, exceto em situações autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei (como o caso presente do uso obrigatório de máscara, em virtude da pandemia do Coronavírus). **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, régua, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá utilizar os sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.



01. Paciente masculino, 65 anos, com história de cirrose por hepatite C, com resposta virológica sustentada após tratamento com drogas de ação antiviral direta, Child-Pugh B, MELD 12, evoluiu com carcinoma hepatocelular dentro de critérios de Milão. Recebeu tratamento locorregional com quimioembolização e foi submetido a transplante hepático. Não apresentou complicações cirúrgicas e houve boa evolução após o procedimento. Na internação índice do transplante, não ocorreu injúria renal ou infecção bacteriana e recebeu alta hospitalar após 11 dias do transplante hepático. O registro de informações do doador identificou sorologia para CMV IgG reagente. O paciente recebeu imunossupressão com corticosteroide, tacrolimus e micofenolato sódico. O acompanhamento ambulatorial após transplante demonstrou função do enxerto hepático adequada e recuperação clínica gradual. Na consulta ambulatorial da semana 12 após transplante, o paciente referiu fadiga, prostração e diarreia. Os exames laboratoriais detectaram leucopenia e elevação de aminotransferases até 3 vezes o limite superior da normalidade. Em relação ao quadro clínico acima, avalie as seguintes considerações.

- I - O período entre o 3º e o 6º mês após transplante hepático é o momento de maior risco de infecções oportunistas, e o citomegalovírus é o principal patógeno, afetando receptores de transplante hepático, causando quadro clínico diverso, desde detecção de viremia até supressão de medula óssea e invasão tecidual, provocando hepatite e/ou comprometimento gastrointestinal.
- II - O protocolo de profilaxia antiviral e/ou rastreamento para CMV deve ser utilizado de maneira independente do perfil sorológico de CMV do doador e receptor para todos os pacientes submetidos a transplante de fígado, pois esse procedimento configura alto risco desta infecção.
- III- O tratamento de citomegalovírus deve ser iniciado quando há sintomas, viremia persistente ou em ascensão e invasão tecidual. O tratamento de escolha é ganciclovir endovenoso e deve ser utilizado por pelo menos 2 semanas. O esquema imunossupressor não deve ser modificado.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
(B) Apenas II.
(C) Apenas I e III.
(D) Apenas II e III.
(E) I, II e III.

02. Em relação à imunossupressão após transplante hepático, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A imunossupressão pode ser dividida nas fases de indução e manutenção. Os corticosteroides e antagonistas dos receptores de interleucina 2, como basiliximab, são os principais fármacos utilizados na indução. Na fase de manutenção, os inibidores de calcineurina representam a classe farmacológica mais relevante, com tacrolimus sendo preferido em relação à ciclosporina.
- (B) O uso de anticorpos antirreceptores de interleucina 2 como terapia de indução está aumentando, pois permite retardar o início de tacrolimus em pacientes com disfunção renal; seu uso também está indicado em pacientes com maior risco imunológico, como retransplante devido à rejeição, doença de base autoimune ou transplante combinado fígado-rim.
- (C) Rejeição mediada por linfócitos T (denominada anteriormente de rejeição celular aguda) precoce, ocorre até 90 dias após o transplante em 10 a 30% dos pacientes, e é considerado sempre um evento grave que compromete a sobrevida do enxerto e do paciente, devendo ser tratada utilizando pulso-terapia com corticosteroide.
- (D) A biópsia hepática é o método diagnóstico definitivo para o diagnóstico de rejeição. Na rejeição mediada por linfócitos T são considerados três aspectos histológicos: inflamação portal, inflamação/dano nos ductos biliares e inflamação no endotélio venoso.
- (E) Rejeição crônica é uma evolução de rejeição mediada por linfócitos T grave ou persistente, provocando injúria vascular e biliar potencialmente irreversível. A incidência é de 1 a 5% em adultos, porém é mais frequente em crianças.

03. Considerando o acompanhamento após transplante hepático e o tratamento farmacológico utilizado, considere as seguintes assertivas.

- I - A prevalência de síndrome metabólica é de 40% nos pacientes em seguimento superior a 1 ano após transplante hepático, com prevalência de hipertensão arterial sistêmica de até 70% e dislipidemia > 40%.
- II - Os inibidores de calcineurina são associados com dislipidemia, hipertensão e diabetes; os corticosteroides, além dessas condições, também associam-se com obesidade; os inibidores mTOR como sirolimus e everolimus são associados com hiperlipidemia; os principais efeitos colaterais do micofenolato são gastrintestinais e supressão da medula óssea.
- III - A imunossupressão pode ser individualizada considerando uma estratégia de minimização ao longo do tempo baseada nas características do receptor, na doença de base e na magnitude de ativação do sistema imune. Não devem ser considerados para protocolo de minimização de imunossupressão pacientes com doença de base autoimune e aqueles com episódio documentado de rejeição resistente aos corticosteroides.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
(B) Apenas III.
(C) Apenas I e II.
(D) Apenas II e III.
(E) I, II e III.

04. Em relação à insuficiência hepática aguda, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Insuficiência hepática aguda refere-se à alteração aguda de enzimas hepáticas em indivíduo sem doença hepática crônica, associada à coagulopatia de origem hepática e alteração de consciência clinicamente detectável decorrente de encefalopatia hepática.
- (B) O termo insuficiência hepática aguda não deve ser utilizado em pacientes com disfunção hepática no contexto de hepatopatia crônica (*acute-on-chronic liver failure – ACLF*) ou comprometimento hepático relacionado com doença sistêmica.
- (C) Insuficiência hepática aguda pode ser subclassificada como hiperaguda, aguda ou subaguda. Na forma hiperaguda há marcada elevação de aminotransferases, coagulopatia intensa e leve alteração de bilirrubinas, com maior chance de reversão espontânea, apesar de disfunções orgânicas extra-hepáticas. Em contraste, na forma subaguda há leve alteração de aminotransferases, icterícia intensa e leve a moderada coagulopatia. Nessa forma também pode ocorrer ascite, esplenomegalia e fígado com aspecto reduzido e, quando ocorre encefalopatia hepática, a chance de sobrevida espontânea é muito baixa.
- (D) Dentre os fatores etiológicos relacionados com insuficiência hepática aguda estão as causas virais (hepatite A, E, B, CMV, HSV, VZV), drogas ou toxinas (paracetamol, tuberculostáticos, quimioterápicos), insulto vascular (Budd-Chiari, hepatite hipóxica) e fígado gorduroso da gestação.
- (E) O transplante hepático está indicado em pacientes que preenchem os critérios de Clichy e/ou *Kings College*. Nos critérios de Clichy, além de considerar a idade, coagulopatia e encefalopatia, é avaliado a etiologia relacionada com a insuficiência hepática.

05. A hepatite C crônica apresenta grande impacto na saúde mundial provocando cirrose descompensada e carcinoma hepatocelular e está entre os principais fatores etiológicos causadores de hepatopatia com indicação de transplante hepático. Recentemente, o tratamento da hepatite C apresentou inúmeros avanços possibilitando maior eficácia e acesso, além de menores efeitos colaterais com o advento de antivirais de ação direta. Avalie as seguintes considerações acerca da hepatite C no contexto do transplante hepático.

- I - Quando a erradicação da hepatite C não é possível antes do transplante hepático sua recidiva é universal após o transplante, provocando infecção do enxerto com fibrogênese acelerada e rápida progressão para cirrose.
- II - Todos os pacientes com recidiva de HCV após transplante hepático devem ser tratados com drogas de ação antiviral direta no período mais precoce possível.
- III- A erradicação da hepatite C após transplante hepático relaciona-se com melhora da sobrevida do enxerto e do paciente. A avaliação do tratamento com antivirais de ação direta como sofosbuvir, velpatasvir, glecaprevir, pibrentasvir, entre outros, requer verificação de interações medicamentosas e avaliação de função renal, entretanto, essa estratégia terapêutica é segura no período após transplante hepático com uso de imunossupressores e apresenta eficácia similar em comparação com pacientes não transplantados.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

06. Paciente feminina, 38 anos, portadora de síndrome de sobreposição de hepatite autoimune com colangite biliar primária, em tratamento com azatioprina, prednisona e ácido ursodesoxicólico, apresenta cirrose no momento do diagnóstico realizado através de biópsia hepática. Durante a evolução da doença e seguimento, detectou-se varizes esofágicas de médio calibre com sinais vermelhos na superfície, sem sangramento prévio. Já apresentou ascite, controlada com diuréticos. Não apresentou peritonite bacteriana espontânea. Apresentou encefalopatia hepática episódica, com melhora após tratamento com lactulose e rifaximina. Nos últimos 6 meses apresenta cansaço, dispnéia e platipneia. Na avaliação atual apresenta escore Child-Pugh B (9) e MELD 15. Está em avaliação pré-transplante hepático. Ao exame físico recente observou-se cianose de extremidades e baqueteamento digital. Considerando as manifestações clínicas acima apresentadas e avaliação respiratória pré-transplante, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Síndrome hepatopulmonar (SHP) é encontrada em, aproximadamente, 10% dos pacientes com cirrose e é caracterizada por vasodilatação pulmonar, principalmente, nas bases, provocando hipoxemia.
- (B) O diagnóstico de SHP é baseado na presença de vasodilatação pulmonar que pode ser identificada em ecocardiograma, além de aumento do gradiente de oxigênio alveolocapilar. A gravidade da SHP não se correlaciona com a severidade da hepatopatia e recomenda-se avaliar cuidadosamente pacientes com SHP muito grave, com $\text{PaO}_2 < 50$ mmHg e sem reversibilidade com ventilação usando O_2 a 100%, pois há maior risco de insuficiência respiratória irreversível após transplante e maior mortalidade.
- (C) O transplante hepático está indicado na SHP, pois é a única intervenção curativa, porém pode ocorrer piora respiratória no período pós-transplante inicial, e a reversão completa da síndrome com fechamento dos *shunts* pode ocorrer ao longo de meses.
- (D) Hipertensão porto-pulmonar (HPP) ocorre por desequilíbrio de vasodilatadores e vasoconstritores e deve ser considerada através de ecocardiograma com estimativa da pressão sistólica na artéria pulmonar > 30 mmHg. O diagnóstico deve ser confirmado através de cateterismo cardíaco direito.
- (E) HPP assim como SHP é uma indicação absoluta de transplante hepático, independentemente da sua gravidade aferida através das medidas no cateterismo cardíaco direito.

07. Em relação à seleção de doadores para transplante hepático, considere as assertivas a seguir.

- I - Devido à desproporção de doadores/receptores, associada à elevada mortalidade em lista de espera para transplante hepático, utilizam-se estratégias para aumentar o número de doadores. O uso de doadores com critérios estendidos é uma dessas estratégias e representa o uso de órgãos com características desfavoráveis que podem apresentar pior desempenho após transplante, de acordo com 2 categorias: pior função do enxerto ou risco para transmissão de doenças.
- II - Doadores com critérios estendidos com possibilidade de disfunção do enxerto compreendem aqueles com as seguintes características: idade > 65 anos, permanência em unidade de tratamento intensivo sob ventilação mecânica por período > 7 dias, índice de massa corporal > 30 Kg/m², esteatose hepática > 40%, sódio sérico > 165 mmol/L, bilirrubina total sérica > 3 mg/dL.
- III- O uso de doadores com anti-HBc total reagente pode provocar reativação de hepatite B. Deve ser utilizado, preferencialmente, em receptores com hepatite B. O uso de antiviral para profilaxia de reativação do HBV deve ser iniciado precocemente após transplante.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

08. No que diz respeito às indicações para transplante de fígado em pacientes portadores de Carcinoma Hepatocelular e de acordo com os *Guidelines Easl 2018*, considere as afirmações abaixo.

- I - Quando realizado *downstaging* de nódulos, através de tratamento neoadjuvante, os nódulos com resposta de pelo menos 80% não são computados no cálculo final para determinar a seleção dos candidatos dentro de critérios pré-estabelecidos.
- II - O grau de resposta a tratamentos locoregionais em pacientes em lista para transplante correlaciona-se com a recorrência da neoplasia e pode ser utilizado como marcador substituto da biologia tumoral.
- III- Pacientes com trombose portal tumoral em ramos segmentares podem ser transplantados após resposta total a tratamentos locoregionais.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas II e III.

09. Com relação ao transplante de fígado em pacientes pediátricos, considere as afirmações abaixo.

- I - A apresentação clínica de hemangiomas pode incluir insuficiência cardíaca e hipotireoidismo.
- II - Manifestações da síndrome de polisplenia incluem a presença de *situs inversus* e ausência da veia cava inferior.
- III- Enxertos maiores que 3% do peso da criança são considerados *Large-for-size*.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas I e III.

10. Com relação aos transplantes de doadores vivos (LDLT), considere as afirmações abaixo.

- I - A taxa de complicações após doação em transplante adulto é de, aproximadamente, 40%.
- II - O uso da manobra de Pringle está contraindicada durante a transecção do parênquima.
- III- Anastomoses do ducto biliar do enxerto com o ducto biliar principal do receptor podem ser realizadas tanto em transplantes adultos quanto em pediátricos.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas I e III.

11. No que diz respeito à trombose da veia porta (TVP) em paciente cirrótico em lista para transplante, considere as afirmativas abaixo.

- I - Existe uma correlação direta entre o aumento de escore MELD e o desenvolvimento de TVP.
- II - O uso da veia coronária dilatada como *inflow* não é recomendado, devido às paredes muito finas da veia, que não seguram as suturas apropriadamente.
- III- A ligadura da veia renal esquerda junto à veia cava pode melhorar o fluxo portal nos casos de *shunt* esplenorrenal fisiológico.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas I e III.

12. Quanto à necessidade de retransplante de fígado, considere as afirmações abaixo.

- I - Adultos têm taxas de retransplante menores que pacientes pediátricos.
- II - A dissecação do hilo deve ser feita, preferencialmente, por técnica romba, para evitar lesões e sangramento excessivo.
- III- No retransplante tardio, o uso da técnica de *Piggyback* é contraindicada.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas II e III.

13. Com relação ao transplante de fígado em pacientes pediátricos, considere as afirmações abaixo.

- I - Indivíduos com mais de 60 anos podem ser doadores vivos.
- II - O uso de enxertos para reconstrução da veia porta é mais frequente nos casos de atresia das vias biliares.
- III- A anastomose anterior da veia porta deve ser realizada com pontos separados.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas II e III.

14. No que diz respeito à bipartição do fígado (*split*) para transplante, considere as afirmações abaixo.

- I - Para segmentos laterais esquerdos, a secção do ducto biliar esquerdo imediatamente à direita da fissura umbilical irá produzir um único ducto em 3/4 dos casos.
- II - Para o fígado esquerdo, a reconstrução de artéria isolada para o segmento IV pode ser dispensada quando há *backflow* após a reconstrução da artéria esquerda.
- III- Na técnica *in situ*, a separação final dos enxertos é realizada no *back-table*.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e III.
- (E) Apenas II e III.

15. Em relação à trombose arterial após o transplante de fígado, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) É a complicação vascular mais frequente.
- (B) O tratamento endovascular ou a exploração cirúrgica com reconstrução arterial podem evitar ou postergar um retransplante, se forem indicados precocemente.
- (C) A compressão do tronco celíaco pelo ligamento arqueado mediano não exerce influência significativa no fluxo arterial e no risco para trombose, uma vez que a redução do fluxo na artéria hepática para < 200mL/min, durante a expiração, é um achado fisiológico, que também está presente em pacientes que não apresentam essa alteração anatômica.
- (D) Ocorre com mais frequência no transplante pediátrico, quando comparado ao transplante em adultos.
- (E) A trombose ou o fluxo insuficiente da artéria hepática podem resultar em uma série de complicações, que incluem a perda do enxerto, além de complicações biliares (necrose e estenose).

16. As indicações ao transplante de fígado estão em constante evolução, porém ainda existem algumas contraindicações absolutas. Assinale a alternativa que **NÃO** apresenta uma dessas contraindicações.

- (A) HIV positivo com > 200 linfócitos CD4.
- (B) Alcoolismo ativo.
- (C) Doença maligna extra-hepática.
- (D) Sepses não controlada.
- (E) Falta de aderência aos tratamentos e prescrições de forma persistente.

17. Em relação à Doença do Enxerto *versus* Hospedeiro no contexto do transplante de fígado, assinale a afirmativa correta.

- (A) As complicações hemorrágicas são responsáveis pela maioria dos óbitos relacionados à doença, uma vez que os pacientes, frequentemente, desenvolvem quadros de plaquetopenia extrema.
- (B) Tipicamente, a doença ocorre após o sexto mês do transplante, e está associada a febre, diarreia, *rash* cutâneo e pancitopenia.
- (C) Os pacientes mais jovens (< 50 anos) apresentam risco mais elevado de desenvolver a doença, sobretudo se receberem órgãos de doadores mais idosos.
- (D) Embora seja considerada uma doença potencialmente grave, os pacientes costumam responder bem ao tratamento com corticoides, sendo que a mortalidade associada à doença é inferior a 10%.
- (E) A presença de macroquimerismo, com a identificação de mais de 20% de linfócitos CD3 do doador no sangue periférico do receptor, é um achado importante, que reforça a hipótese diagnóstica de Doença do Enxerto *versus* Hospedeiro, quando acompanhado de manifestações clínicas (*rash* cutâneo e diarreia).

18. Em relação à falência renal em pacientes cirróticos, candidatos ao transplante de fígado, considere as afirmações abaixo.

- I - A dosagem de creatinina sérica, nos pacientes com hepatopatia crônica e anasarca, costuma superestimar a função renal, uma vez que esses pacientes apresentam uma diminuição de massa muscular e, conseqüentemente, uma menor produção de creatina, além do efeito dilucional que ocorre em razão da sobrecarga hídrica.
- II - A síndrome hepatorenal caracteriza-se por vasoconstricção e redução de perfusão do parênquima renal, com conseqüente redução do volume urinário e dificuldade de manejo hídrico.
- III - A vasoconstricção renal, em pacientes com síndrome hepatorenal, é um fenômeno vascular/hemodinâmico irreversível, sendo que, pacientes com síndrome hepatorenal e taxa de filtração glomerular abaixo de 30mL/min devem, necessariamente, ser submetidos a transplante combinado (fígado+rim).
- IV - Em pacientes com doença renal crônica e exames de imagem demonstrando redução da camada cortical dos rins + taxa de filtração glomerular abaixo de 30mL/min, recomenda-se listagem para transplante combinado (fígado+rim), ainda que não estejam em terapia renal substitutiva.

- (A) Apenas I e II.
 (B) Apenas II e IV.
 (C) Apenas I, II e III.
 (D) Apenas I, II e IV.
 (E) Apenas I, III e IV.

19. A evolução das soluções de preservação de órgãos para transplante, é um dos avanços técnicos/científicos, que possibilitaram a disseminação do transplante hepático mundialmente. Numere a segunda coluna de acordo com a primeira, associando os mecanismos de proteção celular com os agentes e as características físico/químicas presentes nas soluções de preservação.

- (1) Redução do estresse oxidativo
 (2) Restauração do metabolismo energético celular
 (3) Manutenção do pH fisiológico
 (4) Prevenção de edema intracelular

- () Rafinose
 () Glutathione (Glutatião)
 () Alta concentração de K e baixa de Na
 () Adenosina
 () Fosfato e Bicarbonato

A sequência correta de preenchimento dos parênteses da segunda coluna, de cima para baixo, é

- (A) 3 – 1 – 2 – 4 – 3.
 (B) 4 – 1 – 4 – 2 – 3.
 (C) 1 – 3 – 4 – 2 – 1.
 (D) 3 – 2 – 4 – 1 – 1.
 (E) 4 – 1 – 3 – 2 – 2.

20. Em relação às complicações biliares do transplante hepático, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os pacientes transplantados tendem a formar menos cálculos/barro biliar quando comparados com a população em geral, sobretudo em função do efeito antilítogênico dos inibidores da calcineurina.
- (B) Um suprimento arterial insuficiente pode resultar em estenoses biliares intra-hepáticas, que são, muitas vezes, múltiplas, e podem levar à perda do enxerto no longo prazo.
- (C) As mucocelos podem ocorrer como conseqüência de drenagem inadequada do muco produzido pelo ducto cístico, entretanto, essa complicação não costuma causar compressão extrínseca da via biliar.
- (D) Deixar a via biliar redundante, ao confeccionar a anastomose, não aumenta os riscos de *kinking* e obstrução, uma vez que uma maior extensão da via biliar evita o risco de isquemia.
- (E) Pequenas desproporções entre os diâmetros da via biliar do receptor e do doador, visualizadas em exames de imagem, necessitam de tratamento precoce com colocação de prótese endobiliar, ainda que não haja colestase laboratorial.

21. A síndrome de *Small-for-Size* é complicação grave, que pode resultar em perda do enxerto. Qual das condições clínicas abaixo **NÃO** está associada à essa síndrome?

- (A) Hiperbilirrubinemia.
- (B) Ascite volumosa.
- (C) ALT e ALT > 5000 U/L.
- (D) Hiperfluxo na veia porta > 2000mL/min.
- (E) $\left(\frac{\text{Peso enxerto (g)}}{\text{Peso receptor (Kg)} \times 10}\right) < 0,8\%$.

22. Em relação ao risco de falência ou disfunção do enxerto, qual dos fatores abaixo **NÃO** está associado a um risco aumentado?

- (A) Tempo de isquemia fria > 12 h.
- (B) Macroesteatose > 30%.
- (C) Doador idoso (> 60 anos).
- (D) Receptor com IMC entre 30-35.
- (E) Retransplante.

23. Alguns pacientes com polineuropatia amiloidótica familiar (PAF), doença do xarope de bordo, podem ser doadores de fígado para uma modalidade particular de transplante hepático, conhecida como transplante hepático _____.

Assinale a alternativa que completa corretamente a lacuna do parágrafo acima.

- (A) auxiliar
- (B) heterotópico
- (C) dominó
- (D) multivisceral
- (E) iterativo

24. O Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal, aprovado pelo Decreto nº 1.171, de 22 de junho de 1994, prevê que, apurado comprometimento ético de conduta, a penalidade que a Comissão de Ética pode aplicar é:

- (A) suspensão do contrato de trabalho.
- (B) destituição de cargo em comissão.
- (C) censura.
- (D) afastamento do cargo.
- (E) suspensão de atividades laborais por, no máximo, 90 dias.

25. Durante o transplante hepático, em alguns casos, há necessidade de confirmar a anatomia biliar, utilizando-se Raio-X no intraoperatório. Conforme a Norma Regulamentadora nº32 (NR-32) – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, é correto afirmar que

- (A) é obrigatório manter no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalho o Plano de Proteção Radiológica - PPR, aprovado pelo Ministério da Saúde e pela Vigilância Sanitária Estadual.
- (B) o trabalhador deve estar sob monitoração individual de dose de radiação ionizante.
- (C) na ocorrência ou suspeita de exposição acidental, os dosímetros devem ser encaminhados para leitura, no prazo máximo de 96 horas.
- (D) o sistema de intensificação de imagem deve ter revelador acessível há menos de 10 m do aparelho de fluoroscopia.
- (E) o cabo disparador, a fim de promover a garantia de proteção, deve ter, no mínimo, 3 metros.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 02/2022 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 11

MÉDICO I (Transplante Hepático)

01.	A	11.	E	21.	C
02.	C	12.	A	22.	D
03.	D	13.	D	23.	C
04.	E	14.	B	24.	C
05.	E	15.	C	25.	B
06.	E	16.	A		
07.	E	17.	E		
08.	B	18.	D		
09.	D	19.	B		
10.	E	20.	B		