

# CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS

**EDITAL N° 03/2024**

DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior

**PS 18 - MÉDICO I**  
(Cirurgia Transplante Hepático Infantil)

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

## ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

***O que você faz hoje pode melhorar todos os amanhã.***

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_

Inscrição n°: \_\_\_\_\_

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



# 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 O candidato que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame, portar relógios, armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, pagers, notebooks, telefones celulares, pen drives** ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos/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.** (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, réguas, 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.** Leia as afirmações sobre a detecção de atresias ou estenoses intestinais.

- I - Durante o procedimento cirúrgico, o intestino distal à atresia ou estenose deve ser cuidadosamente avaliado em busca de outros segmentos atrésicos ou estenóticos, pois estes são encontrados em mais de 35% dos pacientes.
- II - Para a detecção de atresias do tipo membranas intraluminais, é mandatória a colocação de solução salina no interior da alça para observar o fluxo até o ceco.
- III- Caso o paciente tenha sido submetido a enema opaco antes da cirurgia, não se faz necessária a pesquisa de atresias, seja pela injeção de líquido intraluminal ou inspeção cuidadosa do cólon.

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.** Sobre o diagnóstico diferencial de pólipos retais, qual é a alternativa **INCORRETA**?

- (A) O diagnóstico diferencial de pólipos juvenis compreende todas as causas de sangramento retal em crianças menores de 6 anos de idade.
- (B) Fissuras anais e prolapso retal são facilmente diagnosticados ao exame físico.
- (C) Divertículo de Meckel ou duplicação intestinal provocam sangramentos de maior volume e habitualmente estão misturados com as fezes.
- (D) Pólipos retais têm associação com a síndrome de Peutz - Jeghers; evidenciamos sua presença em mais de 35% dos pacientes.
- (E) Causas de sangramento retal por discrasias sanguíneas precisam ser consideradas no diagnóstico diferencial, principalmente a púrpura de Henoch - Schönlein.

**03.** Leia as afirmações sobre válvula de uretra posterior, doença que, apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, mantém altas taxas de progressão para insuficiência renal crônica.

- I - Sua classificação foi descrita em 3 tipos, sendo o tipo II o menos frequente.
- II - A presença do sinal do tipo "keyhole" na ultrassonografia pré-natal é patognomônico e bastante confiável, fazendo o diagnóstico definitivo ainda no período neonatal por meio da ultrassonografia obstétrica.
- III- A válvula de uretra se origina da margem inferior do verumontanum, surgindo basicamente na região superior ao ducto ejaculatório e inferior à das vesículas seminais.

Quais estão corretas?

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

**04.** O que é correto afirmar sobre a enterocolite necrosante?

- (A) A presença de gás metano intramural, tanto no formato de pneumatose granular como linear, é patognomônico da doença, sendo encontrado em até 84% dos neonatos que já receberam dieta.
- (B) A presença de pneumatose linear representa gás na submucosa e pode ser confundida com fezes em cólons, principalmente em bebês a termo.
- (C) A presença de ar livre na cavidade abdominal está associada à perfuração intestinal, podendo ser percebida em até 30% dos doentes, sendo mais bem avaliada em decúbito dorsal e lateral esquerdo com raios horizontais.
- (D) A presença de ascite e portograma aéreo são achados radiográficos associados a elevadas taxas de mortalidade.
- (E) A gravidade da dilatação abdominal e a distribuição de ar em alças intestinais não estão associadas à severidade da enterocolite necrosante e nem à progressão da doença.

**05.** Analise as afirmações sobre a classificação anatômica mais utilizada atualmente para os pacientes com falência intestinal.

- I - As doenças de base mais comumente associadas ao tipo I são gastrosquise e volvo de intestino médio, sendo estes os pacientes com as melhores chances de reabilitação enteral a longo prazo.
- II - O tipo II caracteriza-se por ausência de válvula ileocecal, mais comumente ocorrendo em atresias intestinais, enterocolite necrosante e gastrosquise. As chances de reabilitação enteral são bastante reduzidas.
- III - Os pacientes classificados como tipo III possuem as melhores chances de reabilitação enteral devido à presença de válvula ileocecal e cólon.

Quais estão corretas?

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

**06.** Sobre o hiperinsulinismo congênito, qual das alternativas abaixo está **INCORRETA**?

- (A) Esta doença é a causa mais comum de hipoglicemia persistente em neonatos, podendo levar a convulsões e dano cerebral irreversível.
- (B) Clinicamente não há distinção entre as formas de hiperinsulinismo congênito focal ou difuso.
- (C) A pancreatectomia quase total empregada nos pacientes com a forma difusa poderá resultar em diabetes mellitus a longo prazo.
- (D) Bebês com doença focal devem ser submetidos à pancreatectomia parcial seletiva e, mesmo assim, a chance de manifestar diabetes mellitus a longo prazo é bastante elevada.
- (E) Diazóxido, glucagon e octretide poderão ser empregados conjuntamente com dieta enteral frequente para controle clínico da doença.

**07.** A hérnia diafragmática congênita é uma malformação que costuma vir associada a diversas síndromes genéticas e atualmente possui alguns indicadores de prognóstico que podem nos dar uma ideia de sobrevida após o nascimento, bem como da possibilidade de necessitar de assistência por meio de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) neste mesmo período. Dentre os índices abaixo, qual das alternativas representa um paciente portador de hérnia diafragmática congênita à esquerda, caso grave e com baixas chances de sobrevida?

- (A) Paciente com LHR o/e (**Lung to Head Ratio observado/esperado**) de 0,65
- (B) Idade gestacional ao diagnóstico de hérnia diafragmática congênita de 33 semanas
- (C) Paciente com LHR o/e (**Lung to Head Ratio observado/esperado**) de 0,5 sem fígado herniado
- (D) Paciente com LHR (**Lung to Head Ratio**) de 1,2
- (E) Paciente com LHR o/e (**Lung to Head Ratio observado/esperado**) de 0,55 com fígado herniado

**08.** Paciente com hérnia diafragmática congênita à esquerda nasceu com 2,9 Kg e 37 semanas de idade gestacional. Está agora com 72 horas de vida, apresentando os exames abaixo:

Ecocardiografia com uma PSAP 40 mmHg (Pressão Arterial Sistêmica de 35 mmHg)  
 Gasometria pré-ductal: pH= 7,30, pO<sub>2</sub>= 90 mmHg, pCO<sub>2</sub> = 70 mmHg, saturando 85%  
 Gasometria pós-ductal: pH= 7,35, pO<sub>2</sub>= 100 mmHg, pCO<sub>2</sub> = 55 mmHg, saturando 80%  
 Ventilação convencional com uma FiO<sub>2</sub> 100%, PIP= 26 cmH<sub>2</sub>O, PEEP 6 cmH<sub>2</sub>O  
 Débito urinário: 0,5 ml/Kg/h, nas últimas 12 horas, em uso de dopamina 15 mg/Kg/minuto  
 Lactato: 2,9 mmol/L  
 Índice de oxigenação: 22

Você é chamado à neonatologia para conversar com a família e os demais membros da equipe assistente para definir a conduta. Qual é a melhor conduta neste momento e diante destes achados?

- (A) Colocar o paciente em assistência por meio de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) na modalidade venoarterial.
- (B) Colocar o paciente em ventilação de alta frequência.
- (C) Iniciar óxido nítrico.
- (D) Levar o paciente à cirurgia de correção do defeito.
- (E) Iniciar milrinone em infusão contínua.

**09.** Sobre as principais complicações que poderemos encontrar na assistência por meio de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) em neonatos e crianças, assinale as sentenças com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso):

- ( ) As complicações mecânicas são as mais frequentemente encontradas, principalmente os problemas relacionados a trombose ou coágulos no circuito e problemas com o posicionamento das cânulas.
- ( ) As complicações renais que demandam terapia de substituição renal não são comuns em pacientes em ECMO e, quando presentes, diminuem as chances de sobrevida para menos de 10%.
- ( ) Sangramentos são bastante frequentes, ocorrendo em mais de 50% dos pacientes em ECMO, mas, quando adequadamente solucionados, não diminuem as chances de sobrevida dos pacientes.
- ( ) A complicação mais raramente encontrada em pacientes em ECMO é a falência de bomba, apresentando apenas 0,6% de incidência.

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

- (A) V – V – F – F.
- (B) F – F – V – V.
- (C) F – V – F – V.
- (D) F – V – V – F.
- (E) V – F – F – V.

**10.** Sobre a assistência por meio de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) em neonatos, qual dos quadros abaixo representa uma contraindicação relativa à instalação do suporte?

- (A) Peso inferior a 2 Kg.
- (B) Dano cerebral severo.
- (C) Discrasia sanguínea e sangramento sem possibilidade de tratamento.
- (D) Hemorragia intraventricular significativa, usualmente > grau III.
- (E) Anomalias cromossômicas letais, como as trissomias do 13 ou 18, mas não trissomia do cromossomo 21.

**11.** Neuroblastoma é o tumor maligno mais comum na infância. Dentre as afirmações abaixo, qual é a verdadeira referente a este tumor?

- (A) Neuroblastoma familiar ocorre em 2% dos casos.
- (B) O neuroblastoma hereditário ocorre devido à mutação da tirosina quinase do oncogene ALK (*anaplastic lymphoma kinase*) no braço curto do cromossoma 7 (7p23).
- (C) O neuroblastoma pode ser adquirido somaticamente pela deleção do gene ALK.
- (D) Neuroblastoma ocorre devido às deleções no cromossoma 3p e a amplificação do MYCN.
- (E) Amplificação do MYCN ocorre em 60% dos neuroblastomas com doença avançada.

**12.** Qual alteração genética abaixo é encontrada na associação de Neuroblastoma Familiar com Doença de Hirschprung e/ou hipoventilação central?

- (A) Mutação do ATRX.
- (B) Mutação do gene PHOXB2 no cromossomo 4p13.
- (C) WT1 no cromossomo 11p13.
- (D) t(8;22)(p11;q24).
- (E) del(1p36). 37.

**13.** O hemangioma infantil é classificado pelo ISSVA como um tumor vascular. Quais marcadores identificados na placenta sugerem a relação entre placenta e hemangioma infantil?

- (A) GLUT-1, Lewis-y, Merosin, FcyRIIb
- (B) GLUT-2, Lewis-y, Merosin, FcyRII
- (C) GLUT-1, Lewis-x, CD32, FcyRIII
- (D) GLUT-2, Lewis-x, Merosin, FcyRII
- (E) GLUT-1, Lewis-x, CD32, FcyRIV

**14.** Assinale a afirmação verdadeira sobre os hemangiomas hepáticos infantis.

- (A) São divididos em estádios I a IV baseados nos segmentos afetados.
- (B) A tríade clássica (insuficiência cardíaca, anemia e hepatoesplenomegalia) é frequentemente encontrada nessa doença.
- (C) Os hemangiomas hepáticos focais apresentam GLUT-1 positivo.
- (D) Os hemangiomas hepáticos multifocais apresentam GLUT-1 negativo.
- (E) Os pacientes com hemangiomas hepáticos difusos desenvolvem hipotireoidismo severo com altos níveis de iodotironina deiodinase tipo 3.

**15.** Quais alterações genéticas são encontradas nos heman-gioendoteliomas e angiossarcomas?

- (A) Deleção do gene WWTR2-CAMTA2 e YAP1-TFE3.
- (B) Diferenciação LECs e expressão LYVE-1.
- (C) Fusão do gene WWTR1-CAMTA1 e YAP1-TFE3.
- (D) PROX1/FLT4.
- (E) Ang1 e deleção LYVE1.

**16.** Paciente com 4 anos de idade, transplantado há 18 meses, em acompanhamento regular, com excelente adesão. Em consulta de rotina, observa-se nível sérico de tacrolimo = 12 mg/mL. Não houve mudança na dose da medicação, mas o paciente está com um quadro de gastroenterite aguda há 1 semana. Encontra-se em uso de sais de reidratação oral e zinco. A criança está hidratada, com bom estado geral e exame físico normal. Como explicar a associação entre gastroenterite aguda e nível sérico elevado de tacrolimo?

- (A) Hemodiluição secundária ao uso de sais de reidra-tação oral.
- (B) Interação medicamentosa por ação inibitória do zinco sobre o CYP450.
- (C) Ação inibitória da atividade da glicoproteína P (P-gp) da mucosa intestinal.
- (D) Lesão inflamatória intestinal, promovendo maior expressão do CYP3A4.
- (E) Aumento do tempo de trânsito intestinal e maior absorção do imunossupressor no intestino delgado e cólon.

**17.** Leia as afirmações sobre os mecanismos de formação da bile e da patogênese da colestase.

- I - Os ácidos biliares são sintetizados apenas nos hepatócitos, a partir de moléculas precursoras do colesterol, cujos produtos finais após um processo enzimático de várias etapas são os ácidos biliares primários, o ácido cólico e o ácido quenodesoxicólico.
- II - As concentrações totais de ácidos biliares na circulação periférica são geralmente < 2 µmol/L, enquanto no sangue portal variam de menos de 10-20 µmol/L entre as refeições para mais de 100 µmol/L pós-pran-dialmente, enquanto as concentrações na bile são de mais de 500 mmol/L.
- III- Existem vários mecanismos genéticos que levam à colestase, a maioria envolvendo variantes em genes críticos para a função adequada do transportador hepatobiliar ou variantes genéticas que contribuem para o desenvolvimento (ou estrutura) anormal dos ductos biliares.
- IV - A colestase como um componente da hepatoto-xicidade relacionada a medicamentos ocorre por toxicidade direta de colangiócitos, sendo que o transporte de sais biliares permanece preservado nessa situação específica.
- V - Bebês e crianças pequenas têm menor suscetibili-dade aos efeitos colestáticos de medicamentos; dessa forma, a colestase multifatorial nessa popu-lação apresenta boa evolução clínica, com resolu-ção espontânea na maioria dos casos.

Quais estão corretas?

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

**18.** Sobre as complicações extra-hepáticas da cirrose, analise as afirmativas a seguir e assinale com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso).

- ( ) Pacientes com cirrose têm predisposição a desenvolver cálculos biliares pigmentares.
- ( ) O diagnóstico de hipertensão portopulmonar é definido pela pressão arterial pulmonar média elevada (em repouso >25 mmHg), resistência vascular pulmonar reduzida e pressão de oclusão arterial pulmonar normal no contexto de doença hepática e hipertensão portal.
- ( ) A cirrose aumenta a suscetibilidade a infecções, que são responsáveis por uma parcela significativa da mortalidade. As infecções mais comuns em pacientes cirróticos são peritonite bacteriana espontânea, meningite e infecção urinária.

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

- (A) F – V – F.
- (B) F – V – V.
- (C) V – F – F.
- (D) V – V – F.
- (E) F – F – V.

**19.** Transplante hepático é o segundo transplante de órgão sólido mais comum. A maior parte dos transplantes hepáticos (70% nos EUA) são em pacientes com cirrose. Cerca de 3% dos transplantes hepáticos são em pacientes com quais das condições abaixo?

- (A) Hepatite autoimune.
- (B) Atresia de vias biliares.
- (C) Hepatite necrótica fulminante.
- (D) Carcinoma hepatocelular.
- (E) Causas desconhecidas.

**20.** Abaixo encontram-se listados critérios de contraindicação relativa ao transplante hepático, **EXCETO** um. Assinale-o.

- (A) Encefalopatia hepática avançada (grau IV).
- (B) Dificuldades psicossociais severas.
- (C) Trombose venosa portal estendendo-se ao sistema venoso mesentérico.
- (D) Sorologia positiva para HIV.
- (E) Hepatoblastoma estágio 4.

**21.** Com relação ao transplante hepático, analise as afirmativas abaixo e indique se são **V** (verdadeiras) ou **F** (falsas).

- ( ) Meduloblastoma é uma contraindicação para doação hepática.
- ( ) Hepatocarcinoma é uma contraindicação absoluta ao transplante.
- ( ) No Brasil, a alocação de fígado é baseada no critério cronológico.
- ( ) A trombose arterial é uma complicação com distribuição igualitária no transplante adulto e pediátrico.
- ( ) A rejeição hiperaguda é um evento raro e, muitas vezes, é necessário o retransplante para reverter esta complicação.

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

- (A) V – V – V – V – V.
- (B) F – F – V – V – V.
- (C) F – V – V – F – F.
- (D) V – F – F – F – V.
- (E) F – F – F – F – F.

**22.** O empiema pleural é classificado de acordo com o estágio do derrame, podendo estar na fase 1-exsudativa, na fase 2-fibrinopurulenta ou na fase 3-organizada. Qual é o principal mediador inflamatório envolvido na fase 1-exsudativa?

- (A) Fator de crescimento capilar endotelial vascular.
- (B) Interleucina 1.
- (C) Fator de necrose tumoral alfa.
- (D) Fator de necrose tumoral beta.
- (E) Fator de crescimento tumoral 9.

**23.** A Síndrome de Jeune, também denominada de distrofia torácica asfixiante, é uma doença rara, caracterizada por costelas curtas, tórax estreito e membros pequenos. O que é correto afirmar a respeito desta doença?

- (A) A transmissão é autossômica dominante.
- (B) A transmissão é autossômica recessiva.
- (C) Não é possível o diagnóstico pré-natal.
- (D) Independentemente das manifestações clínicas, há necessidade de toracoplastia para aumentar o volume da caixa torácica.
- (E) Há herança recessiva ligada ao X.

**24.** A comunicação anormal entre a traqueia e o esôfago decorrente da ausência de formação do septo traqueoesofágico é denominada de fenda laringotraqueoesofágica. O que é correto afirmar a respeito desta patologia?

- (A) O diagnóstico é realizado por tomografia computadorizada com contraste.
- (B) Não está associada a síndromes genéticas.
- (C) Fístula traqueoesofágica em "H" pode estar associada.
- (D) A abordagem ideal para correção cirúrgica é por faringomiotomia lateral.
- (E) Há maior incidência em povos da península basca.

**25.** As afirmações a seguir a respeito do quilotórax congênito são corretas, **EXCETO** uma. Assinale-a.

- (A) É a causa mais frequente do derrame pleural neonatal.
- (B) Ele é mais comum na menina e no hemitórax esquerdo.
- (C) A drenagem torácica deve ser realizada naqueles recém-nascidos que continuam com dificuldade ventilatória mesmo após toracocenteses de alívio.
- (D) A cirurgia está indicada somente quando o tratamento conservador for incapaz de cessar a drenagem do quilo e, de preferência, através da ligadura do ducto torácico.
- (E) Uso de octreotíde pode ser empregado em casos de recidiva.



## **EDITAL Nº 03/2024 DE PROCESSOS SELETIVOS**

### **GABARITO APÓS RECURSOS**

#### **PROCESSO SELETIVO 18**

#### **MÉDICO I (Cirurgia Transplante Hepático Infantil)**

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