

Prefeitura Municipal de Natal

Concurso Público
Edital nº 01/2018 - SEMAD - SMS



SMS / RN - SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE NATAL

Médico Gastroenterologista

Leia estas instruções:

- 1 Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, **assine no espaço reservado**.
- 2 Este Caderno contém, respectivamente, **60 questões** de múltipla escolha, assim distribuídas: **01 a 10** ▶ Língua Portuguesa; **11 a 30** ▶ Legislação do SUS; **31 a 60** ▶ Conhecimentos Específicos.
- 3 Se o Caderno estiver incompleto ou apresentar imperfeição gráfica que impeça a leitura, solicite imediatamente ao Fiscal que o substitua.
- 4 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 5 Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não peça esclarecimentos aos fiscais.
- 6 A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta na cor preta.
- 7 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 8 Os rascunhos e as marcações que você fizer neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 9 Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões de múltipla escolha e preencher a Folha de Respostas.
- 10 O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
- 11 Antes de se retirar definitivamente da sala, **devolva** ao Fiscal a **Folha de Respostas** e **este Caderno**.

Assinatura do Candidato: _____

As questões de 01 a 10 desta prova são baseadas no texto a seguir.

Gente como a gente

Por Eduardo Szklarz e Karin Hueck

- 1º Conheci a Sandra em 2013, numa prisão de Buenos Aires. Ela tinha aspecto largado e a expressão triste de quem havia sido separada do filho ainda pequeno. Nascida na Alemanha, ela já havia passado 20 anos atrás das grades na Argentina e ignorava todas as visitas que recebia, inclusive a minha. Não quis me olhar nos olhos. Era como se eu – ou ela – não estivesse ali.
- 2º No ano seguinte, advogados de Sandra entraram com pedido de *habeas corpus*, alegando que seu encarceramento era cruel e injustificado. Por um motivo simples: ela não havia cometido crime algum. Estava presa só por ser um animal. Sandra é um orangotango, e a prisão é o zoológico de Buenos Aires.
- 3º A Justiça argentina acatou o pedido feito pela Afada, uma ONG de direitos dos animais. Assim, Sandra tornou-se o primeiro animal no mundo a ser reconhecido como “pessoa não humana” – e, portanto, “sujeito de direitos” que devem ser respeitados. Inclusive o direito de não ser explorada para divertimento humano. Sandra ainda aguarda definição sobre seu destino, mas seu caso serviu de precedente para a libertação de outros grandes primatas.
- 4º Com essa decisão, os tribunais admitiram, pela primeira vez, o que a ciência já sabe faz um tempo: os animais não são assim tão diferentes de nós. Já foi provado que centenas de espécies têm inteligência, emoções e relações sociais complexas. Assim como nós, vacas fazem amizade. Chimpanzés sentem inveja e vergonha. Galinhas têm noção de futuro. Polvos usam ferramentas e constroem abrigos.
- 5º Mas, acima de tudo, como vi nos olhos de Sandra, animais têm a capacidade de sofrer. Até os menos desenvolvidos, como lagostas e peixes, que não fazem cara feia quando sentem dor. Se você injetar veneno de abelha nos lábios de uma truta, ela vai parar de comer e esfregar a boca contra a parede do tanque. Se você furar caranguejos com um anzol, eles vão passar as garras no lugar da lesão. E, se você passar ácido acético (um irritante) nas antenas de um camarão, ele vai massageá-las com as patas da frente – mas não se você aplicar anestesia antes. “Isso não é mero reflexo”, diz o biólogo Robert Elwood, da Queen’s University, na Irlanda do Norte. “É um comportamento prolongado e totalmente consistente com a ideia de dor.”
- 6º Mais de 2.500 estudos científicos já mostraram que os animais são seres tão complexos quanto nós – ainda que não sejamos idênticos. Mas fingimos que não sabemos disso, e seguimos tratando-os como se fossem inanimados.
- 7º Como conseguimos conciliar esses dois fatos? Por que torturamos outros bichos como Sandra, mesmo sabendo que eles sofrem?
- 8º Toda a nossa relação com os bichos é esquisita e irracional. Dividimos o reino animal em castas, que merecem mais ou menos direitos, de acordo com a sua utilidade. Há espécies, como as que nos servem de alimento, que são especialmente maltratadas. Multiplicamos de propósito bois, porcos e galinhas (só de galinhas, há 20 bilhões no planeta), apenas para confiná-los, criá-los em condições degradantes e depois matá-los. O ser humano sempre comeu carne – mas precisa tratar suas presas com tanta frieza? Frangos têm os bicos serrados para não praticar canibalismo dentro das gaiolas. Filhotes de boi são arrancados de suas mães e mantidos anêmicos para ficar com a carne macia. Milhares de peixes morrem todos os dias em redes que eram destinadas a matar outras espécies – e tudo bem. Além dos bichos que vão parar no nosso prato, há os que sacrificamos em nome do progresso. Cobiaias de laboratório, por exemplo, nascem para ser torturadas até a morte. Fabricantes de cosméticos ainda gotejam xampu em coelhos imobilizados, que não podem piscar enquanto o produto corrói seus olhos. Já macacos bebês são trancados em jaulas e expostos a serpentes, choques e ruídos para desenvolver ansiedade e depressão e ter seus cérebros dissecados depois. Apenas nos EUA, 25 milhões de bichos são usados em experimentos, o equivalente a uma Austrália de animais humanos.

- 9º Mas difícil mesmo é tentar justificar o que fazemos com os animais de que *gostamos*. Quem tem cachorro e gato, por exemplo, jura que ama seus bichinhos mais do que tudo. No Brasil, 61% dos donos de *pets* consideram seus animais um membro da sua família. Nos EUA, 36% compram presentes de aniversário para seus bichinhos. Mas ninguém em sã consciência trataria um parente *Homo sapiens* como trata um *Canis familiaris* ou um *Felis catus*. *Pets* são cruzados entre si para gerar raças deformadas e com graves problemas genéticos apenas porque as consideramos “fofas”. Todos são arrancados de suas mães e confinados dentro de espaços limitados até o dia de sua morte. Escolhemos quando, quanto e o que vão comer. Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados. Isso sem falar de outros animais de estimação, como canários, peixinhos dourados ou *hamsters*, que passam a vida em celas solitárias que chamamos de gaiolas e aquários. Há correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que apontam essas contradições para dizer que, não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.
- 10º Em comum, todos os animais – os que amamos, os que odiamos, os que comemos – sofrem da mesma condição: são considerados posse dos seres humanos. E, como nossa posse, podem ser dispostos da maneira como quisermos. Essa noção, claro, é uma convenção: uma ideia que se espalhou há séculos e serve como manual de como tratar seres de duas, quatro, seis, oito ou nenhuma pata. É o que cientistas chamam de especismo – a noção de que o *Homo sapiens* é uma espécie superior, sagrada e incomparável, e que os diferentes de nós não merecem os mesmos direitos. Essa lógica não é parecida com outros discursos de superioridades que você já ouviu por aí?

SZKLARZ, Eduardo; HUECK, Karen. Gente como a gente. **Superinteressante**. São Paulo, Editora Abril, Nº 385, Fevereiro, 2018. [Adaptado]

- 01.** O propósito comunicativo principal do texto orienta-se para
- A) comprovar, por meio de situações reais, que o ser humano considera-se uma raça superior.
 - B) defender que todos os seres vivos devem ser tratados de maneira igualitária.
 - C) analisar, de maneira positiva, a decisão da corte argentina em relação ao direito animal.
 - D) problematizar sobre o tratamento cruel dado a outras espécies animais pelo ser humano.
- 02.** A sequência dominante do texto apresenta verbos flexionados no
- A) pretérito perfeito do indicativo.
 - B) presente do subjuntivo.
 - C) presente do indicativo.
 - D) pretérito imperfeito do subjuntivo.
- 03.** Os três primeiros parágrafos apresentam
- A) a sequência argumentativa como dominante e a narrativa como secundária.
 - B) a sequência narrativa como dominante e a descritiva como secundária.
 - C) as sequências narrativa e descritiva como secundárias.
 - D) as sequências argumentativa e narrativa como secundárias.
- 04.** No período inicial do segundo, do terceiro e do quarto parágrafos, verifica-se,
- A) em todos os casos, a presença de elemento coesivo que retoma uma informação presente no parágrafo anterior.
 - B) em todos os casos, a ausência de elemento coesivo que retome uma informação presente no parágrafo anterior.
 - C) apenas nos dois primeiros casos, a presença de elemento coesivo que estabelece interligação com o parágrafo anterior.
 - D) apenas nos dois primeiros casos, a ausência de elemento coesivo que estabelece interligação com o parágrafo anterior.

05. No terceiro parágrafo, as aspas foram utilizadas para

- A) explicitar o conteúdo de uma citação indireta.
- B) evidenciar o uso de linguagem denotativa.
- C) marcar o uso de linguagem conotativa.
- D) demarcar os limites de uma citação direta.

06. Considere o parágrafo:

Mas difícil mesmo é tentar justificar o que fazemos com os animais de que *gostamos*. Quem tem cachorro e gato, por exemplo, jura que ama seus bichinhos mais do que tudo. No Brasil, 61% dos donos de pets consideram seus animais um membro da sua família. Nos EUA, 36% compram presentes de aniversário para seus bichinhos. Mas ninguém em sã consciência trataria um parente *Homo sapiens* como trata um *Canis familiaris* ou um *Felis catus*. Pets são cruzados entre si para gerar raças deformadas e com graves problemas genéticos apenas porque as consideramos “fofas”. Todos são arrancados de suas mães e confinados dentro de espaços limitados até o dia de sua morte. Escolhemos quando, quanto e o que vão comer. Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados. Isso sem falar de outros animais de estimação, como canários, peixinhos dourados ou hamsters, que passam a vida em celas solitárias que chamamos de gaiolas e aquários. Há correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que apontam essas contradições para dizer que, não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.

A ideia central do parágrafo encontra-se explicitada

- A) no primeiro período.
- B) no último período.
- C) no quinto período.
- D) no oitavo parágrafo.

07. Considere o trecho:

Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados.

De acordo com a norma-padrão do português escrito, o ponto final do primeiro período pode ser

- A) substituído por uma vírgula, com alteração de sentido.
- B) retirado, com alteração de sentido.
- C) substituído por uma vírgula, sem alteração de sentido.
- D) retirado, sem alteração de sentido.

Para responder às questões 08 e 09, considere o fragmento a seguir.

Há[1] correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que[2] apontam essas contradições para dizer que[3], não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.

08. Em relação ao elemento linguístico [1], afirma-se:

I	Deveria estar flexionado no plural porque concorda com o sujeito <i>correntes de filósofos e ativistas</i> .
II	Está flexionado no singular por se tratar de um verbo impessoal e utilizado no sentido de <i>existir</i> .
III	Se for substituído pelo verbo existir, este deve ser flexionado no plural.
IV	Se for substituído pelo verbo existir, este deve ser flexionado no singular

Das afirmativas, estão corretas

- A) I e III.
- B) I e IV.
- C) II e III.
- D) II e IV.

09. Em relação aos elementos linguísticos [2] e [3],
- A) ambos introduzem orações adjetivas.
 - B) o primeiro introduz uma oração substantiva e o segundo, uma oração adjetiva.
 - C) o primeiro introduz uma oração adjetiva e o segundo, uma oração substantiva.
 - D) ambos introduzem orações substantivas.
10. Sobre a linguagem empregada no texto, o uso da primeira pessoa do plural revela que os autores
- A) querem manter-se distanciados da temática tratada.
 - B) assumem, de maneira explícita, o comprometimento com o tema abordado.
 - C) querem posicionar-se objetivamente em relação à temática.
 - D) assumem, de maneira implícita, uma concessão diante do tema abordado.

Legislação do SUS

11 a 30

11. Em meio a uma profunda crise econômica e política do Estado brasileiro surge, no final da década de 1970 e início dos anos 1980, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que defendia um sistema de saúde universal, em contraposição ao modelo médico assistencial privatista, então vigente, que se apresentava cada vez mais ineficiente, caro e excludente. O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira
- A) propôs estratégias como as Ações Integradas em Saúde para o alcance de um sistema de saúde mais integrado que foram implantadas após a Constituição de 1988.
 - B) teve a participação de profissionais de saúde, de intelectuais da saúde coletiva e de lideranças políticas, mas sem a colaboração de parlamentares.
 - C) teve seu ponto alto na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a qual produziu um relatório que pouco influenciou no Sistema Único de Saúde.
 - D) gerou mudanças no sistema de saúde, alcançando mudanças institucionais importantes e apontando alternativas centradas na Atenção Primária em Saúde.
12. A Constituição Federal de 1988 incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado, fundamentando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS passa a ser o principal norteador na condução das políticas de saúde do Brasil, incorporando o conceito ampliado de saúde e entendendo a saúde como cidadania. A partir de então, as políticas públicas de saúde no Brasil
- A) priorizam a assistência nas unidades de atenção primária em saúde que, na rede de atenção à saúde, estão concentradas em locais específicos do território.
 - B) preconizam a realização de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, fundamentando-se na integralidade e priorizando as ações curativas.
 - C) garantem o acesso universal aos serviços de saúde realizados nas Unidades Básicas e o atendimento para serviços de alta complexidade através da saúde suplementar.
 - D) baseiam-se na justiça social para superar as desigualdades na assistência e garantem o acesso gratuito aos serviços públicos de saúde.

13. O SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. Analise as afirmativas abaixo que discorrem sobre os princípios do SUS.

I	Em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso à saúde, é necessário estabelecer o princípio da equidade tratando igualmente os desiguais para minimizar o efeito da determinação social.
II	A rede regionalizada representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais com objetivo de organizar os serviços de saúde para que todos tenham acesso a todos os níveis de atendimento.
III	A descentralização permite que as realidades de saúde de cada município sejam respeitadas, uma vez que a tomada de decisão é feita pelos seus gestores, com a transferência direta de recursos da União.
IV	A participação da comunidade expressa o exercício da democracia no que se refere às decisões na saúde e assegura o controle social, cabendo aos gestores a função de fiscalizar e avaliar as ações.

Em relação aos princípios do SUS, estão corretas as afirmativas

- A) I e II.** **B) I e IV.** **C) II e III.** **D) III e IV.**

14. A Lei nº 8.142/90 foi sancionada na tentativa de superar os vetos presidenciais aplicados à Lei nº 8.080/90 que atingiram, especialmente, os aspectos referentes aos recursos financeiros e à participação social. A Lei nº 8.142/90, então, passou a regular as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde entre a União, estados e municípios, bem como a participação da comunidade na gestão do SUS. Nessa lei, fica definido que

- A) o Fundo Nacional de Saúde passa a ser o responsável pela centralização dos recursos financeiros pela União sem repasse aos municípios.**
B) a participação da comunidade na gestão pode acontecer através dos Conselhos de Saúde que têm caráter provisório e deliberativo.
C) a decisão do poder Legislativo prevalece sobre o que foi definido nas Conferências e Conselhos de saúde, caso haja divergência.
D) a oferta de contrapartida de recursos financeiros no orçamento é facultada ao município para que ele receba os repasses federais.

15. A Política Nacional de Atenção Básica considera esse nível de atenção como porta de entrada preferencial do sistema, responsável por ordenar fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Segundo o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, os serviços especiais de acesso aberto também são considerados como porta de entrada. Um desses serviços de acesso aberto é

- A) serviço de atenção às urgências e emergências.**
B) centro de testagem e aconselhamento de DST/Aids.
C) unidade de saúde da família.
D) unidade mista de saúde.

16. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), compete às Secretarias Municipais Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal, entre outras:

- A) organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e excluindo as cedidas pelo estado e pela União.**
B) definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
C) definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.
D) manter o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente atualizado mensalmente, conforme regulamentação específica.

17. Diante do cenário de dificuldades para concretização dos princípios do SUS e do questionamento sobre a qualidade da assistência à saúde oferecida a seus usuários, formulou-se, em 2003, a Política Nacional de Humanização do SUS. A PNH tem como um dos seus objetivos
- A) permitir aos usuários o acesso às informações gerais sobre saúde, como o serviço responsável pelo seu atendimento que, independentemente do nível complexidade, deve ser no seu território.
 - B) garantir, nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores do SUS e gestão participativa, que inclui os trabalhadores e os usuários nas decisões.
 - C) reduzir filas e o tempo de espera, com atendimento acolhedor e resolutivo, considerando a vulnerabilidade social e extinguindo o atendimento por livre demanda.
 - D) valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, enfatizando a determinação biológica do processo saúde-doença.
18. Do ponto de vista da sua concepção, a humanização no SUS vai além do atendimento humanizado que valoriza a escuta do paciente e sua subjetividade. Entendida como uma política, ultrapassa as competências de um programa, pois institui ações transversais em diferentes instâncias gestoras do SUS. A fim de concretizar suas ações, a Política Nacional de Humanização se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos para efetivação dos princípios do SUS. Analise as afirmativas abaixo sobre a PNH.

I	Dentre as diretrizes da PNH, podemos citar a 'clínica ampliada' que procura enfrentar a fragmentação das ações de saúde, estimulando o trabalho interdisciplinar e multiprofissional.
II	A PNH preconiza o 'método da tríplice inclusão' com a participação de diferentes agentes, através de técnicas como rodas e fomento das redes.
III	O Apoio matricial é um dispositivo para o processo de trabalho em saúde que oferece suporte técnico-pedagógico de um generalista às equipes de saúde.
IV	Os seus princípios estimulam as mudanças na atenção que deve ser orientada para a autonomia dos sujeitos, sendo o trabalhador de saúde o principal responsável pela saúde dos usuários.

Em relação à PNH, estão corretas as afirmativas

- A) I e II.
 - B) I e III.
 - C) III e IV.
 - D) II e IV.
19. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida pelo Ministério da Saúde como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010). A RAS é constituída por três elementos fundamentais: a população/região de saúde definidas, a estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. Em relação aos componentes da estrutura operacional da RAS, analise as afirmativas seguintes.

I	Atenção Primária à Saúde é considerada o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.
II	As centrais de regulação, os sistemas de identificação e acompanhamento de usuários e os sistemas de transporte sanitários são considerados como sistemas de apoio da RAS.
III	Os sistemas de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde são considerados como sistemas logísticos da RAS.
IV	Os sistemas de transporte sanitário, de acesso regulado à atenção e o cartão de identificação dos usuários são considerados como sistemas logísticos da RAS.

Em relação ao tema exposto, estão corretas as afirmativas

- A) II e III.
- B) I e III.
- C) II e IV.
- D) I e IV.

- 20.** Ao completar a etapa de contratualização do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), os municípios e as equipes assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade no âmbito desse nível de atenção. Nessa perspectiva, um dos compromissos das equipes de saúde é
- A)** implantar apoio institucional e matricial na Atenção Básica, incluindo as equipes de saúde bucal.
 - B)** ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão do cuidado.
 - C)** alimentar os sistemas de informação em saúde para a Atenção Básica de forma regular e consistente.
 - D)** pactuar com a comissão de intergestores bipartite estratégias e diretrizes para implementação das ações de melhoria.
- 21.** Um município aderiu ao 3º Ciclo do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Todas as equipes de saúde passam a desenvolver um conjunto de ações para qualificação da Atenção Básica, com o apoio da gestão, previstas no Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do programa. São consideradas ações de qualificação contidas nesse Eixo:
- A)** contratualização e apoio institucional.
 - B)** adesão e educação permanente dos profissionais.
 - C)** autoavaliação e avaliação externa.
 - D)** apoio institucional e monitoramento de indicadores.
- 22.** O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) tem como objetivo geral avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde. Especificamente, o PNASS tem entre seus objetivos:
- A)** promover a qualidade e inovação na gestão da Atenção Básica, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação.
 - B)** melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da Atenção Básica.
 - C)** incorporar indicadores que meçam o resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos avaliados.
 - D)** conhecer o perfil dos usuários e/ou familiares que frequentam os estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados.
- 23.** O Governo Federal, por meio da Lei n.º 12.871/2013, regulamentou o Programa Mais Médicos (PMM). Esse programa reúne uma série de iniciativas de curto, médio e longo prazos que visa enfrentar o histórico problema da escassez e má distribuição de médicos nas diversas regiões do Brasil e é constituído por três grandes eixos:
- A)** projeto Mais Médicos para o Brasil, investimento na infraestrutura da rede de serviços da atenção básica e valorização da atenção básica.
 - B)** provimento emergencial, formação médica e estímulo à residência médica em medicina da família e comunidade.
 - C)** provimento emergencial, investimento na infraestrutura da rede de serviços da atenção básica e formação médica.
 - D)** valorização da Atenção Básica, formação médica e estímulo à pós-graduação *lato sensu* em Atenção Básica.

O texto a seguir serve de referência para responder às questões 24 e 25.

O Decreto Presidencial nº 7.508/2011 coloca o planejamento em saúde na centralidade da agenda da gestão, a ser desenvolvido nas três esferas de governo, considerando, entre outras questões, as especificidades do território, os problemas e as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, o planejamento da saúde no SUS utiliza instrumentos que devem ser integrados, revistos e adotados em consonância com os seus referenciais legais. É responsabilidade dos três entes federativos a elaboração, a aplicação e a adaptação desses instrumentos com a colaboração de usuários, profissionais e gestores.

24. No que se refere ao planejamento em saúde no SUS, analise as afirmativas seguintes.

I	O planejamento da saúde deve compatibilizar, no âmbito dos planos de saúde, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária dos recursos.
II	A elaboração dos planos de saúde estadual e municipal deve seguir um modelo normativo de planejamento, contemplando momentos de diálogo entre os atores envolvidos no processo: gestores e profissionais de saúde.
III	O planejamento da saúde desconsidera os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, os quais não compõem o Mapa da Saúde municipal, regional, estadual e nacional.
IV	No processo de planejamento, a participação social deve ser observada, inclusive em âmbito regional, por meio de estímulo à realização de plenárias de conselhos de saúde e de fóruns de conselheiros de saúde.

Em relação ao planejamento em saúde no SUS, estão corretas as afirmativas.

- A) I e III. B) I e IV. C) II e III. D) II e IV.

25. O instrumento de planejamento da saúde que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados é

- A) a Programação Anual de Saúde.
B) o Relatório Anual de Gestão.
C) o Plano Plurianual.
D) a Lei Orçamentária Anual.

26. Nas últimas décadas, seguindo uma tendência global, o Brasil vem passando por um processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, determinado pela queda da fecundidade, declínio da mortalidade por doenças infecciosas, aumento da expectativa de vida e maior exposição a modos de vida pouco saudáveis. Assim, o perfil de morbimortalidade da população apresenta um aumento da ocorrência de casos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Tomando como referência a vigilância das DCNT, analise as afirmativas seguintes.

I	Uma das características da vigilância das DCNT é o monitoramento da adesão a fatores de proteção e de risco dessas doenças que permitem medir as exposições atuais e tendências futuras de adoecimento e mortalidade.
II	A vigilância das DCNT emprega estratégias semelhantes às utilizadas pela vigilância das doenças infectocontagiosas, como por exemplo, a notificação compulsória e a investigação de casos novos.
III	A vigilância das DCNT estimula a prática de ações de promoção da saúde, pautadas em intervenções intersetoriais, a fim de prevenir casos novos, deter o crescimento e melhorar o prognóstico dos casos já existentes.
IV	A vigilância das DCNT utiliza o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) como principal fonte de dados e informações estratégicas de ocorrência das doenças e agravos não transmissíveis.

Em relação a vigilância das DCNT, estão corretas as afirmativas.

- A) I e III. B) II e III. C) I e IV. D) II e IV.

27. O Ministério da Saúde define periodicamente a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados em todo o território nacional. A inclusão de doenças e agravos nessa lista está condicionada a alguns critérios, tais como a transcendência, que se expressa por meio de características subsidiárias, que conferem relevância especial à doença ou agravo. Entre essas características, destacam-se:
- A) a magnitude, a vulnerabilidade e a severidade.
 - B) a severidade, a relevância social e a relevância econômica.
 - C) o potencial de disseminação, a relevância social e a magnitude.
 - D) a vulnerabilidade, a relevância econômica e o potencial de disseminação.
28. O relatório *Errar é Humano* do *Institute of Medicine* (IOM) trouxe à tona a ocorrência de 44.000 a 98.000 mortes evitáveis decorrentes de falhas no processo assistencial nos Estados Unidos. A divulgação do relatório provocou, em vários países e organizações internacionais, uma mobilização no sentido de apoiar estratégias destinadas a prevenir e evitar falhas nos sistemas de assistência à saúde. No Brasil, esse movimento teve como um dos desdobramentos a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela portaria GM/MS nº 529/2013. Um dos pressupostos que possibilitam a cultura de segurança, prevista nessa portaria é
- A) a conscientização de que a responsabilidade sobre a segurança dos pacientes é atribuição específica dos profissionais de saúde.
 - B) o estímulo à identificação e a resolução dos problemas de segurança, recompensando os envolvidos.
 - C) o encorajamento à investigação dos eventos adversos para identificação e punição dos responsáveis.
 - D) a percepção de que as metas financeiras e operacionais devem ser priorizadas em relação às metas relativas à segurança.
29. A segurança do paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, as famílias, os gestores e os profissionais de saúde, com a finalidade de ofertar uma assistência segura. Os protocolos de segurança propostos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente incluem:
- A) cirurgia segura, identificação do paciente e as úlceras por pressão.
 - B) higienização das mãos, acessibilidade aos serviços de saúde e cirurgia segura.
 - C) redução de quedas, notificação de eventos adversos e prescrição de medicamentos.
 - D) identificação do paciente, higienização das mãos e integralidade das ações.
30. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 36, de 2013, estabelece que o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve implantar um plano de segurança do paciente em serviços de saúde com atividades de identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos, integrando os diferentes processos de gestão dos riscos desenvolvidos nos serviços de saúde. Uma das técnicas de identificação de riscos mais conhecida e aplicada nos serviços de saúde é
- A) a notificação de incidentes de segurança.
 - B) o sistema eletrônico de alerta.
 - C) a ronda de segurança.
 - D) o mapeamento de riscos.

31. J.M.S., sexo masculino, 46 anos de idade, procura atendimento com gastroenterologista por apresentar queixa de pirose e regurgitação ácida há cerca de 05 anos, porém, com intensificação dos sintomas nos últimos 04 meses, com surgimento de tosse seca persistente, ao deitar. Nega disfagia, vômitos ou perda de peso. Nega comorbidades e uso de medicamentos. Refere consumo de cerveja nos finais de semana e é tabagista há 15 anos, fumando cerca de 20 cigarros ao dia. Ao exame físico, verificou-se sobrepeso. Uma endoscopia digestiva alta é então solicitada e revela: Esofagite erosiva grau C de Los Angeles e gastrite enantematosa leve de antro com teste da urease positivo. A conduta mais indicada para este paciente é:
- A) prescrever inibidor de bomba de prótons em dose dobrada por 08 semanas e orientar sobre mudanças no estilo de vida, especialmente a perda ponderal e a cessação do tabagismo.
 - B) prescrever inibidor de bomba de prótons em dose plena por 08 semanas e orientar sobre mudanças no estilo de vida, especialmente a perda ponderal e a cessação do tabagismo.
 - C) prescrever tratamento para *H. Pylori*, seguido de inibidor de bomba de prótons em dose plena por 12 semanas, e orientar sobre mudanças no estilo de vida, especialmente a perda ponderal e a cessação da ingestão alcoólica.
 - D) prescrever tratamento para *H. Pylori*, seguido de inibidor de bomba de prótons em dose dobrada por 12 semanas, associada a procinético, e orientar sobre mudanças no estilo de vida, especialmente a perda ponderal e a cessação do tabagismo.
32. Mulher de 45 anos de idade com SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida) procura atendimento médico por se queixar de odinofagia severa, o que a tem feito recusar a alimentação e, conseqüentemente, perder peso. Seu médico lhe prescreve antifúngico oral, porém, após 10 dias de uso, ela retorna com a mesma queixa. Diante desse quadro, o método diagnóstico mais indicado para essa paciente é
- A) tomografia computadorizada de tórax.
 - B) esofagografia baritada.
 - C) sorologia para pesquisa de IgM anti-citomegalovírus.
 - D) endoscopia digestiva alta com escovado e/ou biópsia.
33. Um jovem de 20 anos de idade, com disfagia intermitente para sólidos há 05 anos, dá entrada no pronto-socorro com quadro de impactação alimentar. O endoscopista é chamado e retira o alimento do esôfago, mas observa a presença de múltiplos anéis por toda a extensão desse órgão. Fragmentos da mucosa esofágica são colhidos e enviados para biópsia. A condição histopatológica mais provável a ser encontrada nesse caso é
- A) esofagite ativa com rompimento mucoso.
 - B) infiltração eosinofílica.
 - C) metaplasia intestinal.
 - D) infiltrado denso de linfócitos T auxiliares.
34. A disfagia é o principal sintoma dos distúrbios de motilidade orofaríngea e esofágica e pode ser diferenciada em duas categorias, a depender da área afetada. Muitos pacientes idosos podem desenvolver esse sintoma decorrente de doenças neuromusculares, como por exemplo, após acidente vascular cerebral (AVC). Nessa condição, o exame de deglutição baritado deverá demonstrar
- A) dilatação esofágica difusa com aperistaltismo.
 - B) estase valecular com regurgitação orofaríngea.
 - C) contração esofágica assimétrica do lado oposto ao AVC.
 - D) contração muscular cricofaríngea com obstrução.

35. J.C.M., 70 anos de idade, obesa, cardiopata, diabética, dislipidêmica e portadora de vitiligo, apresenta-se com sintomas de disfagia progressiva para sólidos há dois meses, associada à perda ponderal. A principal hipótese para o caso é
- A) pseudoacalasia por adenocarcinoma na junção esofagogástrica.
 - B) acalasia por esclerose sistêmica com comprometimento esofágico.
 - C) pseudoacalasia por sarcoidose.
 - D) acalasia decorrente da doença de Chagas.
36. Gastrite é definida como inflamação do revestimento do estômago associada à lesão da mucosa gástrica. Seu estudo é difícil porque, mesmo com alterações acentuadas da mucosa, ela é, na maioria das vezes, assintomática e sem aspectos radiológicos, gastroscópicos ou sorológicos específicos. Seu diagnóstico é, essencialmente, histopatológico. A gastrite crônica pode afetar diferentes regiões do estômago e exibir graus diferentes de lesões. A principal causa dessa gastrite é
- A) *Helicobacter pylori*.
 - B) auto-imunidade.
 - C) alimentar.
 - D) medicamentosa.
37. A dispepsia é um sintoma comum, de causa orgânica ou funcional, e distinguir entre essas duas causas pode ser um desafio. A maioria dos pacientes com queixas dispépticas crônicas que se submetem a investigações laboratoriais, endoscópicas e ultrassonográficas não apresenta qualquer alteração que justifique os sintomas. São, portanto, considerados portadores de dispepsia funcional. A fisiopatologia dessa afecção permanece desconhecida, mas existem evidências que apontam possíveis fatores desencadeadores dos sintomas, como
- A) o alcoolismo.
 - B) a infecção gastrointestinal aguda.
 - C) o tabagismo.
 - D) os anti-inflamatórios não-hormonais.
38. Mulher de 50 anos de idade refere quadro de dor epigástrica há seis meses, que controlava com uso intermitente de omeprazol, sem orientação médica. Há três dias, começou a apresentar melena. Uma endoscopia digestiva alta (EDA) foi realizada e demonstrou várias úlceras duodenais, inclusive na segunda porção do duodeno, com teste da urease negativo. A paciente nega comorbidades e uso contínuo de medicamentos. Tem histórico de nefrolitíase. A conduta para diagnosticar a causa dessas úlceras é
- A) investigar a presença do *H. pylori* por outro método.
 - B) realizar outra EDA para biopsiar as úlceras.
 - C) investigar o uso de anti-inflamatórios não hormonais.
 - D) realizar a dosagem de gastrina sérica.
39. As úlceras pépticas são defeitos ou rompimentos na mucosa gástrica ou intestinal que têm profundidade e se estendem através da camada muscular da mucosa. Por muito tempo, a úlcera péptica foi considerada como distúrbio idiopático e crônico. No entanto, nas últimas três décadas, a patogenia das úlceras foi determinada e, hoje, já se sabe que é multifatorial e resulta de um desequilíbrio dos fatores de proteção e agressividade. Nesse sentido, determinados fatores de agressão estão associados a certos processos patológicos, tal como se constata no seguinte achado:
- A) o tabagismo e a presença da bactéria *Helicobacter pylori* aumentam o risco de perfuração de úlcera duodenal.
 - B) a presença de *H. pylori* é a principal causa da úlcera duodenal, e o uso de anti-inflamatórios não-hormonais (AINHS) é a principal causa da úlcera gástrica.
 - C) o uso de AINHS que tem a ação tóxica direta na mucosa, causa corrosão pelo contato do comprimido na parede, sendo esse processo o principal mecanismo de lesão.
 - D) a ingestão de refrigerantes, de condimentos, o jejum prolongado e o estresse emocional são agentes comprovadamente lesivos à mucosa gástrica.

44. Mulher de 40 anos de idade procura atendimento médico por queixas dispépticas, mas, durante a consulta, pergunta se necessita fazer algum exame para prevenção de câncer colorretal. Não apresenta qualquer sintoma intestinal, não tem anemia e não tem familiares com câncer do trato gastrointestinal ou geniturinário. A orientação a ser dada a essa paciente é que deverá
- A) fazer retossigmoidoscopia aos 50 anos, caso apresente sangramento retal.
 - B) ser submetida ao toque retal a partir dos 50 anos de idade.
 - C) fazer investigação preventiva para câncer de cólon retal apenas se apresentar sintoma.
 - D) fazer colonoscopia aos 50 anos de idade.
45. Um patologista analisou fragmentos de mucosa colônica de um jovem de 15 anos de idade e chegou à conclusão de que os achados indicam retocolite ulcerativa idiopática. Além do encontro de criptite, microabscessos de criptas e linfoplasmocitose na base das criptas, o patologista, para fechar o diagnóstico desse caso clínico, também se baseou
- A) no fato de a inflamação ter aspecto salteado, à colonoscopia, e rica em granulomas não necróticos à histologia.
 - B) no fato de essa doença ser mais comum em adultos jovens e crianças, devido à predisposição a infecções pela baixa imunidade adquirida humoral.
 - C) na informação de que só havia comprometimento inflamatório da mucosa do reto, do sigmoide e do cólon descendente, de modo contínuo, à colonoscopia.
 - D) na informação do surgimento de fístulas abrindo o quadro, além do aspecto contínuo da inflamação, à colonoscopia.
46. Um jovem de 17 anos de idade, portador de doença de Crohn ileocolônica, procura atendimento com seu médico, por estar apresentando febre de 38-39° e dor em quadrante inferior direito do abdome. Ao exame físico, observa-se massa palpável em fossa ilíaca direita. Ele está em uso de prednisona 20 mg/dia, por uma agudização recente, além de azatioprina 50 mg. A conduta mais apropriada para esse caso é
- A) solicitar radiografias do abdome e aumentar o corticoide.
 - B) solicitar uma TC de abdome e pelve e iniciar antimicrobianos.
 - C) aumentar os corticosteroides e suspender a azatioprina.
 - D) suspender todas as medicações e iniciar um imunobiológico.
47. Homem de 80 anos de idade, hipertenso e coronariopata, relata ao seu médico que está, há cerca de 4 meses, com quadro de dor abdominal associada à perda ponderal. A dor surge 30 minutos após as refeições e só melhora após cerca de 02 a 03 horas. Às vezes, tem diarreia, mas não sabe caracterizar bem o quadro. Ao exame, chama a atenção a caquexia do paciente, fato novo em relação à última consulta há cerca de 06 meses. A principal hipótese diagnóstica é
- A) síndrome do intestino irritável.
 - B) câncer de cólon.
 - C) isquemia mesentérica crônica.
 - D) doença diverticular dos cólons.
48. A pancreatite aguda tem curso clínico bastante distinto nas formas leves e graves. As formas leves têm evolução autolimitada e cursam com mortalidade de 3%, ao passo que as formas graves/severas, associam-se a uma mortalidade de 30%. De acordo com os critérios revisados de Atlanta, a pancreatite aguda severa é definida como
- A) pancreatite aguda com valores de amilase sérica superiores a 3 vezes o limite superior da normalidade.
 - B) pancreatite aguda na qual ocorrem complicações locais importantes.
 - C) pancreatite aguda na qual ocorre necrose orgânica por mais de 48 horas.
 - D) pancreatite aguda em que há necrose pancreática extensa diagnosticada pela TC de abdome.

49. Um homem etilista é levado ao pronto-socorro devido forte dor abdominal e vômitos. Uma tomografia computadorizada com contrastes oral e venoso revela que o paciente apresenta pancreatite aguda. Nesse caso, o uso do contraste utilizado para realizar o exame

- A) é necessário para estadiar a doença (critérios de Baltazar).
- B) é necessária para excluir pancreatite necrosante.
- C) aumenta o risco de necrose tubular aguda.
- D) aumenta o risco de o paciente desenvolver pancreatite necrosante.

50. A notificação da incidência real da pancreatite crônica é dificultada pela ausência de critérios ideais para o diagnóstico da doença, necessitando de uma combinação de achados clínicos, exames de imagem e testes de função pancreática. Com relação a essa afecção, analise as assertivas abaixo.

I	A insuficiência endócrina é uma ocorrência claramente precoce.
II	A dor costuma ser pós-prandial e é desencadeada por refeições de alto teor de gordura e proteínas.
III	A dor abdominal crônica é um pré-requisito para o diagnóstico dessa patologia.
IV	A má-absorção de proteínas clinicamente significativas e a deficiência de gordura não ocorrem até que a maior parte da pancreática esteja perdida.

Estão corretas as assertivas

- A) I e III. B) II e IV. C) II e III. D) I e IV.

51. Mulher, 45 anos de idade, ex-tabagista, é submetida a tomografia computadorizada (TC) de tórax para investigação de tosse seca persistente, e o laudo desse exame faz menção a um achado adicional de lesão nodular em cauda do pâncreas. A paciente é, então, orientada a procurar um gastroenterologista que lhe solicita uma TC de abdome e exames laboratoriais. A TC confirma a presença da lesão nodular cística, na cauda pancreática, com presença de calcificação periférica tipo “casca de ovo” e discreta dilatação do ducto pancreático principal. Nos exames laboratoriais, chama a atenção elevação do CEA (antígeno carcinoembrionário). A principal hipótese para essa lesão é

- A) adenocarcinoma pancreático.
- B) pseudocisto pancreático.
- C) neoplasia papilar cística sólida.
- D) neoplasia cística mucinosa.

52. A litíase biliar representa um considerável problema de saúde nos países industrializados ocidentais. Idade maior que 50 anos, gênero feminino, história familiar, gestação e paridade, obesidade e síndrome metabólica são considerados grandes fatores de risco para a doença. Analise as assertivas abaixo, que se referem ao quadro clínico, diagnóstico e tratamento dessa afecção

I	Para o diagnóstico de litíase biliar, a tomografia computadorizada é mais eficiente que a ultrassonografia.
II	Icterícia, febre e mialgia, quando presentes, definem a tríade de Charcot e permitem o diagnóstico da colangite.
III	Sintomas gastrointestinais como eructações, hipermeteorismo e sensação de plenitude na ausência de dor biliar não devem ser atribuídos à colelitíase sem que sejam considerados outros diagnósticos.
IV	Após a primeira manifestação de dor biliar, a maioria dos pacientes irá apresentar outros episódios e o índice de complicações aumenta.

Estão corretas as assertivas

- A) I e II. C) I e III.
B) III e IV. D) II e IV.

- 53.** Mulher, 52 anos de idade, diabética, procura atendimento médico por apresentar ascite. Na anamnese, relata que há 07 anos fora diagnosticada com colelitíase, após quadro de dor biliar típica, porém não foi submetida a colecistectomia à época, devido descompensação do diabetes mellitus. Por não ter apresentado mais “crises” de dor, não procurou mais o cirurgião. Há cerca de dois anos, apresentou quadro de prurido cutâneo e iniciou investigação com dermatologista, tendo feito uso de vários anti-histamínicos e corticosteroides. Não apresentou melhora do quadro e há 06 meses, por observar aumento do volume abdominal, procurou o clínico que solicitou nova propedêutica, incluindo uma avaliação hepática. Os resultados demonstraram discreta elevação das enzimas hepáticas, mas com enzimas canaliculares cerca de três vezes acima do limite superior da normalidade, além de ultrassonografia com ascite, fígado com aspecto cirrótico e colelitíase. É encaminhada ao gastroenterologista que lhe solicita uma colangiorressonância nuclear magnética e autoanticorpos. A colangiorressonância demonstra um fígado no limite superior da normalidade, com bordos rombos, textura hiperecogênica, dilatação das vias biliares intra-hepáticas, com “stop” abaixo da inserção do ducto cístico. Os autoanticorpos são todos negativos (FAN; anti-músculo liso; anti- LKM1; P-ANCA e antimitocôndria) e a paciente não apresenta anemia ou plaquetopenia. A análise do líquido ascítico demonstrou GASA (gradiente de albumina soro-ascite) de 1,8. A principal hipótese diagnóstica para esse quadro é
- A)** cirrose hepática medicamentosa. **C)** colangite esclerosante primária.
B) colangite biliar primária. **D)** cirrose biliar secundária.
- 54.** A hepatite B crônica constitui um importante problema de saúde pública em nível mundial. Estima-se que existam cerca de 2 bilhões de infectados por esse vírus e cerca de 400 milhões de pessoas com a doença crônica. Os diagnósticos da hepatite B bem como o de suas fases evolutivas são baseados na coleta e análise de sorologias. O perfil sorológico de um paciente que teve infecção pregressa pelo vírus da Hepatite B é
- A)** anti-HBC total positivo, HBsAg positivo e HBeAg negativo.
B) anti-HBC IgG positivo, HBsAg negativo e Anti-HBs positivo.
C) anti-HBC total negativo, HBsAg negativo e Anti-HBs positivo.
D) anti-HBC IgG positivo, HBsAg positivo e HBeAg positivo.
- 55.** P.S.S., 60 anos de idade, portador do vírus da hepatite C, genótipo 2, com METAVIR F4 em biópsia hepática há 04 anos, não respondedor ao tratamento anterior com interferon peguillado e ribavirina, procura atendimento médico porque deseja fazer novo tratamento com os antivirais de ação direta. Avaliações clínica e laboratorial compatíveis com CHILD A. A conduta terapêutica indicada para esse paciente, tendo como base o protocolo de tratamento das hepatites virais do Ministério da Saúde, é
- A)** sofosbuvir e ribavirina por 24 semanas.
B) sofosbuvir e simeprevir com ou sem ribavirina por 12 semanas.
C) sofosbuvir e simeprevir por 24 semanas.
D) sofosbuvir e daclatasvir com ou sem ribavirina por 12 semanas.
- 56.** Mulher, 68 anos de idade, é encaminhada para investigação de ascite. Uma paracentese é indicada, pois a análise do líquido é importante para
- A)** dosar a quantidade de leucócitos que, se numa quantidade maior que 250 células, indica peritonite bacteriana espontânea.
B) dosar albumina que, nos cirróticos, quando maior que 1,0mg/dL, é útil em determinar um risco aumentado para desenvolver infecção no líquido ascítico.
C) determinar o gradiente de albumina soro-ascite que, se igual ou maior que 1,1g/dL, tem acurácia superior a 90% no diagnóstico de hipertensão portal.
D) pesquisar a presença de células neoplásicas cuja sensibilidade e especificidade são altas e de grande importância para indicação do tratamento.

57. De acordo com as formas clínicas de apresentação, os pacientes cirróticos podem ser classificados em compensados e descompensados (presença de ascite, encefalopatia e/ou icterícia) ou, ainda, por meio de critérios clínicos e laboratoriais. O escore de Child-Turcotte, modificado por Pugh, utiliza esses parâmetros e demonstra importante valor prognóstico, em termos de mortalidade dos portadores de cirrose. Os critérios clínicos e laboratoriais utilizados para calcular esse escore são:
- A) ascite, edema em membros inferiores, icterícia, creatinina e TAP.
 - B) encefalopatia hepática, edema em membros inferiores, TGO, TGP e bilirrubinas.
 - C) icterícia, encefalopatia hepática, gama-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas.
 - D) ascite, encefalopatia hepática, albumina, TAP e bilirrubinas.
58. Homem de 70 anos de idade, portador de hepatopatia crônica pelo vírus B da hepatite, abandonou o tratamento há 05 anos. Na época, tinha uma biópsia hepática com METAVIR A3 F4. Em seguimento ambulatorial, apresenta nódulo hepático de 03 cm, hipercaptante de contraste na fase arterial e com washout na fase tardia da tomografia computadorizada, que também demonstrava esplenomegalia. Apresentava, em exames laboratoriais, alfafetoproteína de 50ng/mL e plaquetopenia de 90.000/mm³. A conduta mais indicada para esse caso é:
- A) caracterizar como carcinoma hepatocelular e avaliar para transplante hepático, considerando o estado clínico global do paciente.
 - B) caracterizar como carcinoma hepatocelular e indicar quimioembolização transarterial (TACE).
 - C) biopsiar para confirmar o carcinoma hepatocelular e, em caso de confirmação, indicar o transplante hepático.
 - D) biopsiar para confirmar o carcinoma hepatocelular e optar pela ressecção cirúrgica curativa.
59. F. B. R., 60 anos de idade, diabética, hipertensa, dislipidêmica, obesa com IMC de 34, ex-tabagista e com consumo eventual de bebida alcoólica é encaminhada para avaliação por apresentar elevação de gama-GT e hiperferritinemia. Ao exame físico, sem estigmas de hepatopatia crônica e assintomática. Hemograma normal, proteína C reativa 40 mg/dL, TGO= 40mg/dL (até 40), TGP= 52mg/dL (até 40), gama-GT= 156mg/dL (até 50), ferritina= 1200 ng/mL (20-300), saturação de transferrina = 20% (20-40%), repetido e confirmado. Diante do exposto, a conduta mais indicada para essa paciente é:
- A) tratar a síndrome metabólica, orientar suspensão do alcoolismo e solicitar sorologias para hepatites virais.
 - B) solicitar pesquisa genética para hemocromatose hereditária e encaminhá-la para sangria e nutricionista.
 - C) solicitar biópsia hepática para definir se há sobrecarga de ferro a fim de indicar as sangrias e orientar dieta pobre em ferro.
 - D) Iniciar programa de sangria, orientar dieta pobre em ferro e suspender ingesta alcoólica, enquanto faz sorologias para hepatites virais e autoimunes.
60. Mulher de 48 anos de idade, portadora de SIDA em uso de TARV (terapia antirretroviral), procura atendimento por estar apresentando aumento do volume abdominal e febre. Ao exame físico, observa-se ascite, porém sem estigmas periféricos de doença hepática crônica. Uma paracentese diagnóstica é realizada, revelando líquido amarelado e turvo. A análise do líquido ascítico (LA) revelou glicose baixa (15mg/dL), LDH elevado (380mg/dL) e 640 leucócitos, sendo 72% de linfócitos. A próxima conduta para auxílio no diagnóstico é a
- A) pesquisa de células neoplásicas no LA.
 - B) dosagem de antígeno carcinoembriônico 125.
 - C) laparoscopia para biópsia de peritônio.
 - D) coleta de sangue para hepatograma.