



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

CONCURSO PÚBLICO

CARGO 15: MÉDICO

Aplicação: 10/8/2008

CADERNO DE PROVAS – PARTE II
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ESPECIALIDADE:
GASTROENTEROLOGIA

ATENÇÃO!

- » Leia atentamente as instruções constantes na capa da Parte I do seu caderno de provas.
- » Nesta parte do seu caderno de provas, que contém os itens relativos à prova objetiva de Conhecimentos Específicos, confira os seus dados pessoais e a sua opção de especialidade médica transcritos acima bem como o seu nome e a sua especialidade médica no rodapé de cada página numerada desta parte do caderno de provas.

AGENDA (datas prováveis)

- I **12/8/2008**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares das provas objetivas: Internet — www.cespe.unb.br.
- II **13 e 14/8/2008** – Recurso (provas objetivas): no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **3/9/2008** – Resultado final das provas objetivas, convocação para a entrega dos documentos para a avaliação de títulos e convocação para a perícia médica: Diário Oficial do Estado do Espírito Santo e Internet.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 12 do Edital SESAn.º 1/2008.
- Informações adicionais: telefone 0(XX)61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução do caderno de provas (partes I e II) apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CADERNO DE PROVAS – PARTE II

De acordo com o comando a que cada um dos itens de **86 a 120** se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas provas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Quanto à doença de refluxo gastroesofágico (DRGE), julgue os itens a seguir.

- 86** Não existe consenso quanto ao benefício da erradicação do *Helicobacter pylori* em portadores de DRGE.
- 87** Na DRGE, a hereditariedade e os hábitos de vida não são considerados fatores de risco.
- 88** Asma, tosse crônica, rouquidão, pigarro e halitose são manifestações atípicas de DRGE.
- 89** Os sintomas de pirose e dor retroesternal do tipo queimação são irrelevantes para o diagnóstico de DRGE.
- 90** O tratamento clínico de DRGE visa o alívio dos sintomas, à cicatrização das lesões e a prevenção de complicações.

Acerca de neoplasias de esôfago e estômago, julgue os seguintes itens.

- 91** São fatores de risco para câncer gástrico: gastrite auto-imune, hipocloridria, infecção por *H. pylori* e gastrite erosiva.
- 92** No adenocarcinoma gástrico, a erradicação do *H. pylori* na fase inicial da doença garante a regressão desse tumor, sem a necessidade de tratamento cirúrgico.
- 93** O carcinoma epidermóide é o tumor maligno de esôfago mais prevalente.
- 94** O etilismo, o tabagismo e a ingestão de alimentos e bebidas quentes (injúria térmica) são considerados fatores de risco para tumor de esôfago.
- 95** Em geral, o câncer de esôfago é diagnosticado em fase inicial e determina bom prognóstico.

A descoberta do *H. pylori* mudou a história natural das úlceras pépticas. O diagnóstico e erradicação dessa bactéria, hoje, é de fundamental importância no tratamento das principais doenças dispépticas. A respeito desse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 96** São indicações de tratamento do *H. pylori*: úlcera gastroduodenal ativa ou cicatrizada, gastrite histologicamente intensa e linfoma MALT.
- 97** É desnecessário suspender o uso de anti-secretores de 7 a 10 dias antes do exame para controle de erradicação do *H. pylori*.
- 98** O teste respiratório com uréia marcada é útil no controle da erradicação do *H. pylori* quando não houver indicação de endoscopia.
- 99** O controle da erradicação deve ser feito, no mínimo, 8 semanas após o final da medicação anti-*H. pylori*, e é obrigatório nos casos de gastrite.
- 100** A patogenicidade do *H. pylori* dependerá da virulência da cepa infectante, bem como da suscetibilidade do hospedeiro e da participação de outros fatores ambientais.

Em relação ao esôfago de Barrett, julgue os itens subseqüentes.

- 101** Trata-se de uma condição pré-maligna, em que o epitélio escamoso do esôfago é substituído por epitélio colunar, com metaplasia gástrica.
- 102** O principal fator predisponente para esôfago de Barrett é a doença do refluxo gastroesofágico.
- 103** A endoscopia digestiva alta é o principal meio diagnóstico para esôfago de Barrett, sem necessidade de estudo histopatológico da lesão.
- 104** O risco de pacientes com esôfago de Barrett desenvolverem adenocarcinoma de esôfago é semelhante ao da população em geral.
- 105** Nem o tratamento clínico com inibidores de bomba de prótons, nem a cirurgia anti-refluxo (funduplicatura de Nissen) garantem a regressão do epitélio de Barrett ou a não progressão até adenocarcinoma.

Quanto a hemorragia digestiva alta, julgue os próximos itens.

- 106** Com o advento de novas técnicas diagnósticas e terapêuticas, o índice de mortalidade nos casos de hemorragia digestiva alta não-varicosa vem caindo na última década.
- 107** A úlcera duodenal é a principal causa de HDA não-varicosa.
- 108** A úlcera gástrica duodenal de pequena curvatura e a duodenal de parede posterior têm maior potencial de recidiva de sangramento.
- 109** São fatores preditivos de sangramento recorrente de úlcera péptica: idade menor que 60 anos, comorbidades (doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca e insuficiência renal) e uso de antiinflamatórios não-hormonais.
- 110** A somatostatina e a terlipressina são drogas utilizadas no tratamento clínico emergencial nos casos de HDA varicosa, mas sem sucesso no controle do sangramento.

Julgue os itens a seguir, que versam acerca de pólipos gástricos, achados freqüentes nos exames endoscópicos.

- 111** Os pólipos gástricos são tumores de origem epitelial, geralmente benignos, sendo os pólipos hiperplásicos o tipo mais comum.
- 112** Os adenomas gástricos são lesões pré-neoplásicas, classificados como viloso, tubular ou tubuloviloso, e a malignidade independe do tamanho do pólipo.
- 113** O diagnóstico dos tumores gástricos benignos ocorre por endoscopia digestiva alta ou raio X contrastado de estômago, sendo pouco eficaz a tomografia computadorizada ou a ultrasonografia endoscópica.

114 O seguimento endoscópico pós-polipectomia depende da histologia, do tamanho e do número de pólipos gástricos encontrados.

115 Os leiomiomas são tumores submucosos benignos, comuns no estômago, freqüentemente, múltiplos e menores que 3 cm.

As gastrites vêm sendo alvo de vários tipos de classificação (endoscópica, histopatológica, etiológica) nos últimos anos, sem um consenso acerca da complexidade da patologia. Com relação a esse assunto, julgue os itens seguintes.

116 O uso crônico de antiinflamatórios não-hormonais promove gastrite apenas por ação sistêmica, ao inibir a síntese da prostaglandina.

117 A gastrite auto-imune caracteriza-se por atrofia da mucosa gástrica, hipocloridria e anemia perniciosa por deficiência de absorção de vitamina B₁₂.

118 A cromoendoscopia com azul de metileno ajuda a revelar áreas de atrofia de mucosa gástrica durante a endoscopia digestiva alta.

119 A idade menor que 60 anos, o uso concomitante de anticoagulantes e história prévia de úlcera péptica são considerados fatores de risco para gastrite por AINH.

120 A presença de hiperplasia linfóide na histologia da mucosa gástrica geralmente está associada a gastrite por *H. pylori*.

