Publicado em
10/04/2026

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 01/2026
DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSO

PROCESSO SELETIVO 13

MÉDICO I
(Transplante Hepático)

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

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

CADERNO DE QUESTÕES

EDITAL Nº 01/2026
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior — **PS 13**

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 (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

A palavra é prata, o silêncio é ouro.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: ___ ___ ___ ___ ___ ___ – ___

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

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

SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE FAURGS SETOR DE CONCURSOS

SISTEMA DE GESTÃO DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO FAURGS SETOR DE CONCURSOS

INSTRUÇÕES

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

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.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

Boa prova!

01. Homem de 63 anos com cirrose por infecção crônica pelo vírus C, Child-Pugh A6, MELD 10, faz vigilância com ultrassonografia (USG) e dosagem de alfafetoproteína (AFP). O USG atual mostra nódulo de 2,4 cm no segmento 5. AFP 21 ng/mL. Tomografia computadorizada de abdômen com contraste endovenoso demonstra lesão de 2,4 cm com hiper-realce não periférico na fase arterial, *washout* não periférico na fase portal e presença de cápsula demonstrando hiper-realce. Qual a conduta mais adequada segundo o último *guideline* da *European Association for the Study of Liver Diseases* (EASL)?

(A) Realizar ressonância magnética de abdômen superior com contraste hepatoespecífico em 3 meses.
(B) O diagnóstico de carcinoma hepatocelular só pode ser firmado se AFP>100 ng/dL.
(C) Solicitar biópsia para confirmação histológica do nódulo.
(D) Considerar o diagnóstico de carcinoma hepatocelular segundo os critérios não invasivos.
(E) Solicitar tomografia com emissão de pósitrons (PET-CT) para auxiliar no diagnóstico do nódulo.

02. Paciente de 58 anos, cirrose alcoólica compensada, apresenta três nódulos hepáticos, medindo 2,8 cm, 2,5 cm e 2,2 cm, todos com padrão radiológico típico de carcinoma hepatocelular e localizados no lobo hepático direito. Não há invasão vascular nem doença extra-hepática. Em avaliação complementar, apresentou os seguintes resultados: hemoglobina 8,6 g/dL, creatinina 1,5 mg/dL, ureia 47 mg/dL, plaquetas 38 mil. O paciente encontra-se abstêmio há 10 meses e apresenta Performance Status de 0.

De acordo com os últimos *guidelines* da *European Association for the Study of Liver Diseases* (EASL) e critérios brasileiros vigentes, a melhor opção terapêutica seria

(A) ressecção hepática, por se tratar de doença multifocal unilobar.
(B) ablação percutânea, pois o número de nódulos contraindica transplante.
(C) transplante hepático, por atender os critérios de Milão.
(D) terapia sistêmica com imunoterapia.
(E) apenas tratamento paliativo, devido ao risco de recorrência pós-transplante frente a doença multifocal.

03. Em relação ao diagnóstico não invasivo do carcinoma hepatocelular (CHC), segundo a *European Association for the Study of Liver Diseases* (EASL) 2025, considere as afirmativas abaixo.

I - Em pacientes com cirrose, o achado de lesão ≥2 cm com hiper-realce arterial não periférico e *washout* portal/tardio não periférico em tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) fecha o diagnóstico de CHC.
II - A biópsia é obrigatória em todos os casos antes de indicar transplante hepático.
III- Em fígados não cirróticos, o diagnóstico radiológico isolado não é suficiente na maioria dos casos.

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. Em paciente com carcinoma hepatocelular (CHC), lesão única, Child-Pugh A, sem invasão vascular, a ressecção hepática

(A) é formalmente contraindicada se houver qualquer grau de hipertensão portal.
(B) é preferível ao transplante em todos os casos, levando-se em conta a escassez de órgãos disponíveis.
(C) pode ser opção curativa em pacientes selecionados, mesmo se transplantáveis.
(D) deve ser evitada devido à alta taxa de recorrência.
(E) só deve ser considerada como terapia de ponte para transplante.

05. Sobre a presença de alfafetoproteína (AFP) sérica persistentemente ≥ 1.000 ng/mL em paciente com carcinoma hepatocelular (CHC) candidato a transplante hepático, analise as seguintes implicações.

I - Priorização em lista, já que denota doença mais grave.
II - Indicação obrigatória de biópsia.
III- Contraindicação ao transplante até redução sustentada.
IV - Apenas fator prognóstico, sem impacto na elegibilidade.

Quais estão corretas?

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

06. Assinale a alternativa correta sobre a realização de *downstaging* no manejo do carcinoma hepatocelular.

( ) O *downstaging* é indicado para pacientes que já se encontram nos critérios de Milão, com o intuito de mantê-los em lista de transplante.

( ) O *downstaging* pode permitir inclusão em lista de transplante, desde que se enquadre nos critérios de Milão após o tratamento.

( ) Após o *downstaging*, a resposta radiológica já é suficiente para indicação de transplante.

( ) No Brasil, valores de alfafetoproteína (AFP) > 200 ng/dL contraindicam transplante mesmo após *downstaging* efetivo.

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

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

07. Sobre o transplante hepático de resgate nos pacientes com recidiva do carcinoma hepatocelular após ressecção cirúrgica inicial, considere as seguintes afirmativas.

I - É uma estratégia possível, já que seus resultados, em termos de sobrevida global, são considerados aceitáveis.

II - No Brasil não há possibilidade de realização desta estratégia com utilização de órgãos oriundos de doadores com morte encefálica.

III- Os critérios de Milão continuam válidos para o transplante de resgate.

IV- O transplante de resgate dispensa avaliação da AFP sérica.

Quais estão corretas?

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

08. Em relação ao estadiamento proposto pelo grupo *Barcelona Clinic Liver Cancer* (BCLC), considere as seguintes afirmativas.

I - Pacientes do grupo BCLC Intermediário (B) correspondem a um grupo heterogêneo de pacientes com doença multinodular, fora dos critérios de Milão, mas sem invasão vascular ou doença extra-hepática, além de Performance Status igual a 0.

II - O tratamento padrão de primeira linha é a ressecção hepática para pacientes do grupo BCLC Avançado (C).

III- Diferentemente de outras versões do BCLC (principalmente antes de 2022), o transplante hepático pode ser opção de tratamento no grupo BCLC B, desde que sejam utilizados critérios expandidos para sua indicação.

IV- Nos pacientes do grupo BCLC A com doença multinodular (mais do que cinco nódulos), a ressecção apresenta resultados, em termos de sobrevida, comparáveis aos dos pacientes submetidos ao transplante hepático.

Quais estão corretas?

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

09. Assinale com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso) as afirmativas abaixo acerca do manejo dos pacientes cirróticos com trombose portal.

( ) De maneira geral, há indicação de anticoagulação nos pacientes cirróticos listados para o transplante hepático que se apresentam com trombose portal, mesmo que crônica.

( ) Em pacientes classificados como tendo trombose portal do tipo Yerdel I e II, mais comumente é possível a remoção do trombo (trombectomia) com reconstrução portal fisiológica padrão (porta-porta).

( ) Pacientes classificados como tendo trombose portal do tipo Yerdel IV apresentam contraindicação absoluta ao transplante hepático.

( ) Em pacientes com varizes de esôfago, há contraindicação ao uso de anticoagulantes sem histórico de sangramento prévio.

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

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

10. Em pacientes com trombose portal em avaliação para o transplante hepático, é **INCORRETO** afirmar

(A) que a trombose portal tumoral é considerada contraindicação absoluta ao transplante hepático.

(B) que a trombose portal não tumoral, mesmo nos pacientes com carcinoma hepatocelular, pode ser aceita para transplante, desde que haja possibilidade técnica de reconstrução portal.

(C) que, a despeito da utilização cada vez mais comum dos anticoagulantes orais de ação direta (rivaroxabana, por exemplo), em pacientes cirróticos com trombose portal, há contraindicação absoluta ao seu uso.

(D) que a trombose portal tumoral, em paciente com carcinoma hepatocelular, caracteriza doença avançada, BCLC C.

(E) que achado de hiper-realce em trombo portal favorece o diagnóstico de trombose portal tumoral.

11. Paciente de 18 anos foi submetido ao transplante de fígado para tratamento de hepatopatia crônica + síndrome hepatopulmonar grave, como consequência de trombose crônica da veia porta. Nos primeiros dias de pós-operatório, apresentou bom funcionamento do enxerto hepático, mas houve piora do quadro de troca pulmonar, tendo sido necessário o uso de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) para evitar hipóxia grave, refratária a todas as medidas adotadas no Centro de Terapia Intensiva (CTI). Após 4 semanas em ECMO, e ainda persistindo o quadro pulmonar inalterado, totalmente dependente do suporte com ECMO, qual conduta seria a mais adequada?

(A) A síndrome hepatopulmonar pode se agravar por diversos fatores nos primeiros dias após o transplante de fígado; passadas 4 semanas com um bom funcionamento do enxerto, certamente o paciente se encontra em condições de ficar sem o suporte de ECMO. No caso apresentado, deve-se suspender a terapia com ECMO e manter medidas de otimização da saturação no CTI, uma vez que a perpetuação de ECMO evita que os *shunts* intrapulmonares sejam fechados.

(B) Após 4 semanas de ECMO, não se obtendo uma melhora em relação à perpetuação dos *shunts* intrapulmonares, deve-se considerar que o quadro é irreversível, sendo recomendada a consultoria da bioética, para que se possa iniciar a discussão sobre medidas de conforto para o paciente.

(C) A persistência das alterações fisiopatológicas que induzem a síndrome hepatopulmonar podem se prolongar por semanas ou meses após o transplante hepático. Nesses casos, a manutenção do paciente em ECMO, por mais algumas semanas ou meses, pode ser necessária, até que surjam indícios de melhora clínica e fechamento dos *shunts* intrapulmonares, momento em que poderá ser interrompida a terapia com ECMO.

(D) A persistência do quadro por 4 semanas, sem indícios de melhora e com dependência de ECMO, indica a irreversibilidade das alterações induzidas pela síndrome. Nesse caso, deve-se avaliar o paciente com celeridade para inclusão em lista para transplante pulmonar.

(E) A terapia com cápsulas de alho em altas doses deve ser tentada novamente, mesmo que tenha sido utilizada nas primeiras semanas, visto que há evidências de que polissulfetos presentes no alho costumam ter um efeito mais importante na produção de óxido nítrico após 3-4 semanas do transplante.

12. Durante um transplante de fígado com doador vivo (lobo direito), o cirurgião observa que, na cirurgia do receptor, após a reperfusão portal, o segmento VI do enxerto hepático apresenta-se cianótico e congesto, apesar de a veia hepática direita principal estar pérvia e com bom fluxo. Qual achado anatômico durante a captação explicaria melhor essa congestão segmentar isolada?

(A) Presença de uma artéria hepática direita substituída originada da artéria mesentérica superior.

(B) Ligadura de uma veia hepática direita acessória (veia de Makuuchi) calibrosa que drenava o setor posterior diretamente para a veia cava inferior.

(C) Trombose do ramo portal para o segmento IV, que cruzou a linha de Cantlie.

(D) Presença de uma veia hepática média dominante que drenava exclusivamente os segmentos anteriores.

(E) Lesão acidental do ducto biliar do segmento VII durante a dissecção hilar.

13. Durante a reperfusão do enxerto em um transplante de fígado (paciente com hipertensão portopulmonar prévia), ocorrem hipotensão súbita, turgência jugular, e o ecocardiograma transesofágico mostra dilatação aguda do ventrículo direito (VD) com desvio do septo. Qual a conduta imediata?

(A) Posicionar o paciente em Trendelenburg para facilitar o retorno venoso.

(B) Aumentar a pressão expiratória final positiva (PEEP) para 15 cmH_2O para melhorar a oxigenação.

(C) Administrar rapidamente 2 litros de cristaloides para aumentar a pré-carga do VD.

(D) Administrar norepinefrina em altas doses para causar vasoconstrição pulmonar compensatória.

(E) Iniciar óxido nítrico inalatório e ajustar inotrópicos para suportar a contratilidade do VD.

14. Uma mulher de 48 anos com cirrose biliar primária está em avaliação para transplante de fígado. O ecocardiograma de triagem mostra uma pressão sistólica da artéria pulmonar (sPAP) estimada em 52 mmHg. O cateterismo cardíaco direito revela: MPAP = 38 mmHg, PAOP = 10 mmHg e débito cardíaco = 7,5 L/min. Com base nos critérios descritos, como esta paciente deve ser classificada e qual a recomendação para o transplante?

(A) Hipertensão portopulmonar severa; o transplante de fígado está formalmente contraindicado, independentemente da resposta ao tratamento.
(B) Hipertensão portopulmonar leve; o transplante de fígado pode ser realizado sem necessidade de terapia vasodilatadora prévia.
(C) Síndrome hepatopulmonar; a paciente deve receber pontos de exceção no MELD imediatamente por apresentar hipertensão pulmonar.
(D) Estado hiperdinâmico puro; a MPAP elevada é consequência apenas do alto débito cardíaco, sem risco cirúrgico aumentado.
(E) Hipertensão portopulmonar moderada; recomenda-se iniciar terapia com antagonistas do receptor de endotelina ou inibidores da PDE-5 para reduzir a MPAP para < 35 mmHg antes do transplante.

15. Durante um transplante hepático, após um longo período de isquemia fria, a equipe cirúrgica realiza a anastomose da veia porta e libera o fluxo sanguíneo para o enxerto. Segundos após a reperfusão, o anestesista alerta sobre uma instabilidade hemodinâmica aguda, caracterizada por hipotensão e bradicardia. Esse fenômeno, conhecido como síndrome de reperfusão pós-transplante, está diretamente associado à liberação de substâncias acumuladas no enxerto durante a preservação.
Qual alteração eletrolítica e metabólica é mais provável de ser encontrada no sangue sistêmico do receptor imediatamente após a reperfusão do fígado?

(A) Hipocalemia (baixo potássio) e alcalose metabólica.
(B) Hipercalemia (alto potássio) e acidose metabólica.
(C) Hipernatremia (alto sódio) e aumento do pH sanguíneo.
(D) Hipocalcemia (baixo cálcio) e hipoglicemia severa.
(E) Hipercloremia e redução dos níveis de lactato.

16. Paciente de 51 anos, com cirrose por ascite refratária ao uso de diuréticos, interna via emergência devido a infecção urinária. Antes da internação, era classificado como Child-Pugh B (7 pontos) e apresentava MELD-Na 11 (creatinina 1,1 mg/dL / bilirrubina total 1,6 mg/dL / INR 1,2 / sódio 139 mEq/L). Durante a internação, apresenta descompensação do quadro de cirrose. É levado à unidade de terapia intensiva para melhor manejo do quadro. Neste momento, apresenta creatinina 2,4 mg/dL (ainda sem necessidade de terapia renal substitutiva), bilirrubina total 4,5 mg/dL, INR 2,6 e encefalopatia hepática grau 3. Está saturando 99% em ar ambiente e apresenta pressão arterial média de 75 mmHg, sem necessidade de vasopressores. Diante deste quadro, considera-se que o paciente apresenta *acute on chronic liver failure* (ACLF) _____ e, devido à gravidade do quadro neste momento, _____.

Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, as lacunas no caso acima.

(A) grau 1 – o paciente não é um candidato a transplante
(B) grau 2 – o paciente é um candidato a transplante
(C) grau 2 – o paciente não é um candidato a transplante
(D) grau 3 – o paciente é um candidato a transplante
(E) grau 3 – o paciente não é um candidato a transplante

17. Paciente de 54 anos, cirrótico por doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (MASLD), com situação especial por hepatocarcinoma, será submetido ao transplante hepático. Apresenta HAS, DM2 e doença renal crônica, com creatinina basal de 1,8 mg/dL (estimativa de taxa de filtração 49 mL/min). Qual a melhor estratégia para imunossupressão visando à preservação da função renal?

(A) Indução da imunossupressão com ciclosporina no dia do transplante e no 4º dia após o transplante, permitindo início mais tardio do tacrolimus.
(B) Indução da imunossupressão com basiliximab no dia do transplante e no 4º dia após o transplante, permitindo início mais tardio do tacrolimus.
(C) Indução da imunossupressão com tacrolimus no dia do transplante e no 4º dia após o transplante, permitindo início mais tardio do micofenolato.
(D) Não realizar indução e substituir o tacrolimus de manutenção por ciclosporina.
(E) Não realizar indução e substituir o micofenolato de manutenção por tacrolimus.

18. Qual o mecanismo imunológico mais comum de rejeição nos primeiros 90 dias após o transplante?

(A) Rejeição mediada por anticorpos pré-formados do receptor contra o enxerto.
(B) Rejeição mediada por formação de novos anticorpos do receptor contra o enxerto.
(C) Rejeição mediada por linfócitos T.
(D) Rejeição mediada por células da imunidade inata.
(E) Rejeição mediada por complemento.

19. Assinale a alternativa correta sobre o retransplante de fígado.

(A) As duas principais causas de retransplante precoce (< 30 dias) são a trombose arterial e a trombose portal.
(B) A principal causa de óbito após retransplante é sepse.
(C) A técnica de anastomose caval *piggyback* deve ser evitada em retransplantes.
(D) Se a perda do enxerto não foi por trombose arterial, é aconselhável manter e reutilizar o segmento de artéria do enxerto hepático prévio.
(E) As sobrevidas do paciente e do enxerto em 1 ano e em 5 anos são equivalentes às sobrevidas de primeiro transplante.

20. De acordo com a Portaria GM/MS nº 8.041/2025, qual é o valor mínimo de MELD 3.0 aceito para a inscrição de um candidato adulto em lista de espera de transplante de fígado?

(A) 10
(B) 11
(C) 12
(D) 15
(E) 16

21. No caso de pacientes pediátricos (menores de 12 anos), como deve-se proceder com o cálculo do PELD quando os valores laboratoriais resultam em um número menor que 1 (um)?

(A) O valor deve ser arredondado para 1,0.
(B) O valor deve ser zerado.
(C) O valor deve ser mantido com o decimal exato.
(D) O paciente recebe automaticamente a pontuação máxima.
(E) Deve-se repetir o exame até obter um valor maior que 1.

22. Em relação à situação especial para carcinoma hepatocelular (CHC), a partir de qual momento o paciente que atenda aos critérios pode ser listado com data de situação especial, após uma ressecção?

(A) 30 dias após a cirurgia.
(B) Somente após a primeira recidiva comprovada.
(C) A partir da data da cirurgia de ressecção do tumor.
(D) 6 meses após o procedimento cirúrgico.
(E) Assim que o laudo anatomopatológico for emitido.

23. Qual é a periodicidade exigida pela Portaria GM/MS nº 8.041/2025 para o estadiamento abdominal (TC ou RM) de pacientes com CHC que estão em lista de espera?

(A) Anualmente.
(B) A cada 3 meses.
(C) A cada 2 meses.
(D) A cada 6 meses.
(E) Somente quando houver aumento da alfafetoproteína.

24. No contexto de trombose aguda da artéria hepática após o transplante, qual é o prazo máximo de notificação para que o paciente possa solicitar situação especial para um novo enxerto?

(A) Até o 30º dia pós-transplante.
(B) A qualquer momento, desde que comprovada por arteriografia.
(C) Nas primeiras 48 horas.
(D) Até o 7º dia pós-transplante.
(E) Até o 15º dia pós-transplante.

25. Sobre a utilização de órgãos de doadores soropositivos para o vírus da hepatite C (VHC), qual é a orientação da Portaria GM/MS nº 8.041/2025?

(A) Podem ser utilizados somente em casos de urgência máxima (MELD > 40).
(B) É terminantemente proibido o uso desses órgãos.
(C) Exige autorização judicial prévia.
(D) Podem ser utilizados apenas se o receptor também for VHC positivo.
(E) Podem ser utilizados, desde que o qNAT do doador seja processado.