



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Não deixe de preencher as informações a seguir:

Nome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº de Identidade

Órgão Expedidor

UF

Nº de Inscrição

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GRUPO 08
ESPECIALIDADE EM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA
MÉDICA OU CIRURGIA GERAL OU PRÉ-REQUISITO EM ÁREA CIRÚRGICA
BÁSICA
(ENDOSCOPIA)

PREZADO CANDIDATO

- Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.
- Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.
- Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Óptica. Verifique, também, se o Número de Inscrição e o Grupo/Programa impressos estão de acordo com sua opção.
- As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.
- Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.
- Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.

BOA SORTE!

01. Homem de 45 anos, diagnosticado com hipertireoidismo há 3 meses e em tratamento com tapazol 40 mg/dia, retorna ao consultório com febre alta (38,5°C), odinofagia, úlceras orais e fadiga há 4 dias. Relata também calafrios e sensação de fraqueza acentuada. Exame físico revela faringite, linfadenopatia cervical e úlceras em mucosa oral. Qual a conduta mais apropriada neste caso?

- A) Manter o tapazol e prescrever antibiótico para faringite.
- B) Introduzir corticoide e reduzir a dose de tapazol
- C) Suspender tapazol imediatamente e solicitar hemograma urgente
- D) Trocar tapazol por propiltiouracil e introduzir antibiótico
- E) Solicitar biópsia de medula óssea para investigar aplasia medular

02. Homem de 35 anos chega à consulta com queixa de cefaleia intensa nos últimos 6 meses, além de diminuição progressiva da libido e visão turva, especialmente nos hemisférios laterais. Exames laboratoriais mostram prolactina de 5.000 ng/mL (ref. < 25), TSH e cortisol normais, e testosterona de 150 ng/dL (ref. 300-1000 ng/dL). Ressonância magnética revela macroadenoma hipofisário de 2,5 cm com compressão do quiasma óptico. Qual o tratamento inicial mais indicado?

- A) Cirurgia transesfenoidal imediata
- B) Radioterapia
- C) Agonista dopaminérgico
- D) Reposição de testosterona
- E) Observação clínica e reavaliação

03. Mulher de 58 anos, sem histórico de uso de anti-inflamatórios não esteroidais, tabagismo ou consumo de álcool, apresenta dor epigástrica crônica, de intensidade moderada, associada à saciedade precoce e náuseas. Endoscopia digestiva alta revela úlcera gástrica de 1,5 cm no antro. Testes para Helicobacter pylori (respiratório e histológico) foram negativos. Exames laboratoriais, incluindo hemograma e função hepática, são normais. Qual o próximo passo mais indicado no manejo?

- A) Tratamento empírico com inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e acompanhamento clínico
- B) Realização de biópsias repetidas da úlcera para excluir malignidade
- C) Monitorar a evolução da úlcera com endoscopias seriadas após 12 semanas.
- D) Indicar cirurgia de ressecção gástrica
- E) Iniciar tratamento com antibióticos empíricos para Helicobacter pylori oculto

04. Um paciente de 30 anos consulta um gastroenterologista preocupado, pois seu pai foi diagnosticado com câncer colorretal aos 47 anos. Ele está saudável e sem sintomas, mas deseja saber qual a melhor forma de realizar a prevenção, considerando o histórico familiar. Com base nas diretrizes mais recentes, qual seria o protocolo de rastreamento mais adequado para esse paciente?

- A) Iniciar colonoscopia aos 35 anos, repetida a cada 5 anos, e realizar exame de sangue oculto nas fezes anualmente.
- B) Iniciar colonoscopia aos 45 anos, repetida a cada 5 anos, e realizar exame de sangue oculto nas fezes a cada 1 ano.
- C) Iniciar exame de sangue oculto nas fezes aos 40 anos, repetido a cada 3 anos, e monitorar CEA anualmente.
- D) Iniciar colonoscopia aos 37 anos, repetida a cada 5 anos.
- E) Realizar colonoscopia imediatamente pelo alto risco, repetida a cada 5 anos, e monitorar sangue oculto nas fezes anual.

05. Um homem de 56 anos com histórico de consumo crônico de álcool (cerca de 80 g/dia) é admitido com icterícia, febre leve (37,8°C) e mal-estar crescente nas últimas duas semanas. Relata náuseas, perda de apetite e dor no quadrante superior direito do abdome.

O exame físico revela icterícia escleral e cutânea e hepatomegalia dolorosa à palpação no hipocôndrio direito.

Exames laboratoriais:

- Bilirrubina total: 10 mg/dL (Referência: <1,2 mg/dL)
- AST: 230 U/L (Referência: 8-48 U/L)
- ALT: 110 U/L (Referência: 7-55 U/L)
- INR: 1,6 (Referência: 0,8-1,2)
- Albumina sérica: 2,8 g/dL (Referência: 3,5-5,0 g/dL)
- Creatinina: 1,0 mg/dL (Referência: 0,6-1,2 mg/dL)
- Índice de Maddrey: 42
- Escore MELD: 18

Com base no quadro clínico e nos achados laboratoriais, qual a conduta inicial mais adequada para o manejo deste paciente?

- A) Iniciar suplementação com vitamina E e monitorar melhora dos sintomas hepáticos.
- B) Realizar paracentese de grande volume para aliviar a icterícia e monitorar a resposta clínica.
- C) Iniciar antibióticos de amplo espectro profilaticamente e observar a evolução.
- D) Iniciar corticosteroides (prednisolona) e monitorar resposta com o Escore de Lille após 7 dias.
- E) Realizar transplante hepático de urgência devido ao risco elevado de mortalidade.

06. Em relação ao Refluxo Gastresofágico (RGE) e suas complicações, é INCORRETO afirmar que

- A) o tabagismo contribui para a redução do tônus do esfíncter esofágico inferior e piora os sintomas de DRGE.
- B) pacientes com esôfago de Barrett têm maior risco de adenocarcinoma esofágico em comparação com aqueles sem esta condição.
- C) a terapia com IBP duas vezes ao dia pode ser uma alternativa em pacientes que não respondem a uma dose única diária.
- D) a presença de eosinófilos na mucosa esofágica é um marcador específico de esofagite erosiva avançada causada por RGE.
- E) a perda de peso é recomendada para pacientes com DRGE e índice de massa corporal (IMC) acima de 25 kg/m².

07. Um paciente de 70 anos, com história de úlcera péptica ativa e um episódio de sangramento gastrointestinal ocorrido há 3 semanas, apresenta-se com dispneia aguda e dor torácica. A angiogramografia de tórax revela tromboembolismo pulmonar em artérias segmentares bilaterais. Apesar da estabilidade hemodinâmica, o paciente ainda apresenta anemia leve com hemoglobina de 10 g/dL.

Qual é a melhor opção de tratamento?

- A) Filtro de veia cava inferior
- B) Anticoagulação com heparina de baixo peso molecular
- C) Trombolíticos intravenosos
- D) Anticoagulação oral com apixabana
- E) Observação e manejo clínico conservador

08. Em relação à gravidade e manejo da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), é INCORRETO afirmar que

- A) a pontuação CURB-65 ajuda a determinar a necessidade de internação e terapia intensiva, avaliando parâmetros como confusão mental, ureia elevada, frequência respiratória elevada, pressão arterial baixa e idade ≥ 65 anos.
- B) a radiografia de tórax é fundamental para confirmar o diagnóstico de PAC e identificar complicações como derrame pleural ou abscesso pulmonar.
- C) a pesquisa do agente etiológico está indicada somente em casos graves ou quando o resultado pode mudar o tratamento empírico padrão.
- D) a procalcitonina elevada é específica para PAC viral, enquanto a PCR elevada indica PAC bacteriana.
- E) as hemoculturas são positivas em apenas cerca de 10-20% dos pacientes com PAC, mesmo nos casos mais graves.

09. No que se refere à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) de acordo com o GOLD, analise os itens a seguir e, ao final, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Os broncodilatadores de longa duração, como os agonistas β_2 de longa ação (LABA) e os antagonistas muscarínicos de longa ação (LAMA), são recomendados para o tratamento de manutenção em pacientes com DPOC moderada a grave.
- B) Pacientes com DPOC grave que apresentam alta frequência de exacerbações e níveis de eosinófilos abaixo de 50 células/ μ L ainda se beneficiam de CI na terapia de manutenção.
- C) A antibioticoterapia deve ser considerada durante uma exacerbação em pacientes com aumento da produção de escarro purulento e/ou sintomas de infecção respiratória.
- D) A vacinação contra influenza e pneumococo é fortemente recomendada para reduzir as exacerbações e a mortalidade em pacientes com DPOC.
- E) A oxigenoterapia domiciliar é indicada para pacientes com hipoxemia grave persistente ($\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg ou saturação de oxigênio $< 88\%$) em repouso, pois reduz a mortalidade nesses casos.

10. Um homem de 68 anos, com histórico de hipertensão e obesidade, foi recentemente diagnosticado com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Ele apresenta sintomas de dispneia aos pequenos esforços e edema de membros inferiores. Seu BNP é de 700 pg/mL, o ecocardiograma revela fração de ejeção de 55% e disfunção diastólica moderada. Exames laboratoriais indicam função renal preservada, potássio de 4,5 mEq/L e sódio de 137 mEq/L.

Com relação à ICPEP, todas as afirmações abaixo estão corretas, EXCETO:

- A) A etiologia da ICPEP é frequentemente associada a fatores como hipertensão, diabetes e obesidade, além de ser mais prevalente em mulheres e idosos.
- B) Para o diagnóstico de ICPEP, é necessário observar sintomas de insuficiência cardíaca, fração de ejeção preservada e evidências de disfunção diastólica em exames de imagem.
- C) Inibidores de SGLT2 e antagonistas dos receptores de mineralocorticoide são recomendados para reduzir hospitalizações, especialmente em pacientes sintomáticos.
- D) Ao iniciar sacubitril/valsartan em pacientes previamente em uso de um inibidor da ECA, recomenda-se um intervalo de washout de pelo menos 36 horas para reduzir o risco de angioedema.
- E) A abordagem farmacológica na ICPEP foca principalmente no controle dos sintomas, sem redução significativa de morbidade e nem mortalidade.

11. Uma mulher de 76 anos, com histórico de hipertensão e depressão controlada, vem apresentando declínio na capacidade de lembrar eventos recentes. Exames de triagem mostram uma perda auditiva leve. A família nota que, desde que começou a ter dificuldades auditivas, sua memória e interação social têm diminuído.

Qual das seguintes medidas pode ser mais benéfica para a prevenção do declínio cognitivo?

- A) Introduzir um suplemento de ácido fólico para estabilizar a cognição, especialmente considerando a idade da paciente.
- B) Recomendação de aparelho auditivo, pois o uso tem sido associado a menores taxas de declínio cognitivo.
- C) Suplementar com vitamina E para prevenção de declínio cognitivo associado ao estresse oxidativo.
- D) Evitar atividades físicas moderadas, uma vez que podem precipitar o declínio em pacientes idosos.
- E) Iniciar um suplemento de ômega-3 para retardar o declínio cognitivo e prevenir a demência.

12. Em pacientes com Fibrilação Atrial (FA) submetidos à cardioversão elétrica, é INCORRETO afirmar que

- A) pacientes com FA de duração superior a 48 horas devem receber anticoagulação antes e após a cardioversão.
- B) pacientes com FA persistente devem receber anticoagulação indefinidamente, independentemente de outros fatores de risco tromboembólico.
- C) a anticoagulação pós-cardioversão é recomendada por no mínimo 4 semanas.
- D) a cardioversão pode ser farmacológica ou elétrica, dependendo do quadro clínico.
- E) ecocardiograma transesofágico é indicado para exclusão de trombo antes da cardioversão em FA de longa duração.

13. De acordo com as diretrizes ESC 2024 sobre hipertensão arterial, é INCORRETO afirmar que

- A) pacientes com pressão arterial de 120-129/70-79 mmHg são classificados como tendo pressão arterial elevada e devem ser monitorados anualmente.
- B) o tratamento da hipertensão resistente inclui o uso de antagonistas dos receptores de aldosterona, como espironolactona.
- C) a hipertensão do jaleco branco não está associada a aumento do risco cardiovascular.
- D) a medição da pressão arterial fora do consultório (MAPA ou HBPM) é recomendada para fins diagnósticos, especialmente para detectar hipertensão do jaleco branco e hipertensão mascarada.
- E) o rastreamento de hipertensão secundária é indicado para pacientes com hipertensão resistente ao tratamento.

14. Um homem de 28 anos, técnico em saneamento, é admitido no pronto-socorro com febre alta, mialgia intensa em panturrilhas e icterícia leve, sintomas presentes há seis dias. Relata que esteve recentemente em contato com água de enchente e lama durante o trabalho. No exame físico, apresenta-se com mucosas levemente ictéricas e desconforto à palpação difusa no abdome, sem sinais de irritação peritoneal. As panturrilhas estão dolorosas à palpação, sem sinais de edema. Está hemodinamicamente estável, com pressão arterial de 110/70 mmHg e frequência cardíaca de 98 bpm.

Exames laboratoriais mostram:

- Bilirrubina total: 3,5 mg/dL (direta: 2,0 mg/dL)
- Creatinina sérica: 1,6 mg/dL
- AST: 85 U/L

- ALT: 78 U/L
- Leucócitos: 14.500/mm³ com predomínio de neutrófilos
- Sorologia para Leptospira: aguardando resultado

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, qual das alternativas abaixo representa a melhor conduta inicial?

- A) Iniciar doxiciclina oral e aguardar o resultado da sorologia para confirmar o diagnóstico.
- B) Administrar paracetamol e aguardar os resultados laboratoriais para confirmação diagnóstica.
- C) Manter hidratação oral, repouso e analgesia com anti-inflamatórios.
- D) Prescrever antibioticoterapia profilática com cefalexina e liberar o paciente com orientações.
- E) Internar o paciente e iniciar penicilina cristalina intravenosa imediatamente.

15. Sobre a hepatite B, é INCORRETO afirmar que

- A) pacientes com hepatite B crônica têm maior risco de desenvolver carcinoma hepatocelular, mesmo sem cirrose.
- B) o anti-HBe positivo em paciente com HBeAg negativo indica geralmente menor replicação viral.
- C) pacientes com cirrose hepática compensada pelo vírus da hepatite B devem ser tratados com antivirais, independentemente da carga viral.
- D) a coinfeção com o vírus da hepatite D aumenta o risco de cirrose e carcinoma hepatocelular em pacientes com hepatite B crônica.
- E) a profilaxia antiviral para hepatite B pode ser suspensa imediatamente após o término da terapia imunossupressora (quimioterapia ou corticoide em altas doses).

16. Uma mulher de 52 anos, previamente saudável, foi admitida com queixas de náuseas, vômitos e redução significativa da produção urinária nas últimas 24 horas. Relata ter iniciado um antibiótico para infecção urinária há 7 dias. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 110/70 mmHg, mucosas úmidas e ausência de edema. Não houve relatos de febre, hematúria ou dor lombar.

Exames laboratoriais:

- Creatinina sérica: 3,4 mg/dL (anterior 0,9 mg/dL)
- Sódio urinário: 45 mEq/L
- Osmolaridade urinária: 300 mOsm/kg
- Fração de excreção de sódio (FeNa): 2,2%
- Urinálise: presença de cilindros granulares e proteinúria leve

Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta recomendada?

- A) Insuficiência renal pré-renal; iniciar reposição volêmica com soro fisiológico.
- B) Necrose tubular aguda induzida por drogas; suspender o antibiótico e iniciar medidas de suporte.
- C) Nefrite intersticial aguda; realizar biópsia renal de urgência.
- D) Insuficiência renal pós-renal; solicitar tomografia de abdome e pelve.
- E) Glomerulonefrite rapidamente progressiva; iniciar imunossupressão com corticosteroides.

17. Um homem de 60 anos, com cirrose hepática avançada causada por hepatite C, é admitido com hematêmese de grande volume e pressão arterial de 90/60 mmHg. Exames revelam hemoglobina de 7,2 g/dL, creatinina de 1,8 mg/dL e INR de 1,7. Ele é submetido a endoscopia de urgência, onde é identificada uma hemorragia digestiva alta (HDA) por varizes esofágicas, sendo realizada ligadura elástica com sucesso. No pós-procedimento, o paciente ainda apresenta sinais de hipotensão leve e taquicardia, e permanece com ascite volumosa. Uma paracentese de urgência revela líquido ascítico com 150 células/mm³, sem sinais evidentes de infecção. O paciente está confuso e oligoúrico, e foi estabilizado parcialmente com cristaloides.

Qual é a melhor estratégia de prevenção de PBE para este paciente, conforme o consenso da AASLD?

- A) Iniciar metronidazol oral até a alta hospitalar.
- B) Iniciar norfloxacino oral por 7 dias.
- C) Iniciar ciprofloxacino oral por 14 dias.
- D) Iniciar ceftriaxona intravenosa por 5 dias.
- E) Profilaxia antibiótica não é indicada com menos de 250 células/mm³ no líquido ascítico.

18. Um paciente de 60 anos com diagnóstico de cirrose por hepatite C é admitido com ascite tensa e sinais de encefalopatia hepática. Durante a paracentese diagnóstica, são obtidos os seguintes resultados do líquido ascítico:

- Contagem de leucócitos: 80 células/mm³
- Proteína do líquido ascítico: 0,9 g/dL
- Gradiente de albumina soro-ascite (GASA): 1,3 g/dL
- Creatinina sérica: 1,4 mg/dL
- Sódio sérico: 128 mEq/L

Com base nos achados laboratoriais e clínicos, qual é a conduta INCORRETA?

- A) Continuar a restrição de sódio e avaliar necessidade de diuréticos conforme a resposta clínica.
- B) Considerar TIPS devido à ascite recidivante e sinais de disfunção hepática.
- C) Administrar albumina intravenosa para correção da hipoalbuminemia e melhora do GASA.
- D) Evitar paracentese repetida para reduzir o risco de disfunção renal associada.
- E) Avaliar possibilidade de transplante hepático como medida definitiva de manejo.

19. Uma mulher de 62 anos, diabética com índice de massa corporal (IMC) de 32 kg/m², apresenta insuficiência renal crônica (creatinina sérica de 1,8 mg/dL, TFG_e de 40 mL/min) e proteinúria moderada (1,8 g/24h). Ela está em uso de metformina 1000 mg duas vezes ao dia, insulina basal (glargina 20 UI à noite), e empagliflozina 10 mg/dia. Sua hemoglobina glicada é de 8,1%.

Segundo as diretrizes KDIGO 2024 e com base nos resultados do estudo FLOW, qual das condutas a seguir é mais indicada para melhorar o manejo da nefropatia diabética e reduzir o risco cardiovascular?

- A) Iniciar semaglutida 0,25 mg semanalmente, aumentando gradualmente, mantendo empagliflozina e ajustando a dose de insulina conforme a resposta glicêmica.
- B) Adicionar alogliptina, um inibidor de DPP-4, para otimizar o controle glicêmico, pois estudos recentes mostram benefícios renais adicionais.
- C) Substituir a empagliflozina por dapagliflozina, um SGLT2, devido ao perfil mais seguro em pacientes com TFG_e abaixo de 45 mL/min.
- D) Dobrar a dose de metformina para 2000 mg duas vezes ao dia para otimizar o controle glicêmico e ajudar na redução da proteinúria.
- E) Suspender a empagliflozina e iniciar inibidor da ECA, como lisinopril, devido ao risco de hipovolemia em pacientes com TFG_e abaixo de 45 mL/min.

20. Uma mulher de 65 anos apresenta parada cardíaca com um traçado de assistolia no monitor. Foram realizadas compressões torácicas e uma dose inicial de epinefrina foi administrada.

Qual deve ser o próximo passo na condução da reanimação de acordo com o ACLS 2024?

- A) Repetir a epinefrina a cada 5 minutos e manter compressões.
- B) Alternar entre compressões torácicas e desfibrilação de baixa carga.
- C) Administrar amiodarona 300 mg IV imediatamente.
- D) Suspender a reanimação após 2 minutos caso não haja resposta.
- E) Administrar dopamina para melhorar a perfusão coronariana.

21. Caso clínico:

Uma paciente de 36 anos chega ao serviço de urgência com queixas de petéquias generalizadas e episódios de epistaxe espontânea nas últimas 48 horas. Ela relata histórico de PTI diagnosticado na adolescência, mas estava assintomática até o momento, sem tratamento contínuo. Exames laboratoriais mostram plaquetas de 15.000/mm³, com hemoglobina e leucócitos normais, TP e TTPa normais, e ausência de outras anormalidades na análise do sangue periférico. Ela nega uso de medicamentos, infecções recentes ou história familiar de distúrbios hemorrágicos.

Qual seria a próxima etapa de manejo mais adequada?

- A) Iniciar prednisona oral e acompanhar contagem de plaquetas semanalmente
- B) Transfusão de plaquetas e imunoglobulina intravenosa (IVIg)
- C) Solicitar biópsia de medula óssea para investigação de neoplasia hematológica
- D) Iniciar rituximabe como terapia de primeira linha
- E) Iniciar corticosteroides intravenosos e considerar esplenectomia precoce

22. Uma mulher de 68 anos, com histórico de depressão e hipertensão controlada, é admitida no hospital após três dias de confusão mental leve e episódios de tontura. Ela relata o uso recente de escitalopram, iniciado há 6 semanas. No exame físico, apresenta-se levemente desorientada, com pressão arterial de 120/80 mmHg, sem sinais de sobrecarga de volume.

Exames laboratoriais:

- Sódio sérico: 124 mEq/L (referência: 135-145 mEq/L)
- Osmolaridade sérica: 270 mOsm/kg (referência: 275-295 mOsm/kg)
- Osmolaridade urinária: 500 mOsm/kg
- Sódio urinário: 40 mEq/L
- Função renal (creatinina): 0,9 mg/dL
- Função hepática e tireoidiana normais

Diante desse quadro, qual é a conduta mais adequada?

- A) Iniciar solução salina hipertônica a 3% para corrigir rapidamente o sódio.
- B) Descontinuar escitalopram e monitorar os níveis de sódio com restrição hídrica.
- C) Administrar diuréticos para ajudar a excretar água livre e corrigir o sódio.
- D) Substituir escitalopram por fluoxetina, que é um ISRS com muito menor potencial de induzir SIADH.
- E) Aumentar a ingestão de sódio por via oral e suspender o escitalopram.

23. Em relação ao manejo farmacológico de pacientes com MASH (esteato-hepatite metabólica) e fibrose hepática avançada, todas as alternativas abaixo estão corretas, EXCETO:

- A) A pioglitazona tem benefícios comprovados em pacientes com MASH e diabetes, melhorando a inflamação hepática e reduzindo a progressão da fibrose.
- B) Em pacientes sem diabetes e com MASH, a vitamina E pode ser considerada para reduzir o estresse oxidativo hepático.
- C) O resmetirom é indicado para todos os pacientes com MASH, inclusive aqueles com cirrose descompensada.
- D) A adição de GLP-1 agonistas, como liraglutida, pode beneficiar pacientes com MASH e obesidade que não atingiram metas de perda de peso com dieta e exercício.
- E) Estatinas são geralmente seguras para uso em pacientes com doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (MASLD) com dislipidemia, mas devem ser monitoradas.

24. Em relação à cefaleia, é INCORRETO afirmar que

- A) o tratamento agudo da enxaqueca pode incluir triptanos e anti-inflamatórios, administrados preferencialmente no início da crise.
- B) o tratamento de escolha durante a crise aguda de cefaleia em salvas inclui o uso de oxigênio a 100% e triptanos.
- C) a cefaleia tensional geralmente se manifesta como uma dor bilateral em pressão, sem sintomas como náusea ou fotofobia intensa.
- D) o uso de betabloqueadores, como propranolol, é a principal profilaxia recomendada para cefaleia em salvas.
- E) cefaleia secundária a tumor cerebral pode apresentar-se inicialmente como uma cefaleia de padrão tensional, com piora progressiva.

25. Um homem de 28 anos, recém-diagnosticado com HIV, é encaminhado ao serviço de infectologia do Hospital Oswaldo Cruz para avaliação. Ele relata ter sido diagnosticado após um episódio de linfadenopatia persistente, mas está assintomático no momento. A contagem de CD4 está em 180 células/mm³, e a carga viral é de 100.000 cópias/mL. O paciente nega uso de medicamentos prévios e informa estar em preparo para iniciar terapia antirretroviral (TARV) nas próximas semanas. Ele deseja entender melhor as medidas de profilaxia para infecções oportunistas, principalmente considerando seu quadro clínico e status imunológico. Qual a conduta CORRETA em relação à profilaxia para Pneumocystis jirovecii?

- A) Iniciar sulfametoxazol-trimetoprima devido à contagem de CD4 abaixo de 200 células/mm³.
- B) Não iniciar profilaxia, pois a indicação é para pacientes com CD4 abaixo de 150 células/mm³.
- C) Iniciar azitromicina profilática até que o paciente alcance contagem de CD4 maior que 350 células/mm³.
- D) Administrar apenas fluconazol profilático, pois é suficiente para prevenção de Pneumocystis jirovecii.
- E) Aguardar o início da terapia antirretroviral e monitorar a contagem de CD4.

26. Em relação às diversas modalidades de imagem, como a ângio-TC, TC, RM, ângio-RM, a angiografia por subtração digital (ASD) e a USG-doppler, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A ângio-TC é a mais disponível e tem menor custo que a angiografia por subtração digital (ASD).
- B) A ângio-RM avalia bem os vasos e não tem radiação ionizante quando comparada com a ângio-TC.
- C) A ASD é a que tem melhor qualidade de imagens, a mais alta resolução espacial e permite realizar procedimentos terapêuticos.
- D) A USG-doppler é um exame dinâmico, rápido, sem radiação, sendo o exame inicial para avaliação da doença arterial e venosa periféricas.
- E) A RM avalia melhor o parênquima pulmonar do que a TC, embora possa causar insuficiência renal e fibrose retroperitoneal.

27. Dentre os tumores abaixo, qual o mais radiosensível?

- A) Adenocarcinoma do estômago.
- B) Melanoma.
- C) Sarcoma retroperitoneal.
- D) Seminoma testicular.
- E) Adenocarcinoma de reto.

28. Qual das afirmativas abaixo, em relação à silhueta cardíaca que observamos num raio-X de tórax, é considerada INCORRETA?

- A) A borda lateral direita em sua metade inferior corresponde ao átrio direito.
- B) A borda inferior corresponde ao ventrículo direito.
- C) A borda lateral direita em sua metade superior corresponde à veia cava inferior.
- D) A borda esquerda em sua metade superior corresponde ao arco aórtico e ao tronco da pulmonar.
- E) A borda lateral esquerda em sua metade inferior corresponde ao apêndice atrial esquerdo, artéria pulmonar esquerda, átrio e ventrículo esquerdos.

29. O Impella é um dispositivo de assistência circulatória para melhorar a função do ventrículo esquerdo, colocado por via percutânea (artéria femoral de preferência). Sobre ele, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Tem os mesmos princípios do balão de contrapulsão aórtica sendo mais sofisticado. Uma das extremidades fica no átrio esquerdo e a outra, na aorta descendente.
- B) Aumenta a pressão arterial média e a perfusão coronariana.
- C) Reduz a pressão do ventrículo esquerdo, quando o coração relaxa.
- D) O Impella aspira o sangue do ventrículo esquerdo e o devolve para a aorta ascendente.
- E) Diminui a congestão pulmonar, e, como regra, o paciente deve ser mantido anticoagulado.

30. Em relação à diverticulite aguda, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As classificadas como Hinchey III e IV requerem ambas tratamento cirúrgico.
- B) A não complicada (TC normal ou fleimão sem coleção) pode ser conduzida pelo tratamento clínico com ou sem antibióticos.
- C) A diverticulite aguda é um diagnóstico clínico, não necessitando de TC com contraste, salvo se começar a apresentar quadro de choque séptico na sua evolução.
- D) A presença de gás livre não requer, obrigatoriamente, tratamento cirúrgico.
- E) A colectomia não deveria ser realizada após o primeiro surto de diverticulite aguda não complicada.

31. Num paciente com TCE e lesão axonal difusa já vista na TC, qual dos eventos abaixo é MENOS prejudicial?

- A) Hipoglicemia.
- B) Hipotensão.
- C) Hipóxia.
- D) Febre.
- E) Hiperglicemia.

32. Considere uma úlcera duodenal crônica de parede posterior do bulbo com hemorragia digestiva alta volumosa. A provável artéria que deve estar alimentando esse sangramento é:

- A) Gástrica esquerda.
- B) Gástrica direita.
- C) Gastroepiploica direita.
- D) Gastroduodenal.
- E) Pancreatoduodenal superior.

33. O GIST, quando recidiva ou metastiza, compromete com mais frequência

- A) os pulmões.
- B) o osso longos dos MM.II.º
- C) os osso da coluna toracolombar e pélvis.
- D) o fígado.
- E) o sistema nervoso central.

34. É contraindicação à laparoscopia no contexto do paciente politraumatizado:

- A) Traumatismo cranioencefálico grave.
- B) Ferida penetrante por arma de fogo nos flancos.
- C) Paciente com suspeita de lesão diafragmática.
- D) Paciente com pneumoperitônio, mas estável hemodinamicamente.
- E) Paciente com hemoperitônio, mas estável hemodinamicamente.

35. NÃO faz parte dos critérios diagnósticos da síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético (síndrome de Schwartz e Bartter):

- A) Hipoosmolaridade (abaixo de 275 mOsm/Kg).
- B) Urina hiperosmolar (acima de 100 mOsm/Kg).
- C) Aumento do sódio urinário (acima de 20 mEq/L).
- D) Hiper ou hipovolemia.
- E) Ausência de uso de diurético e ausência de evidência de doença adrenal ou tireoidiana.

36. NÃO faz parte da síndrome de lise tumoral:

- A) Hiperuricemia.
- B) Hiperfosfatemia.
- C) Hipercalcemia.
- D) Hipercalemia.
- E) Insuficiência renal aguda.

37. Em relação ao uso do ácido tranexâmico nos pacientes vítima de trauma, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Liga-se ao plasminogênio evitando sua ligação ao fator de ativação do plasminogênio e, com isso, evitando a formação de plasmína e seu efeito fibrinolítico.
- B) Seu uso deve ser no ambiente hospitalar após evidências de coagulopatia, devendo ser evitado na cena do trauma.
- C) A dose de ataque deve ser de 1 a 2 g, por via intravenosa (4 a 8 ampolas em 50 a 100 ml de soro fisiológico) ou por via intravenosa direta.
- D) O risco de trombose é pequeno, a não ser que o paciente tenha trombofilia bem caracterizada quando seu uso deve ser individualizado e pesado.
- E) Seu uso é efetivo no sangramento cerebral, torácico, abdominal e pélvico de origem traumática bem como no sangramento pós-parto. Parece ser menos efetivo na hemorragia digestiva.

38. A imunoterapia

- A) é um tipo de quimioterapia mais moderna.
- B) é usada, quase exclusivamente, por via oral.
- C) atua nos tumores, de forma indireta, pela reativação do sistema imunológico, restabelecendo sua atividade imune antitumoral.
- D) pode ser usada associada à radioterapia mas não com a quimioterapia.
- E) é usada, quase que exclusivamente, nos tumores sólidos e contraindicada nos tumores hematológicos.

39. Em relação ao atendimento pré-hospitalar que é fundamental para salvar vítimas de trauma, considere o escore de trauma revisado.

O mesmo é composto por três variáveis, a saber: escala de coma de Glasgow, frequência cardíaca e o terceiro parâmetro é o(a)

- A) Tempo de enchimento capilar.
- B) Pressão sanguínea.
- C) Saturação de oxigênio periférica medida pelo oxímetro.
- D) Frequência respiratória.
- E) Diurese.

40. Os tumores neuroendócrinos podem se originar em diversos órgãos. Dentre os abaixo, qual aquele que é MENOS provável de desenvolver um tumor neuroendócrino?

- A) Brônquios.
- B) Apêndice.
- C) Reto.
- D) Sistema nervoso central.
- E) Pâncreas.

41. Considere as lesões do trato gastrointestinal superior por trauma, procedimentos ou por cirurgia acarretando em fístulas e seus tratamentos mais modernos. Assinale a alternativa INCORRETA a respeito desse tema, tomando como base uma fístula de terço médio do esôfago.

- A) A colocação de clips por via endoscópica, quando a lesão é pequena e recente, é uma opção.
- B) Quando o vazamento é no 1º DPO de uma anastomose no tórax, a melhor opção é a revisão cirúrgica, pois é provável que haja erro da anastomose quando o vazamento ocorre nesse período de pós-operatório.
- C) A terapia endoscópica a vácuo (TEV) é uma boa opção para as perfurações iatrogênicas e as rupturas espontâneas com um índice de sucesso em torno de 50%. Deve ser evitada nas fístulas do esôfago após ressecções oncológicas e bariátricas, além de ser contraindicada nas fístulas da junção esofagogastrica.
- D) A TEV deve ser evitada quando há estrita proximidade com um grande vaso, traqueia ou brônquios.
- E) O stent metálico autoexpansível revestido também é uma opção bastante viável.

42. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) tem sido cada vez mais usada no contexto das doenças hepáticas, biliares e pancreáticas.

Dentre suas complicações, identifique aquela que ocorre com mais frequência.

- A) Pancreatite.
- B) Colecistite.
- C) Colangite.
- D) Sangramento.
- E) Perfuração.

43. Em relação à propedêutica do abdômen agudo, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A sensibilidade da ultrassonografia para o diagnóstico de apendicite aguda gira em torno de 80%, porém sua especificidade é bem baixa.
- B) O raio-X simples de abdômen é bastante útil para o diagnóstico de obstrução intestinal, embora, quando normal, esse diagnóstico não pode ser excluído.
- C) A TC de abdômen e pélvis com contraste tem uma quantidade de irradiação muito maior do que o raio-X simples de abdômen (cerca de 300 a 500 vezes mais).
- D) A ressonância magnética não tem sido usada na propedêutica do abdômen agudo, de uma maneira geral.
- E) O raio-X de tórax em posição ortostática é mais sensível do que o raio-X do abdômen para diagnóstico de pneumoperitônio.

44. Assinale a alternativa que indica um receptor das células endoteliais que inibe as ações pró-coagulantes da fibrina e que também aumenta, substancialmente, a ativação da proteína C.

- A) Alfa-1 anti-tripsina.
- B) Co-fator II da heparina.
- C) Receptor IIB/IIIA das plaquetas.
- D) Trombomodulina.
- E) Alfa 2 antiplasmina.

45. Em relação aos pseudocistos pancreáticos decorrentes de uma pancreatite aguda, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) São coleções sólido-císticas, inflamatórias com moderado/grande percentual de necrose.
 - B) Por definição são diagnosticados a partir de um mês do início da pancreatite aguda.
 - C) São coleções totalmente extrapancreáticas.
 - D) Um nível de amilase do líquido colhido do pseudocisto normal exclui esse diagnóstico.
 - E) Quando o tratamento clínico falha, a drenagem para o tubo digestivo é a opção principal, e a via endoscópica é a que tem a preferência atual.
-

46. Qual o tumor hepático sólido, benigno mais frequente do fígado?

- A) Adenoma.
 - B) Hiperplasia nodular focal.
 - C) Hemangioma.
 - D) Lipoma.
 - E) Hamartoma biliar.
-

47. A doença cística das vias biliares, quando compromete a via biliar intra e extra-hepática é, pela classificação de Toldane, definida como tipo

- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.
 - E) V.
-

48. A junção do hepatocolédoco com o ducto pancreático principal, na maioria das vezes, acontece

- A) dentro da parede duodenal, bem perto do orifício de drenagem único no duodeno.
 - B) dentro da parede duodenal, formando um canal único que, em seguida, se divide e drenam no duodeno por duas aberturas diferentes.
 - C) antes da parede duodenal, formando um canal único que atravessa toda parede duodenal e desemboca num único orifício no duodeno.
 - D) antes da parede duodenal, formando um canal único que logo se divide novamente e desemboca em dois orifícios no duodeno.
 - E) que não se unem e desembocam em orifícios diferentes no duodeno.
-

49. O ligamento Teres é também conhecido como ligamento

- A) falciforme.
 - B) de Arantius.
 - C) redondo.
 - D) ducto venoso.
 - E) triangular esquerdo.
-

50. Os ductos de Luschka

- A) comunicam o ducto hepático direito com o cístico.
 - B) comunicam o ducto hepático esquerdo com o cístico.
 - C) podem causar bilioma após colecistectomia sem intercorrências, aberta ou laparoscópica.
 - D) podem causar hemorragia após colecistectomia sem intercorrências, aberta ou laparoscópica.
 - E) podem causar icterícia obstrutiva após colecistectomia sem intercorrências, aberta ou laparoscópica.
-

GRUPO 08
- ENDOSCOPIA -