



***Não deixe de preencher as informações a seguir:***

Nome

\_\_\_\_\_

***Nº de Identidade***

Órgão Expedidor

 $UF$ 

***Nº de Inscrição***

\_\_\_\_\_

## GRUPO 08

**ESPECIALIDADE COM 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 Ótica. 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. No Brasil, no ano de 2025, os casos de dengue aumentaram em várias regiões, reforçando a importância do diagnóstico precoce e do manejo correto. Sobre a dengue, é INCORRETO afirmar que**

- A) o aumento abrupto do hematócrito associado à queda de plaquetas é sinal de alerta.
- B) teste do laço positivo sugere fragilidade capilar.
- C) a fase crítica geralmente ocorre entre o 3º e o 6º dia de doença, coincidindo com a queda da febre.
- D) anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) estão contraindicados pelo risco de sangramento.
- E) se deve transfundir plaquetas de rotina, sempre que  $<50.000/\text{mm}^3$ , mesmo sem sangramento.

**02. Mulher de 78 anos, vinda de Jaboatão, chega ao Hospital Getúlio Vargas com febre de 39 °C, confusão mental e hipotensão (PA 85/50 mmHg). Apresenta FR 30 irpm,  $\text{SatO}_2$  82% em ar ambiente, estertores difusos e perfusão periférica lenta. A radiografia de tórax mostra infiltrados multilobares bilaterais, e os exames laboratoriais revelam leucocitose de  $22.000/\text{mm}^3$  e lactato sérico elevado.**

**Qual é a conduta imediata mais adequada segundo SBPT/ATS-IDSA e Surviving Sepsis Campaign?**

- A) Alta ambulatorial com amoxicilina oral por 7 dias e reavaliação em 48 h.
- B) Internação em UTI, antibioticoterapia EV combinada (ex.: ceftriaxona 2 g/dia + azitromicina 500 mg/dia EV ou ampicilina-sulbactam 3 g 6/6 h + claritromicina EV), reposição volêmica agressiva e vasopressor, se refratária.
- C) Apenas oxigenoterapia nasal e observação em enfermaria.
- D) Administração isolada de ceftriaxona EV, sem cobertura para atípicos e sem reposição volêmica.
- E) Transferência para enfermaria, hidratação venosa lenta e antibioticoterapia oral.

**03. Paciente de 48 anos, vindo de Garanhuns para o Hospital do Câncer em Recife, em quimioterapia para linfoma difuso de grandes células B, passa a apresentar febre de 38,7 °C há 4 horas, acompanhada de calafrios e leve astenia. Ao exame, encontra-se hemodinamicamente estável (PA 110/70 mmHg, FC 98 bpm), com  $\text{SatO}_2$  97% em ar ambiente, ausculta pulmonar normal e sem sinais de choque ou foco infeccioso evidente. O hemograma revela leucócitos  $300/\text{mm}^3$ , com neutrófilos  $200/\text{mm}^3$ , Hb 9,8 g/dL e plaquetas  $120.000/\text{mm}^3$ . Função renal e eletrólitos são normais. Radiografia de tórax sem alterações. Qual a conduta inicial mais adequada?**

- A) Solicitar hemoculturas e aguardar resultado antes de iniciar antibiótico.
- B) Iniciar antibiótico de amplo espectro imediatamente após coleta de culturas.
- C) Administrar antifúngico empírico como primeira linha.
- D) Internação apenas para observação clínica e hidratação oral.
- E) Utilizar fator estimulador de colônia de granulócitos como único tratamento.

**04. Mulher residente em Gravatá com 42 anos, previamente saudável, detectou nódulo em exame de check-up. Nega sintomas compressivos ou história familiar de câncer de tireoide. Ao exame físico, nódulo palpável no lobo direito, indolor, móvel à deglutição. Ultrassom: nódulo sólido hipoeoico de 1,4 cm, margens irregulares, microcalcificações, relação anteroposterior/transversal  $> 1$ , sem linfonodos suspeitos. Classificação: TI-RADS 5.**

**Qual a melhor conduta?**

- A) Apenas observar e repetir USG em 6–12 meses.
- B) Solicitar PAAF do nódulo.
- C) Iniciar levotiroxina supressiva e observar evolução.
- D) Ressecar cirurgicamente sem PAAF prévia.
- E) Solicitar apenas dosagem de calcitonina e não puncionar.

**05. Homem de 40 anos, previamente saudável, internado para tratamento de celulite em perna esquerda, está em uso de amoxicilina-clavulanato há 5 dias. Evolui com diarreia aquosa, 3 a 4 episódios diários, sem evacuações noturnas, sem sangue ou muco, sem febre ou perda ponderal. Relata melhora parcial com dieta leve. Ao exame físico: abdome flácido, indolor, sem sinais de peritonite. Leucócitos  $7.500/\text{mm}^3$ , PCR normal, eletrólitos e função renal preservados. Pesquisa de toxina de *C. difficile*: negativa. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?**

- A) Diarreia associada ao antibiótico por alteração da microbiota intestinal, autolimitada
- B) Colite pseudomembranosa leve com toxina falso-negativa
- C) Diarreia osmótica por síndrome de má absorção crônica
- D) Colite isquêmica por antibiótico
- E) Gastroenterite viral comunitária aguda

**06. Na UPA da Imbiribeira, um homem de 50 anos, portador de diabetes tipo 2 mal controlado, procura atendimento com febre alta há cinco dias, dor torácica ventilatório-dependente, tosse produtiva com secreção purulenta e calafrios. Ao exame, apresenta murmúrio vesicular diminuído e macicez à percussão na base pulmonar direita, além de dor à palpação torácica. A radiografia de tórax mostra consolidação na base pulmonar direita associada a derrame pleural de volume moderado. Realiza-se toracocentese, cujo líquido pleural revela proteínas de 4,2 g/dL, DHL de 1.500 U/L, glicose de 35 mg/dL, pH de 7,0 e adenosina deaminase de 20 U/L.**  
**Qual o diagnóstico mais provável?**

- A) Derrame pleural tuberculoso
- B) Derrame parapneumônico não complicado
- C) Derrame parapneumônico complicado ou empiema
- D) Derrame pleural por insuficiência cardíaca
- E) Derrame pleural maligno

---

**07. Com base nas alterações introduzidas pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A classificação da pressão arterial foi redefinida: valores de 120-139/80-89 mmHg deixaram de ser considerados “normal limitrofe” e passaram a constituir a categoria de pré-hipertensão.
- B) A Diretriz 2025 estabelece, como regra geral, que todos os pacientes hipertensos devem ter meta obrigatória de PAS < 120 mmHg e PAD < 70 mmHg, independentemente de idade, risco cardiovascular ou comorbidades.
- C) A variabilidade elevada da pressão indica maior risco cardiovascular e deve influenciar tanto a escolha terapêutica quanto o acompanhamento clínico.
- D) Em hipertensão resistente, a diretriz recomenda a adição de antagonistas dos receptores de mineralocorticoides (como espironolactona ou eplerenona) mesmo em presença de normocalemia, desde que não haja contraindicações.
- E) A diretriz fortalece o uso da monitorização ambulatorial (MAPA) e residencial (MRPA) como parte integral do diagnóstico e acompanhamento, não limitada apenas a casos especiais.

---

**08. Sobre o tromboembolismo pulmonar, é INCORRETO afirmar que**

- A) o exame de tomografia computadorizada com contraste é o método de escolha para confirmação diagnóstica em pacientes estáveis
- B) a estratificação clínica pré-teste, utilizando escores como o de Wells ou de Genebra, ajuda a definir se há necessidade de solicitar exames confirmatórios.
- C) a presença de disfunção do ventrículo direito, mesmo em pacientes estáveis, aumenta o risco de complicações e pode justificar vigilância hospitalar mais próxima.
- D) a monitorização de biomarcadores, como troponina e peptídeo natriurético, não tem valor prognóstico no tromboembolismo pulmonar e, portanto, não deve influenciar decisões terapêuticas.
- E) em gestantes, a heparina de baixo peso molecular é a anticoagulação preferida, pois não atravessa a placenta.

---

**09. Homem de 55 anos, etilista crônico, foi internado na enfermaria de clínica médica após queixa de formigamento nos pés, dificuldade para caminhar e fadiga intensa. Ao exame físico, apresentava palidez cutaneomucosa, reflexos diminuídos e marcha instável. O hemograma revelou hemoglobina de 8,2 g/dL, com VCM de 112 fL, além de leucopenia discreta e plaquetopenia leve. A dosagem de vitamina B12 foi de 120 pg/mL (valor de referência: 200–900 pg/mL).**

**Diante desse quadro clínico e laboratorial, qual é a conduta terapêutica mais adequada?**

- A) Suplementação oral de ferro até normalizar hemoglobina.
- B) Reposição parenteral de vitamina B12, seguida de reposição oral ou sublingual.
- C) Suplementação de ácido fólico isoladamente.
- D) Transfusão de concentrado de hemácias imediata.
- E) Corticoterapia para medula hipoplásica.

---

**10. Mulher de 35 anos, com diagnóstico prévio de lúpus eritematoso sistêmico controlado com hidroxicloroquina, foi ao ambulatório de reumatologia relatando histórico de três abortos espontâneos antes da 12ª semana nos últimos quatro anos. Atualmente está assintomática, mas expressa o desejo de engravidar novamente nos próximos meses. Exames confirmaram positividade para anticorpo anticardiolipina IgG, anticoagulante lúpico e anti-beta2-glicoproteína I, repetidos e positivos em dois exames com intervalo maior que 12 semanas.**

**Qual é a conduta profilática mais adequada para a próxima gestação?**

- A) Nenhuma profilaxia, apenas observação.
- B) Iniciar heparina de baixo peso molecular associada a ácido acetilsalicílico em baixa dose.
- C) Apenas aspirina em baixa dose.
- D) Uso de varfarina durante toda a gestação.
- E) Uso de prednisona em baixa dose para prevenir novos eventos.

**11. Paciente feminina, 40 anos, chegou ao ambulatório de reumatologia queixando-se de dor e rigidez matinal superior a 1 hora há 4 meses. Relata fadiga intensa e dificuldade para realizar tarefas simples, como pentear o cabelo. Ao exame físico, apresenta poliartrite simétrica em mãos e punhos, com edema, calor e dor à palpação. Exames laboratoriais mostram VHS de 62 mm/h, PCR elevada, fator reumatoide positivo e anticorpo anti-CCP positivo. O médico residente discutiu o caso com seu chefe para confirmar o diagnóstico.**

**Qual é o diagnóstico mais provável?**

- A) Artrite psoriásica
- B) Osteoartrite erosiva
- C) Lúpus eritematoso sistêmico
- D) Artrite reumatoide
- E) Espondilite anquilosante

**12. Mulher de 55 anos, com cirrose avançada secundária à hepatite C, chega ao ambulatório para paracentese de rotina. Relata episódios prévios de ascite refratária, mas nega febre, dor abdominal ou confusão mental. O líquido ascítico apresenta proteína total de 0,9 g/dL, e os exames laboratoriais mostram bilirrubina sérica de 4 mg/dL e creatinina de 1,3 mg/dL.**

**De acordo com a American Association for the Study of Liver Diseases, qual é a melhor conduta para prevenir um episódio de peritonite bacteriana espontânea nessa paciente?**

- A) Não realizar nenhuma intervenção, já que não há sinais de infecção ativa.
- B) Prescrever norfloxacino 400 mg por via oral, diariamente, como profilaxia contínua.
- C) Iniciar antibiótico apenas se a contagem de neutrófilos no líquido ascítico for superior a 250/mm<sup>3</sup>.
- D) Realizar paracenteses seriadas como forma de prevenção.
- E) Programar paracentese terapêutica semanal associada à infusão de albumina.

**13. A insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) representa quase metade dos casos de insuficiência cardíaca no mundo, e sua prevalência vem crescendo com o envelhecimento populacional.**

**Sobre a ICFEP, é INCORRETO afirmar que**

- A) é mais prevalente em mulheres idosas, hipertensas, obesas e com múltiplas comorbidades metabólicas.
- B) diagnóstico exige fração de ejeção  $\geq 50\%$  associada a sinais de congestão e evidência de disfunção diastólica ou pressões de enchimento elevadas.
- C) as terapias modificadoras de prognóstico (IECA, BRA, betabloqueadores e antagonistas da aldosterona) reduzem mortalidade na ICFEP de forma semelhante à ICFER
- D) o manejo inclui controle de comorbidades, alívio da congestão com diuréticos e incentivo à atividade física supervisionada.
- E) a fisiopatologia envolve rigidez ventricular, inflamação sistêmica e disfunção endotelial, elevando pressões de enchimento e reduzindo a reserva de fluxo coronariano.

**14. Mulher de 30 anos, previamente hígida, iniciou tratamento para tuberculose pulmonar há 4 semanas com o esquema básico (2RHZE/4RH). Retorna ao ambulatório relatando náuseas intensas, mal-estar geral, anorexia e urina escurecida nos últimos 5 dias. Exame físico revela icterícia discreta. Exames laboratoriais mostram TGO/TGP elevadas em 4x o valor normal e bilirrubina total discretamente aumentada.**

**Qual a conduta recomendada?**

- A) Manter esquema e apenas tratar sintomas, pois alterações hepáticas são esperadas.
- B) Suspender todas as drogas hepatotóxicas e reintroduzir gradualmente após melhora clínica e laboratorial.
- C) Suspender apenas rifampicina, pois é a principal responsável pela hepatotoxicidade.
- D) Trocar imediatamente para esquema de segunda linha (estreptomicina + levofloxacino).
- E) Reduzir pela metade as doses de rifampicina e isoniazida e manter pirazinamida.

**15. Homem de 45 anos, pai falecido por “cirrose não alcoólica” aos 62 anos. Consumo alcoólico social, IMC 28 kg/m<sup>2</sup>. Queixa-se de fadiga crônica há alguns meses. Exames laboratoriais: ALT 110 U/L, AST 95 U/L, ferritina 850 ng/mL, saturação de transferrina 68%. Sorologias para hepatites A, B e C negativas. Genética: HFE C282Y homozigoto. Ultrassonografia hepática: fígado discretamente heterogêneo, sem sinais de hipertensão portal. Hemoglobina: 15 g/dL.**

**Qual é a conduta inicial mais apropriada neste caso?**

- A) Iniciar flebotomias semanais até ferritina < 100 ng/mL.
- B) Solicitar biópsia hepática para confirmação diagnóstica.
- C) Iniciar tratamento quelante com deferasirox.
- D) Acompanhar clinicamente até ferritina > 1000 ng/mL.
- E) Introduzir dieta rigorosa sem ferro e sem carne vermelha como tratamento isolado.

**16. Um idoso de 79 anos, residente em Jaboatão dos Guararapes (PE), com diabetes tipo 2 há 20 anos, hipertenso e com antecedente de infarto, é levado à UPA pela família devido à letargia, fraqueza intensa e confusão mental progressiva há 3 dias. Os familiares relatam poliúria, polidipsia e abandono recente da insulina. No exame físico, apresenta PA 95×60 mmHg, FC 110 bpm, FR 22 irpm, temperatura 36 °C e saturação 96% em ar ambiente. Encontra-se sonolento, desidratado, com mucosas secas, sem hálito cetônico. Os exames mostram glicemia 980 mg/dL, sódio 128 mEq/L, potássio 4,5 mEq/L, osmolaridade plasmática 330 mOsm/kg, pH 7,37, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 22 mEq/L, cetonas mínimas e creatinina 2,0 mg/dL. O quadro define estado hiperosmolar hiperglicêmico.**

**Qual a avaliação e conduta inicial CORRETA quanto ao sódio e à hidratação deste paciente?**

- A) Hiponatremia deve ser tratada com solução salina hipertônica (NaCl 3%).
- B) Calcular o sódio corrigido (+1,6 mEq/L para cada 100 mg/dL de glicose >100); se o valor corrigido for normal ou alto, iniciar reposição com SF 0,9% e, após estabilização inicial, passar para SF 0,45%.
- C) Iniciar SG 5% desde o começo para evitar hipoglicemia.
- D) Administrar furosemida precoce para induzir diurese osmótica.
- E) Restringir líquidos rigorosamente devido à hiponatremia aparente.

**17. Um homem de 34 anos, portador de HIV (CD4 = 160 células/mm<sup>3</sup>, carga viral detectável), apresenta tosse seca há 3 semanas, febre vespertina e perda ponderal. A radiografia de tórax mostra infiltrado bilateral difuso. A baciloscopia é negativa, mas o TRM-TB (GeneXpert) detecta Mycobacterium tuberculosis sensível à rifampicina.**

**Qual é a conduta inicial mais adequada segundo o Manual do Ministério da Saúde, considerando o risco de IRIS?**

- A) Repetir baciloscopia semanal até positivar.
- B) Iniciar imediatamente o esquema básico RIPE e introduzir a terapia antirretroviral após 2 semanas.
- C) Iniciar antirretroviral antes do tratamento da tuberculose.
- D) Usar apenas isoniazida por 6 meses.
- E) Aguardar o resultado da cultura para iniciar o tratamento.

**18. Em um paciente hospitalizado com COVID-19 grave, qual das seguintes condutas é menos suportada pelas diretrizes atuais?**

- A) Administrar dexametasona 6 mg/d por 10 dias ou até alta, se o paciente estiver em oxigênio ou ventilação.
- B) Iniciar anticoagulação profilática com heparina de baixo peso molecular, salvo contraindicações.
- C) Usar antibiótico de amplo espectro de rotina para prevenção de pneumonia adquirida na hospitalização.
- D) Considerar tocilizumabe ou baricitinibe em pacientes que apresentam progressão de necessidade de oxigênio, apesar de corticosteroide.
- E) Iniciar remdesivir o mais precoce possível em paciente hospitalizado com pouco tempo de doença e sem necessidade de oxigênio elevado.

**19. Sobre achados laboratoriais no diagnóstico diferencial das causas de insuficiência renal aguda (IRA), é INCORRETO afirmar que**

- A) na IRA pré-renal, o índice de excreção fracional de sódio (FeNa) costuma ser < 1%.
- B) na necrose tubular aguda, a FeNa geralmente é > 2%.
- C) a relação ureia/creatinina costuma ser > 20:1 na IRA pré-renal.
- D) na IRA intrínseca, o sedimento urinário é tipicamente inócuo, sem cilindros.
- E) na IRA pós-renal, a densidade urinária pode variar dependendo do tempo de obstrução.

**20. Sobre autoanticorpos em doenças do tecido conectivo, é INCORRETO afirmar que**

- A) o anticorpo anti-Sm é altamente específico para lúpus eritematoso sistêmico (LES), embora sua sensibilidade seja baixa.
- B) o anticorpo anti-SSA/Ro pode estar presente em síndrome de Sjögren, LES e lúpus neonatal.
- C) o anticorpo anti-Scl-70 (anti-topoisomerase I) é marcador da forma difusa da esclerose sistêmica, com pior prognóstico por maior risco pulmonar.
- D) o anticorpo anti-CCP é marcador de artrite reumatoide e está associado à forma erosiva e deformante.
- E) o anticorpo anti-MPO é marcador específico da poliarterite nodosa clássica.

**21. Em relação ao acompanhamento com marcadores tumorais após tratamento oncológico, é INCORRETO afirmar que**

- A) o CEA deve ser dosado periodicamente após cirurgia curativa de câncer colorretal, conforme protocolos.
- B) a tireoglobulina deve ser medida em pacientes com carcinoma diferenciado de tireoide após tireoidectomia total e ablação com iodo.
- C) a calcitonina e o antígeno carcinoembrionário podem ser usados no seguimento do carcinoma medular de tireoide.
- D) o CA 125 pode ser utilizado para rastreamento populacional de câncer de ovário em mulheres assintomáticas.
- E) o PSA é útil para detecção de recidiva bioquímica após prostatectomia radical.

**22. Após tratamento curativo do câncer colorretal, o acompanhamento sistemático é fundamental para detectar precocemente recidiva ou metástases.**

**Considerando as recomendações atuais de vigilância oncológica, é INCORRETO afirmar que**

- A) o CEA deve ser dosado a cada 3–6 meses nos dois primeiros anos após a cirurgia curativa.
- B) a colonoscopia de controle é recomendada 1 ano após a cirurgia e depois a cada 3–5 anos, caso o exame esteja normal.
- C) a tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve pode ser realizada periodicamente para vigilância de metástases.
- D) o seguimento deve incluir exame clínico periódico e avaliação sistemática de sintomas.
- E) após 1 ano de seguimento normal, o paciente pode ser considerado curado e liberado de vigilância.

**23. Em relação à hepatite autoimune (HAI), é INCORRETO afirmar que**

- A) o tratamento de primeira linha combina prednisona isolada ou associada à azatioprina.
- B) a hipergamaglobulinemia com predomínio de IgG é achado laboratorial comum.
- C) o padrão histológico clássico mostra hepatite de interface e infiltrado linfoplasmocitário portal.
- D) a ausência de autoanticorpos exclui o diagnóstico de HAI.
- E) a resposta terapêutica é avaliada por normalização de transaminases e IgG.

**24. Sobre complicações e condições associadas ao refluxo gastroesofágico (RGE), é INCORRETO afirmar que**

- A) o esôfago de Barrett ocorre apenas em pacientes com esofagite erosiva grave.
- B) o RGE pode manifestar-se com tosse crônica, rouquidão e asma refratária.
- C) com esôfago de Barrett devem ser acompanhados com endoscopia periódica.
- D) a presença de anemia ferropriva e disfagia progressiva requer investigação de estenose péptica.
- E) hérnia hiatal é fator anatômico predisponente ao refluxo.

**25. Homem de 72 anos, hipertenso de longa data, diabético tipo 2 e ex-fumante (40 maços-ano), é levado ao pronto-atendimento após episódio súbito de fala arrastada e fraqueza no braço direito, com duração de cerca de dez minutos e resolução completa antes da avaliação. A tomografia de crânio não mostra alterações, o eletrocardiograma revela ritmo sinusal sem fibrilação atrial, e o exame neurológico está normal. O Doppler de carótidas evidencia placa aterosclerótica discreta sem estenose significativa. Considerando o quadro descrito e as recomendações atuais de prevenção de novos eventos neurológicos, qual é a conduta mais apropriada?**

- A) Iniciar anticoagulação plena com varfarina, mesmo sem evidência de fibrilação atrial ou fonte cardioembólica.
- B) Iniciar antiagregante plaquetário (aspirina) e estatina de alta potência (atorvastatina 40–80 mg ou rosuvastatina 20–40 mg), além de controle rigoroso da pressão arterial, glicemia e demais fatores de risco.
- C) Agendar nova avaliação clínica em 48 horas, sem necessidade de terapias adicionais.
- D) Indicar endarterectomia carotídea imediata, apesar de o Doppler não mostrar estenose hemodinamicamente significativa.
- E) Prescrever antibiótico profilático para reduzir risco de complicações infecciosas.

**26. Em relação às estenoses crônicas da doença de Chron da região ileocecal, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O uso de imunobiológicos, como contra o fator de necrose tumoral e outros mais recentes são opções terapêuticas.
- B) A ressecção deve ser (atualmente) evitada e, quando absolutamente necessária, o mesentério deve ser poupado já que não é acometido pelo processo inflamatório.
- C) As plastias são opções terapêuticas preferíveis às ressecções quando há múltiplas estenoses.
- D) A incidência de neoplasia ocorre, com mais frequência, nesses pacientes em relação à população geral não acometida.
- E) A incidência de trombose venosa profunda ocorre, com mais frequência, nesses pacientes em relação à população geral não acometida.

---

**27. Em qual dos tumores abaixo, a imunoterapia teria MENOS indicação?**

- A) Câncer de pulmão.
- B) Melanoma.
- C) Câncer de pâncreas.
- D) Câncer de bexiga.
- E) Câncer de rim.

---

**28. A câmara de oxigenação hiperbárica tem um papel importante no tratamento das feridas complexas crônicas de difícil cicatrização. Ela tem vários efeitos fisiológicos que estão listados abaixo. Um, no entanto, NÃO é parte desses efeitos fisiológicos.**

**Assinale-o.**

- A) Vasoconstrição e ativação dos fibroblastos.
- B) Diminuição das citocinas inflamatórias.
- C) Diminuição dos fatores de crescimento (o endotelial vascular e o derivado das plaquetas).
- D) Aumento da angiogênese.
- E) Aumento da oxigenação tecidual.

---

**29. Um KPS (Karnofsky Performance Status) de 100% corresponde a um ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) de**

- A) 0.
- B) 1.
- C) 2.
- D) 3.
- E) 4.

---

**30. O pulmão normal é um sistema de**

- A) baixa resistência e baixa complacência.
- B) baixa resistência e alta complacência.
- C) alta resistência e baixa complacência.
- D) alta resistência e alta complacência.
- E) resistência e complacência idênticas, estando altas na inspiração e baixas na expiração.

---

**31. Você se depara com um paciente com insuficiência respiratória por provável SARA. Você o entuba e o coloca em assistência ventilatória mecânica (AVM).**

**Qual dos parâmetros abaixo está em *desacordo* com a orientação atual para a manutenção inicial da AVM?**

- A) Pico de pressão inspiratória abaixo de 35 cm H<sub>2</sub>O.
- B) Pressão média inspiratória entre 35 e 45 cm H<sub>2</sub>O.
- C) PEEP de, pelo menos 5 cm H<sub>2</sub>O, ou maior, a depender da pO<sub>2</sub> requerida.
- D) Volume corrente de 6 a 8 ml/Kg do peso corporal.
- E) Frequência respiratória de 12 a 15 incursões por minuto.

---

**32. Em relação à trombose venosa profunda (TVP) e à síndrome pós-trombótica (SPT), assinale a afirmativa INCORRETA.**

- A) O ultrassom doppler é um excelente exame e a primeira linha de investigação da TVP, embora não avalie tão bem a veia cava inferior e as ilíacas comuns.
- B) A SPT ocorre mais nas TVP proximais do que nas distais.
- C) O tratamento precoce da TVP, mecânica ou farmacologicamente, diminui a incidência de SPT.



- D) Os anticoagulantes orais (apixaban, rivaroxaban) não devem ser usados para profilaxia da TVP em pacientes que vão se submeter a tratamento cirúrgico.
- E) A síndrome de May-Thurner predispõe à trombose venosa apenas no membro inferior esquerdo.

---

**33. Em relação à pancreatite (PA), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O aumento acentuado da amilase (em torno de 2 a 3 mil) sugere a etiologia por triglicerídeos.
- B) Aumento da TGP (ALT) sugere a etiologia biliar.
- C) Microlitíase biliar parece ser a causa de mais de 50% das PA idiopáticas.
- D) Hipercalcemia acentuada, independente da etiologia, é uma causa bastante rara de PA.
- E) Um aumento discreto da amilase pode ocorrer nas apresentações tardias ou em pacientes com pancreatite crônica avançada.

---

**34. Em relação ao azul de metileno usado por via intravenosa, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) É bem indicado no choque vasoplégico refratário e contraindicado na metemoglobinemia adquirida. A dose é de 20 mg/Kg em 500ml de SF, administrado em 12 a 24 h.
- B) Bloqueia a enzima óxido nítrico (NO) sintetase induzível, diminuindo a produção local de NO.
- C) Tem ação vasoconstrictora, à semelhança da noradrenalina.
- D) Tem ação neuroprotetora.
- E) Atua como antioxidante, reduzindo a formação de radicais livres, diminuindo, assim, a lesão tecidual decorrente da isquemia/reperfusão.

---

**35. A hemorragia digestiva alta pode ser aguda ou crônica. Na forma aguda, ela pode se exteriorizar como melena, hematêmese, vômitos em borra de café e hematoquesia.**

**Quando a apresentação se faz através de hematoquesia, o mais provável diagnóstico é o seguinte:**

- A) Lesões de Dieulafoy.
- B) Laceração de Mallory-Weiss.
- C) MAVs (malformações arteriovenosas) gástricas.
- D) Adenocarcinoma gástrico com epicentro na incisura angularis.
- E) Úlcera péptica duodenal em parede posterior do bulbo.

---

**36. Em relação ao trauma dos rins e ureteres, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A principal causa de injúria ureteral é a lesão iatrogênica.
- B) A principal causa de injúria renal é o trauma contuso (fechado).
- C) A USG-FAST é tão sensível quanto a TC de fase tripla para a detecção de trauma renal significativo.
- D) Nas lesões ureterais com grande devascularização, o autotransplante renal é uma opção cirúrgica.
- E) No trauma renal grau V, com lesão de veia renal, a ligadura da veia renal esquerda pode ser realizada, mas, no lado direito, todo esforço deve ser feito para reconstruir a veia renal, evitando sua ligadura.

---

**37. Dentre os corticoesteroides abaixo, qual tem um melhor efeito para profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatório, melhor efeito analgésico e anti-inflamatório, embora tenha maior impacto nos níveis glicêmicos?**

- A) Prednisona.
- B) Hidrocortisona.
- C) Metilprednisolona.
- D) Betametasona.
- E) Dexametasona.

---

**38. Uma acidose mista se caracteriza por**

- A) aumento de bicarbonato e de pCO<sub>2</sub>.
- B) queda de bicarbonato e de pCO<sub>2</sub>.
- C) queda do bicarbonato, pCO<sub>2</sub> normal e queda do AG (anion gap).
- D) queda do bicarbonato e aumento da pCO<sub>2</sub>.
- E) aumento do bicarbonato, queda da pCO<sub>2</sub> e aumento do AG.

**39. Em relação às fluoroquinolonas, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Atuam inibindo a síntese proteica bacteriana e a síntese da parede celular das bactérias gram(+) e gram(−).
  - B) Têm atividade bactericida proporcional à sua concentração.
  - C) A moxifloxacina tem boa atividade contra vários tipos de bactérias anaeróbicas.
  - D) A moxifloxacina pode ser usada, também, no tratamento da tuberculose.
  - E) A ciprofloxacina, levofloxacina e moxifloxacina podem ser usadas por via oral e intravenosa.
- 

**40. A Organização Mundial da Saúde define cinco momentos para higiene das mãos no ambiente hospitalar, que estão apresentados abaixo. Um, no entanto, NÃO está em conformidade com a OMS. Assinale-o.**

- A) Antes de tocar o paciente.
  - B) Depois de tocar o paciente.
  - C) Antes de realizar qualquer procedimento limpo/asséptico.
  - D) Após risco de exposição a fluidos corporais.
  - E) Antes de tocar em superfícies próximas ao paciente.
- 

**41. Em relação à pancreatite crônica (PC), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Nos estágios avançados, pode se acompanhar de diabetes mellitus tipo 3c.
  - B) O tratamento do DM deve incluir insulina em dose plena já que existe destruição das ilhotas e, raramente ocorre hipoglicemia neste tipo de DM. A metformina é contraindicada nessa condição.
  - C) A pancreatectomia total com autotransplante de ilhotas tem sua melhor indicação em pacientes jovens com PC hereditária, sem dilatação ductal e sem resposta ao tratamento clínico.
  - D) A retirada de cálculos por litotripsia e papilotomia transduodenal com secção do esfíncter pancreático é uma opção (com ou sem prótese) antes do tratamento cirúrgico.
  - E) A pancreatectomia corpocaudal é a opção cirúrgica menos usada no arsenal cirúrgico da PC.
- 

**42. Em relação à anatomia do intestino grosso, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O mesocólon transversal se insere, em grande parte, na parede anterior do pâncreas.
  - B) Os dois terços proximais do transversal são irrigados pela artéria mesentérica superior, e o terço distal, pela mesentérica inferior.
  - C) A artéria marginal de Drummond acompanha a borda de todo cólon, do ceco à junção retossigmoidiana. De todos os segmentos é no cólon ascendente onde ela é menos presente.
  - D) Os apêndices epiploicos estão presentes desde o ceco até o sigmoide. Como regra, não existem no reto.
  - E) As tênias que são concentrações do tecido longitudinal estão presentes desde o ceco até o sigmoide. Como regra, não existem no reto.
- 

**43. A insuficiência exócrina pancreática pode ocorrer após variados tipos de cirurgia, EXCETO:**

- A) Pancreatectomia corpocaudal.
  - B) Duodenopancreatectomia.
  - C) Gastrectomia total.
  - D) Switch duodenal (derivação bilio-pancreática).
  - E) Hepatectomia esquerda + coledocoduodenostomia.
- 

**44. O tronco venoso gastrocólico de Henle**

- A) desemboca na veia mesentérica superior bem perto do tecido pancreático.
  - B) desemboca na veia porta logo acima do tecido pancreático.
  - C) é também conhecido como primeira veia jejunal ou veia assassina.
  - D) tem um comprimento de cerca de 8 a 10 cm.
  - E) a veia cólica e gastroepiploica esquerdas participam de sua formação.
-

**45. A partir de que valor o gradiente venoso hepático prediz o desenvolvimento de complicações da hipertensão porta num paciente com cirrose?**

- A) 2.                                      B) 4.                                      C) 5.                                      D) 7.                                      E) 10.
- 

**46. Em relação à transformação maligna do adenoma hepático, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) É mais frequente no sexo masculino.  
B) É mais frequente nos subtipos positivos para beta-catenina.  
C) É mais frequente nos subtipos com diâmetro maior que 5 cm.  
D) Os contraceptivos orais predis põem mais a essa transformação do que os esteroides anabolizantes.  
E) Considerando todos os adenomas, esse risco não ultrapassa 10%.
- 

**47. Quando se observa a ampola de Vater na endoscopia, o orifício do colédoco e do Virsung se localizam, respectivamente, na posição de**

- A) 12 e 6 hs.  
B) 11 e 1 hs.  
C) 9 e 3 hs.  
D) 10 e 4 hs.  
E) 9 e 11hs.
- 

**48. Você está atendendo uma paciente de 80 anos que apresenta abdômen perfurativo por provável diverticulite de sigmoide perfurada. Você indica laparotomia, mas ela diz que tomou apixaban (há cerca de 6 h) por ter fibrilação atrial crônica.**

**Qual dos hemocomponentes seria mais indicado para a cirurgia dessa paciente?**

- A) Concentrado de complexo protrombínico.  
B) Plasma fresco congelado.  
C) Concentrado de plaquetas.  
D) Crioprecipitado.  
E) Fibrinogênio (haemocomplettan).
- 

**49. Assinale a alternativa que indica o melhor exame para distinguir adenoma hepático de hiperplasia nodular focal.**

- A) USG com microbolhas.  
B) TC com contraste.  
C) Cintilografia hepatobiliar com Tecnécio.  
D) Pet-Scan com gálio Dotatote.  
E) RNM com contraste hepatoespecífico.
- 

**50. São antibióticos betalactâmicos os citados abaixo, EXCETO:**

- A) Cefepime.  
B) Ceftazidima.  
C) Aztreonam.  
D) Tigeciclina.  
E) Imipenem.
-

**GRUPO 08**  
**- ENDOSCOPIA -**