

CONCURSO PÚBLICO Nº 066/2026
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

PROVA ESCRITA OBJETIVA E DISSERTATIVA

MÉDICO – PERFIL MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA

ABRA APENAS QUANDO AUTORIZADO.

PARA PREENCHER OS CARTÕES-RESPOSTA USE CANETA ESFEROGRÁFICA DE COR PRETA.

Leia com atenção as seguintes instruções:

1. Este caderno de questões contém **40 questões** de múltipla escolha, constituídas de 5 alternativas de resposta, das quais somente uma deve ser assinalada no cartão-resposta, e **3 questões dissertativas**, com seus respectivos espaços para rascunhos. Este caderno é composto por: 10 questões de Conhecimentos Gerais, 30 questões de Conhecimentos Específicos e 3 questões dissertativas.
Quando autorizado, folheie o caderno de questões e, caso haja algum problema, informe ao fiscal de sala.
2. Confira as informações nos cartões-resposta, especialmente os seus dados pessoais e o cargo público/perfil para qual está concorrendo. Os cartões-resposta devem ser assinados e não devem ser dobrados, amassados ou rasurados.
3. Durante a prova, não é permitido o uso de dispositivos eletrônicos de qualquer tipo, nem de celulares e materiais de consulta.
4. Ao transferir as respostas para o cartão-resposta da prova objetiva, marque com caneta de tinta de cor preta a letra correspondente à alternativa escolhida. A troca do cartão não será permitida em caso de marcação incorreta.
5. Ao transferir as respostas para os cartões-resposta da prova dissertativa, escreva de forma legível, utilize caneta de cor preta assim como atenha-se ao espaço correspondente a cada questão. Não serão fornecidos cartões adicionais para complementação das respostas às questões.
6. A saída definitiva da sala de prova só será permitida após decorridas **2 horas** do início da prova (conforme o horário registrado na sala) e após a entrega obrigatória ao fiscal de sala:
 - dos seus cartões-resposta personalizados;
 - do seu caderno de questões, completo.
7. Encerrada sua prova, o candidato deverá devolver seu caderno de questões completo ao fiscal de sala de provas e deverá deixá-la levando consigo somente o material fornecido pela FUNCAMP para conferência da prova escrita objetiva realizada (rascunho de gabarito da prova objetiva) e seus pertences pessoais. O rascunho elaborado pelo candidato para as questões dissertativas não poderá ser levado.
8. Os três últimos candidatos da sala de provas devem nela permanecer até que o último deles entregue sua prova, assinando o termo respectivo e saindo juntos da sala.
9. As informações/instruções dadas no dia da prova complementam o edital.
10. Um exemplar do caderno de questões da prova escrita objetiva estará disponível no site FUNCAMP (www.concursosfuncamp.com.br) e na Área do Candidato, o link “Anexos”, a partir das 16 horas do primeiro dia útil após a realização da prova.

**DURAÇÃO TOTAL DA PROVA, INCLUINDO
TRANSCRIÇÃO DAS INDICAÇÕES DE
GABARITO PARA OS CARTÕES-RESPOSTA:
QUATRO HORAS**

Escreva seu nome completo de forma legível.

NOME: _____

ESPAÇO PARA RASCUNHO

CONHECIMENTOS GERAIS

QUESTÃO 1

Com base na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), assinale a alternativa que apresenta corretamente princípios do SUS.

- A) Capacidade de resolução dos serviços exclusivamente no nível primário de assistência e integração em nível político das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.
- B) Universalidade, direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde e igualdade da assistência à saúde, com privilégios aos profissionais de saúde que trabalham em cada unidade.
- C) Proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes e regionalização e desierarquização da rede de serviços de saúde.
- D) Centralização político-administrativa com direção única e preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- E) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário e direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

QUESTÃO 2

De acordo com a Constituição de 1988 (Art. 196-200), é correto afirmar:

- A) As ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único, organizado de acordo com três diretrizes: descentralização; equidade e participação da comunidade.
- B) As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde apenas mediante contrato de direito público.
- C) É possível a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, desde que aprovada pelo gestor local do sistema único de saúde.
- D) Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
- E) Cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle, diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

QUESTÃO 3

De acordo com a Lei nº 8.142, pode-se afirmar a respeito da conferência de saúde:

- A) Deve se reunir anualmente.
- B) Tem caráter permanente e deliberativo.
- C) Normalmente é convocada pelo Poder Executivo.
- D) Atua no controle da execução da política de saúde.
- E) Suas decisões deverão ser homologadas pelo ministério da saúde.

QUESTÃO 4

Analise os seguintes princípios.

- I. Equidade e participação social;
- II. Autonomia e empoderamento;
- III. Intersetorialidade e sustentabilidade;
- IV. Intersetorialidade e integridade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde adota como princípios:

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

QUESTÃO 5

Em relação à Política Nacional de Vigilância em Saúde e seus conceitos, relacione a COLUNA II com a COLUNA I, associando o atributo à situação que ele melhor representa.

COLUNA I

- 1. Vigilância em saúde
- 2. Vigilância epidemiológica
- 3. Vigilância sanitária

COLUNA II

- () Processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.
- () Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.
- () Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.

Assinale a sequência correta.

- A) 1 2 3
- B) 3 2 1
- C) 2 3 1
- D) 1 3 2
- E) 2 1 3

QUESTÃO 6

Antônia, 58 anos de idade, trabalha como faxineira de uma empresa de carros. É obesa, tabagista desde os 15 anos de idade (20 anos-maço), nega doenças prévias. Compareceu na unidade de saúde queixando-se de dores no punho esquerdo, que irradia para o antebraço. O punho apresenta-se edemaciado, dolorido e com teste de Phalen positivo, indicando síndrome do túnel do carpo. O médico da família inicia o tratamento com corticoide oral, analgésico, orienta o uso de gelo local e a encaminha para a fisioterapia da unidade de saúde. Além disso, realiza rastreio de câncer de pulmão, orienta e convida para o grupo de cessação do tabagismo da unidade e aborda a importância do controle do peso.

Nesse caso, qual princípio ou diretriz do SUS definido pela Política Nacional de Atenção Básica foi seguido?

- A) Universalidade.
- B) Equidade.
- C) Integralidade.
- D) Coordenação de cuidados.
- E) Cuidados centrados na pessoa.

QUESTÃO 7

A respeito da comunicação prevista na Política Nacional de Vigilância em Saúde, é uma característica do alerta de risco sanitário:

- A) Consistir em um processo interativo de troca de informação e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições.
- B) Relacionar-se a acontecimentos ou situações que ameacem a saúde humana ou a segurança dos indivíduos ou das comunidades.
- C) Ser oportuno e transparente na veiculação de informação veiculada no decurso do processo de comunicação do risco em saúde, no que se refere à natureza, magnitude, significância e medidas de controle do risco.
- D) Objetivar a mudança imediata de comportamentos individuais ou a implementação de medidas de caráter coletivo.
- E) Utilizar o boletim epidemiológico como veículo de comunicação primordial.

QUESTÃO 8

Após o forte terremoto que atingiu a Venezuela, uma família, após perder tudo, decide vir para Brasil e morar temporariamente com alguns parentes que aqui já estavam. Ao chegar, a mãe procura a unidade básica de saúde para acompanhamento dos filhos e recebe atendimento médico e vacinação.

Nesse caso, qual princípio do SUS foi seguido?

- A) Cuidados centrados na pessoa.
- B) Equidade.
- C) Integralidade.
- D) Universalidade.
- E) Coordenação de cuidados.

QUESTÃO 9

Analise os seguintes princípios.

- I. Início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida.
- II. Respeito à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.
- III. Valorização da vida e consideração da morte como um processo natural.
- IV. Promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos adota como princípios:

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

QUESTÃO 10

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Programa Melhor em Casa (PMeC), analise as situações a seguir:

- 1. Sra. Joana, 88 anos de idade, restrita ao leito por quadro avançado de Alzheimer, com necessidade de nutrição parenteral
- 2. Sr. Antônio, 76 anos de idade, com insuficiência renal crônica e necessidade de diálise peritoneal domiciliar.
- 3. Ana Clara, recém-nascida prematura que teve alta hospitalar com necessidade de ganho ponderal

Esses pacientes têm indicação das modalidades de AD, respectivamente,

- A) AD 1, AD 2 e AD 3.
- B) AD 2, AD 1 e AD 2.
- C) AD 2, AD 3 e AD 1.
- D) AD 3, AD 3 e AD 2.
- E) AD 2, AD 3 e AD 2.

MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA

QUESTÃO 11

Homem de 34 anos de idade, bancário, sem comorbidades prévias, procura atendimento ambulatorial queixando-se de pirose e regurgitação ácido-fluída, com frequência de 4 vezes por semana nos últimos 3 meses. Relata que os sintomas pioram após as refeições e ao deitar-se. Nega disfagia, odinofagia, emagrecimento involuntário, hematêmese, melena ou histórico familiar de neoplasia do trato gastrointestinal superior. O exame físico é normal.

Diante do quadro clínico apresentado, assinale a conduta inicial mais adequada para esse paciente.

- A) Prescrever teste terapêutico com inibidor de bomba de prótons em dose plena diária, em jejum, por um período de 4 a 8 semanas.
- B) Solicitar endoscopia digestiva alta para estadiamento de erosões esofágicas antes do início de qualquer tratamento medicamentoso.
- C) Solicitar pHmetria esofágica de 24 horas sem uso de inibidor de bomba de prótons para confirmação diagnóstica de refluxo gastroesofágico.
- D) Solicitar manometria esofágica de alta resolução para avaliar a hipotonia do esfíncter esofágico inferior como causa dos sintomas.
- E) Indicar cirurgia videolaparoscópica de funduplicatura de Nissen devido ao caráter crônico e à frequência semanal dos sintomas.

QUESTÃO 12

Mulher de 42 anos de idade apresenta queixa de pirose persistente há 1 ano. Realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou mucosa esofágica normal (grau A de Los Angeles ausente, sem erosões, sem estenose e sem esôfago de Barrett). Diante da manutenção dos sintomas a despeito de orientações comportamentais e uso adequado de inibidor da bomba de prótons (IBP), foi submetida à pHmetria/impedanciometria esofágica de 24 horas interrompendo o uso de IBP por 7 dias. O resultado evidenciou: tempo de exposição ácida de 7,8%, total de 82 episódios de refluxo no período, e índice de sintomas positivo para pirose associada a episódios de refluxo ácido.

Com base no Consenso de Lyon 2.0 para diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), assinale a interpretação correta do exame e a conduta recomendada.

- A) O exame é conclusivo para o diagnóstico de DRGE sendo indicada otimização estruturada da terapia de supressão ácida.
- B) O exame indica diagnóstico borderline para DRGE, sendo obrigatória a realização de manometria para confirmação.
- C) O exame é compatível com pirose funcional, devendo ser iniciado tratamento prioritário com neuromoduladores.
- D) O exame caracteriza esôfago hipersensível, devendo-se suspender totalmente o IBP e manter apenas procinéticos.
- E) O exame é inconclusivo devido ao alto número de episódios de refluxo, necessitando de repetição sob uso de IBP.

QUESTÃO 13

Mulher de 28 anos de idade, sem comorbidades prévias, procura atendimento ambulatorial com queixa de evacuações diarreicas (4 a 5 episódios ao dia), com sangue vivo e muco, acompanhadas de tenesmo e dor em cólica no quadrante inferior esquerdo há 6 semanas. A colonoscopia revelou eritema contínuo, perda do padrão vascular, friabilidade e erosões superficiais desde a margem anal até o cólon descendente (transição para o reto livre de lesões não observada; lesão contínua estendendo-se até 45 cm da margem anal), com ceco e íleo terminal normais. O estudo histopatológico confirmou colite crônica ativa com microabscessos de cripta, sem granulomas. Exames de fezes afastaram infecção por *Clostridioides difficile*, parasitas e patógenos bacterianos. A paciente apresenta hemoglobina de 12,8 g/dL, PCR de 6 mg/L e não apresenta sinais de toxicidade sistêmica.

Considerando o diagnóstico da paciente, assinale a conduta terapêutica de primeira linha mais apropriada.

- A) Prescrever mesalazina oral ($\geq 2,4$ g/dia) associada a mesalazina tópica (enema 1 g/dia).
- B) Iniciar prednisona oral na dose de 1 mg/kg/dia isoladamente como indutor.
- C) Iniciar azatioprina oral na dose de 2,0 a 2,5 mg/kg/dia como monoterapia de indução.
- D) Prescrever antibioticoterapia de amplo espectro com ciprofloxacino e metronidazol por 14 dias.
- E) Solicitar triagem infecciosa para início de agente biológico anti-TNF (Infliximabe ou Adalimumabe).

QUESTÃO 14

Homem de 35 anos de idade, com diagnóstico prévio de retocolite ulcerativa há 2 anos em uso irregular de mesalazina, é admitido no pronto-socorro com quadro de 10 evacuações diarreicas profusamente sanguinolentas por dia, febre (38,4 °C), taquicardia (110 bpm) e dor abdominal difusa. Exames laboratoriais de entrada: Hemoglobina = 8,2 g/dL, Leucócitos = 14.200/mm³, PCR = 78 mg/L, Albumina = 2,6 g/dL e Potássio = 3,1 mEq/L. A radiografia simples de abdome descartou megacólon tóxico ou pneumoperitônio. O paciente foi internado na UTI, recebeu hidratação venosa, correção eletrolítica, profilaxia para tromboembolismo venoso e corticoterapia parenteral com hidrocortisona 100 mg IV a cada 6 horas (ou metilprednisolona 60 mg/dia). No 3º dia de corticoterapia endovenosa contínua, o paciente mantém 8 evacuações sanguinolentas/dia e a PCR sérica é de 55 mg/L.

Diante da avaliação no 3º dia de internação baseada nos critérios preditivos de resposta (Índice de Oxford / Travis), assinale a conduta correta.

- A) Aumentar a dose da hidrocortisona para 200 mg IV a cada 6 horas e aguardar mais 5 dias antes de reavaliar resposta.
- B) Indicar Infliximabe ou Ciclosporina e avaliar colectomia se refratariedade ao tratamento ou complicações.
- C) Adicionar azatioprina 2,5 mg/kg/dia por via oral para induzir a remissão rápida do surto agudo de colite.
- D) Alta hospitalar imediata com substituição da hidrocortisona por prednisona oral 40 mg/dia associada a mesalazina.
- E) Manter a hidrocortisona e associar ganciclovir endovenoso empírico sem necessidade de biópsia para citomegalovírus.

QUESTÃO 15

Homem de 42 anos de idade com doença de Crohn ileocolônica e perianal complexa (fístula transefinteriana), em uso de Infiximabe (5 mg/kg a cada 8 semanas) em associação com Azatioprina (2 mg/kg/dia) há 3 anos, com excelente controle prévio. Há 3 meses passou a apresentar recrudescência dos sintomas intestinais (6 evacuações líquidas por dia, dor abdominal e PCR = 38 mg/L) e drenagem purulenta pelo orifício fistuloso perianal. A colonoscopia confirmou reativação com úlceras profundas no cólon e a ressonância magnética de pelve mostrou trajeto fistuloso ativo sem abscesso drenável. Foi realizada a monitorização terapêutica da droga (TDM) imediatamente antes da próxima dose de manutenção, apresentando os seguintes resultados:

Nível sérico residual de Infiximabe: indetectável (< 0,5 µg/mL).

Anticorpos anti-infiximabe: títulos elevados (> 200 ng/mL).

Considerando a análise imunofarmacológica da perda de resposta baseada nos consensos do GEDIB e da AGA sobre monitorização terapêutica de biológicos, assinale a decisão médica mais adequada e cientificamente fundamentada.

- A) Aumentar a dose de Infiximabe para 10 mg/kg e encurtar o intervalo de infusão para cada 4 semanas para neutralizar os anticorpos.
- B) Manter o Infiximabe na mesma dose, dobrar a dose de Azatioprina para 4 mg/kg/dia a fim de suprimir a produção de anticorpos.
- C) Suspender o Infiximabe e substituir a terapia biológica, podendo-se optar por outro anti-TNF ou por agente com mecanismo de ação diferente.
- D) Suspender todos os imunomoduladores e biológicos e indicar proctocolectomia total com ileostomia definitiva como conduta de escolha.
- E) Reduzir o intervalo do Infiximabe para 6 semanas mantendo 5 mg/kg e associar corticoterapia oral por 6 meses para imunotolerância.

QUESTÃO 16

Homem de 58 anos de idade queixa-se de constipação intestinal refratária há 2 anos. Relata que precisa realizar esforço evacuatório prolongado e, frequentemente, necessita de manobras digitais no períneo e ânus para conseguir expelir o bolo fecal. O uso de *psyllium* e macrogol em doses altas amoleceu as fezes, mas a dificuldade para expeli-las persiste inalterada. A colonoscopia foi normal. Foi submetido à Manometria Anorretal de Alta Resolução (MAR), que demonstrou relaxamento inadequado / contração paradoxal do complexo esfinteriano anal durante esforço evacuatório.

Assinale a alternativa que apresenta a interpretação diagnóstica correta para o quadro fisiopatológico do paciente e a conduta de primeira linha com maior taxa de sucesso sustentado.

- A) Inércia colônica grave; colectomia subtotal com anastomose ileorretal.
- B) Dissinergia defecatória; reeducação muscular por biofeedback.
- C) Megarreto adquirido; aplicação contínua de toxina botulínica no cólon sigmoide.
- D) Constipação por trânsito lento; prucaloprida e laxantes salinos.
- E) Síndrome do intestino irritável; antiespasmódicos e antidepressivos tricíclicos.

QUESTÃO 17

Homem de 48 anos de idade, sem comorbidades conhecidas, procura atendimento ambulatorial, em uso de inibidor de bomba de prótons (IBP) sob demanda, trazendo resultado de endoscopia digestiva alta (EDA) realizada para investigação de dispepsia. O laudo endoscópico revelou gastrite enantematosa antral moderada sem erosões. A pesquisa de *Helicobacter pylori* por teste da urease no fragmento de biópsia antral foi positiva. O paciente nega sintomas de alarme (emagrecimento, disfagia, sangramento), história familiar de câncer gástrico ou uso recente de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).

Considerando as diretrizes sobre diagnóstico e tratamento para *Helicobacter pylori*, assinale a conduta mais adequada quanto à indicação de erradicação e ao método de controle de cura.

- A) Indicar o tratamento de erradicação e realizar obrigatoriamente nova endoscopia digestiva alta com biópsias em 30 dias para confirmar a eliminação do bacilo.
- B) Não indicar o tratamento de erradicação, pois a gastrite enantematosa sem erosão ou úlcera representa colonização comensal benigna do estômago.
- C) Indicar o tratamento de erradicação e solicitar a sorologia IgG anti-*H. pylori* 4 semanas após o término da medicação para confirmar a cura bacteriológica.
- D) Indicar erradicação e controle de cura com teste respiratório com ¹³C-ureia ou pesquisa de antígeno fecal após 4 semanas sem antibiótico e 2 semanas sem IBP.
- E) Contraindicar o tratamento de erradicação até que o paciente desenvolva úlcera péptica ou metaplasia intestinal, evitando resistência bacteriana precoce.

QUESTÃO 18

Homem de 54 anos de idade, com histórico de etilismo pesado (mais de 80 g de álcool/dia por 20 anos) e episódios recorrentes de dor abdominal superior, procura atendimento ambulatorial com queixa de distensão abdominal, perda de peso involuntária de 8 kg em 6 meses e fezes volumosas, amareladas, brilhantes e de odor fétido, que flutuam no vaso sanitário. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou calcificações difusas no parênquima pancreático e dilatação do ducto pancreático principal.

Considerando a praticidade clínica e a disponibilidade, assinale o teste funcional indireto de primeira escolha para a avaliação da função exócrina pancreática nesse paciente.

- A) Dosagem da concentração de Calprotectina fecal em amostra isolada de fezes.
- B) Dosagem da concentração de Elastase-1 Fecal em amostra de fezes formada ou pastosa.
- C) Quantificação de gordura fecal pelo método de van de Kamer em coleta de fezes de 72 horas.
- D) Teste respiratório de trioleína com marcação por carbono-14 após sobrecarga lipídica.
- E) Dosagem sérica do Peptídeo C após estímulo venoso direto com secretina sintética.

QUESTÃO 19

Mulher de 56 anos de idade é encaminhada ao gastroenterologista para investigação de anemia (Hb = 8,8 g/dL, VCM = 112 fL) e parestesias em extremidades inferiores. A endoscopia digestiva alta demonstrou atrofia marcada da mucosa do corpo e fundo gástrico, com transparência dos vasos submucosos, enquanto a mucosa do antro apresentava aspecto normal. As biópsias confirmaram atrofia glandular e metaplasia intestinal restritas ao corpo e fundo, com hiperplasia de células enterocromafins-like. O teste da urease e a pesquisa histológica para *H. pylori* foram negativos.

Considerando a fisiopatologia e os achados laboratoriais esperados para essa patologia gástrica, assinale a alternativa correta.

- A) Trata-se de uma gastrite crônica pelo *H. pylori* com padrão de dominância antral, associada a hipercloridria e níveis reduzidos de gastrina sérica.
- B) O achado é compatível com doença de Ménétrier, caracterizada pelo espessamento de pregas do corpo gástrico e hipergastrinemia secundária a tumor produtor de gastrina.
- C) Trata-se de gastropatia reativa por refluxo biliar, sendo esperado aumento significativo da acidez gástrica e anticorpos anti-fator intrínseco negativos.
- D) O quadro corresponde a gastrite multifocal por anti-inflamatórios não esteroides, cursando tipicamente com hipogastrinemia por inibição direta da bomba de prótons.
- E) O quadro é característico de gastrite autoimune, associando-se a hipocloridria/acloridria, hipergastrinemia e presença de anticorpos anti-célula parietal.

QUESTÃO 20

Homem de 42 anos de idade, ex-etilista com pancreatite crônica hereditária/calçificante, apresenta dor abdominal recorrente intensa e incapacitante, necessitando de múltiplas internações. A tomografia de abdome e a Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética (CPRM) demonstram dilatação acentuada do ducto pancreático principal em todo o seu trajeto (diâmetro de 9mm), com múltiplos cálculos intraductais impactados na cabeça e no corpo do pâncreas, além de atrofia parenquimatosa moderada. Não há massa em cabeça de pâncreas nem estenose biliar associada.

Com base nas evidências científicas de ensaios clínicos randomizados multicêntricos de alta qualidade (como o estudo *ESCAPE trial*) e nos consensos internacionais contemporâneos, assinale a decisão terapêutica mais adequada para a abordagem da dor nesse paciente.

- A) Pancreatojejunostomia longitudinal pela técnica de Partington-Rochelle.
- B) Litotripsia extracorpórea por ondas de choque.
- C) Esfincterotomia pancreática endoscópica.
- D) Opioides potentes enquanto mantiver função endócrina preservada.
- E) Ressecção pancreática total com autotransplante de ilhotas pancreáticas.

QUESTÃO 21

Homem de 58 anos de idade, hipertenso em uso crônico de Olmesartana 40 mg/dia, há 3 anos, procura o centro de referência com quadro de diarreia crônica com fezes volumosas e gordurosas (esteatorreia confirmada de 14 g/24 h de gordura nas fezes), astenia marcada, artralgia migratória em grandes articulações e perda ponderal de 15 Kg nos últimos 10 meses. Exames de sangue mostram anemia normocítica e normocrômica (Hb = 9,2 g/dL), hipoalbuminemia 2,1 g/dL e sorologia para doença celíaca (anti-transglutaminase tecidual IgA e anti-endomísio IgA) negativas, com IgA sérica total normal. A endoscopia digestiva alta (EDA) revelou atrofia duodenal com xantomatose/mosaico. A biópsia de segunda porção duodenal demonstrou atrofia vilositária subtotal com infiltrado inflamatório e presença de macrófagos volumosos na lâmina própria com grânulos positivos ao reagente pas (periodic acid-schiff) e resistentes à diastase.

Considerando a integração dos achados clínicos, laboratoriais, histopatológicos e o diagnóstico diferencial das enteropatias com atrofia vilositária e sorologia celíaca negativa, assinale a interpretação diagnóstica e a conduta de escolha.

- A) Enteropatia induzida por Olmesartana; o tratamento consiste na suspensão imediata do anti-hipertensivo.
- B) Doença de Whipple; o tratamento é antibioticoterapia com Ceftriaxona IV por 2 g por 2 semanas, seguida de Doxiciclina + Hidroxicloroquina oral por 12 meses.
- C) Doença celíaca soronegativa (Marginal); o tratamento exige dieta isenta de glúten por toda a vida.
- D) Giardíase crônica refratária; o tratamento de escolha é Nitazoxanida oral associada a Albendazol.
- E) Linfoma T associado à enteropatia; a conduta é o encaminhamento imediato para quimioterapia de alta dosagem e transplante autólogo de medula óssea.

QUESTÃO 22

Mulher de 52 anos de idade com MASH (Esteato-Hepatite Associada à Disfunção Metabólica) comprovada por biópsia prévia (fibrose estágio F2) e *Diabetes mellitus* tipo 2 descompensado (HbA1c = 8,6%), com IMC = 34,2 kg/m². Mantém esteatose e elevação persistente de aminotransferases a despeito de modificações no estilo de vida por 12 meses.

Considerando as evidências científicas atuais, assinale a classe de medicamentos antidiabéticos de primeira escolha.

- A) Agonistas do receptor de GLP-1
- B) Sulfonilureias de segunda geração.
- C) Inibidores da Dipeptil Peptidase-4 / DPP-4.
- D) Insulina Humana NPH.
- E) Inibidores da Alfa-Glicosidase Intestinal.

QUESTÃO 23

Mulher de 32 anos de idade, bancária, procura o ambulatório de Gastroenterologia com queixa de fezes endurecidas e fragmentadas (Escala de Bristol tipo 1 e 2), esforço evacuatório excessivo e sensação de evacuação incompleta há cerca de 8 meses. Relata frequência evacuatória de 2 vezes por semana e apresenta os sintomas em pelo menos 1 evacuação por semana. Nega perda de peso, sangramento gastrointestinal, febre, dor abdominal intensa ou histórico familiar de neoplasia colorretal. Ao exame físico, apresenta abdome plano, flácido, indolor, sem massas ou visceromegalias. O toque retal demonstra tônus esfinteriano normal e ausência de fezes em ampola retal.

Considerando os Critérios de Roma para Constipação Funcional e as diretrizes vigentes, assinale a conduta inicial mais adequada para essa paciente.

- A) Indicar o uso diário continuado de laxantes estimulantes de contato como primeira linha para reeducação intestinal.
- B) Solicitar colonoscopia antes de iniciar qualquer conduta terapêutica, visando afastar lesões estruturais ou neoplásicas de reto e cólon.
- C) Solicitar tempo de trânsito colônico com marcadores radiopacos para estadiar imediatamente o grau de inércia colônica.
- D) Encaminhar a paciente para biofeedback anorretal antes de tentar modificações no estilo de vida e tratamento farmacológico.
- E) Prescrever adequação da ingestão de fibras e líquidos, associado a laxante osmótico, dispensando exames de imagem ou endoscopia neste momento.

QUESTÃO 24

Homem de 41 anos de idade é acompanhado no ambulatório com diagnóstico de dispepsia funcional, com quadro de dor e queimação epigástrica incômoda, pelo menos 1 vez por semana, sem relação direta de exacerbação ou alívio com a ingestão alimentar. O paciente testou negativo para infecção por *Helicobacter pylori* em biópsia endoscópica recente (EDA normal). Foi submetido a tratamento com Esomeprazol 40 mg/dia por 8 semanas e, posteriormente, a um curso de Domperidona 30 mg/dia por 4 semanas, mantendo-se refratário e muito incomodado com as dores diárias. Nega sinais de alarme ou perda ponderal.

Considerando as recomendações da diretriz conjunta da *American Gastroenterological Association (AGA)* / *Canadian Association of Gastroenterology (CAG)*, assinale a conduta farmacológica mais adequada.

- A) Iniciar antidepressivo tricíclico (ex.: Amitriptilina 12,5 a 25 mg ao deitar) em dose neuromoduladora.
- B) Prescrever inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ex.: Sertralina 50 mg/dia) em dose plena.
- C) Indicar associação de dois procinéticos de mecanismos distintos (Metoclopramida + Mosaprida).
- D) Prescrever Prednisona 20 mg/dia por 14 dias para redução da microinflamação duodenal.
- E) Encaminhar o paciente para dilatação endoscópica pneumática empírica do píloro.

QUESTÃO 25

Mulher de 58 anos de idade, com diagnóstico de pancreatite crônica calcificante de etiologia biliar/idiopática, apresenta insuficiência pancreática exócrina. Iniciou terapia de reposição de enzimas pancreáticas com extrato pancreático em microgrânulos entéricos na dose de 25.000 unidades de lipase por refeição principal e 10.000 unidades por lanche. Após 8 semanas de tratamento e adesão confirmada à tomada das cápsulas durante as refeições, a paciente retorna referindo persistência de fezes amolecidas e gordurosas (3 a 4 evacuações por dia), mantendo dor leve em empachamento e dificuldade para ganho ponderal. A avaliação nutricional confirma que a ingestão lipídica é adequada e que não há restrição de gorduras na dieta.

Com base nas diretrizes clínicas, assinale a conduta terapêutica imediata mais adequada.

- A) Dobrar a dose para 50.000 unidades de lipase por refeição principal e considerar associar um inibidor da Bomba de Prótons se resposta insuficiente.
- B) Substituir os microgrânulos entéricos por enzimas pancreáticas não revestidas em pó dissolvidas diretamente em suco cítrico.
- C) Orientar a redução drástica da ingestão diária de gorduras da dieta para menos de 20g/dia e aumentar a dose de fibras solúveis.
- D) Suspender o extrato pancreático por 14 dias e prescrever esquema empírico de metronidazol por via oral para erradicação de amebíase.
- E) Indicar reposição de ácidos biliares conjugados (ácido ursodesoxicólico) e manter a dose atual da enzima sem alterações.

QUESTÃO 26

Homem de 42 anos de idade, sem comorbidades prévias conhecidas, procura a Unidade de Pronto Atendimento com história de dois episódios de melena de pequeno volume nas últimas 12 horas. Nega hematêmese, tontura, síncope ou uso de anti-inflamatórios. Ao exame físico de entrada: consciente, orientado, corado, PA = 128 x 82 mmHg, FC = 82 bpm, sem estigmas de hepatopatia crônica. Exames laboratoriais colhidos na admissão: Hemoglobina = 13,8 g/dL, Ureia = 18 mg/dL, Sódio = 140 mEq/L, Potássio = 4,2 mEq/L, Plaquetas = 240.000/mm³.

Considerando a estratificação pré-endoscópica de risco na hemorragia digestiva alta, assinale a conduta mais adequada.

- A) Transfusão profilática de 2 concentrados de hemácias antes da realização do exame endoscópico para elevar a hemoglobina acima de 14 g/dL.
- B) Internação em unidade de terapia intensiva para infusão contínua de inibidor da bomba de prótons por 72 horas.
- C) Encaminhamento para endoscopia digestiva alta de urgência em caráter emergencial nas primeiras 6 horas da admissão.
- D) Alta após avaliação inicial com orientação para realização de endoscopia digestiva alta em caráter ambulatorial.
- E) Manutenção em regime de internação hospitalar para observação seriada e lavagem gástrica com sonda nasogástrica.

QUESTÃO 27

Homem de 56 anos de idade, portador de cirrose hepática por vírus C (Child-Pugh B, escore MELD 14), é admitido na emergência hospitalar após apresentar hematêmese volumosa seguida de tontura. Na admissão: PA = 90 x 50 mmHg, FC = 118 bpm, sonolento mas responsivo a chamados.

Além da ressuscitação volêmica com cristaloides, avaliação de transfusão de concentrado de hemácias e intubação para proteção de via aérea, a conduta mais adequada é:

- A) Iniciar Terlipressiva associada a Ceftriaxona EV.
- B) Iniciar Propranolol por sonda nasogástrica + Vitamina K parenteral.
- C) Realizar escleroterapia endoscópica do vaso sangrante.
- D) Transfundir plasma fresco congelado e concentrado de plaquetas.
- E) Prescrever Inibidor da Bomba de Prótons.

QUESTÃO 28

Um homem de 38 anos de idade, doador voluntário de sangue, realiza exames de triagem na rede de hemoterapia e é encaminhado à Unidade Básica de Saúde devido ao seu perfil de marcadores para hepatite B. O paciente encontra-se assintomático, nega história de icterícia, cirurgia prévia, uso de drogas injetáveis ou comportamentos de risco recentes. Ao exame físico, não apresenta estigmas de hepatopatia crônica. Os exames laboratoriais colhidos na triagem revelaram:

- ALT e AST: Normais
- HBsAg: Negativo
- Anti-HBc Total: Negativo
- Anti-HBs: Positivo (180 mUI/mL)

Diante do painel sorológico apresentado, assinale a interpretação sorológica e a conduta recomendadas.

- A) Imunidade conferida por vacinação prévia contra a hepatite B; não há indicação de doses adicionais de vacina ou de exames complementares adicionais.
- B) Cura da infecção natural pelo vírus da hepatite B; o paciente deve ser acompanhado com dosagem sérica de HBV-DNA.
- C) Infecção oculta pelo vírus da hepatite B; o paciente necessita de avaliação por biópsia hepática para quantificação do DNA tecidual.
- D) Janela imunológica da infecção aguda pelo HBV; deve-se indicar a administração da imunoglobulina humana anti-hepatite B.
- E) Falso-positivo do teste anti-HBs; o paciente deve realizar nova triagem sorológica com quantificação do antígeno HBeAg.

QUESTÃO 29

Homem de 61 anos de idade, sem antecedentes de hepatopatia ou uso de anti-inflamatórios não esteroides, dá entrada no pronto-socorro com quadro de hematêmese maciça e choque hipovolêmico. Após estabilização hemodinâmica inicial, foi submetido à endoscopia digestiva alta urgente. O endoscopista observou, na região da pequena curvatura do corpo gástrico proximal (a cerca de 6 cm da junção esofagogástrica), um sangramento arterial em jato (pulsátil) originando-se de uma artéria submucosa proeminente sem úlcera ao redor, erodindo através de uma mucosa gástrica aparentemente normal. Não havia outras lesões no esôfago, estômago ou duodeno.

Assinale a alternativa que indica o diagnóstico correto e a melhor opção de hemostasia endoscópica para esse caso.

- A) Lesão de Dieulafoy; hemostasia endoscópica, preferencialmente mecânica com cliques metálicos.
- B) Síndrome de Mallory-Weiss; repouso gástrico com passagem de sonda nasogástrica e observação.
- C) Ectasia Vascular Antral Gástrica; aplicação sequencial de plasma de argônio em toda a mucosa antral afetada.
- D) Fístula Aortoentérica Secundária; embolização por radiologia intervencionista do ramo da artéria gástrica esquerda.
- E) Variz Gástrica isolada do fundo; injeção endoscópica de etanolamina a 5% sem uso de cianocrilato.

QUESTÃO 30

Homem de 62 anos de idade foi diagnosticado com linfoma não Hodgkin de grandes células B e tem indicação de iniciar esquema quimioterápico contendo Rituximabe associado a CHOP. Antes do início do tratamento antineoplásico, foi realizada a triagem sorológica obrigatória para hepatites virais, com os seguintes resultados:

- HBsAg: Negativo
- Anti-HBc Total: Positivo
- Anti-HBs: Positivo (45 mUI/mL)
- ALT e AST: Normais
- HBV-DNA sérico (PCR): Indetectável

O paciente nega diagnóstico prévio de hepatite B ou tratamento com antivirais. A função renal e o hemograma são normais.

Com base no caso clínico e nas diretrizes científicas atuais, assinale a conduta correta para esse paciente.

- A) Indicar profilaxia prévia com Interferon-alfa peguado por 12 semanas antes de iniciar o esquema quimioterápico para o linfoma.
- B) Não prescrever profilaxia antiviral, mas realizar a monitorização mensal do HBsAg e do HBV-DNA sérico, iniciando o tratamento apenas se houver soroconversão.
- C) Prescrever Lamivudina em dose baixa isoladamente por 30 dias contados a partir da primeira infusão do Rituximabe, suspendendo-a em seguida.
- D) Administrar duas doses de reforço da vacina recombinante contra hepatite B e suspender a indicação do anticorpo monoclonal anti-CD20.
- E) Iniciar profilaxia com Entecavir ou Tenofovir antes ou concomitantemente à quimioterapia e mantê-la por pelo menos 12 meses após o término do Rituximabe.

QUESTÃO 31

Mulher de 38 anos de idade, sem comorbidades prévias, procura o serviço de emergência com queixa de icterícia, colúria e prurido há 5 dias. Relata ter feito uso contínuo de Amoxicilina com Clavulanato por 10 dias para o tratamento de uma sinusite bacteriana, tendo finalizado o esquema há 2 semanas. Nega consumo de álcool, uso de outros medicamentos ou suplementos alimentares. Ao exame físico: icterícia acentuada (3+/4+), sem estigmas de hepatopatia crônica ou alteração do nível de consciência. Os exames laboratoriais na admissão revelaram:

- AST: 120 U/L (Valor de Referência - VR: < 35 U/L) — aumento de 3,4X o VR
- ALT: 140 U/L (VR: < 35 U/L) — aumento de 4,0X o VR
- Fosfatase Alcalina (FA): 520 U/L (VR: < 104 U/L) — aumento de 5,0X o VR
- Gama-GT: 480 U/L (VR: < 40 U/L)
- Bilirrubina Total: 8,2 mg/dL (Bilirrubina Direta: 6,8 mg/dL)
- INR: 1,1

Sorologias para Hepatites A, B, C, E, HIV, EBV e CMV foram negativas. A ultrassonografia de abdome superior mostrou vias biliares intra e extra-hepáticas de calibre normal, sem litíase.

Considerando a fórmula do Fator R $Fator\ R = (ALT/VR\ de\ ALT) / (FA/VR\ de\ FA)$, assinale a alternativa que indica a classificação correta do padrão de lesão hepática e a droga clássica associada a essa apresentação.

- A) Padrão Misto ($2 < Fator\ R < 5$); a conduta exige indicação imediata de biópsia hepática para confirmar rejeição ductular.
- B) Padrão Hepatocelular ($Fator\ R \geq 5$); a lesão decorre de toxicidade intrínseca direta dependente da dose de amoxicilina.
- C) Padrão Colestático ($FR \leq 2$); o quadro é característico da lesão hepática por mecanismo idiossincrásico associada à Amoxicilina-Clavulanato.
- D) Padrão Vascular ($Fator\ R = 0$); o quadro caracteriza a Síndrome de Sinusóide Ocluso induzida por penicilinas.
- E) Padrão Esteatótico ($Fator\ R > 10$); a medicação induziu microvesiculação lipídica mitocondrial maciça.

QUESTÃO 32

Homem de 45 anos de idade iniciou tratamento para Tuberculose pulmonar com o esquema RIPE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) há 3 semanas. Comparece à consulta de retorno assintomático, negando náuseas, vômitos, dor abdominal ou icterícia. Os exames laboratoriais de rotina para monitoramento revelam:

- AST: 180 U/L (VR: < 35 U/L)
- ALT: 195 U/L (VR: < 35 U/L)
- Fosfatase Alcalina: 110 U/L (VR: < 104 U/L)
- Bilirrubina Total: 1,1 mg/dL (VR: < 1,2 mg/dL)
- INR: 1,0

O paciente não apresenta história de hepatopatia prévia, sorologias para hepatites virais são negativas e o consumo de álcool é nulo.

Analise as afirmativas abaixo e assinale a conduta mais correta diante deste cenário:

- A) Substituir o esquema RHZE por um esquema de resgate definitivo com Levofloxacino, Amicacina e Terizidona por 12 meses.
- B) Manter o esquema RHZE na mesma posologia, orientar o paciente sobre sinais de alarme e reavaliar laboratorialmente em 7 a 14 dias.
- C) Suspender isoladamente a Isoniazida e manter Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol em doses dobradas.
- D) Suspender imediatamente todo o esquema RHZE devido à elevação de aminotransferases acima de 5X o limite superior da normalidade.
- E) Manter o esquema RHZE e prescrever N-Acetilcisteína oral contínua como antídoto específico para a toxicidade por Pirazinamida.

QUESTÃO 33

Homem de 56 anos de idade, portador de Esôfago de Barrett (COM4), realiza EDA com biópsias seriadas. O laudo anatomopatológico revelou metaplasia intestinal com presença de Displasia de Baixo Grau (DBG). Diante da relevância prognóstica, as lâminas foram encaminhadas e revisadas por um segundo patologista com ampla experiência em patologia gastrointestinal, que confirmou de forma unânime a presença de DBG. O exame endoscópico minucioso com cromoscopia óptica não identificou lesões mucosas visíveis.

Com base nas recomendações internacionais, a opção terapêutica preferencial é:

- A) Terapia de Erradicação Endoscópica ou manter vigilância endoscópica a cada 6 meses no primeiro ano.
- B) Mucosectomia endoscópica circunferencial total de todo o segmento de 4 cm em monobloco na mesma sessão diagnóstica.
- C) Quimioterapia neoadjuvante associada a IBP em dose plena contínua e repetir o exame endoscópico em 30 dias.
- D) Funduplicatura cirúrgica laparoscópica com válvula total (Nissen 360°) seguida de IBP em dose plena por 6 meses.
- E) Seguimento clínico mantendo uso de IBP em dose plena e procinéticos, sem necessidade de acompanhamento endoscópico.

QUESTÃO 34

Homem de 52 anos de idade, com histórico de etilismo pesado contínuo (mais de 120 g de etanol/dia), é admitido na enfermaria de Gastroenterologia com quadro de icterícia intensa progressiva, astenia, inapetência e febrícula (37,6 °C) há 2 semanas. Ao exame físico: icterícia acentuada (3+/ 4+), nevus aracnóides no tórax, asterixe discreto (grau I de encefalopatia) e ascite moderada à palpação. A triagem infecciosa inicial (hemoculturas, urocultura, radiografia de tórax e análise do líquido ascítico para peritonite bacteriana espontânea) foi completamente negativa. Exames laboratoriais de admissão:

- Bilirrubina Total: 18,5 mg/dL
- Tempo de Protrombina (TAP) do paciente: 23,0 segundos (TAP controle do laboratório: 12,0 segundos)
- Creatinina: 1,0
- Leucócitos: 14.500/mm³ (com 82% de neutrófilos, sem desvio à esquerda)
- AST: 168 U/L | ALT: 64 U/L

Ao calcular a Função Discriminante de Maddrey $DF = 4,6 \times [TAP_{\text{paciente}} - TAP_{\text{controle}}] + \text{bilirrubina total}$, assinale a interpretação do escore e a conduta farmacológica de primeira linha indicada para o caso:

- A) Hepatite associada ao álcool grave; Prednisolona 40 mg/dia por via oral durante 28 dias.
- B) Hepatite associada ao álcool moderada; suporte nutricional e pentoxifilina 400 mg via oral de 8/8 horas.
- C) Hepatite associada ao álcool grave; Metilprednisolona 1 g/dia por 7 dias.
- D) Falência Hepática Fulminante; transplante hepático de emergência em 24 horas.
- E) Hepatite associada ao álcool não grave; N-Acetilcisteína e norfloxacin profilático.

QUESTÃO 35

Mulher de 58 anos de idade, portadora de cirrose por vírus C compensada (Child-Pugh A, 6 pontos), comparece à consulta com o primeiro episódio de ascite moderada (grau 2), caracterizada por distensão abdominal simétrica sem desconforto respiratório ou dor. A paracentese diagnóstica descartou peritonite bacteriana espontânea e apresentou GASA = 1,6 g/dL. Exames laboratoriais: Creatinina = 0,8 mg/dL, Sódio sérico = 138 mEq/L, Potássio sérico = 4,2 Eq/L.

A conduta terapêutica recomendada para o tratamento inicial dessa paciente é:

- A) Paracentese de alívio com administração de albumina e diuréticos venosos.
- B) Restrição hídrica (< 800 mL/dia) associada a Furosemida.
- C) Restrição de sódio (2 g/dia) e Espironolactona com ou sem Furosemida.
- D) Restrição hídrica e de sódio, sem necessidade de diuréticos nesse momento.
- E) Prescrição de Tolvaptana associada a espironolactona.

QUESTÃO 36

Homem de 56 anos de idade, portador de cirrose hepática por vírus C (Child-Pugh B, 8 pontos), dá entrada no pronto-socorro com história de aumento do volume abdominal há 2 semanas, associado a febre baixa (37,8°) e dor abdominal difusa leve há 24 horas. Ao exame físico: corado, anictérico, febril, com ascite volumosa e dor à palpação profunda do abdome, sem sinal de descompressão dolorosa brusca. O médico realiza uma paracentese diagnóstica sob técnica asséptica, obtendo líquido citrino, que é enviado imediatamente para análise citológica, bioquímica e microbiológica em frascos de hemocultura à beira do leito. O resultado da contagem celular do líquido ascítico revelou:

- Contagem total de leucócitos: 850/mm³
- Contagem de Neutrófilos Polimorfonucleares: 580/mm³
- Proteína total no líquido ascítico: 0,9 g/dL

Assinale o diagnóstico correto e a conduta terapêutica recomendada.

- A) Ascite Neutrofílica não infecciosa; aguardar o resultado da cultura do líquido ascítico antes de prescrever qualquer antibiótico ou expansor plasmático.
- B) Peritonite Bacteriana Espontânea; iniciar Ceftriaxona 2 g/dia por via endovenosa e associar albumina humana 1,5 g/kg no dia 1 e 1,0 g/Kg no dia 3.
- C) Peritonite Bacteriana Secundária; solicitar Tomografia Computadorizada de abdome urgente para localizar perfuração de víscera oca antes do antibiótico.
- D) Bacterascite Não Tratada; prescrever Norfloxacin 400 mg/dia por via oral em regime ambulatorial por 14 dias sem necessidade de internação.
- E) Síndrome Hepatorrenal Tipo 1 isolada; prescrever Terlipressina 1 mg EV de 6/6 horas e contraindicar formalmente qualquer uso de betabloqueador.

QUESTÃO 37

Homem de 58 anos de idade, cirrótico por vírus B com ascite refratária em uso de espironolactona e furosemida, é internado com quadro de astenia e oligúria. Na admissão, apresenta Creatinina sérica = 2,4 mg/dL (seu valor basal registrado há 5 dias era de 0,9 mg/dL). O exame de urina tipo 1 mostra sódio urinário < 10mEq/L, ausência de proteinúria ou hematúria, e a ultrassonografia renal é normal. O paciente é submetido ao protocolo de resposta volumétrica recomendado pelo *International Club of Ascites* (ICA): suspensão de diuréticos/medicamentos nefrotóxicos e expansão volêmica com Albumina Humana 20% na dose de 1 g/kg/dia durante 48 horas. Após as 48 horas de expansão com albumina, o paciente mantém creatinina em 2,3 mg/d, sem melhora do débito urinário e sem sinais de choque séptico.

A conduta mais adequada para o quadro do paciente é:

- A) Indicar hemodiálise de emergência.
- B) Indicar Terlipressina associada à Albumina Humana.
- C) Iniciar Metilprednisolona 1 g/dia.
- D) Manter expansão volêmica com Solução Fisiológica 0,9%.
- E) Iniciar transfusão de plasma fresco congelado.

QUESTÃO 38

Mulher de 59 anos de idade apresenta quadro de icterícia colestática progressiva e indolor há 3 semanas, acompanhada de colúria, acolia fecal, prurido e perda ponderal involuntária de 5 kg. A Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética (CPRM) evidenciou uma lesão infiltrativa de aspecto neoplásico, estenosante, na via biliar principal, acometendo a junção do ducto hepático comum e estendendo-se para os ductos hepáticos direito e esquerdo (envolvimento da confluência biliar principal e confluências ductais secundárias direita e esquerda). Os ductos biliares intra-hepáticos encontram-se dilatados bilateralmente. O marcador tumoral CA 19-9 está elevado em 850 U/mL (VR: <37 U/mL), com Alfa-fetoproteína (AFP) e CEA normais.

Assinale a alternativa que indica a neoplasia e a classificação anatômica de Bismuth-Corlette correspondente a esse tumor peri-hilar.

- A) Colangiocarcinoma Perihilar; Bismuth-Corlette Tipo II.
- B) Cistoadenocarcinoma Biliar Agudo; Bismuth-Corlette Tipo IIb.
- C) Carcinoma Hepatocelular Fibrolamelar; Bismuth-Corlette Tipo I.
- D) Hepatocarcinossarcoma Biliar; Bismuth-Corlette Tipo IIIa.
- E) Colangiocarcinoma Perihilar; Bismuth-Corlette Tipo IV.

QUESTÃO 39

Homem de 31 anos de idade com doença de Crohn ileocolônica (A2, L3, B1 pela Classificação de Montreal) em uso de Infiximabe em dose de manutenção há 12 meses. O paciente refere estar totalmente assintomático, apresentando índice CDAI < 150 (remissão clínica), evacuações moldadas sem sangue (1 a 2 por dia) e retorno às suas atividades laborais plenas. Os exames laboratoriais mostram Hemoglobina = 14,1 g/dL e PCR = 2,1 mg/L (normal). No entanto, a calprotectina fecal solicitada de rotina no monitoramento revelou valor de 480 µg/g (normal < 50 µg/g). A colonoscopia de controle evidenciou úlceras profundas e salteadas no íleo terminal e ceco (SES-CD = 11, caracterizando atividade moderada).

Considerando a estratégia *Treat-to-Target* para o manejo de longo prazo da doença de Crohn, assinale a interpretação e a conduta recomendadas.

- A) Manter o esquema terapêutico sem alterações, pois a remissão clínica e a normalização da PCR são suficientes.
- B) Iniciar corticoterapia oral com prednisona por 8 semanas e suspender o Infiximabe devido a falha primária.
- C) Otimizar a terapia, ajustando de acordo com monitorização terapêutica do Infiximabe, visando remissão endoscópica.
- D) Solicitar tomografia computadorizada de abdome e indicar ressecção cirúrgica ileocecal eletiva preventiva imediata.
- E) Substituir o Infiximabe por mesalazina 4 g/dia oral, visto que a calprotectina elevada indica intolerância ao biológico.

QUESTÃO 40

Um paciente de 52 anos de idade, portador de cirrose hepática por vírus C, retorna para consulta ambulatorial com exames de rotina e o médico assistente considera calcular o MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*).

Assinale a alternativa que apresenta corretamente os três exames laboratoriais básicos que compõem o escore MELD original, utilizado para a priorização de pacientes em lista de espera baseada na gravidade da doença hepática.

- A) Bilirrubina Total, Creatinina Sérica e Razão Normalizada Internacional (INR).
- B) Albuminemia, Tempo de Protrombina (TAP em segundos) e Sódio Sérico.
- C) Transaminase Glutâmico-Oxalacética (AST), Bilirrubina Direta e Plaquetas.
- D) Gama-Glutamiltransferase (GGT), Fosfatase Alcalina e Creatinina Sérica.
- E) Proteína C-Reativa, ureia e Fator V de coagulação.

PROVA DISSERTATIVA

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O caderno definitivo será o único documento válido para a avaliação da Prova Dissertativa.
2. A Prova Dissertativa avaliará o grau de conhecimento do candidato necessário ao desempenho do cargo público.
3. As folhas para rascunho do caderno de prova são de preenchimento facultativo.
4. Não é permitido levar o rascunho da Prova Dissertativa.
5. Não serão fornecidas folhas adicionais para complementação da Prova Dissertativa, devendo o candidato limitar-se às folhas de respostas recebidas.
6. A Prova Dissertativa receberá nota 0 (zero) se apresentar uma das características a seguir:
 - a) fugir ou tangenciar ao tema proposto;
 - b) apresentar nome, rubrica, assinatura, sinal, marca ou informação não pertinente ao solicitado na prova que possa permitir a identificação do candidato;
 - c) apresentar sinais de uso de corretor de texto ou de caneta marca-texto no cartão resposta para a resposta definitiva;
 - d) estiver faltando parte ou toda a folha que contém o espaço para a resposta definitiva;
 - e) estiver em branco;
 - f) apresentar textos sob forma não articulada verbalmente (apenas com desenhos e palavras soltas ou em versos) ou não for redigida em língua portuguesa, quando não solicitado na questão;
 - g) apresentar letra ilegível e/ou incompreensível;
 - h) apresentar a resposta definitiva fora do espaço reservado para a respectiva questão, bem como inserir a resposta de uma questão no espaço destinado a outra.
7. Será considerado como não escrito o texto ou trecho de texto que:
 - a) estiver rasurado;
 - b) for ilegível ou incompreensível;
 - c) for escrito em língua diferente da portuguesa, quando não solicitado na questão;
 - d) for escrito fora do espaço destinado a resposta definitiva.

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 1

Mulher de 29 anos de idade, previamente diagnosticada com doença celíaca há 3 anos (biópsia duodenal com Marsh IIIb; anti-transglutaminase [tTG-IgA] fortemente positivo à época), retorna à consulta relatando diarreia crônica, perda ponderal de 6 kg em 4 meses, distensão abdominal e fadiga importante. Refere aderência rigorosa à dieta isenta de glúten, confirmada por acompanhamento com nutricionista especializada há 18 meses. Nega uso de AINEs, IBP ou outros fármacos novos. Ao exame físico: emagrecida (IMC 18,2 kg/m²), abdome discretamente distendido, sem massas palpáveis, sem linfonodomegalias.

Exames laboratoriais: Hemoglobina 9,8 g/dL (microcítica), Albumina 2,9 g/dL, tTG-IgA normal, IgA total normal. Nova endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais seriadas evidencia atrofia vilositária persistente (Marsh IIIc). A dosagem de peptídeos imunogênicos de glúten (GIP) na urina foi negativa em duas amostras. Tomografia de abdome com contraste não evidenciou linfonodomegalias mesentéricas nem espessamento parietal focal.

- A) Com base nos dados apresentados, sintetize o raciocínio diagnóstico que diferencia doença celíaca não responsiva de doença celíaca refratária, justificando qual hipótese é mais provável nessa paciente e quais exames complementares são necessários para subclassificá-la definitivamente.
- B) Avalie as opções terapêuticas disponíveis, discutindo o prognóstico e o risco de complicação neoplásica associada.

RASCUNHO DA PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 1

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	

25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 2

Paciente do sexo masculino, 46 anos de idade, etilista de longa data (consumo médio de 100 g de etanol/dia por 20 anos, mantendo uso atual) e tabagista (25 anos-maço, ativo), com história de 4 episódios de pancreatite aguda nos últimos 6 anos, sendo o último há aproximadamente três meses. Procura atendimento por dor abdominal em epigástrio, de piora progressiva há 6 semanas, associada a saciedade precoce, plenitude pós-prandial e vômitos após as refeições. Refere perda ponderal de 8 kg no período e evacuações volumosas, gordurosas e fétidas. Nega icterícia, colúria, acolia fecal, hematêmese ou melena.

Exame físico: emagrecido, anictérico, com abdome globoso com massa palpável e dolorosa em epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal e baço palpável a 2 cm do rebordo costal esquerdo.

Exames laboratoriais:

- Amilase 150 U/L (VR até 100 U/L); lipase 170 U/L (VR até 60 U/L)
- Bilirrubina total 0,8 mg/dL; fosfatase alcalina e GGT normais
- Hemoglobina 10,4 g/dL; plaquetas 128.000/mm³; leucócitos normais
- Glicemia de jejum 192 mg/dL; HbA1c 8,3%
- Elastase fecal-1: 58 mcg/g (VR > 200 mcg/g)
- Albumina 3,1 g/dL (VR 3,5-5 g/dL)

TC de abdome com contraste: pâncreas com atrofia de corpo e cauda, calcificações parenquimatosas difusas, ducto pancreático principal dilatado e de contorno irregular medindo até 8 mm, além de múltiplos cálculos intraductais radiopacos, medindo entre 6 e 9 mm, localizados no corpo pancreático.

Coleção líquida na retrocavidade dos epíplons, bem delimitada, encapsulada, de conteúdo homogêneo e sem componentes sólidos ou detritos necróticos, parede fina, medindo 11 cm, determinando efeito compressivo sobre a parede posterior do estômago. Trajeto da veia esplênica não opacificado em sua porção adjacente à cauda pancreática, com proeminente rede de vasos colaterais perigástricos e no fundo gástrico. Baço aumentado (13,5 cm). Fígado de contornos regulares, sem sinais de hepatopatia crônica.

Endoscopia digestiva alta: varizes gástricas isoladas no fundo, sem varizes esofágicas associadas; sem sinais de sangramento ativo no momento do exame.

- A) Caracterize e classifique a coleção pancreática segundo a Classificação Revisada de Atlanta. Diferencie-a das demais coleções pancreáticas e interprete a alteração vascular associada, estabelecendo a relação entre os achados tomográficos e as varizes gástricas.
- B) Proponha uma estratégia terapêutica inicial e hierarquizada para este paciente, abordando a dor, a coleção pancreática, e a obstrução ductal.

RASCUNHO DA PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 2

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	

15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 3

Homem, 27 anos de idade, procura o ambulatório de gastroenterologia por dispepsia há 2 anos, com piora progressiva. Relata sensação de “comida entalada” no terço médio do tórax pelo menos 1x/mês, necessitando ingerir líquidos para completar a deglutição, além de episódio único de impactação alimentar há 6 meses que exigiu remoção endoscópica de bolo de carne no pronto-socorro. Refere pirose ocasional, mas nega perda ponderal significativa. Antecedentes: rinite alérgica e asma leve desde a infância; pai com “problema para engolir”. Fez uso empírico de omeprazol 20 mg/dia por 8 semanas prescrito pelo clínico geral, sem melhora dos sintomas de disfagia, embora a pirose tenha atenuado.

Exame físico sem alterações relevantes. Exames laboratoriais: hemograma com eosinofilia leve ($600/\text{mm}^3$), demais exames (função renal, hepática, TSH) normais.

Endoscopia digestiva alta evidencia esôfago com anéis concêntricos (“traquealização”), sulcos longitudinais e exsudatos brancos puntiformes em terço médio e distal; sem estenose fixa à passagem do aparelho. Biópsias seriadas de esôfago proximal e distal (4 fragmentos cada) revelam infiltrado eosinofílico de até 32 eos/campo de grande aumento (CGA) em esôfago distal e 28 eos/CGA em esôfago proximal, com microabscessos eosinofílicos e hiperplasia de zona basal. Biópsias gástricas e duodenais são normais.

- A) Com base no quadro clínico, endoscópico e histopatológico, sintetize os diagnósticos diferenciais e justifique o diagnóstico mais provável, discutindo porque a resposta parcial ao IBP não o exclui.
- B) Avalie as opções terapêuticas de primeira linha disponíveis (farmacológicas e dietéticas) para o diagnóstico mais provável, discutindo vantagens e limitações.

RASCUNHO DA PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 3

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	

23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

ESPAÇO PARA RASCUNHO



Segundo a Lei nº 9.610/1998, reproduções de natureza não pedagógicas das questões desta prova estão proibidas.