



## PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025

## Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo A04**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 14 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVest a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVest se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVest. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

## Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

## TABELA DE ABREVIações E VALORES DE REFERência

LISTA DE ABREVIações	VALORES DE REFERência (ADULTOS)
AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto Ca <sup>2+</sup> – Cálcio Cl <sup>-</sup> – Cloro Cr – Creatinina DUM – Data da Última Menstruação ECG – Eletrocardiograma FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória FSH – Hormônio Foliculo Estimulante GGT – Gamaglutamiltransferase HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> – Bicarbonato Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito IAM – Infarto Agudo do Miocárdio IC <sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea irpm – Incursões Respiratórias por Minuto IST – Infecção Sexualmente Transmissível K <sup>+</sup> – Potássio LH – Hormônio Luteinizante mEq – Miliequivalente Mg <sup>2+</sup> – Magnésio mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MMSS – Membros Superiores MV – Murmúrios Vesiculares Na <sup>+</sup> – Sódio PA – Pressão Arterial pCO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Gás Carbônico PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PEP – Profilaxia Pós-Exposição PrEP – Profilaxia Pré-Exposição pO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Oxigênio POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RN – Recém-nascido SpO <sub>2</sub> – Saturação Percutânea de Oxigênio TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Amino transferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Amino transferase TSH – Hormônio Tireo-Estimulante UI – Unidades Internacionais Ur – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL mulheres = 15 a 149 µg/mL Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL mulheres = 50 a 170 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 136 a 145 mEq/L TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL PTH = 10 a 65 pg/mL Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL menopausa = até 5,5 ng/dL LH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 15 a 100 UI/L fase lútea = até 15 UI/L menopausa = acima de 15 UI/L FSH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 12 a 25 UI/L fase lútea = até 12 UI/L menopausa = acima de 30 UI/L Prolactina = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 UI/L Lipase = inferior a 60 UI/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens: 12 a 73 UI/L mulheres = 8 a 41 UI/L Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L mulheres = 35 a 104 UI/L Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm Vitamina D = > 20 ng/mL  Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14% Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm <sup>3</sup> Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup> Eosinófilos = 20 a 420/mm <sup>3</sup> Basófilos = 10 a 80/mm <sup>3</sup> Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm <sup>3</sup> Monócitos = 220 a 730/mm <sup>3</sup> Segmentados = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup> Bastonetes = até 829/mm <sup>3</sup> Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm <sup>3</sup> Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos
<b>VALORES DE REFERência PARA GASOMETRIA ARTERIAL</b>  pH = 7,35 a 7,45 pO <sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg pCO <sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L SpO <sub>2</sub> > 95%	
<b>VALORES DE REFERência DE Hb PARA CRIANÇAS</b>  Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	

**01**

Homem, 58 anos de idade, com doença celíaca há 3 anos, dieta rigorosa, mas mantém diarreia e atrofia vilositária. Em relação ao caso clínico apresentado, qual hipótese deve ser considerada?

- (A) Doença inflamatória intestinal.
- (B) Doença celíaca refratária tipo 2.
- (C) Intolerância à lactose.
- (D) Síndrome do intestino irritável.

**02**

Homem, 52 anos de idade, possui diabetes melito tipo 2 e obesidade, apresenta esteatose hepática em USG de rotina. Enzimas hepáticas normais. Qual deve ser o próximo passo?

- (A) Realizar biópsia hepática para avaliar doença hepática gordurosa não alcoólica.
- (B) Iniciar dieta e exercício e repetir imagem em um ano.
- (C) Calcular FIB-4 para estratificar risco de fibrose.
- (D) Repetir transaminases em 6 meses.

**03**

Homem, 45 anos de idade, IMC de 23 kg/m<sup>2</sup>, esteatose hepática em ultrassonografia e ausência de fatores cardiometabólicos. Nega diabetes. Nega hipotensão. Qual conduta está indicada?

- (A) Diagnóstico de Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD).
- (B) Considerar causa alternativa de esteatose hepática.
- (C) Iniciar semaglutida.
- (D) Avaliar com FIB-4.

**04**

Mulher, 52 anos de idade, com diarreia crônica e história de colecistectomia. Calprotectina e proteína C reativa (PCR) normais. Qual hipótese deve ser considerada?

- (A) Síndrome do intestino irritável – polo diarreico.
- (B) Colite colagenosa.
- (C) Diarreia por ácidos biliares.
- (D) Doença celíaca.

**05**

Paciente de 40 anos de idade, apresenta diarreia há 2 meses, sem sinais de alarme. Médico solicita anti-vinculina e anti-CdtB. Resultado positivo. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

- (A) Diagnóstico confirmado de síndrome do intestino irritável polo diarreico.
- (B) Iniciar corticoterapia.
- (C) Utilizar resultado apenas como complementar ao diagnóstico clínico.
- (D) Solicitar colonoscopia de urgência.

**06**

Paciente, 28 anos de idade, com diagnóstico confirmado de esofagite eosinofílica, apresenta-se assintomático após 14 meses de tratamento com inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose alta. Apesar da ausência de sintomas, conta que é o último a sair da mesa após as refeições. Nova endoscopia com biópsias mostra persistência de infiltrado com 50 eosinófilos por campo de grande aumento. Não há estenoses visíveis nem complicações endoscópicas. Qual deve ser a próxima conduta terapêutica mais apropriada?

- (A) Manter o IBP em dose alta, visto que o paciente está assintomático.
- (B) Associar dieta de exclusão empírica e manter IBP.
- (C) Iniciar corticosteroide tópico, mesmo na ausência de sintomas.
- (D) Suspender o tratamento e reavaliar apenas se houver sintomas.

**07**

Paciente de 35 anos de idade relata pirose e regurgitação há 3 meses, sem sinais de alarme. Qual a melhor conduta inicial?

- (A) Realizar endoscopia digestiva alta imediatamente.
- (B) Iniciar inibidor de bomba de prótons por 8 semanas.
- (C) Solicitar pH-metria esofágica 24h ambulatorial com impedância.
- (D) Realizar manometria esofágica de alta resolução.

**08**

Paciente com esofagite erosiva grau C (Los Angeles) foi tratado por 8 semanas com IBP (inibidor de bomba de prótons). Qual conduta é recomendada após esse período?

- (A) Suspender o IBP se assintomático.
- (B) Manter IBP apenas se houver sintomas.
- (C) Suspender o IBP e iniciar H2-bloqueador.
- (D) Manter IBP em dose de manutenção e repetir endoscopia.

**09**

Homem, 63 anos de idade, sem sintomas gastrointestinais, foi encaminhado após detecção de anemia microcítica (Hb: 11,5 g/dL, VCM: 74 fL) com ferritina de 28 ng/mL. Relata cansaço leve, mas nega perda de peso, sangue nas fezes ou dor abdominal. Não há antecedentes de sangramentos ou uso de Anti-Inflamatórios Não Esteroidais (AINEs). Assinale a alternativa que apresenta a próxima etapa da investigação.

- (A) Solicitar sorologia para doença celíaca.
- (B) Iniciar ferro oral e reavaliar em 3 meses.
- (C) Solicitar endoscopia digestiva alta e colonoscopia no mesmo tempo.
- (D) Avaliar saturação de transferrina antes de prosseguir.

**10**

Paciente de 66 anos de idade, com cirrose e ascite dependente de paracenteses mensais, é avaliado ambulatoriamente. Sem encefalopatia. Função renal preservada. Bilirrubina 2,8 mg/dL. É discutido implante de TIPS. Assinale a alternativa que apresenta uma contraindicação relativa ao procedimento neste caso.

- (A) Paracenteses frequentes.
- (B) Ausência de encefalopatia prévia.
- (C) Bilirrubina 4,2 mg/dL.
- (D) Plaquetopenia leve.



**11**

Paciente, 63 anos de idade, com cirrose descompensada em ascite, é internado por infecção urinária e desenvolve elevação progressiva de creatinina (de 1,1 para 2,5 mg/dL), sem choque ou uso de diuréticos. Sódio urinário < 10 mEq/L. Ausência de melhora após 2 dias de hidratação. Qual a melhor conduta neste caso?

- (A) Diálise.
- (B) Iniciar noradrenalina.
- (C) Iniciar terlipressina e albumina.
- (D) Corticoide intravenoso e antibióticos.



**12**

Mulher, 36 anos de idade, com diagnóstico de retocolite ulcerativa pancolônica há 5 anos, em uso regular de mesalazina oral e retal, procura atendimento por quadro de diarreia aquosa iniciada há cerca de 7 meses, mas com piora na última semana, sem sangue ou muco, associada a cólicas abdominais. Nega febre, vômitos, perda ponderal ou uso recente de antibióticos. Refere boa adesão ao tratamento e remissão clínica há 2 anos. Ao exame físico: sem dor à palpação e sem sinais de desidratação. PCR normal, calprotectina fecal 38 µg/g, PCR para *C. difficile* negativo. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Atividade da retocolite ulcerativa.
- (B) Diarreia funcional.
- (C) Colite colagenosa associada à mesalazina.
- (D) Superinfecção viral aguda.



**13**

Mulher, 50 anos de idade, com colite ulcerativa, pancolite há 12 anos, em tratamento com imunobiológico, sem sintomas no momento. Qual a recomendação quanto à vigilância para câncer colorretal?

- (A) Colonoscopia a cada 5 anos independente do tempo de doença.
- (B) Pesquisa de sangue oculto anual.
- (C) Colonoscopia anual com cromoscopia.
- (D) Colonoscopia a cada 1-3 anos, iniciando 8 anos após o diagnóstico.

**14**

Homem, 38 anos de idade, previamente hígido, realiza exames de rotina que mostram elevação de ALT (145 U/L) e AST (112 U/L), com GGT, fosfatase alcalina e bilirrubinas normais. Está assintomático. Nega uso de álcool, medicamentos ou suplementos. Exame físico normal. Assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais adequada.

- (A) Iniciar ácido ursodesoxicólico empírico até solicitação de novos exames.
- (B) Solicitar sorologias para hepatites virais, ferritina, TSH e autoanticorpos.
- (C) Solicitar elastografia hepática para já afastar cirrose, já que seria um diagnóstico mais grave.
- (D) Solicitar TC de abdome para afastar alterações morfológicas antes de pedir qualquer outro exame.



**15**

Mulher, 27 anos de idade, previamente hígida, procura atendimento por fadiga progressiva, náuseas e leve desconforto abdominal há 3 semanas. Nega febre, uso de medicamentos, álcool ou viagens recentes. Exame físico: icterícia leve, fígado palpável a 2 cm do rebordo costal. Exames laboratoriais: ALT 385 U/L, AST 412 U/L, bilirrubina total 3,2 mg/dL, INR 1,3. Sorologias virais negativas. ANA 1:320 homogêneo, IgG sérica 2.130 mg/dL (elevada). Antimúsculo liso e antimitocôndria não reagentes. Ultrassonografia sem alterações. Qual a conduta mais adequada neste momento?

- (A) Iniciar corticoide empírico e avaliar resposta.
- (B) Solicitar elastografia hepática.
- (C) Confirmar diagnóstico com biópsia hepática.
- (D) Repetir enzimas hepáticas em 4 semanas.



**16**

Homem, 52 anos de idade, com histórico de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) há mais de 10 anos, em uso irregular de inibidor de bomba de prótons, procura avaliação por pirose e regurgitação recorrentes. É submetido à endoscopia digestiva alta, que mostra mucosa salmão acima da linha Z, com biópsia confirmando metaplasia intestinal especializada. Sem displasia. Dentre as alternativas apresentadas, assinale a conduta mais adequada neste caso.

- (A) Alta do seguimento endoscópico por ausência de displasia.
- (B) Repetir endoscopia digestiva alta em 1 ano para confirmação do diagnóstico.
- (C) Realizar vigilância endoscópica a cada 3 anos.
- (D) Iniciar ablação por radiofrequência.

17

Mulher, 35 anos de idade, com dispepsia funcional, realizou tratamento para erradicação de *Helicobacter pylori* há 6 semanas. Ela deseja confirmar se a infecção foi realmente eliminada, mas prefere um método não invasivo e que possa ser realizado sem suspensão de medicações. Sobre a pesquisa de antígeno fecal para *H. pylori*, assinale a alternativa correta.

- (A) O teste de antígeno fecal é pouco sensível e não recomendado para controle pós-tratamento.
- (B) O teste pode ser realizado a qualquer momento após o término do tratamento, sem necessidade de suspender Inibidor de Bomba de Prótons (IBP).
- (C) O teste de antígeno fecal é útil para diagnóstico e controle da erradicação, mas deve ser realizado pelo menos 4 semanas após o término do tratamento e com suspensão de IBP por 2 semanas.
- (D) O teste de antígeno fecal detecta apenas anticorpos, e não proteínas bacterianas.

18

Homem, 50 anos de idade, com história de consumo diário de bebidas alcoólicas há mais de 15 anos, comparece à consulta de *check-up*. Refere ingestão de cerca de 5 latas de cerveja (350 mL cada) por dia, sem sintomas gastrointestinais ou hepáticos no momento. Exame físico revela apenas discreta hepatomegalia. Exames laboratoriais: AST 45 U/L, ALT 38 U/L, GGT 92 U/L. Ultrassonografia mostra esteatose hepática leve. Considerando as diretrizes internacionais, a ingestão de álcool desse paciente pode ser classificada como consumo

- (A) leve, abaixo do limiar de risco.
- (B) moderado, com risco apenas se houver comorbidades hepáticas.
- (C) crônico de alto risco, com risco aumentado para doença hepática e cardiovascular.
- (D) de baixo risco, dentro dos limites aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

19

Homem, 43 anos de idade, em uso de anti-inflamatório não hormonal, há 20 dias, devido à dor lombar, comparece ao pronto-socorro com quadro de melena de aparecimento há 24 horas, associado a dor epigástrica de forte intensidade. Nega doenças pré-existentes. Apresenta FC de 85 bpm e PA de 120×80 mmHg. Exames complementares revelaram Hb de 10 g/dL, plaquetas normais, ureia de 45 mg/dL, creatinina de 1,2 mg/dL e potássio de 5,4 mEq/L. A endoscopia revelou múltiplas úlceras rasas em corpo gástrico e antro, recobertas por hematina (lesão aguda de mucosa gástrica), sem evidências de sangue vivo. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Transfusão de concentrado de hemácias em até 3 horas.
- (B) Reposição volêmica com cristaloides e uso de inibidor de bomba de prótons.
- (C) Reposição volêmica com cristaloides e transfusão de concentrado de hemácias.
- (D) Hemostasia endoscópica nas úlceras.

20

Homem, 62 anos de idade, apresenta disfagia progressiva a sólidos há 6 meses, associado à perda de peso de 8 kg. Não relata refluxo ou dor torácica. Exame físico e laboratoriais são normais. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) mostra esôfago com mucosa íntegra, sem lesões aparentes, porém com evidência de estenose distal moderada, não ultrapassável pelo endoscópio. Manometria esofágica revela ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior e aperistalse distal. Em relação ao quadro apresentado, qual o exame mais indicado para confirmar o diagnóstico e qual a provável doença?

- (A) Esofagograma baritado; diagnóstico provável de acalasia.
- (B) Tomografia computadorizada torácica; diagnóstico provável de carcinoma esofágico.
- (C) pH-metria esofágica de 24 horas; diagnóstico provável de esofagite eosinofílica.
- (D) Biópsia endoscópica da mucosa esofágica; diagnóstico provável de esofagite por refluxo.

21

Homem, 62 anos de idade, assintomático, realiza tomografia abdominal por investigação de dor lombar e é identificado um nódulo pancreático de 2,5 cm no corpo do pâncreas, sem dilatação do ducto pancreático. Exames laboratoriais estão normais, sem elevação de marcadores tumorais. A ressonância magnética com colangiopancreatografia mostra lesão cística com septações finas. Qual é a conduta mais adequada para esse paciente?

- (A) Cirurgia imediata devido alto risco de malignidade.
- (B) Monitoramento clínico e imagem periódica, considerando lesão cística com características benignas.
- (C) Biópsia por punção aspirativa com agulha fina para diagnóstico definitivo.
- (D) Iniciar quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia.

22

Homem, 52 anos de idade, trabalhador rural, apresenta quadro de diarreia crônica, emagrecimento progressivo, febre intermitente, dor articular migratória e sintomas neurológicos recentes como confusão mental e diplopia. Ao exame físico, há linfadenopatia cervical e sinais de má absorção. A endoscopia digestiva alta mostra mucosa duodenal edemaciada. A biópsia revela macrófagos positivos para bacilos PAS positivos. Qual a conduta mais adequada para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento?

- (A) Solicitar sorologia para *Tropheryma whipplei* e iniciar corticoterapia.
- (B) Realizar PCR para *Tropheryma whipplei* em biópsia duodenal e iniciar antibioticoterapia prolongada.
- (C) Iniciar terapia antifúngica empírica e observar resposta clínica.
- (D) Solicitar pesquisa de antígenos fecais e iniciar tratamento com metronidazol.



**23**

Mulher, 22 anos de idade, comparece ao pronto-socorro com queixas de dor torácica e odinofagia. Relata ter ingerido, propositalmente, soda cáustica há cerca de 3 horas. A endoscopia digestiva alta é um exame essencial nestes casos, pois permite identificar e avaliar a extensão e gravidade das lesões no esôfago e estômago auxiliando na identificação de pacientes com maior risco de desenvolver complicações, como estenoses. Entretanto, não é um exame isento de risco. Qual seria o melhor momento para solicitar a endoscopia digestiva alta nesta paciente?

- (A) A endoscopia deve ser feita imediatamente mesmo se houver suspeita de perfuração, pois os achados endoscópicos predizem a profundidade do tecido lesado
- (B) A endoscopia deve ser feita imediatamente pois permite a administração precoce de neutralizadores ácidos evitando assim a perfuração do aparelho digestivo
- (C) A endoscopia digestiva alta só deve ser feita a partir do quinto dia após a ingestão, devido ao menor risco de perfuração neste período.
- (D) A endoscopia deve ser realizada dentro de 12 a 14 horas para a avaliação da extensão do dano e acompanhamento clínico, já que a maioria das estenoses ocorre dentro das primeiras oito semanas.

**24**

Homem, 50 anos de idade, é internado por pancreatite aguda grave por litíase biliar. Evolui com febre persistente e queda do hematócrito no 12º dia de internação, além de aumento progressivo de dor abdominal. TC de abdome contrastada mostra coleção peripancreática heterogênea com gás no interior e densidade sugerindo necrose. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Pseudocisto pancreático.
- (B) Necrose pancreática estéril.
- (C) Necrose pancreática infectada.
- (D) Abscesso subfrênico.

**25**

Homem, 80 anos de idade, apresenta enterorragia há 2 dias. Relata episódio semelhante há 6 meses. Encontra-se lúcido, orientado, com FC de 85 bpm, PA de 100×80 mmHg, Hb de 10 g/dL. Em relação à investigação diagnóstica do quadro deste paciente, é correto afirmar:

- (A) A moléstia diverticular dos cólons é uma causa pouco comum de sangramento em adultos idosos.
- (B) Pacientes com enterorragia sempre devem ser submetidos a colonoscopia para hemostasia endoscópica uma vez que é raro a sua resolução espontânea.
- (C) São considerados fatores preditivos de evolução desfavorável: Idade > 75 anos; Hb <10 g/dL; RNI >2,0.
- (D) A colonoscopia deve ser realizada nas primeiras 6 horas sem necessidade de preparo do cólon.

**26**

Paciente de 34 anos de idade apresenta histórico de fadiga, prurido crônico, níveis elevados de fosfatase alcalina e GGT acima do normal, sem evidência de litíase biliar ou obstrução das vias biliares em exames de imagem. A biópsia hepática revela colestease canalicular crônica e fibrose precoce. A investigação genética mostra heterozigose para variante patogênica no gene ABCB4 (MDR3). Com base nesse contexto, assinale a alternativa correta.

- (A) Esse achado genético sugere que o paciente possui a forma clássica da colestease infra-hepática familiar progressiva tipo Z (PFICZ), caracterizada por GGT normal ou baixo.
- (B) A variante em ABCB4 (MDR3) em adultos pode manifestar-se como colestease com GGT elevado, litíase de colesterol ou cirrose biliar criptogênica.
- (C) A forma típica da colestease intra-hepática familiar progressiva tipo 1 (PFIC1) apresenta GGT elevado e início na vida adulta com prurido leve.
- (D) Em colestaes genéticas com início adulto, a GGT é sempre normal, pois os transportadores canaliculares não afetam a enzima.

**27**

Homem, 70 anos de idade, comparece ao pronto atendimento queixando-se de dor em baixo ventre, de forte intensidade, há 2 dias. Relata, ainda, náuseas e febre não aferida com calafrios. Constipação intestinal há 4 dias. Ao exame físico, apresenta massa palpável, dolorosa à palpação em fossa ilíaca esquerda, com descompressão dolorosa. O diagnóstico provável e a conduta são:

- (A) Apendicite aguda. Videolaparoscopia.
- (B) Diverticulite aguda. Tomografia computadorizada com contraste.
- (C) Diverticulite aguda. Colonoscopia.
- (D) Fecaloma. Colonoscopia.

**28**

Homem, 68 anos de idade, comparece ao pronto-socorro devido a quadro de febre e dor abdominal há 4 dias, associada à anorexia, sem vômitos. Relata ser diabético, fumante e com sobrepeso. Ao exame, encontrava-se febril (38,5 °C). Exames laboratoriais demonstraram leucocitose (15.000/mm³) e PCR > 30 mg/dL. A tomografia evidenciou divertículos em cólon esquerdo com espessamento do cólon sigmoide e borramento da gordura adjacente. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Antibioticoterapia e colonoscopia após 6 a 8 semanas.
- (B) Antibioticoterapia e colonoscopia precoce.
- (C) Retossigmoidectomia com anastomose primária.
- (D) Retossigmoidectomia com colostomia terminal.

**29**

Homem, 58 anos de idade, etilista crônico, comparece ao pronto-socorro com queixa de hematêmese há 36 horas. A endoscopia digestiva revelou cordões varicosos de grosso calibre, com sinais da cor vermelha (hematocistos e vasos sobre vasos), sem sangramento ativo. Qual a conduta mais adequada?

- (A) Iniciar beta-bloqueador não seletivo e programar ligadura elástica das varizes.
- (B) Realizar escleroterapia endoscópica imediatamente, já que é um procedimento melhor que ligadura elástica de varizes na urgência.
- (C) Iniciar terlipressina e transfusão de sangue se Hb < 7 g/dL e, se novo sangramento, considerar procedimento endoscópico.
- (D) Iniciar antibiótico profilático, somatostatina ou octreotida e realizar endoscopia ligadura elástica das varizes.

**30**

Homem, 60 anos de idade, obeso e tabagista, foi internado por diverticulite aguda, Hinchey I, com abscesso pericólico (em sigmoide) de 7 cm. Sabe ser portador de moléstia diverticular difusa. Relata ter tido crise de diverticulite aguda há 1 ano. Recentemente, vem apresentando fecalúria. Este paciente tem indicação cirúrgica devido:

- (A) Já estar no segundo episódio de diverticulite aguda.
- (B) Ser tabagista e relativamente jovem.
- (C) Por causa do tamanho do abscesso pericólico.
- (D) Por causa da fistula colovesical.

**31**

Mulher, 54 anos de idade, é submetida a uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA) para avaliação de sintomas dispépticos. Os achados revelam uma massa polipoide de 1,5 cm no estômago proximal que foi biopsiada. A patologia revela um adenocarcinoma bem diferenciado. O próximo passo mais apropriado nesse caso é:

- (A) Indicar nova endoscopia digestiva alta para realização de mucosectomia.
- (B) Encaminhar a paciente para cirurgia de gastrectomia.
- (C) Realizar ultrassonografia endoscópica para avaliar se houve ressecção total da lesão.
- (D) Solicitar tomografia computadorizada de abdome para estadiamento.

**32**

Paciente de 50 anos de idade com diagnóstico de pancreatite crônica quer saber quais os fatores de risco para pancreatite crônica para os seus filhos. Assinale a alternativa correta.

- (A) O álcool.
- (B) A associação de álcool e tabagismo.
- (C) O fator genético, tabagismo e alcoolismo.
- (D) A associação de fator genético e alcoolismo.

**33**

Mulher, 18 anos de idade, com bulimia nervosa, tem IMC de 15 kg/m<sup>2</sup>. Queixa-se de saciedade precoce e dor abdominal pós-prandial e vômitos duas vezes ao dia. Nos últimos dois meses, foi hospitalizada por esses sintomas e perdeu 2,3 kg. A endoscopia digestiva alta demonstrou raros restos alimentares no estômago. Tratamento com inibidor de bomba de prótons resultou em mínima melhora clínica. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o exame diagnóstico mais útil neste momento.

- (A) Teste respiratório para supercrescimento bacteriano.
- (B) Tomografia computadorizada do abdome.
- (C) Exame de esvaziamento gástrico.
- (D) Manometria esofágica.

**34**

Homem, 40 anos de idade, apresenta diarreia, perda de peso e episódios de erupção bolhosa, notada sobre seu abdome inferior e nádegas. Qual dos seguintes hormônios é responsável por esta lesão?

- (A) Somatostatina.
- (B) Insulina.
- (C) Glucagon.
- (D) Polipeptídeo intestinal vasoativo.

**35**

Homem, 24 anos de idade, sem comorbidades conhecidas, procura atendimento por fadiga, náuseas e icterícia há 2 semanas; exame físico com desorientação e asterixe, sem ascite;

- Exames laboratoriais:
- TGO/AST: 244 U/L
- TGP/ALT: 126 U/L
- Bilirrubina total: 10,2 mg/dL
- INR: 2,4
- Cr: 1,3 mg/dL
- Ceruloplasmina: 10 mg/dL (ref.: 20 a 40 mg/dL)
- Excreção urinária de cobre 24h: 135 µg (ref.: < 40 µg)
- Sorologias virais: negativas

Qual é a conduta diagnóstica mais apropriada para confirmação da suspeita?

- (A) Biópsia hepática com quantificação de cobre.
- (B) RM de crânio para pesquisa de hipersinal nos núcleos da base.
- (C) Dosagem de alfa-1-antitripsina.
- (D) Pesquisa de anel de Kayser-Fleischer com lâmpada de fenda.

**36**

Mulher, 66 anos de idade, diagnosticada com hepatite C crônica (genótipo 3), com carga viral detectável, ALT: 54 U/L, plaquetas 230.000, sem comorbidades, sem sinais de doença hepática avançada; previamente não tratada. Qual a conduta mais apropriada para a paciente apresentada?

- (A) Aguardar queda da carga viral espontaneamente.
- (B) Iniciar sofosbuvir + velpatasvir por 12 semanas.
- (C) Iniciar interferon peguilado + ribavirina por 24 semanas.
- (D) Realizar biópsia hepática antes de decidir tratamento.

**37**

Mulher, 35 anos de idade, natural da zona rural do interior de Minas Gerais, comparece ao ambulatório com queixa de dor abdominal em hipogástrio, alternância entre episódios de diarreia e constipação, além de tenesmo e fezes com muco há cerca de dois meses. Relata, também, sensação de fraqueza e perda de peso de 4 kg no período. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, afebril, com leve dor à palpação profunda do quadrante inferior esquerdo. Hemograma mostra anemia discreta (Hb: 10,9 g/dL) e eosinofilia de 7%. O exame parasitológico de fezes revela presença de ovos com formato de barril e tampões mucosos polares. Qual o agente etiológico mais provável?

- (A) *Enterobius vermicularis*.
- (B) *Trichuris trichiura*.
- (C) *Entamoeba histolytica*.
- (D) *Ancylostoma duodenale*.

**38**

Homem, 35 anos de idade, assintomático, realiza *check-up* com exames que mostram: HBsAg positivo, HBeAg positivo, HBV-DNA 1.500.000 UI/mL, ALT normal. Sorologias para HIV, HCV e HDV são negativas. Ultrassonografia do fígado sem alterações. Qual é a fase mais provável da hepatite B nesse paciente?

- (A) Infecção crônica HBeAg negativa com baixa replicação.
- (B) Hepatite B crônica HBeAg positiva imune ativa.
- (C) Fase imune tolerante da infecção crônica pelo vírus da hepatite B (HBV).
- (D) Hepatite B crônica ativa.

**39**

Homem, 48 anos de idade, com diagnóstico conhecido de hepatite B crônica HBeAg negativa, comparece à consulta com exames: ALT 87 U/L, HBV-DNA 78.000 UI/mL, HBsAg positivo. Elastografia hepática: 12,5 kPa. Qual a melhor conduta terapêutica neste caso?

- (A) Observar e repetir exames em 6 meses.
- (B) Iniciar tenofovir ou entecavir.
- (C) Indicar biópsia hepática para confirmar fibrose.
- (D) Tentar soroconversão com interferon regulado.

**40**

Homem, 65 anos de idade, apresenta queixas de disfagia, inicialmente, para sólidos, tendo evoluído para disfagia a alimentos pastosos, acompanhada de emagrecimento de cerca de 4 kg neste período. Foi submetido à endoscopia digestiva que revelou lesão ulcerada e infiltrativa no terço distal do esôfago que se estende até a cardia e estenosa à luz do órgão. Realizadas biópsias, cujo resultado revelou tratar-se de um adenocarcinoma. Os principais fatores de risco para esta neoplasia são:

- (A) Alto consumo de álcool associado ao tabaco.
- (B) Condições como tilose e síndrome de Plummer-Vinson.
- (C) Esôfago de Barrett.
- (D) Pacientes com histórico de esofagite cáustica de longa data.



RASCUNHO

