



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 15/2019

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO: ENDOSCOPIA

DATA: 15/12/2019

HORÁRIO: das 08 às 10 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✘ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- ✘ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✘ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no cartão-resposta, utilizando caneta esferográfica, tinta preta ou azul, escrita grossa.
- ✘ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o cartão-resposta devidamente ASSINADO e o caderno de questões. A não devolução de qualquer um deles implicará na eliminação do candidato.

01. Em uma gastrectomia videolaparoscópica por provável GIST, a melhor opção de material para fazer parte do arsenal solicitado pelo cirurgião é:
- (A) Pinça laparoscópica bipolar, tesoura seladora, trocarte de 11mm, grampeador circular número 28.
 - (B) Dispositivo de ressecção bipolar por radiofrequência, trocarte de 12mm e grampeador laparoscópico.
 - (C) Grampeador laparoscópico, cargas com poder de penetração variado, trocarte de 12mm e tesoura seladora.
 - (D) Tesoura seladora, trocarte de 11mm e sistema de ligadura de polímero.
 - (E) Pinça laparoscópica monopolar, grampeador linear e pinça Maryland.
02. Mais de 50 tipos de reparos de prolapso retal são descritos na literatura. A maior parte hoje em dia só tem interesse histórico. Dentre as opções abaixo, a que NÃO corrigiria um prolapso retal é:
- (A) Reparo de Ripstein.
 - (B) Procedimento de Wells.
 - (C) Procedimento de Frykman Goldeberg.
 - (D) Procedimento de Altemeier.
 - (E) Procedimento de Bascom.
03. A melhor opção para o tratamento de um empiema pleural seria:
- (A) Na fase aguda e fibrinopurulenta precoce, a toracocentese poderá ser diagnóstica, mas não terapêutica.
 - (B) Toracostomia fechada em selo d'água com dreno número 28 no empiema organizado.
 - (C) Drenagem do empiema loculado por VATS (Video-assisted thoracoscopic surgery).
 - (D) Toracostomia aberta com a ressecção de costela para o empiema agudo e fibrinopurulento.
 - (E) Toracocentese eco-guiada no empiema de necessidade.
04. Seriam vantagens da cirurgia robótica em relação a cirurgia laparoscópicas todas as opções abaixo, EXCETO:
- (A) Substituição da visão tridimensional normal da cirurgia laparoscópica por uma visão bidimensional do campo demonstrado em um monitor;
 - (B) O cirurgião controla uma plataforma de câmara óptica estável, eliminando a dependência de um assistente de câmara;
 - (C) O computador elimina o tremor das mãos e o movimento do equipamento é programável;
 - (D) O console permite uma posição mais ergonômica para o cirurgião;
 - (E) As pinças robóticas possuem articulações próximas à ponta que aumentam os graus de liberdade para atuar de modo mais próximo ao de uma mão humana;
05. Para os tumores benignos do esôfago, o tratamento de eleição para um pólipó esofageano pediculado cervical é:
- (A) Polipectomia endoscópica.
 - (B) Cervicotomia com esofagectomia.
 - (C) Cervicotomia com esofagectomia e esvaziamento linfonodal cervical.
 - (D) Toracosopia por videoendoscopia.
 - (E) Toracotomia com esofagectomia.
06. Dos diagnósticos abaixo, NÃO é causa de Abdome Agudo Perforativo com sítio etiológico o intestino delgado:
- (A) Síndrome de Boerhaave.
 - (B) Tuberculose Intestinal.
 - (C) Doença de Cronh.
 - (D) Febre Tifóide.
 - (E) Diverticulite de Meckel.

07. A lesão iatrogênica de via biliar é uma temida complicação da cirurgia de colecistectomia, promovendo em muitos casos comprometimento a qualidade de vida do paciente e altos custos aos serviços de saúde. Visando preveni-la, algumas estratégias são propostas na técnica de colecistectomia. Das estratégias citadas abaixo, fazem parte da visão crítica de segurança proposta por Strasberg:
- I. Triângulo hepatocístico livre de gorduras e tecido fibrótico;
 - II. Dissecção fundo-cística da vesícula biliar do leito hepático;
 - III. Duas e apenas duas estruturas adentrando na vesícula biliar;
 - IV. Pelo menos um terço da vesícula biliar separada do fígado com exposição da placa cística;
 - V. Identificação do sulco de Rouviere;
 - VI. Identificação do linfonodo de Mascagni.
- (A) I, II e VI.
(B) I, II e IV.
(C) II, V e VI.
(D) I, III e IV.
(E) Todas as estratégias citadas.
08. Sobre a doença diverticular dos cólons, é INCORRETO afirmar:
- (A) Colite isquêmica, câncer colorretal, apendangite epiplóica e doença inflamatória intestinal fazem parte do diagnóstico diferencial da diverticulite aguda.
 - (B) A diverticulite não complicada pode ser tratada com antibioticoterapia via oral, sem a necessidade de internação hospitalar.
 - (C) Abscesso pericólico, peritonite fecal, obstrução intestinal e fístulas com órgãos adjacentes podem fazer parte de uma evolução desfavorável de uma diverticulite aguda.
 - (D) A tomografia de abdome é ferramenta importante para avaliação de gravidade da diverticulite aguda. O tratamento dos pacientes com doença em estágios II e III de Hinchey envolve obrigatoriamente ressecção de seguimento colônico afetado e colostomia terminal.
 - (E) Mesalazina e probióticos podem ser usados como ferramentas na prevenção de novos episódios de diverticulite.
09. No que diz respeito à pyleflebite, pode-se afirmar:
- (A) Diverticulite aguda, apendicite, pancreatite, e doença inflamatória intestinal podem ser causas desta patologia.
 - (B) Os fatores de risco incluem: cirurgias prévias, tabagismo, imunodepressão, discrasias sanguíneas e etilismo.
 - (C) Dentre as complicações pode-se citar abscessos hepáticos, infarto venoso mesentérico, trombose portal crônica e hipertensão portal.
 - (D) É definida como trombose séptica da veia porta ou de seus ramos secundária a infecções intra-abdominais;
 - (E) Todas as alternativas anteriores.
10. Paciente com TC de abdome mostrando lesão em bifurcação dos ductos hepáticos comprometendo mais o ducto direito, sugestivo de Tumor de Klatskin. A classificação, segundo Bismuth é:
- (A) Tipo I.
 - (B) Tipo II.
 - (C) Tipo IIIa.
 - (D) Tipo IIIb.
 - (E) Tipo IV.

11. Lesão cística na transição corpo-caudal do pâncreas. TC mostra padrão em “favo de mel” com cicatriz central. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Cistoadenoma seroso.
 - (B) Cisto adenoma mucinoso.
 - (C) Tumor de Frantz.
 - (D) IMPN.
 - (E) Pseudocisto.
12. Para uma neoplasia maligna pancreática, a opção que NÃO sugere pior prognóstico é:
- (A) CA 19-9 maior que 1000U.
 - (B) Ducto de Wirsung medindo 1,5cm.
 - (C) Linfonodo 18 positivo.
 - (D) Invasão da veia mesentérica de 240 graus de circunferência.
 - (E) Tumor maior que 5cm.
13. Paciente gestante, 24 semanas, G2P1A0, sem histórico familiar para câncer de mama, queixa presença de nodulação com crescimento rápido em quadrante supero lateral (QSL) de mama esquerda, com evolução de dois meses. Ao exame físico, lesão endurecida, fixa aos planos adjacentes medindo cerca de 5 cm, sem sinais flogísticos. Axila e descarga papilar negativas. Exame de ultrassonografia revelou nódulo sólido irregular de 4,5 cm em QSL esquerdo. Realizou Core Biopsy, cujo histopatológico revelou células gigantes multinucleadas de corpo estranho. Das opções a seguir, a que representa o possível diagnóstico é:
- (A) Mastite granulomatosa idiopática.
 - (B) Mastite tuberculosa.
 - (C) Neoplasia maligna mamaria.
 - (D) Neoplasia benigna mamaria.
 - (E) Abscesso mamário.
14. Sobre o consentimento livre e esclarecido em cirurgias, analise as afirmações:
- I. É um documento obrigatório por lei apenas para as intervenções e procedimentos de urgência;
 - II. É um documento de proteção a autonomia exclusiva do médico;
 - III. A finalidade é esclarecer o paciente a respeito do procedimento a que será submetido.
- São afirmações CORRETAS:
- (A) I e II.
 - (B) I e III.
 - (C) Somente a I.
 - (D) Somente a II.
 - (E) Somente a III.
15. São objetivos do “Programa cirurgia segura salva vidas” desenvolvida pela OMS, EXCETO:
- (A) Usar de maneira sistemática métodos para prevenção de infecção do sítio cirúrgico;
 - (B) Investir em utilização de altas tecnologias, pois para garantir uma cirurgia segura necessita de infraestrutura moderna;
 - (C) Estabelecer vigilância de rotina e mensuração da assistência segura, pois só avalia quem mede os resultados;
 - (D) Promoção de anestesia segura, pois complicações nesta área ainda representam causa substancial de morte durante os procedimentos cirúrgicos;
 - (E) Identificar corretamente o paciente e demarcar a lateralidade do sítio cirúrgico.

16. Referente à obesidade, é CORRETO afirmar:
- (A) A cirurgia bariátrica deve ser considerada para todos os pacientes com índice de massa corpórea ≥ 35 kg/m².
 - (B) Indivíduos com normal, porém com aumento da circunferência abdominal, são considerados obesos viscerais e devem ser tratados com terapia medicamentosa.
 - (C) O tratamento com sibutramina é especialmente recomendado para pacientes obesos com doença arterial coronariana ou doença cerebrovascular, com ou sem diabetes tipo 2.
 - (D) Mulheres obesas tem risco aumentado para o desenvolvimento de câncer do endométrio e câncer de mama após a menopausa.
 - (E) A genética é importante, mas não determinante na origem da obesidade.
17. Uma mulher de 40 anos, advogada, deu entrada no Pronto Socorro com tontura, fraqueza e câibras. Referia fadiga e perda de 4Kg nos últimos 3 meses. Sua P.A. era 90x50mmHg (deitada) e 60x70mmHg (sentada). Apresentava hiperpigmentação das superfícies extensoras de membros superiores e mucosa oral. O sódio era 109mmol/L e o potássio 5,2mmol/L. Não havia história familiar de Doença de Addison ou outras desordens autoimunes. A conduta nesse momento é:
- (A) Realizar um teste de estímulo com ACTH.
 - (B) Medir cortisol sérico, ACTH, aldosterona e renina e administrar prednisona oral.
 - (C) Coletar sangue para dosagem de cortisol, ACTH, aldosterona e renina, se possível, e administrar hidrocortisona IV + solução salina.
 - (D) Administrar altas doses de dexametasona, adiando os exames laboratoriais.
 - (E) Fazer *screening* para outras doenças autoimunes.
18. Um norte-americano negro de 50 anos tem Insuficiência renal crônica terminal secundária a Hipertensão arterial não controlada de longa data, estando em hemodiálise há 2 anos. A avaliação pré-transplante renal mostrou uma importante história familiar de Diabetes Mellitus tipo 2. O paciente tem I.M.C. = 35Kg/m² e uma glicemia em jejum = 105mg/dl. A informação que NÃO é um fator de risco para Diabetes Mellitus pós-transplante é:
- (A) História familiar de Diabetes Mellitus tipo 2.
 - (B) Estar em hemodiálise.
 - (C) Apresentar IMC=35Kg/m².
 - (D) Ter uma glicemia em jejum de 105mg%.
 - (E) Ser afro-americano.
19. Uma mulher de 28 anos se apresentou com amenorreia secundária, galactorréia e cefaléia. Trazia uma prolactina de 3204ng/ml (n=10-25) e uma Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de sela túrcica mostrando massa selar de 3cm, com extensão para seios cavernosos e inferiormente para o clivus. Foi medicada com cabergolina 2mg/semana com queda gradual da prolactina até 45ng/ml. Uma RNM realizada 3 meses depois demonstrou redução de 50% do tumor. Três meses depois a PRL chegou a 18ng/ml, a menstruação se restabeleceu e a galactorréia cessou. Durante o tratamento a paciente notou congestão nasal e aumento considerável da rinorréia. A sua conduta para o caso é:
- (A) Trocar a cabergolina por bromocriptina
 - (B) Iniciar oximetazolina por spray nasal
 - (C) Iniciar pseudoefedrina
 - (D) Dosar Beta 2 transferrina no líquido nasal
 - (E) Aumentar a dose de cabergolina

20. Nos casos de Bronquiectasias por Discinesia ciliar são procedimentos a serem observados, no manejo diagnóstico e/ou terapêutico, EXCETO:
- (A) Monitorização auditiva.
 - (B) Avaliação cardíaca (malformações).
 - (C) Deficiência de alfa-1 antitripsina.
 - (D) Orientações para dificuldade de concepção.
 - (E) Técnicas de clearance mucociliar.
21. Em relação ao manejo de exacerbações na DPOC (GOLD 2019), é INCORRETO afirmar:
- (A) Os corticoides sistêmicos podem melhorar a função pulmonar (VEF1), a oxigenação e encurtar o tempo de duração da hospitalização.
 - (B) A exacerbação é definida como piora dos sintomas respiratórios, requerendo terapia adicional.
 - (C) A ventilação mecânica invasiva é a ventilação de escolha inicial a ser utilizada em pacientes com DPOC com insuficiência respiratória e exacerbação, desde que não haja contraindicação absoluta.
 - (D) Os antibióticos quando indicados, podem encurtar o tempo de recuperação, o tratamento da insuficiência respiratória e a duração da hospitalização. O tempo de tratamento seria de 5-7 dias
 - (E) Os beta-2 de curta ação inalados, com ou sem anticolinérgicos de curta ação, são recomendados como broncodilatadores iniciais para o tratamento de uma exacerbação aguda.
22. Em pacientes com PPD igual ou > 5mm ou IGRA positivo está indicado o tratamento de infecção latente (ILTB), EXCETO:
- (A) Em pré-transplante que fará uso de terapia imunossupressora.
 - (B) Em pacientes que continuarão a usar biológicos, após nove meses de quimioprofilaxia com INH.
 - (C) Em pessoas com 50 anos ou mais, recomenda-se o tratamento da ILTB com a rifampicina.
 - (D) Uso de inibidores TNF-alfa (preferencialmente antes de sua utilização).
 - (E) Uso de corticosteroide (equivalente a > 15 mg/dia de prednisona por mais de 1 mês).
23. Em relação aos portadores de Fibrose Pulmonar Idiopática, é INCORRETO afirmar:
- (A) A maioria dos pacientes têm antecedente de tabagismo.
 - (B) A relação homem/mulher é de 2:1.
 - (C) A espirometria nos casos mais avançados revela um distúrbio restritivo com fluxos supranormais.
 - (D) O padrão tomográfico em vidro fosco é o mais característico para o diagnóstico.
 - (E) O padrão histopatológico é de Pneumonia Intersticial Usual (PIU), com predomínio paraseptal e subpleural, áreas de fibrose e faveolamento.
24. Mulher, 28 anos, com história de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo aos 19 anos, procura atendimento médico porque deseja engravidar. Na época da trombose fazia uso de anticoncepcional oral combinado. No momento, a paciente não está em uso de anticoagulante. A orientação CORRETA é:
- (A) Iniciar imediatamente anticoagulação com antagonista de vitamina K e quando houver o diagnóstico de gestação fazer a transição para heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica.
 - (B) Iniciar imediatamente anticoagulação com heparina de baixo peso molecular em dose profilática e quando houver o diagnóstico de gestação aumentar a dose terapêutica.
 - (C) Orientar o início de heparina de baixo peso molecular em dose profilática assim que o houver o diagnóstico de gestação.
 - (D) Orientar o início de Rivaroxabana em dose profilática assim que houver o diagnóstico de gestação.
 - (E) Anticoagulação profilática durante a gestação só estará indicada se a paciente apresentar alguma trombofilia, como mutação do fator V de Leiden, deficiência de proteína S, deficiência de proteína C, deficiência de antitrombina ou síndrome do anticorpo antifosfolípido.

25. Homem, 75 anos, assintomático, em avaliação de rotina apresenta o seguinte hemograma: Hemoglobina: 13,3 g/dl; VCM: 87 fl; Leucócitos 50.000/ mm³ (segmentados: 10%; eosinófilos: 1%; linfócitos: 88%; monócitos: 1%) Plaquetas 170 mil/ mm³. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Leucemia Linfóide Aguda.
 - (B) Leucemia Mieloide Aguda.
 - (C) Leucemia Linfocítica Crônica.
 - (D) Leucemia Mieloide Crônica.
 - (E) Linfoma Não Hodgkin.
26. Mulher, 60 anos, referindo cansaço de início há 3 meses, evoluindo nas últimas semanas com sensação de formigamento em pés e pernas e dificuldade de deambular. Ao exame físico, há palidez cutânea e leve icterícia e não há visceromegalias. Hemoglobina: 6,4 g/dl; VCM: 112 fl; com macrovalócitos; Leucócitos 2000/ mm³ (segmentados: 75%; linfócitos: 20%; monócitos: 5%); Plaquetas 70 mil/ mm³; Reticulócitos = 20.000 (VR: 25.000 -75.000/mm³). Com base no quadro clínico e laboratorial, o diagnóstico mais provável é:
- (A) Anemia por deficiência de vitamina B12.
 - (B) Anemia por deficiência de ácido fólico.
 - (C) Anemia Aplásica.
 - (D) Hemoglobinúria Paroxística Noturna.
 - (E) Anemia Sideroblática.
27. São condições predisponentes à nefrourolitíase múltipla, EXCETO:
- (A) hiperoxalúria.
 - (B) hipercalcúria.
 - (C) hipercitratúria.
 - (D) hiperuricosúria.
 - (E) cistinúria.
28. Com relação ao tratamento tópico das lesões cutâneas no lupus eritematoso sistêmico que é feito inicialmente com corticosteroides tópicos, pode-se afirmar:
- (A) A escolha do corticoide tópico não leva em conta a localização e o tipo de lesão.
 - (B) Na maioria dos casos inicia-se utilizando preparados fluorados mais potentes.
 - (C) As preparações de maior potência, inclusive triancinolona acetônida ou valerato de betametasona são usadas comumente para tratar lesões em face.
 - (D) Aparentemente, os cremes são mais eficazes que as loções e as pomadas são úteis para as áreas pilosas.
 - (E) No tratamento de lesões faciais, o uso de corticoides fluorados deve ser limitado a duas semanas, em vista da preocupação de que cause efeitos colaterais, inclusive atrofia cutânea, estrias, despigmentação e telangiectasias.
29. Isoladamente, nenhum exame laboratorial ou teste confirma o diagnóstico de esclerose sistêmica. Esse diagnóstico é firmado com base na história clínica detalhada e no exame físico completo. Em pacientes com alterações cutâneas difusas, doença pulmonar intersticial e prognóstico global desfavorável geralmente encontramos títulos positivos de:
- (A) anticorpo antientromero.
 - (B) anti DNA nativo.
 - (C) antitopoisomerase I (anti Scl70).
 - (D) anti Jo1.
 - (E) anti histona.

30. Nas síndromes coronarianas agudas, pode-se afirmar:
- (A) O teste ergométrico pode ser útil nos pacientes que evoluíram sem dor e sem alteração dos marcadores de necrose miocárdica.
 - (B) Elevação do segmento ST em aVR sugere espasmo coronariano.
 - (C) Desvios dinâmicos do segmento ST não tem importância no diagnóstico.
 - (D) Dois terços dos pacientes podem apresentar-se sem dor torácica.
 - (E) A creatinina sérica não tem importância na determinação do risco já que não é um marcador de necrose miocárdica.
31. Nas complicações do infarto agudo do miocárdio com supra de ST, é CORRETO afirmar:
- (A) A isquemia recorrente pós-trombólise é mais prevalente que no infarto do miocárdio sem supra de ST.
 - (B) A bradicardia sinusal é mais comum nos infartos anteriores.
 - (C) Hipotensão não responsiva a fluidos tem a disfunção ventricular como um provável diagnóstico.
 - (D) Ruptura de músculo papilar ou septo interventricular é frequente e não tem implicações prognósticas.
 - (E) As pericardites não são clinicamente significantes.
32. No tratamento da hipertensão arterial sistêmica pode-se afirmar:
- (A) Em pacientes com níveis pressóricos acima de 160/100 mmHg, independente do risco cardiovascular, deve ser iniciado terapia com drogas.
 - (B) Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) não tem ação nos portadores de renina baixa.
 - (C) A associação de inibidores diretos da renina e inibidores da ECA é vantajoso nos diabéticos.
 - (D) Os bloqueadores de cálcio não tem ação na raça negra.
 - (E) Os diuréticos de alça devem ser evitados nos portadores de insuficiência renal.
33. São sinais clínicos que indicam colangite severa e compõem a pêntade de Reynolds, EXCETO:
- (A) Febre com calafrios.
 - (B) Cianose de extremidades.
 - (C) Icterícia de pele e escleras.
 - (D) Confusão mental.
 - (E) Hipotensão arterial.
34. Paciente 65 anos, internado há cerca de 10 dias para tratamento de pneumonia, evolui há 2 dias com quadro de dor abdominal, febre e diarreia líquida. A hipótese diagnóstica mais provável para o caso é:
- (A) Colite amebiana.
 - (B) Colite actínica.
 - (C) Colite pseudomembranosa.
 - (D) Neoplasia de cólon.
 - (E) Colite por anti-inflamatórios.
35. Em relação ao exame de tempo de trânsito colônico, é CORRETO afirmar:
- (A) É utilizado rotineiramente para o *screening* de câncer colorretal.
 - (B) Tem como finalidade a detecção de alterações inflamatórias do intestino delgado.
 - (C) Para sua realização, contraste baritado e ar são injetados por via retal.
 - (D) Está contraindicado para pacientes intolerantes ao manitol.
 - (E) Tem duração de 7 dias e auxilia no diagnóstico de inércia colônica.

36. O tratamento de inicial na doença de Crohn perianal é:
- (A) A exploração cirúrgica da região perianal, com drenagem de abscessos e colocação de sedenhos nas fístulas.
 - (B) A realização de colostomia à Hartmann, com posterior reconstrução do trânsito intestinal após cicatrização completa das fístulas perianais.
 - (C) O uso pré-operatório de anti-TNF alfa associado a azatioprina por pelo menos 6 meses antes de qualquer intervenção cirúrgica.
 - (D) O amplo desbridamento da região perianal, com posterior cicatrização por segunda intenção.
 - (E) A aplicação tópica de cremes à base de neomicina, mesalazina e hidrocortisona, por pelo menos 12 meses.
37. Paciente de 30 anos é admitido no pronto-atendimento após ingestão intencional de 30 comprimidos de paracetamol. O antídoto adequado para a intoxicação exógena deste caso é:
- (A) Naloxona
 - (B) Atropina
 - (C) Flumazenil
 - (D) Protamina
 - (E) N-acetilcisteína
38. Em relação ao desenvolvimento e maturação da microbiota intestinal, é CORRETO afirmar:
- (A) O uso de antibióticos na infância é altamente benéfico, pois evita o contato de bactérias patogênicas com a microbiota intestinal ainda em desenvolvimento.
 - (B) A maior parte da microbiota intestinal se desenvolve no intestino fetal, antes do parto.
 - (C) Existem diferenças na composição da microbiota intestinal quando se compara crianças que nasceram de parto normal com aquelas nascidas de parto cesariano.
 - (D) Tendo em vista os efeitos benéficos dos probióticos na modulação da microbiota intestinal, seu uso deve ser estimulado desde o nascimento, em adição ao aleitamento materno.
 - (E) O padrão de alimentação da criança não interfere na composição da microbiota intestinal, tendo em vista que tal composição já está bem estabelecida desde o nascimento.
39. Em relação ao esôfago de Barrett, é CORRETO afirmar:
- (A) Quanto maior a extensão do esôfago de Barrett, maior a sintomatologia do paciente.
 - (B) O esôfago de Barrett é lesão precursora do carcinoma espinocelular do esôfago.
 - (C) Pacientes portadores de *H. pylori* tem maior risco de desenvolver esôfago de Barrett.
 - (D) Pacientes com esôfago de Barrett sem displasia devem ser incluídos em programa de vigilância endoscópica, com exames realizados a cada 3 a 5 anos.
 - (E) O esôfago de Barrett é totalmente reversível se o inibidor da bomba de prótons for utilizado de forma contínua por mais de 2 anos.
40. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para hepatite C e coinfeções, o critério de inclusão atual para o tratamento do vírus da hepatite C (HCV) é:
- (A) Todos os pacientes com fibrose hepática METAVIR F3 ou F4, confirmada por biópsia.
 - (B) Todos os pacientes com fibrose hepática METAVIR F2, F3 ou F4, confirmada por biópsia ou elastografia.
 - (C) Todos os pacientes com FIB4 > 3,25 ou APRI > 1,5.
 - (D) Todos os pacientes coinfectados com HIV ou HBV.
 - (E) Todos os pacientes com diagnóstico de infecção pelo HCV.

41. A manifestação neurológica considera evento adverso grave ao uso de natalizumabe é:
- (A) Doença de Creutzfeldt-Jakob.
 - (B) Meningoencefalite fúngica.
 - (C) Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
 - (D) Esclerose lateral amiotrófica.
 - (E) Linfoma difuso de grandes células B.
42. O estudo VARSITY foi recentemente publicado no *New England Journal of Medicine*, sendo considerado um marco nos estudos sobre o tratamento das doenças inflamatórias intestinais (DII). O objetivo deste estudo foi:
- (A) Avaliar a eficácia do golimumabe em pacientes com doença de Crohn.
 - (B) Estudar o efeito da terapia de células tronco em pacientes com colite ulcerativa.
 - (C) Comparar o infliximabe com o ustequinumabe em pacientes com doença de Crohn.
 - (D) Comparar o adalimumabe com o vedolizumabe em pacientes com colite ulcerativa.
 - (E) Relatar os resultados de 1000 casos de transplante fecal em pacientes com DII.
43. O divertículo originado do fechamento incompleto do ducto vitelínico é:
- (A) Meckel.
 - (B) Zenker.
 - (C) Kommerell.
 - (D) Hutch.
 - (E) Killian-Jamieson.
44. Dentre as opções abaixo, a droga antiviral indicada no atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde para o tratamento da hepatite B é:
- (A) Lamivudina
 - (B) Adefovir
 - (C) Efavirenz
 - (D) Entecavir
 - (E) Sofosbuvir
45. São drogas antivirais indicadas para uso no atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para hepatite C e coinfeções, EXCETO:
- (A) Daclatasvir.
 - (B) Simeprevir.
 - (C) Ribavirina.
 - (D) Glecaprevir.
 - (E) Lepipasvir.
46. Segundo a *European Crohn's and Colitis Organisation*, são indicações do uso de isoniazida profilática em pacientes com doenças inflamatórias intestinais que iniciarão terapia imunossupressora com anti-TNF alfa, EXCETO:
- (A) Teste tuberculínico ≥ 5 mm.
 - (B) Radiografia de tórax com nódulo calcificado > 5 mm.
 - (C) Exposição prolongada e recente à familiar com tuberculose.
 - (D) Não uso de vacina BCG na infância.
 - (E) *Interferon-gamma release assay* (IGRA) positivo.

47. São indicações de uso de albumina endovenosa, EXCETO:
- (A) Paracentese em ascite de grande volume (retirada superior à 5 litros).
 - (B) Peritonite bacteriana espontânea.
 - (C) Síndrome hepatorenal.
 - (D) Preenchimento da bomba de circulação extracorpórea (CEC) nas cirurgias cardíacas.
 - (E) Síndrome nefrótica.
48. Segundo o consenso sobre cirurgias na doença de Crohn, da *European Crohn's and Colitis Organisation*, a afirmação INCORRETA é:
- (A) A perfuração intestinal com peritonite e a hemorragia maciça que não responde a outras terapias são indicações para cirurgia de emergência.
 - (B) Tendo em vista o alto risco de sepse, as tiopurinas devem ser descontinuadas pelo menos três meses antes do procedimento cirúrgico e reiniciadas após três meses.
 - (C) A semi-oclusão intestinal deve ser tratada inicialmente com medidas conservadoras. Nos casos que não respondem ao tratamento clínico, a cirurgia pode ser programada após a otimização clínica e nutricional do paciente.
 - (D) O abscesso intra-abdominal deve ser tratado inicialmente com antibióticos e/ou drenagem percutânea. A cirurgia de emergência só é indicada se não houver resposta ao tratamento clínico ou a drenagem percutânea não for viável.
 - (E) Pacientes com doença de Crohn que necessitam de cirurgia apresentam maior risco de tromboembolismo venoso e medidas de profilaxia devem ser consideradas, a menos que contraindicadas.
49. Segundo o consenso sobre cirurgias na doença de Crohn, da *European Crohn's and Colitis Organisation*, são fatores de risco que predisõem o paciente a realizar um procedimento cirúrgico, EXCETO:
- (A) Idade jovem.
 - (B) Tabagismo atual.
 - (C) Uso de tiopurina.
 - (D) Doença em jejuno.
 - (E) Comportamento estenosante.
50. Segundo o consenso sobre cirurgias na doença de Crohn, da *European Crohn's and Colitis Organisation*, o tratamento de escolha de uma estenose do cólon é:
- (A) Dilatação endoscópica com balão.
 - (B) Injeção intralesional de infliximabe.
 - (C) Colocação de *stent* endoscópico.
 - (D) Colectomia total com ileostomia definitiva.
 - (E) Estenoplastia do segmento acometido.