

**Concurso Público para provimento de cargos de  
Médico - Nível III (Grau A) - Residência Médica  
Endoscopia**

Nome do Candidato

Caderno de Prova '12', Tipo 001

Nº de Inscrição

MODELO

Nº do Caderno

MODELO1

Nº do Documento

0000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

00001-0001-0001

**P R O V A****Conhecimentos Gerais  
Conhecimentos Específicos  
Dissertativa****INSTRUÇÕES**

- Verifique se este caderno:
  - corresponde a sua opção de cargo.
  - contém 40 questões, numeradas de 1 a 40.
  - contém a proposta e espaços para rascunho e transcrição definitiva das três questões dissertativas.Caso contrário, reclame ao fiscal da sala um outro caderno.  
Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta certa.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

**VOCÊ DEVE**

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A,B,C,D,E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, conforme o exemplo: (A) ● (C) (D) (E)
- Ler o que se pede na Prova Dissertativa e utilizar, se necessário, o espaço para rascunho.

**ATENÇÃO**

- Marque as respostas primeiro a lápis e depois cubra com caneta esferográfica de material transparente de tinta preta.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de máquina calculadora.
- Em hipótese alguma os rascunhos das questões da Prova Dissertativa serão corrigidos.
- A duração da prova é de 5 horas para responder a todas as questões objetivas, preencher a Folha de Respostas e responder a Prova Dissertativa (rascunho e transcrição).
- Ao término da prova, chame o fiscal da sala e devolva todo o material recebido.
- Proibida a divulgação ou impressão parcial ou total da presente prova. Direitos Reservados.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

1. Em relação às instituições públicas, é correto afirmar:
- (A) Uma organização é considerada moderna se é capaz de usar o conhecimento para desenvolver e oferecer novos produtos e serviços, dentro de espírito inovador e criativo.
  - (B) Um ambiente de trabalho moderno é bastante rígido, proporciona disciplina, impermeabiliza procedimentos já existentes dentro da organização e evita inovações que desestabilizem a rotina.
  - (C) O fornecimento de informações aos cidadãos é essencialmente seletivo, para que eles não influenciem significativamente as decisões políticoadministrativas.
  - (D) A política de capacitação de servidores públicos prescinde de ferramentas de informática e uso das tecnologias da informação.
  - (E) O compartilhamento de conhecimento e informação na gestão pública será incluído como prioridade apenas em políticas de gestão do conhecimento futuras.
- 
2. No momento em que o Governo avalia o desempenho de suas organizações e de seus servidores por metas ou objetivos alcançados, ele está avaliando a gestão pública por meio
- (A) da eficiência.
  - (B) da eficácia.
  - (C) da efetividade.
  - (D) da qualidade.
  - (E) do custo.
- 
3. De uma maneira geral, as competências gerenciais são classificadas em três categorias: conhecimentos, habilidades e atitudes. Essas categorias são necessárias para ocupar um cargo de gerente e dependem do nível hierárquico do cargo, das tarefas a serem desenvolvidas pelo gerente e do tipo de organização, entre outros fatores. A relação correta entre habilidades e nível hierárquico é:
- (A) Quanto mais alto o nível hierárquico do cargo a ser ocupado, mais habilidades técnicas serão requeridas.
  - (B) Em cargos de gerências táticas e intermediárias são requeridas com maior intensidade as chamadas habilidades e atitudes.
  - (C) Em cargos com características operacionais são requeridas maiores habilidades técnicas como principal condição desse gerenciamento.
  - (D) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades atitudinais serão requeridas.
  - (E) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades conceituais serão requeridas.
- 
4. O Brasil é um Estado organizado de forma Federativa. Isto significa que as atribuições inerentes aos poderes executivo, legislativo e judiciário são divididas em duas esferas de atuação: a Federal (União) e a Estadual. Em relação a essas esferas, é INCORRETO afirmar que
- (A) a cúpula dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário formam o núcleo estratégico do Estado.
  - (B) aos Estados e Municípios são atribuídas as ações de caráter local.
  - (C) a Constituição da União e as leis federais determinam o escopo e o alcance das constituições dos Estados Federados.
  - (D) o critério de divisão de poderes entre União e Estados membros é, ao mesmo tempo, funcional e territorial.
  - (E) os Estados têm total autonomia para formulação e aplicação de suas políticas, independentemente do poder central.
- 
5. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) consta que: “são significativos os fatores externos decorrentes do desenvolvimento do capital humano sob a perspectiva do Ciclo de Vida. Ao mesmo tempo em que uma população saudável e bem nutrida influencia positivamente os indicadores educacionais, o investimento em educação tem reflexos positivos sobre os indicadores de saúde”.
- Dentre outras, são ações propostas no PMDI:
- (A) adoção de perspectiva integrada de desenvolvimento do capital humano; salto de qualidade no ensino e ampliação da escolaridade da população jovem mineira, orientada por padrões internacionais (OCDE); superação da pobreza crônica das novas gerações; protagonismo juvenil e capacitação para o trabalho.
  - (B) aumento do número de escolas e hospitais de atendimento público; aumento de ambulatórios setoriais ou regionais; aumento do número de vagas para médicos no atendimento público.
  - (C) adoção de qualidade no ensino e no atendimento público em todos os órgãos destinados à população; superação da pobreza crônica e capacitação para o trabalho.
  - (D) superação da pobreza crônica; elaboração de programas materno-infantil e de adolescentes para diminuir a mortalidade infantil; construções de escola de nível médio e de ensino superior.
  - (E) construções de redes de hospitais de atendimento público; implantação em todo o estado mineiro do Programa de Saúde do Trabalhador; Construção de Escolas Públicas para aumentar o número de vagas disponíveis e capacitação para o trabalho.



6. É VETADO ao Funcionário Público
- (A) facilitar as atividades de fiscalização pelos órgãos de controle.
  - (B) observar os princípios e valores da Ética Pública.
  - (C) divulgar e informar a todos os integrantes de sua classe sobre a existência de Código de Conduta Ética.
  - (D) utilizar-se do cargo, emprego ou função para obter qualquer favorecimento para si ou outrem.
  - (E) apresentar-se ao trabalho com vestimentas adequadas ao exercício da função.
- 
7. Dentre as características das organizações públicas modernas, nas quais o conhecimento é valorizado, encontra-se
- (A) coordenação centralizada de tarefas.
  - (B) predomínio do trabalho individual.
  - (C) transmissão do conhecimento coletivo, de preferência, em forma de documentos impressos.
  - (D) o servidor-polivalente e inovador.
  - (E) diminuição do poder dos usuários dos serviços dessas empresas.
- 
8. Segundo seu delineamento, em um estudo de
- (A) *coorte*, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (B) caso-controle, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (C) prevalência, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (D) caso-controle, o risco da doença não é medido diretamente.
  - (E) caso-controle e de prevalência, o risco da doença é medido diretamente.
- 
9. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe
- (A) que as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde do país sejam homogeneizadas e contempladas dentro de um documento igual para todos os estados.
  - (B) que a esfera federal de gestão realize todo o planejamento e a regionalização das ações fique a cargo dos estados e municípios.
  - (C) que cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) realize o seu planejamento.
  - (D) instrumentos de planejamento de centralização: Plano Diretor, Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).
  - (E) Plano Federal Bienal de Saúde, instrumento básico que norteia a Programação Bienal das ações e serviços de saúde prestados.
- 
10. Sobre os modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar que
- (A) se fundamentam em regionalização, integralização e terceirização dos serviços.
  - (B) cada doença tem um nível de atenção à saúde (primária, média complexidade e alta complexidade) predeterminado.
  - (C) se fundamentam em regionalização e integração dos serviços interfederativos.
  - (D) foram implantados com vistas ao atendimento das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).
  - (E) os serviços de atenção primária são as únicas portas de entrada no sistema SUS.



- 
11. O projeto de vigilância em saúde (Vigisus) é
- (A) voltado à redução de mortalidade por doenças transmissíveis e não abrange a exposição a fatores de risco associados com a saúde.
  - (B) composto de duas fases: Vigisus I (1999 a 2004) para Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigisus II (2005-2013) para Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.
  - (C) destinado à redução da mortalidade e da morbidade de doenças transmissíveis, mas não abrange as doenças não transmissíveis.
  - (D) executado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Fundação Nacional de Saúde, sendo financiado pelo Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento.
  - (E) direcionado para serviços de saneamento em grandes aglomerados urbanos e, por isso, não inclui a saúde de povos indígenas e quilombolas.
- 
12. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições,
- (A) o controle e a fiscalização do serviço de internação e atendimento ambulatorial, não abrangendo a execução da política de sangue e seus derivados.
  - (B) a fiscalização e inspeção de alimentos quanto à qualidade sanitária, sem abranger a vigilância nutricional e a orientação alimentar.
  - (C) a participação na formulação da política de saúde pública, não incluindo a execução de ações de saneamento básico.
  - (D) a participação no controle e formulação da política de medicamentos, excetuando a participação na produção de insumos de interesse para a saúde.
  - (E) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
- 
13. O controle social no Sistema Único de Saúde
- (A) diminuiu após a Norma Operacional Básica (NOB 1/96), desde que esta redefiniu vínculos de serviços com seus usuários.
  - (B) está contemplado em um dos blocos de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde.
  - (C) está previsto somente para serviços públicos de assistência à saúde.
  - (D) pressupõe ações dos usuários sobre serviços, exclusivamente, da iniciativa privada.
  - (E) requer financiamento do próprio usuário.
- 
14. A educação em saúde, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) é o objetivo de um Programa destinado a capacitar trabalhadores da saúde para a utilização adequada de equipamentos usados em serviços de saúde.
  - (B) está prevista em legislação, mas ainda não existe uma secretaria de gestão relacionada a essa área.
  - (C) restringe-se a um compromisso de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores da saúde.
  - (D) refere-se à qualificação de trabalhadores da saúde e, ainda, à promoção de hábitos saudáveis aos usuários do SUS.
  - (E) prevê atividades exclusivas dos trabalhadores da saúde para atendimento da população.
- 
15. Quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência podem corresponder ao Piso Assistencial Básico (PAB) destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal.
  - (B) na esfera estadual, conta com recursos transferidos pela União e essas transferências regulares não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
  - (C) na esfera municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, existem transferências eventuais da União para municípios, as quais não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
  - (D) os fundos de saúde dos municípios não podem receber verba oriunda de reembolso de despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde.
  - (E) os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG) e o teto financeiro do estado; não deve conter os tetos de municípios.
-



16. Na legislação do Sistema Único de Saúde,
- (A) “Programação Pactuada e Integrada (PPI)” restringe-se às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.
  - (B) “Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)” é um montante que corresponde ao financiamento do conjunto de ações assistenciais em situações de emergência, assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde, transferido eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde.
  - (C) “Índice de Valorização de Resultados (IVR)” consiste na atribuição de valores adicionais ao teto financeiro da assistência do estado, transferidos eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, quando houver obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
  - (D) “Remuneração por Serviços Produzidos” restringe-se ao pagamento direto aos prestadores privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor.
  - (E) “Fração Assistencial Especializada (FAE)” é um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.
- 
17. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê:
- (A) Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade de serviços de média complexidade, incluindo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar para sua própria população.
  - (B) Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, nos quais as funções de gestão e relacionamento com prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor municipal, podendo este delegar aos gestores de hospitais as funções de controle e avaliação dos prestadores.
  - (C) Ao governo federal cabe prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município, para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência, sempre de acordo com a Programação Pactuada e Integrada.
  - (D) A assistência de alta complexidade deve ser programada no âmbito federal, e em alguns casos macrorregionais, tendo em vista as características especiais desse grupo: alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.
  - (E) A programação da assistência de alta complexidade, consolidada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, não deve conter a referência de pacientes para outros Estados, ou mesmo, reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados.
- 
18. As ações de auditoria dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são
- (A) atividades que necessitam de um órgão que consolide as informações necessárias, analise os resultados obtidos em decorrência de suas ações, mas não proponha medidas corretivas.
  - (B) de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho.
  - (C) ações de controle que podem, ou não, auditar procedimentos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos.
  - (D) ações de controle que excluem autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, desde que sejam critérios médicos.
  - (E) monitoramentos da qualidade dos serviços prestados, sem priorizar a regularidade e fidedignidade de registros de produção e faturamento de serviços.
- 
19. Segundo Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS-NOAS 01), houve fortalecimento do controle, regulação e avaliação da assistência aos usuários devido
- (A) à criação de procedimentos técnico-administrativos prévios à prestação de serviços hospitalares, os quais não podem ser fiscalizados pelos usuários.
  - (B) à previsão de compra de serviços da rede privada, pautada apenas na sua indisponibilidade na rede pública.
  - (C) à possibilidade de compra de serviços da rede privada com base no interesse público e necessidades assistenciais.
  - (D) à implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos que não podem ser avaliados pelos usuários.
  - (E) ao fato do gestor federal elaborar todos os planos de controle, regulação e avaliação para fortalecimento da capacidade de gestão.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

20. Paciente com antecedente de adenomas colônicos em exame prévio, informa, no momento da marcação de nova colonoscopia, que tem cardiopatia isquêmica e que está com marcapasso, além do uso atual de clopidogrel (agente antiplaquetário). A orientação adequada para este paciente, em relação ao uso do clopidogrel e a necessidade de profilaxia antibiótica, é que
- (A) deve fazer antibioticoterapia profilática, e deve suspender o clopidogrel pelo menos 7 dias antes da colonoscopia.
  - (B) não há necessidade de antibioticoterapia profilática, e deve suspender o clopidogrel pelo menos 7 dias antes da colonoscopia.
  - (C) não há necessidade de antibioticoterapia profilática, e deve suspender o clopidogrel pelo menos 2 dias antes da colonoscopia.
  - (D) não há necessidade de antibioticoterapia profilática, nem deve suspender o clopidogrel antes da colonoscopia.
  - (E) não há necessidade de antibioticoterapia profilática, deve suspender o clopidogrel, e usar heparina de baixo peso molecular.
- 
21. O Conselho Federal de Medicina determina, através de Resolução específica (n<sup>o</sup> 1.886/2008 do CFM), as normas mínimas sobre o funcionamento de estabelecimentos médicos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência independentes de hospital, e define a unidade tipo II como sendo a mínima adequada para realização de procedimentos endoscópicos sob sedação. Nesta Resolução são estabelecidos os critérios de seleção de pacientes para estes estabelecimentos, incluindo risco anestésico (pela classificação da *American Society of Anesthesiologists* – ASA), presença de acompanhante e necessidade de pernoite. É correto afirmar que, nestas unidades, pacientes
- (A) classificados como ASA-I, ASA-II e ASA-III podem ser submetidos aos exames, e devem ter acompanhante adulto responsável para o retorno ao lar, exceto quando for previsto pernoite do paciente na unidade.
  - (B) classificados como ASA-III e ASA-IV podem ser submetidos aos exames desde que a sedação seja feita por anestesista e devem sempre estar acompanhados de pessoa adulta responsável durante todo o tempo.
  - (C) adultos desacompanhados classificados como ASA-I podem ser submetidos a endoscopia sob sedação leve, desde que não estejam dirigindo.
  - (D) classificados como ASA-I e ASA-II podem ser submetidos aos exames sob sedação, enquanto os classificados como ASA-III receberão anestesia geral com programação de pernoite na unidade.
  - (E) classificados como ASA-I e ASA-II podem ser submetidos aos exames, e devem sempre estar acompanhados de pessoa adulta responsável durante todo o tempo.
- 
22. O uso do coagulador de Plasma de Argônio tem sido empregado no tratamento endoscópico de várias enfermidades do trato gastrointestinal. A alternativa correta que descreve as indicações adequadas para este tratamento é:
- (A) Tratamento agudo de úlcera péptica sangrante, e prevenção da recorrência de varizes esofágicas após sessões de ligadura elástica.
  - (B) Tratamento agudo de varizes esofágicas com sangramento, e coagulação de ectasia vascular de antro gástrico.
  - (C) Tratamento de retite actínica e tratamento de varizes ectópicas (não esofágicas) sangrantes.
  - (D) Tratamento de displasia associada a lesões ou massas (DALM) na retocolite ulcerativa inespecífica, e também para evitar sangramento após polipectomia.
  - (E) Esôfago de Barrett com displasia de alto grau, e tratamento de úlceras duodenais Forrest III.
- 
23. Em colonoscopia realizada para investigação diagnóstica de paciente com diarreia crônica, o endoscopista não identifica qualquer achado endoscópico em cólon ou íleo terminal. A conduta do examinador diante desta situação é
- (A) coletar líquido colônico e enviar para pesquisa de parasitas e cultura, já que algumas parasitoses não são bem avaliadas por biópsias.
  - (B) considerar que a causa da diarreia não é colônica e, investigar intestino delgado e estômago.
  - (C) realizar biópsias de cólon e íleo terminal para investigação de doença celíaca e amiloidose.
  - (D) realizar biópsias de cólon direito e esquerdo para investigação de colite colágena e linfocítica.
  - (E) realizar biópsias de cólon para diagnóstico diferencial com infecção por *Giardia*.



24. Masculino, 18 anos, com antecedente de 3 episódios de impactação por bolo alimentar. O achado mais provável na endoscopia digestiva alta e a conduta mais indicada são, respectivamente,
- (A) presença de erosões com fibrina em terço distal e diminuição do calibre, devendo-se iniciar dilatação esofágica.
  - (B) presença de estrias longitudinais e anéis esofágicos, sem indicação de biópsia, e encaminhar para manometria.
  - (C) presença de estrias longitudinais e com fibrina, devendo-se realizar biópsias de porção proximal e distal do esfago.
  - (D) presença de múltiplos anéis esofágicos, devendo-se realizar biópsias de porção proximal, média e distal do esfago.
  - (E) aumento do calibre e diminuição da peristalse, devendo-se realizar biópsias para exame anatomopatológico.
- 
25. O diagnóstico de lesões de crescimento lateral (LST) em cólon é relativamente comum nos dias atuais, e as opções de ressecção endoscópicas, como as técnicas de mucosectomia e de dissecção endoscópica da submucosa (ESD) permitem muitas vezes a resolução completa da lesão e estadiamento adequado. Sobre a ressecção desse tipo de lesão, é correto afirmar que
- (A) as LST em ceco e cólon ascendente devem, preferencialmente, ser ressecadas com técnica de ESD pelo risco de perfuração.
  - (B) as lesões menores que 20 mm e LST granulares entre 20 e 40 mm podem ser retiradas por técnica de mucosectomia, sendo que as LST não granulares entre 20 e 40 mm têm indicação de ressecção por ESD.
  - (C) as lesões menores que 20 mm têm indicação de dissecção endoscópica da submucosa, e lesões maiores que 20 mm podem ser retiradas por mucosectomia em vários fragmentos (*piecemeal*).
  - (D) nos casos de LST, a dissecção submucosa deve ser a primeira opção quando há suspeita de invasão mais profunda ou não há elevação da mucosa após injeção de solução salina.
  - (E) a mucosectomia deve ser a primeira opção para ressecção, ficando a dissecção submucosa para reabordagem nos casos em que as margens lateral ou profunda estão comprometidas.
- 
26. Paciente com hipertensão portal secundária à cirrose hepática, sem antecedente de hemorragia prévia e bem compensado clinicamente (classificação de Child: A), faz endoscopia digestiva alta eletiva, com achado de varizes esofágicas de grosso calibre, azuladas, com sinais de cor vermelha. Perante este achado, é correto afirmar que
- (A) o endoscopista deve iniciar tratamento das varizes com ligadura elástica endoscópica ou escleroterapia.
  - (B) há indicação de profilaxia primária de hemorragia, que pode ser feita com uso de betabloqueador ou com escleroterapia endoscópica das varizes, conforme avaliação clínica.
  - (C) há indicação de profilaxia primária de hemorragia, que pode ser feita com uso de betabloqueador ou com ligadura elástica endoscópica das varizes, conforme avaliação clínica.
  - (D) a profilaxia primária de hemorragia deve ser feita com uso de betabloqueador, reservando-se o tratamento endoscópico para os quadros agudos ou para profilaxia secundária.
  - (E) o tratamento das varizes pode ser realizado, porém não há evidências de que altere a evolução da doença.
- 
27. A colonoscopia é uma ferramenta sabidamente importante em programas de prevenção do câncer colorretal, pela capacidade de detecção precoce da neoplasia e também pela possibilidade de remoção de lesões pré-malignas. Em relação ao achado de pólipos durante a colonoscopia diagnóstica, é correto afirmar que
- (A) adenomas maiores que 10 mm, coloração heterogênea e componente viloso se relacionam com potencial maligno da lesão.
  - (B) lesões planas habitualmente têm comportamento menos agressivo, não sendo necessária remoção das lesões menores que 10 mm.
  - (C) os pólipos inflamatórios, hiperplásicos e carcinoide são considerados pólipos não neoplásicos, sem necessidade de conduta específica.
  - (D) o pólipo serrilhado é uma lesão de padrão hiperplásico, por isso tem pouca chance de ter malignização.
  - (E) adenomas sésseis de até 20 mm não precisam ser retirados, exceto quando há antecedente familiar de neoplasia de cólon.



28. Paciente com dispepsia realiza endoscopia digestiva alta diagnóstica, com achado de cicatriz linear esbranquiçada de úlcera com 12 mm, em parede anterior do antro gástrico, com leve retração da mucosa. Diante deste achado endoscópico, a classificação correta e a conduta mais adequada é
- (A) S1 de Sakita, com indicação de biópsias de corpo e antro para pesquisa de *H. pylori*.
  - (B) S2 de Sakita, com indicação de biópsias de corpo e antro para pesquisa de *H. pylori*.
  - (C) H2 de Sakita, com indicação de biópsias da lesão e pesquisa de *H. pylori*.
  - (D) S2 de Sakita, com indicação de biópsias da lesão e pesquisa de *H. pylori*.
  - (E) S1 de Sakita, sem indicação de biópsias já que a lesão já está cicatrizada.
- 
29. Em relação à lidocaína (xilocaína *spray*) e sedativos usados durante a realização do exame endoscópico, é INCORRETO afirmar que
- (A) a lidocaína *spray* a 10% apresenta dose máxima de 3-4 mg/kg de peso e cada pulverização aplica 10 mg de lidocaína base.
  - (B) a lidocaína, anestésico local mais utilizado em endoscopia digestiva alta, tem metabolização hepática e, em pacientes com insuficiência hepática, a dose deve ser reduzida.
  - (C) na rotina da endoscopia digestiva, permite-se a utilização de propofol, desde que dois médicos permaneçam na sala de exame.
  - (D) o midazolam atua no sistema nervoso central e causa sedação, amnésia e ação analgésica adequada na dosagem de 0,01 mg/kg a 0,05 mg/kg.
  - (E) o flumazenil tem meia-vida menor que o midazolam e é possível ocorrer sedação tardia.
- 
30. Apesar de representar menos de 5% das hemorragias digestivas, a hemorragia digestiva média tem grande importância devido à dificuldade diagnóstica e terapêutica. Na sua investigação, é INCORRETO afirmar que,
- (A) nos casos de sangramento com instabilidade hemodinâmica, a enteroscopia é um dos métodos de escolha, pois permite o diagnóstico do local do sangramento em 90%.
  - (B) nos casos de sangramento com instabilidade hemodinâmica, a arteriografia é um dos métodos de escolha, pois permite o diagnóstico do local do sangramento em 58 a 86%.
  - (C) a positividade da cápsula endoscópica aumenta nos casos de sangramento evidente, sendo maior se realizada nas primeiras duas semanas do evento índice.
  - (D) na investigação do sangramento gastrointestinal obscuro, os principais achados em ordem de frequência são angioectasias, úlceras e lesões neoplásicas.
  - (E) nas lesões hemorrágicas de acordo com a classificação de Yano, as lesões vasculares Tipo 1b e Tipo 2b são de origem venosa e devem ser tratadas com cauterização endoscópica.
- 
31. Na atualidade, a ecoendoscopia é uma das técnicas endoscópicas mais desafiantes e de comprovada validade clínica. É INCORRETO afirmar que a ecoendoscopia
- (A) tem precisão próxima a 100% no diagnóstico diferencial entre lesão subepitelial e compressão extrínseca de esôfago, estômago e duodeno.
  - (B) tem sensibilidade acima de 90% para a detecção do nódulo sólido pancreático, mesmo para lesões menores de 20 mm.
  - (C) para o diagnóstico da litíase da via biliar principal, tem sensibilidade que se assemelha àquela obtida com a colangiografia endoscópica retrógrada e colangiorressonância, com melhor especificidade.
  - (D) no diagnóstico das lesões císticas do pâncreas, a análise do líquido aspirado consiste na dosagem dos níveis de CA19-9, CEA e amilase. O CEA acima de 192 mcg/L é diagnóstico de cistoadenoma seroso.
  - (E) não é adequada para o diagnóstico diferencial entre úlcera péptica e neoplasia gástrica ulcerada.





32. Feminino, 65 anos, deu entrada no Pronto-Socorro devido à febre alta, dor tipo cólica em hipocôndrio direito, e icterícia de início há 3 dias. História de colecistectomia prévia. Realizou ecografia de abdominal que detectou a presença de cálculo no colédoco distal com dilatação da via biliar extra-hepática. O hemograma apresentava leucocitose, elevação dos níveis de bilirrubina total (à custa de bilirrubina direta) e amilase sérica normal. Com relação a esse caso, a conduta mais adequada a ser realizada é antibioticoterapia e
- (A) descompressão da via biliar por cirurgia videolaparoscópica com colocação de dreno de Kehr no colédoco.
  - (B) papilotomia endoscópica para remoção dos cálculos do colédoco.
  - (C) início de ácido ursodesoxicólico 15 a 20 mg/kg/dia.
  - (D) descompressão da via biliar por meio de drenagem biliar externa.
  - (E) início de ácido ursodexocólico 30 mg/kg/dia e antiespasmódicos.
- 
33. O diagnóstico de câncer gástrico precoce é feito através da minuciosa observação endoscópica de alterações de relevo e cor da mucosa, seguida da avaliação histopatológica da biópsia endoscópica. Na avaliação do câncer gástrico precoce, é INCORRETO afirmar que o tipo
- (A) 0-IIa geralmente é limitado à mucosa. Quando maior que 2 cm e superfície irregular sugere invasão da submucosa.
  - (B) 0-IIc+IIa geralmente é mucoso. Se maior que 2 cm considerar a possibilidade de invasão da submucosa.
  - (C) 0-IIc geralmente é limitado à mucosa. Quando apresentar convergência de pregas, ou baqueteamento, sugere invasão da submucosa.
  - (D) 0-IIc tem indicação de mucosectomia quando o diâmetro é menor que 1,0 cm, sem úlcera ou convergência de pregas, tipo histológico intestinal.
  - (E) 0-Ip até 3,0 cm geralmente é mucoso.
- 
34. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada é atualmente um método reservado quase que, exclusivamente, a intervenções terapêuticas, principalmente nos casos de obstrução maligna. Com relação a essas intervenções terapêuticas, é correto afirmar que
- (A) a realização da esfínterectomia biliar nem sempre é necessária para colocação de próteses plásticas, exceto quando se faz necessário o posicionamento de duas ou mais.
  - (B) as próteses plásticas de polietileno ou poliuretano de 7 Fr são as mais indicadas, pois têm maior tempo de patência.
  - (C) pacientes jovens com suspeita de disfunção do esfíncter de Oddi têm uma incidência maior de sangramento pós-papilotomia.
  - (D) no posicionamento da prótese biliar metálica autoexpansiva para palição de tumores, a esfínterectomia e a dilatação da obstrução são fundamentais.
  - (E) nos casos de insucesso no clareamento das vias biliares, indica-se o dreno nasobiliar por ter melhores resultados do que as próteses plásticas.
- 
35. A desinfecção de alto nível é recomendada para os endoscópios, e o reprocessamento automatizado pode substituir o procedimento realizado manualmente. Em relação às principais recomendações relativas ao reprocessamento de aparelhos e acessórios, é correto afirmar que
- (A) o tempo preconizado para desinfecção de alto nível no reprocessamento de endoscópios varia conforme a demanda do serviço.
  - (B) pinças de biópsia devem ser submetidas à limpeza mecânica e, após serem submersas em substância desinfetante.
  - (C) a aspiração de detergente enzimático logo após o exame endoscópico e a limpeza manual do tubo é desnecessária, se o reprocessamento do aparelho for automatizado.
  - (D) endoscópios que entram em contato com a mucosa do paciente, de acordo com a Classificação de Spaulding são considerados semicríticos.
  - (E) se recomenda a higienização dos reservatórios de água com o uso de detergente enzimático e sabão neutro, uma vez por semana.



36. Vários sistemas de classificações têm sido propostos para graduar endoscopicamente a esofagite péptica por refluxo gastroesofágico. A classificação de Los Angeles modificada é a mais utilizada. Nela, o Grau C de Los Angeles corresponde a
- (A) soluções de continuidade da mucosa (quebra de mucosa) envolvendo mais de 75% da circunferência do esôfago.
  - (B) uma ou mais soluções de continuidade da mucosa (quebra da mucosa) maiores que 5 mm, que não se estendem entre duas pregas longitudinais.
  - (C) uma ou mais soluções de continuidade menores que 5 mm, que não se estendem entre duas pregas longitudinais.
  - (D) uma ou mais soluções de continuidade da mucosa (quebra de mucosa) contínuas entre duas pregas, envolvendo até 75% da circunferência do esôfago.
  - (E) uma ou mais soluções de continuidade da mucosa (quebra de mucosa) maiores que 5 mm, contínuas entre duas pregas, envolvendo mais de 75% da circunferência do esôfago.
- 
37. Entre as causas menos comuns de hemorragia digestiva alta não varicosa, pode-se afirmar que
- (A) a fístula aorto-duodenal é localizada, mais comumente, na segunda porção duodenal.
  - (B) menos de 50% das fístulas aorto-entéricas são aorto-duodenais.
  - (C) a lesão de Dieulafoy é uma anormalidade vascular caracterizada por veia submucosa de calibre anormal que acaba por erodir a mucosa.
  - (D) a lesão de Dieulafoy está localizada usualmente no estômago proximal, e a ligadura elástica tem sido utilizada no controle do sangramento.
  - (E) a terapêutica endoscópica está indicada nas angioectasias gástricas no momento do diagnóstico, independente da presença de sangramento ativo ou recente.
- 
38. A ingestão de corpos estranhos é uma ocorrência comum na infância ou em adultos que possuem doença psiquiátrica. Mais de 80% dos corpos estranhos ingeridos passam através do trato gástrico intestinal sem maiores intercorrências. Em relação aos corpos estranhos é INCORRETO afirmar que
- (A) a bateria impactada no esôfago deve ser removida em caráter emergencial.
  - (B) os pacotes contendo drogas ilícitas não devem ser removidos endoscopicamente.
  - (C) em se tratando de criança, o corpo estranho mais frequente é a moeda e, em casos de adultos, o osso e a carne.
  - (D) a retirada endoscópica de corpos estranhos gástricos é obrigatória para objetos perfurantes longos.
  - (E) os exames radiológicos não estão indicados na investigação do diagnóstico topográfico do corpo estranho, exceto em crianças.
- 
39. Masculino, 78 anos, com antecedente de insuficiência cardíaca congestiva, chega ao Pronto-Socorro com história de hematêmese e melena. A frequência cardíaca é 116 bpm e a pressão arterial é 90 x 40 mmHg. Exames laboratoriais: Hb 9 g/dL, Ureia 35 mg/dL. Após estabilização do quadro clínico, o paciente realiza endoscopia digestiva alta que mostra uma úlcera duodenal com cerca de 1,5 cm de diâmetro com sinais de sangramento recente (vaso visível). Levando em conta o escore de Rockall, a conduta mais adequada é a internação na
- (A) UTI (escore de Rockall de 6), hemostasia endoscópica com Adrenalina 1:20.000 e omeprazol 80 mg endovenoso em bolus seguido de infusão contínua de 8 mg/hora.
  - (B) UTI (escore de Rockall de 10), hemostasia endoscópica com Adrenalina 1:20.000, cliques metálicos e omeprazol endovenoso 40 mg de 12 em 12 horas.
  - (C) UTI (escore de Rockall de 8), hemostasia endoscópica com Adrenalina 1:20.000, cliques metálicos e omeprazol 80 mg endovenoso em bolus seguido de infusão contínua de 8 mg/hora.
  - (D) UTI (escore de Rockall de 10), hemostasia endoscópica com Adrenalina 1:20.000, cliques metálicos e omeprazol 80 mg endovenoso em bolus seguido de infusão contínua de 8 mg/hora.
  - (E) Enfermaria (escore de Rockall de 8), hemostasia endoscópica com cliques metálicos e omeprazol endovenoso 40 mg de 12 em 12 horas.
- 
40. Feminina, de 24 anos com quadro de anemia crônica e sintomas dispépticos leves é encaminhada para endoscopia pelo clínico geral com suspeita de Doença Celíaca pela presença de anticorpo antitransglutaminase tecidual IgA reagente (90 unidades). Nesta situação, está correto afirmar que a
- (A) mucosa duodenal pode apresentar alterações endoscópicas características de doença celíaca (padrão mosaico, fissuras, achatamento e irregularidade das pregas), não sendo necessárias biópsias confirmatórias nestes casos.
  - (B) mucosa duodenal é endoscopicamente normal na doença celíaca, sendo obrigatória a realização de biópsias duodenais.
  - (C) positividade do anticorpo antitransglutaminase tecidual IgA é suficiente para o diagnóstico, não sendo indicada a endoscopia digestiva nesta paciente.
  - (D) mucosa duodenal pode ou não apresentar alterações endoscópicas características, mas as biópsias duodenais devem ser realizadas independentes dos achados endoscópicos.
  - (E) doença celíaca pode levar a alterações na mucosa esofágica, gástrica e/ou duodenal, sendo importante a realização de biópsias nestes órgãos e enviadas separadamente para avaliação histológica.





NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA





NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



**QUESTÃO 3**

Este é um trecho do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Doença de Alzheimer.

*A Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. Embora não haja cura para DA, a descoberta de que é caracterizada por déficit colinérgico resultou no desenvolvimento de tratamentos medicamentosos que aliviam os sintomas.*

*O diagnóstico da DA é de exclusão e segue os critérios do National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDSADRDA).*

*Os Inibidores da acetilcolinesterase representam a principal linha de tratamento da DA. As revisões chegam a conclusões similares em certas doses testadas. Comparados com placebo, os inibidores da colinesterase revelaram efeitos consistentes. Revisões da Cochrane Collaboration de cada um dos inibidores da colinesterase já foram completadas e publicadas. Há vinte e três estudos com donepezila (5.272 pacientes randomizados), nove com rivastigmina (3.449 pacientes randomizados) e nove com galantamina (5.194 pacientes randomizados). O objetivo da maioria destes estudos é avaliar a eficácia e a tolerabilidade do inibidor da colinesterase entre os grupos tratados e placebo ao longo de 3 ou 6 meses. Apenas 46% dos ensaios clínicos randomizados discutiram a significância clínica dos seus resultados, sendo que a maioria das medidas de significância clínica era baseada em opinião.*

*As revisões chegam a conclusões similares: em certas doses testadas, nas mais altas do que nas mais baixas, os inibidores da colinesterase mostram maior eficácia sobre a função cognitiva, atividades de vida diária, comportamento e estado clínico global, comparada a do placebo, bem como mais efeitos adversos, como náusea, anorexia, vômitos, cefaleia e dor abdominal, associados com o inibidor da colinesterase do que com o placebo.*

Com base no texto, retirado dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, pergunta-se:

a. Qual é o objetivo da elaboração de diretrizes médicas?


**Redação Definitiva**




b. Quais foram os métodos de coleta de evidências para estabelecer a opção terapêutica?


**Redação Definitiva**


c. Se você fosse planejar um estudo para obter um alto grau de recomendação e força de evidência para os medicamentos propostos, como organizaria?


**Redação Definitiva**






- d. Para a dispensação de medicamentos específicos, há a necessidade de termo de esclarecimento e responsabilidade. Considerando as informações fornecidas, escreva um modelo do referido termo para a prescrição, usando medicamento inibidor da acetilcolinesterase como exemplo.


RASCUNHO

**Redação Definitiva**


NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA