ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ

EXAME AMP 2026 & PROVA SELETIVA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2027

ESPECIALIDADES:

ENDOSCOPIA

ENDOSCOPIA

Prova: 01/Novembro/2026

Nome Legível: _____

Assinatura do candidato: _____

INSTRUÇÕES

1 - Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos. Assine em seguida.
2 - O caderno de prova deverá conter 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, com 5 (cinco) alternativas, das quais 1(uma) só é correta.
3 - A duração da prova será de 3 horas (três horas). Ao final, haverá mais 15 (quinze) minutos para a marcação no cartão-resposta.
4 - A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.
5 - A prova é INDIVIDUAL, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.
6 - Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.
7 - Em cada questão, há somente uma resposta correta. Cuidado quando transcrever para o cartão-resposta, não poderá haver rasuras.
8 - O caderno de prova deve ser entregue para o Fiscal, juntamente com o cartão-resposta.
9 - Ao receber seu cartão-resposta, aja da seguinte forma:

a) o cartão resposta deverá ser entregue com assinatura conforme os dados afixados na carteira;
b) assine no local indicado;
c) pinte, preenchendo por inteiro, com caneta esferográfica ponta média, tinta preta, o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão.
d) não o amasse, nem dobre.

MODELO DO CARTÃO-RESPOSTA

01 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	21 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	41 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	61 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	81 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
02 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	22 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	42 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	62 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	82 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
03 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	23 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	43 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	63 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	83 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
04 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	24 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	44 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	64 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	84 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
05 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	25 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	45 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	65 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	85 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
06 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	26 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	46 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	66 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	86 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
07 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	27 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	47 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	67 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	87 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
08 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	28 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	48 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	68 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	88 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
09 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	29 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	49 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	69 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	89 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
10 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	30 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	50 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	70 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	90 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
11 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	31 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	51 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	71 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	91 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
12 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	32 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	52 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	72 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	92 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
13 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	33 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	53 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	73 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	93 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
14 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	34 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	54 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	74 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	94 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
15 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	35 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	55 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	75 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	95 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
16 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	36 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	56 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	76 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	96 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
17 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	37 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	57 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	77 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	97 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
18 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	38 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	58 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	78 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	98 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
19 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	39 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	59 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	79 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	99 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
20 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	40 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	60 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	80 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	100 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ

1) As glândulas adrenais têm funções vitais no organismo e vários hormônios são produzidos nas camadas cortical e medular. No diagnóstico laboratorial da insuficiência adrenal primária é CORRETO afirmar que:

A) O Cortisol à meia noite entre 3-10 mcg/dL e ACTH elevado confirmam a hipótese.
B) Há frequente aumento da atividade de renina plasmática e diminuição da Aldosterona.
C) A dosagem isolada de cortisol sérico basal às 8 h é útil, pois valores abaixo de 23 mcg/dL são sugestivos da presença da doença.
D) Há necessidade de diferenciar entre insuficiência adrenal e fadiga adrenal com a análise do ritmo circadiano do cortisol, dosando as 8 e 16 h.
E) A prova com 1 mg de Dexametasona administrada às 23 h do dia anterior à dosagem de Cortisol plasmático é o exame com melhor custo-efetividade na triagem destes casos.

2) Os seguintes resultados foram trazidos pela Sra. Ana Maria, mulher de 45 anos de idade, portadora de hipotireoidismo primário, em uso de Levotiroxina 100 mcg ao dia em jejum. Exames Laboratoriais: T4 livre 0,5 [0,7 - 1.8 ng/dl], TSH 7,8 (0,4-4 mUI/L) Fosfato 1.8 [0.8 - 1.4 mmol/L] Creatinina 0,8 [0,4 a 1,2 mg/dL]. Ela afirma que a adesão às tomadas das medicações é total. Ao exame apresenta-se corada, normotensa e com IMC de 23,5. Quais medicações deveriam ser investigadas para descartar a possibilidade de aumento das necessidades de LT4, antes de cogitar aumentar a dose da reposição?

A) Biotina/ Tiamina.
B) Metformina/ Sulfonilureia.
C) Carbamazepina/ Fenitoína.
D) Glicocorticóides/ enoxaparina.
E) Opioides/ Agonistas dopaminérgicos.

3) Homem idoso está internado para investigação de anemia sintomática. Foi indicada a transfusão de 2 unidades de concentrado de hemácias. Durante a infusão da segunda bolsa, apresentou taquidispneia súbita, dessaturação e estertoração crepitante bilateral até terços médios. A pressão arterial subiu para 175/105 mmHg. A radiografia de tórax revelou infiltrado alveolar bilateral e a dosagem de Peptídeo Natriurético Tipo B (BNP) mostrou-se elevada. Com base no caso clínico, assinale a alternativa correta:

A) O quadro é compatível com Sobrecarga Circulatória Associada à Transfusão (TACO). A conduta imediata consiste na interrupção da transfusão, suporte de oxigênio e administração de diuréticos.
B) O diagnóstico principal é Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão (TRALI), condição causada por anticorpos anti-HLA do doador, cujo tratamento curativo de primeira linha é a diurese forçada com furosemida.
C) Trata-se de uma Reação Hemolítica Transfusional Aguda por incompatibilidade ABO, cuja apresentação clássica é caracterizada por hipertensão sistólica marcante e edema pulmonar cardiogênico.
D) O quadro clínico descreve uma Reação Anafilática grave, sendo a administração imediata de adrenalina e a lavagem dos componentes celulares as medidas indicadas para reversão do quadro volêmico.
E) A complicação descrita consiste em uma Reação Febril Não-Hemolítica (RFNH), que pode ser eficientemente prevenida em transfusões futuras mediante a pré-medicação rotineira com antitérmicos.

4) Homem de 21 anos é admitido com quadro de astenia, febre, sudorese noturna e volumosa massa abdominal. A biópsia confirma o diagnóstico de Linfoma de Burkitt. Exames laboratoriais revelam: Desidrogenase Láctica (LDH) = 2.400 U/L (VN: < 240 U/L),, Ácido Úrico = 9,8 mg/dL (VN: 3,5 a 7,0 mg/dL), Potássio = 5,6 mEq/L (VN: 3,5 a 5,0 mEq/L), Fósforo = 6,2 mg/dL (VN: 2,5 a 4,5 mg/dL), Cálcio Iônico = 0,92 mmol/L (VN: 1,16 a 1,32 mmol/L) e Creatinina = 1,6 mg/dL (VN: 0,7 a 1,2 mg/dL).
Frente ao caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta:

A) A rasburicase (urato oxidase recombinante) atua inibindo a enzima xantina oxidase, sendo a droga profilática de primeira linha indicada indistintamente para os pacientes em risco.
B) A alcalinização urinária com bicarbonato de sódio deve ser mantida de rotina durante a hidratação profilática, pois aumenta a solubilidade renal do ácido úrico e de todos os demais eletrólitos liberados na lise tumoral.
C) A destruição maciça de células tumorais na SLT leva tipicamente à tétrade metabólica caracterizada por hiperuricemia, hipercalemia, hiperfosfatemia e hipercalcemia grave por reabsorção óssea reflexa e expressão de PTH-like.
D) O alopurinol é a medicação de escolha para metabolizar e degradar de forma rápida o ácido úrico que já se encontra em níveis elevados na circulação sanguínea antes do início da quimioterapia.
E) A profilaxia inclui hidratação venosa abundante e alopurinol; a alcalinização urinária com bicarbonato de sódio não é recomendada, pois o aumento do pH reduz a solubilidade do fosfato de cálcio e da xantina, favorecendo a sua precipitação renal.

5) Mulher de 24 anos, com diagnóstico conhecido de Anemia Falciforme, chega ao Pronto Atendimento apresentando crise álgica há 12 horas. Fez uso de analgésicos comuns, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e opioide oral em casa, sem alívio da dor. Ao exame físico: anictérica, afe-

bril, PA normal, FC 92 bpm, FR 16 irpm, saturação de O□ de 97% em ar ambiente; auscultas cardíaca e pulmonar normais. Exames laboratoriais de entrada: Hemoglobina = 8,2 g/dL, Leucócitos = 11.500/mm³, Plaquetas = 280.000/mm³. Assinale a alternativa correta:

A) A transfusão de concentrado de hemácias está indicada de imediato para o tratamento de rotina da crise álgica aguda vaso-oclusiva não complicada, visando abortar o processo isquêmico antes de futuras complicações.
B) A oxigenoterapia suplementar de rotina é indicada para todos os pacientes em crise vaso-oclusiva aguda, mesmo com saturação adequada de oxigênio em ar ambiente, pois reverte diretamente a polimerização da HbS no leito microvascular.
C) O manejo analgésico na emergência deve ser feito com opioides intravenosos em esquema de doses fixas ou analgesia controlada pelo paciente (PCA); caso o paciente necessite de procedimento cirúrgico sob anestesia geral, a recomendação pré-operatória é a transfusão simples até a meta de hemoglobina de aproximadamente 10 g/dL.
D) A hidroxiureia é uma terapia modificadora da doença cujo principal mecanismo é a indução da síntese de Hemoglobina Fetal (HbF); contudo, seu uso é formalmente contraindicado em lactentes e crianças menores de 2 anos pelo risco de mielossupressão grave e irreversível.
E) A auto-asplenia (asplenia funcional) decorrente de infartos esplênicos de repetição ocorre tipicamente a partir da segunda década de vida; por esse motivo, a imunização contra germes encapsulados (como o Streptococcus pneumoniae) e a profilaxia antibiótica só devem ser iniciadas após a puberdade.

6) Paciente feminina, 55 anos, em tratamento para carcinoma de ovário avançado, em esquema de quimioterapia paliativa, comparece ao ambulatório de cuidados paliativos para manejo de sintomas. Apresenta funcionalidade preservada (PPS 80%). Refere queixas de dor crônica, fadiga, náusea e sensação de dispneia. Sobre a abordagem terapêutica das queixas, assinale a alternativa correta:

A) Na abordagem à sensação de dispneia deve-se indicar o uso de oxigênio domiciliar para alívio da queixa.
B) Se for constatado que a fadiga está relacionada à anemia, está indicado o uso de dexametasona 8mg/dia e não está indicada a transfusão sanguínea por se tratar de paciente paliativa.
C) É aceitável o uso crônico de opióides para controle da dor caso outras medidas ja tenham sido tentadas sem sucesso. Neste caso é preferivel uso de morfina via oral de 12 em 12 horas.
D) Para manejo de dor crônica, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) não apresentam boa eficácia, estando melhor indicados os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (IRSN).
E) Para manejo da náusea, deve-se atentar à causa anatômica ou receptor associado para melhor indicar a classe medicamentosa. Caso a náusea seja relacionada à dismotilidade intestinal, a melhor opção é a de antagonistas da dopamina, como o haloperidol.

7) Paciente comparece à consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde, relata preocupação com o risco de desenvolver neoplasias, mencionando ter lido matérias na internet sobre novos testes e estratégias de rastreamento de câncer. Não possui histórico familiar de neoplasias de início precoce, é vacinado e nega qualquer sintoma. Com base nos princípios de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer, assinale a alternativa correta:

A) Os testes de detecção precoce de múltiplos cânceres (MCED), baseados na pesquisa de biomarcadores sanguíneos circulantes, são recomendados para o rastreamento rotineiro em adultos assintomáticos devido à sua comprovada redução na mortalidade global por neoplasias.
B) A suplementação de vitaminas e minerais é uma estratégia recomendada, uma vez que ensaios clínicos demonstraram redução significativa na incidência global de tumores sólidos.
C) A vacinação contra o vírus da hepatite B representa uma estratégia de prevenção primária eficaz na redução do risco de desenvolvimento de câncer hepático, consequente ao controle da infecção crônica por este agente oncogênico.
D) A demonstração de um aumento no diagnóstico de tumores em estágios precoces é suficiente para comprovar o benefício real de um teste de rastreamento, dispensando a necessidade de demonstrar a redução na mortalidade causa-específica.
E) O exame de toque retal isolado é recomendado pelas principais diretrizes como o método não invasivo de escolha para o rastreamento inicial do câncer colorretal em adultos assintomáticos.

8) Um homem de 72 anos é admitido na emergência com queixas de tontura, astenia progressiva e dois episódios de pré-síncope na última semana. Nega dor torácica e uso de medicações. Ao exame físico: PA = 115/70 mmHg; FC = 36 bpm; Ausculta cardíaca sem sopros; Ausculta pulmonar sem estertores. Exames laboratoriais admissionais mostram-se normais. Foi realizado o seguinte registro eletrocardiográfico na derivação DII contínua (velocidade de 25 mm/s):
Com base na análise do caso clínico e do eletrocardiograma, assinale a alternativa correta:



A) O quadro caracteriza uma dissociação atrioventricular isorrítmica funcional por hipertonia vagal; por não haver alargamento do complexo QRS, a conduta indicada é a alta hospitalar após o uso de atropina.
B) Trata-se de um Bloqueio Atrioventricular de 2º grau Mobitz II; por apresentar complexos QRS estreitos e estabilidade hemodinâmica, o implante de marca-passo está contraindicado pelo risco de complicações.
C) O traçado evidencia Bloqueio Atrioventricular de 2º grau Mobitz I (Wenckebach), caracterizado pela variação do intervalo PR; por se tratar de uma alteração intranodal benigna, a conduta recomendada é apenas a observação clínica.
D) O diagnóstico é de Bloqueio Atrioventricular Total (3º grau), sendo o ritmo de escape de QRS estreito indicativo de bloqueio infranodal grave no sistema His-Purkinje distal, para o qual o uso de atropina intravenosa é o tratamento definitivo.
E) O traçado demonstra um Bloqueio Atrioventricular Total (3º grau) com dissociação atrioventricular completa; a presença de complexos QRS estreitos indica um ritmo de escape de origem juncional (nó AV ou Feixe de His proximal), havendo indicação formal de implante de marca-passo definitivo.

9) Um homem de 68 anos é internado por pneumonia comunitária. Após 48 horas de internação, apresenta aumento da creatinina sérica de 0,9 para 2,4 mg/dL, PA em decúbito 120x85mmHg e em ortostatismo 105/65 mmHg, FC 104 bpm e mucosas discretamente secas. Nas últimas 24 horas, recebeu diurético de alça como tentativa de estímulo a diurese, com pouco efeito. Nega dor lombar ou sintomas urinários.
A fração de excreção de sódio (FeNa) é de 3,9%.
Acerca da investigação etiológica para a lesão renal aguda, o que se espera da sequência do manejo diagnóstico e terapêutico?

A) É esperada presença de cilindros granulosos e uma densidade urinária baixa no exame de urina, assim como uma relação ureia/creatinina séricas abaixo de 20.
B) Sondagem vesical de demora deve ser realizada e, caso sem débito, afastar etiologia pós -renal, priorizando causas pré-renais e intrínsecas no seguimento da investigação.
C) Caso haja presença de cilindros na sedimentoscopia, estabelecer diagnóstico de necrose tubular aguda e manter vigilância clínica e laboratorial, suspendendo potenciais nefrotóxicos.
D) A FeNa deve ser interpretada com cautela dado manejo farmacológico do paciente. Expansão volêmica com cristalóide como prova terapêutica pode contribuir com elucidação diagnóstica.
E) Pelas informações do caso, a etiologia da lesão renal aguda é intrínseca. Para confirmar a causa específica, deve ser avaliada presença de estigmas de acometimento glomerular, como hematúria dismórfica.

10) Homem de 38 anos, recém-diagnosticado com infecção pelo HIV, sem manifestações de infecção oportunista. A contagem de linfócitos T CD4+ é de 164 células/μL, e a sorologia para Toxoplasma gondii (IgG) é positiva. Não há história de doenças oportunistas prévias. A equipe decide iniciar terapia antirretroviral (TARV) e acompanha periodicamente a contagem de CD4. Durante o seguimento, a contagem de CD4 cai para 92 células/μL e, posteriormente, para 42 células/μL. Considerando as recomendações para profilaxia primária das infecções oportunistas, qual das seguintes sequências de conduta é a mais adequada?

A) Com CD4 de 164 células/μL, iniciar profilaxia para P. jirovecii e toxoplasmose; após queda para 92 células/μL, manter apenas a profilaxia para P. jirovecii; com CD4 de 42 células/μL, acrescentar profilaxia para MAC independentemente do início da TARV.
B) Com CD4 de 164 células/μL, iniciar profilaxia para P. jirovecii; com CD4 de 92 células/μL e IgG positiva para toxoplasmose, manter SMX-TMP; quando o CD4 atingir 42 células/μL, substituir o SMX-TMP por azitromicina para priorizar a profilaxia contra MAC.
C) Com CD4 de 164 células/μL, iniciar profilaxia para P. jirovecii; ao atingir 92 células/μL e apresentar IgG positiva para toxoplasmose, acrescentar profilaxia específica para toxoplasmose; com CD4 de 42 células/μL, iniciar profilaxia para MAC mesmo que a TARV tenha sido iniciada imediatamente.
D) Com CD4 de 164 células/μL, iniciar profilaxia para P. jirovecii; ao atingir 92 células/μL, iniciar profilaxia para toxoplasmose somente se houver história prévia de encefalite toxoplásmica; com CD4 de 42 células/μL, iniciar profilaxia para MAC.
E) Com CD4 de 164 células/μL, iniciar profilaxia para P. jirovecii; ao atingir 92 células/μL, iniciar também profilaxia para toxoplasmose devido à IgG positiva; mesmo quando a contagem chegar a 42 células/μL, a profilaxia primária para MAC não estará indicada no caso acima.

11) Homem, 78 anos, hipertenso e diabético tipo 2 com bom controle glicêmico, é trazido pela filha por perda de 6 kg em dois meses, sem esforço, associada a inapetência. O paciente faz uso de captopril 25 mg 8/8 horas e gliclazida 30 mg. Nega febre, dor abdominal, alteração do hábito intestinal, disfagia, odinofagia ou dispneia. Relata que "a comida perdeu a graça" e sente, principalmente com carnes e alimentos proteicos, um gosto metálico persistente que o incomoda mesmo entre as refei-

ções; Olfato preservado, e ainda identifica normalmente odores de café e perfumes. Ao exame físico: BEG, mucosa oral íntegra, sem placas, úlceras ou sinais de gengivite; restante do exame sem alterações. Exames laboratoriais: hemograma, glicemia de jejum, TSH, creatinina, ureia, albumina, cálcio e zinco séricos dentro da normalidade. Endoscopia digestiva alta sem alterações relevantes.
Diante do quadro clínico e da investigação apresentada, assinale a alternativa que melhor explica a perda de peso não intencional deste paciente:

A) Hipogeusia relacionada ao envelhecimento, decorrente de redução fisiológica da percepção gustativa, independentemente do uso de medicamentos.
B) Hipotireoidismo subclínico, causa comum de disgeusia e perda ponderal em idosos, ainda que com TSH normal.
C) Deficiência nutricional de zinco, principal causa de hipogeusia em pacientes idosos polimedicados.
D) Candidíase orofaríngea subclínica, que cursa com disgeusia mesmo na ausência de placas visíveis ao exame.
E) Disgeusia induzida por medicamento anti-hipertensivo, com redução do apetite e perda de peso secundárias.

12) Mulher, 34 anos, sem comorbidades prévias conhecidas, é admitida no pronto-socorro com dispneia súbita e um episódio de síncope. Angiotomografia de tórax evidencia tromboembolismo pulmonar (TEP) extenso, bilateral, com trombos em artérias pulmonares principais e sinais de disfunção do ventrículo direito.
Durante a investigação etiológica do TEP não provocado, foram solicitados os seguintes exames, confirmados em nova coleta após 12 semanas:
• Anticorpo anticardiolipina IgG: 82 U GPL/mL (positivo alto título, VR < 20).
• Anticorpo anti-β2-glicoproteína I IgG: 74 U/mL (positivo alto título, VR < 20).
• Anticoagulante lúpico: positivo.
• Hemograma, função renal, TGO/TGP, TSH e FAN: sem alterações.
Assinale a alternativa que representa a conduta correta quanto ao seguimento desta paciente?

A) Anticoagulação com varfarina, mantendo RNI-alvo entre 2,0 e 3,0, por tempo indeterminado.
B) Varfarina em esquema intensificado, com RNI-alvo entre 3,0 e 4,0, por tempo indeterminado, dado o alto risco trombótico da SAAF.
C) Anticoagulação com rivaroxabana em dose fixa, por tempo indeterminado, pela comodidade posológica e por dispensar monitorização laboratorial de rotina.
D) Anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular por 6 meses, com suspensão da anticoagulação após esse período caso não haja evento recorrente.
E) Varfarina, com RNI-alvo entre 2,0 e 3,0 por 6 meses; considerar a suspensão da anticoagulação caso a paciente permaneça assintomática e não apresente novos eventos trombóticos.

13) Medicação utilizada para tratar a dislipidemia, diminui a síntese do colesterol, aumenta os receptores de LDL, atua como inibidor da ATP citrato liase. Aumenta o ácido úrico, pode provocar gota e ruptura de tendão. Qual a substância?

A) Ezetimiba.
B) Genfibrozila.
C) Pitavastatina.
D) Evolocumabe.
E) Ácido bempedoico.

14) Em relação a fármacos orais empregados no tratamento da hipertensão arterial, associe o medicamento com sua classe de fármaco:

Classe:
A) Diurético Antagonista da Aldosterona.
B) Simpaticolítico de ação central.
C) Betabloqueador alfa e beta combinados.
D) Vasodilatador direto.
E) Antagonista do cálcio não di-hidropiridínico.

Medicação:
1) Carvedilol
2) Eplerenona
3) Hidralazina
4) Verapamil
5) Metildopa

Escolha entre as alternativas abaixo, a associação CORRETA entre a classe farmacológica e a medicação anti-hipertensiva:

A) A-4, B-3, C-1, D-2, E-5.
B) A-1, B-2, C-3, D-4, E-5.
C) A-5, B-4, C-3, D-2, E-1.
D) A-3, B-4, C-5, D-1, E-2.
E) A-2, B-5, C-1, D-3, E-4.

15) Muitos pacientes com hiperlipidemia têm alguma combinação de predisposição genética (geralmente poligênica) e contribuição médica ou ambiental (condição médica, dieta, estilo de vida ou medicamento). Avalie as alternativas seguintes sobre as dislipidemias e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).
( ) O colesterol LDL é estimado usando a fórmula de Friedewald:
LDL-C = colesterol total –(triglicerídeos/5) – HDL-C
( ) A hipertrigliceridemia grave é definida por níveis de triglicerídeos em jejum maiores que 500 mg/dL.
( ) A terapia com isotretinoína para acne pode

causar elevações substanciais no HDL-colesterol.
( ) O hipotireoidismo é importante fator secundário na elevação do LDL – colesterol.
( ) A síndrome nefrótica promove produção excessiva de VLDL, levando à elevação de triglicerídeos e LDL-colesterol.
A sequência correta é:

A) V, F, F, V, F.
B) V, V, F, V, V.
C) F, F, F, V, V.
D) F, V, V, F, V.
E) V, V, V, F, F.

16) A Doença de Chagas (tripanossomíase americana) foi descrita por Carlos Chagas em 1909. É uma zoonose causada pelo protozoário flagelado T. cruzi. Avalie as alternativas seguintes sobre a Doença de Chagas e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).
( ) A transmissão vetorial em ampla região geográfica nas Américas (do norte da Argentina ao sul dos Estados Unidos) é em geral intradomiciliar, a partir de uma picada de triatomíneo.
( ) Transmissão não vetorial pode ser congênita, transfusional, em transplantes de órgãos ou tecidos, ou por ingestão de alimentos ou bebidas contaminados.
( ) O T. cruzi tem ação tóxica nas células ganglionares autonômicas intramurais do trato digestivo, afetando o tônus muscular e causando síndrome de megavísceras.
( ) Após a fase aguda da infecção chagásica, 5 a 10% dos pacientes permanecem na forma indeterminada, sem desenvolver lesão tecidual aparente.
( ) O eletrocardiograma tem valor no rastreamento para miocardiopatia chagásica, acusando na maioria dos casos um padrão de Bloqueio do Ramo Esquerdo.
A sequência correta é:

A) V, V, V, F, F.
B) V, F, F, V, F.
C) F, F, F, V, V.
D) F, V, F, V, V.
E) V, V, V, V, F.
.

17) A Endocardite Infecciosa (EI) tem alta mortalidade e sua incidência tem aumentado nas últimas décadas. Analise as assertivas relacionadas à EI:
I. A EI aguda é uma doença febril consumptiva que lesiona rapidamente as estruturas cardíacas, dissemina-se para locais extracardíacos, e se não tratada evolui em semanas para óbito.
II. Estudos recentes nas regiões em desenvolvimento mostraram os Enterococos como a espécie bacteriana mais comum como causa de EI.
III. Em relação aos Critérios de Duke para o diagnóstico da EI, são critérios maiores a hemocultura positiva e evidência de envolvimento endocárdico ao ecocardiograma.
IV. Em relação aos critérios menores de Duke podemos ter fenômenos vasculares, como manchas de Roth e nódulos de Osler, e fenômenos imunológicos, como lesões de Janeway.
Escolha entre as alternativas abaixo, as assertivas corretas:

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

18) A Cardiopatia Isquêmica (CI) é um distúrbio no qual existe um suprimento inadequado de sangue e oxigênio para uma região do miocárdio. Analise as assertivas relacionadas à CI:
I. A causa mais comum de isquemia miocárdica é a doença aterosclerótica de uma ou mais artérias coronárias epicárdicas, com redução do fluxo miocárdico.
II. Os principais determinantes da demanda miocárdica de oxigênio (MVO2) são a frequência cardíaca, a contratilidade miocárdica e a tensão da parede miocárdica (estresse).
III. O sangue flui pelas artérias coronárias de maneira fásica, com a maior parte do fluxo ocorrendo durante a sístole.
IV. A Angina variante de Prinzmetal ocorre por falha da dilatação normal dos vasos de resistência coronarianos, também chamada de angina microvascular.
Escolha entre as alternativas abaixo as assertivas corretas:

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

19) Em relação à investigação da Cardiopatia Isquêmica (CI), podemos afirmar:
I. Paciente com angina do peito classe I da New York Heart Association tem limitação leve da atividade física, com dor ao andar ou subir escadas rapidamente.
II. O Eletrocardiograma obtido em repouso pode ser normal em pacientes com angina de peito típica.
III. O teste mais usado para diagnosticar a CI e estimar o risco e o prognóstico é o registro do ECG antes, durante e após o exercício, geralmente em uma esteira (Teste de Esforço).

IV. Nos testes de esforço a incidência de resultados falso-positivos independe da probabilidade pré-teste de haver CI no paciente ou na população sob estudo.
Escolha entre as alternativas abaixo as assertivas corretas:

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

20) A Ecocardiografia é técnica diagnóstica não invasiva amplamente empregada na avaliação cardiológica. Avalie as afirmativas seguintes sobre aplicações da Ecocardiografia, e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).
( ) Na estenose aórtica importante a velocidade máxima instantânea é igual ou superior a 6 m/s.
( ) Na estenose aórtica a estimativa de gradientes pressóricos transvalvares pode ser subestimada em pacientes com disfunção ventricular esquerda.
( ) Na insuficiência aórtica crônica há dilatação do ventrículo esquerdo e prejuízo da função sistólica ventricular, devendo serem feitas avaliações seriadas das dimensões e funções ventriculares para a decisão de tratamento cirúrgico.
( ) O prolapso da valva mitral é causa comum de insuficiência mitral e pode ser devido a degeneração mixomatosa das valvas e redundância dos folhetos.
( ) O ecocardiograma tem baixo valor diagnóstico na avaliação das complicações mecânicas após o infarto agudo do miocárdio.
A sequência correta é:

A) V, V, V, F, F
B) F, V, V, V, F
C) V, V, F, F, V
D) F, F, V, V, V
E) F, F, F, V, V.

21) O trauma vascular é a destruição dos vasos sanguíneos que nutrem importantes áreas do organismo. Esta perda de integridade interrompe abruptamente o suprimento de oxigênio para os tecidos, carreado pelo sangue, levando à morte dos mesmos.
Com relação aos traumatismos vasculares, assinale a alternativa correta.

A) Com o avanço da tecnologia das próteses atualmente, os enxertos com veia safena estão sendo usado raramente e preservado para futuras revascularizações do miocárdio se necessário.
B) As lesões da artéria radial são responsáveis por 20 a 30% das lesões arteriais periféricas, transformando esse vaso na artéria mais frequentemente lesada do corpo.
C) As fasciotomias são realizadas sempre após as revascularizações, mesmo se no pré-operatório já houver sinais de isquemia de membro.
D) O maior índice de amputações de perna é quando é lesionada a artéria femoral profunda em sua bifurcação.
E) A artéria poplítea está em risco elevado de lesão após luxação de joelho.

22) Aneurisma da aorta abdominal (AAA) é definido como uma dilatação da Aorta a partir de 3cm no território infra-renal em homens e a partir de 2,7cm em mulheres. Sobre os fatores de risco para a expansão e ruptura de aneurismas, podemos citar:

A) Tabagismo, Hipertensão e diabetes.
B) Idade avançada, tabagismo e transplante cardíaco.
C) Tabagismo, presença de diabetes e doença arterial periférica.
D) Idade avançada, transplante de rim e embolia pulmonar prévia.
E) Doença arterial periférica, dislipidemia e pressão arterial media elevada.

23) Homem de 43 anos, submetido há quinze dias a herniorrafia incisional infraumbilical com uso de tela de polipropileno microporosa colocada no espaço supra-aponeurótico. Tem queixa de desconforto no sítio cirúrgico. Durante o exame físico identifica-se um abaulamento abaixo da cicatriz da pele. Solicita-se uma ultrassonografia da parede abdominal, que identifica um seroma.
A conduta a ser realizada é:

A) Reoperação e retirada da tela de polipropileno.
B) Aspiração do seroma em condições estéreis com aplicação de curativo de pressão.
C) Drenagem aberta do seroma com cicatrização por segunda intenção e uso de antibioticoterapia tópica.
D) Deve-se prosseguir a investigação com a solicitação de um tomografia computadorizada com contraste.
E) Neste caso há suspeita de fistula enterocutânea mantenedora do seroma e que exige reabordagem cirúrgica.

24) Homem de 72 anos apresenta-se com queixas de entalamento alimentar na região cervical, mais acentuado do lado esquerdo, tosse persistente, salivação excessiva, halitose e disfagia intermitente. O esofagograma baritado descreve um divertículo faringoesofágico de cinco centímetros.
Há indicação de tratamento cirúrgico ou endoscópico, pela possibilidade de qual complicação?

A) Pneumonia por aspiração.
B) Carcinoma epidermóide no divertículo.
C) Desenvolvimento de esôfago de Barrett.

D) Evolução para uma fístula esofago-traqueal.
E) Na idade do paciente a conduta é expectante.

25) Doença descrita primeiramente por Jean Martin Charcot, em 1877, tratando-se de uma infecção do colédoco secundária a obstrução e ao aumento da pressão intraluminal. Qual a tríade referida pelo autor:

A) Dor, febre e icterícia.
B) Dor, cefaléia e icterícia.
C) Dor, hipotensão e vômitos.
D) Icterícia, vômitos biliosos e cefaléia.
E) Icterícia, Vômitos biliosos e diarréia.

26) O significado literal do termo acalasia é incapacidade de relaxar e é o mais conhecido de todos os distúrbios de motilidade esofágica. Presume-se que sua patogenia seja idiopática ou por degeneração neurogênica infecciosa. A tríade clássica dos sintomas apresentados na acalasia consiste em:

A) Globus, pirose e disfagia.
B) Disfagia, vômitos e pirose.
C) Regurgitação, vômitos e pirose.
D) Disfagia, regurgitação e vômitos biliosos.
E) Regurgitação, perda ponderal e disfagia.

27) Sobre o fechamento da parede abdominal, analise as afirmativas a seguir e assinale a alternativa que contém apenas as afirmativas corretas:
I. A incidência de hérnia incisional é menor quando o fechamento fascial ocorre com técnica de pequenas mordidas.
II. A terapia por pressão negativa pode auxiliar no tratamento da deiscência de ferida abdominal e pode ser aplicada diretamente sobre vasos sanguíneos expostos.
III. O uso profilático de telas e de suturas de contenção podem ser adotadas em pacientes com alto risco de evolução para hérnia incisional.

A) I está correta.
B) I e II estão corretas.
C) I e III estão corretas.
D) Nenhuma está correta.
E) Todas estão corretas.

28) Paciente internado em UTI após politraumatismo apresenta choque refratário a fluidos e vasopressores, com vasodilatação periférica acentuada e má distribuição do fluxo sanguíneo. Ao revisar o prontuário, identifica-se antecedente de artrite reumatoide. Qual informação adicional relacionada ao tratamento dessa doença é mais relevante para o manejo imediato do choque?

A) O uso prévio de corticoides causa hiperestimulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, resultando em hiperaldosteronismo agudo e choque hipovolêmico por diurese osmótica.
B) Deve-se investigar uso recente de anti-inflamatórios não esteroides, pois esses medicamentos podem agravar a função renal e contribuir para hipotensão em pacientes criticamente enfermos.
C) Pacientes com artrite reumatoide podem apresentar resposta reduzida aos vasopressores convencionais em razão da atividade inflamatória sistêmica, devendo-se considerar terapia imunomoduladora específica.
D) Deve-se verificar o uso de medicamentos antirreumáticos modificadores da doença, pois seus efeitos imunossupressores podem aumentar o risco de infecção e favorecer choque distributivo de origem séptica.
E) Deve-se verificar se o paciente fazia uso prolongado de corticosteroides, pois a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal pode causar insuficiência adrenal e indicar a administração de glicocorticoide em dose de estresse.

29) Paciente internado há 30 dias em UTI por complicação de cirurgia abdominal, sob ventilação mecânica, apresenta lesão por pressão sacral em estágio 3. Qual conjunto de condições o curativo deve proporcionar para favorecer a cicatrização?

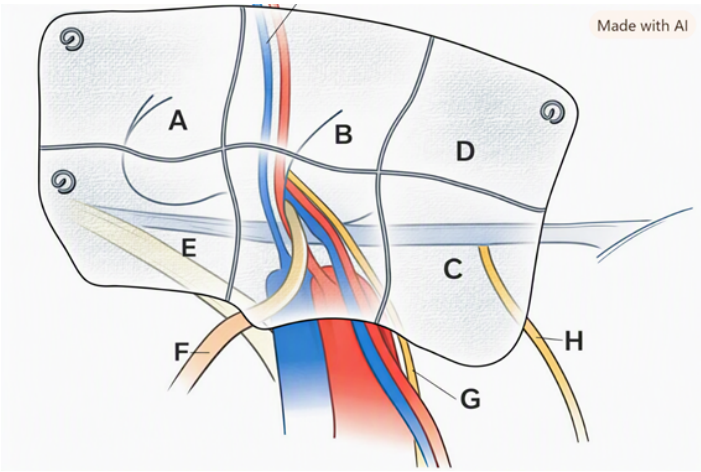
A) Ambiente úmido, limpo e quente.
B) Ambiente seco, limpo e aquecido.
C) Ambiente plenamente permeável.
D) Ambiente estéril e completamente oclusivo.
E) As condições essenciais dos curativos precisam coexistir.

30) Em relação às hérnias inguinais, analise as afirmativas a seguir e assinale a alternativa que contém apenas as afirmativas corretas:
I. O tratamento não cirúrgico das hérnias inguinais não tem aplicabilidade clínica, porque não implica em melhora dos sintomas relacionados a hérnia.
II. O uso de cintas no tratamento não cirúrgico das hérnias inguinais pode acarretar atrofia testicular, neurite ilioinguinal e encarceramento da hérnia.
III. A taxa de complicações relacionada às hérnias inguinais aumenta progressivamente com a idade do paciente, havendo migração para tratamento cirúrgico de pacientes que estavam em tratamento expectante.

A) Todas estão corretas.
B) Todas estão incorretas.
C) I e II estão corretas.
D) II e III estão corretas.
E) I e III estão corretas.

31) A figura abaixo foi modificada do livro Sabiston, 23ª edição. As letras indicam estruturas anatômicas da região inguinal. Qual alternativa apre-

senta a correspondência correta entre as letras e as estruturas anatômicas?



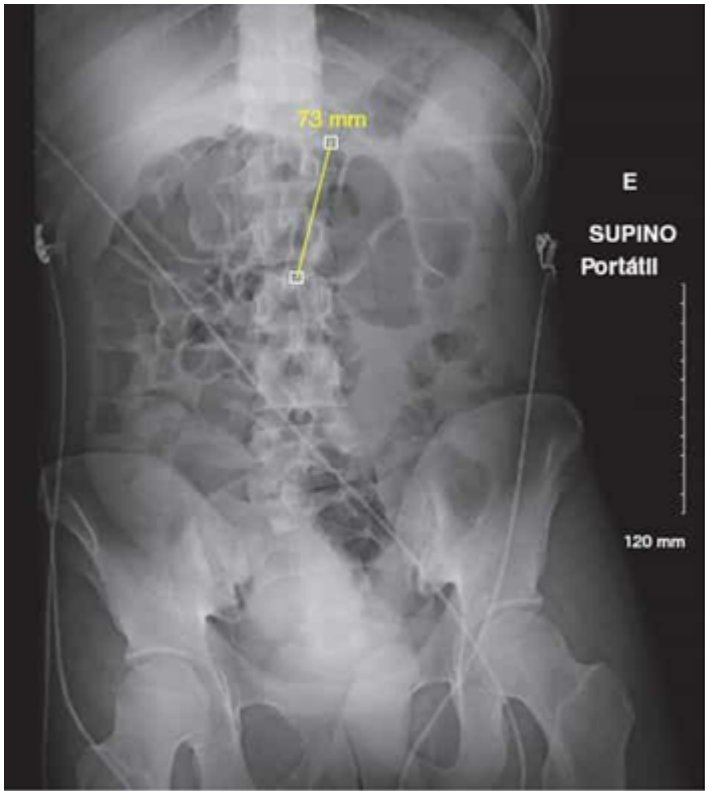
A) F = ducto deferente; G = ramo genital do nervo genitofemoral; H = nervo cutâneo femoral lateral.
B) F = ducto deferente; G = nervo cutâneo femoral lateral; H = ramo genital do nervo genitofemoral.
C) E = ligamento inguinal; G = ramo genital do nervo genitofemoral; H = nervo cutâneo femoral lateral.
D) E = ligamento de Cooper; G = nervo cutâneo femoral lateral; H = ramo genital do nervo genitofemoral.
E) E = ligamento de Cooper; F = ramo genital do nervo genitofemoral; H = nervo cutâneo femoral lateral.

32) Homem transgênero, 30 anos, procura o pronto atendimento por dor abdominal e apresenta 10 pontos na escala de Alvarado. Antes de definir a investigação por imagem ou a abordagem cirúrgica, qual medida é indispensável para excluir um diagnóstico que pode modificar a conduta?

A) Realizar tomografia de abdome e pelve.
B) Proceder a apendicectomia laparoscópica.
C) Solicitar dosagem de gonadotrofina coriônica humana.
D) Realizar tomografia de abdome e pelve e, após, apendicectomia.
E) Na indisponibilidade de tomografia, realizar exame físico seriado.

33) Paciente internado em UTI, com distensão abdominal progressiva, realiza radiografia portátil de abdome em decúbito dorsal (imagem obtida de Sabiston, 23ª edição). Considerando o segmento colônico assinalado na imagem, com diâmetro de 73 mm, assinale a alternativa correta.

Sobre a interpretação do achado e suas possíveis causas.



A) A radiografia em decúbito dorsal é suficiente para reconhecer a dilatação intestinal, e permite diferenciar definitivamente a etiologia funcional da mecânica sem tomografia computadorizada de abdome e correlação clínica.
B) O diâmetro de 73mm no cólon transverso indica dilatação patológica significativa e deve suscitar investigação de causas como obstrução intestinal mecânica, pseudo-obstrução colônica aguda ou megacólon.
C) A medição de 73mm encontra-se dentro dos limites fisiológicos normais para o cólon transverso e descendente em adultos, descartando a necessidade de investigação suplementar ou intervenção clínica
D) Por ter sido realizada com equipamento portátil em um paciente em supino, a medição do diâmetro colônico perde completamente a sua validade clínica e deve ser desconsiderada no manejo do paciente.
E) A radiografia em decúbito dorsal permite reconhecer a dilatação colônica, e a mensuração de 73mm faz a diferenciação entre obstrução mecânica, pseudo-obstrução e megacólon tóxico.

34) Com base nos aspectos fisiopatológicos, etiológicos e clínicos da hipertensão portal, assinale a alternativa correta:

A) A transformação cavernomatosa da veia porta ocorre quando há trombose da veia hepática na ausência de doença hepática parenquimatosa prévia.
B) O aumento do influxo venoso portal é a principal causa primária que inicia o processo de hipertensão portal, enquanto a resistência vascular atua apenas na sua manutenção.
C) A cirrose alcoólica causa hipertensão portal exclusivamente por mecanismo pós-sinusoidal, resultante

da compressão das veias centrolobulares pelos nódulos de regeneração.
D) A esquistossomose é uma causa frequente de hipertensão portal pré-sinusoidal intra-hepática, e a esplenectomia isolada corrige a resistência portal característica dessa doença.
E) A trombose isolada da veia esplênica resulta em hipertensão venosa gastroesplênica, levando predominantemente ao desenvolvimento de varizes gástricas em vez de esofágicas.

35) Um homem de 28 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em abdome, deu entrada no pronto-socorro em choque hemorrágico grave (PAS = 60 mmHg, FC = 140 bpm). Foi submetido imediatamente a uma laparotomia exploradora por incisão mediana ampla. Durante o inventário da cavidade, identificou-se sangramento abundante de origem retroperitoneal proveniente de uma lesão penetrante na veia cava inferior (VCI), com grande instabilidade hemodinâmica mantida e exsanguinação em curso. Com base nos princípios de exposição, controle vascular e reparo das lesões vasculares abdominais descritos na literatura cirúrgica de trauma, assinale a conduta correta:

A) A veia cava inferior deve ser abordada e exposta por meio de uma rotação visceral medial esquerda, que estende a visualização da confluência ilíaca até o hiato diafragmático.
B) O controle inicial do sangramento da veia cava deve ser feito com pinçamento vascular cego e vigoroso com pinças atraumáticas, dispensando o controle de tributárias lombares ou renais.
C) As lesões penetrantes por arma de fogo na aorta abdominal são rotineiramente tratadas por técnica endovascular em pacientes instáveis, dispensando o controle supracelíaco por laparotomia.
D) Por se tratar de um paciente hemodinamicamente instável com hemorragia contínua e risco de exsanguinação, reparações complexas são contraindicadas, optando-se pela ligadura ou desvio (shunt) do vaso.
E) Nas lesões anteriores ou laterais simples da veia cava inferior, o reparo primário deve ser evitado quando determinar qualquer grau redução relevante do lúmen vascular, sendo preferível a reconstrução com remendo ou enxerto.

36) Mulher de 42 anos, com colelitíase sintomática, é submetida a colecistectomia laparoscópica eletiva. Durante o procedimento, considera-se a realização de colangiografia intraoperatória por cateterização do ducto cístico. Com base no livro texto Sabiston, 23ª edição, sobre a colangiografia intraoperatória, assinale a alternativa correta:

A) O uso de rotina da colangiografia intraoperatória durante a colecistectomia laparoscópica reduz significativamente a incidência global de lesão à árvore biliar.
B) A colangiografia intraoperatória é incapaz de diagnosticar coledocolitíase ou identificar anatomia biliar anômala, servindo apenas para guiar a reconstrução biliar.
C) A realização de bypass gástrico em Y de Roux é uma contraindicação absoluta para a colangiografia intraoperatória, devendo-se optar sempre pela CPRE pré-operatória.
D) A colangiografia intraoperatória tem como desvantagens o acréscimo de tempo operatório e a exposição à radiação, razão pela qual muitos cirurgiões a utilizam de forma seletiva.
E) O painel de função hepática dentro dos limites da normalidade e a ausência de dor no dia da cirurgia são indicações formais para a realização da colangiografia intraoperatória seletiva.

37) Considerando os tumores malignos em cabeça e pescoço, assinale a alternativa incorreta:

A) o tabaco é um carcinógeno dose-dependente.
B) uso de bebidas alcoólicas está associado a carcinogênese.
C) o vírus Epstein-Barr (EBV) está associado a cânceres da nasofaringe
D) o câncer da tireóide é fortemente associado a carcinogênese do tabaco.
E) o papiloma vírus humano (HPV) é identificado como causa de câncer de orofaringe e nasofaringe.

38) Considerando os tumores malignos em cabeça e pescoço, assinale a alternativa incorreta:

A) os linfomas são raros.
B) o adenocarcinoma é o mais comum das glândulas salivares maiores.
C) no trato nasossinusal o carcinoma de células escamosas (CEC) é o mais frequente.
D) o carcinoma de células escamosas (CEC) é o carcinoma mais comum nos principais sítios.
E) o carcinoma de células escamosas (CEC) associado ao papiloma vírus humano (HPV) tem preponderância masculina de 4:1.

39) Considerando o estadiamento dos tumores malignos em cabeça e pescoço, assinale a alternativa incorreta:

A) Mx significa que a doença metastática não pode ser avaliada.
B) M0 significa que nenhuma metástase a distância está presente.
C) o estadiamento clínico do pescoço é baseado na palpação e na avaliação radiológica do pescoço.
D) o risco de metástases á distância depende mais do estadiamento nodal que do tamanho do tumor primário.
E) a TC (tomografia computadorizada) não apresen-

ta porcentagem de erro na identificação de linfonodos negativos para metástases.

40) Em relação a tumores primários sincrônicos do trato aerodigestório, assinale alternativa incorreta:

A) ocorrem em 4 a 8% dos pacientes.
B) a confirmação anátomo patológica é obrigatória antes de iniciar o tratamento.
C) o examinador deve estar especialmente vigilante para segundos tumores primários.
D) a TC de tórax deve ser realizada visando descartar lesões pulmonares sincrônicas.
E) existem marcadores sanguíneos para diagnóstico de diversos carcinomas de cabeça e pescoço, exceto para os da tireóide.