



EDITAL Nº 02/2025
DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 16

MÉDICO I
(Gastroenterologia: Endoscopia)

01.	B	11.	C	21.	A
02.	E	12.	B	22.	B
03.	A	13.	B	23.	B
04.	B	14.	A	24.	B
05.	D	15.	A	25.	E
06.	C	16.	D		
07.	C	17.	C		
08.	D	18.	B		
09.	D	19.	D		
10.	E	20.	C		

CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 02/2025

DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior

PS 16 - MÉDICO I

(Gastroenterologia: Endoscopia)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Faça hoje o que vai te dar orgulho amanhã.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.



INSTRUÇÕES



- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 O candidato que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame, portar relógios**, armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos/próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, **exceto em situações autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, réguas, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá utilizar os sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

Instrução: As questões 01 e 02 referem-se ao texto abaixo.

Paciente masculino com 52 anos, diabético não insulínico, apresentava pirose e regurgitação diurnas e noturnas há mais de 20 anos. Ao exame físico, não apresentava alterações relevantes, exceto obesidade centrípeta ($IMC = 36 \text{ kg/m}^2$). Ele foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA) com luz branca, sem cromoendoscopia ou magnificação, em que foram observados os achados a seguir na mucosa esofágica: projeção de epitélio cor salmão acometendo toda a circunferência do órgão dos 38 aos 42 cm da arcada dentária superior (ADS) associada a erosões confluentes aos 38 cm da ADS que acometiam menos de 75% da circunferência do órgão. O início das pregas gástricas se encontrava aos 42 cm da ADS, e o pinçamento diafragmático se encontrava aos 45 cm da ADS. As biópsias aleatórias do esôfago distal demonstravam metaplasia intestinal com presença de células caliciformes (indefinido para displasia, confirmado por patologista especialista em esôfago de Barrett).

01. Com base nos dados apresentados no texto, quais diagnósticos e classificações deveriam constar nas conclusões da descrição do procedimento?

- (A) Hérnia hiatal, esofagite erosiva grau "C" pela Classificação de Los Angeles, esôfago de Barrett Praga C4M0.
- (B) Hérnia hiatal, esofagite erosiva grau "C" pela Classificação de Los Angeles, esôfago de Barrett Praga C4M4.
- (C) Esofagite erosiva grau "D" pela Classificação de Los Angeles, esôfago de Barrett Praga C4M4.
- (D) Esofagite erosiva grau "C" pela Classificação de Los Angeles, esôfago de Barrett Praga C4M0.
- (E) Hérnia hiatal, esofagite erosiva grau "D" pela Classificação de Los Angeles, esôfago de Barrett Praga C4M4.

02. Referente ao paciente descrito no texto, leia o trecho abaixo.

Neste caso de esôfago de Barrett com biópsias indefinidas para displasia e esofagite erosiva, foi indicado tratamento com inibidores de bombas de prótons _____, por _____ antes de repetir endoscopia. Após este tratamento, a endoscopia foi repetida, demonstrando regressão da esofagite erosiva. Foi indicada cromoendoscopia com _____, que não revelou áreas suspeitas de displasia ou neoplasia, sendo conduzidas biópsias pelo protocolo de Seattle que não demonstraram displasia. Optado por nova endoscopia de seguimento em _____.

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do caso acima.

- (A) 1 vez ao dia – 3 meses – azul de metileno – 5 anos
- (B) 2 vezes ao dia – 6 meses – solução de Lugol – 5 anos
- (C) 2 vezes ao dia – 4 semanas – ácido acético – 5 anos
- (D) 1 vez ao dia – 6 meses – azul de metileno – 3 anos
- (E) 2 vezes ao dia – 6 meses – ácido acético – 3 anos

03. Numere a segunda coluna de acordo com a primeira, associando as situações clínicas com o tipo de tratamento endoscópico utilizado para seu manejo.

- (1) Sangramento de varizes de esôfago refratário ao tratamento clínico e endoscópico.
- (2) Tratamento paliativo de carcinoma escamoso de esôfago com disfagia.
- (3) Primeira linha de tratamento de estenose de anastomose esofagogástrica.
- (4) Estenose de anastomose esofagogástrica refratária à primeira linha de tratamento.
- () Prótese autoexpansível metálica parcialmente ou completamente recoberta.
- () Prótese autoexpansível metálica totalmente recoberta de grande diâmetro como terapia-ponte (curta duração).
- () Prótese autoexpansível metálica totalmente recoberta por 6 a 8 semanas.
- () Dilatações seriadas de 2 em 2 semanas.

A sequência numérica correta de preenchimento dos parênteses da segunda coluna, de cima para baixo, é

- (A) 2 – 1 – 4 – 3.
- (B) 1 – 4 – 2 – 3.
- (C) 2 – 4 – 1 – 3.
- (D) 4 – 1 – 3 – 2.
- (E) 3 – 4 – 1 – 2.

04. Paciente do sexo masculino, 72 anos, com histórico de fibrilação atrial em uso de apixabana e insuficiência renal crônica estágio 3, é admitido por anemia ferropriva sintomática (Hb 7,9 g/dL) e episódios recorrentes de melena. Ele já realizou endoscopia digestiva alta e colonoscopia, ambas sem achados relevantes. Durante a internação, recebeu transfusão de concentrado de hemácias e foi submetido à cápsula endoscópica, que identificou múltiplas lesões angiodisplásicas no jejuno e no íleo proximal.

Com base nesse achado, qual a conduta mais apropriada para esse paciente?

- (A) Suspender a apixabana e manter apenas suporte transfusional, uma vez que a anticoagulação é a principal causa do sangramento.
- (B) Realizar enteroscopia assistida por balão com coagulação por plasma de argônio, considerando o achado de lesões angiodisplásicas.
- (C) Indicar embolização arterial terapêutica devido ao risco de novo sangramento, dado o uso de anticoagulação.
- (D) Iniciar octreotida intravenosa para controle do sangramento, pois lesões angiodisplásicas são altamente recorrentes.
- (E) Encaminhar o paciente para ressecção cirúrgica segmentar do jejuno e íleo proximal devido à presença de múltiplas lesões.

05. A cápsula endoscópica e a enteroscopia assistida por balão (EAB) são ferramentas complementares na investigação de doenças do intestino delgado. Com base nas diretrizes da Sociedade Europeia ESGE (2023), relacione a segunda coluna de acordo com a primeira, associando a síndrome clínica à conduta a ser seguida.

- (1) Paciente com anemia ferropriva crônica e sangramento digestivo de origem obscura após endoscopia alta e colonoscopia normais.
 - (2) Episódio de hemorragia digestiva baixa maciça com instabilidade hemodinâmica.
 - (3) Suspeita de neoplasia de intestino delgado visualizada na cápsula endoscópica.
 - (4) Identificação de lesão subepitelial no jejuno por cápsula endoscópica, sem sinais de sangramento ativo.
 - (5) Lesão ulcerada com bordas elevadas e infiltrativas no íleo distal vista na cápsula endoscópica.
-
- () Realizar enteroscopia assistida por balão para biópsia e eventual ressecção endoscópica da lesão.
 - () Indicar enterotomografia (entero-TC) ou enterorressonância (entero-RM) antes de qualquer abordagem endoscópica.
 - () Realizar cápsula endoscópica como primeiro exame para localização do sangramento.
 - () Encaminhar diretamente para cirurgia devido à alta suspeita de lesão neoplásica sem perspectiva de tratamento endoscópico.
 - () Contraindicar enteroscopia assistida por balão e priorizar angiografia com embolização devido ao risco de instabilidade hemodinâmica.

A sequência numérica correta de preenchimento dos parênteses da segunda coluna, de cima para baixo, é

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

06. Paciente de 38 anos, sexo feminino, com diagnóstico de doença de Crohn ileocolônica, fenótipo estenosante. Há 6 meses, foi submetida à ileocelectomia direita por atividade acentuada da doença no íleo terminal (segmento de 20 cm distais) com estenose da válvula ileocecal. Vem em tratamento com imunobiológico da classe anti-TNF 5 mg/kg via intravenosa a cada 8 semanas desde a cirurgia. Apresenta-se em consultório com queixa de fezes líquidas, sem presença de elementos patológicos, cerca de 4 a 5 episódios ao dia, associados a dor abdominal esporádica. Colonoscopia de controle pós-operatório revela anastomose ileocolônica transponível pelo aparelho, com úlcera rasa de até 5 mm de diâmetro e pelo menos 10 úlceras aftoides entremeadas por áreas de mucosa normal nos 20 cm distais do neóileo terminal.

Assinale a alternativa que contempla o escore endoscópico e a conduta terapêutica corretos para o caso em questão.

- (A) Rutgeerts i2a – manutenção do tratamento atual.
- (B) Rutgeerts i2b – manutenção do tratamento atual.
- (C) Rutgeerts i2b – otimização do tratamento para 10 mg/kg a cada 8 semanas.
- (D) Rutgeerts i3 – otimização do tratamento para 10 mg/kg a cada 8 semanas.
- (E) Rutgeerts i4 – troca de classe de terapia imunobiológica.

07. Analise as seguintes afirmações sobre anticoagulantes e antiplaquetários no contexto de hemorragia digestiva e de procedimentos endoscópicos eletivos.

- I - O uso de vitamina K está indicado em todos os pacientes com sangramento digestivo agudo que fazem uso de varfarina.
- II - Pacientes com história de infarto agudo do miocárdio que fazem uso crônico de ácido acetilsalicílico (AAS) devem suspender esta medicação 7 dias antes da realização de uma colonoscopia eletiva.
- III - Em caso de sangramento digestivo com instabilidade hemodinâmica em pacientes que utilizam varfarina, o medicamento de escolha para reversão do efeito anticoagulante é concentrado de complexo protrombínico.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e III.
- (E) Apenas II e III.

08. Com relação à endoscopia digestiva, assinale **1** para procedimentos com alto risco de sangramento e **2** para procedimentos com baixo risco de sangramento.

- () Coagulação com plasma de argônio.
- () Ecoendoscopia com punção por agulha fina.
- () Mucosectomia.
- () Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) com colocação de prótese, sem esfínterectomia.
- () Polipectomia (< 10 mm).

A sequência numérica correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

- (A) 1 – 1 – 1 – 2 – 2.
- (B) 2 – 1 – 2 – 1 – 2.
- (C) 2 – 2 – 1 – 1 – 1.
- (D) 2 – 1 – 1 – 2 – 2.
- (E) 1 – 2 – 2 – 1 – 1.

09. Com relação ao manejo pré-endoscopia em paciente cirrótico com hemorragia digestiva alta, assinale a alternativa correta.

- (A) Transfusão sanguínea restritiva deve ser adotada em todos os pacientes.
- (B) Reposição volêmica com coloide diminui a mortalidade.
- (C) Agente antifibrinolítico (ácido tranexâmico) está indicado para reduzir o sangramento varicial.
- (D) O INR não deve ser parâmetro para guiar a transfusão de plasma fresco.
- (E) Antibiótico profilático reduz o sangramento, porém não altera a mortalidade.

10. Sobre os escores endoscópicos utilizados na retocolite ulcerativa, assinale as afirmativas abaixo com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso).

- () O escore endoscópico de Mayo (EEM), por ser validado e com alta concordância interobservador, é o escore mais utilizado na prática clínica.
- () O *Ulcerative Colitis Endoscopy Index of Severity* (UCEIS) leva em consideração a friabilidade da mucosa, enquanto o EEM não contempla esse achado na sua descrição.
- () Diferente do EEM, a profundidade das úlceras é um parâmetro contemplado pelo UCEIS.
- () Remissão endoscópica é quando encontramos um EEM = 1 e UCEIS ≤ 1.

A sequência correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

- (A) V – V – F – V.
- (B) V – F – V – F.
- (C) F – V – V – V.
- (D) V – F – F – F.
- (E) F – F – V – V.

11. Paciente de 48 anos, do sexo feminino, comparece ao consultório médico solicitando informações acerca do rastreamento de neoplasia colorretal. Apresenta histórico médico de obesidade ($IMC = 31 \text{ kg/m}^2$), hipertensão arterial sistêmica e cardiopatia isquêmica, em uso de losartana 50 mg/dia, rosuvastatina 10 mg/dia e AAS 100 mg/dia. Descreve história familiar positiva, tendo sido sua tia materna diagnosticada com adenocarcinoma de cólon sigmoide aos 72 anos. Não apresenta sintomas gastrointestinais, e o exame físico abdominal não detecta anormalidades significativas. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Está indicado início de rastreamento devido ao histórico familiar da paciente, o qual a eleva à categoria de alto risco.
- (B) Não está indicado rastreamento, pois a familiar acometida estava com idade > 60 anos ao diagnóstico.
- (C) Sugere-se iniciar o rastreamento devido à idade da paciente, mesmo sendo considerada de baixo risco para neoplasia colorretal.
- (D) Apesar das recentes discussões sobre o tema, ainda se deve iniciar rastreamento apenas em pacientes acima de 50 anos.
- (E) O uso de AAS reduz o risco de desenvolver neoplasia colorretal, podendo-se nesse caso postergar o início do rastreamento para > 50 anos.

12. Sobre a realização do exame de colonoscopia, analise as seguintes afirmativas.

- I - Líquidos claros podem ser consumidos até 2h antes da realização do exame.
- II - Por tratar-se de procedimento mais longo e invasivo que a endoscopia digestiva alta, recomenda-se assistência de anestesista em todos os casos.
- III - Acompanhamento por eletrocardiograma durante o procedimento somente é necessário em casos de sedação profunda.
- IV - Sedação profunda induzida por propofol pode aumentar a taxa de broncoaspiração quando comparada à sedação superficial.

Quais estão corretas?

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

13. Qual das lesões colônicas de espalhamento lateral (LST) abaixo tem menor probabilidade de invasão da submucosa?

- (A) Lesão granular nodular.
- (B) Lesão granular homogênea.
- (C) Lesão não granular elevada.
- (D) Lesão não granular deprimida.
- (E) Lesão não granular homogênea.

14. Das situações abaixo, qual aumenta o risco de pancreatite aguda pós-colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER)?

- (A) Dilatação papilar com balão de pequeno calibre.
- (B) Papilotomia com corrente puro corte.
- (C) Canulação profunda com auxílio do fio guia.
- (D) Colocação de prótese pancreática.
- (E) Hidratação intravenosa pré-procedimento.

15. Com relação a corpo estranho no trato GI, qual das situações abaixo se configura uma emergência médica, na qual o exame deve ser realizado o mais breve possível, preferencialmente no período de 2 a 6 horas?

- (A) Disco de bateria no esôfago.
- (B) Moeda de 15 mm no estômago.
- (C) Magneto no estômago.
- (D) Prótese dentária, não metálica, de 18 mm no duodeno.
- (E) Pacote de cocaína no estômago.

16. Paciente de 45 anos realizou colonoscopia de rastreamento. Durante o exame, foi observada lesão plana elevada de 12 mm no cólon direito, recoberta por discreta camada de muco na superfície. A lesão foi removida com técnica de mucosectomia, e o anatomopatológico demonstrou um adenoma sésil serrado com displasia, sendo a lesão totalmente ressecada. Em quanto tempo está indicada uma nova colonoscopia de rastreamento nesse paciente?

- (A) 6 meses
- (B) 1 ano
- (C) 2 anos
- (D) 3 anos
- (E) 5 anos

17. Paciente com imunodeficiência adquirida (SIDA) tem queixas de odinofagia e disfagia há 3 meses. Realizou endoscopia digestiva alta com achado de diversas úlceras circunscritas, circundadas por mucosa normal, cujo anatomopatológico das biópsias demonstrou células gigantes multinucleadas, com núcleo em vidro fosco e inclusões eosinofílicas (corpos de inclusão tipo A de Cowdry). Qual o diagnóstico correto?

- (A) Úlcera esofágica idiopática.
- (B) Infecção por citomegalovírus (CMV).
- (C) Infecção por herpes vírus (HSV).
- (D) Doença do refluxo gastroesofágico.
- (E) Infecção por *criptosporidium*.

18. Durante uma endoscopia digestiva alta, são indicações formais de biópsia da mucosa do duodeno, **EXCETO** um dos casos abaixo. Assinale-o.

- (A) Paciente assintomático investigando anemia por deficiência de ferro.
- (B) Presença de úlcera péptica no duodeno em paciente dispéptico.
- (C) Evidência de serrilhamento na mucosa da segunda porção duodenal, independentemente de sintomas.
- (D) Paciente com dispepsia e história familiar de primeiro grau de doença celíaca.
- (E) Paciente com síndrome de Down e duodeno normal investigando diarreia crônica.

19. Paciente do sexo masculino, de 22 anos, portador de *diabetes mellitus* tipo 1, é encaminhado à Unidade de Endoscopia do HCPA para investigar quadro de diarreia crônica e perda de peso. Durante a realização da sua endoscopia digestiva alta, não foram observadas quaisquer alterações no esôfago, estômago ou duodeno. Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, assinale a melhor conduta endoscópica referente a biópsia duodenal.

- (A) Deve-se proceder com biópsias do duodeno somente se o paciente apresentar serrilhamento da mucosa duodenal e estiver consumindo trigo e derivados nas últimas 8 semanas.
- (B) Deve-se proceder com biópsias do duodeno somente se o paciente apresentar serrilhamento da mucosa duodenal, independentemente de estar consumindo trigo e derivados nas últimas 8 semanas.
- (C) Deve-se postergar biópsias do duodeno para outro momento se o paciente apresentar serrilhamento da mucosa duodenal e não estiver consumindo trigo e derivados nas últimas 8 semanas.
- (D) Deve-se proceder com biópsias do duodeno independentemente de achados endoscópicos e do consumo de trigo e derivados nas últimas 8 semanas.
- (E) Deve-se proceder com biópsias do duodeno, independentemente dos achados endoscópicos, somente se o paciente estiver consumindo trigo e derivados nas últimas 8 semanas.

20. Paciente de 48 anos, alcoolista, com história de pancreatite crônica agudizada há 6 semanas, realizou ressonância magnética de abdômen com os achados a seguir: estenose curta na porção cefálica do ducto pancreático principal com pseudocisto a montante de 6 cm de diâmetro comunicando com o ducto pancreático. Frente ao caso descrito, assinale a conduta indicada.

- (A) Drenagem percutânea.
- (B) Drenagem endoscópica transmural através do estômago.
- (C) Drenagem endoscópica transpapilar com colocação de prótese plástica no ducto de Wirsung.
- (D) Drenagem cirúrgica com cistogastroanastomose.
- (E) Manejo expectante devido à alta probabilidade de reabsorção espontânea.

21. Com relação à análise do líquido da neoplasia cística pancreática, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Mutações no GNAS é altamente específica de IPMN malignizado.
- (B) Mutações no gene TP53 são associadas a IPMN com displasia de alto grau ou carcinoma invasivo.
- (C) Mutações no KRAS é encontrada no cisto mucinoso.
- (D) Mutações no VHL é altamente específica para neoplasia cística serosa.
- (E) CEA maior que 200 mg/mL e glicose menor que 50 mg/dL são altamente sugestivas de neoplasia cística mucinosa.

22. Em pacientes com gastrite crônica atrófica e história familiar de câncer gástrico, há indicação de vigilância endoscópica naqueles que apresentam classificação histológica OLGA/OLGIM a partir de III e IV. Durante a realização de endoscopia digestiva alta de seguimento desses pacientes, qual alternativa abaixo se correlaciona com os locais mais indicados para a realização das biópsias do estômago?

- (A) 1 do antro gástrico, 1 da incisura angular e 1 do corpo gástrico.
- (B) 2 do antro gástrico, 1 da incisura angular e 2 do corpo gástrico.
- (C) 2 do antro gástrico, 1 do fundo gástrico e 1 do corpo gástrico.
- (D) 1 do antro gástrico, 2 da incisura angular e 1 do corpo gástrico.
- (E) 2 do antro gástrico, 2 da incisura angular e 2 do corpo gástrico.

23. Em relação à avaliação do risco de sangramento em procedimentos endoscópicos terapêuticos, qual alternativa contém somente procedimentos considerados de alto risco de sangramento para os quais é orientado suspender o uso crônico de clopidogrel?

- (A) Ampulectomia endoscópica – mucosectomia de esôfago – biópsia de antro e corpo.
- (B) Ampulectomia endoscópica – dilatação de estenoses – punção aspirativa de cisto de pâncreas por ecoendoscopia.
- (C) Biópsia de antro e corpo – polipectomia a frio – colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) com esfínterotomia.
- (D) CPER com esfínterotomia – dilatação de anastomoses – colocação de prótese esofágica.
- (E) Gastrostomia endoscópica – biópsia de duodeno – CPER diagnóstica.

24. De acordo com a classificação de Haggitt para pólipos de cólon pediculados, qual a classificação para o pólipo com carcinoma com acometimento da camada muscular da mucosa restrito ao colo do pólipo, sem atingir o pedículo?

- (A) Haggitt 1
- (B) Haggitt 2
- (C) Haggitt 3
- (D) Haggitt 4
- (E) Haggitt 5

25. Segundo o Consenso de Lyon sobre diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), atualizado em 2024, assinale a afirmativa correta.

- (A) Qualquer evidência de esofagite (graus A, B, C e D de Los Angeles) é suficiente para o diagnóstico de DRGE.
- (B) Pacientes com pirose, regurgitação e disfagia devem ser inicialmente submetidos à impedância-pH-metria sem uso de inibidores de bombas de prótons na última semana antes do procedimento (*off PPI*).
- (C) Esofagite erosiva nos graus A e B de Los Angeles não são suficientes para o diagnóstico de DRGE.
- (D) Pacientes com sintomas atípicos devem realizar teste terapêutico com inibidores de bombas de prótons por 4 semanas para o diagnóstico de DRGE, não necessitando de exames complementares.
- (E) Esofagite erosiva em graus B, C e D de Los Angeles, esôfago de Barrett comprovado por biópsia ou estenose péptica do esôfago são suficientes para o diagnóstico de DRGE.