

Processo Seletivo para Ingresso em Residência Médica nos programas de: **Neonatologia, Infectologia Pediátrica e Medicina Intensiva Pediátrica**

# Caderno de Prova

## Instruções

- Verifique se esta prova contém todas as questões.
- É proibido qualquer tipo de comunicação, e ou utilização de equipamentos eletrônicos durante a prova.
- Quando receber a **Folha de Respostas**, verifique se os seus dados estão corretos. Caso necessite, solicite ao fiscal para efetuar as correções na Ata da Prova.
- Leia atentamente cada questão e assinale na **Folha de Respostas** a alternativa que mais adequadamente a responde.
- A **Folha de Respostas NÃO** pode ser dobrada, amassada, rasurada, manchada ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na **Folha de Respostas** é cobrindo, totalmente com caneta esferográfica azul ou preta, espaço a ela correspondente, conforme indicado na ilustração ao lado.

CERTO						ERRADO					
RESPOSTAS						RESPOSTAS					
01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	02	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	05	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Pré-requisito em Residência de Pediatria

**1) Assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) Em lactentes, crianças e adolescentes até 13 anos de idade, em parada cardiorrespiratória, quando precisamos usar um desfibrilador externo automático, devemos utilizar pás pediátricas, se disponíveis. Se não tivermos pás pediátricas, podemos usar pás de adulto.
- b) Em lactentes e crianças com menos de 8 anos de idade, em parada cardiorrespiratória, quando precisamos usar um desfibrilador externo automático, devemos utilizar pás pediátricas, se disponíveis. Se não tivermos pás pediátricas, podemos usar pás de adulto.
- c) Alguns modelos de desfibriladores externos automáticos (DEAs) são projetados para uso pediátrico e em adultos. Esses DEAs administram carga de choque reduzida quando são usadas pás pediátricas.
- d) A carga do DEA pode ser reduzida por cabos pediátricos, um atenuador ou uma pré-programação no dispositivo.
- e) Em lactentes, não podemos usar um DEA.

**2) Assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) A frequência de compressão universal em todas as vítimas de PCR é 100 a 120/min. A relação de compressão-ventilação para um único socorrista é a mesma (30:2) em adultos, crianças e lactentes.
- b) O local correto para aplicar as compressões torácicas em um lactente em PCR é no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar, na metade inferior do esterno, sem pressionar a ponta do esterno.
- c) A profundidade da compressão torácica na ressuscitação cardiopulmonar de um lactente deve ser em torno de 4cm.
- d) Quando há dois socorristas reanimando um lactente, que se encontra em parada cardiorrespiratória, a técnica de compressões torácicas feitas com dois polegares é a técnica preferida, porque melhora o fluxo sanguíneo.
- e) A frequência de compressão universal em todas as vítimas de PCR é de 80 a 100/min. A relação de compressão-ventilação para um único socorrista é a mesma (30:2) em adultos, crianças e lactentes.

**3) Assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) Quando uma criança está inconsciente e não está respirando, mas tem pulso, devemos fazer uma ventilação a cada 3 ou 5 minutos.
- b) Quando você perceber sinais de perfusão deficiente em um lactente, embora a ventilação de resgate seja adequada, e a frequência cardíaca for menor ou igual a 60/minuto, devemos iniciar a RCP (compressões e ventilações).
- c) Em lactentes com obstrução de vias aéreas por corpo estranho, que se apresentam inconscientes, devemos iniciar RCP com compressões torácicas. Não devemos verificar o pulso.
- d) Quando uma criança está inconsciente e não está respirando, mas tem pulso, devemos fazer duas ventilações a cada 10 segundos.
- e) Na vítima com obstrução de vias aéreas por corpo estranho, não devemos realizar varredura digital às cegas, porque isso pode empurrar o corpo estranho para dentro da via aérea.

**4) Assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) Você está na sala de emergência e recebe uma criança aparentemente inconsciente, você deve tocar em seus ombros e perguntar: “Você está bem? “. Se a criança não responde, você deve pedir ajuda e um DEA e, em seguida, verificar se não há respiração ou se há somente *gasping* e verificar o pulso (simultaneamente). Se você definitivamente não sentir nenhum pulso em 10 segundos, você deve iniciar a RCP de alta qualidade com compressões torácicas.
- b) *Gasping* não é uma respiração normal, mas um sinal de PCR.
- c) Você está na sala de emergência e recebe uma criança aparentemente inconsciente, você deve tocar em seus ombros e perguntar: “Você está bem? “. Se a criança não responde, você deve observar se ela respira. Se a criança não respira, você deve pedir ajuda e um DEA e, depois, verificar o pulso. Se você definitivamente não sentir nenhum pulso em 10 segundos, você deve iniciar a RCP de alta qualidade começando pelas ventilações com pressão positiva.
- d) O dispositivo bolsa-válvula-máscara é usado para fornecer ventilação com pressão positiva para uma vítima que não está respirando ou cuja respiração não está normal.
- e) Se o dispositivo bolsa-válvula-máscara não estiver ligado a um fluxo de oxigênio, ele fornecerá 21% do oxigênio do ar ambiente.

**5) Você recepciona, na sala de parto, um recém-nascido pesando 2.900 gramas, a termo, cuja mãe é HBsAg positiva. O recém-nascido está clinicamente saudável e com exame físico normal. Em relação à profilaxia da hepatite B, analise os procedimentos para esse recém-nascido:**

- 1 - Separar a criança da sua mãe até que ela se torne HBsAg negativa e HBeAg negativa.
- 2 - Aplicar a vacina contra hepatite B, com 1 mês e com 6 meses de idade.
- 3 - Empregar a imunoglobulina para hepatite B (IGHB) na criança, de preferência hiperimune.
- 4 - Evitar soluções de continuidade na pele ou mucosas do recém-nascido

**Assinale a alternativa CORRETA:**

- a) As afirmativas 1, 3 e 4 estão corretas.
- b) As afirmativas 2, 3 e 4 estão corretas.
- c) As afirmativas 2 e 3 estão corretas.
- d) As afirmativas 3 e 4 estão corretas.
- e) As afirmativas 1 e 2 estão corretas.

**6) Em qual das alternativas abaixo, não há característica clínica e fisiopatológica da asfixia perinatal?**

- a) Vasoconstrição pulmonar.
- b) Aumento do débito cardíaco.
- c) Aumento da glicogenólise.
- d) Edema cerebral.
- e) Diminuição do débito cardíaco.

**7) A hiperbilirrubinemia neonatal pode ocorrer por várias causas. Em relação à fisiopatologia da hiperbilirrubinemia, assinale a alternativa CORRETA:**

- a) A icterícia observada na mucoviscidose deve-se à deficiência da excreção hepática da bilirrubina conjugada.
- b) A icterícia observada no hipotireoidismo congênito deve-se à hiper-hemólise.
- c) A icterícia observada na esferocitose deve-se à deficiência de captação da bilirrubina ao nível do hepatócito.
- d) A icterícia da hipoglicemia deve-se à hiper-hemólise.
- e) A icterícia fisiológica ocorre por aumento da conjugação hepática da bilirrubina conjugada.

8) Em relação à icterícia do leite materno, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Os níveis séricos de bilirrubina aumentam com a frequência das mamadas.
- b) Geralmente os níveis séricos de bilirrubina persistem acima de 20 mg% por 1 mês.
- c) Sua incidência é de 1% a 2% dos recém-nascidos amamentados ao seio.
- d) A incidência é maior em recém-nascidos macrossômicos e filhos de mãe diabética.
- e) Há aumento de bilirrubina direta.

9) A presença de evacuações diárias com fezes líquidas e explosivas em um recém-nascido amamentado exclusivamente ao seio materno **PROVAVELMENTE** é devido a:

- a) Deficiência transitória de lactase.
- b) Infecção intestinal aguda.
- c) Intolerância à proteína do leite materno.
- d) Enterocolite necrosante.
- e) Reflexo gastrocólico exacerbado.

10) A causa **MAIS FREQUENTE** de íleo meconial primário em recém-nascidos é:

- a) Intusseção do cólon.
- b) Polidrâmnio.
- c) Mucoviscidose.
- d) Atresia de íleo terminal.
- e) Megacólon congênito.

11) De acordo com os critérios de Sarnat e Sarnat para lesão hipóxico-isquêmica, são sinais de **PIOR** prognóstico:

- a) Reflexos tediosos diminuídos ou ausentes.
- b) Hipotonia leve e mioclonias.
- c) Pupilas midriáticas e fotorreativas.
- d) Ritmo respiratório regular e espontâneo.
- e) Taquicardia com ritmo sinusal.

12) Recém-nascido pré-termo pesando 1.900g deverá receber as seguintes vacinas:

- a) As vacinas BCG e contra hepatite B ao nascer.
- b) As vacinas BCG e contra hepatite B ao atingir 2.000g.
- c) As vacinas BCG e contra hepatite B ao atingir o termo.
- d) A vacina BCG ao atingir 2.000g e contra hepatite B ao atingir o termo.
- e) A vacina BCG ao atingir 2.000g e contra hepatite B ao nascer.

13) Recém-nascido a termo, nasceu de parto vaginal, apresentando boa vitalidade, pré-natal sem intercorrências. Qual a **MELHOR CONDUTA** a ser indicada pelo pediatra após o nascimento?

- a) Clampeamento imediato do cordão umbilical.
- b) Levar o bebê ao berço aquecido, para avaliação detalhada, distante da mãe.
- c) Colocar o bebê em contato imediato com a mãe e orientar o clampeamento tardio do cordão umbilical (1 a 3 minutos).
- d) Iniciar estímulo tátil com fricção dos pés e do dorso.
- e) Iniciar ventilação com balão e máscara.

**14)** Em recém-nascidos portadores da Síndrome de Down, qual a cardiopatia congênita **MAIS COMUM**?

- a) Atresia tricúspide.
- b) Defeito no septo átrio-ventricular.
- c) Hipoplasias de cavidades direitas.
- d) Hipoplasias de cavidades esquerdas.
- e) Doença de Ebstein.

**15)** Mãe primigesta retorna à consulta pós-nascimento no sétimo dia de vida do bebê com dificuldade na amamentação devido a fissuras no mamilo. A **PRINCIPAL CAUSA** de fissura mamária é:

- a) As mamadas prolongadas.
- b) As mamadas frequentes.
- c) A monilíase oral na criança.
- d) A técnica incorreta na "pega" do bebê ao mamar.
- e) A primiparidade.

**16)** Uma criança, 10 anos de idade, atendida em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com quadro de febre há 2 dias, com surgimento de cefaleia e vômitos há 12 horas. Ao exame físico, apresenta-se com bom estado geral, hidratada, orofaringe com hiperemia moderada, boa perfusão, pressão arterial normal, alerta, escala de Glasgow de 15, porém com sinal de Brudzinski e Kerning positivos e rigidez de nuca moderada. Diante dos achados, foi colhido líquido através de punção lombar, cujo resultado foi uma pleocitose de 350 leucócitos/mm<sup>3</sup>, com predomínio de 95% de linfócitos. Em relação a esse caso, a conduta inicial **MAIS APROPRIADA** é:

- a) Iniciar uso precoce de dexametossana, ceftriaxona e aciclovir para evitar complicações graves de meningite.
- b) Colher 3 hemoculturas e iniciar o cefepime, devido ao atual padrão de resistência de cepas bacterianas que causam meningite pelo uso abusivo da ceftriaxona.
- c) Iniciar somente o aciclovir e a hidratação venosa, pois trata-se de uma provável meningite viral.
- d) Iniciar uso de medicações sintomáticas e internação com observação clínica.
- e) Iniciar esquema específico para meningite por tuberculose.

**17)** Menor, 4 anos de idade, com quadro de febre, dor abdominal, vômitos, diarreia há 7 dias, apresentando, ao exame físico, anictérico e com fígado doloroso a palpação a 5cm do rebordo costal direito. Fez hemograma que apresentava leucócitos totais de 17.000/mm<sup>3</sup>, sendo 50% de eosinófilos e 33% de neutrófilos. Das doenças abaixo citadas, o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL** é:

- a) Hepatite viral.
- b) Abscesso hepático.
- c) Ancilostomíase.
- d) Salmonelose.
- e) Toxocaríase.

**18)** Menor, 10 anos de idade, é admitido na enfermaria do Hospital de referência para tratamento cirúrgico de osteomielite complicada. Estava internado há 20 dias em outro hospital em uso de oxacilina. Foi colhido cultura de *swab* nasal de entrada com crescimento de enterobactéria ESBL positiva (produtora de beta-lactamase de espectro estendido). Diante disso, a conduta **MAIS CORRETA** é:

- a) Manter em precaução de contato (precaução padrão com uso de avental e luvas).
- b) Suspende a oxacilina e iniciar o esquema para bactérias Gram negativas guiado pelo antibiograma da cultura.
- c) Associar o meropenem ao esquema de oxacilina, pois se trata de uma infecção por bactéria multirresistente de origem comunitária.
- d) Manter o esquema de oxacilina e em precaução respiratória por gotículas.
- e) Prescrever descolonização com uso de mupirocina e banho com clorexidine por 5 dias.

**19)** Sabe-se que a dengue grave é uma doença que acomete frequentemente a faixa pediátrica. Analise as afirmativas abaixo:

- I – Entre os sinais de alarme mais comuns que sinalizam possível gravidade, podem destacar-se os vômitos frequentes e a dor abdominal intensa.
- II – A fuga capilar costuma ocorrer frequentemente nas primeiras 48 horas da doença e leva a um extravasamento plasmático rápido e ao choque hipovolêmico.
- III – A queda acentuada das plaquetas está intimamente relacionada à presença de grandes hemorragias e não ao choque hipovolêmico.
- IV – Durante a evolução do quadro, a queda de hematócrito associada à piora do quadro clínico, com surgimento de sinais de choque, pode sugerir a presença de hemorragias internas.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Apenas uma afirmativa é correta.
- b) Duas afirmativas são corretas.
- c) Três afirmativas são corretas.
- d) Quatro afirmativas são corretas.
- e) Nenhuma afirmativa é correta.

**20)** A ANVISA recomenda que os repelentes usados em crianças não devem conter mais do que a seguinte porcentagem de N, N-dietil-meta-toluamida (DEET):

- a) 5%
- b) 10%
- c) 15%
- d) 20%
- e) 30%

**21)** Adolescente do sexo masculino, 15 anos de idade, veio transferido da emergência para a sua enfermaria com quadro de neuropatia de múltiplos nervos periféricos, sem demais achados clínicos. Durante a anamnese, ele relata que há três semanas apresentou um quadro de doença febril aguda e faringite que durou cerca de quatro dias. Qual dos seguintes agentes está **MAIS COMUMENTE** associado à faringite e à polineuropatia?

- a) Citomegalovírus.
- b) Herpes simplex vírus.
- c) *Corynebacterium diphtheriae*.
- d) *Borrelia burgdorferi*.
- e) Epstein Barr vírus.

**22)** Durante a consulta pediátrica, a mãe de um paciente quer saber quais vacinas seu filho de 12 meses de idade pode tomar. Quando ele tinha 9 meses, esse paciente teve o diagnóstico de doença de Kawasaki e foi tratado com uma dose de imunoglobulina EV (2g/Kg) e alta dose de aspirina, evoluindo satisfatoriamente. Ao avaliar a carteira de vacinação da criança, você observa que o paciente havia recebido todas as vacinas até a data da doença e que já estaria na época de receber as seguintes doses:

- Primeira dose de hepatite A.
- Quarta dose de *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).
- Terceira dose de pneumocócica conjugada (PCV13).
- Primeira dose de sarampo, rubéola e caxumba (MMR).
- Primeira dose de varicela.

Você então aconselha à mãe que, no momento, é **MAIS APROPRIADO** que sejam administradas:

- a) Todas as vacinas, exceto MMR.
- b) Todas as vacinas, exceto MMR e varicela.
- c) Todas as vacinas, exceto MMR, varicela e hepatite A.
- d) Todas as vacinas, sem exceção.
- e) Nenhuma das vacinas acima.

**23)** Correlacione abaixo os tipos de precauções utilizadas no ambiente hospitalar com as situações às quais devem ser aplicadas e marque a alternativa **CORRETA**:

I. Precaução Padrão	a. Meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola.
II. Precauções de Contato	b. Tuberculose, sarampo, varicela.
III. Precauções para gotículas	c. Devem ser seguidas para todos os pacientes, independentemente da suspeita ou não de infecções.
IV. Precauções para aerossóis	d. Infecção ou colonização por micro-organismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zóster disseminado ou em imunossuprimido.

- a) I-c; II-a; III-b; IV-d
- b) I-a; II-d; III-c; IV-b
- c) I-d; II-c; III-b; IV-a
- d) I-c; II-d; III-a; IV-b
- e) I-b; II-d; III-a; IV-c

**24)** Lactente, 8 meses de idade, deu entrada no Serviço de Pronto Atendimento com quadro de desconforto respiratório, gemência e febre de 39°C. Mãe relata que a criança está com febre há 2 dias. Realizado hemograma que evidenciou leucocitose com neutrofilia e PCR positivo. A radiografia de tórax demonstrou infiltrado no lobo superior do pulmão direito com hipotransparência associada a níveis hidroaéreos. Com base no caso descrito acima, selecione a terapêutica inicial **MAIS RECOMENDADA**?

- a) Oxacilina.
- b) Vancomicina.
- c) Ampicilina + Gentamicina.
- d) Ceftriaxona.
- e) Penicilina Cristalina.

**25)** Menor, 4 anos de idade, é levado ao Serviço de Pronto Atendimento por apresentar febre de 39,8°C há 7 dias. Os pais relatam que a criança iniciou um quadro de conjuntivite bilateral sem secreção há 3 dias, associado a lábios avermelhados e ressecados com exantema maculopapular na região do tronco e períneo. Mãe relata que notou inchaço também nas mãos e nos pés. Durante o exame físico, o pediatra assistente encontrou pequenos gânglios cervicais posteriores de 2cm e não dolorosos. Realizado hemograma, que evidenciou leucocitose com desvio à esquerda, leve anemia normocítica e normocrômica e plaquetas de 750.000/mm<sup>3</sup>. Fez VHS de 80mm, PCR reagente e elevação discreta de transaminases. Com base no caso descrito, selecione a opção abaixo que corresponde ao diagnóstico **CORRETO**?

- a) Escarlatina.
- b) Sarampo.
- c) Infecção por adenovírus.
- d) Doença de Kawasaki.
- e) Síndrome do Choque Tóxico Estafilocócico.

**26)** Criança, 3 anos de idade, deu entrada no Serviço de Urgência com febre alta há 8 dias, dor de garganta, com adenomegalia cervical, edema palpebral, exsudato esbranquiçado amigdaliano e petéquias no palato. Evidenciado ainda hepatoesplenomegalia moderada. Mãe relatava que a criança já está em uso de amoxicilina, prescrita há 4 dias, sem melhora. Qual a **MAIS PROVÁVEL** hipótese diagnóstica diante desse caso?

- a) Doença de Kawasaki.
- b) Mononucleose infecciosa.
- c) Faringite estreptocócica.
- d) Herpangina.
- e) Sarampo.

**27)** Menor do sexo masculino, 8 anos de idade, foi encaminhado ao ambulatório de pediatria, por apresentar quadro de aparecimento de aftas recorrentes, episódios de febre recorrentes, mensais e associados a adenomegalias. A mãe relatou que, em algumas ocasiões, a criança apresentou dor abdominal e que vem usando esquemas de vários antibióticos, com resposta clínica pobre. Realizados exames laboratoriais que evidenciaram: Leuc  $12.500/\text{mm}^3$  (N: 79%)/ HB: 12g/dL /Plaquetas:  $330.000/\text{mm}^3$ . VHS: 15 e Sorologia para Citomegalovírus IGG reagente/ IGM não reagente, Epstein Barr IGG não reagente/ IGM não reagente. O pediatra decidiu iniciar tratamento com prednisona 1mg/kg, havendo melhora das queixas clínicas. **TRATE-SE DE:**

- a) Mononucleose infecciosa.
- b) Infecção por citomegalovírus.
- c) Síndrome PFAPA.
- d) Tuberculose ganglionar.
- e) Doença da arranhadura do gato.

**28)** O teste do coraçãozinho ou oximetria de pulso faz parte da rotina de triagem neonatal. Sobre essa ferramenta diagnóstica, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) É bastante sensível para cardiopatias congênicas críticas com mistura de sangue entre as circulações sistêmica e pulmonar.
- b) Deve ser realizado no primeiro mês de vida.
- c) Tem por objetivo o diagnóstico precoce de cardiopatias congênicas críticas tais como comunicação interventricular muscular.
- d) É sensível, mas pouco específico para cardiopatias de hiperfluxo pulmonar como persistência do canal arterial.
- e) É normal em cardiopatia dependente do canal arterial.

**29)** A profilaxia primária de febre reumática é realizada **ADEQUADAMENTE** com:

- a) Penicilina Benzatina de 21/21 dias até os 21 anos após o 1º surto.
- b) Amoxicilina 1 dose 1 hora antes de procedimentos odontológicos.
- c) Amoxicilina de 8/8 horas por 7 dias após quadro de faringoamigdalite.
- d) Eritromicina de 6/6 horas por 10 dias após quadro de faringoamigdalite.
- e) Penicilina Benzatina de 21/21 dias até os 25 anos ou até 10 anos após o último surto, valendo o que cobrir o maior período.

**30)** A imunoprofilaxia com palivizumabe é a única intervenção segura e eficaz aprovada para prevenção da infecção grave por vírus sincicial respiratório. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Deve ser administrada no período correspondente à sazonalidade do vírus, que na região nordeste compreende os meses de fevereiro a julho.
- b) Não deve ser administrada no curso de imunossupressão ou imunodeficiência.
- c) A imunização passiva é atingida após a quinta dose.
- d) Somente está indicada para crianças até 1 ano de idade que nasceram prematuras com idade gestacional até 28 semanas.
- e) Está indicada em todas as crianças até 24 meses de idade, portadoras de cardiopatia congênita.

**31)** Alteração cardiovascular **PRESENTE** na síndrome de Marfan é a:

- a) Coarctação da aorta.
- b) Hipertensão arterial sistêmica.
- c) Hipertensão arterial pulmonar.
- d) Estenose de valva aórtica.
- e) Dissecção da aorta ascendente.



**32)** Pré-escolar, 3 anos de idade, dá entrada na emergência com quadro de cianose generalizada de início há 3 horas, sem outras queixas. Exame físico: bom estado geral, cianose ++/4+, sem outras alterações, aparelhos normais. FC: 110bpm, FR: 25irpm, saturação de O<sub>2</sub> aferida por oximetria de pulso: 75%. Valores da gasometria arterial PO<sub>2</sub>: 90mmHg, PCO<sub>2</sub>: 38mmHg, saturação de O<sub>2</sub>: 98%. Qual é a hipótese diagnóstica e o exame complementar para confirmação?

- a) Cardiopatia cianogênica - Ecocardiograma.
- b) Metemoglobinemia - Dosagem de meta-hemoglobina.
- c) Hipertensão pulmonar - Radiografia de tórax.
- d) DPOC - Espirometria.
- e) Hipertensão pulmonar - Tomografia computadorizada de tórax.

**33)** Recém-nascido, 5 dias de vida, internado em UTI neonatal, com diagnóstico de atresia pulmonar. Foi iniciada prostaglandina; 10 minutos após início da medicação, o paciente evolui com apneia e hipotensão. Assinale a alternativa que contenha o **DIAGNÓSTICO** e a **CONDUTA ADEQUADOS**:

- a) Oclusão do canal arterial - Aumentar dose da prostaglandina.
- b) Oclusão do canal arterial - Suspender a prostaglandina.
- c) Efeito colateral da prostaglandina - Fornecer suporte ventilatório e inotrópico.
- d) A cardiopatia não é dependente de canal arterial - Suspender a prostaglandina.
- e) Efeito colateral da prostaglandina - Suspender a prostaglandina.

**34)** Considerando-se os critérios de Jones modificados (1992) para o diagnóstico de febre reumática (FR), assinale a alternativa CORRETA:

- a) A elevação dos títulos de anticorpo antiestreptolisina O (ASLO) é um critério maior.
- b) A elevação dos títulos de anticorpo antiestreptolisina O (ASLO) é diagnóstica de faringoamigdalite estreptocócica atual.
- c) Artralgia é um critério maior.
- d) Os nódulos subcutâneos firmes, móveis, indolores e recobertos por pele normal, sem características inflamatórias, localizados sobre proeminências e tendões extensores, são patognomônicos da FR.
- e) Coreia de Sydenham é um critério maior. Devido à raridade de outras etiologias para a coreia, sua presença implica o diagnóstico de FR.

**35)** Adolescente do sexo masculino, 13 anos de idade. Apresenta colesterol total: 185mg/dL, fração HDL colesterol: 55mg/dL, fração LDL colesterol: 120mg/dL. Com história familiar de pai que infartou aos 53 anos. A conduta **MAIS ADEQUADA** é:

- a) Iniciar tratamento farmacológico com estatinas.
- b) Iniciar tratamento farmacológico com resinas.
- c) Contraindicar atividade física até avaliação por cardiologista.
- d) Encaminhar ao endocrinologista.
- e) Orientar mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida.

**36)** Escolar do sexo feminino, 7 anos de idade, em primeira consulta com pediatra. Exame físico: peso: 30,5Kg, altura: 120cm, IMC: 21,2kg/m<sup>2</sup>, circunferência abdominal: 66cm, pressão arterial em membro superior direito: 112x72mmHg. Percentis segundo sexo e idade: peso: p95, altura: p40, IMC: p98, peso para estatura: p98, circunferência abdominal para idade: maior que p90, pressão arterial: p95. Assinale a alternativa que contenha o **DIAGNÓSTICO** e a **CONDOTA ADEQUADOS**:

- a) Obesidade - Investigar morbidades associadas e iniciar tratamento não farmacológico.
- b) Sobrepeso - Orientar sobre o risco nutricional, fazer acompanhamento regular do peso e estatura.
- c) Risco de sobrepeso - Orientar sobre o risco nutricional, fazer acompanhamento regular do peso e estatura.
- d) Obesidade e hipertensão arterial estágio 1 - Investigar morbidades associadas e iniciar tratamento farmacológico.
- e) Sobrepeso - Investigar morbidades associadas e iniciar tratamento não farmacológico.

**37)** Lactente, 5 meses de vida, portador de Tetralogia de Fallot faz uma crise hipóxica e é atendido pelo médico de plantão que o coloca em posição genupeitoral e inicia as medidas farmacológicas. As bases fisiológicas que explicam a efetividade dessa posição são:

- a) Aumento do tônus vagal.
- b) Redução do retorno venoso e aumento da resistência periférica.
- c) Aumento do retorno venoso pelas veias cavas com desencadeamento do efeito Venturi.
- d) Diminuição da pressão arterial sistêmica e inotropismo reflexo.
- e) Aumento do volume de sangue que chega ao ventrículo direito e desencadeamento da ação de barorreceptores.

**38)** Em relação à ventilação pulmonar mecânica (VPM) convencional, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A autociclagem do aparelho ocorre por ajuste de sensibilidade muito baixa, ajuste de frequência respiratória muito elevada, ajuste de pressão expiratória positiva final muito baixa ou ausência de umidificação do circuito. a frequência respiratória leva à queda da PaCO<sub>2</sub> devido a um aumento da relação do espaço morto e a possibilidade de auto-PEEP.
- b) O uso do CPAP pode levar à retenção de CO<sub>2</sub> por hiperdistensão e redução da complacência pulmonar, redução do retorno venoso e débito cardíaco com aumento da resistência vascular pulmonar.
- c) O uso da pressão positiva em via aérea melhora a interação cardiopulmonar, reduzindo a pré-carga do ventrículo direito, aumentando o débito cardíaco e o consumo de oxigênio.
- d) A interação do paciente com o aparelho de VPM deve ser sempre otimizada por meio da sedação adequada para que o paciente não desencadeie ciclos respiratórios espontâneos.

**39)** Pré-escolar do sexo masculino de 2 anos de idade dá entrada na emergência com quadro de febre, diarreia e vômitos há 3 dias. Relato de ausência de diurese nas últimas 8 horas e sonolência. Ao exame: taquipneico, taquicárdico, pulsos periféricos finos, perfusão lentificada. Temperatura axilar=39°C. Escala de coma de Glasgow=9. A **CONDOTA TERAPÊUTICA IMEDIATA** para esse caso é:

- a) Iniciar ventilação pulmonar mecânica e drogas vasoativas.
- b) Iniciar reidratação oral e antiemético.
- c) Iniciar expansão volêmica e diurético.
- d) Iniciar antibiótico e antitérmico.
- e) Iniciar expansão volêmica e antibioticoterapia.

**40)** Paciente, do sexo masculino, 7 anos de idade, chega à emergência pediátrica de um hospital terciário trazido pelos pais, que referem afogamento, há uma hora, com submersão de 10 minutos na piscina de casa. O menino foi retirado inconsciente da água, e os familiares realizaram respiração boca a boca no local. O paciente tem histórico de trauma cranioencefálico leve há seis meses por ter caído da própria altura após desmaio. Foi realizado diagnóstico de epilepsia na ocasião. O paciente faz uso de ácido valproico (250mg/5ml) em dose de 5 ml de 12 em 12 horas. Deu entrada na emergência em regular estado geral, respiração superficial, hipotérmico (temperatura central: 32°C), escala de coma de Glasgow (GCS): 10, saturação de oxigênio em ar ambiente de 88%, ritmo cardíaco regular em dois tempos, estertores crepantes difusos bilaterais, sonolento, pupilas médias e fotorreagentes, pulsos periféricos presentes com tempo de enchimento capilar de 3 segundos. Baseado no quadro clínico acima, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) São indicações clássicas de intubação orotraqueal e ventilação mecânica em pacientes afogados: acidose respiratória,  $\text{PaO}_2$  abaixo de 60 mmHg com  $\text{FiO}_2$  maior que 60%, sinais clínicos de fadiga ou níveis de consciência diminuídos.
- b) Realizar suporte avançado de vida (SAV) no ambiente hospitalar na sequência de ressuscitação cardiopulmonar na ordem C - A - B (compressão torácica - vias aéreas - respiração).
- c) O foco do tratamento inicial deve priorizar a restauração da oxigenação dos tecidos, o mais rápido possível, pois a hipoxemia é a consequência mais grave da submersão.
- d) Manter a saturação de oxigênio acima de 94%, restaurando a oxigenação dos tecidos, evitando lesão secundária cerebral e objetivando uma  $\text{PaO}_2$  de 100mmHg e  $\text{PaCO}_2$  entre 30 e 35 mmHg.
- e) A ressuscitação aquática, por meio de respiração boca a boca, pode aumentar em 4,4 vezes a chance de sobrevivência.

**41)** O cuidado paliativo visa prevenir, aliviar, reduzir ou amenizar os sintomas produzidos por enfermidade ou seus tratamentos que potencialmente limitam a vida e manter a qualidade de vida do paciente ao longo do tratamento. A provisão de cuidados paliativos inclui as seguintes condições:

- I – Condições nas quais o tratamento curativo é possível, mas que pode falhar, como câncer avançado ou progressivo e doença cardíaca complexa congênita ou adquirida graves.
- II – Condições que requerem tratamento intensivo de longo prazo, direcionado para manter a qualidade de vida, como HIV/Aids, fibrose cística, distrofia muscular
- III – Condições progressivas em que o tratamento é exclusivamente paliativo após o diagnóstico, como os distúrbios metabólicos e certas anormalidades cromossômicas.
- IV – Condições que envolvem incapacidade grave e não progressiva, causando vulnerabilidade extrema e complicações de saúde, como paralisia cerebral e lesão encefálica.
- V – A provisão de cuidados paliativos não significa morte iminente, mas impede o uso de modalidades agressivas de tratamento curativo.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

- a) II, III, IV e V
- b) III, IV e V
- c) I, II, III, IV e V
- d) I, II, III e IV
- e) I, III, IV e V

**42)** Ao ser chamado para avaliar RN com 8 horas de vida por piora clínica abrupta, este se encontrava em berçário, com CPAP e oxigênio a 50%, apresentava taquipneia, tiragem subcostal e gemência, saturando abaixo de 90% e com murmúrio vesicular ausente à direita. Buscando a história perinatal, temos idade gestacional de 36 semanas e 5 dias, cesárea por sofrimento fetal agudo, mãe hipertensa e com diabetes gestacional, líquido amniótico tinto de mecônio e Apgar 2 no primeiro minuto e 8 no quinto minuto, demais dados sem alterações significativas. Qual o diagnóstico e o mecanismo da piora clínica **MAIS PROVÁVEIS**?

- a) Síndrome da aspiração meconial e síndrome do escape de ar.
- b) Síndrome da membrana hialina e exaustão.
- c) Taquipneia transitória do RN e derrame pleural à direita.
- d) Síndrome da aspiração meconial e obstrução de brônquio fonte à direita.
- e) Pneumonia neonatal e derrame pleural à direita.

**43)** Uma criança, 10 anos de idade, foi vítima de acidente automobilístico e traumatismo cranioencefálico. Foi admitida na UTIP e está sob ventilação mecânica e monitorização de pressão intracraniana (PIC) com cateter intraventricular. Na monitorização, foi verificado que a PIC era de 19mmHg e a pressão arterial média (PAM) de 48mmHg. Qual seria a **CONDUTA** para o caso descrito?

- a) Manitol 20% em *bolus* na dose de 0,25g/kg.
- b) Hiperventilação agressiva com  $\text{PaCO}_2 < 30\text{mmHg}$ .
- c) Expansão com SF 0,9% 20mL/kg.
- d) Tiopental sódico 10mg/kg.
- e) Drenagem liquórica.

**44)** Criança, 10 anos de idade, com sepse grave, saturação de sangue venoso central de 65% e hematócrito de 35%. Apresenta perfusão periférica diminuída, com tempo de enchimento capilar em 4 segundos, pulsos filiformes; está em uso de dopamina 10mcg/kg/min. Fez expansão com SF 0,9% (20mL/kg) e recebeu, desde o início do quadro, 80mL/kg de cristalóide. Nesse caso, a conduta **CORRETA** é:

- a) Concentrado de hemáceas.
- b) Hidrocortisona.
- c) Terlipressina.
- d) Adrenalina.
- e) Noradrenalina.

**45)** Num paciente em choque séptico, sem boa resposta clínica com o uso de dopamina, dobutamina e adrenalina, observou-se a presença de pressão arterial normal, baixo débito cardíaco e resistência vascular sistêmica elevada. A droga **MAIS ADEQUADA** para o tratamento desse paciente é:

- a) Prostaglandina.
- b) Milrinona.
- c) Vasopressina.
- d) Hidralazina.
- e) Noradrenalina.

**46)** Criança vítima de espancamento é admitida na UTI pediátrica e evoluiu inicialmente bem. No entanto, após 7 dias de internação, apresentou piora infecciosa, evoluindo para óbito no décimo dia de internação. Sobre a declaração de óbito, é **CORRETO** afirmar que deve ser emitida:

- a) Pelo médico assistente no momento do óbito, com base na evolução do caso.
- b) Por médico da equipe da UTI pediátrica, com base em laudo de corpo delito.
- c) Pelo serviço de verificação de óbito do hospital.
- d) Por legista do instituto médico legal.
- e) Por qualquer médico, desde que embasado no exame de corpo de delito.

**47)** Criança, 6 anos de idade, está internada em unidade de terapia intensiva há 5 dias, após sofrer politraumatismo grave. Está em ventilação mecânica invasiva, recebendo drogas vasoativas, com monitorização de pressão venosa central e de pressão intracraniana. Evolui com edema, diminuição do débito urinário e aumento da pressão venosa central. Os exames laboratoriais revelaram: Hb = 10,0g/dL, Ht = 33%, sódio sérico = 122mEq/L, potássio sérico = 4,8mEq/L, ureia = 38mg/dL, creatinina sérica = 1,0g/dL, densidade urinária de 1030 e sódio urinário de 45mEq/L. A **PROVÁVEL** etiopatogenia que explica essa evolução é:

- a) Secreção inapropriada de hormônio antidiurético.
- b) Diabetes insipidus.
- c) Ressuscitação hídrica com fluidos hiposmolares.
- d) Administração de grandes volumes.
- e) Insuficiência renal aguda.

**48)** Paciente, do sexo masculino, 3 anos de idade, com história de febre de 39°C há 2 dias, evoluindo com vômitos e irritabilidade, hoje está hipoativo, sonolento e com manchas pelo corpo, sendo levado ao serviço de urgência. Dá entrada no pronto-socorro em mau estado geral, comatoso, com respiração irregular, frequência cardíaca de 50 batimentos por minuto, com pressão arterial de 140 X 90mmHg, extremidades quentes, temperatura axilar de 37,2°C, com rigidez de nuca e sufusões hemorrágicas. Foi intubado, recebeu expansão com soro fisiológico, 20mL/kg, e ceftriaxone. Foram colhidos eletrólitos, gasometria arterial, glicemia, hemograma e hemocultura. Após a estabilização do quadro, o **PRÓXIMO EXAME** a ser solicitado é:

- a) Análise do líquido.
- b) Eletroencefalograma.
- c) *Screening* toxicológico.
- d) Coagulograma.
- e) Tomografia computadorizada do crânio.

**49)** Criança internada por falência hepática aguda recebeu uma transfusão de plasma fresco congelado. Meia hora após ter ocorrido a transfusão, evoluiu com febre, hipotensão arterial, queda importante da oxigenação e sinais de edema agudo de pulmão. A radiografia de tórax revelou infiltrado pulmonar bilateral, com área cardíaca normal, e o hemograma apresentou leucopenia. O plantonista prescreveu diurético, entretanto o paciente apresentou piora da hipotensão, necessitando receber infusão de volume e vasopressor. Qual a **PRINCIPAL** hipótese diagnóstica?

- a) Edema agudo pulmonar secundário à sobrecarga circulatória.
- b) Reação hemolítica aguda.
- c) Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão.
- d) Reação alérgica ao hemocomponente.
- e) Bacteremia por contaminação relacionada à transfusão.

**50)** Lactente, 11 meses de idade, foi internado em Hospital secundário para investigação de febre de origem indeterminada, evoluindo durante a internação com sangramento de mucosas (epistaxe, gengivorragia e enterorragia) de volume pequeno a moderado. Os exames laboratoriais mostraram hemograma com contagem normal de plaquetas e anemia normocítica e normocrômica leve, leucograma sem alterações. TAP normal e TTPa prolongado. O diagnóstico **MAIS PROVÁVEL** para o quadro acima é:

- a) Hemofilia A, que se caracteriza por deficiência de fator VIII, predominantemente em pessoas do sexo masculino, como um distúrbio ligado ao cromossomo Y.
- b) Doença de Von Willebrand, causada pela deficiência do fator de Von Willebrand, que é uma proteína existente no plasma, que se liga ao fator VIII e é um cofator para o fenômeno de adesão das plaquetas ao endotélio.
- c) Púrpura trombocitopênica idiopática com presença de petéquias e equimoses difusas, sendo a trombocitopenia decorrente da depuração de plaquetas cobertas por IgM e IgG pelo sistema retículo endotelial.
- d) Coagulação intravascular disseminada associada ao quadro infeccioso, envolvendo geração excessiva e desregulada de trombina com consequente deposição de fibrina intravascular, consumo de plaquetas e fatores pró-coagulantes.
- e) Síndrome de Kasabach-Merrit, doença rara em que a medula costuma apresentar uma hiperplasia megacariocítica.



Utilize esta folha para anotar o seu gabarito. Destaque-a e leve-a com você

01		02		03		04		05		06		07		08		09		10	
11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
31		32		33		34		35		36		37		38		39		40	
41		42		43		44		45		46		47		48		49		50	

Processo Seletivo para Ingresso em Residência Médica nos  
Programas de: **Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia,  
Gastroenterologia, Nefrologia e Pneumologia**

## Caderno de Prova

### Instruções

- Verifique se esta prova contém todas as questões.
- É proibido qualquer tipo de comunicação, e ou utilização de equipamentos eletrônicos durante a prova.
- Quando receber a **Folha de Respostas**, verifique se os seus dados estão corretos. Caso necessite, solicite ao fiscal para efetuar as correções na Ata da Prova.
- Leia atentamente cada questão e assinale na **Folha de Respostas** a alternativa que mais adequadamente a responde.
- A **Folha de Respostas NÃO** pode ser dobrada, amassada, rasurada, manchada ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na **Folha de Respostas** é cobrindo, totalmente com caneta esferográfica azul ou preta, espaço a ela correspondente, conforme indicado na ilustração ao lado.

CERTO						ERRADO					
RESPOSTAS						RESPOSTAS					
01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	02	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	05	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pré-requisito em Residência de  
**Clínica Médica**

1) Em relação à epidemiologia da endocardite bacteriana, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O estreptococo é o principal agente etiológico dos quadros agudos da doença.
- b) Os fungos e alguns agentes Gram-negativos apresentam sua incidência aumentada nos pacientes internados e multi-invadidos.
- c) O estafilococo já representa a principal etiologia entre agudos e subagudos.
- d) O agente etiológico que vem aparecendo frequentemente em hemoculturas é a *Coxiella burnetti*, que já se configura entre as principais causas e pode ser diagnosticada por sorologia.
- e) A hemocultura não se configura exame de escolha, visto que a maioria se encontra com resultado negativo.

2) Dos critérios maiores, qual é considerado o **MAIS ESPECÍFICO** e nos permite diagnosticar a febre reumática isoladamente?

- a) Artrite.
- b) Cardite.
- c) Coreia.
- d) Nódulos subcutâneos.
- e) Manchas de Janeway.

3) Em quadros de insuficiência cardíaca descompensada (ICD), alterações laboratoriais são situações comuns no dia a dia. Sobre essas alterações, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Casos de hepatomegalia congestiva secundária à ICD podem cursar com elevação de transaminases no sangue.
- b) Pacientes com ICD que cursam com congestão hepática aguda podem cursar com clínica semelhante à hepatite aguda viral.
- c) Pacientes com insuficiência cardíaca em fases mais iniciais podem cursar com eletrólitos séricos totalmente normais.
- d) Pacientes com ICD e pressão em cunha capilar pulmonar de 13-17 mmHg comumente cursam com radiografia de tórax evidenciando redistribuição da trama vascular pulmonar e edema intersticial.
- e) A restrição de sódio na dieta, a utilização de diuréticos e elevações dos níveis séricos de vasopressina são fatores que contribuem para o desenvolvimento da hiponatremia na ICD.

4) Em pacientes com doença arterial coronária, a morte súbita (MSC) é um grave problema. Com relação à MSC, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Pacientes que apresentam como mecanismo de parada cardíaca a atividade elétrica sem pulso e assistolia fora do ambiente hospitalar são os que possuem pior prognóstico.
- b) O principal mecanismo de parada cardiorrespiratória na MSC é a taquicardia ventricular sustentada.
- c) Em parada cardiorrespiratória por fibrilação ventricular sem atendimento, a morte celular ocorre entre 4 e 6 minutos.
- d) A presença de disfunção ventricular esquerda e atividade ectópica ventricular em pacientes pós-infarto do miocárdio aumentam o risco de MSC.
- e) Em aproximadamente 25% dos pacientes a MSC é a primeira manifestação da doença arterial coronariana.

5) Mulher, 46 anos de idade, admitida no pronto atendimento com quadro de cefaleia súbita, associada a náuseas e sonolência. Ao exame físico, apresentava rigidez de nuca, afebril, sendo encaminhada ao setor de imagem para realização de tomografia de crânio que evidenciou hemorragia subaracnóidea (HSA). Sobre a HSA é **INCORRETO** afirmar:

- a) Entre os fatores de risco modificáveis para formação de aneurismas, o tabagismo e hipertensão arterial são os mais importantes.
- b) A hemorragia subaracnóidea aneurismática apresenta alta taxa de mortalidade.
- c) O uso de hidantal profilático está indicado em todos os casos.
- d) A nimodipina é usada do 1º ao 21º dia de HSA, com intuito de prevenir a isquemia cerebral tardia.
- e) A angiotomografia permite o diagnóstico do aneurisma e o planejamento cirúrgico.



6) Qual das alternativas a seguir **NÃO** faz parte dos achados do exame físico da estenose mitral?

- a) Hiperfonese de B1.
- b) Sopros diastólico em ruflar com reforço pré-sistólico.
- c) Estalido de abertura mitral.
- d) Sinais indiretos de Hipertensão pulmonar.
- e) *Ictus cordis* desviado e aumentado.

7) Considerando pacientes sem quaisquer fatores de riscos adicionais, avaliando-se apenas os achados de ultrassonografia, **QUAL** dos nódulos abaixo indica prosseguimento de investigação por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF)?

- a) Nódulo sólido hipoecoico 1,1cm.
- b) Nódulo sólido hiperecoico 1,2cm.
- c) Nódulo sólido isoecoico 1,3cm.
- d) Nódulo complexo ou espongiiforme 1,5cm.
- e) Cisto simples 2,0cm.

8) Uma mulher, 59 anos de idade, vem ao seu consultório para discutir sobre o uso de uma nova medicação sobre a qual ela foi informada como eficaz para a sua condição, um anticorpo PCSK9. Apesar do uso adequado de estatina de alta intensidade, ela vem apresentando, ao longo do tempo, vários IAM e foi submetida à revascularização cardíaca há 2 anos. Recentemente, a ezetimiba foi adicionada à sua estatina com o objetivo de redução adicional de LDL-colesterol. Apresenta os seguintes resultados laboratoriais durante o uso adequado de estatina e ezetimiba: Colesterol Total: 181mg/dL; HDL-colesterol: 42mg/dL; LDL-colesterol: 123mg/dL; Triglicerídeos: 79mg/dL. Na discussão com a paciente sobre o uso do anticorpo PCSK9, você a informa sobre a **POSSÍVEL ALTERAÇÃO SIGNIFICATIVA** em qual dos seguintes parâmetros?

- a) HDL colesterol.
- b) LDL colesterol.
- c) Triglicerídeos.
- d) Nenhuma alteração, a menos que descontinue sua estatina.
- e) Nenhuma alteração, a menos que descontinue a ezetimiba.

9) Uma mulher, 32 anos de idade, apresenta-se com amenorreia secundária. A menarca ocorreu aos 14 anos de idade e os ciclos menstruais eram previamente regulares. Tem dois filhos de 4 e 2 anos de idade, mas se encontra em amenorreia há 1 ano, desde que interrompeu a amamentação do filho mais novo. Não deseja mais filhos e tem antecedente de depressão leve manejada atualmente sem farmacoterapia. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, com caracteres sexuais secundários normais e mamas sem galactorreia, IMC de 22.5kg/m<sup>2</sup> e PA de 118/78mmHg. Laboratório: Prolactina de 95ng/mL (ref.: 4-30 ng/mL); LH de 2,0mUI/mL e FSH de 1,8mUI/mL, ambos dentro da referência do normal para mulheres em idade reprodutiva nas diversas fases do ciclo menstrual e estradiol de 25pg/mL, que está no limite inferior da normalidade nas diversas fases do ciclo menstrual. A Ressonância Magnética da hipófise demonstra uma lesão de 4mm compatível com adenoma de hipófise. Qual das seguintes alternativas seria a **MELHOR ESTRATÉGIA** terapêutica para essa paciente?

- a) Bromocriptina.
- b) Cabergolina.
- c) Contraceptivo oral combinado.
- d) Cabergolina e contraceptivo oral combinado.
- e) Nenhum tratamento é requerido.

**10)** Um homem, 66 anos de idade, com DM2 diagnosticado há 17 anos, vem para uma consulta de seguimento. Usa glipizida 10mg uma vez ao dia, sitagliptina 100mg uma vez ao dia e acarbose 100mg antes das refeições. Há relato de intolerância à metformina no passado. Nos últimos 3 anos, sua hemoglobina glicada variou de 7,5% a 8,5% e, atualmente, encontra-se em 8,3%, a despeito da aderência ao plano dietético proposto. Não deseja medicações injetáveis e mantém-se sedentário. Por vários anos, previamente, seu diabetes manteve-se bem-controlado durante o uso de glipizida e pioglitazona, que foi descontinuado devido a preocupações com eventos cardiovasculares originários de estudos com rosiglitazona. Atualmente, também usa lisinopril 20mg/dia e hidroclorotiazida 25mg/dia para HAS, além de sinvastatina 40mg/noite para dislipidemia. Foi tabagista por 30 anos e parou quando foi diagnosticado com DM2. Informa sentir-se bem e não há outros dados clínicos relevantes. PA de 134x68mmHg; FC de 88bpm; IMC de 25,8kg/m<sup>2</sup>. Achados normais à ausculta cardíaca, sopro carotídeo esquerdo +2/4+. Há edema periférico +1/4+. O paciente questiona se poderia reiniciar a terapia com pioglitazona, de forma a melhorar o controle do diabetes. Ao adicionar a pioglitazona, poderia ser esperado o **AUMENTO DE RISCO** de:

- a) Aterosclerose.
- b) Doença vascular periférica.
- c) Infarto do miocárdio.
- d) Insuficiência cardíaca.
- e) Carcinoma de células renais.

**11)** Uma mulher, 48 anos de idade, com DM2 vem para uma visita de seguimento. Seu controle glicêmico deteriorou recentemente, e será necessária uma alteração da terapia empregada. Usa, atualmente, glimepirida 8mg/dia e metformina 2.000mg/dia. Uma revisão de suas glicemias revela o seguinte perfil: glicemia plasmática em jejum variando de 140 a 170mg/dL e glicemia pós-prandial variando de 180 a 220mg/dL. Não apresenta eventos hipoglicêmicos. Queixa-se do ganho de peso pelo uso das sulfonilureias e informa que não gostaria de usar drogas que pudessem exacerbar esse efeito adverso. Adere mal às recomendações de alteração do estilo de vida. Ao exame físico, não apresenta quaisquer características cushingoides com IMC de 31,1kg/m<sup>2</sup>. P.A. de 130x95mmHg e FC de 76bpm. Com palpação da tireoide sem anormalidades e presença de acantose nigricante em nuca e axilas. O restante do exame físico sem alterações. Apresenta resultados laboratoriais com HbA1c de 7,6%; Sódio de 138mEq/L; potássio de 4,5mEq/L; Creatinina de 0,8mg/dL e excreção de albumina urinária de 10mg/24h. Em adição à otimização da dieta e atividades físicas e, tendo em mente as preocupações da paciente, qual a **MELHOR** opção a ser adicionada à terapia existente?

- a) Uma tiazolidinediona.
- b) Insulina de ação rápida às refeições.
- c) Insulina basal "bedtime".
- d) Análogo de amilina.
- e) Um inibidor da SGLT 2 (*sodium-glucose cotransporter 2*).

**12)** Um homem, 34 anos de idade, é referido para você com um relato de aumento de volume cervical à direita há 3 meses. Não informa nenhum sintoma que venha a sugerir disfunção tiroideana e diz que o aumento de volume notado está estável. Sua história médica é relevante para um Linfoma de Hodgkin aos 17 anos de idade, tratado com quimioterapia e radioterapia e completa remissão do linfoma desde então. Não faz uso crônico de nenhuma medicação e fuma 20 cigarros/dia há cerca de 10 anos. Faz uso esporádico de bebida alcoólica (menos de 10 doses/semana). Não há uma história familiar marcante para quaisquer enfermidades. Apresenta IMC de 33,5kg/m<sup>2</sup> e PA de 134/72mmHg com FC de 72bpm. O exame da região cervical anterior revela um nódulo palpável, móvel à deglutição, de 1,5cm em tiroide. Não são palpados linfonodos cervicais. O restante do exame físico é normal. Os resultados dos exames laboratoriais apresentam TSH de 5,4mUI/L (Ref.: 0,5-5,0mUI/L) e T4 livre de 1,3ng/dL (Ref.: 0,8-1,8ng/dL). A ultrassonografia da tireoide evidencia um nódulo em lobo direito ligeiramente hipoeoico, que mede 12mmx13mmx16mm. Focos de microcalcificação são observados, e não há vascularização interna ao doppler. A PAAF é realizada com resultado Bethesda categoria 1. Você continua preocupado com a possibilidade de malignidade do nódulo. Quais aspectos da apresentação desse paciente **MAIS PREOCUPA** você quanto à possibilidade desse nódulo ser maligno?

- a) IMC de > 30kg/m<sup>2</sup>.
- b) Concentração elevada de TSH sérico.
- c) Sexo masculino.
- d) Terapia do Linfoma de Hodgkin.
- e) Tabagismo.

**13)** Uma mulher, 62 anos de idade, vem para uma primeira consulta com você. Era previamente manejada por um profissional de “medicina holística”. Informa que, nos últimos 6 meses, vem apresentando cansaço progressivo e humor deprimido. Embora reclame da redução do apetite, apresentou discreto ganho de peso. Ela traz alguns resultados de exames laboratoriais de 1 ano atrás: TSH de 3,2mUI/L (Ref.: 0,5-5,0mUI/L); T4 livre de 0,9ng/dL (Ref.: 0,8-1,8ng/dL) e anticorpos antitiroperoxidase de 25UI/mL (Ref.: <2UI/mL). Informa que, após tais resultados, foi prescrita liotironina a ela por seu profissional holístico, para aumentar sua energia, mas a paciente desenvolveu insônia e interrompeu a medicação. Há 6 meses, ela iniciou o uso de iodeto de potássio (5 gotas 2 vezes ao dia – aproximadamente 250mg de iodo), com melhora de humor e energia, mas por curto período de tempo. No entanto persistiu com o uso da medicação. Ao exame físico, encontra-se pálida e com aspecto deprimido, IMC de 29,3kg/m<sup>2</sup>; PA de 145x90mmHg; FC de 55bpm. A tireoide é difusamente aumentada com cerca de 40 gramas. A pele está fria e seca e os reflexos patelares estão lentificados. Exames laboratoriais atuais: TSH de 67mUI/L; T4 livre de 0,4ng/dL; T3 total de 60ng/dL (Ref.: 70-200ng/dL). Qual das seguintes alternativas **MELHOR EXPLICA** o desenvolvimento do hipotireoidismo nessa paciente, 6 meses após ela iniciar o iodeto de potássio?

- a) Falha do escape da inibição da enzima TPO.
- b) Estimulação pelo iodeto da enzima TPO.
- c) A resposta do tecido tiroideano autônomo à introdução do iodeto.
- d) Absorção ruim de suplementos de iodo.
- e) O fenômeno Jod-Basedow.

**14)** Mulher, 42 anos de idade, apresenta-se em amenorreia secundária. Tem antecedentes de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), que foi diagnosticada após uma análise laboratorial demonstrar níveis normais de TSH, prolactina, FSH e cortisol livre urinário. Ela não fez tratamento nesse último ano, desde que abandonou o uso de seu contraceptivo oral. A última menstruação ocorreu há 1 ano. Apresentou piora do seu hirsutismo e acne com ganho de 10kg nesse último ano. Ao exame físico, PA de 130x80mmHg e IMC 40,7kg/m<sup>2</sup>. Apresenta acne cística no dorso, o escore de Ferriman-Gallwey é de 10, e acantose nigricante é observada em sua nuca, axilas e virilhas. O exame pélvico revela útero e ovários normais, mas é limitado pela obesidade. Exames laboratoriais: Testosterona total de 89ng/dL (REF.: 8-60ng/dL); S-DH EA de 122µg/dL (REF.: 18-244µg/dL); HbA1c de 7,5% e Beta-HCG de 2mUI/mL (REF.: <3mUI/mL). A ultrassonografia pélvica demonstra uma linha endometrial com aparência cística e espessura de 10mm. Você prescreve à paciente um curso de medroxiprogesterona (10mg/dia durante 10 dias), mas não ocorreu nenhum sangramento. Qual das seguintes avaliações/exames você deveria **PRIMEIRAMENTE** solicitar para avaliar a amenorreia da paciente?

- a) Outra ultrassonografia pélvica.
- b) Mensuração do FSH.
- c) Biópsia endometrial.
- d) Preventivo de câncer de colo uterino.
- e) Desafio com medroxiprogesterona em dose mais alta.

**15)** O diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico é **BASEADO** em:

- a) Aspectos clínicos.
- b) Presença de refluxo gastroesofágico durante o exame de endoscopia digestiva alta.
- c) Presença de hérnia hiatal por deslizamento durante o exame de endoscopia digestiva alta.
- d) Presença de esofagite na endoscopia digestiva alta.
- e) Alteração na pHmetria de 24h.

**16)** São fatores associados à presença de complicações da doença ulcerosa péptica:

- a) Infecção pelo *Helicobacter pylori*.
- b) Idade avançada.
- c) Internação em UTI.
- d) Uso de anti-inflamatórios não hormonais.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

17) Em relação ao linfoma gástrico, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O aspecto endoscópico é suficiente para o diagnóstico e o início do tratamento com antibiótico.
- b) O linfoma MALT e o linfoma difuso de células B são os mais comuns.
- c) A principal associação do linfoma gástrico MALT é o uso de inibidores de bomba de prótons.
- d) A infecção pelo *Helicobacter pylori* não é um fator de risco para o desenvolvimento de linfoma gástrico.
- e) A infecção pelo *Helicobacter pylori*, que expressa a proteína CagA, está intimamente relacionada com o surgimento do linfoma folicular.

18) São fatores de risco associados ao aumento da incidência de câncer colorretal nos pacientes com retocolite ulcerativa, **EXCETO**:

- a) Tempo de duração da doença superior a 10 anos.
- b) Diagnóstico concomitante de colangite esclerosante primária.
- c) História familiar de câncer colorretal esporádico em familiar de primeiro grau diagnosticado antes dos 50 anos de idade.
- d) Presença de pólipos hiperplásicos na colonoscopia de vigilância.
- e) Presença de pancolite.

19) São **FATORES PREDISPONENTES** para hipertensão intra-abdominal:

- a) Pancreatite aguda grave.
- b) Ascite.
- c) Massa intra-abdominal ou retroperitoneal.
- d) Obesidade.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

20) Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação à pancreatite aguda:

- a) A necrose pancreática é a complicação local mais grave.
- b) O pâncreas *divisum* e o pâncreas anular são causas obstrutivas.
- c) A maioria das pancreatites são graves e requerem internação em UTI.
- d) A queda de 10% no hematócrito nas 48h admissionais é considerada um fator de gravidade.
- e) Aumentos séricos isolados de amilase podem ocorrer na ausência de pancreatite.

21) Assinale a alternativa **CORRETA** em relação à hemorragia digestiva baixa por divertículos colônicos:

- a) O sangramento cessa espontaneamente em cerca de 75% dos casos.
- b) Dos pacientes que sangram por divertículos, 2/3 apresentam hemorragia volumosa.
- c) Pacientes que já sangraram têm risco de ressangramento maior que 70%.
- d) A cirurgia é o tratamento de escolha já no primeiro sangramento.
- e) Em idosos a morbimortalidade é superior.

22) Em relação à equivalência dos glicocorticoides, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A dose equivalente da hidrocortisona e do acetato de cortisona é de 20mg.
- b) A dose equivalente da hidrocortisona é de 20mg e da dexametasona é de 0,75mg.
- c) A dose equivalente da hidrocortisona é de 25mg e do acetato de cortisona é de 20mg.
- d) A metilprednisolona, a triancinolona e a dexametasona têm dose equivalente de 4mg.
- e) A metilprednisolona, a triancinolona e a prednisona têm dose equivalente de 4mg.

23) Entre as opções abaixo, todas apresentam drogas que interferem no metabolismo glicídico, de forma que aumentam a glicemia, **EXCETO**:

- a) Glicocorticoides.
- b) Tiazídicos.
- c) Estradiol.
- d) Ácido ascórbico.
- e) Fenitoína.

**24) Entre as causas de hipercalemia, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) Ingesta excessiva de potássio, uso de heparina, insuficiência renal aguda e hipoaldosteronismo hiperreninêmico.
- b) Insuficiência renal crônica, rabdomiólise, uso de heparina e acidose metabólica.
- c) Insuficiência renal aguda, uso de drogas como: Inibidores da ECA, ciclosporina e tacrolimus.
- d) Ingesta excessiva de potássio, acidose metabólica, queimaduras e rabdomiólise.
- e) Uso de arginina e de anti-inflamatórios não hormonais, sangramento intestinal e deficiência de insulina.

**25) Em relação à coarctação da aorta (CoA), analise as afirmativas abaixo:**

- I - O reconhecimento clínico é relativamente simples, caracterizado pela ausência ou diminuição da amplitude dos pulsos arteriais nos membros inferiores associadas à presença de pulsos amplos e hipertensão arterial nos membros superiores.
- II - Crianças e adultos podem ser assintomáticos, apresentando apenas hipertensão arterial sistêmica e pulsos femorais ausentes.
- III - A Pressão Arterial (PA) Sistólica é mais elevada que nas extremidades inferiores, idem para a PA Diastólica e pode observar-se no ECG a Hipertrofia Ventricular Esquerda.
- IV - Alguns pacientes são operados já adultos, causando grande preocupação pelo maior risco de complicações, como insuficiência cardíaca, coronariopatia e acidente vascular cerebral.
- V - Por vezes, o diagnóstico de CoA é realizado somente na necropsia. Alguns adultos podem ser seguidos com o diagnóstico de miocardiopatia hipertrófica durante anos até desenvolverem grave disfunção miocárdica e êxito letal, surpreendendo-se na necropsia o achado de CoA. O diagnóstico se confirma com o ecodoppler.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- b) As afirmativas I, II e IV estão corretas.
- c) As afirmativas II, III e IV estão corretas.
- d) As afirmativas II, III e V estão corretas.
- e) Todas estão corretas.

**26) Em relação ao peptídeo natriurético cerebral (BNP), assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) O BNP sofre a influência de diversos fatores que podem interferir na sua acurácia diagnóstica. Além disso, o BNP pode estar elevado na ausência de insuficiência cardíaca (IC) em condições como hipertensão arterial sistêmica (HAS), valvulopatias, isquemia miocárdica, hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e embolia pulmonar.
- b) O BNP é um polipeptídeo liberado pelos miócitos ventriculares em resposta à sobrecarga de volume, sobrecarga de pressão e aumento da tensão parietal. Sua confiabilidade, no entanto, só existe quando dosado na sua forma fisiologicamente ativa.
- c) Estudos têm demonstrado a correlação entre os níveis de BNP e a gravidade da insuficiência cardíaca (IC), bem como o valor prognóstico independente desses biomarcadores para mortalidade total, mortalidade cardiovascular e hospitalização, tanto na IC aguda quanto na IC crônica.
- d) Na miocardiopatia chagásica, também se demonstrou a importância prognóstica do BNP. Há também evidências recentes que o uso de BNP para guiar terapêutica pode estar associado à melhor evolução clínica e redução de custos.
- e) Há grande utilidade na avaliação de pacientes com suspeita diagnóstica de insuficiência cardíaca (IC) na sala de emergência e ambulatório, onde ele é particularmente útil em afastar o diagnóstico de IC, pelo seu elevado valor preditivo negativo.

27) Entre os sinais de mau prognóstico na Insuficiência Cardíaca, **NÃO** se incluem:

- a) Idade > 65 anos, múltiplas internações hospitalares, falta de aderência ao tratamento, maior intensidade dos sintomas e caquexia.
- b) Anorexia, síncope, apneia do sono, Diabetes mellitus e idade > 65 anos.
- c) Fibrilação atrial, arritmias de qualquer tipo, síncope, apneia do sono e Diabetes mellitus.
- d) Sódio plasmático < 130mEq/L, Hb < 11g%, Creatinina > 2,5mg%, BNP alto, ativação neuro-hormonal e ativação das citocinas.
- e) Taquicardia ventricular sustentada e não sustentada, bloqueio de ramo esquerdo (dissincronia), onda T alternante QT-longo, alteração de dispersão do QT e redução da variabilidade de FC.

28) Em relação à síndrome nefrótica, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O estado de hipercoagulabilidade se deve ao aumento da síntese hepática de fatores pró-trombóticos, tais com os fatores de Von Willebrand, V e VIII (globulina anti-hemofílica).
- b) A redução da pressão oncótica, secundária à hipoalbuminemia, estimula diretamente a síntese hepática de LDL e VLDL.
- c) Há maior perda urinária de HDL e defeito na atividade periférica da lipase lipoproteica, resultando no aumento do VLDL.
- d) A trombose de veia renal é uma das importantes complicações do estado de hipercoagulabilidade e é mais comum na glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF).
- e) Em nefróticos com comprometimento da função renal, há diminuição da secreção tubular de diurético, em especial os de alça, com consequente menor oferta dessa droga no seu sítio da ação.

29) Analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa **CORRETA**:

- I - A dengue é causada por vírus do gênero Flavivirus, com 40nm-50nm de tamanho e RNA de fita simples. Os vírus são esféricos e têm envelope lipídico derivado das membranas das células hospedeiras. Foram descritas quatro espécies, chamadas de sorotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4.
  - II - A infecção por um dos sorotipos do vírus da dengue confere imunidade somente para aquele sorotipo específico. Teoricamente, os indivíduos podem ser infectados pelos quatro sorotipos. O sorotipo DEN-2 predominava na década de 1980 e início de 1990. Mas, nos últimos anos, houve uma mudança para o sorotipo DEN-3.
  - III - A dengue é transmitida pela picada do mosquito *Aedes* contaminado. A fêmea do mosquito *Aedes* é contaminada com o vírus do dengue depois do repasto sanguíneo de um indivíduo contaminado durante a doença febril aguda (fase virêmica).
  - IV - Depois de um período de 8 a 10 dias de incubação extrínseca, o mosquito contaminado transmite a infecção por meio da picada e injetando saliva contaminada na ferida de outra pessoa. A fêmea infectada do mosquito é capaz de transmitir o vírus do dengue verticalmente à geração seguinte, fato esse importante para a conservação do vírus, mas não do ponto de vista epidemiológico. Há relatos de transmissão vertical de mãe para filho.
  - V - O vírus do dengue se replica dentro de células do sistema mononuclear fagocitário (macrófagos, monócitos e células B). Além disso, sabe-se que ocorre infecção de mastócitos, células dendríticas e células endoteliais. O vírus pode infectar os leucócitos do sangue periférico, fígado, baço, linfonodos, medula óssea, timo, coração, rins, estômago, pulmões e possivelmente o cérebro, sugerindo passagem pela barreira hematoencefálica.
- a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
  - b) As afirmativas I, III e IV estão corretas.
  - c) As afirmativas II, III e IV estão corretas.
  - d) As afirmativas III, IV e V estão corretas.
  - e) Todas as afirmativas estão corretas.

**30)** O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma doença comum com apresentação clínica multifacetada, algumas vezes de natureza silenciosa, com alta mortalidade. Dessa forma, saber reconhecer a doença e utilizar decisões lógicas, evitando riscos e custos desnecessários, é de suma importância. Em relação ao diagnóstico de TEP, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A arteriografia pulmonar é o padrão ouro para o diagnóstico. O resultado positivo confirma o diagnóstico de TEP, e resultado negativo afasta o TEP com segurança.
- Em pacientes com alta suspeita clínica (Escore de Wells > 4), deverá ser solicitada a dosagem de dímeros D. Caso o resultado seja negativo (dosagem < 500ng/mL), o diagnóstico de TEP pode ser excluído sem a necessidade de investigação adicional. Para pacientes com níveis elevados de dímeros D, deve-se continuar a investigação.
- Pacientes com suspeita clínica moderada ou alta devem receber heparinização plena enquanto realizam os exames diagnósticos.
- Pacientes clinicamente estáveis com resultados da angio-TC ou cintilografia discordantes da probabilidade clínica deverão ser submetidos ao ecodopplercardiograma do sistema venoso profundo. Caso o resultado comprove a trombose venosa profunda (TVP), está confirmado o diagnóstico de tromboembolismo venoso (TEV). Na presença de resultado negativo, recomenda-se a realização de arteriografia pulmonar.
- A cintilografia pulmonar perfusional, combinada com a radiografia de tórax ou a cintilografia inalatória, é o método preferencial em pacientes com insuficiência renal prévia, história de alergia ao contraste e gestantes, sobretudo se não houver doença cardiopulmonar prévia, e a radiografia de tórax for normal.

**As questões 31, 32 e 33 deverão ser respondidas de acordo com o caso clínico abaixo:**

Paciente, 76 anos de idade, referindo dispneia progressiva há 6 anos. Atualmente, a falta de ar acontece aos pequenos esforços. Histórico de tabagismo importante (120 maços/ano) e informa antecedente de Diabetes mellitus, insuficiência renal (*Clearance* de creatinina 20mL/min), depressão (ideação suicida prévia) e epilepsia. Apresenta cianose em extremidades, lobos de orelhas e língua. A frequência respiratória em repouso é de 28 movimentos/min, a frequência cardíaca é de 98 batimentos/min, a pressão arterial = 120x70mmHg e SpO2 86% em ar ambiente e repouso. Observa-se edema de membros inferiores de intensidade moderada, ingurgitamento jugular e desaparecimento da amplitude de pulso radial na inspiração. Bulhas cardíacas rítmicas e hipofonéticas, sem sopros; fígado percutível a partir do 6º espaço intercostal direito e palpável a 3cm do rebordo costal, edema de membros inferiores de intensidade moderada. O paciente espontaneamente relata que tem consciência dos males que o cigarro tem feito a sua saúde e manifesta o desejo de parar de fumar. Já havia tentado parar de fumar outras vezes (sem tratamento farmacológico específico) e não obteve sucesso. Feito o teste de Fagerström com pontuação de 10. O paciente já tinha espirometria prévia abaixo e fazia acompanhamento médico periódico.

		Pré-broncodilatador		Pós-broncodilatador		
Parâmetro	Predito	Melhor	% Predito	Melhor	% Predito	Mudou
CVF (L)	3,62	1,70	47	1,65	46	-3%
VEF1 (L)	2,89	0,75	26	0,77	27	2
VEF1/CVF (%)	79,6	44,2	55	46,6	58	

**31)** O diagnóstico **MAIS PROVÁVEL** para o paciente é:

- Doença pulmonar obstrutiva crônica muito grave e *cor pulmonale*.
- Doença pulmonar obstrutiva crônica grave e *cor pulmonale*.
- Doença pulmonar obstrutiva crônica moderada e insuficiência cardíaca congestiva.
- Doença pulmonar obstrutiva crônica leve e insuficiência cardíaca congestiva.
- Doença pulmonar obstrutiva crônica grave e insuficiência cardíaca congestiva.

**32) O CONJUNTO DE CONDUTAS E ORIENTAÇÕES** para o paciente do caso, quando estável, considerando a sobrevida é:

- a) Cessação do tabagismo, avaliação de oxigenoterapia domiciliar, beta-2 agonista de longa ação associado a corticoide inalatório.
- b) Cessação do tabagismo, reabilitação pulmonar, beta-2 agonista de longa ação, associado a corticoide inalatório e anticolinérgico de longa ação inalatório.
- c) Cessação do tabagismo, reabilitação pulmonar, anticolinérgico de longa ação e inibidor da fosfodiesterase-4.
- d) Cessação do tabagismo, avaliação de oxigenoterapia domiciliar, avaliação de ventilação mecânica não invasiva, reabilitação pulmonar, beta-2 agonista de longa ação associado a corticoide inalatório e anticolinérgico de longa ação inalatório.
- e) Cessação do tabagismo e avaliação de oxigenoterapia domiciliar.

**33) Em relação à abordagem do tabagismo, assinale a alternativa CORRETA:**

- a) O paciente apresenta um alto grau de dependência à nicotina, sendo indicada a farmacoterapia como recurso adicional ao tratamento para cessação do tabagismo. Nesse caso, podemos indicar o cloridrato de bupropiona, um antidepressivo atípico de ação lenta, como medicamento de 1ª linha.
- b) O paciente apresenta um moderado grau de dependência à nicotina, sendo indicada a farmacoterapia como recurso adicional ao tratamento para cessação do tabagismo. Nesse caso, podemos indicar a terapia de reposição de nicotina, na forma de adesivo transdérmico, como medicamento de 1ª linha.
- c) O paciente apresenta um alto grau de dependência à nicotina, sendo indicada a farmacoterapia como recurso adicional ao tratamento para cessação do tabagismo. Nesse caso, podemos indicar a terapia de reposição de nicotina, na forma de adesivo transdérmico, como medicamento de 1ª linha.
- d) O paciente apresenta um baixo grau de dependência à nicotina, sendo indicada a farmacoterapia como recurso adicional ao tratamento para cessação do tabagismo. Nesse caso, podemos indicar a nortriptilina, um antidepressivo tricíclico, como medicamento de 2ª linha.
- e) O paciente apresenta um alto grau de dependência à nicotina, sendo indicada a farmacoterapia como recurso adicional ao tratamento para cessação do tabagismo. Nesse caso, podemos indicar o tartarato de vareniclina como medicamento de 1ª linha.

**34) Assinale a alternativa CORRETA em relação ao nódulo solitário de pulmão:**

- a) Devemos indicar a abordagem cirúrgica de todos os nódulos não calcificados.
- b) O nódulo que duplica de tamanho após 18 meses de acompanhamento é fortemente sugestivo de malignidade.
- c) O nódulo que duplica de tamanho em menos de 30 dias sugere etiologia maligna de alta agressividade.
- d) Os granulomas, ao contrário dos carcinomas, predominam nos lobos superiores.
- e) A tomografia com emissão de pósitrons (PET-CT) é um exame de elevada sensibilidade, que pode ser usada quando o nódulo é inferior a 8mm, e a probabilidade para etiologia maligna é de intermediária a alta.

**35) Paciente do sexo feminino, 28 anos de idade, sendo acompanhada por pneumologista com diagnóstico de asma. Atualmente, usa fluticasona inalatória 2.000mcg/dia, salmeterol 100mcg/dia e montelucaste 10mg/dia, e, mesmo assim, não atingiu o controle da doença nos últimos 6 meses. Apresenta tomografia computadorizada de tórax com evidência de bronquiectasias centrais e IgE total de 1.358U/L.**

**A PRINCIPAL HIPÓTESE** a ser pensada **e o EXAME COMPLEMENTAR** a ser solicitado, respectivamente, são:

- a) Aspergilose broncopulmonar alérgica - dosagem de IgE para *Aspergillus sp.*
- b) Granulomatose eosinofílica com poliangite - anticorpo anticitoplasma de neutrófilos.
- c) Fibrose cística - dosagem de cloro no suor.
- d) Imunodeficiência primária - dosagem de imunoglobulinas.
- e) Discinesia ciliar primária - microscopia eletrônica de mucosa nasal.



**36)** Paciente referindo tosse seca há 4 semanas. Nega febre, perda de peso, dispneia, sibilância, queixas digestivas, queixas rinossinusais e comorbidades prévias. Refere apenas sintomas gripais no início do quadro com melhora autorresolutiva e persistindo apenas com a tosse. Exame físico sem alterações apreciáveis. Diante do exposto, a hipótese **MAIS PROVÁVEL** e a conduta a ser adotada, respectivamente, são:

- a) Coqueluche e macrolídeo.
- b) Tosse pós-infecciosa e brometo de ipratrópio inalatório.
- c) Doença do refluxo gastroesofágico e inibidor de bomba de próton.
- d) Asma e broncodilatador de longa ação.
- e) Pneumonia e antibiótico.

**37)** Em relação à salmonelose septicêmica prolongada, é correto afirmar, **EXCETO**:

- a) Faz parte do diagnóstico diferencial de febre de origem indeterminada.
- b) É uma entidade clínica tipicamente decorrente da infecção por salmonelas em indivíduos com esquistossomose.
- c) Além da *Salmonella sp.*, eventualmente outras enterobactérias podem causar o mesmo quadro clínico.
- d) O quadro clínico tipicamente confunde-se muito mais com o quadro clássico de febre tifoide, inclusive com os sintomas neurológicos, do que com o quadro clássico de calazar.
- e) Faz parte do diagnóstico diferencial de esplenomegalia de grande monta.

**38)** Em relação aos cuidados paliativos, é correto afirmar, **EXCETO**:

- a) Tricíclicos, gabapentina, pregabalina e duloxetina são considerados medicamentos de primeira linha para o tratamento de dor neuropática.
- b) A constipação intestinal induzida por opioides deve ser prevista e prevenida em todos os pacientes. Ela é comum com qualquer dose de opioide, e geralmente não há tolerância a esse efeito colateral com o tempo.
- c) O tratamento da dispneia é direcionado principalmente à causa, sendo contraindicado o tratamento com opioides, principalmente a morfina, devido ao risco de depressão respiratória.
- d) Ao contrário da associação entre opioide e paracetamol, não há doses máximas permitidas ou efetivas para agonistas opioides plenos isolados, devendo a dose ser aumentada quanto for necessário para o alívio da dor.
- e) Corticosteroides em altas doses podem ser usados em casos refratários de náuseas ou vômitos.

**39)** Em relação à anemia aplásica, é correto afirmar, **EXCETO**:

- a) Apesar de o nome remeter a uma única linhagem celular, geralmente o paciente se apresenta com pancitopenia.
- b) A patogênese mais comum parece ser a supressão medular autoimune mediada por células T.
- c) O tratamento de escolha para pacientes adultos jovens com doador compatível é o transplante de medula óssea alogênico.
- d) Para pacientes acima de 40 anos, prefere-se o tratamento com globulina antitímócito e ciclosporina.
- e) Esplenomegalia e reticulocitopenia são achados comuns.

**40)** Paciente renal crônico estágio 4 não dialítico apresenta Hb de 9,0g/dL. Entre as opções, a causa **MENOS PROVÁVEL** da anemia é:

- a) Hemólise.
- b) Deficiência de ferro.
- c) Deficiência de ácido fólico.
- d) Hiperparatireoidismo.
- e) Inflamação.

**41)** Você acaba de ser aprovado para a residência de clínica médica, e o seu primeiro rodízio é o de cardiologia. Em seu primeiro dia no ambulatório de valvopatias, você avalia 5 pacientes. APENAS UM deles tem indicação cirúrgica. Assinale a alternativa que o identifica:

- a) Portador de estenose pulmonar leve, com gradiente transvalvar de pico em 28mmHg.
- b) Portador de estenose mitral leve, com trombo intra-atrial esquerdo.
- c) Usuário de heroína, portador de regurgitação tricúspide, assintomático, em avaliação após endocardite infecciosa recente.
- d) Portador de estenose aórtica, 48 anos, evoluindo com angina estável há 6 meses.
- e) Portador de prótese mitral biológica há 8 anos, assintomático, sem regurgitação ou estenose ao ecocardiograma transtorácico.

**42)** Paciente, 36 anos de idade, hipertenso, com cefaleia de início recente e tremores leves de extremidades. Exame físico mostra paciente corado, hidratado, vigil e orientado, com pupilas isocóricas e fotorreagentes, além de força preservada nos quatro membros. PA: 130x80mmHg, com FC em 72bpm, ausência de hipotensão postural. MMII sem edemas. A avaliação laboratorial mostra: Sódio sérico: 126mEq/L; Osmolaridade urinária < 100mOsm/L; Sódio urinário: 16mEq/L; Creatinina sérica: 1,2mg/dL; Creatinina urinária: 12,6mg/dL. Com base nesses dados, qual a causa **MAIS PROVÁVEL** de hiponatremia para esse paciente?

- a) Polidipsia primária.
- b) Diurético tiazídico.
- c) Insuficiência renal aguda parenquimatosa.
- d) Síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético.
- e) Desidratação por vômitos recentes.

**43)** Em uma paciente de 51 anos de idade com dor lombar de curso prolongado, submetida à tomografia computadorizada, observam-se lesões blásticas em L3 e L4. Assinale, entre as alternativas abaixo, o sítio primário **MAIS PROVÁVEL**:

- a) Tireoide.
- b) Mama.
- c) Pulmão.
- d) Plasmócitos.
- e) Fígado.

**44)** Paciente renal crônico não dialítico, internado em UTI por TCE grave há 11 dias, já extubado, tratando pneumonia nosocomial há 5 dias com piperacilina-tazobactam com boa resposta, e sem proposta de descalonamento antimicrobiano (culturas negativas), volta a apresentar picos febris. Está recebendo antibioticoterapia por cateter venoso central subclávio à esquerda. São coletadas culturas de sangue periférico e do lúmen do cateter central. Nesse paciente, em que situação a retirada do cateter central é indicada?

- a) Já há indicação mandatória de remoção do cateter central.
- b) Se houver positividade para a mesma bactéria na cultura de sangue a partir do lúmen do cateter central e na cultura de sangue periférico, com crescimento de bactéria na cultura pela via do cateter central pelo menos 3h antes da outra.
- c) Se o paciente evoluir com instabilidade hemodinâmica.
- d) Se houver positividade para a mesma bactéria na cultura de sangue a partir do lúmen do cateter e na cultura de sangue periférico, com crescimento de bactéria na cultura de sangue periférico pelo menos 3h antes da outra.
- e) A retirada do cateter não é mais considerada opção terapêutica nas infecções de corrente sanguínea associadas ao cateter central, sob nenhuma hipótese, devendo o acesso ser poupado até que o paciente não tenha mais indicação de acesso venoso central.

**45)** Num paciente com fraqueza muscular proximal simétrica, febre baixa recorrente, elevação moderada da aldolase e eletroneuromiografia sugestiva de miopatia, é formulada a hipótese diagnóstica de polimiosite. Nesse contexto, a positividade do anticorpo anti JO-1:

- a) É necessária para confirmar o diagnóstico de polimiosite.
- b) Sugere evolução em algum momento com acometimento cutâneo (dermatopolimiosite), e, portanto, indica rastreio sistêmico para neoplasia oculta.
- c) Prediz resposta ruim à corticoterapia.
- d) Indica sobreposição com síndrome de Sjögren.
- e) Indica um paciente com maior probabilidade de acometimento pulmonar.

46) O achado de luxação atlantoaxial em paciente sem histórico de trauma sugere a hipótese de:

- a) Espondilite anquilosante.
- b) Lúpus eritematoso sistêmico.
- c) Síndrome de Marfan.
- d) Artrite reumatoide.
- e) Tuberculose de coluna vertebral.

47) Assinale, entre as alternativas abaixo, aquela que contém um paciente para o qual a profilaxia medicamentosa para tromboembolismo venoso encontra-se indicada:

- a) Idoso, 82 anos, internado em UTI para tratamento de pneumonia comunitária grave, estável hemodinamicamente, fazendo Ventilação não invasiva intermitente e com suporte de O<sub>2</sub>.
- b) Paciente de 55 anos com trauma abdominal fechado após colisão auto-muro, admitido há 4h, com TC de crânio mostrando hematoma parietal esquerdo, estimado em 6cm<sup>3</sup>, sem desvio de linha média ou outras alterações de complacência à imagem, aguardando avaliação do neurocirurgião.
- c) Paciente de 17 anos em pós-operatório imediato de apendicectomia videolaparoscópica (cirurgia há 13h).
- d) Mulher de 60 anos, hipertensa controlada, com paraplegia completa após mielite transversa, ocorrida há 5 anos, em consulta ambulatorial de revisão.
- e) Paciente de 33 anos, usuária de contraceptivo oral, internada para tratamento de ITU alta, sem critérios para sepse.

48) Assinale, entre as situações abaixo, aquela para a qual é indicada a pesquisa sorológica para os vírus HTLV 1 e 2:

- a) Adulto com sorologia recente positiva para HIV.
- b) Mulher com histopatológico NIC-3 após exame Papanicolau.
- c) Paciente com trombozes venosas profundas de repetição.
- d) Idosa em abordagem inicial de quadro demencial.
- e) Adulto com paraparesia espástica progressiva, iniciada há 1 ano.

49) Homem, 16 anos de idade, inicia episódios de abalos musculares rápidos, semelhantes a choques em membros superiores e membros inferiores, sem alteração do nível de consciência. Devido a essas crises, joga objetos no chão, o que é característico de mioclonias. Em relação à epilepsia mioclônica juvenil, é **INCORRETO** afirmar:

- a) As crises podem ser desencadeadas por privação de sono, estresse, álcool, estímulo luminoso repetitivo.
- b) No presente caso, a medicação de primeira linha é o ácido Valproico.
- c) A Carbamazepina é a medicação de escolha no tratamento.
- d) O uso de levotiracetam também poderia ser indicado.
- e) O pico de início dos sintomas é na adolescência.

50) Em relação aos tumores carcinoides, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso:

- ( ) A localização mais comum dos tumores carcinoides é o trato digestório seguido pelo sistema respiratório.
- ( ) A síndrome carcinoide, presente na maioria dos pacientes portadores de tumores carcinoides, pode incluir diarreia, brocoespasmo, miopatias, artropatia, lesões cutâneas urticariformes, fibrose pulmonar ou cardíaca.
- ( ) O diagnóstico laboratorial dos tumores carcinoides é feito pela dosagem sérica da cromogranina A e do ácido 5-hidroxi-indolacético na urina de 24 horas.
- ( ) Os tumores carcinoides localizados no intestino proximal apresentam uma tendência a produzir níveis mais elevados de serotonina que os do intestino médio.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) F, F, V, F
- b) V, F, V, F
- c) V, F, V, V
- d) V, V, F, V
- e) F, V, F, V



Utilize esta folha para anotar o seu gabarito. Destaque-a e leve-a com você

01		02		03		04		05		06		07		08		09		10	
11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
31		32		33		34		35		36		37		38		39		40	
41		42		43		44		45		46		47		48		49		50	

Processo Seletivo para Ingresso em Residência Médica nos programas de: **Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular, Coloproctologia e Urologia**

## Caderno de Prova

### Instruções

- Verifique se esta prova contém todas as questões.
- É proibido qualquer tipo de comunicação, e ou utilização de equipamentos eletrônicos durante a prova.
- Quando receber a **Folha de Respostas**, verifique se os seus dados estão corretos. Caso necessite, solicite ao fiscal para efetuar as correções na Ata da Prova.
- Leia atentamente cada questão e assinale na **Folha de Respostas** a alternativa que mais adequadamente a responde.
- A **Folha de Respostas NÃO** pode ser dobrada, amassada, rasurada, manchada ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na **Folha de Respostas** é cobrindo, totalmente com caneta esferográfica azul ou preta, espaço a ela correspondente, conforme indicado na ilustração ao lado.

CERTO						ERRADO					
RESPOSTAS						RESPOSTAS					
01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	02	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	05	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pré-requisito em Residência de  
**Cirurgia Geral**



**1)** Paciente do sexo feminino, de 35 anos de idade, foi submetida a uma ultrassonografia abdominal de rotina que evidenciou nódulo de 30mm em lobo hepático direito. A paciente apresenta-se assintomática e nega uso de contraceptivos orais. Apresenta níveis normais de alfafetoproteína. Foi submetida a uma tomografia de abdome superior que confirmou o nódulo hepático em segmento V do fígado, com importante realce homogêneo em fase arterial e presença de escara central. Qual a conduta **MAIS APROPRIADA**?

- a) Observação e acompanhamento clínico.
- b) Hepatectomia direita.
- c) Ressecção hepática não anatômica.
- d) Quimioembolização.
- e) Biópsia percutânea.

**2)** Em relação ao tratamento cirúrgico das Metástases Hepáticas de Neoplasias Colorretais, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A presença de metástase pulmonar única não contraindica a ressecção.
- b) A realização de ressonância magnética pré-operatória não dispensa a necessidade de realização de ultrassonografia intraoperatória.
- c) A quimioterapia pré-operatória aumenta o risco de complicações pós-operatórias.
- d) Pode ser realizado no mesmo tempo cirúrgico da ressecção do tumor primário.
- e) O acometimento hepático bilateral contraindica a ressecção.

**3)** Em relação aos tumores da transição esofagogástrica, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A incidência de tumores da transição esofagogástrica tem crescido dramaticamente. Apesar das estratégias de detecção precoce e tratamento multimodal, seu prognóstico é desfavorável com sobrevida em 5 anos de aproximadamente 20%.
- b) Os tumores do tipo 3 da classificação de Siewert representam verdadeiros tumores gástricos subcárdicos com epicentro da lesão localizado 2cm a 5cm abaixo da transição esofagogástrica.
- c) Os tumores do tipo 1 da classificação de Siewert apresentam forte associação com esôfago de Barrett, tanto que 80% dos espécimes cirúrgicos apresentam metaplasia intestinal.
- d) Os pacientes com tumores da transição esofagogástrica T3 ou maiores, com envolvimento linfonodal, são considerados como portadores de doença avançada e devem ser encaminhados para tratamento paliativo com quimioterapia.
- e) A esofagectomia com gastrectomia proximal ou gastrectomia total estendida, por via trans-hiatal com esofagectomia distal, pode ser realizada para pacientes com tumores do tipo 2 e 3, desde que margens negativas sejam obtidas.

**4)** Em relação ao tratamento do adenocarcinoma de pâncreas, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A linfadenectomia estendida na duodenopancreatectomia não melhora a sobrevida e aumenta as taxas de complicações pós-operatórias.
- b) A laparoscopia diagnóstica deve ser realizada antes da tentativa de ressecção nos pacientes com suspeita de doença avançada devido a sua facilidade em detectar o envolvimento dos vasos mesentéricos pelo tumor.
- c) A complicação pós-operatória mais comum após duodenopancreatectomia cefálica é o esvaziamento gástrico retardado. Geralmente é transitório, mas aumenta o tempo de internação e as taxas de readmissão.
- d) A fístula pancreática pós-operatória é uma complicação comum após duodenopancreatectomia afetando de 25% a 40% dos pacientes, que podem evoluir com abscesso, hemorragia, retardo do esvaziamento gástrico, e é a principal causa de mortalidade.
- e) A hemorragia após o 5º dia de cirurgia resulta geralmente da erosão dos vasos peripancreáticos ou formação de pseudoaneurisma devido à fístula pancreática ou abscesso intra-abdominal.

**5) Em relação aos pacientes com obstrução aguda do aparelho digestivo, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) A obstrução biliar com infecção (colangite) necessita de drenagem emergencial, preferencialmente, por via videolaparoscópica.
- b) A obstrução gástrica aguda secundária à hérnia paraesofágica e/ou volvo gástrico, com sinais de encarceramento e isquemia, é uma emergência cirúrgica.
- c) O manejo laparoscópico da obstrução do intestino delgado secundária a bridas e aderências tem se mostrado seguro e potencialmente menos mórbido.
- d) O paciente com obstrução do intestino delgado, sem risco para aderências (ausência de cirurgia anterior) requerem um menor limite para indicação cirúrgica.
- e) O tratamento da obstrução colônica é dependente do grau (completa/parcial), localização e sua etiologia.

**6) Em relação aos colangiocarcinomas hilares, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) A extirpação cirúrgica tumoral com margem negativa é a única estratégia curativa do colangiocarcinoma hilar.
- b) Os tumores tipo III da classificação de Bismuth-Corlette necessitam de hepatectomia concomitante para atingir margem cirúrgica negativa.
- c) A ressecção concomitante do lobo caudado eleva a morbidade perioperatória sem influenciar os índices de margem negativa da peça cirúrgica e a chance de recidiva local.
- d) As ressecções de veia porta sem envolvimento tumoral e ressecções arteriais, de forma rotineira, podem ser realizadas em centros especializados, porém seu benefício na sobrevida permanece indefinido.
- e) Os pacientes com tumores irresssecáveis, na ausência de metástases identificáveis, podem ser considerados para transplante hepático.

**7) Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) O mecanismo antirrefluxo do esôfago consiste do esfíncter inferior do esôfago, do ângulo de His e das fibras musculares do diafragma. O esfíncter tem 2cm a 4cm de comprimento do esôfago distal e é composto por uma musculatura circular tonicamente contraída.
- b) O refluxo gastroesofágico ocorre quando há um relaxamento inapropriado do esfíncter inferior do esôfago permitindo a entrada do ácido gástrico no esôfago distal, estimulando os quimiorreceptores e causando irritação levando à manifestação dos sintomas.
- c) O esôfago de Barrett é a consequência mais temida da DRGE crônica. O risco de progressão para adenocarcinoma é pequeno, mas real. A extensão do epitélio metaplásico acima da junção esofagogástrica além de 3cm é considerado como Barrett longo e aumenta o risco de malignização.
- d) A avaliação do esvaziamento gástrico com impedâncio-PHmetria deve ser realizada antes da cirurgia antirrefluxo nos pacientes com história importante de plenitude gástrica e quando a manometria está em desacordo com o diagnóstico de DRGE.
- e) Os pacientes com estenose péptica secundária à DRGE crônica podem apresentar resultados falso-negativos no estudo da PHmetria esofágica. Estenoses pépticas devem ser biopsiadas para descartar metaplasia, displasia e malignidade.

**8) Em relação à formação de uma escara de decúbito, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) Normalmente, por efeitos físicos, a distribuição da pressão tem a forma cônica, cuja base é profunda; e o vértice, superficial.
- b) Durante o período de delimitação e expulsão do material necrosado, o organismo desenvolve, em defesa e isolamento do problema, uma espessa camada de tecido fibroso.
- c) Uma pessoa obesa tendo mais tecido adiposo está mais protegida contra o aparecimento de escara de decúbito.
- d) Todos os pontos do esqueleto ósseo que se projetam, por serem mais ou menos superficiais, podem favorecer a ação da pressão e criar áreas de isquemia.
- e) A extensão da lesão é dependente da área de pressão, espessura e vascularização do tecido comprimido.



9) Em relação à fascíte necrotizante, uma denominação que engloba infecções de partes moles, sobretudo da fáscia, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O quadro clínico se inicia com edema, eritema, calor local, acompanhado de dor.
- b) A evolução é para quadro de sepse e choque.
- c) O tratamento é emergencial e consiste em medidas de ressuscitação e desbridamento cirúrgico agressivo.
- d) O agente infeccioso é múltiplo, com prevalência para o *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*.
- e) A extensa área cruenta favorece o desenvolvimento da infecção; por isso a cirurgia reparadora reconstrutiva deve ser quase imediata.

10) Em relação às queimaduras, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) As queimaduras por psoralens ou furocumarins podem ser tratadas de forma conservadora.
- b) Quanto à gravidade, é considerado pequeno queimado quando a área de comprometimento da queimadura de segundo grau corresponder a 6% da superfície corporal em crianças menores de 12 anos.
- c) O desbridamento cirúrgico é indicado em praticamente todos os casos de queimaduras de segundo grau.
- d) O enxerto cutâneo pode ser realizado imediatamente após excisão das lesões de terceiro grau sem ter que aguardar a formação do tecido de granulação.
- e) Autores consideram o aumento da permeabilidade capilar como principal mecanismo fisiopatológico ocasionado pela ação direta da lesão térmica sobre a microcirculação.

11) Baseando-se na epidemiologia da fissura anal qual das alternativas abaixo está **INCORRETA**:

- a) Possui igual distribuição entre os sexos e ocorre frequentemente em adolescentes e adultos jovens.
- b) As fissuras que ocorrem em posição lateral sugerem outras patologias, tais como sífilis, tuberculose, HIV/AIDS ou até mesmo câncer de canal anal.
- c) A fissura anal crônica caracteriza-se por: plicoma sentinela, papila hipertrófica e a fissura propriamente dita permitindo a visualização de fibras da musculatura lisa.
- d) Quase 90% ocorrem na linha média anterior, podendo ser encontrada na linha média posterior.
- e) É mais frequente em pessoas com hábito alimentar pobre em fibras com pouca ingestão hídrica, tendo estreita correlação com a constipação intestinal.

12) A teoria criptoglandular descrita por Eisenhammer em 1956 é mundialmente aceita para explicar a etiologia dos abscessos perianais e perirretais. Entre os fatores abaixo, qual **NÃO** está relacionado a essa teoria?

- a) A contaminação da região perianal decorrente de higiene inadequada após a defecação.
- b) O traumatismo local por fezes endurecidas ou irritação causada por diarreia intensa.
- c) A lesão causada pelo manuseio orifical, quer seja por atividade sexual abusiva ou exame proctológico intempestivo.
- d) A deglutição de corpos estranhos que possam ficar impactados nas criptas (espinha de peixe, palitos, casca de ovo e/ou fragmento de osso de galinha).
- e) Algumas doenças sistêmicas também podem facilitar o aparecimento das fístulas, as mais comuns são tuberculose, doença de Crohn, diabetes e algumas doenças autoimunes.

13) A colonoscopia é o método propedêutico padrão ouro para prevenção do câncer colorretal, pois permite a ressecção de lesões pré-malignas. É considerada **CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA** para realização de colonoscopia:

- a) Síndrome do intestino irritável(SII) ou dor abdominal crônica.
- b) Adenocarcinoma metastático de origem desconhecida na ausência de sintomas intestinais.
- c) Ausência de consentimento ou cooperação adequada do paciente.
- d) Diarreia aguda.
- e) Sangramento digestivo alto ou melena com causa demonstrada no trato digestivo superior.

**14)** O câncer colorretal corresponde a 15% de todos os casos de câncer e a prevenção tem sido amplamente difundida. Entre as opções abaixo, qual **NÃO** corresponde ao padrão de rastreamento do câncer colorretal?

- a) Pesquisa de sangue oculto nas fezes anual ou bianual.
- b) Enema baritado ou clister opaco 1 vez a cada 5 anos.
- c) Colonoscopia virtual 1 vez a cada 5 anos.
- d) Retossigmoidoscopia flexível 1 vez a cada 5 anos.
- e) Colonoscopia 1 vez a cada 5 anos.

**15)** Paciente, 30 anos de idade, refere evacuar 1x na semana, com esforço, fezes ressecadas e fragmentadas. Nega dor anal. Refere apresentar sangramento anal e prolapso hemorroidário com necessidade de redução manual após evacuação. Sobre o referido caso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Trata-se de uma paciente que possui hemorroidas Grau 3, cujo tratamento é feito exclusivamente com modificação da dieta.
- b) Trata-se de uma paciente que possui hemorroidas Grau 2, cujo tratamento é feito exclusivamente com modificação da dieta.
- c) Trata-se de uma paciente com hemorroidas grau 1, cujo tratamento é cirúrgico, além das medidas clínicas.
- d) Trata-se de uma paciente com hemorroidas grau 3, cujo tratamento é cirúrgico, além das medidas clínicas.
- e) Trata-se de uma paciente com hemorroidas grau 2, cujo tratamento é feito com medidas dietéticas e ligadura elástica.

**16)** Paciente, 65 anos de idade, compareceu ao pronto socorro com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda associada à febre. Realizou uma tomografia computadorizada de abdome, sendo constatado diverticulite associada a abscesso pélvico de 1cm próximo ao sigmoide. Qual a classificação de Hinchey desse paciente e qual a melhor conduta inicial?

- a) Hinchey 1 - Tratamento clínico com antibioticoterapia e repouso intestinal.
- b) Hinchey 2 - Tratamento clínico com antibioticoterapia e repouso intestinal.
- c) Hinchey 3 - Tratamento cirúrgico com sigmoidectomia sem colostomia.
- d) Hinchey 2 - Tratamento cirúrgico com sigmoidectomia com colostomia.
- e) Hinchey 3 - Tratamento cirúrgico com sigmoidectomia com colostomia.

**17)** Paciente, jovem, refere crises recorrentes de dor abdominal e diarreia associada a mucorreia e sangramento anal. Refere ter diagnóstico de doença de Crohn. Além da alteração de hábito intestinal, outras alterações são comuns nesta doença, **EXCETO**:

- a) Pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal, da boca ao ânus.
- b) Caracteriza-se por ser descontínua, com segmentos completamente normais entre os afetados.
- c) Os sintomas mais comuns são as cólicas abdominais e diarreia.
- d) O processo inflamatório é restrito à mucosa, não podendo se estender à serosa e a estruturas adjacentes.
- e) O Anticorpo Anti – *Saccharomyces cerevisiae* (Asca) é mais específico para doença de Crohn do que para Retocolite ulcerativa.

**18)** Analise as afirmações abaixo em relação às cirurgias de revascularização do miocárdio:

- I - A artéria torácica interna (artéria mamária) é o enxerto mais utilizado nas anastomoses com a artéria coronária descendente anterior.
- II - Há maior taxa de acidente vascular cerebral nas cirurgias sem uso de circulação extracorpórea.
- III - A anticoagulação com heparina deve ser realizada imediatamente após a instalação da circulação extracorpórea.
- IV - A mediastinite constitui a principal causa de mortalidade nas cirurgias de revascularização do miocárdio.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Somente a afirmação I está correta.
- b) As afirmações I e II estão corretas.
- c) As afirmações III e IV estão corretas.
- d) Somente a afirmação IV está correta.
- e) As afirmações I e IV estão corretas.

**19)** Analise as afirmações abaixo em relação às disseções da artéria aorta:

- I - As do tipo A de Stanford e tipo I de DeBakey sempre envolvem a aorta ascendente.
- II - Os traumas torácicos e a doença aterosclerótica da parede da aorta são as principais causas da disseção da aorta torácica.
- III - A cineangiografia é imperativa para determinar o envolvimento das coronárias nas disseções da aorta ascendente.
- IV - Nas disseções agudas da aorta ascendente, é indicado tratamento cirúrgico imediato, mesmo com mortalidade cirúrgica de 20%.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Somente a afirmação I está correta.
- b) Somente a afirmação IV está correta.
- c) As afirmações I e IV estão corretas.
- d) As afirmações II e III estão corretas.
- e) As afirmações III e IV estão corretas.

**20)** Analise as afirmações abaixo em relação às cardiopatias congênitas:

- I - A válvula aórtica bicúspide é a cardiopatia congênita mais comum.
- II - A tetralogia de Fallot é a cardiopatia congênita cianótica mais comum.
- III - A Cirurgia de Jatene é realizada nas transposições de grandes artérias.
- IV - O bloqueio atrioventricular total pode ocorrer em cirurgias para correção de comunicações interventriculares.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) As afirmações II e III estão corretas.
- b) As afirmações III e IV estão corretas.
- c) As afirmações I e III estão corretas.
- d) As afirmações I, II e III estão corretas.
- e) Todas as afirmações estão corretas.

**21)** Considerando os aneurismas de ilíacas, sem comprometimento aórtico, que é raro, **PODE AFIRMAR-SE** que as artérias ilíacas comum e externa se tornam aneurismática com:

- a) Diâmetro transversal  $\geq 1,5\text{cm}$ .
- b) Diâmetro transversal  $\geq 2,0\text{cm}$ .
- c) Diâmetro transversal  $\geq 2,5\text{cm}$ .
- d) Diâmetro transversal  $\geq 3,0\text{cm}$ .
- e) Diâmetro transversal  $\geq 4,0\text{cm}$ .

**22) Qual é o aneurisma visceral MAIS FREQUENTE?**

- a) Artéria hepática.
- b) Artéria esplênica.
- c) Tronco celíaco.
- d) Artéria renal.
- e) Artéria mesentérica superior.

**23) A tríade sintomática MAIS COMUM na doença varicosa é:**

- a) Edema, dor e prurido.
- b) Prurido, dermatite ocre e ulceração.
- c) Calor, edema e câimbras.
- d) Úlcera varicosa, edema e hiperpigmentação.
- e) Dor, fadiga e sensação de peso.

**24) Todas as condições abaixo são fatores de risco para tromboembolia pulmonar, EXCETO:**

- a) Período de recuperação anestésica.
- b) Idade acima de 40 anos.
- c) História de trombofilia.
- d) Síndrome Nefrótica.
- e) Trombocitose.

**25) Em relação à abordagem do paciente com trauma genital, assinale a alternativa CORRETA:**

- a) Na fasceíte necrotizante secundária ao trauma de bolsa escrotal, o desbridamento cirúrgico deve ser adiado até que haja a reversão do processo inflamatório sistêmico.
- b) Na fratura peniana, complicada com lesão uretral, a reconstrução da uretra e do corpo cavernoso pode se dar no mesmo tempo cirúrgico.
- c) No trauma contuso testicular, com ruptura franca da túnica albugínea e hematocele, o uso de anti-inflamatórios não hormonais e suspensório escrotal é a melhor conduta.
- d) O priapismo secundário a trauma contuso perineal, geralmente, tem boa resposta à injeção intracavernosa de um agente alfa-adrenérgico.
- e) No trauma de prepúcio por “zíper preso” quase sempre é necessário bloqueio anestésico da haste peniana com ressecção cirúrgica da pele aprisionada.

**26) A hematúria é um dos achados urológicos mais comuns e está presente em diversas patologias do trato urinário. Em relação à hematúria, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) Em pacientes do sexo masculino com hematúria macroscópica e idade superior a 50 anos deve-se proceder a uma avaliação endoscópica e por imagem do trato urinário.
- b) A hematúria glomerular, em função de mudanças de pH e osmolaridade na urina, apresenta hemácias dismórficas, o que não acontece na hematúria não glomerular.
- c) É considerado hematúria macroscópica o achado de 50 hemácias por campo no exame de urina ou 1mL de sangue em 1 litro de urina.
- d) A sondagem uretral é contraindicada nos casos de hematúria macroscópica maciça, até que se esclareça o diagnóstico etiológico.
- e) Na investigação da hematúria macroscópica terminal, quando indicado exame endoscópico, a cistoscopia flexível apresenta melhor acurácia que a cistoscopia rígida.

**27)** O rim em ferradura é a anormalidade de fusão renal mais comum, geralmente está associada ao deslocamento anterior do sistema coletor urinário, o que favorece a estase de urina e a formação de cálculos. Quanto ao tratamento da urolitíase em rim em ferradura, é **INCORRETO** afirmar:

- a) A nefrolitotripsia extracorpórea por ondas de choque é menos eficaz que em rim normal.
- b) A ureterorenolitotripsia flexível a laser tem bons resultados em cálculos de até 2,0cm de tamanho.
- c) A nefrolitotripsia percutânea com acesso por cálices superior renal é contraindicada pelo risco de lesão pleural.
- d) Em cálculos de dimensão > 2,0cm e cólon de posicionamento retrorrenal, a cirurgia laparoscópica pode ser considerada.
- e) Em cálculos de dimensão > 2,0cm, a nefrolitotripsia percutânea é passível de ser realizada com bons resultados.

**28)** Homem, 45 anos de idade, sem comorbidades, com tomografia computadorizada de abdome evidenciando lesão sólida, de 3,9cm de dimensão, exofítica em polo inferior de rim esquerdo. A **MELHOR OPÇÃO** terapêutica é:

- a) Nefrectomia radical videolaparoscópica.
- b) Nefrectomia parcial videolaparoscópica.
- c) Biópsia renal.
- d) Nefroureterectomia videolaparoscópica com ressecção de *cuff* vesical.
- e) Imunoterapia inicial seguida de nefrectomia radical.

**29)** Dos sintomas relacionados abaixo, qual **NÃO** faz parte do Escore Internacional de Sintomas Prostáticos?

- a) Urgência urinária.
- b) Noctúria.
- c) Esforço miccional.
- d) Disúria.
- e) Esvaziamento vesical incompleto.

**30)** O *sling* de uretra média sem tensão (SUM) é atualmente o procedimento cirúrgico mais comumente utilizado no tratamento de incontinência urinária de esforço na mulher. Quanto às complicações pós-operatórias do SUM, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Na retenção urinária persistente, que necessita de cateterismo intermitente limpo por tempo prolongado, é dispensável a intervenção cirúrgica com secção do *sling*.
- b) A urgência “de novo” é atribuída a fatores diversos como obstrução infravesical, irritação uretral pelo *sling* e elevação do colo vesical.
- c) A erosão do *sling* para o interior do trato urinário tem seu diagnóstico pela endoscopia e o tratamento, quando factível, pode se dar também por essa via.
- d) A extrusão vaginal do *sling* tem relação com falha técnica cirúrgica, processos infecciosos locais ou atrofia do tecido vaginal.
- e) A dispareunia deve ser investigada em mulheres sexualmente ativas, principalmente após aplicação de telas sintéticas por via transobturatória.

**31)** Paciente dá entrada no P.S. com dispneia, cornagem e esforço respiratório. Com história clínica de entubação orotraqueal prolongada, extubação e alta hospitalar há poucos dias. Realizou broncoscopia diagnóstica onde se viu estenose concêntrica de aproximadamente 80% da luz traqueal, alta, com mucosa edemaciada, vermelha e sangrante ao toque do aparelho. Assinale a alternativa **CORRETA** acerca da conduta inicial mais adequada para o paciente:

- a) Realização de traqueostomia de urgência.
- b) Realização de intubação orotraqueal com tubo 8.0.
- c) Realização de dilatação traqueal com broncoscópio rígido.
- d) Corticoide venoso, nebulização e O<sub>2</sub> nasal.
- e) Traqueoplastia.

**32)** O rastreamento do câncer de pulmão sempre foi um assunto com muitas dúvidas acerca do real benefício da detecção precoce da doença contra os danos da radiação, frequente dos exames de rastreio. No entanto, desde 2011, grandes *trials* como o “*NLST - National Lung Screening Trial*” vêm demonstrando estatisticamente redução da mortalidade por câncer de pulmão. Segundo esse *Trial*, quais são as recomendações com reais evidências de benefício no rastreio de câncer de pulmão e qual o melhor método para isso?

- a) Pacientes com idade entre 55 e 74 anos e carga tabágica de mais de 30 maços/ano que fumam ou largaram o fumo há menos de 15 anos. Radiografia de tórax.
- b) Pacientes com idade entre 55 e 74 anos e carga tabágica de mais de 20 maços/anos que fumam ou largaram o fumo há menos de 10 anos. Tomografia computadorizada do tórax.
- c) Pacientes com idade entre 55 e 74 anos e carga tabágica de mais 50 maços/ano que fumam ou largaram o fumo há menos de 10 anos. Radiografia de tórax.
- d) Pacientes com idade entre 55 e 74 anos e carga tabágica de mais 15 maços/ano que fumam ou largaram o fumo há menos de 20 anos. Radiografia de tórax.
- e) Pacientes com idade entre 55 e 74 anos e carga tabágica de mais 30 maços/ano que fumam ou largaram o fumo há menos de 15 anos. Tomografia computadorizada do tórax.

**33)** Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação aos derrames pleurais:

- a) O gradiente de albumina entre o plasma e líquido pleural  $> 1,2$  é sugestivo de exsudato.
- b) Os níveis de DHL acima de 1000, pH  $< 7$  e glicose baixa são indicativos de derrame complicado e devem ser esvaziados.
- c) Cerca de 30% dos casos de pneumonia apresentam derrame pleural
- d) O paciente com derrame pleural com ADA  $> 40$  com pelo menos 50% de linfócitos é sugestivo de derrame pleural por tuberculose.
- e) Os pacientes com derrame pleural neoplásico com encarceramento pulmonar não são candidatos a pleurodese.

**34)** Em relação às neoplasias do trato nasossinusal, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A presença de neoplasias benignas como papiloma invertido não está relacionada com malignização.
- b) O carcinoma da nasofaringe está relacionado com a infecção pelo vírus Epstein Barr.
- c) Essas neoplasias estão entre as mais comuns em cabeça e pescoço e são em sua maioria malignas.
- d) O tratamento do esteseuroblastoma é baseado em radioterapia e quimioterapia indutora.
- e) O carcinoma de células escamosas é o tipo mais comum e não tem relação com fatores de risco ambientais.

**35)** As neoplasias cutâneas não melanoma são as afecções malignas mais comuns. Sobre essas afecções, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A Doença de Bowen é essencialmente um carcinoma escamoso localmente invasivo.
- b) As metástases são comuns no carcinoma basocelular, determinando impacto negativo na sobrevida livre de doença.
- c) A terapia fotodinâmica e o uso de agentes tópicos comumente são empregadas em lesões malignas invasivas.
- d) O carcinoma de células de Merkel origina-se de células neuroendócrinas e tem baixa propensão a metástases.
- e) O carcinoma basocelular é o tipo histológico mais comum, e o tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica.

**36)** Afecções da glândula tireoide são um motivo comum de consultas em ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço. Em relação à anatomia cirúrgica dessa glândula, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Os nervos laríngeo recorrentes mantêm relação próxima com a glândula, devendo ser identificados durante a cirurgia.
- b) Ocasionalmente, o nervo laríngeo recorrente direito poderá emergir diretamente do nervo vago no pescoço (nervo laríngeo não recorrente).
- c) O suprimento arterial da glândula é realizado superiormente pelas artérias tiroideanas superiores, ramos dos troncos tirocervicais bilateralmente.
- d) As glândulas paratireoides mantêm íntima relação com a glândula tireoide, posteriormente, devendo ser preservadas nas tiroideotomias.
- e) A drenagem venosa da glândula tireoide é realizada pelas veias tiroideanas superiores, médias e inferiores bilateralmente.

**37)** Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A estenose hipertrófica de piloro decorre da hipertrofia progressiva da camada circular do piloro e promove obstrução ao conteúdo gástrico com sintomas de vômitos pós-alimentares, em jato, não biliosos e que promovem alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica.
- b) Sobre os defeitos congênitos da parede abdominal: a onfalocele é mais comum e geralmente vem combinada às malformações associadas; já a gastrosquise é associada à prematuridade.
- c) O tipo de atresia de esôfago mais comum é a com fístula do esôfago distal na traqueia.
- d) O cisto tireoglosso é suspeito por tumoração cística na região cervical anterior, móvel, deve ser tratado com a técnica de Sistrunk para evitar recidivas que decorrem na taxa de 5%.
- e) Sobre os defeitos congênitos do diafragma: a hérnia de Bochdalek é a mais comum e grave, ocorre cerca de 90% à direita e vem associada à hipoplasia pulmonar.

**38)** Em relação ao megacólon congênito, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Trata-se de obstrução funcional devido à falha de inervação distal do intestino, com dilatação intestinal à jusante.
- b) São sinônimos: Doença de Hirschsprung, megacólon aganglionar, doença aganglionar dos cólons e aganglionose intestinal congênita.
- c) O tipo mais comum é o da transição retossigmoide.
- d) São utilizados para diagnóstico: anamnese, exame físico, radiografia simples do abdome, enema opaco e manometria anorretal (nesta, o reflexo retoesfincteriano estará ausente nas crianças com aganglionose).
- e) O megacólon tóxico é uma das apresentações mais graves e seu tratamento também inclui antibioticoterapia ampla, hidratação e sondagem retal calibrosa.

**39)** A infecção de sítio cirúrgico (ISC) apresenta importante impacto nos resultados clínicos e custos pós-operatórios. Em relação a esse tema, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Em função do risco adicional de ISC associada ao emprego de telas sintéticas na correção das hérnias inguinais, justifica-se a manutenção da antibioticoprofilaxia com cefalosporina de primeira geração (ex.: cefazolina) por 96 horas após a cirurgia.
- b) O tabagismo determina piora na atividade fagocítica e bactericida dos neutrófilos e macrófagos, resultando numa reduzida capacidade de controle da contaminação bacteriana da ferida operatória, determinando maior predisposição à infecção de sítio cirúrgico, sendo recomendado que o ato de fumar seja interrompido por 4 a 6 semanas antes da realização de um procedimento cirúrgico eletivo.
- c) Por definição, a infecção de sítio cirúrgico é aquela que desenvolve dentro de 60 dias após uma cirurgia, ou dentro de um ano se um implante foi utilizado no ato cirúrgico, e a infecção parece estar relacionada à operação.
- d) A ferida operatória é classificada como contaminada quando há presença de inflamação, secreção purulenta (ex.: apendicite aguda complicada com peritonite difusa), perfuração pré-operatória do trato respiratório, gastrointestinal ou genitourinário e trauma penetrante há mais de 6 horas.
- e) A administração do antibioticoprofilático precede a incisão na pele, e a primeira dose deve ser administrada cerca de 180 minutos antes do início da cirurgia, a fim de que alcance altos níveis teciduais e tenha boa eficácia em minimizar o risco de infecção de sítio cirúrgico no pós-operatório.

**40)** Em relação às fístulas digestivas pós-operatórias, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Devido à presença de enzimas digestivas proteolíticas, as fístulas duodenais de alto débito apresentam risco elevado de lesão cutânea, desnutrição e distúrbios hidroeletrólitos.
- b) A abordagem terapêutica das fístulas enterocutâneas pós-operatórias está centrada na prevenção e tratamento da desnutrição, sepse, distúrbios hidrossalinos, cuidados com a pele.
- c) A abordagem inicial das fístulas digestivas pós-operatórias é essencialmente clínica, embora, em situações de coleções, abscessos e peritonite, haja necessidade de controle mecânico do foco.
- d) As fístulas enterocutâneas pós-operatórias múltiplas, com trajetos curtos, obstrução de fluxo distal e labiadas (com exposição da mucosa) apresentam menor probabilidade de fechamento espontâneo.
- e) A presença de fístula de coto duodenal após Gastrectomia Parcial e reconstrução em Y de Roux inviabiliza a utilização do suporte nutricional enteral, pois implica um aumento do débito diário do efluente da fístula e retardo no fechamento espontâneo.

**41)** Em relação às hérnias e à anatomia da região inguinal, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso:

- ( ) A artéria epigástrica inferior, ramo terminal da artéria ilíaca interna, pode ser considerada como referencial anatômico para classificação das hérnias inguinais em direta e indireta.
- ( ) A parede anterior do canal inguinal está representada pela aponevrose do músculo oblíquo interno, da qual resultam os pilares medial e lateral do orifício (anel) inguinal externo.
- ( ) O assoalho (parede posterior) do canal inguinal é representado pela fáscia *transversalis*, e a protrusão herniária pela mesma é classificada como hérnia inguinal direta.
- ( ) Os nervos que transitam pela região inguinal (íleo-hipogástrio, íleo-inguinal, ramo genital do gênero-femural e pudendo) fazem parte do plexo lombar.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) V, F, V, F
- b) V, F, V, V
- c) F, F, V, F
- d) F, V, F, V
- e) F, F, V, V

**42)** Em relação ao emprego de técnicas *tension-free* para o reparo das hérnias inguinais e incisionais, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso:

- ( ) O emprego de telas no tratamento das hérnias inguinais está exclusivamente indicado para recidivas herniárias após a utilização de técnicas com tensão na cirurgia primária.
- ( ) A técnica de Lichtenstein é semelhante à de Gilbert (*Prolene Hernia System* - PHS®) ou *Mesh Plug* em termos de tempo de retorno ao trabalho, complicações, dor crônica, e taxa de recorrência em curto e médio prazo no tratamento primário das hérnias inguinais.
- ( ) As telas microporosas favorecem a migração de macrófagos, proliferação de fibroblastos e neovascularização no interior dos poros, algo que minimiza o risco de infecção da prótese, bem como determina sua boa incorporação.
- ( ) O emprego de tela biológica (bioprótese alogênica) para o reparo de hérnias incisionais apresenta uma maior probabilidade de recidiva herniária do que as telas sintéticas de polipropileno.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) F, F, V, F
- b) V, F, V, F
- c) V, F, V, V
- d) F, V, F, V
- e) F, V, V, V



**43)** Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, com história pregressa de colecistectomia videolaparoscópica realizada há seis meses devido à colelitíase, relata o surgimento de dor abdominal em andar superior com irradiação para o dorso há 5 dias, associada à colúria e icterícia. Foi submetido à colangiorressonância, que evidenciou coledocolitíase e dilatação das vias biliares (12 mm). Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Trata-se de um provável caso de litíase residual, haja vista que o surgimento dos sintomas se deu dentro do intervalo de dois anos após a colecistectomia, podendo ser manejada por colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) com papilotomia e coledocolitotomia.
- b) A CPRE com papilotomia e coledocolitotomia é um procedimento que pode ser realizado antes mesmo da colecistectomia videolaparoscópica.
- c) O tratamento mais adequado é a realização de uma derivação bileodigestiva do tipo hepaticojejunal, em função do grau da ectasia das vias biliares e o risco subsequente de formação de novos cálculos na árvore biliar principal após tratamento endoscópico.
- d) A litíase biliar residual apresenta risco para o desenvolvimento de episódios de colangite e pancreatite biliar aguda, portanto merece tratamento específico para prevenção de complicações.
- e) Entre as complicações associadas à CPRE com papilotomia e coledocolitotomia destacam-se a pancreatite aguda, hemorragia, perfuração duodenal e colangite.

**44)** Paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, com história clínica evidenciando episódios de dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos, associados à icterícia e colúria desde a infância. Após a avaliação inicial, realizou ultrassonografia do abdome que evidenciou colelitíase com dilatação do colédoco. Foi submetida a uma colangiorressonância, que mostrou litíase vesicular, dilatação fusiforme do colédoco (+/- 8 cm de diâmetro transversal), entretanto sem coledocolitíase e sem dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Trata-se de um provável caso de dilatação cística das vias biliares tipo I pela classificação de Todani, cujo tratamento envolve a realização de uma colecistectomia, ressecção do colédoco e derivação bileodigestiva em "Y" de Roux.
- b) Caso clínico conhecido como Doença de Caroli, cujo tratamento envolve colecistectomia videolaparoscópica e papiloesfincterotomia endoscópica.
- c) Diagnóstico de dilatação cística das vias biliares do tipo III pela classificação de Todani, cujo tratamento mais adequado é a realização de colecistectomia associada a papiloesfincterotomia endoscópica para descompressão biliar.
- d) Diagnóstico de dilatação cística das vias biliares tipo II pela classificação de Todani, aconselha-se a realização de colecistectomia com derivação coledocoduodenal látero-lateral.
- e) Diagnóstico de dilatação cística das vias biliares do tipo IV pela classificação de Todani, cujo tratamento mais adequado é a realização de colecistectomia associada à papiloesfincterotomia endoscópica para descompressão biliar.

**45)** Em relação às neoplasias císticas do pâncreas, marque "V" para verdadeiro e "F" para falso:

- ( ) A maioria das lesões císticas do pâncreas está representada por pseudocistos pancreáticos pós-inflamatórios que surgem após um episódio de pancreatite aguda.
- ( ) As neoplasias císticas mucinosas do pâncreas comumente são microcísticas, podendo apresentar uma parede fina e septada com aspecto típico de "favo de mel", e não apresentam comunicação com o ducto pancreático principal, e o risco de malignização é desprezível.
- ( ) As neoplasias císticas serosas pancreáticas comumente são encontradas no corpo e na cauda do pâncreas, apresentam um estroma similar ao ovário, e o risco de malignização está relacionado ao aumento do tamanho e tempo de existência.
- ( ) A neoplasia mucinosa papilar intraductal do pâncreas apresenta comunicação direta com o ducto pancreático principal ou seus ramos, tem um potencial de malignização maior que a neoplasia cística mucinosa.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) F, F, V, F                      b) V, F, F, V                      c) V, V, V, F                      d) V, F, V, V                      e) F, V, V, V

**46)** O *Sleeve* Gástrico é uma técnica cirúrgica empregada para tratamento da obesidade, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso.

- ( ) O *Sleeve* Gástrico é uma técnica de cirurgia bariátrica empregada apenas em pacientes sem comorbidades e índice de massa corpórea menor que 40 kg/m<sup>2</sup>.
- ( ) A redução do apetite é um achado comum no pós-operatório do *Sleeve* Gástrico. Essa alteração é determinada essencialmente pela redução na secreção da grelina pelo fundo gástrico.
- ( ) A técnica do *Sleeve* gástrico envolve a realização de uma gastrectomia vertical após desvascularização da pequena curvatura do estômago e ausência de desvios intestinais, portanto configura-se como um método restritivo.
- ( ) Sangramentos, estenoses, fístulas e hérnia de Petersen configuram como complicações relacionadas ao *Sleeve* Gástrico.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) F, F, V, F
- b) V, F, V, F
- c) V, V, F, V
- d) F, V, F, F
- e) F, V, F, V

**47)** Paciente do sexo feminino, 83 anos de idade, em uso de antidepressivo, com história recente de fratura de bacia, submetida à artrodese do quadril há 5 dias e uso de opioide para analgesia pós-operatória, evoluindo com distensão abdominal progressiva, pouco dolorosa, com redução na eliminação de flatos e fezes. Realizou uma tomografia computadorizada do abdome com contraste intravenoso, que evidenciou uma dilatação significativa do ceco, cólon ascendente e transversal sem sinais de obstrução mecânica intrínseca ou extrínseca, sem evidências de isquemia intestinal. Trata-se de **UM PROVÁVEL** caso denominado:

- a) Hérnia de De Garengeot.
- b) Síndrome de Rapunzel.
- c) Síndrome de Bouveret.
- d) Síndrome de Trousseau.
- e) Síndrome Ogilvie.

**48)** Paciente do sexo masculino, 23 anos de idade, com história de trauma abdominal por projétil de arma de fogo (PAF) transfixante da parede abdominal anterior há 1 hora. Apresenta-se com estabilidade hemodinâmica e respiratória, porém com sinais clínicos de peritonismo em andar inferior do abdome. Submetido à laparotomia exploradora, foram evidenciadas lesões jejunoileiais. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) As lesões de intestino delgado por PAF devem ser corrigidas preferencialmente com ressecção dos segmentos comprometidos e reconstrução do trânsito intestinal primariamente.
- b) Além dos sinais clínicos de peritonismo, a instabilidade hemodinâmica e evisceração de órgãos ou epíplon podem ser consideradas como indicações para abordagem cirúrgica nos casos de traumatismos abdominais por PAF.
- c) As lesões traumáticas na parede abdominal anterior que violam o peritônio podem ser consideradas penetrantes em relação à cavidade peritoneal.
- d) Em função da comprovada lesão de víscera oca com contaminação da cavidade abdominal, justifica-se a antibioticoterapia prolongada por no mínimo 10 dias com anaerobicida associado a uma cefalosporina de terceira geração.
- e) As lesões determinadas por PAF estão relacionadas à energia cinética dos projéteis e a liberação de calor por eles ao transitarem pelos tecidos e órgãos.

**49)** Paciente com relato de trauma torácico por arma branca (punhal) na base do hemitórax esquerdo há uma hora, apresenta-se com palidez cutânea, mucosas descoradas, taquidispneia, taquicardia, hipotensão arterial, timpanismo difuso em hemitórax esquerdo e murmúrio vesicular abolido homolateral, bem como dor abdominal e sinais de irritação peritoneal difusa. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Os sinais de irritação peritoneal denotam um provável envolvimento de vísceras abdominais e sugerem a necessidade de intervenção laparotômica para controle de possível foco hemorrágico ou mesmo lesão de víscera oca.
- b) Em função do ferimento na região de transição toracoabdominal, o paciente pode apresentar lesões torácicas e abdominais simultâneas. No caso de lesão de estômago em parede anterior do corpo gástrico, indica-se a gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux como procedimento padrão.
- c) Os ferimentos na região de transição toracoabdominal à esquerda constituem fator de risco para o surgimento de hérnia diafragmática traumática quando há comprometimento (lesão) diafragmático pelo trauma.
- d) A drenagem torácica sob selo d'água é necessária para o controle cirúrgico do provável pneumotórax à esquerda.
- e) Os sinais clínicos de instabilidade hemodinâmica podem estar associados à hemorragia e ao pneumotórax, determinando um quadro de choque misto.

**50)** Em relação às infecções intra-abdominais nos pacientes cirúrgicos, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) As infecções intra-abdominais complicadas são caracterizadas pelo comprometimento de um órgão e do espaço peritoneal, marcadas pelo surgimento de abscessos intra-abdominais ou peritonite localizada ou difusa.
- b) A idade avançada (>70 anos), o retardo no diagnóstico inicial (>24 horas) e a incapacidade de controle adequado do foco de contaminação da cavidade peritoneal são fatores que elevam o risco de insucesso e óbito nos pacientes com infecção intra-abdominal.
- c) A tomografia computadorizada do abdome é um exame de imagem que tem pouca utilidade na investigação diagnóstica de pacientes com suspeita de infecção intra-abdominal devido à distensão das alças intestinais.
- d) Os princípios do tratamento das infecções intra-abdominais incluem ressuscitação volêmica adequada, controle do foco (*source control*) e terapêutica antimicrobiana.
- e) O *source control* é um princípio cirúrgico fundamental definido como a capacidade de erradicar efetivamente a infecção (tecidos ou fluidos purulentos) e controlar a persistente contaminação por qualquer meio necessário.



Utilize esta folha para anotar o seu gabarito. Destaque-a e leve-a com você

01		02		03		04		05		06		07		08		09		10	
11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
31		32		33		34		35		36		37		38		39		40	
41		42		43		44		45		46		47		48		49		50	

Processo Seletivo para Ingresso em Residência Médica nos programas de: **Endoscopia Digestiva**

## Caderno de Prova

### Instruções

- Verifique se esta prova contém todas as questões.
- É proibido qualquer tipo de comunicação, e ou utilização de equipamentos eletrônicos durante a prova.
- Quando receber a **Folha de Respostas**, verifique se os seus dados estão corretos. Caso necessite, solicite ao fiscal para efetuar as correções na Ata da Prova.
- Leia atentamente cada questão e assinale na **Folha de Respostas** a alternativa que mais adequadamente a responde.
- A **Folha de Respostas NÃO** pode ser dobrada, amassada, rasurada, manchada ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na **Folha de Respostas** é cobrindo, totalmente com caneta esferográfica azul ou preta, espaço a ela correspondente, conforme indicado na ilustração ao lado.

CERTO						ERRADO					
RESPOSTAS						RESPOSTAS					
01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	02	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	05	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pré-requisito em Residência de  
**Endoscopia, Cirurgia do Aparelho Digestivo,  
Gastroenterologia ou Coloproctologia**

**1)** Todo paciente com suspeita de hemorragia digestiva baixa deverá ser submetido a colonoscopia. Se o local do sangramento for identificado, o tratamento endoscópico está indicado. Assinale qual das alternativas abaixo **NÃO** deve ser empregada no tratamento de sangramento por divertículos do cólon:

- a) Injeção de adrenalina.
- b) Ligadura elástica.
- c) Injeção de álcool absoluto.
- d) Uso de cliques.
- e) Coagulação com cateter bipolar.

**2)** Assinale a alternativa **CORRETA** em relação à colopatia isquêmica:

- a) Não há marcadores laboratoriais específicos para colopatia isquêmica.
- b) O quadro clínico de dor abdominal acompanhada de hematoquezia e diarreia sanguinolenta é patognomônico da colopatia isquêmica.
- c) O cólon direito é o segmento mais acometido.
- d) O reto nunca está acometido.
- e) A colonoscopia está contraindicada na fase aguda da colopatia isquêmica.

**3)** A avaliação da gravidade da retocolite ulcerativa pela colonoscopia é muito importante. Existem vários escores endoscópicos para essa avaliação, sendo o mais usado o escore de Mayo. O achado de sangramento espontâneo e ulcerações corresponde a:

- a) Doença leve – grau 2.
- b) Doença moderada – grau 2.
- c) Doença moderada – grau 3.
- d) Doença grave – grau 3.
- e) Doença grave – grau 4.

**4)** O **MELHOR MÉTODO ENDOSCÓPICO** para tratamento da hemorragia digestiva alta não varicosa é:

- a) Ligadura elástica.
- b) Injeção de adrenalina.
- c) Injeção de álcool absoluto.
- d) Injeção de adrenalina + glicose 50%.
- e) Terapia combinada.

**5)** Além do tratamento endoscópico, quando indicado, a realização da endoscopia digestiva alta na hemorragia digestiva alta é importante para:

- a) Avaliar a eficácia da reposição hidroeletrolítica.
- b) Impedir a aspiração de sangue proveniente da câmara gástrica.
- c) Impedir a encefalopatia hepática.
- d) Avaliar o risco de ressangramento.
- e) Afastar a presença de neoplasia.

**6)** Quais tipos de úlceras com história de sangramento devem ser submetidos a tratamento endoscópico:

- a) Úlceras classificadas como Forrest I e II.
- b) Úlceras classificadas como Forrest III e IV.
- c) Úlceras em pacientes idosos.
- d) Úlceras em pacientes instáveis hemodinamicamente.
- e) Todas as úlceras.

7) Além da reposição volêmica, quais medidas devem ser iniciadas ainda na sala de emergência para um paciente cirrótico com hemorragia digestiva alta varicosa:

- a) Apenas antibioticoterapia.
- b) Antibioticoterapia profilática e terlipressina.
- c) Albumina e plasma fresco.
- d) Eritromicina oral.
- e) Nenhuma, pois o paciente deve ser encaminhado imediatamente para a endoscopia.

8) Em relação aos adenomas gástricos, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Em geral, são múltiplos.
- b) O risco de malignização é superior a 90%.
- c) São as lesões neoplásicas mais comuns do estômago.
- d) São mais encontrados no fundo e corpo.
- e) Não apresentam relação com a gastrite atrófica crônica.

9) Em relação aos papilomas de esôfago, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O sintoma mais comum é o sangramento crônico.
- b) São múltiplos na maioria das vezes.
- c) São mais comuns em crianças.
- d) O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica.
- e) O diagnóstico diferencial deve ser feito com carcinoma verrucoso, tecido de granulação e leucoplasia papilar.

10) São contraindicações relativas à realização de gastrostomia endoscópica, **EXCETO**:

- a) Ascite.
- b) Incapacidade de aproximar a parede gástrica da parede abdominal.
- c) Doenças neoplásicas e inflamatórias da parede abdominal gástrica ou abdominal.
- d) Gastrectomia parcial.
- e) Obesidade.

11) Em relação à ingestão de corpos estranhos, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A esofagite eosinofílica é fator de risco em adultos.
- b) A remoção deve ser sempre “em bloco”, permitindo um estudo completo do material retirado.
- c) Em caso de obstrução completa do esôfago, é necessário aguardar 24 horas antes de realizar endoscopia digestiva alta, pois pode haver resolução espontânea.
- d) Todos os adultos devem ser entubados antes da remoção endoscópica.
- e) Agentes eméticos são úteis na eliminação de baterias do esôfago.

12) Assinale a alternativa **CORRETA** em relação à estenose da anastomose gastrojejunal após *bypass* gástrico:

- a) O sintoma mais comum é anemia ferropriva.
- b) A reabordagem cirúrgica é o tratamento de escolha.
- c) A dilatação endoscópica é pouco eficaz.
- d) A maioria ocorre após 3 a 6 meses da cirurgia.
- e) Ocorre em mais de 60% dos pacientes.

**13)** Paciente do sexo masculino, 78 anos de idade, hipertenso, diabético, insuficiência renal crônica não dialítica, sofreu queda em casa com fratura de fêmur, sendo submetido a tratamento cirúrgico. No décimo dia de pós-operatório, evoluiu com distensão abdominal importante, acompanhada por desconforto, parada de eliminação de gases e fezes, deterioração da função cardíaca e do padrão respiratório. A radiografia simples do abdome mostra distensão maciça do cólon. Baseado nesses dados clínicos, a **PRINCIPAL HIPÓTESE** diagnóstica é:

- a) Colopatia isquêmica.
- b) Abdome agudo vascular.
- c) Pseudo-obstrução do cólon.
- d) Megacólon tóxico.
- e) Neoplasia avançada de cólon obstrutiva.

**14)** Em relação à colite pseudomembranosa, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Acomete o reto, o cólon e o intestino delgado com a mesma frequência.
- b) Megacólon tóxico é uma complicação grave.
- c) A frequência da intervenção cirúrgica é alta.
- d) Os sintomas surgem sempre após a retirada do antibiótico.
- e) Cefalosporinas e penicilinas de largo espectro são os antibióticos que menos comumente desencadeiam a doença.

**15)** Existem vários tipos de lesões vasculares do intestino delgado. Yano e Yamamoto propuseram uma classificação com base no aspecto endoscópico dessas lesões. O achado de eritema puntiforme (< 1mm) com ou sem porejamento corresponde ao tipo:

- a) 1a
- b) 2a
- c) 1b
- d) 2b
- e) 3

**16)** Paciente jovem que foi submetido à endoscopia digestiva alta, devido à ingestão de soda cáustica, cujo achado endoscópico inclui áreas de necrose com coloração acinzentada ou enegrecida e ulcerações profundas, corresponde a que grau da classificação de Zargar modificada:

- a) Grau 2a
- b) Grau 3a
- c) Grau 3b
- d) Grau 4a
- e) Grau 4b

**17)** Em relação ao uso de corantes na endoscopia digestiva alta, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O azul de metileno é um corante de absorção usado para pesquisa de metaplasia intestinal, podendo ser usado para pesquisa de esôfago de Barrett ou metaplasias intestinais gástricas.
- b) O índigo de Carmin é um corante de contraste usado para realçar a superfície das lesões do trato gastrointestinal.
- c) O lugol é um corante de absorção que é absorvido pelo glicogênio do epitélio escamoso do esôfago e pode ser usado para avaliação do carcinoma espinocelular.
- d) O ácido acético é um corante químico que reage com o epitélio colunar fazendo com que sua superfície fique mais nítida e pode ser usado para a avaliação do esôfago de Barrett.
- e) A tinta da Índia é um corante reativo usado para realce das superfícies das lesões e para a pesquisa de esôfago de Barrett.



**18)** Em relação à hemorragia digestiva do intestino médio, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O exame de cápsula endoscópica é o teste inicial para pacientes com suspeita de sangramento de intestino delgado evidente ou oculto.
- b) A enterotomografia ou enterorressonância é indicada em pacientes com sangramento obscuro e suspeita de neoplasia de intestino delgado.
- c) Em pacientes com sangramento volumoso e instabilidade hemodinâmica, está indicada a enteroscopia de urgência para controle do sangramento.
- d) Entre todas as causas de hemorragia digestiva, o sangramento de intestino delgado é responsável em somente cerca de 5% dos casos.
- e) As ectasias vasculares de intestino delgado representam cerca de 30% dos sangramentos dessa localidade e são mais comumente vistos em pacientes idosos.

**19)** Em relação à lesão de Dieulafoy, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Os métodos mecânicos de hemostasia endoscópica são superiores aos métodos térmicos e à injeção de adrenalina.
- b) A terapia endoscópica é eficaz para o sangramento, porém o tratamento definitivo é o cirúrgico.
- c) O mecanismo de ruptura é bem-elucidado e depende da acidez e infecção pelo *Helicobacter pylori*.
- d) É uma artéria aneurismática da submucosa gástrica e com processo inflamatório adjacente.
- e) O local onde a lesão é mais encontrada é o bulbo duodenal.

**20)** Em relação às alterações ileais na colonoscopia, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) São raros os divertículos não Meckel no íleo terminal.
- b) Na doença de Crohn, o íleo terminal deve ser sempre avaliado, mesmo com o cólon normal.
- c) A hiperplasia linfóide é um achado comum em pacientes idosos.
- d) O Linfoma e o tumor carcinoide são raros no íleo terminal.
- e) A infecção pelo citomegalovírus se caracteriza por áreas de hiperemia e úlceras isquêmicas de aspecto aftoide.

**21)** Em relação à doença de Crohn anorretal, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A mesalazina é a droga de escolha para o tratamento inicial.
- b) Nunca deve ser tratada cirurgicamente.
- c) Os antibióticos são contraindicados.
- d) Pode ser a única manifestação da doença de Crohn.
- e) Ocorre melhora após a ressecção ileal em casos de acometimento desse segmento.

**22)** Em relação à avaliação e conduta do paciente com câncer de reto inferior (baixo), assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O estadiamento é necessário e visa avaliar a extensão da doença e o tratamento a ser empregado.
- b) Em alguns casos, em que é possível preservar os esfíncteres anais, o tratamento cirúrgico indicado é a ressecção anterior baixa com anastomose coloanal, associada à ileostomia à Brooke.
- c) Para o estadiamento, são realizados alguns exames, como tomografia computadorizada de tórax, ressonância magnética da pelve, ultrassonografia endorretal, CEA sérico. O CEA sérico possui valor prognóstico, sendo também utilizado no seguimento após o tratamento cirúrgico.
- d) O sítio de metástase a distância mais comum é o fígado, sendo o pulmão o segundo órgão mais acometido. Menos frequentemente, há metástases para o cérebro e ossos.
- e) A neoadjuvância com radioterapia e quimioterapia é geralmente indicada como tratamento inicial em pacientes com doença local avançada, levando a menores taxas de recidiva local da doença após tratamento cirúrgico.

**23)** O Prolapso total de reto ou procidência de reto é uma condição clínica caracterizada pela extrusão de todas as camadas do reto, além da borda anal. Com relação a essa doença, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A cirurgia por via abdominal, seja aberta ou laparoscópica, possui menores taxas de recidivas comparadas às técnicas de correção perineal. Na abordagem abdominal é realizada a fixação do reto ao promotório sacral, podendo ser feita com uso de tela ou não, sendo a dissecação posterior do reto, componente essencial em grande parte das técnicas.
- b) O tratamento cirúrgico pode ser realizado por via perineal ou abdominal, devendo sempre considerar a condição clínica do paciente para tal escolha.
- c) Acompanha-se comumente dos seguintes sintomas: eliminação de muco, sangramento retal, perda involuntária de fezes, constipação crônica, tenesmo e dor pélvica.
- d) São fatores associados ao surgimento do prolapso retal: flacidez da musculatura do assoalho pélvico, fundo de saco de Douglas profundo, falta de fixação do reto no sacro, cólon sigmoide redundante e multiparidade.
- e) Ocorre com maior frequência em mulheres com idade próxima aos 70 anos, sendo a incontinência fecal um sintoma bastante comum. Durante a cirurgia de Delorme, emprega-se a plastia do músculo puborretal, a fim de minimizar tal sintoma.

**24)** Em relação ao estudo propedêutico dos pacientes com acalásia, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A endoscopia digestiva alta não deve ser solicitada para o diagnóstico, mas, sim, para descartar outras doenças associadas ou para identificar possíveis complicações.
- b) A cintilografia do esôfago é útil ao possibilitar a avaliação do aumento do tempo de esvaziamento esofágico, característico nessa doença, mesmo em sua fase precoce.
- c) O estudo radiológico com contraste (esofagograma) é muito importante na investigação desses pacientes, pois não só permite fazer o diagnóstico, como também estadiar a doença.
- d) A esofagomanometria é considerada o exame padrão ouro, revelando hipertonía do corpo e do esfíncter esofágico anterior.
- e) A cirurgia de Heller pode ser empregada no tratamento cirúrgico do megaesôfago grau I e II nos casos de acalásia do esfíncter inferior do esôfago.

**25)** Em relação à hemorragia digestiva alta, são fatores associados a um maior índice de sangramento recidivante ou persistente e mortalidade, **EXCETO**:

- a) Uso de 3 unidades de concentrado de hemácias.
- b) Idade maior que 60 anos.
- c) Hipotensão arterial ou choque.
- d) Plaquetopenia ou distúrbios de coagulação.
- e) Úlceras de parede posterior do bulbo duodenal.

**26)** Paciente cirrótico Child C e com ascite volumosa, internado por aumento do edema e retenção hídrica, inicia um quadro de piora da confusão mental, aumento de temperatura (TAX 38,2° C) e dor abdominal. Com suspeita de peritonite bacteriana espontânea (PBE), realiza-se uma paracentese diagnóstica. Assinale o resultado que **PROVAVELMENTE** se encontra na análise desse líquido de ascite frente a um caso de PBE:

- a) Glicose acima de 50mg/dL; neutrófilos <250 células/mm<sup>3</sup>; LDH >500UI/L; proteínas >1g/dL.
- b) Glicose acima de 50mg/dL; neutrófilos <250 células/mm<sup>3</sup>; LDH <500UI/L; proteínas >1g/dL.
- c) Glicose acima de 50mg/dL; neutrófilos >250 células/mm<sup>3</sup>; LDH <500UI/L; proteínas <1g/dL.
- d) Glicose abaixo de 50mg/dL; neutrófilos >250 células/mm<sup>3</sup>; LDH >500UI/L; proteínas >1g/dL.
- e) Glicose acima de 50mg/dL; neutrófilos <250 células; LDH <500 UI/L; proteínas <1 g/dL

**27) Em relação aos pacientes com obstrução aguda do trato gastrointestinal, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) O manejo laparoscópico da obstrução do intestino delgado secundária a bridas e aderências tem-se mostrado seguro e potencialmente menos mórbido.
- b) A obstrução gástrica aguda secundária à hérnia paraesofágica e volvo gástrico, com sinais de encarceramento e isquemia, é uma emergência cirúrgica.
- c) Um paciente com obstrução do intestino delgado, sem risco para aderências (ausência de cirurgia anterior), requer um menor limite para indicação cirúrgica precoce.
- d) O tratamento da obstrução colônica depende do grau (completa/parcial), localização e etiologia.
- e) A obstrução biliar com infecção (colangite) necessita de drenagem emergencial, de preferência por via videolaparoscópica.

**28) Em relação aos tumores da transição esofagogástrica, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) A incidência de tumores da transição esofagogástrica tem crescido dramaticamente. Apesar das estratégias de detecção precoce e tratamento multimodal, seu prognóstico é desfavorável e apresenta sobrevida em 5 anos de aproximadamente 20%.
- b) Os pacientes com tumores da transição esofagogástrica T3 ou maiores, com envolvimento linfonodal são considerados doença avançada e devem ser encaminhados para tratamento paliativo com quimioterapia.
- c) Os tumores do tipo 3 representam verdadeiros tumores gástricos subcárdicos com epicentro da lesão localizado 2cm a 5cm abaixo da transição esofagogástrica.
- d) Os tumores do tipo 1 apresentam forte associação com esôfago de Barrett, tanto que 80% dos espécimes cirúrgicos apresentam metaplasia intestinal.
- e) A esofagectomia com gastrectomia proximal ou gastrectomia total estendida, por via trans-hiatal com esofagectomia distal, pode ser realizada para pacientes com tumores do tipo 2 e 3, desde que margens negativas sejam obtidas.

**29) Em relação à doença do refluxo gastroesofágico, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) O mecanismo antirrefluxo do esôfago consiste do esfíncter inferior do esôfago, do ângulo de His e das fibras musculares do diafragma. O esfíncter tem 2 a 4cm de comprimento do esôfago distal e é composto por uma musculatura circular tonicamente contraída.
- b) O refluxo gastroesofágico ocorre quando há um relaxamento inapropriado do esfíncter inferior do esôfago permitindo a entrada do ácido gástrico no esôfago distal, estimulando os quimiorreceptores e causando irritação, que leva à manifestação dos sintomas.
- c) O esôfago de Barrett é a consequência mais temida da DRGE crônica. O risco de progressão para adenocarcinoma é pequeno, mas real. A extensão do epitélio metaplásico acima da junção esofagogástrica além de 3cm é considerada como Barrett longo e aumenta o risco de malignização.
- d) A avaliação do esvaziamento gástrico com impedâncio-PHmetria deve ser realizada antes da cirurgia antirrefluxo nos pacientes com história importante de plenitude gástrica e quando a manometria está em desacordo com o diagnóstico de DRGE.
- e) Os pacientes com estenose péptica secundária à DRGE crônica podem apresentar resultados falso-negativos no estudo da PHmetria esofágica. Estenoses pépticas devem ser biopsiadas para descartar metaplasia, displasia e malignidade.

**30) Baseando-se na epidemiologia da fissura anal, qual das alternativas abaixo está INCORRETA:**

- a) Possui igual distribuição entre os sexos e ocorre frequentemente em adolescentes e adultos jovens.
- b) As fissuras que ocorrem em posição lateral sugerem outras patologias, tais como sífilis, tuberculose, HIV/AIDS ou até mesmo câncer de canal anal.
- c) Quase 90% ocorrem na linha média anterior, podendo ser encontrada na linha média posterior.
- d) A fissura anal crônica caracteriza-se por: plicoma sentinela, papila hipertrófica e a fissura propriamente dita, permitindo a visualização de fibras da musculatura lisa.
- e) É mais frequente em pessoas com hábito alimentar pobre em fibras com pouca ingestão hídrica, tendo estreita correlação com a constipação intestinal.

- 31)** A teoria criptoglandular descrita por Eisenhammer em 1956 é mundialmente aceita para explicar a etiologia dos abscessos perianais e perirretais. Entre os fatores abaixo, qual **NÃO** está relacionado a essa teoria:
- a) A contaminação da região perianal decorrente de higiene inadequada após a defecação.
  - b) O traumatismo local por fezes endurecidas ou irritação causada por diarreia intensa.
  - c) A lesão causada pelo manuseio orifical, quer seja por atividade sexual abusiva ou exame proctológico intempestivo.
  - d) A deglutição de corpos estranhos que possam ficar impactados nas criptas (espinha de peixe, palitos, casca de ovo e/ou fragmento de osso de galinha).
  - e) Algumas doenças sistêmicas também podem facilitar o aparecimento das fístulas, as mais comuns são tuberculose, doença de Crohn, diabetes e algumas doenças autoimunes.
- 32)** A colonoscopia é o método propedêutico padrão ouro para prevenção do câncer colorretal, pois permite a ressecção de lesões pré-malignas. É considerada **CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA** para realização de colonoscopia:
- a) Síndrome do intestino irritável(SII) ou dor abdominal crônica.
  - b) Ausência de consentimento ou cooperação adequada do paciente.
  - c) Adenocarcinoma metastático de origem desconhecida na ausência de sintomas intestinais.
  - d) Diarreia aguda.
  - e) Sangramento digestivo alto ou melena com causa demonstrada no trato digestivo superior.
- 33)** O câncer colorretal corresponde a 15% de todos os casos de câncer, e a prevenção tem sido amplamente difundida. Entre as opções abaixo, qual **NÃO** corresponde ao padrão de rastreamento do câncer colorretal:
- a) Colonoscopia 1 vez a cada 5 anos.
  - b) Pesquisa de sangue oculto nas fezes anual ou bianual.
  - c) Enema baritado ou clister opaco 1 vez a cada 5 anos.
  - d) Colonoscopia virtual 1 vez a cada 5 anos.
  - e) Retossigmoidoscopia flexível 1 vez a cada 5 anos.
- 34)** Paciente, 30 anos de idade, refere evacuar 1x na semana, com esforço, fezes ressecadas e fragmentadas. Nega dor anal. Refere apresentar sangramento anal e prolapso hemorroidário com necessidade de redução manual após evacuação. Em relação ao referido caso, assinale a alternativa **CORRETA**:
- a) Trata-se de uma paciente que possui hemorroidas Grau 3 cujo tratamento é feito exclusivamente com modificação da dieta.
  - b) Trata-se de uma paciente que possui hemorroidas Grau 2 cujo tratamento é feito exclusivamente com modificação da dieta.
  - c) Trata-se de uma paciente com hemorroidas grau 1 cujo tratamento é cirúrgico além das medidas clínicas.
  - d) Trata-se de uma paciente com hemorroidas grau 2 cujo tratamento é feito com medidas dietéticas e ligadura elástica.
  - e) Trata-se de uma paciente com hemorroidas grau 3 cujo tratamento é cirúrgico além das medidas clínicas.
- 35)** Paciente, 65 anos de idade, compareceu ao pronto socorro com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda associada à febre. Realizou uma tomografia computadorizada de abdome, sendo constatado diverticulite associada a abscesso pélvico de 1cm próximo ao sigmoide. Qual é a classificação de Hinchey desse paciente e qual a melhor conduta inicial?
- a) Hinchey 1 - Tratamento clínico com antibioticoterapia e repouso intestinal.
  - b) Hinchey 2 - Tratamento clínico com antibioticoterapia e repouso intestinal.
  - c) Hinchey 3 - Tratamento cirúrgico com sigmoidectomia sem colostomia.
  - d) Hinchey 2 - Tratamento cirúrgico com sigmoidectomia com colostomia.
  - e) Hinchey 3 - Tratamento cirúrgico com sigmoidectomia com colostomia.

**36)** Paciente jovem refere crises recorrentes de dor abdominal e diarreia associada à mucorreia e sangramento anal. Refere ter diagnóstico de doença de Crohn. Além da alteração de hábito intestinal, outras alterações são comuns nessa doença, **EXCETO**:

- a) Pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal, da boca ao ânus.
- b) Caracteriza-se por ser descontínua, com segmentos completamente normais entre os afetados.
- c) O processo inflamatório é restrito à mucosa, não podendo se estender à serosa e às estruturas adjacentes.
- d) Os sintomas mais comuns são as cólicas abdominais e diarreia.
- e) O Anticorpo Anti – *Saccharomyces cerevisiae* (Asca) é mais específico para doença de Crohn do que para Retocolite ulcerativa.

**37)** Em relação ao megacólon congênito, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) São sinônimos: Doença de Hirschsprung, megacólon aganglionar, doença aganglionar dos cólons e aganglionose intestinal congênita.
- b) O tipo mais comum é o da transição retossigmoide.
- c) São utilizados para diagnóstico: anamnese, exame físico, radiografia simples do abdome, enema opaco e manometria anorretal (nessa o reflexo retoesfincteriano estará ausente nas crianças com aganglionose).
- d) O megacólon tóxico é uma das apresentações mais graves, e seu tratamento também inclui antibioticoterapia ampla, hidratação e sondagem retal calibrosa.
- e) Trata-se de obstrução funcional devido à falha de inervação distal do intestino, com dilatação intestinal à jusante.

**38)** Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, com história pregressa de colecistectomia videolaparoscópica realizada há seis meses devido à colelitíase, relata o surgimento de dor abdominal em andar superior com irradiação para o dorso há 5 dias, associada à colúria e icterícia. Submetido a colangiorressonância, que evidenciou coledocolitíase e dilatação das vias biliares (12 mm). Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Trata-se de um provável caso de litíase residual, haja vista que o surgimento dos sintomas se deu dentro do intervalo de dois anos após a colecistectomia. Pode ser manejada por colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) com papilotomia e coledocolitotomia.
- b) A CPRE com papilotomia e coledocolitotomia é um procedimento que pode ser realizado antes mesmo da colecistectomia videolaparoscópica.
- c) A litíase biliar residual apresenta risco para o desenvolvimento de episódios de colangite e pancreatite biliar aguda, portanto merece tratamento específico para prevenção de complicações.
- d) O tratamento mais adequado é a realização de uma derivação bileodigestiva do tipo hepaticojejunal, em função do grau da ectasia das vias biliares e o risco subsequente de formação de novos cálculos na árvore biliar principal após tratamento endoscópico.
- e) Entre as complicações associadas à CPRE com papilotomia e coledocolitotomia destacam-se a pancreatite aguda, hemorragia, perfuração duodenal e colangite.

**39)** Em relação às neoplasias císticas do pâncreas, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso.

- ( ) A maioria das lesões císticas do pâncreas está representada por pseudocistos pancreáticos pós-inflamatórios que surgem após um episódio de pancreatite aguda.
- ( ) As neoplasias císticas mucinosas do pâncreas comumente são microcísticas, podendo apresentar uma parede fina e septada com aspecto típico de “favo de mel” e não apresentam comunicação com o ducto pancreático principal, e o risco de malignização é desprezível.
- ( ) As neoplasias císticas serosas pancreáticas comumente são encontradas no corpo e cauda do pâncreas, apresentam um estroma similar ao ovário, e o risco de malignização está relacionado ao aumento do tamanho e tempo de existência.
- ( ) A neoplasia mucinosa papilar intraductal do pâncreas apresenta comunicação direta com o ducto pancreático principal ou seus ramos. Tem um potencial de malignização maior que a neoplasia cística mucinosa.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) F, F, V, F                      b) V, V, V, F                      c) V, F, F, V                      d) V, F, V, V                      e) F, V, V, V

**40)** São fatores associados à presença de complicações da doença ulcerosa péptica:

- a) Idade avançada.
- b) Infecção pelo *Helicobacter pylori*.
- c) Internação em UTI.
- d) Uso de anti-inflamatórios não hormonais.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

**41)** Em relação ao linfoma gástrico, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O aspecto endoscópico é suficiente para o diagnóstico e o início do tratamento com antibiótico.
- b) A principal associação do linfoma gástrico MALT é o uso de inibidores de bomba de prótons.
- c) A infecção pelo *Helicobacter pylori* não é um fator de risco para o desenvolvimento de linfoma gástrico.
- d) O linfoma MALT e o linfoma difuso de células B são os mais comuns.
- e) A infecção pelo *Helicobacter pylori*, que expressa a proteína CagA, está intimamente relacionada com o surgimento do linfoma folicular.

**42)** São fatores de risco associados ao aumento da incidência de câncer colorretal nos pacientes com retocolite ulcerativa, **EXCETO**:

- a) Presença de pólipos hiperplásicos na colonoscopia de vigilância.
- b) Tempo de duração da doença superior a 10 anos.
- c) Diagnóstico concomitante de colangite esclerosante primária.
- d) História familiar de câncer colorretal esporádico em familiar de primeiro grau diagnosticado antes dos 50 anos de idade.
- e) Presença de pancolite.

**43)** São **FATORES PREDISPONENTES** para hipertensão intra-abdominal:

- a) Ascite.
- b) Massa intra-abdominal ou retroperitoneal.
- c) Obesidade.
- d) Pancreatite aguda grave.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

**44)** Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação à pancreatite aguda:

- a) A maioria das pancreatites são graves e requerem internação em UTI.
- b) A necrose pancreática é a complicação local mais grave.
- c) O pâncreas *divisum* e o pâncreas anular são causas obstrutivas.
- d) A queda de 10% no hematócrito nas 48h admissionais é considerada um fator de gravidade.
- e) Aumentos séricos isolados de amilase podem ocorrer na ausência de pancreatite.

**45)** Assinale a alternativa **CORRETA** com relação à hemorragia digestiva baixa por divertículos colônicos:

- a) Dos pacientes que sangram por divertículos, 2/3 apresentam hemorragia volumosa.
- b) O sangramento cessa espontaneamente em cerca de 75% dos casos.
- c) Pacientes que já sangraram têm risco de ressangramento maior que 70%.
- d) A cirurgia é o tratamento de escolha já no primeiro sangramento.
- e) Em idosos, a morbimortalidade é superior.

**46)** Paciente, 50 anos de idade, procurou pronto atendimento com queixa de 3 episódios de “fezes escuras (pretas)”. Vinha em uso de diclofenaco de sódio para tratamento de dor no joelho direito. Ao exame físico, o paciente apresenta-se lúcido e orientado, PA: 100 x 60mmHg e FC: 116bpm. Qual é a **PRIMEIRA CONDUTA** a ser tomada nesse paciente?

- a) Passar sonda nasogástrica para lavagem com solução fisiológica 0,9% exaustivamente.
- b) Vitamina K – 1 ampola IM de imediato.
- c) Iniciar reposição volêmica.
- d) Realizar endoscopia digestiva alta de urgência.
- e) Administrar inibidor de bomba de prótons endovenosa.

**47)** Em relação ao diagnóstico diferencial de ascite, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O achado clínico de maior sensibilidade para o diagnóstico de ascite parece ser a presença de macicez móvel nos flancos, que consegue detectar ascite em torno de 1,5 litros, sendo esse achado geralmente mais útil do que piparote e semicírculo de Skoda.
- b) A ascite era anteriormente classificada como transudato ou como exsudato baseada na concentração total de proteínas do líquido ascítico menor ou maior que 2,5g/dL, respectivamente. Atualmente, é preferencialmente classificada como decorrente ou não de hipertensão portal baseada no GASA maior ou menor que 1,1g/dL, respectivamente.
- c) São indicações de paracentese diagnóstica em pacientes com ascite: encefalopatia hepática, piora da função renal, hemorragia digestiva, dor abdominal e febre.
- d) A neoplasia é a etiologia mais comum de ascite exsudativa.
- e) A presença de coagulopatia não tratada é contraindicação absoluta à paracentese.

**48)** Paciente sexo feminino, 35 anos de idade, com diagnóstico de hepatopatia crônica consequente à Síndrome de Budd-Chiari. Na investigação etiológica, a paciente pode ser portadora de uma das seguintes doenças subjacentes, **EXCETO**:

- a) Hemoglobinúria paroxística noturna.
- b) Policitemia vera.
- c) Mutação do fator V de Leiden.
- d) Deficiência de homocisteína.
- e) Neoplasia.

**49)** O Frenz (Fr) é a unidade normalmente utilizada para medidas de sondas, cateteres e outros materiais em endoscopia digestiva. O valor de um Fr equivale a:

- a) 0,1mm
- b) 0,3mm
- c) 0,4mm
- d) 0,6mm
- e) 0,8mm

**50)** Paciente masculino, 45 anos de idade, com sangramento por varizes de esôfago. No momento, estável hemodinamicamente e sem sangramento ativo. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Pode ser utilizada a ligadura elástica ou escleroterapia para tratamento das varizes de esôfago.
- b) O balão de Sengstaken-Blakemore não deve ser utilizado em coagulopatias.
- c) O balão de Sengstaken-Blakemore é um tratamento definitivo.
- d) A ligadura elástica tem mais complicações locais e sistêmicas do que a escleroterapia.
- e) A terapia mecânica é sempre a mais recomendada para o sangramento de varizes esofágicas.



Utilize esta folha para anotar o seu gabarito. Destaque-a e leve-a com você

01		02		03		04		05		06		07		08		09		10	
11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
31		32		33		34		35		36		37		38		39		40	
41		42		43		44		45		46		47		48		49		50	



Processo Seletivo para Ingresso em Residência Médica nos programas de: **Ecocardiografia**

## Caderno de Prova

### Instruções

- Verifique se esta prova contém todas as questões.
- É proibido qualquer tipo de comunicação, e ou utilização de equipamentos eletrônicos durante a prova.
- Quando receber a **Folha de Respostas**, verifique se os seus dados estão corretos. Caso necessite, solicite ao fiscal para efetuar as correções na Ata da Prova.
- Leia atentamente cada questão e assinale na **Folha de Respostas** a alternativa que mais adequadamente a responde.
- A **Folha de Respostas NÃO** pode ser dobrada, amassada, rasurada, manchada ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na **Folha de Respostas** é cobrindo, totalmente com caneta esferográfica azul ou preta, espaço a ela correspondente, conforme indicado na ilustração ao lado.

CERTO						ERRADO					
RESPOSTAS						RESPOSTAS					
01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	02	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	05	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pré-requisito em Residência de  
**Cardiologia**

1) Assinale a alternativa que **NÃO** está de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial:

- a) A pseudo-hipertensão, que está associada ao processo aterosclerótico, pode ser detectada pela manobra de Osler, ou seja, a artéria radial permanece ainda palpável após a insuflação do manguito pelo menos 30mmHg acima do desaparecimento do pulso radial.
- b) Manguitos mais longos e largos são necessários em pacientes obesos para não haver superestimação da pressão arterial.
- c) Em braços com circunferência superior a 50cm, para os quais não há manguito disponível, pode-se fazer a medição no antebraço.
- d) A medição da PA em crianças é recomendada em toda avaliação clínica após os três anos de idade, pelo menos anualmente, como parte do atendimento pediátrico primário, devendo considerar idade, sexo e altura e consultar tabelas específicas.
- e) A hipertensão do avental branco e a hipertensão mascarada são incomuns na gravidez e, por isso, a MAPA e a MRPA não constituem forma importante na tomada de decisão clínica como em outras condições.

2) São critérios de internação do paciente com pericardite aguda:

- a) Uso de anticoagulantes, pericardite recorrente, pericardite relacionada a trauma e elevação de troponina.
- b) Primeiro episódio, febre, derrame pericárdico associado, idade avançada.
- c) Leucocitose, taquicardia, dor pleurítica e alteração eletrocardiográfica.
- d) Atrito pericárdico, derrame pericárdico associado, leucopenia e elevação de troponina.
- e) Derrame pericárdico moderado, atrito pericárdico, disfunção ventricular nova e uso prévio de aspirina.

3) Analise as afirmativas abaixo:

- I - Avaliação de rotina a cada 3 meses para diagnóstico das repercussões ventriculares e acelerar a intervenção cirúrgica.
- II - Reavaliação periódica anual do tamanho e função do VE em pacientes assintomáticos com IAo importante.
- III - Reavaliação de pacientes com mudança de sintomas e sinais.
- IV - Após a intervenção cirúrgica da valva aórtica, como nova avaliação de base.

Em relação às indicações classe I de ecocardiograma transtorácico no paciente com insuficiência aórtica (IAo), assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) As afirmativas III e IV estão corretas.
- b) Somente a afirmativa III está correta.
- c) As afirmativas II, III e IV estão corretas.
- d) As afirmativas I, II e IV estão corretas.
- e) As afirmativas II e III estão corretas.

4) Em relação à avaliação de risco perioperatório, assinale a alternativa que contém todas as variáveis contempladas no Escore de Lee:

- a) Idade > 70 anos, HAS com HVE importante, edema agudo de pulmão há menos de 6 meses, estenose aórtica grave, diabetes, angina classe III ou IV.
- b) Estenose aórtica grave, doença coronariana, ritmo não sinusal, idade > 70 anos, diabetes, Insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal.
- c) IAM < 6 meses, estenose aórtica, diabetes, hipertensão com lesão de órgão alvo, insuficiência renal, doença cerebrovascular, idade > 70 anos.
- d) Cirurgia intraperitoneal, intratorácica ou vascular suprainguinal, diabetes insulino-dependente, creatinina > 2mg/dL, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular, doença arterial coronariana.
- e) IAM < 6 meses, diabetes, angina classe III ou IV, cirurgia de urgência, estenose aórtica, creatinina > 2mg/dL.

5) A arterite de Takayasu, também denominada doença sem pulso, tem etiologia desconhecida e caracteriza-se por:

- a) Acometer preferencialmente aorta e carótidas.
- b) Ser mais comum nos homens.
- c) Predominar na faixa etária mais idosa.
- d) Geralmente na fase de atividade, o exame laboratorial revelar leucopenia com VHS normal.
- e) O emprego de corticoides ser contraindicado.

6) Em relação ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, é **INCORRETO** afirmar:

- a) Existem evidências que a ingestão de laticínios, em especial os com baixo teor de gordura, reduz a pressão arterial.
- b) Estudos recentes com ácidos graxos ômega-3 provenientes dos óleos de peixe (eicosapentaenoico – EPA e docosaexaenoico - DHA) estão associados com redução importante da hipertensão arterial.
- c) A adoção da dieta do Mediterrâneo, apesar da limitação de estudos, parece ter efeito hipotensor.
- d) O café, apesar de rico em cafeína, substância com efeito pressor agudo, possui polifenóis que podem favorecer a redução da hipertensão arterial.
- e) O chocolate com pelo menos 70% de cacau pode promover discreta redução da PA, devido às altas concentrações de polifenóis.

7) É considerado definição de doença aterosclerótica e de seus equivalentes, **EXCETO**:

- a) Aterosclerose subclínica significativa documentada por método diagnóstico.
- b) Diabetes *mellitus* tipos 1 e 2.
- c) Tabagismo.
- d) Doença renal crônica.
- e) Hipercolesterolemia familiar.

8) São preditores maiores de risco aumentado de morte súbita cardíaca na miocardiopatia hipertrófica:

- a) Septo interventricular > 30mm, fibrilação atrial paroxística, sobrecarga ventricular esquerda importante e idade avançada.
- b) Taquicardia ventricular sustentada, septo interventricular > 20mm, síncope recorrente e fibrilação atrial.
- c) Comportamento em platô da pressão arterial no teste ergométrico, movimento sistólico anterior da válvula mitral (SAM), taquicardia ventricular sustentada e frequência cardíaca média < 60bpm em 24 horas.
- d) Septo interventricular > 30mm, síncope inexplicada, taquicardia ventricular não sustentada e história familiar de morte súbita prematura.
- e) Septo interventricular > 20mm, síncope inexplicada, taquicardia ventricular não sustentada e história familiar de morte súbita prematura.

9) Conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, são fatores agravantes do risco cardiovascular, **EXCETO**:

- a) Proteína C-reativa ultrasensível > 2mg/L.
- b) Glicemia  $\geq$  100mg/dL (ou tratamento para DM).
- c) Espessamento mediointimal de carótidas > 1,0mm.
- d) Escore de cálcio coronário > 100 ou percentil > p75 para idade e sexo.
- e) Índice tornozelobraquial < 0,9.

10) Assinale a condição que é **FORMALMENTE CONTRAINDICAÇÃO** para a realização do exame de ressonância magnética cardiovascular:

- a) Pacientes com fragmentos metálicos nos olhos.
- b) Pacientes com *stents* coronários (logo após o implante).
- c) Portadores de próteses valvares metálicas.
- d) Pacientes com próteses de aorta.
- e) Pacientes com próteses ortopédicas.

**11)** De acordo com a atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2012), assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Adicionar BRA em pacientes que persistam sintomáticos a despeito do uso da terapia otimizada (IECA, BB).
- b) Associar espironolactona em pacientes sintomáticos com disfunção sistólica do VE, classes funcionais III e IV da NYHA, com uso de IECA associada com BRA, além do tratamento padrão.
- c) Associar hidroclorotiazida ou clortalidona nos pacientes resistentes à ação dos diuréticos de alça.
- d) Administrar cumarínicos na miocardiopatia chagásica com aneurisma de ponta do ventrículo esquerdo.
- e) Administrar espironolactona em pacientes pós-IAM, independente da função ventricular.

**12)** Em relação à propedêutica cardíaca, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A estenose aórtica com importante calcificação valvar cursa com B2 hiperfonética.
- b) As manobras que diminuem o volume do VE, como ficar em pé a partir de uma posição agachada, fazem com que, no prolapso da valva, o clique e o sopro ocorram precocemente na sístole.
- c) Os sopros sistólicos variam a cada batimento, o que os tornam distinguíveis dos sopros diastólicos na presença de ritmos irregulares ou após extrassístoles.
- d) Taquicardia, febre, intervalo PR curto, extrassístoles e mixoma em átrio esquerdo são condições que podem cursar com B1 hiperfonética.
- e) O tempo entre B2 e o estalido de abertura da valva mitral é inversamente proporcional ao gradiente entre o átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo (quanto maior o gradiente, menor o intervalo entre B2 e o estalido).

**13)** Paciente do sexo feminino, 23 anos de idade, portadora de cardiopatia reumática com antecedentes de troca de valva mitral por prótese biológica há 5 anos. Evoluiu com dispneia aos esforços habituais, e o ECG evidencia sobrecarga biventricular com ritmo irregular. Ao ecodopplercardiograma, nota-se regurgitação mitral e tricúspide importantes por dilatação do anel. Qual é a **MELHOR CONDUTA**?

- a) Tratamento cirúrgico com próteses biológicas em posição mitral e tricúspide.
- b) Tratamento cirúrgico com próteses metálicas em posição mitral e tricúspide.
- c) Tratamento cirúrgico com próteses biológicas em posição mitral e anuloplastia tricúspide.
- d) Tratamento cirúrgico com próteses metálicas em posição mitral e biológica em posição tricúspide.
- e) Terapia farmacológica como única opção terapêutica.

**14)** Em relação às Diretrizes Brasileira de Valvopatias – SBC (2011), assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Considerando-se que o maior risco de recorrência da FR ocorre nos dois primeiros anos após o surto reumático, durante esse período, a penicilina deve ser administrada a cada 15 dias.
- b) A administração de benzilpenicilina G benzatina está justificada para pacientes com suspeita de amigdalite estreptocócica, mesmo sem confirmação diagnóstica.
- c) A administração de azitromicina VO durante 5 dias é única antibioticoterapia por via oral que pode erradicar o estreptococo em menos de 10 dias.
- d) Para pacientes alérgicos a penicilina, em profilaxia secundária, é recomendado o emprego de sulfadiazina até que seja concluída a dessensibilização a penicilina.
- e) Testes rápidos não devem ser empregados para a detecção de estreptococos em orofaringe para decisão sobre tratamento com penicilina, sendo considerados como classe de recomendação III.

**15)** Em relação ao tratamento da pericardite aguda não complicada, a I Diretriz Brasileira de Miocardites e Pericardites recomenda:

- a) Corticoide oral como opção inicial aos anti-inflamatórios para diminuir a chance de recorrência.
- b) Anti-inflamatórios não hormonais por uma semana e colchicina apenas em caso de recorrência.
- c) Anti-inflamatórios não hormonais por 14 dias e colchicina (coadjuvante) por 3 meses.
- d) Corticoide oral por 14 dias com desmame gradual e colchicina por 21 dias.
- e) Anti-inflamatórios não hormonais por 3 semanas e colchicina apenas na recorrência.

**16)** Assinale a alternativa que descreve a alteração eletrocardiográfica que pode ser identificada no paciente com hiperparatireoidismo:

- a) PR longo.
- b) Alargamento do QRS.
- c) QT longo.
- d) QT curto.
- e) Desaparecimento da onda P.

**17)** Em relação à propedêutica das valvopatias, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O pulso com elevação lenta e de baixa amplitude, chamado *parvus et tardus*, é característico de estenose aórtica importante, porém nem sempre presente nos idosos.
- b) Pulsação carotídea ampla (dança das artérias), sopro nas artérias femorais (Traube), queda de 15mmHg da pressão diastólica com elevação do braço (Mayne) e diferença da pressão sistólica poplíteia e braquial maior que 60mmHg (Hill) são achados possíveis na insuficiência mitral.
- c) Todo paciente com síndrome de intolerância ao esforço e síndrome de retenção hídrica deve ser considerado como potencial portador de valvopatia.
- d) A percepção tátil do sopro (frêmito), apesar de pouco comum, é muito específica de valvopatia importante.
- e) Os sopros de câmaras direitas são mais bem-auscultados com manobra de inspiração profunda, sem fechamento da glote, idealmente com paciente na posição sentada ou em pé.

**18)** De acordo com a II Diretriz de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Colégio Brasileiro de Radiologia, são consideradas indicações da ressonância magnética na avaliação das doenças valvares todas as condições abaixo, **EXCETO**:

- a) Avaliação da anatomia e da função ventricular.
- b) Quantificação da regurgitação valvar.
- c) Avaliação de próteses valvares.
- d) Quantificação e planimetria de estenose aórtica.
- e) Quantificação e planimetria de estenose mitral.

**19)** Em relação à cardiomiopatia neuroadrenérgica, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) As mulheres idosas são o maior grupo de risco (80% dos casos), e o prognóstico em geral é bom, com recuperação da função ventricular em 2 a 4 semanas.
- b) Homens jovens e mulheres idosas representam o principal grupo acometido por essa doença, que tem mortalidade hospitalar acima de 10%.
- c) Mulheres jovens e com transtorno de ansiedade generalizada são as mais acometidas pela doença, que tem bom prognóstico a médio e longo prazo.
- d) Mulheres pós-menopausa são as mais acometidas pela doença, que deve ser tratada agressivamente na fase aguda, priorizando o uso de inotrópicos adrenérgicos.
- e) Mulheres e homens idosos são igualmente acometidos por essa doença aguda, que tem bom prognóstico a curto prazo.

**20)** A ressonância magnética cardíaca é um método diagnóstico em franca evolução. Sobre essa modalidade de imagem cardiovascular, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) É uma indicação importante na avaliação de massa, volumetria e função ventricular.
- b) A técnica de realce tardio com áreas de fibrose acometendo o subendocárdio (podendo ser até transmural) em territórios coronários é característico de lesão isquêmica.
- c) Nas cardiomiopatias dilatadas, as áreas de fibrose se localizam, em geral, no mesocárdio (poupam o subendocárdio).
- d) Pode ser usada para diagnóstico na fase aguda das síndromes coronárias.
- e) Para diagnóstico de displasia arritmogênica do ventrículo direito, é limitada na definição de tecido gorduroso.

**21)** Qual das seguintes alternativas é **CORRETA** referente à avaliação ecocardiográfica de suspeita de endocardite infecciosa?

- a) Ecocardiogramas seriados devem ser obtidos durante a antibioticoterapia, mesmo que a melhora clínica seja evidente.
- b) Após a antibioticoterapia bem-sucedida, vegetações previamente detectadas não devem estar visíveis pela ecocardiografia.
- c) Consequências funcionais e estruturais da infecção valvar raramente são observadas por avaliação ecocardiográfica transtorácica, portanto um estudo transesofágico é sempre mandatório.
- d) Vegetações bacterianas com mais frequência estão localizadas no lado da pressão mais baixa de uma valva.
- e) Quando se suspeita de endocardite, a ausência de vegetações em um ecocardiograma transtorácico é tranquilizante e deve direcionar a avaliação diagnóstica para outra doença.

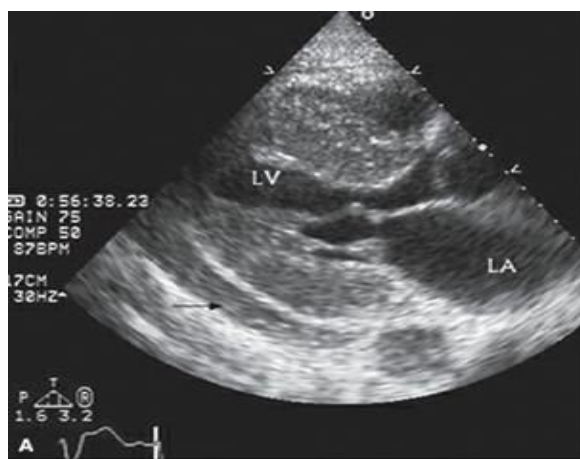
**22)** Em relação aos fatores que predizem um mau resultado e favorecem a intervenção cirúrgica precoce, analise os itens abaixo:

- I - Acomentimento precoce menor que 30 dias em prótese biológica.
- II - Abscesso perivalvar.
- III - Insuficiência cardíaca intratável devido à disfunção da valva.
- IV - Vegetações hipermóveis muito grandes (> 1 cm).

Assinale a alternativa **CORRETA**:

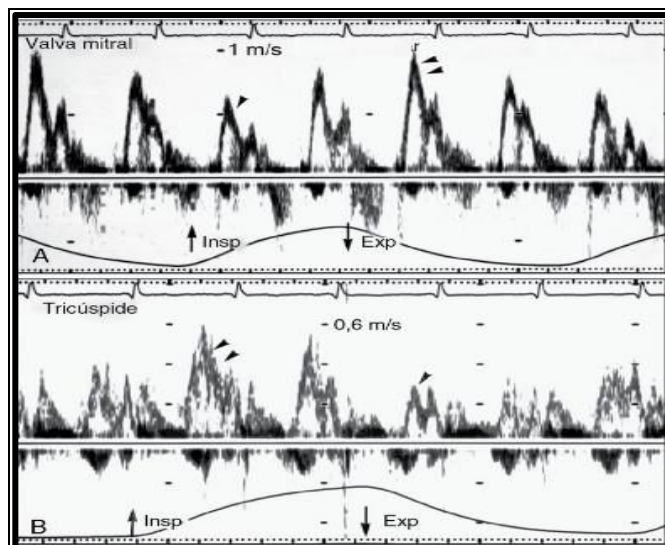
- a) Os itens III e IV estão corretos.
- b) Somente o item II está correto.
- c) Os itens I, II e III estão corretos.
- d) Os itens I, II e IV estão corretos.
- e) Os itens I e IV estão corretos.

**23)** Um homem, 65 anos de idade, com história de palpitação, dispneia intermitente e ECG com baixa voltagem difusa. O estudo ecocardiográfico evidenciou a imagem abaixo. Qual o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL**?



- a) Tumor pericárdico.
- b) Mixoma atrial esquerdo.
- c) Hipertrofia lipomatosa do septo interatrial e parede atrial direita.
- d) Miocardiopatia hipertrófica assimétrica.
- e) Amiloidose cardíaca.

**24)** Uma mulher, 43 anos de idade, apresenta um quadro de dispneia progressiva há 2 dias. Atualmente em tratamento quimioterápico para câncer de mama. Percebe-se a presença de hipofonese de bulhas à ausculta cardíaca, e obtém-se o Doppler das valvas atrioventriculares. Conforme a imagem abaixo, o **PROVÁVEL** diagnóstico da paciente é:



- a) Derrame pericárdio.
- b) Tamponamento cardíaco.
- c) Tromboembolismo pulmonar.
- d) Metástase pericárdica.
- e) Insuficiência importante das valvas atrioventriculares.

**25)** Todas as seguintes afirmações referentes à associação entre contraceptivos orais e hipertensão arterial são corretas, **EXCETO**:

- a) A probabilidade de desenvolver hipertensão arterial aumenta com o consumo significativo de álcool.
- b) A incidência de hipertensão arterial é mais ou menos duas vezes maior em usuárias de contraceptivos orais que nas não usuárias.
- c) A probabilidade de desenvolver hipertensão arterial depende da idade da usuária.
- d) A hipertensão arterial se resolve em quase todas as pacientes depois da interrupção dos contraceptivos orais.
- e) O mecanismo para hipertensão arterial induzida por contraceptivos provavelmente envolve expansão de volume mediada por renina-aldosterona.

**26)** Uma jovem, 20 anos de idade, vai ao consultório com queixas gripais há dois dias, apresentou febre de 38°C há 1 dia, apresenta obstrução nasal, coriza hialina abundante, rouquidão discreta, tosse seca e dores difusas pelo corpo. Ao exame físico, notam-se bulhas rítmicas em dois tempos, B1 hiperfonética, estalido de abertura da valva mitral mesodiastólico, sopro diastólico em ruflar e reforço pré-sistólico 2+/6+. A paciente nega queixas prévias e nunca fez acompanhamento médico antes. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A paciente está apresentando cardite reumática aguda por não fazer profilaxia secundária para febre reumática.
- b) São necessários ao menos 2 pares de hemoculturas e ecocardiograma para afastar o diagnóstico de endocardite infecciosa.
- c) A paciente aparenta estar gripada e tem um sopro que provavelmente é sequela de um surto antigo de febre reumática. Pelo tipo de sequela, é possível fechar o diagnóstico de febre reumática para essa paciente, e há necessidade de profilaxia secundária com benzilpenicilina G Benzatina.
- d) A paciente aparenta estar gripada com sopro sugestivo de cardite reumática aguda.
- e) Não é possível, apenas com o quadro clínico e com o exame físico, supor que se trata de gripe ou de febre reumática, sendo necessária uma série de exames para fazer o diagnóstico da paciente.

**27)** Uma mulher, 58 anos de idade, hígida, não tabagista, que se apresenta no consultório com exame físico normal, pressão arterial sistólica de 128mmHg e com os seguintes resultados nos exames laboratoriais: Colesterol total = 252mg/dL, HDL=67mg/dL, LDL=161mg/dL. De acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose, essa paciente é considerada de:

- a) Risco muito baixo para eventos cardiovasculares.
- b) Risco baixo para eventos cardiovasculares.
- c) Risco alto para eventos cardiovasculares.
- d) Risco muito alto para eventos cardiovasculares.
- e) Risco intermediário para eventos cardiovasculares.

**28)** Em relação aos efeitos colaterais das estatinas, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O efeito colateral mais comum é a toxicidade hepática.
- b) A miopatia por estatina pode surgir semanas ou anos após o início do tratamento.
- c) A miopatia por estatina está relacionada com a dose do medicamento.
- d) Cerca de 25% dos pacientes em uso de estatina apresentam um aumento das transaminases em até três vezes do seu limite superior.
- e) O uso de estatinas está contraindicado para pacientes com doença hepática crônica.

**29)** A cardioversão externa na fibrilação atrial pode ser realizada após anticoagulação por, no mínimo, 3 semanas e mantida por, pelo menos, 4 semanas, **COM INDICAÇÃO** classe de recomendação I para:

- a) Varfarin ou Rivaroxabana.
- b) Varfarin ou Dabigatran.
- c) Varfarin ou Apixabana.
- d) Varfarin ou Edoxabana.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

**30)** Em relação à doença de Chagas, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) As drogas antiparasitárias, como o benzonidazol, mostram-se efetivas para reduzir o curso da doença, mas não a parasitemia. Dessa forma, são indicadas para o tratamento da fase aguda da doença.
- b) Na forma cardíaca crônica, a manifestação da falência ventricular é predominante direita.
- c) O teste de fixação do complemento (Machado-Guerreiro) apresenta alta especificidade e baixa sensibilidade.
- d) Existe boa correlação entre os níveis de parasitemia e as manifestações clínicas da doença na sua fase crônica.
- e) A disfunção autonômica pode ser um achado concomitante, podendo levar à hipotensão postural.

**31)** Em pacientes com insuficiência cardíaca diastólica, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A mortalidade é maior que em pacientes com insuficiência cardíaca sistólica, chegando a 15% ao ano.
- b) A mortalidade não apresenta relação com a idade e ou presença de insuficiência coronariana.
- c) Em acompanhamento de cinco anos, cerca de 25% das pessoas com mais de 65 anos de idade desenvolvem insuficiência cardíaca.
- d) Cerca de um terço dos pacientes com insuficiência cardíaca possui a fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada.
- e) Os fatores de descompensação são completamente distintos quando comparados a pacientes com insuficiência cardíaca sistólica e diastólica.

**32)** Entre as indicações para intervenção coronária de revascularização miocárdica (percutânea/cirurgia) em pacientes com doença coronariana crônica estável uniarterial, a que **NÃO** se aplica como classe 1, segundo a Diretriz de Doença Coronariana Estável (2014), é:

- a) Estenose >50% em tronco de coronária esquerda.
- b) Estenose > 50% em artéria descendente anterior proximal ou em vaso derradeiro.
- c) Área isquêmica no ventrículo esquerdo >10%.
- d) Estenose > 50% relacionada com isquemia/viabilidade > 10% e sinais de insuficiência cardíaca congestiva.
- e) Todas as alternativas estão corretas.



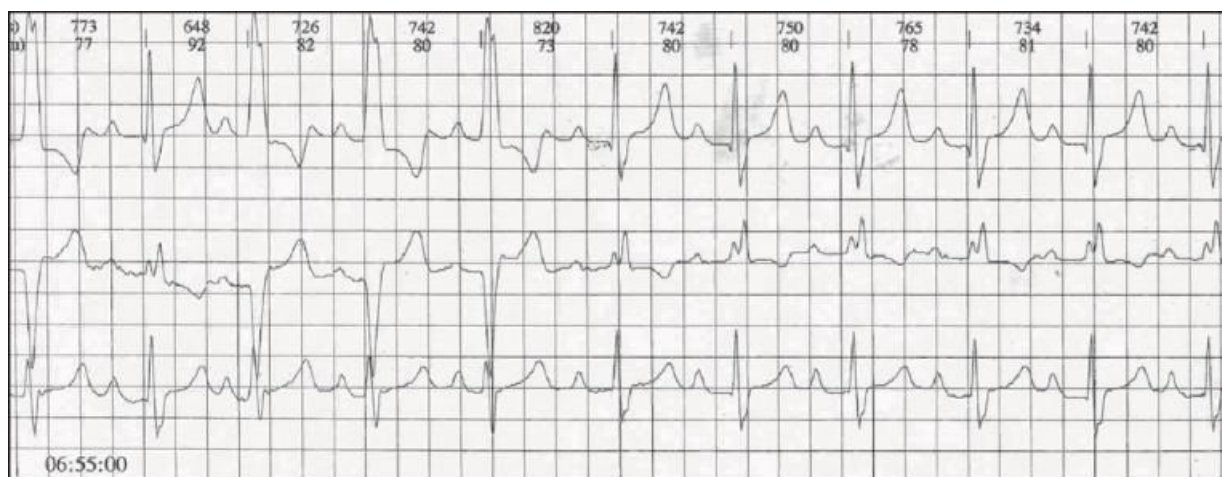
**33)** Dos fatores citados a seguir, qual **NÃO** indica risco aumentado de morbimortalidade relacionado à cirurgia de revascularização do miocárdio:

- a) Área eletricamente inativa ao ECG.
- b) Arteriopatia extracardíaca.
- c) Fração de ejeção de VE menor que 30%.
- d) Sexo feminino.
- e) Infarto do miocárdio recente.

**34)** As manifestações clínicas **MAIS FREQUENTES** em adultos com defeitos no septo interatrial são:

- a) Cianose e palpitações.
- b) Arritmias ventriculares.
- c) Intolerância ao exercício (dispneia e fadiga) e palpitações.
- d) Dispneia paroxística noturna.
- e) Dor torácica.

**35)** Paciente do sexo masculino, 60 anos de idade, com episódios de síncope. Não faz uso de nenhuma medicação. Apresenta ecocardiograma sem alterações dignas de nota e a estratificação invasiva mostrou coronárias normais. Conforme o trecho de monitorização eletrocardiográfica abaixo, qual a conduta **CORRETA**?



- a) Realização de estudo eletrofisiológico invasivo.
- b) Betabloqueador e implante de cardiodesfibrilador implantável.
- c) Teste de inclinação.
- d) Implante de marca-passo definitivo.
- e) Realização de ressonância magnética de coração e eletrocardiograma de alta resolução.

**36)** Em relação aos novos anticoagulantes orais usados na fibrilação atrial não valvular, é **CORRETO** dizer sobre os resultados dos estudos de fase III que:

- a) Somente a dabigatrana na dose de 110mg apresentou menores índices de hemorragia cerebral quando comparada à warfarina.
- b) Somente os antagonistas do fator anti-Xa (rivaroxabana, apixabana e edoxabana) apresentaram menores índices de hemorragia cerebral quando comparados à warfarina.
- c) Apenas a dabigatrana na dose de 110mg e a rivaroxabana na dose de 15mg apresentaram menores índices de sangramento intracraniano em comparação à warfarina.
- d) A dabigatrana na dose de 150mg, ribaroxabana na dose de 20mg e apixabana na dose de 5mg apresentaram taxas equivalentes de sangramento intracraniano quando comparados à warfarina.
- e) Todos diminuíram o risco de hemorragia cerebral em comparação à warfarina.

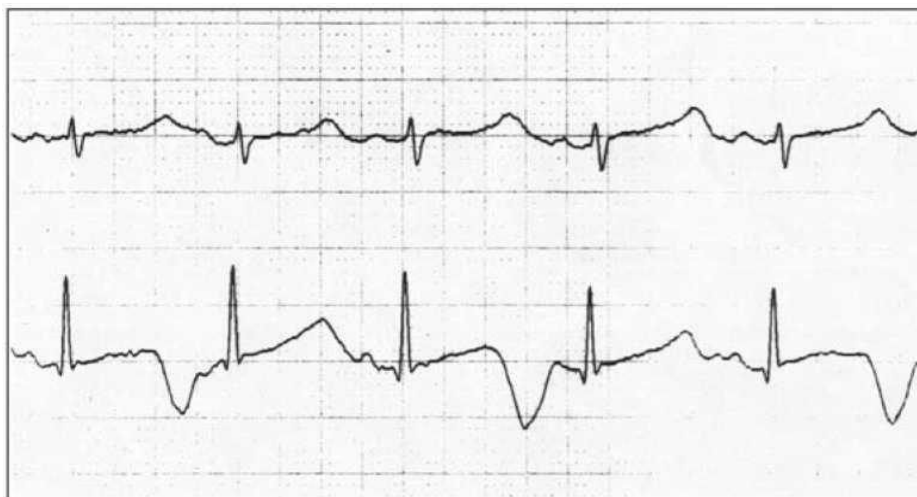
**37)** Paciente, 78 anos de idade, 80 kg, *clearance* de creatinina de 40mL/min, no primeiro dia após infarto do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST de parede inferior, tratado com angioplastia primária, sem complicações, em ritmo sinusal, evoluindo em Killip I. Sobre o uso de antitrombóticos nessa fase. Nessa situação clínica, **A RECOMENDAÇÃO** da V Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Infarto Agudo com Supradesnívelamento do Segmento ST (2015) é:

- a) A utilização de dose plena de heparinas é obrigatória por oito dias ou até alta hospitalar. Nesse caso a dose de enoxaparina seria 60mg SC de 12/12 horas.
- b) A utilização de dose plena de heparinas é opcional, ficando a cargo do médico usar ou não.
- c) A utilização de dose plena de heparinas é obrigatória por oito dias ou até alta hospitalar. Nesse caso a dose de enoxaparina seria 80mg SC de 12/12 horas.
- d) A utilização de dose plena de heparinas é obrigatória por oito dias ou até alta hospitalar. Nesse caso a dose de enoxaparina seria 80mg SC uma vez ao dia.
- e) A utilização de dose plena de heparinas é obrigatória por oito dias ou até alta hospitalar. Nesse caso a dose de enoxaparina seria 60mg SC uma vez ao dia.

**38)** Em relação ao retorno das atividades sexuais em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST, de acordo com a V Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Infarto Agudo com Supradesnívelamento do Segmento ST(2015), assinale a alternativa **CORRETA**:

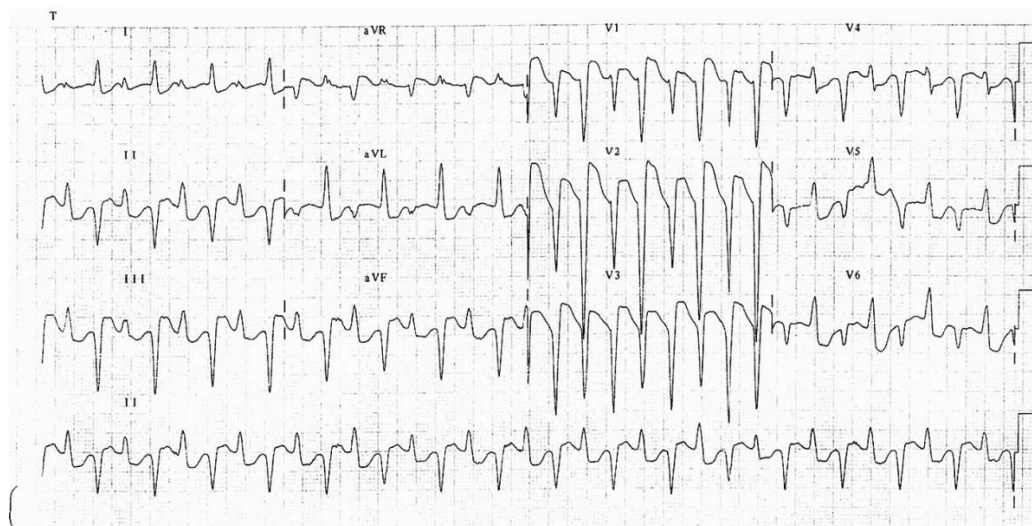
- a) Pacientes de baixo risco, estáveis, com parceiros habituais podem retornar às atividades sexuais em 48 horas após alta hospitalar.
- b) Pacientes tratados com angioplastia primária podem retornar às atividades sexuais em 5 dias após alta hospitalar.
- c) Pacientes de baixo risco, estáveis, com parceiros habituais podem retornar às atividades sexuais em 7 a 10 dias após alta hospitalar.
- d) Pacientes de baixo risco, com parceiros habituais podem retornar imediatamente às atividades sexuais, desde que não associem nitrato com inibidores de fosfodiesterase.
- e) Pacientes de baixo risco, estáveis, com parceiros habituais podem retornar às atividades sexuais em 1 mês após alta, obrigatoriamente após realização de teste ergométrico.

**39)** Paciente, 28 anos de idade, apresentando episódios de perda de consciência sem gatilhos evidentes. Fez avaliação clínica inicial e eletrocardiograma mostrado abaixo. Exames laboratoriais gerais normais, ecocardiograma normal, sem uso de medicações. Sobre a conduta a ser seguida, assinale alternativa **CORRETA**:



- a) Iniciar betabloqueador e ponderar implante de cardiodesfibrilador implantável se mantiver síncope a despeito da medicação em dose máxima.
- b) Solicitar teste de inclinação visto tratar-se de paciente jovem, com baixa probabilidade de síncope cardiogênica.
- c) Solicitar ressonância magnética de coração e associar sotalol.
- d) Solicitar teste ergométrico sem betabloqueador para avaliação de resposta cronotrópica.
- e) Implantar marca-passo dupla-câmara, visto que, nessa situação clínica, o implante diminui a incidência de acidente vascular cerebral e fibrilação atrial.

**40)** Paciente submetido a eletrocardiograma na unidade de emergência. Qual das medicações **MAIS PROVAVELMENTE** tem relação com o distúrbio do ritmo apresentado abaixo?



- a) Sotalol.
- b) Digoxina.
- c) Espironolactona.
- d) Quinidina.
- e) Amiodarona.

**41)** Em relação aos critérios de Sgarbossa para diagnóstico eletrocardiográfico de infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST em vigência de bloqueio completo de ramo esquerdo do feixe de His, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O infradesnívelamento do segmento ST discordante com o QRS/T de qualquer magnitude é um dos critérios.
- b) O supradesnívelamento do segmento ST de V1 a V3 maior ou igual a 2 mm é um dos critérios.
- c) O infradesnívelamento do segmento ST de V1 a V3 maior que 3 mm é um dos critérios.
- d) O supradesnívelamento do segmento ST concordante com o QRS/T em valor igual ou superior a 1mm é um dos critérios.
- e) O supradesnívelamento do segmento ST concordante com o QRS/T maior do que 5 mm é um dos critérios.

**42)** Qual dos antiarrítmicos abaixo é considerado o **MAIS SEGURO** para uso na gravidez, considerando-se o risco para o feto?

- a) Propafenona.
- b) Amiodarona.
- c) Sotalol.
- d) Quinidina.
- e) Fenitoína.

**43)** Em relação ao uso dos betabloqueadores no pré-operatório de cirurgias não cardíacas, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) De um modo geral, os benefícios da introdução do betabloqueador no pré-operatório de cirurgias não cardíacas para diminuição de infarto são contrapostos pelo aumento na incidência de acidente vascular encefálico.
- b) Recomenda-se suspender a medicação em portadores de insuficiência cardíaca congestiva que serão submetidos a cirurgias vasculares arteriais, pelo risco de espasmo no pós-operatório.
- c) A introdução da medicação, quando planejada, deve ser feita o mais próximo possível da cirurgia.
- d) Deve ser introduzida em todo portador de cardiopatia isquêmica no pré-operatório, independentemente do porte da cirurgia, pois essa conduta diminui a mortalidade.
- e) Se utilizado para diminuição do risco de infarto, recomenda-se usá-los em doses que mantenham a frequência cardíaca não inferior a 80 batimentos por minuto no pré e no pós-operatório.

**44)** Em relação à epidemiologia da endocardite bacteriana, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Os fungos e alguns agentes Gram-negativos apresentam sua incidência aumentada nos pacientes internados e submetidos a procedimentos invasivos múltiplos.
- b) O estreptococo é o principal agente etiológico dos quadros agudos da doença.
- c) O estafilococo já representa a principal etiologia entre agudos e subagudos.
- d) O agente etiológico que vem aparecendo frequentemente em hemoculturas é a *Coxiella burnetti*, que já se configura entre as principais causas e pode ser diagnosticada por sorologia.
- e) A hemocultura não se configura exame de escolha, visto que a maioria se encontra com resultado negativo.

**45)** Dos critérios maiores, qual é considerado o **MAIS ESPECÍFICO** e **NOS PERMITE DIAGNOSTICAR** a febre reumática isoladamente?

- a) Artrite.
- b) Cardite.
- c) Coreia.
- d) Nódulos subcutâneos.
- e) Manchas de Janeway.

**46)** Em quadros de insuficiência cardíaca descompensada (ICD), alterações laboratoriais são situações comuns no dia a dia. Sobre essas alterações, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Casos de hepatomegalia congestiva secundária a ICD podem cursar com elevação de transaminases no sangue.
- b) Pacientes com ICD que cursam com congestão hepática aguda podem cursar com clínica semelhante à hepatite aguda viral.
- c) Pacientes com insuficiência cardíaca em fases mais iniciais podem cursar com eletrólitos séricos totalmente normais.
- d) A restrição de sódio na dieta, a utilização de diuréticos e elevações dos níveis séricos de vasopressina são fatores que contribuem para o desenvolvimento da hiponatremia na ICD.
- e) Pacientes com ICD e pressão em cunha capilar pulmonar de 13-17mmHg comumente cursam com radiografia de tórax evidenciando redistribuição da trama vascular pulmonar e edema intersticial.

**47)** Em pacientes com doença arterial coronária, a morte súbita (MSC) é um grave problema. Com relação à MSC, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O principal mecanismo de parada cardiorrespiratória na MSC é a Taquicardia Ventricular Sustentada.
- b) Pacientes que apresentam como mecanismo de parada cardíaca a atividade elétrica sem pulso e assistolia fora do ambiente hospitalar são os que possuem pior prognóstico.
- c) Em parada cardiorrespiratória por fibrilação ventricular sem atendimento, a morte celular ocorre entre 4 e 6 minutos.
- d) A presença de disfunção ventricular esquerda e atividade ectópica ventricular em pacientes pós-infarto do miocárdio aumenta o risco de MSC.
- e) Em aproximadamente 25% dos pacientes, a MSC é a primeira manifestação da doença arterial coronariana.

**48)** Em relação à ausculta cardíaca, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A manobra de *handgrip* intensifica o sopro da insuficiência tricúspide.
- b) A elevação de membros inferiores intensifica o sopro da insuficiência tricúspide.
- c) O sopro da insuficiência mitral aumenta sua intensidade com inspiração profunda.
- d) A insuficiência mitral pode apresentar a B3 do ventrículo direito nas fases iniciais da doença.
- e) O decúbito lateral esquerdo intensifica o sopro de estenose pulmonar.

49) Qual das alternativas a seguir **NÃO** faz parte dos achados do exame físico na estenose mitral?

- a) Hiperfonese de B1.
- b) Sopro diastólico em ruflar com reforço pré-sistólico.
- c) Estalido de abertura mitral.
- d) *Ictus cordis* desviado e aumentado.
- e) Sinais indiretos de hipertensão pulmonar.

50) Paciente com quadro de sopro diastólico em foco mitral que varia conforme sua posição e movimentação têm como **PRINCIPAL** hipótese diagnóstica e causa:

- a) Comunicação atrial - trombo atrial.
- b) Estenose mitral - trombo atrial.
- c) Insuficiência aórtica - sopro de Austin Flint.
- d) Prolapso valvar mitral.
- e) Tumor de átrio esquerdo - mixoma atrial.



Utilize esta folha para anotar o seu gabarito. Destaque-a e leve-a com você

01		02		03		04		05		06		07		08		09		10	
11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
31		32		33		34		35		36		37		38		39		40	
41		42		43		44		45		46		47		48		49		50	

Processo Seletivo para Ingresso em Residência Médica nos  
Programas de: **Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica,**  
**Medicina Geral de Família e Comunidade, Obstetrícia e**  
**Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Patologia,**  
**Pediatria e Radiologia e Diagnóstico Por Imagem**

# Caderno de Prova

## Instruções

- Verifique se esta prova contém todas as questões.
- É proibido qualquer tipo de comunicação, e ou utilização de equipamentos eletrônicos durante a prova.
- Quando receber a **Folha de Respostas**, verifique se os seus dados estão corretos. Caso necessite, solicite ao fiscal para efetuar as correções na Ata da Prova.
- Leia atentamente cada questão e assinale na **Folha de Respostas** a alternativa que mais adequadamente a responde.
- A **Folha de Respostas NÃO** pode ser dobrada, amassada, rasurada, manchada ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na **Folha de Respostas** é cobrindo, totalmente com caneta esferográfica azul ou preta, espaço a ela correspondente, conforme indicado na ilustração ao lado.

CERTO						ERRADO					
RESPOSTAS						RESPOSTAS					
01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	01	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	02	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	03	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	05	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Acesso Direto

**1)** Segundo Bárbara Starfield, médica e pesquisadora estadunidense, a Atenção Primária em Saúde (APS) é parte integral do sistema de serviços de saúde. Constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção, sendo, portanto, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas. Segundo essa autora, são atributos da APS:

- a) Primeiro contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação da atenção; Foco na família; Humanização.
- b) Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação da atenção; Foco na família; Humanização; Participação social.
- c) Primeiro contato; Longitudinalidade; Integralidade; Humanização; Visita Domiciliar; Trabalho em Equipe.
- d) Primeiro contato; Longitudinalidade; Participação social; Foco na família; Visita Domiciliar.
- e) Primeiro contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação da atenção; Foco na família; Orientação comunitária.

**2)** Com base na Lei Nº 8.080/90, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.
- b) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
- c) O controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde não competem ao Sistema Único da Saúde (SUS).
- d) À direção nacional do SUS compete dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
- e) É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde.

**3)** A clínica ampliada é uma importante oferta da Política Nacional de Humanização (PNH) para a qualificação da Atenção Básica. São importantes ferramentas (arranjos) para a efetivação de uma Clínica Ampliada:

- I - Equipe de Referência.
- II - Apoio Matricial.
- III - Projeto Terapêutico Singular.
- IV - Visita Domiciliar.
- V - Referência e Contrarreferência.

Sobre os itens I a V acima, marque a resposta **CORRETA**:

- a) Os itens I e II estão corretos.
- b) Os itens I, III e IV estão corretos.
- c) Os itens I, II e III estão corretos.
- d) Os itens II, III e V estão corretos.
- e) Os itens III e IV estão corretos.

**4)** A Portaria Nº 4.279 (30 de dezembro de 2010) do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde, enfatizou o importante papel da Atenção Primária. Com base nessa portaria, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A atenção primária à saúde apresenta três atributos: equidade, primeiro contato e coordenação de cuidado.
- b) Integração Vertical consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade.
- c) Integração Horizontal consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar.
- d) A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e de serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.
- e) O conceito de Região de Saúde não envolve limites geográficos.



5) Com base no Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O médico generalista deve avaliar o padrão de consumo de álcool como rotina, desde a adolescência.
- b) Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade.
- c) O Genograma Familiar é uma representação gráfica da família. Identifica suas relações e ligações dentro de um sistema multigeracional (no mínimo três gerações).
- d) Na Atenção Primária à Saúde, os antidepressivos inibidores de recombinação de serotonina são usados principalmente para sintomas depressivos, ansiosos, de pânico, de fobia social e obsessivo-compulsivos.
- e) A rede de saúde mental é formada por manicômios, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

6) Com base no Caderno de Atenção Primária número 29 – Rastreamento, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Para calcular o risco cardiovascular com base no estudo de Framingham, é necessário saber idade, peso e pressão arterial.
- b) O benefício da detecção e do tratamento precoce com o rastreamento deve ser maior do que se a condição fosse tratada no momento habitual de diagnóstico.
- c) Está recomendado fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em homens e mulheres com 35 anos de idade ou mais, independentemente do risco cardiovascular.
- d) Os termos "rastreamento" e "diagnóstico de doenças" são sinônimos.
- e) Rastreamento e imunização são exemplos de prevenção terciária.

7) Com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) É atribuição de todos os membros da equipe de saúde da família participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.
- b) É atribuição somente do Agente Comunitário de Saúde (ACS) manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal.
- c) Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) fazem parte da atenção secundária, e se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.
- d) O financiamento da atenção básica é feito exclusivamente por estados e municípios.
- e) É atribuição do enfermeiro encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico.

8) Com base no código de ética médica (Resolução N° 1931/2009-Conselho Federal de Medicina), assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O médico não pode participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.
- b) O médico não pode suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.
- c) O médico não pode deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.
- d) O médico não pode deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.
- e) O médico não pode deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

9) Assinale a alternativa em que **TODAS AS DOENÇAS** são de notificação compulsória:

- a) Malária, Amebíase, Hanseníase.
- b) Hanseníase, Tuberculose, Lupus.
- c) Esquistossomose, Febre amarela, Sarampo.
- d) Febre Chikungunya, Rubéola, Giardíase.
- e) Sarampo, Pneumonia, Amebíase.

10) A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e da assistência. São objetivos da Rede Cegonha:

- I - Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e saúde da criança, com foco na atenção ao parto e ao nascimento e no desenvolvimento infantil de zero a 24 meses.
- II - Organizar uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade.
- III - Reduzir a mortalidade materna.
- IV - Reduzir a mortalidade infantil, com ênfase no componente neonatal.
- V - Reduzir a mortalidade infantil, com ênfase no componente pós-neonatal.
- VI - Adequar as taxas de mortalidade infantil aos níveis recomendados nos Objetivos do Milênio, pois o Brasil ainda não conseguiu alcançar essa meta.

Assinale a alternativa que contempla o **NÚMERO DE ASSERTIVAS CORRETAS** sobre os objetivos da Rede Cegonha:

- a) Há duas assertivas corretas.
- b) Há três assertivas corretas.
- c) Há quatro assertivas corretas.
- d) Há cinco assertivas corretas.
- e) Há seis assertivas corretas.

11) Em relação à saúde do idoso, é **INCORRETO** afirmar:

- a) Especial atenção deve ser dada na prevenção de iatrogenias assistenciais relacionadas ao uso de polifármacos.
- b) As doenças nas pessoas idosas tendem a ter uma apresentação atípica quando comparadas às de indivíduos mais jovens.
- c) O “teste do sussurro” é usado para avaliar a acuidade auditiva.
- d) Idoso eutrófico é aquele que apresenta Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 20 e 24,9kg/m<sup>2</sup>.
- e) A Polifarmácia é o termo usado para descrever a situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente, sendo uma prática clínica comum nas pessoas idosas.

Foram desenvolvidos três diferentes testes para diagnosticar precocemente casos de câncer de mama, aumentando, assim, a sobrevida e as possibilidades de cura das mulheres. Os resultados dos três testes foram comparados aos do padrão-ouro (conforme tabela abaixo). Supondo que o resultado do padrão-ouro representa a verdade, **responda às questões 12,13 e 14:**

	Doente (padrão-ouro)			
	Sim		Não	
	f	%	f	%
Teste 1				
Sim	234	89,31	98	91,59
Não	28	10,69	9	8,41
Teste 2				
Sim	41	15,89	26	23,58
Não	221	84,11	81	76,42
Teste 3				
Sim	207	79,01	0	0,00
Não	55	20,99	107	100,00

**12)** A acurácia de cada teste é:

- a) Teste 1 de 33%, teste 2 de 65% e teste 3 de 85%.
- b) Teste 1 de 85%, teste 2 de 33% e teste 3 de 65%.
- c) Teste 1 de 8,4%, teste 2 de 76% e teste 3 de 100%.
- d) Teste 1 de 89%, teste 2 de 16% e teste 3 de 79%.
- e) Teste 1 de 65%, teste 2 de 33% e teste 3 de 85%.

**13)** Considerando a sensibilidade e especificidade de cada teste, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Teste 3 tem sensibilidade de 79% e especificidade de 100%.
- b) Teste 1 tem sensibilidade de 16% e especificidade de 76%.
- c) Teste 2 tem sensibilidade de 89% e especificidade de 8,4%.
- d) Teste 3 tem sensibilidade de 100% e especificidade de 79%.
- e) Teste 2 tem sensibilidade de 76% e especificidade de 16%.

**14)** Julgue os itens abaixo se verdadeiro (V) ou falso (F) e assinale a alternativa **CORRETA**, de cima para baixo:

- I - O teste 1 tem a maior sensibilidade e o teste 3 tem a maior especificidade.
- II - Mais de 70% dos resultados negativos (não doentes) obtidos pelos testes 1 e 2 são falso negativo, portanto, com baixo valor para predizer não doentes.
- III - O teste 1 consegue identificar apenas 8,41% dos verdadeiramente doentes.

- a) F, F, V.
- b) V, F, V.
- c) F, F, F.
- d) V, V, F.
- e) V, V, V.

**15)** Diversos institutos de pesquisa estão desenvolvendo e testando vacinas para o controle da infecção por Zika vírus. O desenho de estudo epidemiológico que melhor se adapta ao objetivo de analisar a efetividade dessas vacinas é:

- a) Caso-controle.
- b) Ensaio clínico randomizado.
- c) Coorte.
- d) Caso-coorte.
- e) Ecológico de série temporal.

**16)** Em relação à saúde do trabalhador, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A exposição ocupacional ao amianto está relacionada à incidência de mesotelioma maligno.
- b) Os cânceres relacionados ao trabalho têm sido mal dimensionados pela escassez de pesquisas no país.
- c) A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é o documento que informa ao INSS que o trabalhador sofreu um acidente de trabalho, ou que existe uma relação entre o adoecimento e o trabalho.
- d) Perda Auditiva Induzida por Ruído (Pair) é a perda provocada pela exposição por tempo prolongado ao ruído.
- e) A Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) propõe que as ações de saúde do trabalhador não sejam inseridas no cotidiano do trabalho das equipes de Saúde da Família.

Considerando que, em 2015, São Luís (1.000.000 de habitantes) apresentou 2.600 casos de dengue hemorrágica com 130 óbitos. **Responda às questões 17 e 18.**

**17)** Qual a taxa de incidência desse agravo em 2015?

- a) 0,00026%
- b) 0,026%
- c) 0,26%
- d) 2,6%
- e) 26%

**18)** Qual a taxa de letalidade da doença em 2015:

- a) 0,5%
- b) 0,005%
- c) 1,3%
- d) 5%
- e) 13%

**19)** Escolha a alternativa **CORRETA** em relação à Hanseníase:

- a) Os pacientes devem ser tratados em regime ambulatorial nos serviços de atenção primária de saúde. O tratamento é realizado mediante uma associação de medicamentos, a poliquimioterapia.
- b) O Eritema nodoso hansênico é caracterizado pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).
- c) A Reação Tipo 1 é caracterizada por apresentar nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).
- d) A Talidomida é a droga de escolha na dose de 100 a 400mg/dia, conforme a intensidade do quadro de Reação Tipo 1.
- e) O resultado negativo da baciloscopia exclui o diagnóstico de Hanseníase.

**20)** De acordo com o novo calendário vacinal do Ministério da Saúde (2016), assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A vacina contra poliomielite deve ser oferecida via oral aos 2 meses, 4 meses, 6 meses e 15 meses.
- b) A vacina contra hepatite B passa a ser ofertada à população, independentemente da idade ou condições de vulnerabilidade.
- c) Toda criança no território nacional deve ser vacinada para febre amarela aos 9 meses.
- d) A vacina BCG deve ser administrada ao nascer, independentemente do peso da criança.
- e) A vacina contra hepatite A passa a ser oferecida ao nascer.

**21)** Em relação à resposta metabólica ao trauma anestésico e cirúrgico, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O trauma e a infecção induzem a mudanças substanciais no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas na maioria dos órgãos e tecidos; a resposta metabólica inicial é caracterizada pelo realce na gliconeogênese, glicogenólise, proteólise da musculatura esquelética e lipólise.
- b) O grau de dano tissular e a duração da cirurgia correlacionam-se com os níveis de liberação da interleucina-6, a qual estimula a síntese hepática das proteínas de fase aguda, tal como a proteína C reativa, fator 3 do complemento e procalcitonina.
- c) A secreção de hormônios hipofisários e a ativação do sistema nervoso simpático levam ao catabolismo, com mobilização de substratos para geração de energia, com retenção de sais e água para manter o volume fluido e homeostase cardiovascular.
- d) O fígado desempenha um papel importante na resposta ao estresse determinado pelas grandes cirurgias. Ele é considerado um órgão-chave nas alterações cardinais no metabolismo da glicose, proteínas e lipídeos.
- e) As citocinas pró-inflamatórias (ex.: fator de necrose tumoral alfa) têm um efeito hipoglicemiante mediado pelo estímulo na liberação de hormônios contrarregulatórios, que incluem o cortisol, adrenalina, noradrenalina e glucagon.

**22)** A infecção de sítio cirúrgico (ISC) apresenta importante impacto nos resultados clínicos e custos pós-operatórios. Em relação a esse tema, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Em função do risco adicional de ISC associada ao emprego de telas sintéticas na correção das hérnias inguinais, justifica-se a manutenção da antibioticoprofilaxia com cefalosporina de primeira geração (ex.: cefazolina) por 96 horas após a cirurgia.
- b) Por definição, a infecção de sítio cirúrgico é aquela que desenvolve dentro de 60 dias após uma cirurgia ou dentro de um ano se um implante foi utilizado no ato cirúrgico e a infecção parece estar relacionada à operação.
- c) A ferida operatória é classificada como contaminada quando há presença de inflamação, secreção purulenta (ex.: apendicite aguda complicada com peritonite difusa), perfuração pré-operatória do trato respiratório, gastrointestinal ou genitourinário e trauma penetrante há mais de 6 horas.
- d) O tabagismo determina piora na atividade fagocítica e bactericida dos neutrófilos e macrófagos, resultando numa reduzida capacidade de controle da contaminação bacteriana da ferida operatória, determinando maior predisposição à infecção de sítio cirúrgico, sendo recomendado que o ato de fumar seja interrompido por 4 a 6 semanas antes da realização de um procedimento cirúrgico eletivo.
- e) A administração do antibioticoprofilático precede a incisão na pele, sendo que a primeira dose deve ser administrada cerca de 180 minutos antes do início da cirurgia, a fim de que alcance altos níveis teciduais e tenha boa eficácia em minimizar o risco de infecção de sítio cirúrgico no pós-operatório.

**23)** A presença de desnutrição é um fator de risco para complicações pós-operatórias, e o suporte nutricional perioperatório tem grande importância em vários cenários cirúrgicos. Em relação a esse tema, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O emprego do suporte nutricional parenteral perioperatório é a opção terapêutica com maior eficácia na correção dos distúrbios nutricionais, apresenta menor custo e menor risco de infecção de corrente sanguínea em comparação à nutrição enteral.
- b) A desnutrição aumenta a morbidade (infecções e retardo na cicatrização), mortalidade, tempo de permanência hospitalar, custos e impacto na qualidade de vida dos pacientes cirúrgicos.
- c) O suporte nutricional perioperatório deve ser reservado para um grupo específico de pacientes, nos quais o prognóstico pós-operatório e a funcionalidade podem ser influenciados pela desnutrição.
- d) As dietas imunomoduladoras comumente estão compostas por combinações de componentes tais como a arginina, glutamina, ácidos graxos ômega 3 e ácido ribonucleico, os quais podem modular a resposta inflamatória e a maturação de linfócitos T.
- e) A farmaconutrição consiste no uso de substratos, não apenas por seu valor calórico, mas também devido a suas propriedades, que modulam a resposta inflamatória, a resposta imune local e sistêmica (celular e humoral), cicatrização da ferida e síntese hormonal.

**24)** Em relação às fístulas digestivas pós-operatórias, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Devido à presença de enzimas digestivas proteolíticas, as fístulas duodenais de alto débito apresentam risco elevado de lesão cutânea, desnutrição e distúrbios hidroeletrolíticos.
- b) A abordagem terapêutica das fístulas enterocutâneas pós-operatórias está centrada na prevenção e no tratamento da desnutrição, da sepse, dos distúrbios hidrossalinos e dos cuidados com a pele.
- c) A presença de fístula de coto duodenal após Gastrectomia Parcial e reconstrução em Y de Roux inviabiliza a utilização do suporte nutricional enteral, pois implica um aumento do débito diário do efluente da fístula e retardo no fechamento espontâneo.
- d) A abordagem inicial das fístulas digestivas pós-operatórias é essencialmente clínica, embora em situações de coleções, abscessos e peritonite haja necessidade de controle mecânico do foco.
- e) As fístulas enterocutâneas pós-operatórias múltiplas, com trajetos curtos, obstrução de fluxo distal e labiadas (com exposição da mucosa) apresentam menor probabilidade de fechamento espontâneo.

**25)** Em relação às hérnias e à anatomia da região inguinal, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso:

- ( ) A artéria epigástrica inferior, ramo terminal da artéria ilíaca interna, pode ser considerada como referencial anatômico para classificação das hérnias inguinais em direta e indireta.
- ( ) A parede anterior do canal inguinal está representada pela aponevrose do músculo oblíquo interno, da qual resultam os pilares medial e lateral do orifício (anel) inguinal externo.
- ( ) O assoalho (parede posterior) do canal inguinal é representado pela fáscia *transversalis*, e a protrusão herniária pela mesma é classificada como hérnia inguinal direta.
- ( ) Os nervos que transitam pela região inguinal (íleo-hipogástrico, íleo-inguinal, ramo genital do gênero-femural e pudendo) fazem parte do plexo lombar.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) V, F, V, F
- b) V, F, V, V
- c) F, F, V, F
- d) F, V, F, V
- e) F, F, V, V

**26)** Em relação ao emprego de técnicas *tension-free* para o reparo das hérnias inguinais e incisionais, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso:

- ( ) O emprego de telas no tratamento das hérnias inguinais está exclusivamente indicado para recidivas herniárias após a utilização de técnicas com tensão na cirurgia primária.
- ( ) A técnica de Lichtenstein é semelhante à de Gilbert (*Prolene Hernia System* - PHS®) ou *Mesh Plug* em termos de tempo de retorno ao trabalho, complicações, dor crônica, e taxa de recorrência em curto e médio prazo no tratamento primário das hérnias inguinais.
- ( ) As telas microporosas favorecem a migração de macrófagos, proliferação de fibroblastos e neovascularização no interior dos poros, algo que minimiza o risco de infecção da prótese, bem como determina boa incorporação dela.
- ( ) O emprego de tela biológica (bioprótese alogênica) para o reparo de hérnias incisionais apresenta uma maior probabilidade de recidiva herniária do que as telas sintéticas de polipropileno.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) F, F, V, F
- b) F, V, F, V
- c) V, F, V, F
- d) V, F, V, V
- e) F, V, V, V

**27)** Em relação à bile e a litíase biliar, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Os cálculos de colesterol representam a maioria dos cálculos biliares, e sua formação é multifatorial, envolvendo supersaturação de colesterol na bile, nucleação de cristais, dismotilidade e alterações na absorção e secreção pela vesícula biliar.
- b) Vários fatores podem ser considerados como fatores de risco para litíase biliar, tais como o sexo feminino, idade, obesidade ou a perda rápida de peso, multiparidade, contraceptivos orais, dieta e etnia.
- c) Os cálculos pigmentares pretos representam cerca de 2% de todos os cálculos biliares e estão associados à hepatopatia crônica e condições hemolíticas.
- d) Os cálculos pigmentares castanhos comumente são primários e associados à estase na via biliar principal e infecções bacterianas da bile.
- e) A vesícula é o sítio de formação mais comum dos cálculos biliares, e suas funções influenciam diretamente no processo de litogênese, portanto a maioria dos cálculos biliares podem ser classificados como primários.

**28)** Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, com história pregressa de colecistectomia videolaparoscópica realizada há seis meses devido à colelitíase, relata o surgimento de dor abdominal em andar superior com irradiação para o dorso há 5 dias, associada à colúria e icterícia. Submetido à colangiorrressonância, que evidenciou coledocolitíase e dilatação das vias biliares (12mm). Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Trata-se de um provável caso de litíase residual, haja vista que o surgimento dos sintomas se deu dentro do intervalo de dois anos após a colecistectomia, pode ser manejada por colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) com papilotomia e coledocolitotomia.
- b) A CPRE com papilotomia e coledocolitotomia é um procedimento que pode ser realizado antes mesmo da colecistectomia videolaparoscópica.
- c) A litíase biliar residual apresenta risco para o desenvolvimento de episódios de colangite e pancreatite biliar aguda, portanto merece tratamento específico para prevenção de complicações.
- d) O tratamento mais adequado é a realização de uma derivação bileodigestiva do tipo hepaticojejunal, em função do grau da ectasia das vias biliares e o risco subsequente de formação de novos cálculos na árvore biliar principal após tratamento endoscópico.
- e) Entre as complicações associadas à CPRE com papilotomia e coledocolitotomia, destacam-se a pancreatite aguda, hemorragia, perfuração duodenal e colangite.

**29)** Paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, com história clínica evidenciando episódios de dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos, associados à icterícia e colúria desde a infância. Após a avaliação inicial, realizou ultrassonografia do abdome, que evidenciou colelitíase com dilatação do colédoco. Submetida a uma colangiorrressonância, que mostrou litíase vesicular, dilatação fusiforme do colédoco (+/- 8 cm de diâmetro transversal), entretanto sem coledocolitíase e sem dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Trata-se de um provável caso de dilatação cística das vias biliares tipo I, pela classificação de Todani, cujo tratamento envolve a realização de uma colecistectomia, ressecção do colédoco e derivação bileodigestiva em "Y" de Roux.
- b) Diagnóstico de dilatação cística das vias biliares tipo II, pela classificação de Todani, aconselha-se a realização de colecistectomia com derivação coledocoduodenal látero-lateral.
- c) Diagnóstico de dilatação cística das vias biliares do tipo III, pela classificação de Todani, cujo tratamento mais adequado é a realização de colecistectomia associada à papiloesfincterotomia endoscópica para descompressão biliar.
- d) Diagnóstico de dilatação cística das vias biliares do tipo IV, pela classificação de Todani, cujo tratamento mais adequado é a realização de colecistectomia associada à papiloesfincterotomia endoscópica para descompressão biliar.
- e) Caso clínico conhecido como Doença de Caroli, em que o tratamento envolve colecistectomia videolaparoscópica e papiloesfincterotomia endoscópica.

**30)** Do ponto de vista anatomopatológico, um episódio de pancreatite aguda pode apresentar duas formas distintas: pancreatite intersticial ou necrosante. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A pancreatite aguda intersticial comumente caracteriza os quadros mais leves e tende a apresentar um curso clínico autolimitado e com bom prognóstico.
- b) A presença e a extensão da necrose pancreática e/ou peripancreática tem valor prognóstico no curso clínico da pancreatite aguda.
- c) A translocação bacteriana a partir do trato digestório é considerada uma das fontes mais importantes de contaminação da necrose pancreática.
- d) A presença de necrose pancreática diagnosticada pela tomografia computadorizada do abdome não implica a necessidade imediata de abordagem cirúrgica para a realização de necrosectomia.
- e) A infecção da necrose pancreática está relacionada à sepse e à mortalidade precoce (primeira semana) durante um episódio de pancreatite aguda.

**31)** Em relação às neoplasias císticas do pâncreas, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso.

- ( ) A maioria das lesões císticas do pâncreas está representada por pseudocistos pancreáticos pós-inflamatórios que surgem após um episódio de pancreatite aguda.
- ( ) As neoplasias císticas mucinosas do pâncreas comumente são microcísticas, podendo apresentar uma parede fina e septada com aspecto típico de “favo de mel” e não apresentam comunicação com o ducto pancreático principal, e o risco de malignização é desprezível.
- ( ) As neoplasias císticas serosas pancreáticas comumente são encontradas no corpo e cauda do pâncreas, apresentam um estroma similar ao ovário, e o risco de malignização está relacionado ao aumento do tamanho e tempo de existência.
- ( ) A neoplasia mucinosa papilar intraductal do pâncreas apresenta comunicação direta com o ducto pancreático principal ou seus ramos e tem um potencial de malignização maior que a neoplasia cística mucinosa.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) F, F, V, F
- b) V, F, F, V
- c) V, V, V, F
- d) V, F, V, V
- e) F, V, V, V

**32)** Em relação às doenças do esôfago, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso:

- ( ) A maioria dos pacientes com doença do refluxo gastroesofágico não respondem ao tratamento clínico, portanto são candidatos à cirurgia de hiatoplastia e funduplicatura gástrica parcial ou total.
- ( ) A miotomia esofagogástrica com funduplicatura (cirurgia de Heller) é o procedimento de escolha para tratamento cirúrgico dos pacientes com acalasia esofágica e megaesôfago grau I e II, pois é efetiva para o alívio da disfagia e reduz a taxa de refluxo gastroesofágico patológico após a cirurgia.
- ( ) O melhor tratamento para o manejo da disfagia persistente ou recorrente após a miotomia em pacientes com megaesôfago é controverso, e as opções terapêuticas incluem cirurgia revisional da miotomia, dilatação pneumática ou esofagectomia.
- ( ) A cirurgia antirrefluxo para os pacientes com doença do refluxo gastroesofágico associada ao esôfago de Barrett é a melhor opção terapêutica, pois leva à regressão completa do esôfago de Barrett em cerca de 80% dos pacientes, reduzindo o risco de adenocarcinoma esofágico.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) F, V, V, F
- b) F, F, V, F
- c) V, F, V, V
- d) V, V, F, V
- e) F, V, F, V



**33)** O *Sleeve* Gástrico é uma técnica cirúrgica empregada para tratamento da obesidade, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso:

- ( ) O *Sleeve* Gástrico é uma técnica de cirurgia bariátrica empregada apenas em pacientes sem comorbidades e índice de massa corpórea menor que 40 kg/m<sup>2</sup>.
- ( ) A redução do apetite é um achado comum no pós-operatório do *Sleeve* Gástrico. Essa alteração é determinada essencialmente pela na secreção da grelina pelo fundo gástrico.
- ( ) A técnica do *Sleeve* gástrico envolve a realização de uma gastrectomia vertical após desvascularização da pequena curvatura do estômago e ausência de desvios intestinais, portanto configura-se como um método restritivo.
- ( ) Sangramentos, estenoses, fístulas e hérnia de Petersen configuram como complicações relacionadas ao *Sleeve* Gástrico.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) F, F, V, F
- b) V, F, V, F
- c) V, V, F, V
- d) F, V, F, F
- e) F, V, F, V

**34)** Em relação às infecções intra-abdominais nos pacientes cirúrgicos, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) As infecções intra-abdominais complicadas são caracterizadas pelo comprometimento de um órgão e do espaço peritoneal, marcadas pelo surgimento de abscessos intra-abdominais ou peritonite localizada ou difusa.
- b) A idade avançada (> 70 anos), o retardo no diagnóstico inicial (>24 horas) e a incapacidade de controle adequado do foco de contaminação da cavidade peritoneal são fatores que elevam o risco de insucesso e óbito nos pacientes com infecção intra-abdominal.
- c) A tomografia computadorizada do abdome é um exame de imagem que tem pouca utilidade na investigação diagnóstica de pacientes com suspeita de infecção intra-abdominal devido à distensão das alças intestinais.
- d) Os princípios do tratamento das infecções intra-abdominais incluem ressuscitação volêmica adequada, controle do foco (*source control*) e terapêutica antimicrobiana.
- e) O *source control* é um princípio cirúrgico fundamental definido como a capacidade de erradicar efetivamente a infecção (tecidos ou fluidos purulentos) e controlar a persistente contaminação por qualquer meio necessário.

**35)** Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, com história de dor abdominal epigástrica há 48 horas, que evoluiu para dor em fossa ilíaca direita e febre há cerca de 6 horas após o início do quadro algico, associada a episódios isolados de náuseas e vômitos. Ao exame físico, nota-se dor e peritonismo em quadrantes inferiores do abdome, mais acentuado na fossa ilíaca direita. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A apendicectomia é sempre classificada como uma cirurgia contaminada, pois, além da abertura do trato digestório, o órgão a ser manipulado apresenta inflamação em casos de apendicite aguda.
- b) A apendicectomia videolaparoscópica está indicada apenas nos casos de apendicite aguda na fase edematosa e hiperemiada, sendo proscrita nos pacientes com abscesso intra-abdominal ou peritonite aguda.
- c) Por tratar-se de uma infecção intra-abdominal, o uso de antibióticos no manejo da apendicite aguda é sempre terapêutico com duração mínima de 5 dias.
- d) Trata-se de um quadro clínico sugestivo de apendicite aguda, cujo tratamento rotineiramente indicado é a apendicectomia convencional ou videolaparoscópica.
- e) O acesso à cavidade abdominal para a realização da apendicectomia videolaparoscópica é realizado por meio de três a quatro pequenas incisões, o que implica um maior risco de infecção de sítio cirúrgico em comparação à cirurgia por via convencional de incisão única.

**36)** Paciente do sexo feminino, 83 anos de idade, em uso de antidepressivo, com história recente de fratura de bacia, submetida à artrodese do quadril há 5 dias e uso de opioide para analgesia pós-operatória, evoluindo com distensão abdominal progressiva, pouco dolorosa com redução na eliminação de flatos e fezes. Realizou uma tomografia computadorizada do abdome com contraste intravenoso, que evidenciou uma dilatação significativa do ceco, cólon ascendente e transversal sem sinais de obstrução mecânica intrínseca ou extrínseca, sem evidências de isquemia intestinal. Trata-se de **UM PROVÁVEL** caso denominado:

- a) Hérnia de De Garengeot.
- b) Síndrome Ogilvie.
- c) Síndrome de Rapunzel.
- d) Síndrome de Bouveret.
- e) Síndrome de Trousseau.

**37)** Paciente do sexo masculino, 23 anos de idade, com história de trauma abdominal por projétil de arma de fogo (PAF) transfixante da parede abdominal anterior há 1 hora. Apresenta-se com estabilidade hemodinâmica e respiratória, porém com sinais clínicos de peritonismo em andar inferior do abdome. Submetido à laparotomia exploradora, sendo evidenciadas lesões jejunoileais. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) As lesões de intestino delgado por PAF devem ser corrigidas preferencialmente com ressecção dos segmentos comprometidos e reconstrução do trânsito intestinal primariamente.
- b) Além dos sinais clínicos de peritonismo, a instabilidade hemodinâmica e evisceração de órgãos ou epíplon podem ser consideradas como indicações para abordagem cirúrgica nos casos de traumatismos abdominais por PAF.
- c) Em função da comprovada lesão de víscera oca com contaminação da cavidade abdominal, justifica-se a antibioticoterapia prolongada por no mínimo 10 dias com anaeróbica associado a uma cefalosporina de terceira geração.
- d) As lesões traumáticas na parede abdominal anterior que violam o peritônio podem ser consideradas penetrantes em relação à cavidade peritoneal.
- e) As lesões determinadas por PAF estão relacionadas à energia cinética dos projéteis, e a liberação de calor por eles ao transitarem pelos tecidos e órgãos.

**38)** Paciente com relato de trauma torácico por arma branca (punhal) na base do hemitórax esquerdo há uma hora, apresenta-se com palidez cutânea, mucosas descoradas, taquidispneia, taquicardia, hipotensão arterial, timpanismo difuso em hemitórax esquerdo e murmúrio vesicular abolido homolateral, bem como dor abdominal e sinais de irritação peritoneal difusa. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Os sinais de irritação peritoneal denotam um provável envolvimento de vísceras abdominais e sugerem a necessidade de intervenção laparotômica para controle de possível foco hemorrágico ou mesmo lesão de víscera oca.
- b) Os ferimentos na região de transição toracoabdominal à esquerda constituem fator de risco para o surgimento de hérnia diafragmática traumática quando há comprometimento (lesão) diafragmático pelo trauma.
- c) A drenagem torácica sob selo d'água é necessária para o controle cirúrgico do provável pneumotórax à esquerda.
- d) Os sinais clínicos de instabilidade hemodinâmica podem estar associados à hemorragia e ao pneumotórax, determinando um quadro de choque misto.
- e) Em função do ferimento na região de transição toracoabdominal, o paciente pode apresentar lesões torácicas e abdominais simultâneas, no caso de lesão de estômago em parede anterior do corpo gástrico, indica-se a gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux como procedimento padrão.

**39)** Em relação aos tumores carcinoides, marque “V” para verdadeiro e “F” para falso:

- ( ) A localização mais comum dos tumores carcinoides é o trato digestório seguido pelo sistema respiratório.
- ( ) A síndrome carcinoide, presente na maioria dos pacientes portadores de tumores carcinoides, pode incluir diarreia, brocoespasmo, miopatias, artropatia, lesões cutâneas urticariformes, fibrose pulmonar ou cardíaca.
- ( ) O diagnóstico laboratorial dos tumores carcinoides é feito pela dosagem sérica da cromogranina A e do ácido 5-hidroxiindolacético na urina de 24 horas.
- ( ) Os tumores carcinoides localizados no intestino proximal apresentam uma tendência a produzir níveis mais elevados de serotonina que os do intestino médio.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) V, F, V, F
- b) V, F, V, V
- c) V, V, F, V
- d) F, F, V, F
- e) F, V, F, V

**40)** Paciente do sexo masculino, 65 anos de idade, refere que há 2 meses vem apresentando um quadro de dor abdominal em andar superior do abdome com irradiação para o dorso, anorexia, perda de peso, colúria e icterícia progressivas e hipocolia. Refere ser tabagista há 35 anos. Com a hipótese diagnóstica de neoplasia periampular, realizou-se uma tomografia computadorizada do abdome, que evidenciou uma tumoração sólida em cabeça do pâncreas com compressão do colédoco distal. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) O adenocarcinoma ductal pancreático apresenta-se como o tumor maligno mais comum do pâncreas e com localização predominante na cabeça pancreática.
- b) O tratamento cirúrgico paliativo do adenocarcinoma ductal pancreático está focado na resolução da obstrução biliar através de *bypass* do tipo coledocojejunostomia, sem qualquer indicação de outros procedimentos complementares.
- c) Os pacientes com adenocarcinoma ductal pancreático apresentam uma menor sobrevida em cinco anos após ressecção cirúrgica tumoral, quando comparados com os tumores de via biliar distal, papila e duodeno.
- d) O adenocarcinoma ductal pancreático que se localiza em corpo e cauda do pâncreas tende a ter um diagnóstico mais tardio que o tumor de cabeça pancreática.
- e) O tumor periampular mais frequente é o adenocarcinoma ductal pancreático, e, na maioria dos pacientes, a lesão é irresssecável no ato do diagnóstico.

**41)** Sobre a Fibrilação Atrial é correto afirmar, **EXCETO**:

- a) Essa arritmia se apresenta obrigatoriamente com taquicardia.
- b) Os pacientes com fibrilação atrial, mesmo quando paroxística, podem ter indicação para anticoagulação, mantida indefinidamente naqueles sem contraindicação e com pelo menos um fator de risco CHADS2.
- c) É a arritmia crônica mais comum, com incidência e prevalência que aumentam com a idade.
- d) Um paciente masculino, 60 anos, diabético, portador de fibrilação atrial, sem outras comorbidades, poderá trocar a anticoagulação oral pelo AAS.
- e) A rivaroxabana foi aprovada para anticoagulação em pacientes com fibrilação atrial não valvar.

**42) Em relação à salmonelose septicêmica prolongada, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) Faz parte do diagnóstico diferencial de febre de origem indeterminada.
- b) É uma entidade clínica tipicamente decorrente da infecção por salmonelas em indivíduos com esquistossomose.
- c) Além da *Salmonella sp.*, eventualmente outras enterobactérias podem causar o mesmo quadro clínico.
- d) O quadro clínico tipicamente confunde-se muito mais com o quadro clássico de febre tifoide, inclusive com os sintomas neurológicos, do que com o quadro clássico de calazar.
- e) Faz parte do diagnóstico diferencial de esplenomegalia de grande monta.

**43) Sobre cuidados paliativos, é correto afirmar, EXCETO:**

- a) Tricíclicos, gabapentina, pregabalina e duloxetina são considerados medicamentos de primeira linha para o tratamento de dor neuropática.
- b) A constipação intestinal induzida por opioides deve ser esperada e prevenida em todos os pacientes. Ela é comum com qualquer dose de opioide, e geralmente não há tolerância a esse efeito colateral com o tempo.
- c) Ao contrário da associação entre opioide e paracetamol, não há doses máximas permitidas ou efetivas para agonistas opioides plenos isolados, devendo a dose ser aumentada o quanto for necessário para o alívio da dor.
- d) Corticosteroides em altas doses podem ser usados em casos refratários de náuseas ou vômitos.
- e) O tratamento da dispneia é direcionado principalmente à causa, sendo contraindicado o tratamento com opioides, principalmente a morfina, devido ao risco de depressão respiratória.

**44) Sobre anemia aplásica, é correto afirmar, EXCETO:**

- a) Esplenomegalia e reticulocitopenia são achados comuns.
- b) Apesar de o nome remeter a uma única linhagem celular, geralmente o paciente se apresenta com pancitopenia.
- c) A patogênese mais comum parece ser a supressão medular autoimune mediada por células T.
- d) O tratamento de escolha para pacientes adultos jovens com doador compatível é o transplante de medula óssea alogênico.
- e) Para pacientes acima de 40 anos, prefere-se o tratamento com globulina antitímocito e ciclosporina.

**45) Sobre o acometimento renal associado à leptospirose é correto afirmar, EXCETO:**

- a) Ação nefrotóxica direta da leptospira, hiperbilirrubinemia, rabdomiólise e hipovolemia são fatores envolvidos na gênese da IRA.
- b) Alterações na função tubular geralmente precedem a queda na TFG.
- c) A Insuficiência Renal Aguda (IRA) é caracteristicamente oligúrica e hipercalêmica.
- d) Pode apresentar-se de forma subclínica, com leve proteinúria, geralmente menor que 1g/24h.
- e) Pode persistir déficit de concentração urinária por período prolongado.

**46) Em relação ao diagnóstico diferencial de ascite, assinale a alternativa INCORRETA:**

- a) O achado clínico de maior sensibilidade para o diagnóstico de ascite parece ser a presença de macicez móvel nos flancos, que consegue detectar ascite em torno de 1,5 litros, sendo esse achado geralmente mais útil do que piparote e semicírculo de Skoda.
- b) A ascite era anteriormente classificada como transudato ou como exsudato baseada na concentração total de proteínas do líquido ascítico menor ou maior que 2,5g/dL, respectivamente. Atualmente, é preferencialmente classificada como decorrente ou não de hipertensão portal baseada no GASA maior ou menor que 1,1g/dL, respectivamente.
- c) São indicações de paracentese diagnóstica em pacientes com ascite: encefalopatia hepática, piora da função renal, hemorragia digestiva, dor abdominal e febre.
- d) A presença de coagulopatia não tratada é contraindicação absoluta à paracentese.
- e) Neoplasia é a etiologia mais comum de ascite exsudativa.

**47)** Paciente sexo feminino, 35 anos de idade, com diagnóstico de hepatopatia crônica consequente à Síndrome de Budd-Chiari. Na investigação etiológica, a paciente pode ser portadora de uma das seguintes doenças subjacentes, **EXCETO**:

- a) Hemoglobinúria paroxística noturna.
- b) Deficiência de homocisteína.
- c) Policitemia vera.
- d) Mutação do fator V de Leiden.
- e) Neoplasia.

**48)** Paciente renal crônico estágio 4, não dialítico apresenta Hb de 9,0g/dL. Entre as opções, a causa **MENOS PROVÁVEL** da anemia é:

- a) Deficiência de ferro.
- b) Deficiência de ácido fólico.
- c) Hemólise.
- d) Hiperparatireoidismo.
- e) Inflamação.

**49)** Você acaba de ser aprovado para a residência de clínica médica, e o seu primeiro rodízio é o de cardiologia. Em seu primeiro dia no ambulatório de valvopatias, você avalia 5 pacientes. APENAS UM deles tem indicação cirúrgica. Assinale a alternativa que o identifica:

- a) Portador de estenose pulmonar leve, com gradiente transvalvar de pico em 28mmHg.
- b) Portador de estenose mitral leve, com trombo intra-atrial esquerdo.
- c) Usuário de heroína, portador de regurgitação tricúspide, assintomático, em avaliação após endocardite infecciosa recente.
- d) Portador de prótese mitral biológica há 8 anos, assintomático, sem regurgitação ou estenose ao ecocardiograma transtorácico.
- e) Portador de estenose aórtica, 48 anos de idade, evoluindo com angina estável há 6 meses.

**50)** Paciente, 36 anos de idade, hipertenso, com cefaléia de início recente e tremores leves das extremidades. Exame físico mostra paciente corado, hidratado, vigil e orientado, com pupilas isocóricas e fotorreagentes, além de força preservada nos quatro membros. PA: 130x80mmHg, com FC em 72bpm, ausência de hipotensão postural. MMII sem edemas. A avaliação laboratorial mostra: sódio sérico: 126mEq/L; osmolaridade urinária < 100mOsm/L; sódio urinário: 16mEq/L; creatinina sérica: 1,2mg/dL; creatinina urinária: 12,6mg/dL. A partir desses dados, qual a causa **MAIS PROVÁVEL** de hiponatremia para esse paciente?

- a) Polidipsia primária.
- b) Diurético tiazídico.
- c) Insuficiência renal aguda parenquimatosa.
- d) Síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético.
- e) Desidratação por vômitos recentes.

**51)** Em uma paciente de 51 anos de idade com dor lombar de curso prolongado, submetida à tomografia computadorizada, observam-se lesões blásticas em L3 e L4. Assinale entre as alternativas abaixo o sítio primário **MAIS PROVÁVEL**:

- a) Tireoide.
- b) Mama.
- c) Pulmão.
- d) Plasmócitos.
- e) Fígado.

**52)** Paciente renal crônico não dialítico, internado em UTI por TCE grave há 11 dias, já extubado, tratando pneumonia nosocomial há 5 dias com piperacilina-tazobactam com boa resposta, e sem proposta de descalonamento antimicrobiano (culturas negativas), volta a apresentar picos febris. Está recebendo antibioticoterapia por cateter venoso central subclávio à esquerda. São coletadas culturas de sangue periférico e do lúmen do cateter central. Nesse paciente, em que situação a retirada do cateter central é indicada?

- a) Se o paciente evoluir com instabilidade hemodinâmica.
- b) Já há indicação mandatória de remoção do cateter central.
- c) Se houver positividade para a mesma bactéria na cultura de sangue com base no lúmen do cateter central e na cultura de sangue periférico, com crescimento de bactéria na cultura pela via do cateter central pelo menos 3h antes da outra.
- d) Se houver positividade para a mesma bactéria na cultura de sangue com base no lúmen do cateter e na cultura de sangue periférico, com crescimento de bactéria na cultura de sangue periférico pelo menos 3h antes da outra.
- e) A retirada do cateter não é mais considerada opção terapêutica nas infecções de corrente sanguínea associadas ao cateter central, sob nenhuma hipótese, devendo o acesso ser poupado até que o paciente não tenha mais indicação de acesso venoso central.

**53)** Num paciente com fraqueza muscular proximal simétrica, febre baixa recorrente, elevação moderada da aldolase e eletroneuromiografia sugestiva de miopatia, é formulada a hipótese diagnóstica de polimiosite. Nesse contexto, a positividade do anticorpo anti JO-1:

- a) É necessária para confirmar o diagnóstico de polimiosite.
- b) Sugere evolução em algum momento com acometimento cutâneo (dermatopolimiosite), portanto indica rastreio sistêmico para neoplasia oculta.
- c) Prediz resposta ruim à corticoterapia.
- d) Indica um paciente com maior probabilidade de acometimento pulmonar.
- e) Indica sobreposição com síndrome de Sjögren.

**54)** O achado de luxação atlanto-axial em paciente sem histórico de trauma sugere a hipótese de:

- a) Espondilite anquilosante.
- b) Lúpus eritematoso sistêmico.
- c) Artrite reumatoide.
- d) Síndrome de Marfan.
- e) Tuberculose de coluna vertebral.

**55)** Assinale, entre as alternativas abaixo, **AQUELA QUE CONTÉM** um paciente em que a profilaxia medicamentosa para tromboembolismo venoso encontra-se indicada:

- a) Paciente, 55 anos de idade, com trauma abdominal fechado após colisão auto-muro, admitido há 4h, com TC de crânio mostrando hematoma parietal esquerdo, estimado em 6cm<sup>3</sup>, sem desvio de linha média ou outras alterações de complacência à imagem, aguardando avaliação do neurocirurgião.
- b) Paciente, 17 anos de idade, em pós-operatório imediato de apendicectomia videolaparoscópica (cirurgia há 13h).
- c) Mulher, 60 anos de idade, hipertensão controlada, com paraplegia completa após mielite transversa, ocorrida há 5 anos, em consulta ambulatorial de revisão.
- d) Paciente, 33 anos de idade, usuária de contraceptivo oral, internada para tratamento de ITU alta, sem critérios para sepse.
- e) Idoso, 82 anos de idade, internado em UTI para tratamento de pneumonia comunitária grave, estável hemodinamicamente, fazendo Ventilação não invasiva intermitente e com suporte de O<sub>2</sub>.

**56)** Assinale, entre as situações abaixo, aquela em que está indicada a pesquisa sorológica para os vírus HTLV 1 e 2:

- a) Adulto com sorologia recente positiva para HIV.
- b) Mulher com histopatológico NIC-3 após exame Papanicolau.
- c) Paciente com tromboes venosas profundas de repetição.
- d) Adulto com paraparesia espástica progressiva, iniciada há 1 ano.
- e) Idosa em abordagem inicial de quadro demencial.

**57)** Homem, 16 anos de idade, inicia episódios de abalos musculares rápidos, semelhantes a choques em membros superiores e membros inferiores, sem alteração do nível de consciência. Devido a essas crises, joga objetos no chão, o que é característico de mioclonias. Em relação à epilepsia mioclônica juvenil, é **INCORRETO** afirmar:

- a) A Carbamazepina é a medicação de escolha no tratamento.
- b) As crises podem ser desencadeadas por privação de sono, estresse, álcool, estímulo luminoso repetitivo.
- c) No presente caso, a medicação de primeira linha é o ácido Valproico.
- d) O uso de levotiracetam também poderia ser indicado.
- e) O pico de início dos sintomas é na adolescência.

**58)** Mulher, 46 anos de idade, admitida no pronto atendimento com quadro de cefaleia súbita, associada a náuseas e sonolência. Ao exame físico, apresentava rigidez de nuca, afebril, sendo encaminhada ao setor de imagem para realização de tomografia de crânio que evidenciou hemorragia subaracnóidea (HSA). Sobre a HSA, é **INCORRETO** afirmar:

- a) Entre os fatores de risco modificáveis para formação de aneurismas, o tabagismo e hipertensão arterial são os mais importantes.
- b) A hemorragia subaracnóidea aneurismática apresenta alta taxa de mortalidade.
- c) A Nimodipina é usada do 1º ao 21º dia de HSA, com intuito de prevenir a isquemia cerebral tardia.
- d) A Angiotomografia permite o diagnóstico do aneurisma e o planejamento cirúrgico.
- e) O uso de hidantal profilático está indicado em todos os casos.

**59)** Considerando pacientes sem quaisquer fatores de riscos adicionais, avaliando-se apenas os achados de ultrassonografia, qual dos nódulos abaixo indica prosseguimento de investigação por meio de Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)?

- a) Nódulo sólido hipoeecóico 1,1cm.
- b) Nódulo complexo ou espongiiforme 1,5cm.
- c) Nódulo sólido hipereecóico 1,2cm.
- d) Nódulo sólido isoecóico 1,3cm.
- e) Cisto simples 2,0cm.

**60)** Entre as opções abaixo, todas apresentam drogas que interferem no metabolismo glicídico, de forma que aumentam a glicemia, **EXCETO**:

- a) Glicocorticoides.
- b) Tiazídicos.
- c) Ácido ascórbico.
- d) Estradiol.
- e) Fenitoína.

**O caso clínico abaixo se refere às questões de número 61 e 62.**

Antônia está muito feliz com a descoberta de sua primeira gravidez. Tem 28 anos de idade e não apresenta nenhum problema de saúde até então. Encontra-se na 8ª semana de gravidez pela data da última menstruação. Realizou todos os exames solicitados na sua primeira consulta de pré-natal, sendo orientada a realizar uma ultrassonografia morfológica de 1º trimestre no período de 11 a 14 semanas de gestação.

**61)** Assinale a alternativa **INCORRETA** a respeito da ultrassonografia morfológica de 1º trimestre:

- a) Exame que possibilita a avaliação das estruturas anatômicas fetais.
- b) Exame de suma importância para predição de parto prematuro com base na medida do colo uterino.
- c) Confirma a idade gestacional, permitindo redução significativa no número de induções de parto por diagnóstico equivocado de gestação prolongada.
- d) Permite o diagnóstico da anencefalia, e a interrupção da gestação pode ser menos traumática para a gestante na primeira metade da gestação.
- e) Permite a avaliação dos fluxos na valva tricúspide e no ducto venoso, contribuindo de forma relevante para a suspeita e detecção pré-natal das cardiopatias fetais.

**62)** Uma gestante seguiu todas as orientações fornecidas durante seu pré-natal. Realizou 8 consultas, e todos os exames solicitados estavam na normalidade. Manteve a pressão arterial em níveis normais e estava com IMC de 28kg/m<sup>2</sup> na 39ª semana de gestação, quando referiu perda de secreção mucoide, dor em baixo ventre e região lombar. Exame obstétrico: altura de fundo uterino (AU) de 36cm; batimentos cardíacos fetais (BCF): 152bpm, regular; dinâmica uterina 3/10'/30"; movimentação fetal presente; colo uterino centralizado, amolecido, apagado cerca de 80%, pêrvio 5cm, apresentação pélvica, bolsa das águas integras. A gestante desejava ter seu parto vaginal, mas agora estava temerosa devido à apresentação fetal. Analise as manobras abaixo na assistência ao período expulsivo do parto vaginal pélvico da gestante e as classifique em "V" (verdadeira) ou "F" (falsa).

- ( ) A manobra de Tiessen é recomendada para o sucesso da expulsão fetal, pois promove a condensação do ovoide fetal e a dilatação completa da cérvix uterina.
- ( ) A manobra de Bracht consiste em impedir o desprendimento da pelve fetal por duas ou três contrações, pressionando-se o períneo materno.
- ( ) A cabeça derradeira pode ser extraída por meio da manobra de Mauriceau, que consiste na pressão da região mentoniana fetal com os dedos indicador e médio de uma das mãos do assistente ao parto para flexionar a cabeça fetal e facilitar o desprendimento.
- ( ) O fórcepe de Piper pode ser utilizado eletivamente ou quando há dificuldade na realização da manobra de Mauriceau no desprendimento da cabeça derradeira.

Assinale a alternativa que contém a sequência **CORRETA** de cima para baixo:

- a) V, V, F, V
- b) F, V, V, F
- c) F, F, F, V
- d) V, F, F, V
- e) V, F, V, V

**63)** Paciente gestante, 32 anos de idade, G3P2, encontra-se na 9ª semana de gestação calculada pela data da última menstruação. Procura o serviço de obstetrícia para a realização do pré-natal. Antecedentes obstétricos: 2 partos vaginais há 5 e 3 anos, com pesos fetais de 4,2kg e 3,8kg, respectivamente. Gestações anteriores sem intercorrências. Comparece ao retorno médico na 14ª semana de gestação com os exames solicitados. Refere sangramento esporádico, discreto, há cerca de 2 semanas. Está em uso de ácido fólico oral 1 x dia. Ultrassom morfológico de 1º trimestre evidencia: massa intrauterina ecogênica contendo numerosos espaços císticos anecoicos, sem evidência de partes fetais. Ao exame obstétrico: AU 18cm, batimentos cardíacos fetais inaudíveis ao sonar. Toque: colo fechado, sangramento discreto em dedo de luva. Diante do quadro clínico e laudo ultrassonográfico, qual a **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA** e a **CONDUTA MAIS COERENTE** a ser adotada?

- a) Gestação anembrionada - Realizar ultrassonografia em 10 dias para confirmar o diagnóstico.
- b) Gestação molar completa - Solicitar beta HCG quantitativo, proceder ao esvaziamento uterino por vacuoaspiração e encaminhar o material para histopatológico.
- c) Abortamento incompleto - Proceder ao esvaziamento uterino por vacuoaspiração e descartar o material aspirado.
- d) Gestação molar completa - Solicitar Beta HCG qualitativo, proceder ao esvaziamento uterino por curetagem e encaminhar material para histopatológico.
- e) Abortamento incompleto - Aguardar cerca de 15 dias para expulsão completa espontânea do conteúdo intrauterino remanescente.



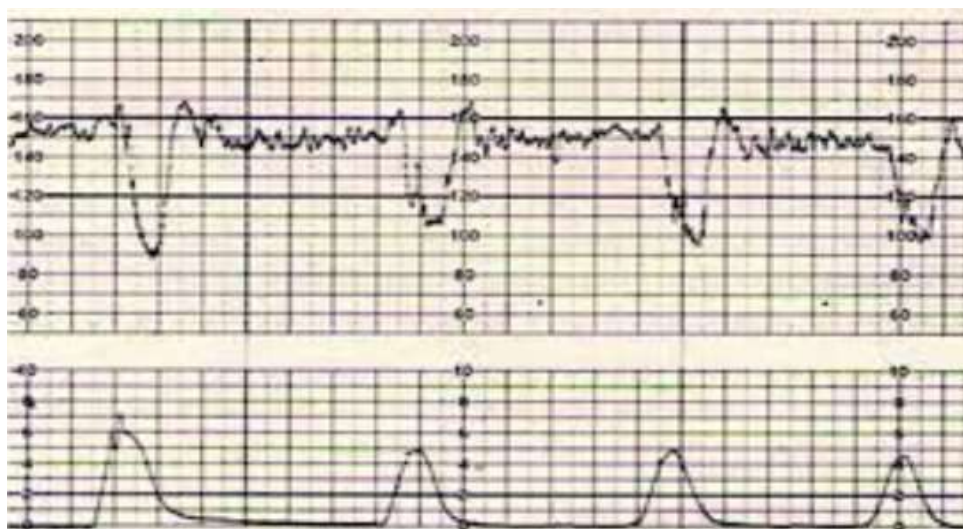
**O enunciado abaixo se refere às questões de número 64 e 65.**

Gestante, 28 anos de idade, primigesta, idade gestacional de 38 semanas pela data da última menstruação, confirmada pela ultrassonografia de 1º trimestre, comparece à maternidade referindo cefaleia holocraniana, pulsátil, associada a desconforto epigástrico e náuseas. Nega perdas vaginais. Estava sendo acompanhada em pré-natal de risco habitual. Traz cartão de pré-natal constando 5 consultas. Refere ser portadora de anemia falciforme. A última consulta foi há 14 dias, segundo anotações do cartão, ocasião em que apresentou pressão arterial de 150x90mmHg, mas estava assintomática naquele momento e foi orientada a retornar para consulta em 15 dias. Até então, sua pressão arterial sistólica variou de 110-120mmHg e diastólica, 60-80mmHg. No momento, ao exame físico, PA: 160x110mmHg; AU: 33cm; BCF: 142bpm, regular; tônus uterino normal, dinâmica uterina ausente; toque: colo posterior, grosso, impérvio, cefálico.

**64)** Assinale a alternativa **CORRETA** sobre a gestante:

- O fato de ter anemia falciforme não agrega nenhum risco obstétrico, e a gestação deve ser acompanhada como risco habitual.
- A gestante precisa ser internada e encaminhada imediatamente para cesariana após controle da sintomatologia referida, devido ao risco de evoluir com convulsões.
- A altura de fundo uterino da gestante é incompatível com a idade gestacional, mas esse dado perde a importância quando a gestação está no termo.
- A paciente não percebeu perda de líquido, mas a altura uterina incompatível para idade gestacional deve ser devido à ruptura alta das membranas amnióticas que promove perda de líquido em pouca quantidade, às vezes imperceptíveis.
- Seria prudente a gestante ter sido referenciada a um serviço de gestação de alto risco na ocasião da última consulta anotada na sua carteira, momento que a pressão arterial estava elevada, mesmo que assintomática.

**65)** A paciente foi internada e, após controles da pressão arterial e da sintomatologia referida, realizou-se cardiotocografia a fim de avaliar a vitalidade fetal. O traçado obtido segue abaixo:



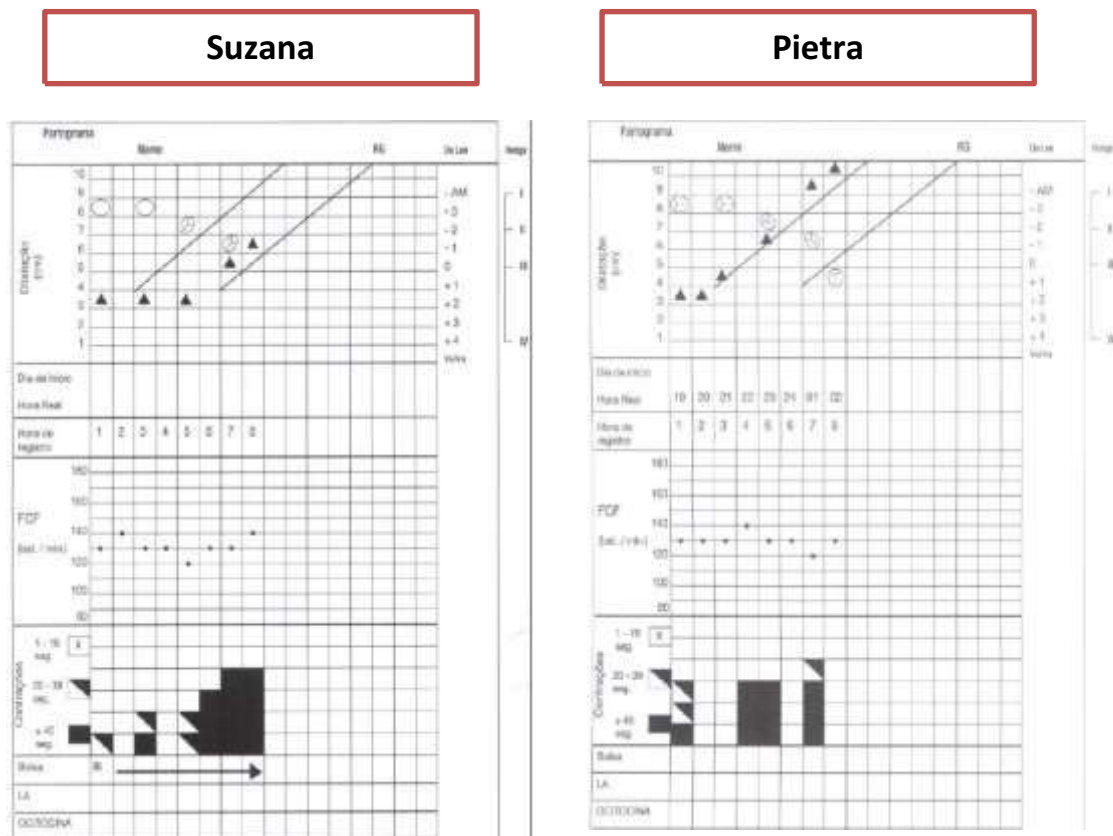
Diante desse traçado e levando em consideração o caso descrito, assinale a alternativa **CORRETA**:

- Trata-se de uma cardiotocografia categoria 1, com desacelerações precoces e a gestante deve ser submetida à indução do parto com misoprostol.
- O traçado mostra claramente uma categoria 2 e deve ser repetida após oferecer alimento à gestante.
- O traçado mostra uma cardiotocografia categoria 3. A gestante deve ser encaminhada à cesariana devido ao exame ser indicativo de sofrimento fetal.
- Trata-se de um traçado categoria 3, com desacelerações tardias, e a gestante pode ser submetida à indução do parto com ocitocina.
- O traçado é classificado como categoria 1, com desacelerações precoces, logo a gestante deve ser submetida à cesariana imediatamente.

**66)** Primigesta, 16 anos de idade, 40 semanas e 3 dias de gestação, queixa-se de dor no baixo ventre e na região lombar associada à perda de secreção mucoide e sanguinolenta. Pré-natal de risco habitual, sem intercorrências. Ao exame físico: PA: 120x80mmHg, AU: 38cm; BCF: 153bpm, regular; movimentação fetal presente durante o exame; dinâmica uterina 2/10'/20"30"; tônus uterino normal. Ao toque, apresenta colo pérvio em 2cm, apagado cerca de 70%, centralizado, apresentação cefálica, bolsa íntegra, plano -1 de De Lee. A ultrassonografia realizada há 1 semana evidenciou feto com 3.900g, índice de líquido amniótico (ILA) de 9cm. Qual a **MELHOR CONDUTA** a ser adotada nesse caso?

- Orientar deambulação e retorno em cerca de 2 horas para reavaliar.
- Internar a gestante, orientar jejum para cesariana devido ao tempo de gestação e à macrosomia fetal ao ultrassom.
- Internar a gestante, pois a gestação já passou da data provável do parto e avaliar a vitalidade fetal com doppler obstétrico.
- Internar a gestante, orientar dieta líquida e abrir partograma.
- Internar a gestante, fazer descolamento das membranas, avaliar vitalidade fetal com cardiotocografia e iniciar misoprostol vaginal se cardiotocografia favorável.

**67)** Duas gestantes, Suzana e Pietra, deram entrada na maternidade em trabalho de parto. Ambas com as mesmas características: primigestas, gestações de termo, pré-natal de risco habitual sem intercorrências, apresentando colo dilatado para 3cm, apagado cerca de 70%, centralizado e bolsa íntegra na admissão. O *staff* do plantão direcionou dois residentes para acompanharem a evolução do trabalho de parto com preenchimento dos partogramas. Após cerca de 8 horas da admissão de Suzana e Pietra, os gráficos dos partogramas eram os seguintes, respectivamente:



Assinale a alternativa **CORRETA** após análise dos gráficos acima:

- Ambos foram iniciados na fase latente, porém Suzana evoluiu mais rapidamente para fase ativa do trabalho de parto.
- O trabalho de parto de Suzana não está evoluindo favoravelmente devido à proximidade da linha de ação, e ela deve ser encaminhada para cesariana.
- O gráfico de Suzana evidencia parada secundária da dilatação.
- O residente que está acompanhando Pietra deve solicitar a presença do *staff* a fim de passarem fórceps de alívio.
- Pietra está com evolução normal do trabalho de parto.

**68)** Primigesta, 17 anos de idade, procurou o setor de emergência obstétrica devido a mal-estar e diminuição da movimentação fetal há cerca de 8 horas. Nega perdas vaginais. Está com 34 semanas e 6 dias de gestação em uso de metildopa 250mg de 8/8 horas desde a 30ª semana. Não trouxe a carteira de pré-natal. Refere que vinha tendo bom controle da pressão, segundo informações coletadas (SIC), queixa-se de cansaço físico e de inchaço em membros inferiores. Relata que hoje teve uma discussão familiar e desde então está com mal-estar, leve tontura, e o feto não se mexe como antes. Nega náuseas, vômitos e epigastria. Ao exame físico: AU: 32cm, BCF 132bpm regular, tônus uterino normal, dinâmica uterina ausente; PA: 170x120mmHg; colo uterino não avaliado. Sobre o manejo do caso clínico, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) Realizar cardiotocografia, exames para rastreio de HELLP síndrome e iniciar o sulfato de magnésio.
- b) Administrar hidralazina endovenosa para melhorar os padrões da pressão arterial, solicitar doppler obstétrico, exames para rastreio de HELLP síndrome e iniciar o sulfato de magnésio.
- c) Avaliar a resolução da gestação, principalmente se os exames iniciais sugerirem HELLP síndrome, após comprovar a boa vitalidade fetal.
- d) Deve ser realizado cardiotocografia, administrado hidralazina venosa ou nifedipina sublingual e liberada para casa após 1 hora se a pressão arterial normalizar e se cardiotocografia categoria 1. Orientar retorno ao pré-natal e evitar situações de estresse.
- e) Solicitar exames para rastreio de HELLP síndrome, administrar hidralazina venosa, fazer prevenção de eclâmpsia, otimizar a dose de metildopa e fazer avaliação da vitalidade fetal.

**69)** Analise e classifique em “V” (verdadeira) ou “F” (falsa) as afirmações abaixo:

- ( ) A remoção manual da placenta é recomendada em detrimento da tração do cordão umbilical na assistência à expulsão placentária em partos via cesárea.
- ( ) O uso de ocitocina (10UI IM ou IV) na terceira fase do parto para a prevenção da hemorragia no puerpério imediato é recomendado em todos os partos.
- ( ) O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o parto) é recomendado para todos os nascimentos, inclusive nas pacientes HIV positivas, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido.
- ( ) A massagem uterina sustentada e manobra de Mac Roberts são recomendadas como intervenções para prevenir a hemorragia pós-parto em mulheres que receberam ocitocina profilática.

Assinale a sequência **CORRETA**, de cima para baixo, de acordo com as recomendações da OMS na prevenção da hemorragia pós-parto:

- a) F, V, V, V
- b) F, V, F, F
- c) V, V, F, V
- d) V, F, V, F
- e) F, F, V, F

**70)** Primigesta, 39 anos de idade, com gestação de 39 semanas e 3 dias, refere perda de líquido transvaginal há 1 hora. Foi prontamente internada. Ao exame obstétrico da admissão: dinâmica uterina esparsa, tônus uterino normal, BCF 138bpm ritmado, colo uterino pérvio 3cm, apagado 70%, apresentação cefálica, bolsa rota com líquido claro e com grumos. Pré-natal sem intercorrências. Carteira de pré-natal continha 7 consultas e o IMC da última avaliação era 35Kg/m<sup>2</sup>. Foi examinada a cada 1 hora com ausculta fetal, avaliação da dinâmica uterina e toque vaginal. Após cerca de 9 horas da internação, foi encaminhada à cesariana por desproporção céfalo-pélvica. Cirurgia sem intercorrências, o feto nasceu bem e chorando. No 2º dia pós-cesariana, a paciente evoluiu com febre de 38,9°C, calafrios, dor e desconforto abdominal. Ao exame físico: abdome doloroso difusamente, sem sinais de peritonite, frequência cardíaca de 110ppm, frequência respiratória de 20irpm. Hemograma mostrava leucócitos de 18.000cels/mm<sup>3</sup>, desvio leve à esquerda, hemoglobina de 9,2g/dL.

Qual o **PRINCIPAL FATOR DE RISCO**, no caso clínico descrito, para a patologia acima?

- a) Ruptura prematura das membranas ovulares.
- b) Anemia.
- c) Cesariana.
- d) Obesidade.
- e) Trabalho de parto prolongado.

**71)** Paciente, 55 anos de idade, procura atendimento ginecológico com queixa de fogachos e irritabilidade há 6 meses. Menopausa espontânea há 1 ano. Ao exame físico: observado nódulo mamário de 2cm, algo endurecido e regular no quadrante inferior lateral (QIL) da mama direita. A mamografia e a ultrassonografia mostraram lesão BI-RADS 4A no QIL da referida mama. Qual a abordagem inicial **MAIS ADEQUADA** para essa paciente em relação à lesão mamária e ao início de terapia hormonal (TH)?

- a) Indicar tumorectomia e já iniciar TH apenas com estrogênio, pois, segundo estudos randomizados, como *Women's Health Initiative* (WHI), não mostram aumento na incidência do câncer de mama em pacientes usuárias de estrogênio isolado.
- b) Solicitar core-biópsia e iniciar TH com estrogênio e progestogênio, pois a paciente encontra-se sintomática e com indicação formal para início da terapia.
- c) Solicitar a core-biópsia e já iniciar TH apenas com estrogênio, pois, segundo estudos randomizados, como *Women's Health Initiative* (WHI) não mostram aumento na incidência do câncer de mama em pacientes usuárias de estrogênio isolado.
- d) Solicitar core-biópsia e aguardar resultado histopatológico para avaliar início de TH.
- e) Indicar tumorectomia e não iniciar TH, pois nesses casos de BI-RADS 4A existe possibilidade de até 50% de malignidade.

**72)** Paciente do sexo feminino, 56 anos de idade, tem queixa de perda urinária aos médios esforços. Nega outros sintomas como calor, irritabilidade ou secura vaginal. Antecedentes ginecológicos: G3P3(3 cesarianas). Menopausa há 2 anos, sem uso de terapia hormonal (TH). Sem comorbidades. IMC = 24kg/m<sup>2</sup>. Sobre esse caso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Essa paciente deve ser submetida à avaliação urodinâmica, após urocultura. Se confirmar incontinência urinária aos esforços, iniciar tratamento com anticolinérgicos.
- b) Essa paciente deve ser submetida à avaliação urodinâmica, após urocultura. Se confirmar incontinência urinária aos esforços, deverá ser submetida à terapêutica cirúrgica com *sling* transobturatório.
- c) Deve ser iniciado TH com reavaliação em 3 meses. Sabe-se que a TH melhora o trofismo vaginal, corrigindo esse provável diagnóstico de incontinência urinária.
- d) Essa paciente deve ser submetida à avaliação urodinâmica, após urocultura. Se confirmar incontinência urinária aos esforços, deverá ser submetida à terapêutica cirúrgica, com cirurgia de Kelly Kennedy como primeira opção.
- e) Essa paciente apresenta quadro clínico clássico de urgência miccional, dispensando o estudo urodinâmico e deve ser iniciada a terapêutica com anticolinérgicos.

**73)** Paciente, 27 anos de idade, assintomática, virgo, comparece para consulta ginecológica de rotina. Informa que aos 23 anos de idade, durante realização de miomectomia, evoluiu para histerectomia total abdominal. Assinale a alternativa **CORRETA** que contenha a melhor propedêutica ginecológica para o caso:

- a) Realizar anamnese, indagando sobre a história familiar para câncer. Proceder ao exame físico e solicitar ultrassonografias mamária e pélvica transabdominal.
- b) Realizar anamnese e exame físico. Solicitar dosagem de hormônios séricos, ultrassonografia pélvica transabdominal e coletar colpocitologia, devido ao fato de a paciente ter mais de 25 anos de idade.
- c) Realizar anamnese, exame físico e solicitar exames de rotina ginecológica, como as ultrassonografias mamária e pélvica, hemograma completo, glicemia em jejum e dosagem hormonal (FSH, TSH e progesterona).
- d) Realizar anamnese e exame físico, seguido da coleta de colpocitologia, pois a paciente está na faixa etária preconizada no programa de rastreio de câncer de colo uterino do Ministério da Saúde.
- e) Realizar anamnese e exame físico. Se houver ausência de história familiar para câncer ou patologia de base, a conduta será apenas orientação sobre estilo de vida e autoexame das mamas.

**74)** As vulvovaginites constituem queixas frequentes no ambulatório do médico generalista e ginecologista. Acerca dessas doenças, analise as afirmativas abaixo:

- I - O diagnóstico realizado apenas pela avaliação clínica tem especificidade de quase 100%, logo geralmente dispensa testes adicionais como: exame a fresco, pH e KOH.
- II - É indicado rotineiramente o rastreio para vaginose bacteriana na gestação, devido a essa se relacionar com o parto prematuro.
- III - Nos casos de candidíase e vaginose não há necessidade do tratamento do parceiro. Entretanto, se for diagnosticada tricomoníase, considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), o tratamento do(s) parceiro(s) é indicado.
- IV - O tratamento da candidíase de repetição envolve o uso de antifúngicos orais por longo período, como por exemplo, o uso do Fluconazol semanal por até 6 meses.

Assinale a alternativa que contenha as afirmativas **CORRETAS**:

- a) Somente III.
- b) Somente IV.
- c) I, II e III.
- d) III e IV.
- e) II, III e IV.

**75)** O rastreio do câncer ginecológico é um grande desafio nos dias atuais, pois está relacionado com elevadas mortalidade e prevalência entre as mulheres. Sobre tal assunto, analise as afirmativas abaixo:

- I - O início do rastreio do câncer de colo uterino na população geral deve ser aos 25 anos de idade, de acordo com a orientação do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer.
- II - O rastreio do câncer de mama deve ser realizado por meio da mamografia, sempre associada à ultrassonografia, pois assim se consegue o diagnóstico de maior número de casos, iniciando-se aos 35 anos de idade.
- III - O rastreio dos cânceres de ovário e de endométrio por meio da ultrassonografia pélvica transvaginal não deve ser realizado de rotina na população em geral, devido à falta de comprovação do seu real benefício.
- IV - Paciente com diagnóstico de lesão intraepitelial de baixo grau na colpocitologia deve ser submetida à colposcopia, com posterior biópsia, devido a grande parte dessas lesões evoluírem para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo uterino.

Assinale a alternativa que contenha o número de afirmativas **CORRETAS**:

- a) Uma.
- b) Duas.
- c) Três.
- d) Quatro.
- e) Nenhuma.

**76)** O Sangramento Uterino Anormal (SUA) é uma queixa frequente no consultório do ginecologista. Atualmente, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) classificou as causas de SUA em anomalias estruturais, não estruturais e de causa indefinida. Criando-se, então, o acrônimo PALM-COEIN. Sobre SUA, qual alternativa abaixo é **INCORRETA**?

- a) O câncer de endométrio e as hiperplasias endometriais são as causas mais comuns de SUA na pós-menopausa.
- b) O DIU de cobre não é uma boa opção para pacientes com SUA, principalmente naquelas que apresentam sangramento menstrual prolongado.
- c) Os anti-inflamatórios não hormonais e o ácido tranexâmico podem ser utilizados no tratamento clínico de sangramento menstrual excessivo.
- d) Pólipos, leiomiomas uterinos e adenomiose são causas estruturais de SUA.
- e) Sabe-se que as causas mais comuns de SUA na adolescência, excluindo as causas relacionadas à gravidez, são decorrentes de anovulação.

**77)** Entre as pacientes abaixo com leiomiomatose uterina, qual seria a **SITUAÇÃO IDEAL** para abordagem cirúrgica por via histeroscópica?

- a) Paciente de 32 anos de idade com leiomioma subseroso de 2cm, em investigação de infertilidade.
- b) Paciente de 35 anos de idade com leiomioma submucoso de 1cm no 1/3 inferior do útero e com sua maior parte na cavidade uterina.
- c) Paciente de 40 anos de idade com lesão intraepitelial de alto grau, associada a leiomioma fúndico submucoso de 5cm.
- d) Paciente de 40 anos de idade com leiomioma fúndico submucoso de 5cm.
- e) Paciente de 50 anos de idade, menopausa há 2 anos, com leiomioma fúndico intramural de 4cm.

**78)** Adolescente do sexo feminino, 15 anos de idade, hígida, coitarca há 3 meses, fazendo uso irregular de condom. Procura atendimento médico para anticoncepção. Após explanação sobre os métodos, ela optou por um anticoncepcional mensal injetável. Qual a **CONDUTA CORRETA** a ser tomada para iniciar o método?

- a) Coletar colpocitologia oncótica, devido já ter iniciado atividade sexual e solicitar o Beta HCG.
- b) Solicitar exames laboratoriais e ultrassonografia transvaginal.
- c) Coletar colpocitologia oncótica, rastreio para coagulopatias e ultrassonografia transvaginal, exames indispensáveis na avaliação inicial da prescrição de anticoncepcionais hormonais.
- d) Orientar o início do uso a partir da próxima menstruação sem demais exames.
- e) Solicitar o rastreio para coagulopatias, devido ao uso de anticoncepcionais elevar o risco de doença tromboembólica.

**79)** Paciente do sexo feminino, 30 anos de idade, com vida sexual ativa, em uso regular de condom (SIC). Refere que há 4 dias iniciou sensação de ardor e prurido vulvar, evoluindo com aparecimento de vesículas dolorosas que se romperam rapidamente, formando úlceras confluentes nesta região. Notou, também, enfartamento ganglionar inguinal bilateral, doloroso. Refere, ainda, corrimento amarelado de odor fétido, que iniciou após o rompimento das vesículas. Ao ser questionada, relata que há 1 semana teve quadro febril com dor em membros inferiores. Qual o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL**?

- a) Donovanose.
- b) Gonorreia.
- c) Primoinfecção herpética.
- d) Cancro duro.
- e) Cancro mole.

**80)** Paciente do sexo feminino, 16 anos de idade, procurou atendimento por amenorreia primária. Tem desenvolvimento normal dos caracteres sexuais secundários. Telarca aos 10 anos de idade. Realizou ultrassonografia pélvica evidenciando ausência de útero e ovários normais: o esquerdo medindo 4,5cm<sup>3</sup> e o direito, 5,2cm<sup>3</sup>, ambos com presença de folículos. Quais os **RESULTADOS ESPERADOS** em seu perfil hormonal?

- a) FSH e LH elevados e estradiol baixo.
- b) FSH, LH e estradiol baixos.
- c) FSH e LH baixos e estradiol elevado.
- d) FSH, LH e estradiol normais.
- e) FSH, LH e estradiol elevados.

**81) Diante das afirmativas abaixo:**

- I - Os anti-histamínicos (antagonistas H1 e H2), são considerados drogas de primeira linha no tratamento da reação anafilática, e, devido ao seu rápido início de ação, podem ser usados individualmente. Pode ser utilizada a difenidramina, na dose de 1mg/kg na criança (dose máxima 50 mg). A prometazina pode ser utilizada a partir de 2 anos na dose de 0,25 mg/kg, nos casos mais leves pode ser utilizada por via oral.
- II - O TCE na infância é a principal causa de morte e invalidez na faixa etária abaixo de 12 anos de idade, sendo esse grupo responsável por até 75 % das mortes no Brasil.
- III - A influência da nutrição materna e do ambiente intrauterino são refletidos principalmente nos parâmetros de crescimento no momento do nascimento e durante os primeiros meses de vida, ao passo que os fatores genéticos têm influência mais tardiamente.

Qual alternativa está **CORRETA**?

- a) As afirmativas I e II estão corretas.
- b) As afirmativas I e III estão corretas.
- c) As afirmativas II e III estão corretas.
- d) Somente a afirmativa II está correta.
- e) As afirmativas I, II e III estão corretas.

**82) Assinale a alternativa que NÃO APRESENTA uma causa de acidose metabólica hiperclorêmica:**

- a) Acidose láctica.
- b) Acidose tubular renal.
- c) Insuficiência renal (fase inicial).
- d) Doença diarreica.
- e) Drenagem de secreções biliares e pancreáticas.

**83) Criança, 6 anos de idade, dá entrada na emergência com queixa de manchas no corpo, que se caracteriza por púrpura palpável, predominando em região glútea e membros inferiores, dor em articulações, edema de mãos e pés, dor abdominal e hematúria. Qual o diagnóstico MAIS PROVÁVEL?**

- a) Doença de Kawasaki.
- b) Dermatopolimiosite.
- c) Artrite Idiopática Juvenil.
- d) Lúpus Eritematoso Sistêmico.
- e) Púrpura de Henoch-Scholein.

**84) Mãe traz à emergência criança de 6 meses com queixa de irritabilidade há dois dias, vômitos, recusa alimentar e cansaço que piorou nas últimas 12 horas associada à palidez. Ao exame físico, é observado desconforto respiratório, pulsos finos, gemência, tiragem inter e subcostal. Paciente é colocado com máscara de oxigênio não reinalante a 10 litros/min e monitorizado. Observado no monitor ritmo cardíaco sem onda p, duração do QRS de 70ms, frequência cardíaca de 260 bpm, sem variações durante todo o atendimento. Qual a medida MAIS ADEQUADA para restabelecer a estabilidade hemodinâmica desse paciente?**

- a) Adenosina - 0,1 mg/kg, máximo 6mg.
- b) Cardioversão elétrica - Choque inicial de 0,5 a 1 J/kg.
- c) Amiodarona - 5mg/kg EV.
- d) Cardioversão elétrica - Choque inicial de 2J/kg.
- e) Procainamida - 15mg/kg.



**85)** Com relação ao calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), observe as afirmativas abaixo:

- I - A primeira dose da vacina de hepatite deve ser idealmente aplicada nas primeiras 24 horas de vida; a segunda dose, com 1 mês; e a terceira dose, aos 4 meses de vida.
- II - A DTP (tríplice viral) deve ser aplicada aos 2, 4 e 6 meses; o primeiro reforço, aos 15 meses; e o segundo reforço, entre 4 e 6 anos.
- III - A primeira dose de poliomielite deve ser obrigatoriamente com a forma inativada (VIP), podendo as demais doses ser feitas com a forma inativa ou oral atenuada (VOP).

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- b) Somente a afirmativa II está correta.
- c) As afirmativas II e III estão corretas.
- d) As afirmativas I e II estão corretas.
- e) Nenhuma das afirmativas está correta.

**86)** Uma mãe leva sua filha de 5 anos de idade ao seu consultório com a queixa de que a menina está mais baixa do que todas as coleguinhas da turma da escola. Em seu exame físico, você observa que a menor tem 107cm de altura, e que, há exatamente 1 ano, em sua última consulta de puericultura estava medido 101cm. O que você diria a essa mãe?

- a) Que ela precisa realizar exames para investigar endocrinopatias, que são as principais causas de baixa estatura na infância.
- b) Que não é possível considerar baixa estatura sem antes avaliar idade óssea, sendo necessário então solicitar exames radiológicos.
- c) Que é necessária a realização, além de dosagens hormonais, do cariótipo, para descartar doenças genéticas, como Síndrome de Turner.
- d) Que ela pode ficar tranquila, pois a menina está com a estatura adequada para a idade, e a velocidade de crescimento está normal.
- e) Que ela pode ficar tranquila, pois mesmo com estatura baixa para a idade, ela tem velocidade de crescimento normal, o que pode caracterizar retardo constitucional do crescimento, sem prejuízo na estatura final.

**87)** Menino, 7 anos de idade, com quadro de sinusite bacteriana há 4 dias, é levado à emergência por ainda apresentar febre, cefaleia e tosse, mesmo com uso de antibioticoterapia – Amoxicilina 50mg/kg/dia, via oral, desde o início do quadro. Qual a conduta **MAIS ADEQUADA**?

- a) Dobrar a dose da amoxicilina para 90-100mg/kg/dia, visto que se pode estar diante de um pneumococo resistente.
- b) Mudar a classe de antibióticos, pois o índice de resistência elevada às penicilinas contraindica seu uso como primeira escolha.
- c) Trocar o antibiótico por amoxicilina + clavulanato na mesma dose, visto que se pode estar diante de uma bactéria produtora de beta-lactamase.
- d) Explicar à família que ainda deve aguardar mais 24 horas, pois está dentro do prazo previsto para melhora clínica.
- e) Internar a criança e fazer antibioticoterapia venosa.

**88)** Qual o esquema vacinal recomendado a uma criança que apresentou síndrome hipotônico-responsiva após a primeira dose da vacina pentavalente, de acordo com o Ministério da Saúde?

- a) DTPa.
- b) DT.
- c) DTP, em ambiente hospitalar.
- d) dTpa.
- e) dTP.



**89)** São características clínicas da síndrome do “bebê sacudido”:

- a) Hemorragia subaracnoide, fraturas ósseas, hematomas em diferentes estágios de evolução.
- b) Hemorragia epidural, hemorragia vítrea, fratura de base de crânio.
- c) Fratura de arco costal, hemorragias periventriculares, hematoma periorbital.
- d) Hemorragia subdural, edema cerebral difuso, hemorragia retiniana.
- e) Hemorragia vítrea, edema cerebral difuso, fraturas ósseas.

**90)** Em relação ao desenvolvimento motor da criança no primeiro ano de vida, é de se esperar que:

- a) Com 1 mês, eleve a cabeça em posição prona.
- b) Aos 4 meses, o reflexo tônico-cervical assimétrico esteja iniciando.
- c) Aos 4 meses, transfira objetos de uma mão para outra.
- d) Aos 15 meses, ande com apoio.
- e) O reflexo de Moro persista até o segundo semestre de vida.

**91)** Menor do sexo masculino, 6 anos de idade, iniciou quadro de febre há 2 dias, com dor em terço distal da coxa esquerda, com mal-estar e claudicação. Após a avaliação no setor da urgência, identificou-se o local doloroso na coxa esquerda. Solicitado hemograma, que evidenciou leucocitose e neutrofilia. Resolvido puncionar a região da metáfise do fêmur no local da dor, com coleta e drenagem de secreção purulenta, enviada para exames, inclusive cultura do material. Qual é o antimicrobiano **MAIS ADEQUADO** para esse caso?

- a) Ceftriaxona.
- b) Oxacilina.
- c) Vancomicina.
- d) Amicacina.
- e) Ciprofloxacina.

**92)** De acordo com o manual “Uso racional de medicamentos”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2012, qual das seguintes estratégias é citada para combater o fenômeno da resistência antimicrobiana?

- a) Redução no prazo de uso.
- b) Restrição preferencial de certas classes (por exemplo, fluorquinolonas).
- c) Promoção de uso heterogêneo.
- d) Redução global no número de prescrições de antimicrobianos.
- e) Todas as estratégias citadas.

**93)** Oitenta por cento (80%) das crianças que adquirem infecção por Zika vírus:

- a) São assintomáticas.
- b) Têm rash cutâneo.
- c) Têm febre elevada.
- d) Têm edema de extremidades.
- e) Desenvolvem artralgias de semanas a meses após a infecção.

**94)** Menor, 5 meses de idade, é atendida em serviço de urgência com quadro de febre alta há 12 horas, sialorreia intensa, vômitos. Apresenta ao exame, lesões vesiculares e ulceradas em faringe e palato mole, com intensa hiperemia local. Ainda observado exantema maculopapular em tronco e membros. Considerando as informações acima citadas, a conduta **MAIS CORRETA** é:

- a) Prescrever amoxicilina + ácido clavulânico.
- b) Prescrever corticoide e aciclovir.
- c) Prescrever clindamicina.
- d) Solicitar hemoculturas e prescrever ceftriaxona via intramuscular.
- e) Uso de medicações sintomáticas (analgésicos, antipiréticos e antieméticos) e oferta de soro oral.

**95)** Menor, 1 ano e 2 meses de idade, retorna ao ambulatório, segundo informações maternas, a criança tem apresentado febre há 20 dias, intermitente, moderada, acompanhada de palidez cutâneo-mucosa acentuada, com esplenomegalia. A criança fez tratamento prévio para Calazar com sinais de gravidade (icterícia e sangramentos), com anfotericina B lipossomal há 4 meses. Fez hemograma no dia seguinte com presença de leucócitos totais de  $2.300/\text{mm}^3$  (30% de neutrófilos e 70% de linfócitos típicos) e, em seguida, foi colhido teste rápido para Calazar, sendo positivo. Diante do caso, tratando-se de provável recidiva de Calazar sem sinais de gravidade, a conduta **mais CORRETA** é:

- a) Iniciar tratamento com anfotericina B lipossomal.
- b) Iniciar tratamento com antimoniato de N-metilglucamina (Glucantime®).
- c) Iniciar tratamento com anfotecina B convencional, pois provavelmente é um caso de refratariedade ao tratamento.
- d) Acompanhar ambulatorialmente o menor semanalmente com avaliação periódica do hemograma.
- e) Realizar mielograma e só tratar se apresentar presença de amastigotas de *Leishmania* sp.

**96)** Com a introdução da vacina contra o HPV no Brasil, estima-se que 80% das adolescentes estarão protegidas. Sobre essa vacina, considere as afirmativas abaixo:

- I - Para ficar imune ao HPV, a menina deverá receber três doses aplicadas por via intramuscular.
- II - É uma vacina quadrivalente recombinante contra os tipos 6, 11, 16 e 18.
- III - É eficaz em prevenir 70% dos casos de câncer cervical e adenocarcinoma in situ, relacionados ao HPV.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Somente a afirmativa I está correta.
- b) Somente a afirmativa II está correta.
- c) Somente a afirmativa III está correta.
- d) As afirmativas I e II estão corretas.
- e) As afirmativas I, II e III estão corretas.

**97)** A utilização de corticosteroides no tratamento da crise aguda de asma tem por principal objetivo reduzir a inflamação, que representa uma das limitações ao fluxo aéreo. Com relação à utilização desses medicamentos na crise aguda de asma, é **CORRETO** afirmar:

- a) A via de administração recomendada é a parenteral, para acelerar o início do efeito da medicação.
- b) Devem ser mantidos por períodos de 10 a 14 dias e retirados gradualmente, a fim de evitar os efeitos colaterais.
- c) A via de administração recomendada é a oral, sendo a parenteral reservada para crianças com vômitos ou dispneia acentuada.
- d) Deve preferir-se corticoides de meia vida longa, para prolongar o efeito anti-inflamatório.
- e) A via de administração de escolha é a inalatória, pois o medicamento agirá diretamente na árvore respiratória.

**98)** Um menino, 10 anos de idade, chegou à UTI com quadro de cetoacidose diabética (CAD), com glicemia de  $560\text{mg}/100\text{mL}$ , cetonúria 4+, pH=6,9,  $\text{PCO}_2=25\text{mmHg}$  e  $[\text{HCO}_3^-]=5\text{mmol/L}$ . Após a sexta hora de tratamento, com boa evolução clínica, a criança começa a ficar torporosa e não responde mais a comandos verbais. Com relação a esse caso clínico hipotético, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) É consenso médico que o uso de solução de 50% de soro glicosado e 50% de soro fisiológico em vez de soro fisiológico puro na hidratação inicial dessa criança poderia ter evitado essa complicação.
- b) Essa é a complicação mais frequente da CAD.
- c) Uma das explicações possíveis para esse quadro é a ação dos corpos cetônicos sobre o metabolismo do neurônio.
- d) Essa complicação ocorre em 50% dos casos.
- e) Esse quadro, quando aparece por complicação da CAD, tem alta mortalidade e costuma ser resistente ao tratamento habitual.

**99)** Menina, 5 anos de idade, é atendida na emergência do Hospital da Criança com história de ter iniciado inchaço no corpo há cerca de 24 horas. A informante também refere que percebeu que a urina da criança está escura e em menor quantidade. Quando questionada sobre infecções anteriores, relata que a criança esteve “gripadinha” cerca de uma semana atrás. A pressão arterial foi aferida e estava dentro do percentil 90 para estatura e gênero. Você solicitou exame sumário de urina (EAS), ASLO, ureia, creatinina, lipidograma, C3, C4 e CH50. Baseado no quadro acima, marque a alternativa **INCORRETA**:

- a) A glomerulonefrite aguda pós-infecciosa é a principal hipótese diagnóstica, uma vez que a criança apresenta nos exames laboratoriais EAS com hemácias incontáveis e perda de proteína; ureia e creatinina levemente aumentados, C3 baixo, C4 e CH 50 normais e ASLO positivo.
- b) A Nefropatia por IgA deve ser considerada sempre que existir hematúria macroscópica, acompanhada de uma doença febril aguda, com ASLO negativo e complemento normal, deve informar-se a família, que na maioria das vezes, a hematúria desaparece espontaneamente em alguns dias sem deixar sequelas.
- c) A Nefropatia por IgA é a principal hipótese diagnóstica, uma vez que a criança apresenta hematúria macroscópica e não estava hipertensa. Nos resultados de exames, é esperado EAS com hemácias incontáveis e perda de proteína, ureia e creatinina normais, C3 baixo e ASLO positivo.
- d) No caso de Glomerulonefrite pós-infecciosa, a evolução esperada é que os sinais e sintomas agudos desapareçam em 2 a 3 semanas e que os níveis de complemento normalizem-se em cerca de 30 dias após início do quadro.
- e) Púrpura de Henock-Schönlein deve ser considerada como diagnóstico diferencial, quando, associada à hematúria, houver dor abdominal, artralgia, diarreia com sangue e eritema cutâneo maculopapular e purpúrico, principalmente nas superfícies dorsais das extremidades inferiores e nádegas.

**100)** A doença de Kawazaki é uma vasculite multissistêmica com quadro clínico e laboratorial e complicações conhecidas, mas de etiologia ainda não definida. Com relação ao diagnóstico dessa doença, identifique os critérios a seguir como “V” (verdadeiro) ou “F” (falso):

- ( ) Febre de duração maior do que 5 dias.
- ( ) Conjuntivite purulenta.
- ( ) Exantema polimorfo.
- ( ) Adenomegalia cervical não supurativa.
- ( ) Alterações de mucosa oral.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA**, de cima para baixo:

- a) F, V, V, F, V
- b) V, F, V, V, F
- c) F, V, F, F, V
- d) V, F, V, V, V
- e) V, V, F, V, F



Utilize esta folha para anotar o seu gabarito. Destaque-a e leve-a com você

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