



**HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**  
**PROVA DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2014**  
**ENDOSCOPIA**

Data: 09/02/2014 - domingo  
Local: Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ  
Endereço: Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus – Juiz de Fora/MG  
Horário: 18:30 às 23:00 horas

**REGULAMENTO**

**Leia atentamente as seguintes instruções:**

- 1) Você receberá do fiscal o seguinte material:
  - a) Um cartão de respostas destinado à marcação da opção que julgar acertada em cada pergunta;
  - b) Um caderno com o enunciado das 100 (cem) questões e respectivas opções, sem repetição ou falha.
- 2) Verifique se este material está em ordem. Ocorrendo dúvidas, notifique imediatamente ao fiscal.
- 3) Para cada uma das questões são apresentadas 4 (quatro) alternativas classificadas com as letras a),b),c),d); somente uma alternativa responde ao quesito proposto. Você só deve assinalar uma resposta; a marcação de mais de uma alternativa no cartão, anula a questão, mesmo que uma delas esteja correta.
- 4) As questões são identificadas pelo número que se situa junto ao seu enunciado.
- 5) Preencha **completamente o retângulo** correspondente a letra escolhida, com caneta esferográfica com tinta **azul ou preta**.
- 6) Tenha muito cuidado com o cartão de respostas para não dobrá-lo, amassá-lo ou manchá-lo em nenhuma hipótese será fornecido um substituto. **NÃO É PERMITIDO O USO DE CORRETIVO, NEM RASURAS.**
- 7) Sob a carteira somente será permitido o documento de identificação, ficha de inscrição, caneta e borracha.

- 8) Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o caderno de questões e o cartão de respostas assinado.

Boa prova.

**ATENÇÃO**

**Condição de anulação da prova:**

**Retângulos preenchidos à lápis ou caneta hidrocor.**

**É proibido portar quaisquer aparelhos eletrônicos, mesmo desligados, incluindo relógio, computadores de mão, calculadora. A comprovação do porte de qualquer equipamento eletrônico pelo candidato resultará em sua eliminação do processo seletivo.**

- 1) Em relação à tuberculose pulmonar, marque a opção incorreta:

- a) A transmissão da tuberculose dá-se pela inalação do bacilo, eliminado em gotículas respiratórias. As partículas maiores depositam-se no chão, enquanto as menores poderão ser inaladas, chegando até os alvéolos
- b) Para o diagnóstico microbiológico, o primeiro exame a ser solicitado é a pesquisa de BAAR (bacilos álcool-ácido resistentes) no escarro pela coloração de Ziehl-Neelsen.
- c) Todas as drogas do esquema I para o tratamento da tuberculose podem causar hepatotoxicidade
- d) A estreptomicina pode causar neurite óptica

- 2) É correto afirmar:

- a) A broncoscopia é útil no diagnóstico de pneumonia intersticial usual associada à artrite reumatóide
- b) Na biópsia pulmonar a TCAR não tem valor como exame pré operatório nas doenças intersticiais

- c) Na presença de doença intersticial pulmonar, a disfagia é uma característica da esclerose sistêmica progressiva
- d) A biópsia pulmonar a céu aberto está indicada na investigação de doença intersticial pulmonar, somente após a realização de broncoscopia com biópsia transbronquica inconclusiva.

3) De acordo com as afirmativas, marque a opção correta.

I - A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas. Essa inflamação está associada à hiperreatividade das vias aéreas, determinando episódios recorrentes de sibilos, dispnéia, tosse e aperto no peito.

II - A obstrução ao fluxo aéreo na asma é parcial ou totalmente reversível espontaneamente ou com medicações

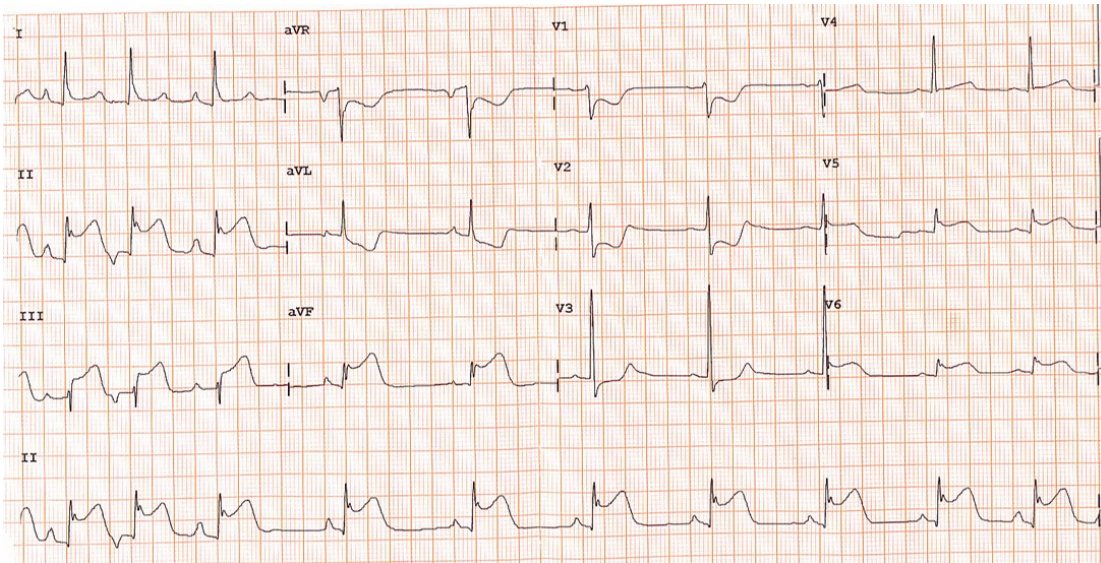
III - A asma é uma doença de caráter hereditário, pois, há nitidamente uma distribuição familiar da doença. Entretanto, os genes envolvidos e suas formas de transmissão não estão estabelecidos.

- a) Somente a I é correta
- b) Todas as afirmativas estão erradas
- c) I e III estão corretas e II é falsa
- d) Todas as afirmativas estão corretas

4) Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) — marque a opção incorreta.

- a) Do ponto de vista prático, a PAC é aquela que se manifesta clinicamente na comunidade ou dentro das primeiras 48 horas da internação (alguns autores estendem este período até 72 horas).
- b) Vários trabalhos recentes têm nos mostrado que é impossível, do ponto de vista clínico e mesmo radiológico, fazer uma diferenciação precisa entre pneumonias bacterianas típicas e atípicas.
- c) O diagnóstico da PAC pode ser feito apenas em bases clínicas, sendo assim, a radiografia de tórax é dispensável.
- d) O agente mais comum das PAC é o pneumococo.

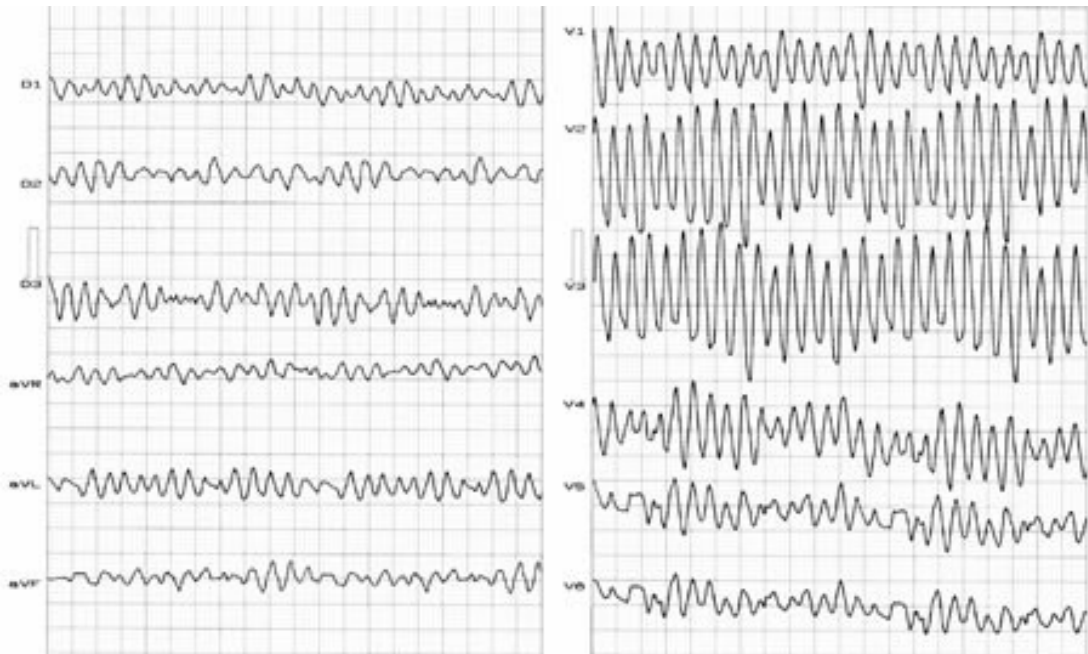
- 5) A taxa de incidência anual de cetoacidose diabética (CAD) estimada a partir de estudos populacionais americanos varia de 4,6 a 8 episódios por 1000 pacientes com diabetes. Sobre esta complicação aguda grave do diabetes mellitus (DM) podemos afirmar:
- a) Os hormônios contrarreguladores como glucagon, catecolaminas, cortisol e hormônio de crescimento não participam da patogênese da CAD
  - b) A utilização de solução hipotônica (solução fisiológica a 0,45%) deve ser a opção inicial no tratamento, porque a hiperosmolaridade é um achado frequente nas fases iniciais da CAD
  - c) Embora a CAD ocorra prioritariamente no DM tipo 1, acontece também no DM tipo 2
  - d) A CAD tipicamente se caracteriza pela acidose metabólica com anion gap normal
- 6) Um médico cirurgião relata que tomou o esquema completo da vacina para hepatite B há 11 anos. Após 3 meses da vacinação realizou o anti-HBs e o resultado foi positivo ( $> 2.000$  mUI/ml). Há 1 mês conta que realizou novamente o exame e foi negativo ( $< 10$  mUI/ml). Qual a conduta neste caso?
- a) Realizar o reforço com 1 dose da vacina para Hepatite B.
  - b) Orientar o profissional que a queda da titulação de anti-HBs não indica que ele não está imune, portanto não necessita repetir o esquema vacinal.
  - c) Orientar o profissional que a queda da titulação de anti-HBs indica que ele não está imune, portanto necessita repetir o esquema vacinal.
  - d) Repetir a sorologia e investigar estado de portador.
- 7) Paciente com 65 anos deu entrada na UTI do HMTJ, proveniente da UPA Santa Luzia, com quadro de dor torácica de início há 4 horas. História prévia de tabagismo e hipertensão arterial. O ECG foi realizado na admissão e encontra-se abaixo:



Partindo da informação que o HMTJ não disponibiliza de Serviço de Hemodinâmica, a melhor conduta é:

- a) Remover para outro hospital que possa fazer angioplastia primária
  - b) Trombólise + heparinização plena + AAS+ clopidogrel.
  - c) Heparina profilática + AAS + clopidogrel
  - d) Heparina plena +AAS+clopidogrel
- 8) Paciente foi consultar no ambulatório de cardiologia do HMTJ pela primeira vez. Refere história de hipertensão em controle irregular, no momento sem medicação. Sexo masculino, 70 anos, portador de diabetes tipo 2, dislipidemia e gota. Ao exame físico os níveis pressóricos estavam em torno de 180/90. A melhor opção terapêutica para este paciente é:
- a) Betabloqueador
  - b) Alfametildopa
  - c) Iniciar betabloqueador e diurético
  - d) Iniciar o tratamento com IECA e se necessário adicionar um bloqueador de canal de cálcio de ação periférica.

- 9) Paciente deu entrada na emergência da UPA de Santa Luzia irresponsivo, sem pulso e movimentos respiratórios. Este foi imediatamente monitorado e o traçado encontra-se abaixo. A sua próxima conduta deve ser:



- a) Desfibrilar com desfibrilador bifásico, modo assincrônico
  - b) Desfibrilar com desfibrilador bifásico, modo sincrônico
  - c) Amiodarona venosa, sem necessidade de realizar desfibrilação
  - d) Lidocaína venosa, sem necessidade de realizar desfibrilação.
- 10) Qual das drogas abaixo não aumenta a sobrevida na insuficiência cardíaca?

- a) Digital
- b) IECA
- c) Carvedilol
- d) Espironolactona

11) Uma mulher de 60 anos procura o Clínico Geral com relato de Epistaxes de repetição e dor lombar. Ela vem observando epistaxes intermitentes há 6 semanas. A epistaxe é um problema recente em sua vida. Ela vem tendo dor na região tóraco-lombar nos últimos 3 meses, mas nega ter sofrido qualquer traumatismo antes de seu surgimento. A paciente também observou uma grande equimose e um hematoma na coxa esquerda, que apareceram após um traumatismo mínimo. A paciente sempre foi uma mulher saudável e ativa, e não tem internações anteriores. Entretanto, nos últimos 4 meses, vem se sentindo progressivamente mais cansada e há 2 meses não consegue mais fazer suas atividades domésticas. Ultimamente começou a ter problemas de constipação e anorexia e admite uma perda de peso de 5 quilos nas últimas 3 a 5 semanas, tendo chegado a 50 quilos de peso. O exame revela uma temperatura de 37° C, pulso 90, pressão arterial 130/70 mmHg e 18 incursões respiratórias por minuto. A paciente tem um aspecto de doente crônico, mas está atenta e bem orientada. As conjuntivas, a mucosa oral e as palmas das mãos estão pálidas

Os exames laboratoriais iniciais foram: Hb:9,0g/dl, Htc:27%; contagem de reticulócitos de 3%; leucometria de 3000 /mm<sup>3</sup> com diferencial normal; contagem de plaquetas de 27.000/mm<sup>3</sup>. O esfregaço sanguíneo revelou hemácias de morfologia normal, porém, com significativa formação de rouleaux. EAS: urina clara, amarela, com densidade de 1010, ausência de glicose ou proteína; ausência de células ou bactérias no sedimento. A radiografia de tórax mostrou uma lesão lítica na clavícula esquerda, osteopenia difusa e fraturas compressivas em várias vértebras torácicas. As radiografias laterais da coluna revelaram fraturas compressivas de T-11 e T-12.

Os resultados do laboratório mostram: VHS: 120mm/h; creatinina:4,2mg/dl; proteínas totais: 9,3g/dl; albumina:2,7g/dl, globulinas:6,6g/dl; cálcio:11,2mg/dl; LDH:600U/L; A análise quantitativa das imunoglobulinas demonstra: IgG: 5.300mg/dl, IgA:47mg/dl, IgM: 23mg/dl. A análise de urina de 24 horas demonstra 1,4g de proteínas identificadas como cadeias leves kapa de imunoglobulinas. Mielograma e biópsia de medula óssea: observado o aumento acentuado de plasmócitos (37% de plasmócitos). Baseado na descrição do caso e nos exames laboratoriais qual o diagnóstico:

- a) Leucemia Mieloide Crônica
- b) Mieloma Múltiplo
- c) Linfoma

d) Policitemia Vera

12) As alterações eletrocardiográficas na hipercalemia, em ordem de aparecimento incluem:

- a) Onda T apiculada (“em tenda”), achatamento da onda, prolongamento do intervalo PR.
- b) Onda T apiculada (“em tenda”), achatamento da onda, supradesnivelamento do segmento ST
- c) Onda T apiculada (“em tenda”), alargamento do intervalo QRS, bloqueio completo ramo esquerdo.
- d) Onda T apiculada (“em tenda”), alargamento do intervalo QRS, bloqueio ramo direito.

13) Na Insuficiência Renal Crônica, o Hiperparatireoidismo Secundário está relacionado a:

- a) Hipocalcemia, hipofosfatemia, aumento do calcitriol e baixos níveis de PTH.
- b) Hipocalcemia, hiperfosfatemia, aumento do calcitriol, altos níveis de PTH.
- c) Hipocalcemia, hiperfosfatemia, diminuição do calcitriol, altos níveis de PTH.
- d) Hipocalcemia, hipofosfatemia, diminuição do calcitriol, altos níveis de PTH.

14) A Síndrome Nefrótica se manifesta por:

- a) Proteinúria, hipoalbuminemia, anasarca, insuficiência renal.
- b) Proteinúria, hipoalbuminemia, anasarca, hiperlipidemia
- c) Proteinúria, hipoalbuminemia, hematúria, hiperlipidemia
- d) Proteinúria, hipoalbuminemia, hematúria, hipertensão arterial.

15) Paciente de 26 anos de idade, do sexo masculino, iniciou quadro de febre e dor de garganta há cerca de 7 dias. Há 3 dias apresenta urina avermelhada. Não fez uso de quaisquer medicações neste período.

Pressão arterial: 110/70 mmHg.



Frequência cardíaca: 85 bpm.

Aparelho respiratório: MV+, sem RA.

Aparelho cardiovascular: RCR, BNF, sem sopros audíveis.

Trato gastrointestinal: flácido, indolor, sem visceromegalias e massas palpáveis.

Membros inferiores: pulso +, sem edema.

Exame de urina I: hematúria com hemácias dismórficas, proteinúria de 0,2 g/L.

Uréia: 32 mg/dL.

Creatinina: 0,7 mg/dL.

Hemograma sem alterações.

O quadro clínico acima é de:

- a) Glomerulonefrite Membranosa
- b) Nefropatia IgA
- c) Glomerulonefrite Membranoprolifiativa
- d) Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva

16) Para diagnóstico sorológico das doenças inflamatórias intestinais é correto afirmar que:

- a) ASCA positivo e p-ANCA negativo indicam o diagnóstico de Colite Ulcerativa com sensibilidade em torno de 50%
- b) ASCA negativo e p-ANCA positivo indicam o diagnóstico de doença de Crohn com sensibilidade em torno de 90%
- c) ASCA negativo e p-ANCA positivo indicam diagnóstico de Colite Indeterminada com sensibilidade em torno de 70%
- d) ASCA positivo e p-ANCA negativo, indicam o diagnóstico de doença de Crohn, com sensibilidade em torno de 70%

17) Qual o mecanismo fisiopatológico está comumente envolvido nas diarreias agudas causadas por E. coli produtora de toxina?

- a) Diarréia do tipo osmótica
- b) Diarréia do tipo secretora

- c) Diarréia por alteração de motilidade
  - d) Diarréia do tipo exsudativa
- 18) Qual alternativa mostra o melhor conjunto de características, que indicariam tratamento de doença de Crohn, iniciando-se com medicação anti-TNF (tratamento top down)?
- a) Paciente masculino com mais de 40 anos, eritema nodoso e usando mesalazina em doses altas
  - b) Paciente feminina, com menos de 40 anos, com fístula perianal e em uso de azatioprina por mais de 6 meses
  - c) Paciente feminina com mais de 40 anos, com uveíte e emagrecimento de mais de 10 kg em 6 meses
  - d) Paciente masculino com menos de 40 anos, estenose de delgado ao abrir o quadro e tabagista
- 19) Qual situação seria a mais provável, das alternativas abaixo, como causadora de sobrecrescimento bacteriano de intestino delgado, e qual teste poderia confirmar esse diagnóstico?
- a) Doença diverticular, teste de tolerância oral à lactulose
  - b) Gastrite crônica, gastrina sérica
  - c) Esclerodermia, teste respiratório de hidrogênio com lactulose
  - d) Colectomia prévia, tomografia computadorizada de abdome
- 20) O diagnóstico da Síndrome do Intestino Irritável deve ser feito por:
- a) Critério clínico chamado critério de Roma III
  - b) Colonoscopia
  - c) Calprotectina fecal
  - d) É um diagnóstico de exclusão, portanto, todos os exames serão normais

- 21) Homem de 60 anos de idade, com história de cirrose hepática associada à infecção pelo vírus da hepatite B e encefalopatia hepática persistente, é admitido em um hospital com ascite tensa, pela terceira vez no último mês. A cada hospitalização, ele foi submetido à paracentese terapêutica, com retirada de 2 a 3 L de líquido ascítico. O paciente é mantido sob dieta hipossódica (2 g/dia) e diureticoterapia com espironolactona 400 mg/dia e furosemida 160 mg/dia. A excreção de sódio urinário em 24 horas foi quantificada em 40 mEq/dia e os níveis séricos de Na e K foram de 125 e 4,2 mEq/L, respectivamente. Assinale a alternativa que contém a conduta mais apropriada para o manejo da ascite neste caso:
- a) Administrar furosemida por via intravenosa
  - b) Realizar paracentese total e adicionar amilorida
  - c) Realizar paracentese parcial com retirada de 5 L e aumentar a dose dos diuréticos
  - d) Realizar paracentese total e repor albumina por via intravenosa
- 22) Qual dos antibióticos abaixo tem maior índice de resistência bacteriana no tratamento inicial preconizado para a erradicação do *H. pylori*?
- a) Claritromicina
  - b) Amoxicilina
  - c) Levofloxacina
  - d) Furazolidona
- 23) Mulher de 42 anos de idade, com antecedente de cirrose hepática secundária a hepatite C crônica, é hospitalizada com dor abdominal e febre há 3 dias. Faz uso regular de propranolol 80 mg/dia, furosemida 40 mg/dia e espironolactona 100 mg/dia. Ao exame, apresenta temperatura axilar 38,5°C e PA: 100x60 mmHg, com ascite moderada e sinais de encefalopatia grau 1. Exames laboratoriais mostraram leucometria: 6.500/mm<sup>3</sup>, plaquetas: 70.000/mm<sup>3</sup>, albumina sérica: 2,4 g/dL, bilirrubina total: 2,8 mg/dL e RNI: 2,4. Assinale a alternativa que contém a conduta mais apropriada para o manejo deste caso:
- a) Iniciar tratamento empírico com ciprofloxacino por via intravenosa e realizar paracentese quando RNI menor do que 1,5
  - b) Administrar vitamina K por via subcutânea e realizar paracentese quando RNI menor do que 2,0

- c) Administrar plasma fresco congelado e realizar paracentese
  - d) Realizar paracentese imediatamente
  - e)
- 24) Paciente do gênero masculino, 35 anos, sem história de comorbidades ou uso de medicamentos, apresenta-se no serviço de emergência com dor e distensão abdominal há 1 semana. Ao exame, são identificados hepatomegalia dolorosa, ascite moderada e edema de membros inferiores. Exames complementares mostram DHL elevado, reticulocitose e hemoglobínúria. Qual das alternativas abaixo contém o diagnóstico mais provável?
- a) Síndrome de Budd-Chiari
  - b) Insuficiência hepática aguda associada ao paracetamol
  - c) Hepatite B aguda
  - d) Hemocromatose
- 25) Mulher, 56 anos, recebeu diagnóstico de infecção crônica pelo vírus da hepatite C (HCV) em investigação posterior à identificação de sorologia positiva em rastreamento em banco de sangue. Antecedente de uso de drogas ilícita intravenosa por 1 ano, aos 18 anos de idade. Encontra-se assintomática e com exame físico normal. Exames complementares mostram ALT variando entre 35 e 50 U/L nos últimos 6 meses, além de carga viral do HCV de 800.000 UI/mL e genotipagem 1a. Assinale a alternativa que contém o principal fator prognóstico neste caso:
- a) Genótipo do HCV
  - b) Carga viral do HCV
  - c) Resultados da biópsia hepática
  - d) Duração da infecção pelo HCV
  - e)
- 26) Mulher de 34 anos, hospitalizada há 72 horas por pielonefrite e em tratamento com Ceftriaxone intravenoso, iniciou há cerca de 24 h quadro de diarreia aquosa, cerca de 15 evacuações/dia, acompanhada de febre (38,5° C) e cólicas no baixo ventre. Hoje relata que observou estrias de sangue e muco nas evacuações. A etiologia mais provável é:

- a) Clostridium difficile
- b) Salmonela
- c) Shigela
- d) S. aureus

27) No caso clínico acima, o exame de eleição no diagnóstico do agente etiológico é:

- a) Pesquisa de antígenos virais nas fezes por ELISA
- b) Pesquisa da toxina A e B nas fezes
- c) Colonoscopia com biópsias
- d) Exame parasitológico de fezes

28) Paciente do sexo feminino, 52 anos, refere hematoquezia, tenesmo e saída de secreção purulenta nas fezes associados à dor abdominal difusa, sintomas iniciados há cerca de seis meses. Sem comorbidades. Refere também dor em articulação de joelhos e ombros. Tabagista 10 anos/maço. Nega etilismo ou uso de medicações. Emagrecimento de 2kg no período. Exames laboratoriais revelam anemia hipocrômica e microcítica discreta. Em relação ao caso acima, qual a principal hipótese diagnóstica e melhor conduta inicial, dentre as opções abaixo?

- a) Colite bacteriana. Solicitar coprocultura.
- b) Colite pseudomembranosa. Solicitar pesquisa de toxinas A e B nas fezes.
- c) Retocolite ulcerativa idiopática. Solicitar colonoscopia.
- d) Câncer colorretal. Solicitar retossigmoidoscopia.

29) Paciente com suspeita de doença de Crohn de intestino delgado vem apresentando quadros de suboclusão intestinal. Qual o exame inicial, dentre os abaixo, é o mais indicado para realizar o diagnóstico?

30)

- a) Enteroscopia
- b) Cápsula endoscópica.
- c) Enterotomografia
- d) Raio X simples de abdome.
- e)

31) Paciente do sexo feminino, 35 anos, refere dor em andar inferior de abdome quase diária, associada à diarreia líquida, cerca de quatro vezes ao dia, sem despertar noturno. Sintomas iniciados há quatro meses. Nega sangramento, emagrecimento ou outras comorbidades. Muito preocupada porque uma amiga teve câncer de intestino. Em relação ao caso acima, qual a principal hipótese diagnóstica e melhor conduta inicial, dentre as opções abaixo?

- a) Doença celíaca. Solicitar anticorpo antiendomíio
- b) Doença celíaca. Solicitar ASCA.
- c) Síndrome do intestino irritável. Solicitar colonoscopia.
- d) Síndrome do intestino irritável. Solicitar exames laboratoriais (sangue e fezes)

32) Paciente 23 anos comparece ao serviço de pronto atendimento com quadro de sangramento anal. Quando arguido o paciente relata que não há dor local, nem dor abdominal, e que o sangue tem aspecto vermelho rutilante, não é em grande quantidade. Não há antecedentes mórbidos. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) Doença hemorroidária
- b) Fistula perianal
- c) Fissura anal
- d) Abscesso perianal

- 33) Paciente é vítima de acidente automobilístico (carro) há 1 hora. Dá entrada no setor de emergência sonolento, com colar cervical, vias aéreas pérvias, ausculta e percussão do tórax normais. Frequência cardíaca (FC) de 110 bpm, pressão arterial (PA) de 120x80 mmHg. Não há sinais de fraturas, o abdome é levemente doloroso. Em relação ao risco de sangramento podemos afirmar:
- a) Paciente está hemodinamicamente estável, risco baixo de sangramento, pois a PA está normal e a FC levemente elevada.
  - b) Paciente hemodinamicamente normal, a pequena elevação de PA deve-se a liberação de catecolaminas e ao estresse, não há risco de sangramento
  - c) A frequência cardíaca é um melhor marcador de sangramento nos pacientes traumatizados, do que a pressão arterial. Este paciente pode estar sangrando.
  - d) Nada se pode afirmar sem exames laboratoriais e de imagem
- 34) Paciente sexo feminino, 47 anos, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito há 18 horas, refratária ao uso de analgésicos parenterais. Palpação abdominal com Sinal de Murphy positivo. O exame de imagem indicado neste caso é:
- a) Tomografia computadorizada de abdome
  - b) Ressonância nuclear magnética de abdome
  - c) Ultrassonografia abdominal
  - d) Cintilografia de vias biliares
- 35) Paciente ictérico dá entrada no setor de emergência com dor abdominal em hipocôndrio direito, febre, alteração do nível de consciência e pressão arterial de 90x50mmHg refratária a infusão de cristalóides. Ultrassonografia de abdome mostra dilatação de vias biliares e a tomografia computadorizada de abdome mostra uma neoplasia em cabeça pancreática. A melhor conduta:

- a) Internação em UTI, drenagem de vias biliares, antibioticoterapia, uso de vasopressor e hidratação adequada
  - b) Colangiopancreatografia retrograda endoscópica (CPRE)
  - c) Gastroduodenopancreatectomia cefálica com reconstrução em Y de Roux alça única
  - d) Colectomia com drenagem das vias biliares com dreno de Kehr.
- 36) Paciente com mordedura de cobra em perna esquerda. Os familiares não trouxeram o animal, nem reconheceram seu gênero, mas relatam que o evento ocorreu há 45 minutos no sítio na Zona da Mata Mineira. O exame do local da picada mostra leve hiperemia e edema, não há sinais de flictenas, bolhas, nem necrose local. A dor é leve. A urina do paciente está de cor escura, turva, amarronzada. O paciente está desperto, lúcido, sem nenhum tipo de déficit motor. O provável gênero da cobra é:
- a) Botropico
  - b) Crotalico
  - c) Laquetico
  - d) Elapidico
- 37) Paciente foi submetido à cirurgia urológica (prostatectomia) e apresentou evolução favorável, sem nenhum tipo de intercorrência, com alta no PO 5. Retorna após 3 dias com dor em panturrilha direita, empastamento local, dor a elevação do membro. Perfusão distal no membro e a temperatura encontram-se adequadas. Qual a principal hipótese diagnóstica e o exame a ser solicitado para confirmá-la:
- a) Trombose venosa profunda / ultrassom doppler de membros inferiores
  - b) Trombose venosa profunda / arteriografia de membros inferiores
  - c) Oclusão arterial aguda / angiotomografia membros inferiores
  - d) Tromboangiíte obliterante / angiotomografia de membros inferiores



38) Paciente com dor abdominal em fossa ilíaca direita. Segundo o próprio paciente a dor iniciou em mesogástrio e evoluiu para fossa ilíaca direita após 4 horas. Está hiporético, mas não há vômitos, diarreia ou febre. O exame do abdome mostra contratura e defesa à palpação em fossa ilíaca direita, além de Blumberg positivo. Em relação à confirmação diagnóstica podemos afirmar:

- a) Ultrassonografia abdominal basta
- b) Caso seja do sexo feminino a tomografia é o melhor método
- c) Além de ultrassonografia (ou tomografia) hemograma completo (com leucometria) é necessário
- d) Nenhum exame é necessário para confirmação

39) Paciente 76 anos com hérnia NyhusIIIa tem como melhores opções cirúrgicas:

- a) Técnica de Lichtheinstein ou herniorrafiavideolaparoscópica
- b) Técnica de Bassini ou Marcy
- c) Qualquer técnica sem tela de prolene
- d) Qualquer técnica cirúrgica que utilize tela de dupla face.

40) Paciente encaminhado pela hematologia com diagnóstico de esferocitose para parecer (avaliação) da cirurgia. A conduta que você vai indicar para tratar esta doença é:

- a) Esplenectomia
- b) Corticoterapia e Plasmaferese
- c) Quimioterapia
- d) Transplante de medula óssea

- 41) Paciente na UTI em pós-operatório de nefrectomia por piodrose e abscesso perirrenal, apresenta os seguintes parâmetros gasométricos: pH=7,26; PaCO<sub>2</sub>= 37; e HCO<sub>3</sub>= 17. O distúrbio gasométrico apresentado é:
- a) Acidose respiratória
  - b) Acidose metabólica
  - c) Acidose refratária
  - d) Acidose mista
- 42) São alterações fisiopatológicas encontradas na síndrome de compartimento abdominal:
- a) Diminuição da frequência cardíaca
  - b) Diminuição da pressão ocluída da art. Pulmonar e da pressão das vias aéreas
  - c) Diminuição da pressão venosa central e da pressão intratorácica
  - d) Diminuição da complacência pulmonar e da capacidade residual funcional
- 43) Observe duas situações distintas: (1) paciente com cisto hepático de 35 cm de diâmetro em lobo esquerdo, apresentando dor abdominal em epigástrio recorrente, limitando atividades diárias; (2) paciente com cisto hepático 35 cm de diâmetro em lobo direito mas sem sintomas no momento. O tratamento adequado respectivamente consiste em:
- a) (1) Destelhamento (“unroofing”) do cisto / (2) tratamento conservador (não operar)
  - b) (1) hepatectomia esquerda / (2) hepatectomia direita
  - c) (1) destelhamento (“unroofing”) do cisto / (2) destelhamento (“unroofing”) do cisto
  - d) (1) destelhamento (“unroofing”) do cisto / (2) punção evacuadora do cisto
- 44) Paciente sexo feminino 35 anos, apresenta nódulo sólido hipocaptante em lobo direito de tireóide. A conduta mais apropriada é:
- a) Tireoidectomia parcial com esvaziamento cervical unilateral
  - b) Tireoidectomia total + radioterapia
  - c) Quimioterapia
  - d) Biópsia através de punção (PAAF) e envio para estudo citológico

- 45) Paciente do sexo masculino, 47 anos apresenta-se com lesão cutânea elevada em dorso. Os bordos são assimétricos, com bordos irregulares e hiperocrômica. Segundo o paciente o crescimento foi rápido. A principal hipótese diagnóstica é:
- a) Melanoma
  - b) Carcinoma basocelular
  - c) Carcinoma espinocelular
  - d) Nevus comum
- 46) Criança de 7 anos é trazida ao ambulatório de cirurgia pediátrica com histórico de sinais flogísticos recorrentes em região cervical anterior. O exame físico encontra um nódulo de mais ou menos 1,7 cm de diâmetro em linha média, de consistência fibroelástica, caudal ao osso hióide. A mãe informa que a lesão “mexe pra cima e pra baixo quando a criança engole”. O diagnóstico mais provável é de:
- a) Cisto branquial
  - b) Cisto tireoglosso
  - c) Higroma cístico
  - d) Adenopatia cervical
- 47) Paciente obesa comparece ao ambulatório de cirurgia bariátrica com desejo de ser submetida à cirurgia para redução de estômago. Seu peso é 126 kg e sua altura é de 1,80 m. pode-se afirmar:
- a) Tem com certeza indicação de cirurgia bariátrica
  - b) Indicação de cirurgia bariátrica somente se apresentar co-morbidezes associadas
  - c) Não tem indicação de cirurgia bariátrica
  - d) Pode ser considerada superobesa
- 48) Síndrome de PruneBelly inclui:
- a) Extrofia de bexiga, cisto de úraco, duplicação ureteral
  - b) Estenose uretral, disfunção neurovesical, criptorquidia
  - c) Valva de uretra posterior, hipospadia, fibrose retroperitoneal
  - d) Deficiência de musculatura da parede abdominal, criptorquidia bilateral, dilatação do trato urogenital

49) Paciente encontra-se em pós-operatório de gastrectomia subtotal por neoplasia de antro gástrico. Apresenta após 18 h da cirurgia dois picos de temperatura de 37,9 graus e 38 graus. Esta hipertermia deve-se:

- a) Síndrome de resposta inflamatória sistêmica
- b) Abscesso intra-abdominal
- c) Atelectasia
- d) Choque pirogênico

50) A respeito de um paciente com morte encefálica podemos afirmar:

- a) Reflexos de deglutição e tosse podem estar presentes
- b) Reflexos medulares podem estar presentes
- c) A presença de midríase fixa diagnostica morte encefálica e o reflexo óculo-vestibular é menos importante que o óculo-cefálico
- d) Alterações na frequência cardíaca durante estimulação dolorosa, não devem ser valorizadas.

51) Paciente de 74 anos interna para submeter-se a esofagectomia subtotal em decorrência de carcinoma epidermóide de esôfago torácico. Durante a anamnese foi relatada uma perda de peso de 8 Kg (paciente tinha peso habitual de 70 Kg) em 2 meses. Marque a alternativa correta:

- a) Nutrir o paciente no pré e pós-operatório
- b) Apenas a nutrição pós-operatória se faz necessária.
- c) Caso se opte por nutrição pré-operatória, esta deve ser realizada por um período mínimo de 7 a 10 dias. É desnecessária a nutrição pós-operatória.
- d) Somente estará indicada nutrição no caso de cirurgia curativa