



1. Paciente de 15 anos de idade, sexo masculino, admitido na emergência com quadro de anorexia, dor periumbilical e depois em fossa ilíaca direita, febre e dor a palpação no quadrante inferior direito do abdômen. Próximo passo a ser tomado para esclarecimento diagnóstico é:
  - a) ultrassonografia de abdômen
  - b) nenhum, já está indicada a cirurgia
  - c) Raio X de abdômen
  - d) tomografia de abdômen
  - e) hemograma
2. Sobre a cirurgia bariátrica em pacientes diabéticos e não diabéticos a principal diferença com relação a técnica cirúrgica é:
  - a) tamanho do Pouch gástrico no paciente não diabético é maior.
  - b) no paciente diabético não se faz a gastroplastia, mas a área de desabsorção intestinal é maior.
  - c) no paciente não diabético se coloca o anel de silicone no Pouch gástrico.
  - d) no paciente diabético a Alça biliopancreática é mais longa.
  - e) não há diferença na técnica.
3. Paciente de 38 anos de idade, sexo masculino, encontra-se na emergência do Pronto-socorro com rotina radiológica de abdômen agudo mostrando sinais de pneumoperitônio. O provável diagnóstico do abdômen agudo é:
  - a) apendicite aguda complicada
  - b) diverticulite perfurada
  - c) salmonelose com perfuração de íleo terminal
  - d) abscesso hepático roto
  - e) úlcera péptica perfurada
4. No processo de cicatrização, o grupo celular predominante na fase de proliferação é:
  - a) Fibroblasto
  - b) Neutrófilos
  - c) Macrófagos
  - d) Miofibroblastos
  - e) Histiócitos
5. Paciente de 17 anos de idade, sexo masculino, foi admitido no pronto atendimento em estado crítico, após acidente com motocicletas. Encontra-se falando claramente; com respiração rápida; Frequência Cardíaca de 118bpm; Pressão arterial de 90 x 50mmhg; Glasgow 13 e várias escoriações no tórax. Após medida iniciais foi observado alargamento de mediastino superior no raio x do tórax. A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:
  - a) perfuração traumática do esôfago
  - b) lesão de traquéia
  - c) rotura do ligamento arterioso
  - d) lesão miocárdica
  - e) lesão de timo
6. Todas as alternativas abaixo são indicações de cirurgia bariátrica, **EXCETO**:
  - a) índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 40kg/m<sup>2</sup> com intratabilidade clínica e dietética.
  - b) apresentar obesidade grau 3 com intratabilidade clínica e dietética.
  - c) apresentar obesidade grau moderada com hipertensão arterial e intratabilidade clínica e dietética.
  - d) apresentar obesidade moderada com distúrbio psiquiátrico e intratabilidade clínica e dietética.
  - e) apresentar IMC maior que 35Kg/m<sup>2</sup> com diabetes tipo 2 e intratabilidade clínica e dietética.
7. Paciente de 43 anos de idade, sexo feminino, atendida no ambulatório com icterícia, colúria e acolia fecal. Os exames laboratoriais que devem ser solicitados de imediato para o bom e rápido esclarecimento dessa síndrome icterícia são:
  - a) testes sorológicos para hepatite
  - b) Bilirrubinas totais e frações. Fosfatase Alcalina e Gama GT
  - c) marcadores tumorais
  - d) proteinograma e transaminases
  - e) hemograma e coagulograma
8. O melhor exame radiológico que serve de triagem nas síndromes icterícias é:
  - a) tomografia de abdômen
  - b) colangioressonância
  - c) ultrassonografia abdominal
  - d) cintilografia de fígado, pâncreas e vias biliares
  - e) colangiopancreatografia retrógrada (CPRE) endoscópica
9. A técnica cirúrgica padrão na maioria dos serviços, para o tratamento de hérnia inguinal livre de tensão é:
  - a) Lichtenstein
  - b) Bassini
  - c) Stoppa
  - d) MacVay
  - e) Shouldice
10. O sinal do "pingo de vela" é um achado intra-operatório patognomônico da patologia:
  - a) salpingite aguda
  - b) câncer de via biliar
  - c) tumor de ovário
  - d) apendicite hiperplástica
  - e) pancreatite aguda

- 11.** Paciente do sexo masculino, no quarto ano de pós-operatório de cirurgia bariátrica do tipo *bypass*, pesava antes da cirurgia 130 kg e atualmente com 80 kg para 1,70 de altura, procura a emergência com quadro de dor abdominal do tipo cólica em andar superior do abdome após as refeições. Após receber sintomáticos, analgésicos e antiespasmódicos, recebeu alta em bom estado geral. No dia seguinte, procurou novamente a emergência com o mesmo quadro. Foi realizado hemograma e rotina de abdome agudo. Hemograma com 13.000 leucócitos e rotina de abdome agudo com distensão de alças de delgado, após ser medicado com os mesmos sintomáticos, o paciente teve melhora do quadro e recebeu alta com orientação de iniciar antibioticoterapia via oral. No dia seguinte a paciente retorna com a dor ainda mais intensa no andar superior do abdome, náuseas e vômitos novamente após a refeição do almoço. Ao exame físico: consciente, orientado, eupneico, afebril, fc:100 bpm. A conduta do plantonista, nesse caso, deve ser:
- a) prescrição de sintomáticos e alta, trata-se de gastroenterite ou intoxicação alimentar.
  - b) solicitar tomografia de abdome e avaliação da cirurgia geral pensando em hérnia interna, e a resolução seria cirúrgica.
  - c) solicitar ultrassom de abdome, pois pode se tratar de apendicite aguda.
  - d) solicitar ultrassom de abdome pois pode se tratar de colangite.
  - e) solicitar endoscopia digestiva alta para descartar úlcera de boca anastomótica.
- 12.** Paciente do sexo masculino, 52 anos, dá entrada na emergência com quadro de dor abdominal e vômitos há 12 horas. Nega hipertensão, diabetes, tabagismo ou etilismo. Os sintomas iniciaram após um final de semana de exageros alimentares. No exame físico, frequência cardíaca de 110, dor de moderada intensidade na palpação do epigastro, irradiando em faixa para as costas, descompressão brusca negativa, Bloomberg negativo e Murphy negativo. Hemograma revela 17.000 leucócitos e 1500 de amilase, 800 de lipase. Sobre a hipótese diagnóstica e a conduta na emergência, nesse caso, é correto afirmar que:
- a) mede-se a gravidade da pancreatite pela presença ou ausência de febre.
  - b) excluindo-se pancreatite alcoólica, a segunda causa mais comum é a idiopática.
  - c) está indicado dieta zero por 7 dias ou até a queda da amilase para níveis normais.
  - d) papilotomia endoscópica está contraindicado na pancreatite aguda grave, pois o risco é mais alto de síndrome da janela posterior.
  - e) é importante distinguir abscesso de necrose infectada, pois esta última é mais grave e exige desbridamento cirúrgico, enquanto o abscesso pode ser tratado percutaneamente.
- 13.** Sobre o papel da ressonância magnética no abdome agudo, é correto afirmar que:
- a) não é o exame de escolha, porém pode ser importante no abdome agudo das grávidas.
  - b) utiliza contraste iodado, por isso, deve-se ter cuidado com a função renal.
  - c) dificilmente esclarece o diagnóstico de patologias biliares.
  - d) mostra-se inferior ao ultrassom na endometriose pélvica.
  - e) deve ser o primeiro exame de imagem a ser solicitado quando a suspeita é pancreatite.
- 14.** Menina de 18 anos dá entrada em hospital de referência em vias biliares com quadro de icterícia, colúria, acolia fecal, febre e dor em hipocôndrio direito, além de melena. Referiu já ter feito transfusão de 2 bolsas de sangue na cidade de origem, onde fez também um ultrassom que demonstrou a presença de coágulos na vesícula e no colédoco. Apresentava coagulograma normal. a paciente foi abordada cirurgicamente e realizada colecistectomia (vesícula cheia de coágulos), coledocotomia, retirada de coágulos do coledoco e coledocostomia a Kher. Sobre este caso, é correto afirmar que:
- a) o dreno de Kher deve permanecer aberto por 30 dias.
  - b) a fonte do sangramento deve ser hemofilia.
  - c) é de suma importância a realização de arteriografia de tronco celíaco.
  - d) o dreno de Kher pode ser retirado no terceiro dia pós operatório caso não haja sangramento pelo Kher.
  - e) a fonte do sangramento deve ser hiperesplenismo.
- 15.** Sobre a colecistopatia após cirurgia bariátrica, é correto afirmar que:
- a) acontece em 50% dos pacientes operados após 2 anos de cirurgia.
  - b) mesmo após o *bypass*, temos fácil abordagem da papila através de endoscopia.
  - c) a modificação da flora intestinal e a alteração do metabolismo dos ácidos biliares contribuem para a mudança na composição da bile.
  - d) em caso de colelitíase, não há necessidade de colecistectomia no mesmo tempo cirúrgico da cirurgia bariátrica.
  - e) todos os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica devem fazer uso de ácido ursólico.

- 16.** Uma família de 4 pessoas foi atendida em um hospital de referência de trauma na cidade de Belém vítima de um capotamento na estrada. A ambulância relata que o acidente ocorreu três horas antes da chegada deles ao hospital. Todos estavam de cinto e nenhum foi ejetado no carro, todos foram encontrados conscientes e orientados e sem sinais de sangramento externo. O motorista apresentava-se com fc:120, pa de 80x40 mmhg, pálido, sudorético e com dor abdominal intensa. Após reposição volêmica, não houve melhora dos parâmetros hemodinâmicos ou da dor abdominal. Foi indicado laparotomia e durante a cirurgia o paciente manteve-se hipotérmico, hipotenso e com acidose. Foi encontrado uma lesão grau IV do baço. O tratamento mais adequado para este caso é:
- empacotamento do baço com compressas.
  - esplenorrafia e cuidados de uti.
  - empacotamento do baço com compressas + peritoneostomia + reabordagem em 48 horas.
  - esplenectomia parcial.
  - esplenectomia total.
- 17.** Entre os casos abaixo, o que caracteriza uma fístula digestiva benigna com alta possibilidade de tratamento clínico conservador é:
- fístula entérica com débito orientado de 600 ml
  - fístula da gastroenteroanastomose pós-bypass com sinais de peritonite
  - fístula de anastomose colorretal baixa com saída de fezes pela ferida operatória
  - fístula de anastomose esofagogástrica cervical com saída de 100 ml de saliva pelo dreno
  - fístula de duodeno pós duodenorrafia por ferimento de arma branca com débito de 1000 ml
- 18.** Paciente masculino, 30 anos, sofre queda de moto sem capacete e em velocidade média. Foi levado pelo samu com colar cervical e prancha longa ao hospital de referência em trauma onde foi atendido aos moldes do atls. A: vap com colar; b: mv presente sem alterações; c: pa 120x80; fc: 80, sem palidez. Abdome flácido, porém, doloroso em hipogastro, referiu também dor à mobilização pélvica; d: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes; e: presença de sangue no meato da uretra. A principal hipótese diagnóstica e o melhor exame para o diagnóstico da lesão é:
- trauma de uretra e uretrocistografia excretora.
  - trauma de próstata e ultrassom de abdome.
  - trauma renal e tomografia.
  - trauma de uretra e videolaparoscopia.
  - trauma de bolsa escrotal, ultrassom de abdome.
- 19.** Sobre a cirurgia videolaparoscópica, marque a alternativa correta:
- o pneumoperitônio deve ser realizado com mistura de gás carbônico e nitrogênio
  - utiliza-se a agulha de trucot para a confecção do pneumoperitônio.
  - nos casos de cirurgia prévia deve-se dar preferência pela técnica aberta de hasson para a primeira punção.
  - a pressão intra abdominal ideal de trabalho para uma colectomia videolaparoscópica é de 20 mmhg .
  - está contra-indicada na gravidez.
- 20.** Paciente de 80 anos, foi operado de urgência com quadro de perfuração gástrica. O achado da laparotomia foi perfuração por tumor gástrico, sendo realizado gastrectomia total + anastomose esofagogástrica e enteroanastomose em y roux com intenção paliativa, pois já havia metástase hepática. foi deixado no intraoperatório uma sonda de dubhoff nasoenteral distalmente à entero-entero para alimentar o paciente precocemente. No segundo dia de pós-operatório, o paciente estava apresentando bom estado geral, deambulando e com eliminação de flatos. Sobre o início do suporte nutricional para este paciente, a melhor dieta é:
- dieta parenteral periférica por 14 dias.
  - dieta parenteral de alta osmolaridade por 7 dias.
  - dieta parenteral de baixa osmolaridade por 7 dias.
  - dieta enteral com fórmula hipercalórica e hiperproteica ofertando 2000 kcalorias e 90 gramas de proteína.
  - dieta enteral com fórmula oligomérica hidrolisada.
- 21.** Paciente de 18 anos de idade, sexo masculino, foi admitido no pronto atendimento de um centro de trauma, vítima de ferimento por arma de fogo. Foi verificado que o ferimento teve entrada no 4º espaço intercostal esquerdo e saída no 3º espaço intercostal esquerdo, linha hemiclavicular, com saída hemitórax direito. O rapaz encontra-se com vias aéreas sem sinais de obstrução; com FC: 122bpm; Bulhas cardíacas hipofonéticas; PA: 90 x 50mmhg; FR: 20ipm; MV diminuído em hemitorax esquerdo e direito. Glasgow 15, mas paciente está muito ansioso. O passo seguinte mais adequado na condução deste caso, sabendo-se que após as medidas iniciais preconizadas pelo ATLS o paciente mantém quadro ao:
- solicitar Tomografia de tórax.
  - esperar 2 a 3 horas para observar débito de drenos torácicos.
  - aumentar o fluxo de Oxigênio sob máscara.
  - intubação sob sequência rápida.
  - solicitar avaliação do cirurgião torácico.

22. A complicação mais frequente de uma Colostomia, é:
- Isquemia
  - Hemorragia
  - Desabamento
  - Obstrução
  - Fasceíte
23. Todas as condições abaixo citadas estão relacionadas com etiologia da colelitíase, **EXCETO**:
- obesidade
  - uso de contraceptivos orais
  - doença hemolítica
  - dislipidemia
  - esteatose hepática
24. Todas as condições abaixo citadas são medidas de prevenção contra o câncer de uma maneira geral, **EXCETO**:
- práticas de atividade física regular
  - dosar principais marcadores tumorais periodicamente
  - uso de simbióticos para controle da disbiose e da permeabilidade intestinal
  - combate o estresse emocional
  - dieta antiglicante.
25. Dentre os exames citados abaixo, o que serve para classificar o megaesôfago é:
- seriografia do esôfago
  - ultrassonografia endoscópica
  - esofagomanometria
  - radiografia do tórax
  - phmetria do esôfago de 24h com duplo canal.
26. São objetivos do tratamento da hepatite C:
- resposta virológica sustentada e erradicação do vírus do organismo.
  - manutenção do vírus em órgãos linfoides, mas com carga viral não detectada.
  - aumento da qualidade, mesmo com impossibilidade de aumento da expectativa de vida.
  - prevenção do carcinoma hepatocelular, mesmo sem erradicação do vírus.
  - estabilizar a progressão de manifestações extrahepáticas, mesmo erradicação do vírus.
27. Em relação às anemias microcíticas e hipocromicas é correto afirmar que:
- a causa mais comum é deficiência de vitamina B12.
  - devem ser tratadas com cianocobalamina.
  - devem ser investigadas com mielograma.
  - os principais diagnósticos diferenciais são anemia ferropriva, talassemia e anemia de doença crônica.
  - os reticulócitos geralmente estão aumentados por se tratar de anemia hiperproliferativa.
28. Sobre osteoporose induzida por glicocorticoides, assinale a alternativa correta.
- Na sua fisiopatologia acomete tanto osso cortical como trabecular, com comprometimento maior do primeiro.
  - O glicocorticoide não interfere nos osteoblastos, agindo mais nos osteoclastos, aumentando a reabsorção óssea.
  - Bisfosfonatos, teriparatida e raloxifeno são as medicações aprovadas para tratamento da osteoporose induzida por glicocorticoide.
  - A perda óssea é bifásica, sendo maior no primeiro ano, seguindo uma perda mais lenta nos anos subsequentes.
  - a reposição de vitamina D é proscrita na osteoporose induzida por glicocorticoides, devido ao seu mecanismo fisiopatológico.
29. Homem, 65 anos, é encaminhado para avaliação devido a glicemias de jejum 110 e 115 mg/dL, HbA1c 6,3%. Já teve IAM e usa rosuvastatina 40mg/dia, AAS 100mg/dia. O LDL está atualmente 72 mg/dL e a TFG (taxa de filtração glomerular) é 73 mL/min. É sedentário e o IMC é 28 kg/m<sup>2</sup>. O maior potencial de redução da chance do paciente evoluir para diabetes é:
- mudança de estilo de vida.
  - iniciar metformina.
  - diminuir a dose de rosuvastatina.
  - iniciar Acarbose.
  - suspender o AAS.
30. Das situações abaixo a que indica necessidade de triar o paciente para hiperaldosteronismo primário é:
- hipertensão arterial sistêmica não controlada com dose plena de 2 medicamentos.
  - hipertensão e hipocalemia na vigência de diurético tiazídico 12,5 mg por dia.
  - hipertensão arterial sistêmica com início entre os 35 e os 50 anos de idade.
  - hipertensão do "avental branco".
  - hipertensão associada à Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono.
31. Mulher, 35 anos de idade, procura pronto atendimento com dor em hemicrânio direito, pulsátil, de forte intensidade, acompanhada de náuseas/vômitos, foto e fonofobia há 6 horas. Refere episódios prévios de cefaleia semelhantes ao atual. Nega uso de medicações contraceptivas. O exame neurológico é normal. Trata-se de:
- cefaleia tensional. Tomografia de crânio é mandatória.
  - enxaqueca. Tomografia de crânio é mandatória.
  - enxaqueca. Não há necessidade de exame de imagem.
  - cefaleia tensional. Não há necessidade de exame de imagem.
  - cefaleia secundária. Tomografia de crânio é mandatória.

32. Senhor de 78 anos dá entrada no pronto-socorro taquidispneico, sendo diagnosticado com pneumonia. A gasometria arterial coletada na admissão demonstra pH de 7,30 (VR 7,36-7,44); pCO<sub>2</sub> 24 mmHg (VR: 35-45); HCO<sub>3</sub>: 10 mEq/L (VR: 22-26) e BE: -6 (VR: -2-+2). Neste caso há acidose:
- a) metabólica e alcalose respiratória.
  - b) respiratória compensada.
  - c) metabólica e acidose respiratória.
  - d) metabólica compensada.
  - e) respiratória e alcalose metabólica.
33. Homem, 30 anos de idade, procura pronto atendimento com queixa de tosse seca, secreção nasal importante e dor na face em peso. Os sintomas se iniciaram há 17 dias, melhoraram por volta do quinto dia e logo depois evoluíram com piora progressivamente. Único achado alterado de exame físico: secreção posterior em orofaringe. As condutas diagnóstica e terapêutica corretas são, respectivamente:
- a) tomografia de seios da face; amoxicilina-clavulanato e sintomáticos.
  - b) radiografia de seios da face; apenas sintomáticos.
  - c) tomografia de seios da face; apenas sintomáticos.
  - d) radiografia da face; amoxicilina-clavulanato e sintomáticos.
  - e) exame clínico já realizado, sem necessidade de exame de imagem; amoxicilina-clavulanato e sintomáticos.
34. Homem, 23 anos, refere dor no quadril e dificuldade para andar há duas horas após crise convulsiva. Antecedentes pessoais: insuficiência renal crônica. Creatinina= 8,9 mg/dL, Ureia= 194 mg/dL, Cálcio= 4 mg/dL, Fosforo= 6,2 mg/dL, Fosfatase alcalina= 27UI/dL PTH= 488 pg/mL. Radiograma de pelve: fratura da cabeça do fêmur direito. O diagnóstico é:
- a) Hiperparatireoidismo primário.
  - b) Osteomalácia por deficiência de vitamina D.
  - c) Osteíte fibrosa por hipocalcemia.
  - d) Osteodistrofia renal.
  - e) Fratura pós-trauma
35. Com relação ao Lupus Eritematoso Sistêmico, assinale a alternativa INCORRETA em relação aos critérios diagnósticos imunológicos:
- a) FAN positivo
  - b) Hipocomplementemia
  - c) Anti- B2 glicoproteína positivo
  - d) Anti-SM positivo
  - e) Coombs direto positivo na presença de anemia hemolítica.
36. Uma jovem de 16 anos de idade portadora de doença de von Willebrand é trazida ao pronto-socorro por sangramento excessivo de um corte na face. Tem histórico de já ter procurado o pronto-socorro em outras cinco oportunidades por quadros semelhantes. Todos os seguintes itens são manifestações comuns de sangramento causado por doença de von Willebrand, **EXCETO**:
- a) Hemartrose espontânea
  - b) Equimoses grandes
  - c) Hemorragia pós-parto
  - d) Menorragia
  - e) Angiodisplasia do intestino delgado
37. O tamponamento pericárdico ocorre quando a pressão intrapericárdica é igual ou superior à pressão atrial direita. Nas condições subagudas e crônicas o sintoma mais comum é dispneia. Os achados típicos no exame clínico incluem taquicardia, pulso paradoxal, turgescência jugular bilateral e taquipneia. Acerca do pulso paradoxal é correto afirmar que:
- a) Pulso paradoxal superior a 8 mmHg em pacientes com grande derrame pericárdico é prognosticador de tamponamento
  - b) Consiste no aumento de mais 10 mmHg da pressão arterial sistólica com a inspiração
  - c) É um dos componentes da tríade de Beck
  - d) Resulta da redução do volume ventricular direito por compressão do ventrículo esquerdo durante a inspiração
  - e) Pode ser observado em pacientes com doença pulmonar obstrutiva grave
38. Você está examinando um novo paciente de 35 anos com hipertensão arterial de controle difícil que foi diagnosticada aos 33 anos. Desde então, vem tomando quantidades crescentes de medicações. Ao exame físico, não parece ansioso. Seu índice de massa corpórea (IMC) é 24 Kg/m<sup>2</sup>. A pressão arterial é de 160/95mmHg e a frequência cardíaca, de 78bpm. O exame cardíaco é inespecífico, sem galopes ou sopros. Tem pulsos periféricos simétricos e normais. Os exames laboratoriais revelam nível de potássio de 2,9 mEq/l, bicarbonato sérico de 30 mEq/l. A glicemia de jejum é normal. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:
- a) Feocromocitoma
  - b) Síndrome de Conn
  - c) Síndrome de Cushing adrenal
  - d) Arterite de células gigantes
  - e) Síndrome de Bartter

- 39.** Em adultos quase um terço dos casos da síndrome nefrótica podem ser atribuídos à nefropatia membranosa. Em 25% dos casos, a doença deve-se a uma causa subjacente, tal como uso de medicamentos ou distúrbio sistêmico (por exemplo, da hepatite B ou C, sífilis, tireoidite ou câncer). Os casos restantes são considerados primários ou de causa desconhecida. A nefropatia membranosa primária e secundária são indistinguíveis clinicamente; ambas são caracterizadas por uma progressão gradual para a síndrome nefrótica ao longo de um período de meses, muitas vezes com função renal preservada e pressão arterial normal. Dentre os exames abaixo, o que é positivo em 70% dos pacientes com nefropatia membranosa primária ou idiopática é:
- a) Nível do inibidor de C1
  - b) Anticorpo antirribossomal P
  - c) Anti-Yo (PCA-1)
  - d) Anticorpos anti-PLA2R
  - e) Anti-Jo-1
- 40.** A necessidade de exames de imagem (tomografia ou ressonância) de encéfalo em pacientes com vertigem no pronto atendimento é mandatária em todas as situações abaixo relacionadas, **EXCETO**:
- a) Vertigem aguda com ataxia de tronco
  - b) Cefaleia occipital com vertigem aguda
  - c) Vertigem isolada de início súbito e persistente
  - d) Vertigem aguda com déficit auditivo e história típica de Ménière
  - e) Vertigem súbita com reflexo vestibulo-ocular (RVO) preservado
- 41.** A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) apresenta uma grande variedade de manifestações clínicas, secundárias ao refluxo do material gástrico refluído para o esôfago ou, nas formas atípicas, pela ação do material refluído para os órgãos adjacentes, ou ainda através da exacerbação dos reflexos mediados pelo vago como, por exemplo, o reflexo esofagobrônquico. Das condições abaixo, a que tem uma associação estabelecida com o refluxo gastroesofágico, é:
- a) Sinusite crônica
  - b) Erosões dentárias
  - c) Fibrose pulmonar
  - d) Pneumonia por aspiração recorrente
  - e) Apneia do sono
- 42.** Uma empresária do setor de modas de 64 anos, previamente saudável, procura o ambulatório de clínica médica com queixa de prurido de 5 meses de duração. Ela queixa-se de fadiga e perda de peso de 3 kg. Refere episódios de dispepsia, mas sem vômitos ou dor, e nega alterações dos hábitos intestinais. Tem antecedente de hipotireoidismo e faz uso regular de 100mcg de tiroxina. Não há história progressiva de diabetes, alcoolismo, tabagismo, transfusões de sangue ou uso de drogas ilícitas. É viúva e teve apenas um parceiro durante sua vida. Ao exame físico apresenta icterícia leve, angiomas aracneiformes no tronco; uma borda hepática nodular é palpável 3 cm abaixo do rebordo costal direito. Sua pressão arterial é 130 x 80 mmHg sem hipotensão postural. A ultrassonografia do abdome superior é sugestiva de hepatopatia crônica. O clínico solicita hemograma, enzimas hepáticas, albumina, tempo de protrombina e um painel metabólico abrangente. O próximo exame mais adequado para o diagnóstico dessa paciente é:
- a) Ferritina sérica
  - b) Anticorpos antimitocondriais (AMA)
  - c) Cobre na urina de 24 horas
  - d) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)
  - e) Sorologia para hepatite B
- 43.** Uma mulher 59 anos, balconista em loja de ferramentas, casada, dois filhos, com história progressiva negativa, atendida no pronto atendimento com história de febre, mal estar intenso, tosse e dor pleurítica do lado esquerdo de 5 dias de duração, A radiografia de tórax (AP e perfil) mostra infiltrado no lobo inferior esquerdo, com derrame pleural associado. Todas as seguintes características do derrame pleural indicam um derrame complicado que pode exigir toracostomia com tubo, **EXCETO**:
- a) Líquido loculado.
  - b) coloração de Gram positiva do líquido pleural.
  - c) recorrência do líquido após toracocentese inicial.
  - d) glicose do líquido pleural inferior a 60mg/dl.
  - e) pH do líquido pleural inferior a 7.0.
- 44.** Dentre os pacientes abaixo, o que apresenta uma manifestação extra-hepática bem aceita da infecção crônica pelo vírus da hepatite é:
- a) um homem de 25 anos de idade com episódio recente de pancreatite.
  - b) uma mulher de 60 anos de idade com artrite deformante das articulações interfalangianas proximais e distais.
  - c) um homem de 55 anos de idade com edema facial, proteinúria e sedimento urinário com cilindros hemáticos.
  - d) um homem de 60 anos com pericardite aguda.
  - e) uma mulher de 49 anos de idade com cefaleia, estado mental alterado e resultados anormais no liquor.

- 45.** Uma secretária de 32 anos de idade com história de síndrome de Sjögren chega ao consultório com queixas de fraqueza difusa e câimbras musculares tem os seguintes achados laboratoriais: sódio sérico, 136 mEq/L; cloreto 112 mEq/L; bicarbonato, 14 mEq/l e potássio 2,9 mEq/L; o exame de urina revela pH de 6.0, sódio de 15 mEq/L, potássio de 10 mEq/L e cloreto de 12 mEq/l. Neste caso, o diagnóstico mais provável é:
- Pseudo-hipoaldosteronismo tipo 1
  - Síndrome de Gitelman
  - Acidose tubular renal tipo I
  - Acidose tubular renal tipo III
  - Acidose tubular renal tipo II
- 46.** São doenças associadas a tirotoxicose com hipertiroidismo:
- hiperplasia tóxica difusa, adenoma hiperfuncionante, struma ovarii.
  - struma ovarii*, tirotoxicose factícia, tireoidite linfocítica subaguda.
  - hipertiroidismo induzido por iodeto, tireoidite linfocítica subaguda, tirotoxicose factícia.
  - tirotoxicose factícia, hipertiroidismo induzido por iodeto, bócio multinodular hiperfuncionante.
  - hiperplasia tóxica difusa, hipertiroidismo induzido por iodeto, tirotoxicose neonatal associada a doença de Graves materna.
- 47.** Um dos aspectos mais observados nos distúrbios mieloproliferativos é a presença de alterações ou mutações associadas a sua patogênese e evolução clínica. Sobre este aspecto, é correto afirmar que:
- genes de fusão bcr-abl leva a ativação da cinase ABL constitutiva e ocorre em 100% das leucemias mieloides crônicas.
  - mutações pontuais na jak2 estão associadas em mais de 95% dos casos de mastocitose sistêmica.
  - alterações pontuais mutacionais do gene c-kit ocorrem em 100% dos casos de policitemia vera.
  - alterações de c-kit e jak2 ocorrem em cerca de 90% dos casos de leucemia mieloide crônica.
  - mutações de jak2 ocorrem em 100% das leucemias de células-tronco com ativação de cinase FGFR1 constitutiva.
- 48.** A doença cardíaca valvar adquirida é uma nosologia importante relacionada a cardiopatias e que está associada como principal fator etiológico:
- Infecção pelo Echovirus.
  - Doença autoimune relacionada ao HCV
  - Hipertrigliceridemia familiar
  - Doença hemolítica grave
  - Cardiopatia reumática
- 49.** Segundo a OMS, dentre os desafios dos próximos anos para a saúde pública mundial, podemos dividir os principais agravos a população mundial em 04 grandes grupos, a saber, as doenças do envelhecimento, violência, doenças relacionadas a pobreza/doenças emergentes e doenças da modernidade. Sobre as doenças infecciosas, os desafios das doenças emergentes representam um importante grupo de agravos a saúde da população, e sobre este aspecto é correto afirmar que:
- fenômenos como o aquecimento global e a globalização têm contribuído para mudanças substanciais no comportamento de doenças transmitidas por artrópodes como febre amarela, que têm se expandido para áreas antes consideradas livres desses agravos.
  - na dinâmica de transmissão da febre amarela, a ocorrência da infecção em macacos é essencial para a manutenção do ciclo viral e conseqüentemente para a infecção em humanos.
  - a ocorrência de reações vacinais pode estar associada a lesões semelhantes a doença ocorrida em natureza e são induzidas eminentemente pela ação viral sem participação do sistema imunológico do hospedeiro.
  - o combate aos vetores do gênero *Haemagogus* são uma das frentes de combate à ocorrência de casos de febre amarela no Brasil e, necessariamente, o mais eficaz até o momento.
  - no Brasil, atualmente, a indicação de vacinação limita-se a regiões onde a doença ocorre de forma endêmica, como na Amazônia.
- 50.** Sobre o melanoma é correto afirmar que:
- níveis III de Clark necessariamente designam o comprometimento da derme papilar sem, no entanto, observar-se expansão desta região específica.
  - o índice mitótico deve ser calculado em todas as lesões de melanoma primário e deve ser feito na área da derme onde se observa o maior número de figuras de mitose até completar uma área de 1 mm<sup>2</sup>.
  - invasão perineural não é avaliada no estadiamento da doença.
  - o infiltrado linfoplasmocitário, quando presente, não interfere na evolução da doença e por isso não deve constar da análise da lesão.
  - estadiamento T4b incluem lesões com menos de 4 mm de espessura e apresentando área de ulceração da lesão.



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2019**

**Grupo G Pré-Requisito: Cirurgia Geral ou Clínica Médica**

Especialidades: Endoscopia

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	