

Processo Seletivo Unificado para ingresso nos Programas de Residência Médica da  
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - 2024

# R1 COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA BÁSICA OU CIRURGIA GERAL OU CLÍNICA MÉDICA

## CADERNO DE QUESTÕES

10/12/2023

DISCIPLINA	QUESTÕES
Conhecimentos sobre Cirurgia Básica ou Cirurgia Geral ou Clínica Médica	01 a 50

**SOMENTE ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO**

**LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES**

**Atenção:** Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

**Só buscar o sentido faz, realmente, sentido.**

1. Quando for autorizado abrir o caderno de questões, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao(a) fiscal de sala.
2. Este caderno é composto por questões de múltipla escolha. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas uma é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro de impressão, notifique o(a) fiscal de sala.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com rasura ou com marcação dupla terá pontuação ZERO.

**PROCESSO SELETIVO**

**QUESTÃO 01**

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 63 anos vem ao pronto atendimento com queixa de dor abdominal súbita, de forte intensidade, em região epigástrica, associada a náuseas e vômitos. Ao exame físico, encontra-se descorada e taquicárdica, com dor à palpação superficial e profunda do abdome. Há presença de timpanismo à percussão de hipocôndrio direito. Apresenta histórico de uso crônico de AINEs devido à lombalgia crônica.

O sinal semiológico descrito no exame físico e o provável diagnóstico sindrômico da paciente são, respectivamente:

- (A) Sinal de Gray-Turner e Abdome agudo inflamatório.
- (B) Sinal de Courvosier e Síndrome neoplásica.
- (C) Sinal de Jobert e Abdome agudo perfurativo.
- (D) Sinal de Kehr e Abdome agudo hemorrágico.

**QUESTÃO 02**

Como a obstrução intestinal, que representa um quadro de abdome agudo, pode ser adequadamente avaliada?

- (A) Através do sinal de Rigler visto à radiografia, que denota abdome agudo complicado.
- (B) Através da endoscopia digestiva alta, que pode diferenciar os casos de abdome agudo obstrutivo alto e abdome agudo obstrutivo baixo.
- (C) Através do exame físico das regiões inguinais, uma vez que a hérnia inguinal estrangulada é causa comum de obstrução baixa.
- (D) Através da radiografia de abdome, que pode demonstrar suboclusão por aderências/bridadas e que normalmente causam obstrução colônica.

**QUESTÃO 03**

Leia o caso clínico a seguir.

Homem, 20 anos, com queixa de dor abdominal vaga, iniciada há 48h em região periumbilical e com posterior migração para a fossa ilíaca direita, procura a unidade de emergência, apresentando vômitos associados, hiporexia, além de leucocitose com desvio a esquerda e PCR aumentado.

Nesse caso, qual deve ser a conduta adotada?

- (A) Indicação imediata de tratamento cirúrgico, não sendo necessário mais nenhum exame complementar.
- (B) Realização de tomografia computadorizada como primeiro exame de imagem em todas as situações.
- (C) Indicação de videolaparoscopia, mesmo se houver um quadro de choque séptico.
- (D) Internação clínica para observação, por se tratar de um caso de dor abdominal inespecífica.

**QUESTÃO 04**

Analise o caso clínico a seguir.

Paciente de 62 anos, apresentando-se na unidade de emergência com quadro de dor epigástrica súbita com irradiação para dorso de início há aproximadamente 3 horas, associado a dor ventilatório-dependente. Realizada TC de abdome, que não apresentou alterações abdominais, porém com achado de derrame pleural à esquerda associado sinais de abscesso local e alterações sugestivas de pneumomediastino.

Qual é a possível hipótese para esse caso?

- (A) Síndrome de Sjögren.
- (B) Síndrome de Boerhaave.
- (C) Síndrome de Hamman.
- (D) Síndrome de Mallory-Weiss.

**QUESTÃO 05**

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 25 anos, dá entrada na unidade de emergência após colisão automobilística. A tomografia de tórax mostra uma lesão aórtica com hematoma mediastinal associado à lesão esplênica com líquido livre na cavidade abdominal. A pressão sistólica caiu para 60 mmHg após a TC.

O próximo passo a ser tomado é

- (A) realizar uma arteriografia.
- (B) corrigir a ruptura traumática da aorta por meio de uma toracotomia.
- (C) realizar uma laparotomia exploradora.
- (D) infundir cristalóide adicional para estabilização clínica, com observação em UTI.

**RASCUNHO**

**QUESTÃO 06**

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 25 anos, obeso, vítima de ferimento por arma branca, foi submetido à laparotomia mediana que evidenciou lesão perfurante em ceco. Realizada sutura, lavagem da cavidade e fechamento da parede abdominal com sutura contínua. Teve boa evolução até o 6º dia de pós-operatório quando, ao levantar-se, apresentou subitamente saída de moderada quantidade de líquido claro, cor salmão (aspecto de água de carne), pela incisão cirúrgica, sem quadro séptico associado.

O provável diagnóstico e a melhor conduta nesse caso são, respectivamente:

- (A) infecção superficial de ferida operatória; abertura de alguns pontos na pele para lavagem da ferida.
- (B) seroma de subcutâneo; abertura de alguns pontos e ordenha da ferida com realização de curativo.
- (C) eventração; manutenção de curativos na ferida e uso de cinta abdominal pós cirúrgica.
- (D) deiscência da sutura do cólon com fístula para a ferida; laparotomia para lavagem da cavidade e confecção de colostomia.

**QUESTÃO 07**

De acordo com a 10ª edição do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), o tromboelastograma é

- (A) um procedimento de acesso à cavidade pleural.
- (B) um procedimento de introdução de líquidos via intravenosa.
- (C) um método de avaliação da coagulação e que direciona a reposição de hemoderivados.
- (D) um hemoderivado utilizado para controle dos casos de hemorragia profusa.

**QUESTÃO 08**

No trauma abdominal fechado, após estabilização inicial do ATLS, a indicação de laparotomia exploradora depende de alguns fatores. É indicação formal de laparotomia exploradora em contexto de trauma abdominal quando:

- (A) há presença de líquido livre ou de sangue na cavidade abdominal, confirmados por ultrassonografia abdominal (FAST).
- (B) há presença de secreção entérica no lavado peritoneal diagnóstico.
- (C) há presença de líquido livre na cavidade visto à tomografia com evidência de lesão hepática.
- (D) há hematoma retroperitoneal em zona 3, mesmo sem líquido livre.

**QUESTÃO 09**

É dever do cirurgião que lida com a anatomia e cirurgia colorretal entender que

- (A) a irrigação do reto é feita totalmente por ramos provenientes da artéria mesentérica inferior.
- (B) a parede posterior da alça exteriorizada na colostomia em dupla boca (Mickulicz) é mantida íntegra.
- (C) a ligadura da veia e da artéria mesentéricas inferiores em sua origem fazem parte da linfadenectomia na retossigmoidectomia.
- (D) a colectomia na urgência, normalmente tem como primeira opção a realização de anastomose primária, evitando maior morbidade futura ao paciente.

**QUESTÃO 10**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente com 41 anos, sexo feminino, foi submetida a colonoscopia devido à história recente de sangramento nas fezes.

O achado de incontáveis pólipos com displasia levou o cirurgião à indicação de colectomia total por ser uma doença que

- (A) apresenta caráter autossômico recessivo associada a manifestações extracolônicas.
- (B) evidencia a presença de 50 ou mais pólipos colorretais adenomatosos característicos na polipose adenomatosa familiar.
- (C) está associada a tumores do sistema esquelético, a chamada de Síndrome de Turcot.
- (D) é hereditária e de caráter autossômico dominante, necessitando de triagem por meio de sigmoidoscopia flexível ou de colonoscopia.

**QUESTÃO 11**

O Megacólon Chagásico é uma patologia cada vez menos comum, mas que ainda apresenta uma prevalência considerável em nosso país, principalmente em regiões endêmicas. Nas obstruções por fecaloma, o tratamento indicado é

- (A) cirurgia em casos de pacientes com obstipação e sorologia positiva.
- (B) internação para verificação da obstrução, com manejo cirúrgico em casos associados a volvo de sigmoide.
- (C) uso de laxativos orais sem necessidade de internação.
- (D) cirurgia de Duhamel.

**QUESTÃO 12**

GIST é o tumor mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal e sua conduta deve ser individualizada, diferindo do adenocarcinoma habitual. O cirurgião que lida com este diagnóstico deve ter em mente que

- (A) no GIST, as metástases linfáticas raramente são encontradas, exceto nos tumores maiores de 5 cm.
- (B) o GIST gástrico deve ser tratado com gastrectomia e linfadenectomia padrão à D2.
- (C) o mesilato de imatinib é usado nos GISTs C-KIT+ que apresentam metástases ou que sejam localmente avançados.
- (D) a topografia mais comum desses tumores é o intestino delgado.

**QUESTÃO 13**

O Câncer Gástrico é um tumor com incidência crescente, e as evidências recentes indicam que

- (A) o tumor gástrico não tem relação com a infecção por *Helicobacter pylori*.
- (B) os tumores precoces de antro gástrico que não apresentam indicação de tratamento endoscópico, devem ser tratados com cirurgia *up-front*, e necessidade de dissecação da cadeia linfonodal 2 na peça cirúrgica.
- (C) os tumores T3N+ necessitam de quimioterapia perioperatória com FLOT-4.
- (D) o câncer gástrico difuso hereditário é uma forma herdada de carcinoma gástrico resultante da mutação do gene da B-caderina.

**QUESTÃO 14**

O Esôfago de Barrett (EB) é uma condição que aumenta o risco de ocorrência de displasias e câncer no esôfago. Nesses casos, pacientes com displasia de alto grau devem

- (A) realizar *screening* com endoscopia digestiva alta a cada 2 anos.
- (B) ser submetidos à terapia ablativa.
- (C) ser submetidos à cirurgia anti-refluxo de rotina.
- (D) passar por procedimento de dissecação submucosa endoscópica (ESD), caso exista invasão até a camada submucosa (Sm3).

**QUESTÃO 15**

A cirurgia bariátrica tem demonstrado ser uma forma de tratamento extremamente eficaz no tratamento da obesidade. São aspectos envolvidos na cirurgia:

- (A) indicação nos pacientes com IMC (índice de massa corporal) igual ou superior a 40kg/m<sup>2</sup> sem comorbidades ou IMC igual ou superior a 35kg/m<sup>2</sup> com comorbidades previamente elegidas.
- (B) indicação de confecção da alça biliopancreática mais curta nos pacientes portadores de diabetes.
- (C) indicação objetivando modificações metabólicas, como por exemplo a diminuição do *GLP-1*, um dos hormônios relacionado à fome.
- (D) indicação de realização da técnica de *ByPass* Gástrico, sendo esta a técnica mais utilizada nos Estados Unidos.

**QUESTÃO 16**

Leia o caso a seguir.

Paciente do sexo masculino, 49 anos, foi submetido há seis dias à gastrectomia parcial devido a ulcera gástrica, pré-pilórica gigante. No intra-operatório foi identificada colelitíase na palpação da vesícula, com realização associada de colecistectomia. No momento sem queixas importantes; porém iniciou drenagem de secreção biliar pelo dreno abdominal. Ao exame: bom estado geral; eupneico; hidratado; abdômen flácido; mínima dor em andar superior; ferida operatória em bom aspecto; e dreno com conteúdo bilioso com débito de aproximadamente 150 ml/24h; FC: 92 bpm; PA: 120 x 72 mmHg. Laboratório: Hb: 12,0g/dL; Leucócitos 12.000; sem desvio; e PCR 29,0 (referência 5,0).

A principal hipótese diagnóstica e a conduta recomendada, nesse caso, são, respectivamente:

- (A) soltura da ligadura do ducto cístico e tratamento conservador.
- (B) fístula de coto duodenal e tratamento conservador.
- (C) fístula de coto duodenal e laparotomia exploradora.
- (D) lesão iatrogênica de via biliar e laparotomia exploradora.

**QUESTÃO 17**

O sangramento gastrointestinal do trato superior é um problema comum e a maioria dos sangramentos são atribuídos à úlcera péptica. Na endoscopia digestiva alta, o achado de vaso visível não sangrante representa, segundo Forest, a classificação

- (A) I A.
- (B) I B.
- (C) II A.
- (D) II B.

**QUESTÃO 18**

A coledocolitíase é uma complicação relativamente frequente da colelitíase e, deve ser tratada por meio

- (A) da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica – CPRE, altamente sensível e específica para o diagnóstico, com eficácia na remoção dos cálculos em aproximadamente 50-60% dos casos.
- (B) da coledocojejunostomia em Y de Roux nos pacientes com múltiplos cálculos e via biliar doente, por oferecer uma boa drenagem da via biliar e fácil acesso endoscópico posterior.
- (C) da derivação bileodigestiva por coledocoduodenostomia, alternativa útil nos pacientes mais idosos, com múltiplos cálculos e via biliar doente, que tem a vantagem de requerer apenas uma única anastomose e permitir avaliação endoscópica futura.
- (D) da colecistectomia para a remoção da vesícula biliar, evitando que o quadro seja sintomático.

**QUESTÃO 19**

Os critérios de Fukuoka abordam os estigmas de alto risco para malignidade e para lesões císticas de pâncreas. São considerados fatores de preocupação:

- (A) lesões de até 3 cm de diâmetro.
- (B) cistos com aumento de 5 mm em 5 anos.
- (C) dilatações do ducto pancreático principal até 5 mm.
- (D) mudanças abruptas do calibre do ducto pancreático com atrofia distal.

**QUESTÃO 20**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, com quadro de abdome agudo dá entrada no pronto socorro apresentando o sinal de Fothergill durante o exame físico.

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Hipertensão portal por cirrose hepática.
- (B) Hematoma do músculo reto abdominal.
- (C) Hematoma intra-abdominal de provável etiologia ginecológica.
- (D) Diverticulite aguda complicada.

**QUESTÃO 21**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, 22 anos, vítima de ferimento por arma de fogo, dá entrada no pronto atendimento com a frequência cardíaca 125bpm, pressão arterial 80/55mmHg, frequência respiratória 32 irpm e Escala de coma de Glasgow 13.

De acordo com a classificação de hemorragia, em qual classe o paciente se encontra e qual é a perda sanguínea estimada?

- (A) Classe III; > 30% da volemia.
- (B) Classe IV; > 40% da volemia.
- (C) Classe II; > 20% da volemia.
- (D) Classe V; > 50% da volemia.

**QUESTÃO 22**

O conhecimento anatômico sobre a parede abdominal é fundamental para o tratamento adequado das hérnias. Em casos de Hérnia femoral, com a aproximação do trato iliopúbico ao ligamento de Cooper, a técnica empregada deve ser

- (A) a técnica de MacVay.
- (B) a técnica de Lichenstein.
- (C) a técnica Stoppa.
- (D) a técnica de Shouldice.

**QUESTÃO 23**

Os critérios de Atlanta são um sistema de classificação usado para avaliar a gravidade da pancreatite aguda. A classificação divide a pancreatite aguda em três categorias: leve, moderadamente grave, grave e crítica. Representa a pancreatite moderadamente grave aquela na qual há

- (A) indícios de falência orgânica persistente que afeta um ou mais sistemas de órgãos.
- (B) presença de disfunção orgânica transitória ou complicações locais sem falência orgânica persistente.
- (C) evidências de necrose pancreática infectada.
- (D) ausência de sinais tomográficos de gravidade em paciente com critérios sistêmicos graves.

**QUESTÃO 24**

A intussuscepção é uma condição médica em que uma parte do intestino se dobra e se desliza para dentro de outra seção do intestino. Em adultos, ela é

- (A) considerada normalmente secundária a uma lesão polipoide, com potencial significativo de malignidade.
- (B) considerada causa comum de intussuscepção no cólon.
- (C) considerada um caso de tratamento clínico, e raramente necessita de cirurgia.
- (D) considerada mais comum do que na população pediátrica.

**QUESTÃO 25**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, tabagista e etilista, 63 anos, apresenta quadro de Síndrome Ictérica progressiva de rápida evolução, associado a perda ponderal.

Nesse caso, a ocorrência de icterícia flutuante associada à hemorragia digestiva alta pode ser indício de

- (A) tumor de Klatskin.
- (B) hepatocarcinoma.
- (C) tumor de papila.
- (D) linfoma de Hodgkin.

**QUESTÃO 26**

Para qual destas situações há indicação CLASSE I de implante de marcapasso definitivo?

- (A) Doença do nó sinusal em pacientes em uso de amiodarona.
- (B) Bloqueio atrioventricular de segundo grau Mobitz I (Wenckebach) durante o sono.
- (C) Síncope recorrente, > 40 anos de idade e documentação de pausa sintomática espontânea maior que 6 segundos.
- (D) Pacientes com miocardiopatia hipertrófica forma obstrutiva, mesmo com gradiente de via de saída de ventrículo esquerdo baixo.

**QUESTÃO 27**

Em pacientes com insuficiência cardíaca, qual é a melhor indicação de terapia de ressincronização cardíaca?

- (A) Bloqueio de ramo esquerdo com duração do QRS maior que 0,15 segundos.
- (B) Fibrilação atrial.
- (C) Falha de tratamento clínico a despeito de terapia médica otimizada em pacientes com QRS estreito.
- (D) Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.

**QUESTÃO 28**

Qual destas associações de anti-hipertensivos é contraindicada por ter apresentado, em estudos clínicos, um aumento de efeitos adversos, sem a redução de desfechos cardiovasculares?

- (A) Inibidores da ECA x bloqueadores dos receptores beta-adrenérgicos.
- (B) Antagonistas de canais de cálcio x diuréticos.
- (C) Diuréticos tiazídicos x espironolactona.
- (D) Inibidores da ECA x bloqueadores dos receptores de angiotensina I.

**QUESTÃO 29**

Qual indicador seria considerado de risco elevado para endocardite em casos de profilaxia antibiótica em pacientes que serão submetidos a procedimentos odontológicos com maior risco de bacteremia?

- (A) Paciente idoso com histórico de endocardite.
- (B) Paciente idoso com estenose mitral degenerativa.
- (C) Paciente idoso com válvula aórtica bicúspide.
- (D) Paciente idoso com miocardiopatia hipertrófica.

**QUESTÃO 30**

Qual destas drogas é classe de indicação classe I para o tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção levemente reduzida (fração de ejeção entre 40 e 50%)?

- (A) Beta-bloqueadores.
- (B) Inibidores da enzima de conversão da angiotensina.
- (C) Inibidores dos receptores da neprilisina (sacubitril/valsartan).
- (D) Diuréticos para alívio da congestão.

**QUESTÃO 31**

Leia o caso a seguir.

Um paciente formador de cálculos renais que tem vários parentes com o mesmo problema apresenta cristais hexagonais no exame de urina.

A provável causa metabólica da formação desses cálculos é

- (A) a cistinúria.
- (B) a hipercalciúria.
- (C) a hipocitratúria.
- (D) a hiperuricosúria.

**QUESTÃO 32**

Um paciente transplantado renal com nefropatia associada ao BK vírus pode melhorar a sua função renal com

- (A) o aumento da imunossupressão.
- (B) a diminuição da imunossupressão.
- (C) a associação de mTOR.
- (D) o uso de ganciglovir.

**QUESTÃO 33**

Qual característica histológica define uma biópsia renal em uma paciente com preeclampsia?

- (A) Crescente celulares.
- (B) Endoteliose glomerular.
- (C) Depósitos subepiteliais.
- (D) Duplo contorno da membrana basal glomerular.

**QUESTÃO 34**

A doença de von Willebrand subtipo 2A se caracteriza por

- (A) aumento da ligação do fator de von Willebrand às plaquetas, levando à plaquetopenia.
- (B) redução da ligação do fator de von Willebrand às plaquetas e ao colágeno, com redução dos níveis séricos de fator de von Willebrand.
- (C) perda da função de ligação do fator de von Willebrand às plaquetas, com uma redução dos multímeros de alto peso molecular mais efetivos.
- (D) redução da ligação do fator de von Willebrand ao fator VIII da coagulação, com redução dos níveis séricos de fator de von Willebrand e do fator VIII.

**QUESTÃO 35**

Leia o caso a seguir.

Paciente de 59 anos de idade, com emagrecimento de 12 kg em 4 meses sem causa aparente, mal-estar, apresentando linfadenopatia generalizada, esplenomegalia de 4 cm abaixo do rebordo costal esquerdo. O hemograma mostrou uma anemia leve, com Hb: 11,0 g/dL, leucócitos levemente aumentados, com 15.000/uL, com linfocitose de 8.000/uL, e plaquetas normais, de 257.000/uL. Foi retirado um gânglio cervical para análise. O anatomopatológico deste gânglio mostrou uma proliferação difusa de linfócitos de pequeno a médio tamanho, com cromatina densa, monomórficos, por todo o gânglio. A imuno-histoquímica mostrou ser CD10 -, CD19 +, CD 20 +, CD5 +, CD23 -, CD200 -, BCL2 +, Ciclina D1 -, SOX11 +.

Este se trata de um caso de

- (A) leucemia linfocítica crônica atípica.
- (B) linfoma de zona marginal.
- (C) linfoma folicular.
- (D) linfoma da zona do manto ciclina D1 negativo.

**QUESTÃO 36**

Nos pacientes com Policitemia Vera utilizando hidroxiureia, 2gr ao dia por mais de três meses, faz parte do critério diagnóstico da intolerância à hidroxiureia estabelecido pelo consórcio LeukemiaNet

- (A) a necessidade de sangrias frequentes.
- (B) a contagem plaquetária abaixo de 100.000/uL.
- (C) a contagem de neutrófilos menor que 1.500/uL.
- (D) a dor esplênica.

**QUESTÃO 37**

Leia o caso a seguir.

Paciente de 54 anos de idade, obesidade moderada, sedentário, tabagista, com quadro de febre de início súbito, queda do estado geral, com tosse, dores de garganta e dores musculares, com dispneia leve. Foi ao serviço de saúde e seu teste de PCR para COVID-19 veio positivo. Realizou tomografia de tórax com 30% de infiltrado intersticial em bases. Decidiu por acompanhamento ambulatorial.

Nesse caso, a conduta recomendada é

- (A) a observação clínica.
- (B) o seguimento seriado com dímeros D.
- (C) o uso de ácido acetil salicílico, 100 mg ao dia.
- (D) a heparinização profilática.

**QUESTÃO 38**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a osteoporose como uma condição em que a densidade mineral óssea é igual ou inferior a 2,5; desvios padrão abaixo do pico de massa óssea encontrada no adulto jovem, resultando em fragilidade e aumento no risco de fratura. Recentemente, o Romosozumabe foi aprovado para uso no Brasil para pacientes com muito alto risco de fraturas. O protocolo clínico de diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde recomenda o fármaco para pacientes com falha a outras medicações e

- (A) do sexo feminino, com mais de 70 anos, com pelo menos duas fraturas prévias.
- (B) do sexo feminino, com mais de 65 anos, com pelo menos uma fratura prévia.
- (C) de ambos os sexos, com mais de 70 anos, com pelo menos duas fraturas prévias.
- (D) de ambos os sexos, com mais de 65 anos, com pelo menos uma fratura prévia.

**QUESTÃO 39**

Para avaliar a ruptura do tendão do supra-espinhal, o médico instrui o paciente para realizar uma flexão e abdução de 30° de membros superiores e uma rotação interna, apontando os polegares para o chão. O examinador impõe uma resistência com ambas as mãos na altura do cotovelo do paciente e pede que o paciente realize uma flexão contra a resistência. Tal manobra é denominada Teste de

- (A) Patte.
- (B) Jobe.
- (C) Gerber.
- (D) Speed.

**QUESTÃO 40**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 72 anos, do sexo feminino, com hipertensão bem controlada com medicações, apresenta perda súbita de força e sensibilidade no hemicorpo esquerdo e é levada à emergência de um hospital, onde realiza uma tomografia computadorizada de crânio, sem alterações, com intervalo de uma hora desde o início dos seus sintomas.

Conforme as boas práticas de tratamento, a equipe deverá contraindicar a trombólise venosa com alteplase caso a paciente tenha

- (A) doença ulcerativa gastrointestinal relatada há um ano.
- (B) distúrbio hemorrágico significativo há 10 meses.
- (C) neoplasia com alto risco de sangramento.
- (D) cirurgia de grande porte ou traumatismo grave há um mês.

**QUESTÃO 41**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 63 anos, do sexo masculino, procura o serviço médico queixando de tremor que dificulta a alimentação, pois piora no momento de aproximar o garfo ou o copo da boca. Conta que está mais lento para caminhar e que cai com facilidade. Relata que esses sintomas tiveram início há mais de seis meses, mas eram bem mais leves. Possui hipertensão arterial controlada, diabetes mellitus, transtorno de depressão, de ansiedade e insônia. Faz uso regular de losartana 50 mg duas vezes ao dia, metformina 850 mg no almoço e jantar e paroxetina 20 mg pela manhã e haloperidol 10 mg à noite. Ao exame, apresenta pressão arterial 122 x 83 mmHg; frequência cardíaca de 89 batimentos por minuto; glicemia capilar de 98 mg/dl. Tem tremor de repouso, com baixa frequência e alta amplitude, piora em membro superior direito; rigidez plástica, com sinal da roda dentada no mesmo membro; caminha com pequenos passos na "postura do esquiador" e tem instabilidade postural. Sem outras alterações no exame geral e neurológico.

Baseando-se na queixa principal do paciente, qual medicação deve ser retirada e substituída no tratamento medicamentoso deste paciente?

- (A) Haloperidol.
- (B) Losartana.
- (C) Metformina.
- (D) Paroxetina.

**QUESTÃO 42**

Em relação à Doença Hepática Esteatótica metabólica, uma quantidade significativa de pacientes evolui para Esteatohepatite, cujo diagnóstico de certeza é histológico. Quais os critérios histológicos que definem o "NAS score", utilizado atualmente?

- (A) Grau de esteatose, balonização hepatocelular e fibrose.
- (B) Atividade inflamatória portal, grau de esteatose e fibrose.
- (C) Grau de esteatose, atividade inflamatória lobular e balonização hepatocelular.
- (D) Fibrose, grau de esteatose e atividade inflamatória de interface.

**QUESTÃO 43**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente masculino, 56 anos, portador de Cirrose de etiologia metabólica, deu entrada no pronto socorro relatando episódio de hematêmese volumosa há cerca de 12 horas, seguido por vários episódios de melena. Trouxe resultado de endoscopia realizada há 3 meses, que mostrava varizes esofágicas de grosso calibre, com múltiplos sinais vermelhos, época em que iniciou uso profilático de propranolol. O paciente encontra-se orientado, lúcido, descorado, levemente icterico, com ascite moderada, PA 90/50 mmHg, FC 110 bpm. Os primeiros exames revelam Hb 8,1 mg/dl e plaquetas 42.000.

Qual é a conduta mais apropriada que deve ser adotada pelo médico da emergência?

- (A) Iniciar reposição de soro fisiológico de forma rápida, e imediatamente solicitar transfusão de concentrado de hemácias e plaquetas.
- (B) Iniciar reposição de volume com soro fisiológico e entrar em contato urgente com a equipe de endoscopia.
- (C) Iniciar tratamento com vasoconstritor esplâncnico e antibioticoterapia profilática, aguardar estabilização hemodinâmica e programar endoscopia nas próximas 12 horas.
- (D) Iniciar transfusão de concentrado de hemácias e aguardar que a HB esteja acima de 10 e plaquetas acima de 60.000, para programar endoscopia.

**QUESTÃO 44**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente feminina, 14 anos, foi internada apresentando história de icterícia há 1 mês e desconforto em hipocôndrio direito. Possui antecedente pessoal de diabetes mellitus tipo 1. Ao exame físico apresentava icterícia ++/4, com hepatomegalia, sem sinais de ascite. Exames laboratoriais: TGO 700, TGP 850, FA 315, gamaGT 400, bilirrubinas totais = 7,0. Anti HCV negativo, HBsAg negativo, anti-HBc negativo, Anti-HBs positivo, anti LKM1 positivo 1/160, FAN negativo, eletroforese de proteínas com elevação de gamaglobulinas. Realizada biópsia hepática, identificando-se infiltrado linfoplasmocitário intenso invadindo a placa limitante do espaço porta (Hepatite de interface), além de septos de fibrose esboçando nódulos de regeneração.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) Colangite esclerosante primária.
- (B) Hepatite autoimune.
- (C) Hepatite B aguda.
- (D) Colangite biliar primária.

**QUESTÃO 45**

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 45 anos de idade foi encaminhada ao serviço de hepatologia por apresentar fadiga intensa, prurido, icterícia e xantelasmas. Refere episódios anteriores de icterícia, além de "escurecimento" da urina (Sic). Apresentava AST/ALT discretamente elevadas, com fosfatase alcalina e gama-GT acima de 10 vezes o limite superior da normalidade, além de aumento de bilirrubina total. Exames laboratoriais:

- anti-HCV negativo;
- HBsAg negativo;
- Anti-HBc IgG positivo e Anti-HBs positivo;
- FAN negativo;
- Anti-mitocôndrias positivo;
- Anti-LKM-1 negativo.

O diagnóstico mais provável é

- (A) Hepatite autoimune.
- (B) Colangite esclerosante primária.
- (C) Hepatite B crônica.
- (D) Colangite biliar primária.

**QUESTÃO 46**

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 30 anos, portador de Retocolite Ulcerativa Idiopática, em uso de prednisona e azatioprina com controle adequado do quadro diarreico, retorna ao ambulatório para consulta de rotina, relatando que tem sentido prurido em mãos e pés. Ao exame físico, nota-se discreta icterícia, sem outras alterações, ausência de lesões cutâneas. Exames laboratoriais: TGO 40, TGP 45, FA 470, GGT 900, BT= 2,5 (I= 0,6/ D= 1,9). Realizada colangiressonância que evidenciou pequenas áreas de dilatação nas vias biliares intra-hepáticas.

Diante deste quadro, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) Colangite esclerosante primária.
- (B) Hepatite medicamentosa secundária à azatioprina.
- (C) Colecistite aguda.
- (D) Esteatohepatite secundária ao corticoide.

**QUESTÃO 47**

Leia o caso clínico a seguir.

Homem, 60 anos, etilista, é internado com dor abdominal e febre. Ao exame físico apresentava-se com abdome globoso, sinal do piparote presente, com sinal de descompressão brusca dolorosa, fígado a 3 cm do rebordo costal direito e Traube maciço. Nos exames laboratoriais, identificou-se: Hb 12, VCM 101, plaquetas 90.000, bilirrubinas totais 4,0 (direta 2,5), RNI 1,7, albumina 3,0. Sorologias virais B e C negativas. Foi realizada paracentese, cuja análise do líquido ascítico revelou: albumina: 0,6 gr/dl; 450 células, com 80% de polimorfonucleares.

A conduta apropriada a seguir é

- (A) indicar laparotomia exploradora.
- (B) iniciar tratamento com ceftriaxona e reposição de albumina.
- (C) realizar paracentese de alívio e reposição de albumina.
- (D) iniciar tratamento com furosemida e reposição de albumina.

**QUESTÃO 48**

Os escores *Child-Pugh* e MELD foram criados com o objetivo de avaliar o prognóstico da cirrose e para pontuar a indicação de transplante hepático. Para isso, os exames utilizados para o cálculo destes são, respectivamente:

- (A) bilirrubinas, albumina, INR, ascite e encefalopatia; creatinina, bilirrubinas e INR.
- (B) AST, ALT, ascite e icterícia; GGT, FA, bilirrubinas e INR.
- (C) creatinina, bilirrubina, albumina e ALT; creatinina, ascite e encefalopatia.
- (D) INR, AST, ALT e bilirrubinas; creatinina, albumina e INR.

**QUESTÃO 49**

Leia o texto a seguir.

O carcinoma hepatocelular é o tumor primário maligno hepático, que acomete especialmente pacientes portadores de cirrose hepática de qualquer etiologia, e pacientes portadores de Hepatite B crônica, independente do grau de fibrose hepática. Na maioria das vezes é assintomático, e por isso muitas vezes é diagnosticado em fase avançada. Porém, se diagnosticado em fases iniciais, possui tratamento curativo. Portanto, a triagem do carcinoma hepatocelular é obrigatória em todos os pacientes com cirrose e/ou Hepatite B crônica.

Como deve ser feita essa triagem?

- (A) Realização de dosagem trimestral de transaminases.
- (B) Realização de dosagem semestral de antígeno carcinoembrionário (CEA).
- (C) Realização semestral de ultrassom de abdome.
- (D) Realização anual de ressonância magnética de abdome.

**QUESTÃO 50**

A síndrome de *Budd-Chiari* agrupa um conjunto de alterações anatômicas e fisiológicas decorrentes da obstrução total ou parcial das veias hepáticas ou do segmento terminal da veia cava inferior, desde sua parte intra-hepática até o átrio direito, sendo a trombose o principal mecanismo responsável pela obstrução. Logo, podemos afirmar que esta síndrome ocasiona hipertensão portal

- (A) pré-hepática.
- (B) pós-sinusoidal.
- (C) sinusoidal.
- (D) pré-sinusoidal.

**RASCUNHO**