



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DA UFPI
- EDITAL 23/2016 -

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE
- MEDICINA VETERINÁRIA -

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA MÉDICA E
CIRÚRGICA DE CÃES E GATOS

DATA: 22/01/2017

HORÁRIO: das 08 às 11 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ☒ Verifique se este CADERNO contém um total de 40 (quarenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ☒ As questões estão assim distribuídas:
 - SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS: 01 a 10**
 - CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL: 11 a 40**
- ☒ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ☒ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica com **tinta preta** ou **azul escrita grossa**.
- ☒ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS

01. O Sistema de Saúde Brasileiro é universal desde a Constituição de 1988, entretanto, um longo percurso foi delineado em relação às Políticas Públicas de Saúde no país desde o início do século XX. Em relação a essa trajetória, marque a opção INCORRETA.
- (A) A Lei Eloy Chaves, em 1923, instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), marcando o início de uma atividade do estado em relação à assistência médica.
 - (B) No governo de Getúlio Vargas, a partir de 1933, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), congregando os trabalhadores por categorias profissionais, constituindo gradativamente um sistema nacional de previdência social sob a gestão do Estado.
 - (C) A Reforma Capanema foi um marco em relação à saúde pública, com a centralização, normatização e uniformização das estruturas estaduais e estabeleceu os estados como os responsáveis pelas atividades relacionadas à saúde.
 - (D) A partir da criação do INPS, foi priorizada a contratação de serviços públicos para a assistência médica e o credenciamento e remuneração pelos serviços eram feitos pelas Unidades de Serviços (US).
 - (E) O Instituto de Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, passou a ter função assistencial na saúde, limitado aos trabalhadores com carteira assinada.
02. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde “deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde” (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a condução regional da política será realizada:
- (A) por meio dos Colegiados de Gestão Regional, instâncias de pactuação permanente, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde.
 - (B) por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).
 - (C) por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, responsáveis pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.
 - (D) por meio dos Conselhos Estaduais de Saúde, órgãos consultivos e deliberativos responsáveis pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.
 - (E) por meio das Conferências Estaduais de Saúde, instâncias intersetoriais e interinstitucionais responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.
03. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Segundo a Lei 8.080, estão corretas as opções, EXCETO:
- (A) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
 - (B) Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País. A saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
 - (C) O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público e pela iniciativa privada.
 - (D) A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde são um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - (E) As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal e com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).
04. A Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta a Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Segundo esta Lei, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes, EXCETO:
- (A) Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - (B) Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS.

- (C) Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças.
(D) Obras de infraestrutura realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde.
(E) Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.
05. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Acerca dos pactos, é CORRETO afirmar:
- (A) O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e são derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelo governo federal a serem executados pelos estados e municípios.
(B) O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos.
(C) O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado de forma a aumentar as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.
(D) O Pacto de Gestão reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.
(E) O Pacto de Gestão reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.
06. A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com vistas à sistematização dessas informações, a Organização Pan-americana de Saúde (2008) recomenda a sua organização em 6 subconjuntos temáticos. Assinale a opção que apresenta subconjuntos.
- (A) Demográficos; Socioeconômicos; Mortalidade; Morbidade e fatores de risco; Recursos; Cobertura.
(B) Demográficos; Morbimortalidade; Demandas e necessidades em saúde; Socioassistencial; Recursos; Cobertura.
(C) Demográficos; Epidemiológico; Morbimortalidade; Tecnologia em saúde; Assistência em saúde; Recursos; Cobertura.
(D) Contingente populacional; Demandas sanitárias; Mortalidade; Morbidade; Tecnologia em Saúde; Recursos; Cobertura.
(E) Demográficos; Socioeconômicos; Epidemiológico; Rede assistencial; Mortalidade; Morbidade e fatores de risco.
07. Leia atentamente a afirmação abaixo e assinale a opção que completa de forma CORRETA a assertiva.
- As ações, no âmbito do SUS possuem critérios de planejamento baseados na racionalização e na formulação de proposições viáveis, com vistas à solução de problemas e ao atendimento de necessidades individuais e coletivas. Dessa forma, _____ é o processo de identificação, descrição e análise dos problemas e das necessidades de saúde de uma população, geralmente o primeiro momento do processo de planejamento e programação de ações (TEIXEIRA, 2010).
- (A) Análise de viabilidade.
(B) Territorialização.
(C) Análise da situação em saúde.
(D) Avaliação dos riscos em saúde.
(E) Condições de saúde da população.
08. A Política Nacional de Atenção Básica (2012) preconiza a universalidade da atenção à saúde no Brasil e, dessa forma, estabelece alguns fundamentos e diretrizes. Assinale a opção que NÃO apresenta uma diretriz da Política Nacional de Atenção Básica.
- (A) Coordenar a integralidade.
(B) Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.
(C) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.
(D) Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita.
(E) Estimular a participação dos usuários.

09. O Sistema Único de Saúde (SUS) consolida o modelo público de atenção integral a saúde no Brasil e é orientado por uma série de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. A sua implementação ocorreu nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação das leis n. 8080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Uma das inovações que ocorreram, a partir da implementação do SUS, foram as comissões intergestores tripartite e bipartite (GIOVANELLA et al, 2012). Assinale a opção que apresenta o ano de criação das Comissões Intergestores Bipartite.
- (A) 1991 (B) 1992 (C) 1993 (D) 1994 (E) 1995
10. O SUS possui princípios e diretrizes que propõem um projeto de cidadania, através da saúde, prevendo e fomentando a controle social nas instâncias de planejamento e execução de suas ações. Foi a partir desse posicionamento que, no ano de 2009, o Ministério da Saúde publicou a portaria que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Assinale a opção que apresenta a portaria que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários na saúde.
- (A) Portaria nº 560, de 19 de março de 2009. (D) Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.
(B) Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. (E) Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009.
(C) Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL

11. Sobre o ambiente cirúrgico, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Devido ao constante perigo de contaminação do paciente cirúrgico, a área cirúrgica deve ser dividida em “limpa”, “mista” e “contaminada”.
- (B) As áreas limpas englobam a sala cirúrgica, áreas de pias de escarificação e salas de suprimentos esterilizados.
- (C) Áreas mistas englobam as salas de preparação anestésica, os vestiários e os consultórios.
- (D) A sala cirúrgica deve ser de *design* simples, de fácil limpeza, com pisos, teto e paredes de superfície lisa.
- (E) Resíduos orgânicos (secreções, sangue) devem ser removidos tão logo se encerre o procedimento cirúrgico.
12. Sobre os tempos fundamentais da técnica cirúrgica, assinale a opção CORRETA.
- (A) Debridamento: utiliza a tesoura ou bisturi para eliminar bridas (aderências). Bridas são tecidos neoformados, resultantes da cicatrização ou circundando tumores, que dificultam a extirpação e é um tipo de diérese incruenta.
- (B) Divulsão: técnica que afasta o tecido sem secção. Pode ser manual ou instrumental é uma diérese cruenta.
- (C) Quanto aos tipos de hemostasia, a compressão digital ou instrumental classifica-se em hemostasia preventiva.
- (D) Quanto aos tipos de hemostasia, a faixa de Esmarch classifica-se em hemostasia temporária.
- (E) A síntese é o conjunto de manobras manuais e instrumentais que visam evitar, prevenir ou deter a hemorragia.
13. Entre as condições para estabelecer uma boa cicatrização, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Antissepsia e assepsia.
- (B) Ausência de corpo estranho e tecido morto.
- (C) Escolha correta dos instrumentais e materiais de sutura.
- (D) Posição anatômica correta.
- (E) Tração intensa dos nós.
14. Acerca da reação tecidual ao fio de sutura, a sequência CORRETA que expressa, em ordem crescente, a reatividade do fio é:
- (A) Polidioxanona, poliéster, náilon e seda.
- (B) Náilon, poligalactina, poliéster e catégute simples.
- (C) Náilon, poliéster, catégute simples e catégute cromado.
- (D) Catégute simples, catégute cromado, seda e algodão.
- (E) Náilon, poliéster, catégute cromado e aço inoxidável.

15. O padrão de sutura mais apropriado para a anastomose termino-terminal do intestino delgado em cães, por minimizar o aparecimento de estenose, é:

- (A) Cushing.
- (B) Lambert.
- (C) Parker-ker.
- (D) Wolff.
- (E) Interrompida simples.

16. A presença de corpos estranhos alojados no esôfago é comum em cães e gatos. Os mais encontrados são ossos. Entretanto, podem aparecer brinquedos, anzóis, barbantes e, nos gatos, bolas de pelos. Associados ao relato do proprietário de um animal que ingeriu um corpo estranho ao exame físico, poderão ser observados disfagia, salivação excessiva, engasgo, esforço para vômito e abaulamento do esôfago. As técnicas para retirada de corpo estranho do esôfago podem envolver, de acordo com o quadro:

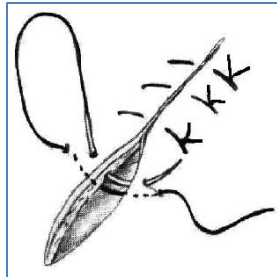
- (A) Somente esofagostomia, para retirada pelo esôfago.
- (B) Somente gastrotomia, para retirada pelo estômago.
- (C) Esofagogoscopia, para retirada pela boca; gastrotomia, para retirada pelo estômago; e esofagostomia, para retirada pelo esôfago.
- (D) Localização do objeto e retirada através de retoscopia.
- (E) Localização do objeto e retirada através de perfuração esofágica.

17. No que se refere à esterilização, assinale a opção CORRETA.

- (A) Na esterilização pelo calor úmido, utiliza-se a estufa.
- (B) É na autoclave que se esteriliza, utilizando o calor seco.
- (C) Dentre os métodos físicos, utiliza-se o Glutaraldeído.
- (D) No método químico, a substância líquida de escolha é o cobalto 60.
- (E) Quando se utiliza um produto químico esterilizante, deve-se observar o pH do mesmo.

18. De acordo com a figura abaixo, assinale o padrão de sutura correspondente:

- (A) Wolf
- (B) Reverdin
- (C) Simples separado
- (D) Donatti
- (E) Mayo



19. O nome correto deste instrumento cirúrgico é:

- (A) Pinça de Crile
- (B) Pinça anatômica dente de rato
- (C) Pinça de Halsted
- (D) Pinça de Kelly
- (E) Pinça de Kocher



20. Sobre a nomenclatura ou terminologia cirúrgica, assinale a correlação CORRETA.

- (A) Pexia = união, sutura
- (B) Ectomia = incisão, corte secção
- (C) Clasia = fratura
- (D) Stomia = ablação, exérese, retirada, extirpação
- (E) Dese = fixação

21. Um cão fila brasileiro foi encaminhado ao hospital veterinário deambulando com dificuldade e dispneico. Ao exame clínico, verificou-se distensão abdominal cranial do lado esquerdo, com som timpânico à percussão, hipotenso, pulso fraco, palidez de mucosa acentuada com TPC maior que 2 segundos, reflexo pupilar à luz lento e reflexos óculo-cefálicos normais. Apresentava-se em depressão, mas responsivo ao meio, taquicárdico e temperatura corporal de 36,5°C. Baseado no sistema de triagem de Manchester e na escala de Glasgow, avalie as alternativas abaixo:

Alternativas	Prioridade Manchester	Prognóstico de Glasgow
I	vermelho	Reservado
II	laranja	Bom
III	amarelo	Grave
IV	verde	Reservado
V	azul	Grave
VI	vermelho	Bom
VII	laranja	Reservado
VIII	amarelo	Grave
IX	verde	Bom
X	azul	Reservado

Marque a opção que contém a alternativa CORRETA, conforme o enunciado abaixo:

Quanto ao sistema de triagem de Manchester, esse paciente tem prioridade _____ e quanto ao prognóstico Glasgow ele é _____.

- (A) I ou II
 (B) III ou IV
 (C) V ou VI
 (D) VII ou VIII
 (E) IX ou X
22. Um gato SRD foi levado ao pronto atendimento do hospital veterinário em estado de choque. O residente ao examiná-lo verificou que o mesmo apresentava mucosas pálidas; pele fria; temperatura retal ausente; estava anúrico e sem consciência. Diante dos achados, a recomendação do residente foi proceder à eutanásia. Mediante o quadro apresentado, você concorda com a recomendação do residente? Por quê? Marque a opção CORRETA.
- (A) Não, o animal encontrava-se no estágio de compensação do choque.
 (B) Sim, o animal encontrava-se no estágio progressivo do choque.
 (C) Não, embora o animal se encontrasse no estágio progressivo do choque, uma ressuscitação volêmica o tirá-lo-ia do quadro de choque.
 (D) Sim, animal encontrava-se no estágio irreversível do choque.
 (E) Não, embora o animal se encontrasse no estágio irreversível do choque, uma ressuscitação volêmica o tirá-lo-ia do quadro de choque.
23. Um canino, SRD, macho, seis meses de idade e massa corporal de 8kg, foi atendido no HVU com histórico de suspeita de hermafroditismo e presença de um orifício, logo abaixo do ânus, pelo qual urinava. O tutor também relatou incontinência urinária, hematúria e odor forte na urina e interesse sexual diante de fêmeas da mesma espécie. No exame físico, observou-se o meato uretral localizado ventralmente ao ânus, além de severas alterações no prepúcio, pênis e escroto. O pênis apresentava-se subdesenvolvido e com desvio ventral, o prepúcio estava ventralmente incompleto e o escroto dividido. O cão foi submetido a exames de triagem, tais como: hemograma completo, urinálise, ultrassonografia abdominal e uretrocistografia. O hemograma apresentou discreta leucocitose (leucócitos totais = 21.200/ μ L), mantendo-se os demais parâmetros de acordo com os valores de referência para a espécie. A urinálise evidenciou infecção do trato urinário inferior, pela presença de acentuado número de leucócitos (5-20/campo) e bactérias (2+) visualizados no exame do sedimento. Na ultrassonografia, observaram-se testículos ectópicos no subcutâneo e ausência de alterações nos demais órgãos abdominais inspecionados. Além disso, por meio desse exame, não foi visualizado tecido ovariano e, como o paciente não apresentava sinais clínicos (ambiguidade genital, características heterossexuais) compatíveis com a patologia de que a proprietária suspeitava, descartou-se a possibilidade de se tratar de um caso de hermafroditismo. A uretrocistografia retrógrada, com contraste positivo, confirmou a ausência de uretra peniana cranialmente ao seu meato próximo ao orifício anal. Diante das alterações observadas no exame clínico e dos resultados dos exames complementares, analise a tabela a seguir.

INDAGAÇÃO	RESPOSTAS
Suspeita diagnóstica?	I) Fístula reto-uretral
	II) Síndrome de Fanconi
	III) Uretra ectópica
	IV) Hipospádia perineal
	V) Renomegalia
Tratamento apropriado?	1) Amputação peniana e prepucial total, e orquiectomia
	2) Amputação peniana e prepucial total, e uretrostomia
	3) Amputação peniana e prepucial parcial
	4) Orquiectomia e uretrostomia
	5) Uretrostomia

Verificando as respostas das indagações, o possível diagnóstico e o tratamento apropriado para resolução do quadro clínico são respectivamente:

- (A) I; 5 (B) II; 4 (C) III; 2 (D) IV; 1 (E) V; 3

24. A hérnia umbilical geralmente é congênita e caracteriza-se por uma pequena saculação na cicatriz umbilical. Analise as afirmativas abaixo:

- I. O omento maior é o órgão que se encontra com maior frequência e os intestinos aparecem em segundo lugar;
- II. O anel herniário, apesar de pequeno, não tem perigo de encarcerar estruturas abdominais provocando dor e isquemia dos órgãos;
- III. O diagnóstico é clínico e o prognóstico é bom nas hérnias irreduzíveis;
- IV. Pouco brilho, coloração esbranquiçada, ausência de peristaltismo intestinal, indicam a necessidade de ressecção da parte desvitalizada do órgão.

Estão CORRETAS somente as afirmativas:

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

25. Foi encaminhado ao serviço veterinário, um felino, cor branca, dois anos, sem raça definida, com histórico de ter retornado para casa com o olho esquerdo fechado, lacrimejando excessivamente e com muita dor. Ao exame clínico, foi usado colírio anestésico de cloridrato de proximetacaína 0,5% para maior conforto do animal e constatou-se ferida corneana perfurante, que se direcionava de 11 às 6 horas. A lesão apresentava material coagulado (humor aquoso), a íris mostrava-se íntegra e não estava deslocada. Baseado nas informações acima, analise as afirmativas abaixo:

- I. Nas lacerações corneanas, o paciente sempre tem blefaroespasma grave, produção de lágrimas aumentada, edema de córnea e prolapso de material coagulado no ferimento;
- II. Em algumas situações de lesões corneais, o tratamento clínico não é suficiente, havendo a necessidade de condutas cirúrgicas reconstrutivas, como tarsorrafias, recobrimento com a terceira pálpebra ou com a conjuntiva autógena, enxertos pediculados de conjuntiva, transplante de córnea, transposições corneoconjuntivais e corneoesclerais;
- III. O material de sutura apropriado para lacerações corneanas incluem poliglactina 910 7-0 a 9-0;
- IV. O náilon é mais fácil de manejar, no entanto, é mais reativo à córnea, na maioria dos casos.

Estão CORRETAS somente as afirmativas:

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

26. Foi atendido um canino da raça Pastor Alemão, com sete anos de idade, macho, pesando 35kg, o qual apresentava um aumento de volume na região mandibular ventral, de consistência macia de aproximadamente 10cm de diâmetro. Segundo o proprietário, havia uma evolução de um mês e não relatou trauma. Procedeu-se à punção dessa massa para análise citológica que evidenciou conteúdo salivar. O paciente foi encaminhado para cirurgia, onde foi evidenciada a presença de uma estrutura mineralizada no ducto da glândula mandibular direita. Baseando-se nos dados relatados, analise as afirmativas a seguir:

- I. As sialoceles, também denominadas mucocèles ou rânulas, são originadas por rupturas dos ductos salivares, seja por traumatismo, presença de cálculos ou causas desconhecidas;
- II. Os sialólitos são estruturas mineralizadas que podem formar-se dentro do tecido glandular ou em seus ductos, sendo bastante comuns em cães e gatos. Existem evidências de que estes se formam devido à deposição de sais minerais no interior das glândulas associado com muco, bactérias e células epiteliais descamadas, além do pH alcalino da saliva nestas espécies também possa predispor a esta doença;

- III. O tratamento de eleição neste caso consiste na remoção do ducto da glândula afetada;
 IV. Ao fazer a sialoadenectomia, a cápsula da glândula deve ser preservada, evitando extravasamento de saliva.

Estão CORRETAS somente as afirmativas:

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

27. Foi atendida uma gata sem raça definida, de dois anos de idade, pesando 4kg, apresentando claudicação aguda e dor na região do joelho do membro direito. Foi relatado que o animal havia sumido de casa havia dois dias. Ao exame físico, o paciente apresentava apoio intermitente do membro em questão, aumento de volume e desconforto à palpação do joelho. Para avaliação da articulação, foi realizada sedação com propofol (4mg /kg, IV), e se constatou movimento de gaveta cranial em extensão e teste de compressão tibial positivos. Após a realização de exames pré-operatórios, o animal foi encaminhado para correção cirúrgica. Com base nos dados acima, o diagnóstico e o tratamento cirúrgico, são:

	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
(A)	Luxação de patela	Aprofundamento da fossa trocantérica
(B)	Ruptura do ligamento Cruzado Cranial	Retalho pediculado de fáschia lata
(C)	Ruptura do ligamento cruzado caudal	Sutura fabelo-tibial lateral
(D)	Fratura meniscal	Meniscectomia
(E)	Desvio do platô tibial	Transposição do platô tibial

28. Com base na questão anterior, analise as afirmativas abaixo:

- I. A afecção em gatos ocorre frequentemente tanto quanto nos cães e geralmente está acompanhada por lesões multiligamentares ou ósseas;
- II. A etiologia da afecção, no gato, é dividida em dois grupos distintos: o associado ao traumatismo devido a quedas, saltos ou atividade atlética e o associado a gatos pesados, com mínimo ou nenhum traumatismo, ocorrendo, em especial naqueles animais jovens e com excesso de peso, os chamados "gatos indoor";
- III. Por apresentarem porte atlético e peso leve, o tratamento conservador em gatos tem sido sugerido no caso apresentado. No entanto, devido a alterações articulares degenerativas secundárias, a estabilização cirúrgica é hoje o tratamento de escolha com resultados favoráveis em um retorno mais rápido à função do membro;
- IV. As técnicas cirúrgicas para a correção da afecção podem ser divididas em técnicas extra-articulares, intra-articulares, e osteotomias corretivas, em que os métodos extra-articulares envolvem o uso de sutura não absorvível de grosso calibre aplicada ao redor da fabela até a crista da tibia, restaurando a estabilidade articular externamente à articulação.

Estão CORRETAS somente as afirmativas:

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

29. Um gato, macho, 3kg de massa corporal, não castrado, sem raça definida, de três anos de idade, sem histórico de trauma, foi encaminhado ao Veterinário, com história de prolapso de reto recorrente. O proprietário relatou que o quadro havia se repetido há 3 semanas e o animal foi encaminhado para consulta veterinária, onde o reto foi reposicionado e o gato foi tratado com antiparasitários. Relatou ainda que o felino apresentava hematúria e disúria há um mês e negou a presença de diarreia. O felino não apresentava contactantes, era vacinado e alimentava-se de ração seca. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, mucosas rosadas, temperatura de 38,6°C e normohidratado. Após exame clínico, introduziu-se uma sonda lubrificada entre a massa prolapsada e o ânus e não houve progressão da sonda, confirmando tratar-se de prolapso de reto. Baseado nessas informações, analise as afirmativas abaixo:

- I. O prolapso retal, no animal do relato, deu-se em decorrência da cistite, os quais levam ao um quadro de tenesmo vesical, hematúria e disúria;
- II. O teste com a sonda lubrificada, entre a massa prolapsada e o ânus serviu para identificar presença de fístulas;
- III. Por tratar-se de caso recidivante, o tratamento cirúrgico indicado seria a colopexia;
- IV. O prognóstico do prolapso retal é bom, dependente da técnica cirúrgica utilizada.

Estão CORRETAS somente as afirmativas:

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

30. Foi atendida uma cadela, com seis meses de idade, atropelada havia 12 horas que apresentava dispneia grave e sangramento na cavidade oral. Ao exame físico, foram verificadas mucosas hipocoradas, hipotermia e leve dor à palpação abdominal e torácica, escore de coma de Glasgow (GCS) > 14. Foi estabilizada através de oxigenioterapia (por colocação de sonda nasal, com fluxo direto de oxigênio a um litro por minuto) e analgesia (morfina, 0,5mg/kg, por via subcutânea). Realizou-se, em seguida, exame radiográfico de tórax, nas posições laterolateral direito e dorsoventral, que evidenciou opacificação homogênea da região periférica, com visibilização de fissuras interlobares bilateralmente, compatível com efusão pleural, além de opacificação de padrão alveolar. Com base nas informações acima, a suspeita diagnóstica é:

- (A) Ruptura traqueobrônquica. (D) Ruptura de esôfago torácico.
 (B) Contusão pulmonar. (E) Trauma cardíaco.
 (C) Pneumomediastino.

31. Um cão, labrador, fêmea, Hanna, castrada, seis anos de idade, 45,3Kg, deu entrada no hospital veterinário universitário sob queixa de queda acentuada dos pelos e escurecimento da pele, com seis meses de curso clínico. O proprietário referiu que o quadro clínico se iniciou sem evidência de coceira, com falhas no pelo na região ventral, evoluindo rapidamente para membros posteriores, cauda e região cervical (Figura 1). Ao exame clínico, o paciente apresentava-se desidratado (08%), obeso, bulhas cardíacas abafadas à ausculta, alopecia bilateral simétrica em região ventral e caudal de membros pélvicos e da cauda, hipotricose em região torácica e hiperpigmentação difusa nas áreas afetadas. Foram realizados exames complementares (resultados abaixo).



Figura 1: Paciente canino fêmea sob queixa de queda de pêlo acentuada. A: Região torácica ventral. Evidência de hipotricose, hiperpigmentação e liquenificação axilar. B: Região caudal dos membros pélvicos. Alopecia simétrica bilateral e hiperpigmentação cutânea. C: Região dorsal da cauda. Evidente alopecia e hiperpigmentação cutânea.

HEMATIMETRIA		
	Valor encontrado	Referência
Hemácias ($\times 10^6/\mu\text{L}$)	4,060	5,5 – 8,5
Hemoglobina (g/dL)	8,4	12 – 18
Hematócrito (%)	26	37 – 55
VGM (fL)	65	60 – 77
CHGM (g/dL)	32	32 – 36
Proteínas plasmáticas (g/dL)	6,6	5,5 – 8,0
Plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	165	200 – 500

LEUCOMETRIA

	Valor encontrado	Referência
Leucócitos totais (cél/ μ L)	9.500	6.000 – 17.000
	Absoluto (μ L)	Absoluto (μ L)
Segmentados	3,610	3.000 – 11.500
Linfócitos	5,130	1.000 – 4.800
Eosinófilos	475	100 – 1.250
Monócitos	285	150 – 1.350

BIOQUÍMICA SÉRICA

	Valor encontrado	Referência
Ureia (mg/dL)	74,1	21,4 – 59,9
Creatinina (mg/dL)	1,7	0,5 – 1,5
ALT (U/L)	84,3	21,0 – 73,0
Fosfatase alcalina (U/L)	52,6	<180
GGT (U/L)	7,5	0 - 10
Proteína total sérica (g/dL)	5,44	5,4 – 7,1
Albumina (g/dL)	3,7	2,6 – 3,3
Globulina (g/dL)	1,7	2,7 – 4,4
Colesterol (mg/dL)	245,9	135 - 270
Triglicérides (mg/dL)	124,94	20 - 150

SWAB CUTÂNEO

Presença de leveduras do gênero *Malassezia* spp (cinco por campo) e células epiteliais ceratinizadas (20 por campo).

PERFIL TIREOIDEANO

	Valor encontrado	Referência
Tiroxina total (μ g/dL)	0,04	1,5 – 3,8
Tiroxina livre (ng/dL)	0,07	0,7 – 2,6
Triiodotironina (ng/mL)	0,26	0,6 – 2,0
TSH (ng/mL)	3,45	0,1 – 0,5



Figura 2. Eletrocardiografia de um cão fêmea, seis anos de idade, sob queixa de queda acentuada do pelo e escurecimento da pele. Em destaque pontilhado e reproduzido separadamente abaixo, a derivação 2 (D2) para análise. N 25mm/s. 73bpm

Com base nas características clínicas e resultados de exames complementares, assinale a opção CORRETA quanto à interpretação diagnóstica do presente caso.

- (A) Diagnóstico: Alopecia endócrina decorrente de hipoparatiroidismo, acompanhada de anemia normocítica normocrômica, trombocitopenia discreta, azotemia, discreta lesão hepatocelular sem colestase, eletrocardiografia evidenciando ritmo sinusal e complexos QRS de baixa amplitude, ambos provavelmente decorrentes da endocrinopatia primária.
- (B) Diagnóstico: Alopecia por malasseziase, acompanhada de hipotireoidismo, anemia normocítica normocrômica, trombocitopenia discreta, azotemia, discreta lesão hepatocelular com colestase, eletrocardiografia evidenciando arritmia provavelmente decorrentes de cardiopatia primária.
- (C) Diagnóstico: Alopecia por malasseziase, acompanhada de hipotireoidismo anemia normocítica normocrômica, trombocitopenia discreta, azotemia, discreta lesão hepatocelular com colestase, eletrocardiografia evidenciando ritmo sinusal e complexos QRS de baixa amplitude, ambos provavelmente decorrentes da endocrinopatia primária.
- (D) Diagnóstico: Alopecia endócrina decorrente de hipotireoidismo, acompanhada de anemia normocítica normocrômica, trombocitopenia discreta, azotemia, discreta lesão hepatocelular sem colestase, eletrocardiografia evidenciando ritmo sinusal e complexos QRS de baixa amplitude, ambos provavelmente decorrentes da endocrinopatia primária.
- (E) Diagnóstico: Alopecia endócrina decorrente de hiperestrogenismo, acompanhada de anemia normocítica normocrômica, trombocitopenia discreta, azotemia, discreta lesão hepatocelular com colestase, eletrocardiografia evidenciando arritmia provavelmente decorrentes de cardiopatia primária.

32. Paciente canino, fêmea, raça Pit Bull, seis anos, 28kg, deu entrada no Hospital Veterinário Universitário sob queixa de micção dolorosa, com presença de sangue. No histórico, refere comportamento compatível com apatia, hiporexia, estrangúria, disúria e polaciúria, com curso clínico de três semanas. No exame clínico identificou-se temperatura de 39,5°C, sensibilidade abdominal hipogástrica e pélvica, taquipneia e mucosas ocular e oral hipocoradas. Coletou-se sangue para avaliação hematológica e bioquímica, urina por cistocentese e solicitou-se avaliação ultrassonográfica abdominal e pélvica, radiográfica simples da região torácica e urografia excretora. Os exames complementares revelaram:

HEMATIMETRIA		
	Valor encontrado	Referência
Hemácias (x10 ⁶ /μL)	5,34	5,5 – 8,5
Hemoglobina (g/dL)	12,0	12 – 18
Hematócrito (%)	33	37 – 55
VGM (fL)	80	60 – 77
CHGM (g/dL)	30,3	32 – 36
RDW (%)	18,7	16 – 24
Plaquetas (x10 ³ /μL)	565	200 – 500

LEUCOMETRIA				
	Valor encontrado		Referência	
Leucócitos totais (cél/ μL)	20.500		6.000 – 17.000	
	Relativo (%)	Absoluto (/ μ L)	Relativo (%)	Absoluto (/ μ L)
Mielócitos	0	0	0	0
Metamielócitos	0	0	0	0
Bastonetes	0	0	0 - 3	0 - 300
Segmentados	65	13.325	60 - 77	3.000 – 11.500
Linfócitos	25	5.125	12 - 30	1.000 – 4.800
Eosinófilos	4	820	2 – 10	100 – 1.250
Monócitos	6	1.230	3 – 10	150 – 1.350
Basófilos	0	0	Raro	Raro

Obs: Presença de anisocitose e policromasia

URINÁLISE	
Exame físico	Exame químico
Coleta: cistocentese	Albumina: 500mg/dL
Volume: 30mL	Glicose: Negativo
Cor: Castanho escuro	Corpos cetônicos: Negativo
Aspecto: Sanguinolento	Bilirrubina: Positivo (+)
Odor: Férreo	Urobilinogênio: Negativo
Densidade: 1.020	Sangue oculto: Positivo (++++)
	Nitrito: Negativo
	pH: 6,5

SEDIMENTOSCOPIA URINÁRIA

Células epiteliais	Descamativas e transicionais
Hemácias por campo	Intensa
Leucócitos por campo	Intenso
Cilindros	Ausentes
Espermatozóides	Ausentes
Muco	Ausentes
Bactérias	Cocos (+++) Coloração de Gram: Positivo (+)
Cristais	Oxalato de cálcio (+++)

BIOQUÍMICA SÉRICA

	Valor encontrado	Referência
Ureia (mg/dL)	23,3	21,4 – 59,9
Creatinina (mg/dL)	1,3	0,5 – 1,5
ALT (U/L)	23,1	21,0 – 73,0
Fosfatase alcalina (U/L)	23,6	<180
GGT (U/L)	4	0 - 10

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

Região: Abdômen e pelve

Rins: Contornos regulares e bem definidos, arquitetura e ecotextura preservada

Vesícula urinária: Parede regular e espessada, presença de estrutura lisa, não homogênea e ecogênica compatível com provável coágulo, presença de estrutura hiperecótica de dimensões médias de 7x5cm, com formação de sombra acústica, compatível com cálculo vesical

Fígado: Tamanho normal, contornos regulares, bordos afilados, ecogenicidade homogênea

Vesícula biliar: Parede regular, repleção adequada, conteúdo anecoico

Baço: Tamanho normal, contornos regulares, bordos afilados, ecogenicidade do parênquima homogêneo

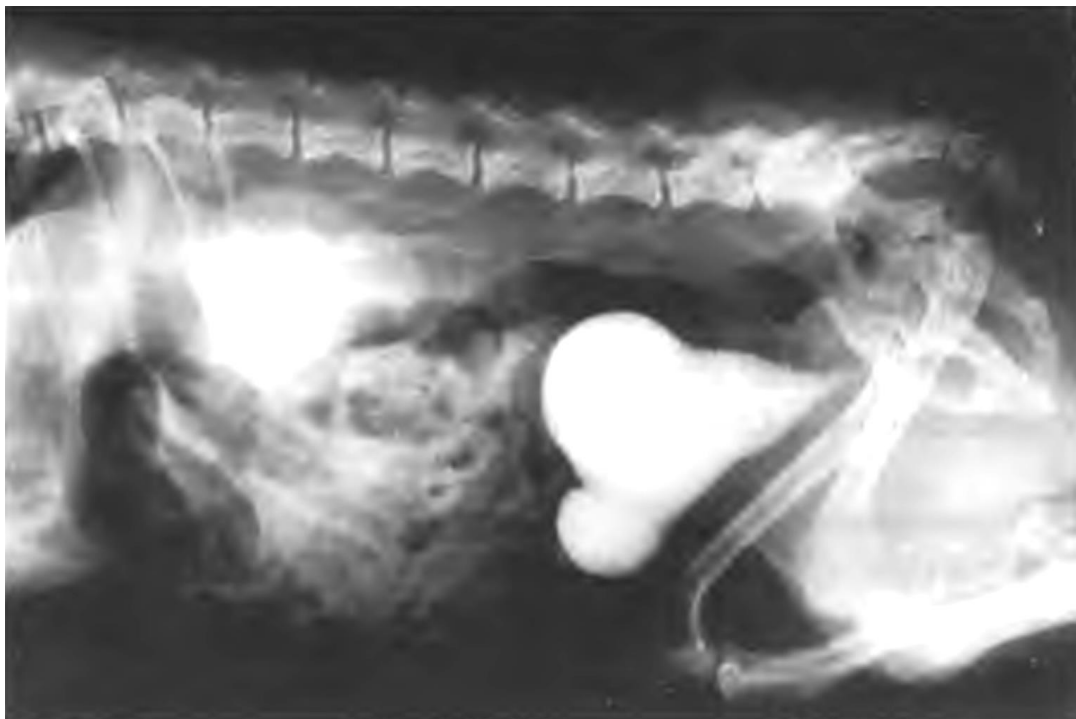
Útero: Discreta elevação do diâmetro do corno uterino esquerdo com conteúdo anecoico

LAUDO RADIOGRÁFICO

Região: Tórax

Esôfago torácico de dimensões normais, sem presença de gás

Pulmões apresentam discreto padrão intersticial



Silhueta cardíaca definida e regular

VHS: 9,0

Figura 3. Urografia excretora de um cão, fêmea, seis anos. Posicionamento látero-lateral

Baseado no caso clínico apresentado e nos respectivos exames complementares, assinale a opção CORRETA quanto ao diagnóstico, prognóstico e tratamento recomendado.

- (A) Presente caso de urólito de estruvita, cistite e divertículo vesical. Prognóstico favorável. Antibioticoterapia com associação ampicilina 20mg/Kg e enrofloxacino 10mg/Kg VO BID/q12dias, abordagem vesical cirúrgica imediata, citrato de potássio 50mg/kg VO BID/q15 dias, hidroclorotiazida 15mg/Kg VO BID/q7dias e dieta terapêutica alcalinizante por dois meses.
- (B) Presente caso de urólito de oxalato de cálcio e cistite. Prognóstico favorável. Antibioticoterapia com associação ampicilina 20mg/Kg e enrofloxacino 10mg/Kg VO BID/q12dias, citrato de potássio 50mg/kg VO BID/q15 dias, hidroclorotiazida 15mg/Kg VO BID/q7dias e dieta terapêutica alcalinizante por dois meses.
- (C) Presente caso de urólito de oxalato de cálcio, cistite e divertículo vesical. Prognóstico favorável. Antibioticoterapia com associação ampicilina 20mg/Kg e enrofloxacino 10mg/Kg VO BID/q12dias, abordagem vesical cirúrgica imediata, citrato de potássio 50mg/kg VO BID/q15 dias, hidroclorotiazida 15mg/Kg VO BID/q7dias e dieta terapêutica alcalinizante por dois meses.
- (D) Presente caso de urólito de oxalato de cálcio e cistite. Prognóstico reservado. Antibioticoterapia com associação ampicilina 20mg/Kg e enrofloxacino 10mg/Kg VO BID/q12dias, abordagem vesical cirúrgica imediata, citrato de potássio 50mg/kg VO BID/q15 dias e hidroclorotiazida 15mg/Kg VO BID/q7dias.
- (E) Presente caso de urólito de oxalato de cálcio e cistite. Prognóstico reservado. Antibioticoterapia com associação ampicilina 20mg/Kg e enrofloxacino 10mg/Kg VO BID/q12dias, citrato de potássio 50mg/kg VO BID/q15 dias, hidroclorotiazida 15mg/Kg VO BID/q7dias e dieta terapêutica alcalinizante por dois meses.
33. Um cão, fêmea, sem raça definida, seis anos de idade, pesando 15kg, foi atendido no Hospital Veterinário Universitário, com histórico de emaciação, hiporexia e distensão abdominal, com dois meses de curso clínico. Ao exame físico identificou-se prostração, temperatura retal 40°C, mucosas hipocoradas, turgor cutâneo de 10%, hipofonese cardíaca, crepitações pulmonares, teste de balotamento abdominal positivo e edema discreto de membros posteriores. Foram solicitados exames complementares hemograma completo com pesquisa de hematozoários, urinálise por cistocentese, dosagens séricas de alanina aminotransferase (ALT), fosfatase alcalina (FA), colesterol (COL), eletro e ecocardiograma, coproparasitológico e radiografias torácicas. Os resultados dos exames seguem abaixo:

HEMATIMETRIA		
	Valor encontrado	Referência
Hemácias (x10 ⁶ /μL)	4,0	5,5 – 8,5
Hemoglobina (g/dL)	10,0	12 – 18
Hematócrito (%)	30,0	37 – 55
VGM (fL)	64,0	60 – 77
CHGM (g/dL)	34,0	32 – 36
RDW (%)	15,2	16 – 24
Plaquetas (x10 ³ /μL)	98	200 – 500

LEUCOMETRIA				
	Valor encontrado		Referência	
	Relativo (%)	Absoluto (μL)	Relativo (%)	Absoluto (μL)
Leucócitos totais (cél/ μL)	27.755		6.000 – 17.000	
Mielócitos	0	0	0	0
Metamielócitos	0	0	0	0
Bastonetes Segmentados	10	2.775	0 – 3	0 - 300
	80	22.204	60 – 77	3.000 – 11.500
Linfócitos	10	2.775	12 – 30	1.000 – 4.800
Eosinófilos	0	0	2 – 10	100 – 1.250
Monócitos	0	0	3 – 10	150 – 1.350
Basófilos	0	0	Raro	Raro

Obs: Presença de neutrófilos segmentados eosinofílicos com vacúolos citoplasmáticos abundantes. Presença de mórulas de *Ehrlichia* spp em neutrófilos.

URINÁLISE

Exame físico	Exame químico
Coleta: cistocentese	Proteína: 600mg/dL (++++)
Volume: 30mL	Glicose: Negativo
Cor: amarelo claro	Corpos cetônicos: Negativo
Aspecto: Translúcido	Bilirrubina: Positivo (+)
Odor: <i>Sui generis</i>	Urobilinogênio: Negativo
Densidade: 1.006	Sangue oculto: Negativo
	Nitrito: Negativo
	pH: 6,5

SEDIMENTOSCOPIA URINÁRIA

Células epiteliais	Renais em grande quantidade
Hemácias por campo	Ausente
Leucócitos por campo	Intenso
Cilindros	Granulosos e céreos
Espermatozoides	Ausentes
Muco	Ausentes
Bactérias	Negativo
Cristais	Fosfato amorfo em pequena quantidade

BIOQUÍMICA SÉRICA

	Valor encontrado	Referência
Ureia (mg/dL)	170,0	21,4 – 59,9
Creatinina (mg/dL)	4,88	0,5 – 1,5
ALT (U/L)	57,0	21,0 – 73,0
Fosfatase alcalina (U/L)	120,0	<180
Albumina (g/ dL)	1,3	2,3 – 3,8
Colesterol (mg/dL)	350	125 - 270

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

Região: Abdômen e pelve

Rins: Contornos regulares e bem definidos. Perda da definição córtico-medular. Região central de pelve hiperecótica

Vesícula urinária: Parede regular e fina

Fígado: Tamanho normal, contornos regulares, bordos afilados, ecogenicidade homogênea

Vesícula biliar: Parede regular, repleção adequada, conteúdo anecóico

Baço: Tamanho normal, contornos regulares, bordos afilados, ecogenicidade do parênquima homogêneo

Útero: Não visualizado

OBS: Presença de líquido na cavidade abdominal em grande quantidade, o qual foi parcialmente drenado antes do exame. Observado líquido discretamente turvo e incolor.

LAUDO RADIOGRÁFICO

Região: Tórax

Esôfago torácico de dimensões normais, sem presença de gás

Pulmões apresentam padrão intersticial difuso

Silhueta cardíaca definida e regular

VHS: 9,0

Exames eletrocardiográfico e ecocardiográfico sem alterações dignas de nota

Baseado no caso clínico apresentado e nos respectivos exames complementares, assinale a opção CORRETA quanto ao diagnóstico e tratamento recomendado.

- (A) Trata-se de um caso de insuficiência renal aguda, possivelmente decorrente de erlichiose crônica. Recomendada fluidoterapia com NaCl 0,9% 90mL/Kg/ por até duas horas, reavaliação do TPC, hematócrito e ausculta pulmonar a cada hora de internamento, sondagem vesical imediata e monitoração a cada hora do débito urinário, ranitidina 2mg/Kg/BID q.72 horas, doxiciclina 10mg/Kg/BID/VO/q30 dias e enrofloxacino 10mg/kg/BID/IV/q10 dias, renagel 20mg/Kg/TID q.72 horas, após a fluido emergencial (1 a 2 horas) assumir NaCl 0,9% 45ml/Kg/ 1 hora, seguido de solução glicofisiológica NaCl 0,45%/glicose 2,5% com 3µg/Kg/minuto de dopamina calculado para as necessidades do paciente. Durante a fluido iniciar

diálise peritoneal, repetindo-a a cada duas horas, reavaliando as concentrações séricas de ureia e creatinina no mesmo intervalo, até que os mesmos assumam valores muito próximos dos valores de referência. Repetir os demais exames complementares a cada 48 horas. Prescrição de ração renal após alta médica por, pelo menos, 30 dias.

- (B) Trata-se de um caso de glomerulonefrite imunomediada, possivelmente decorrente de erlichiose crônica, associada à insuficiência renal crônica. Recomendada fluidoterapia com NaCl 0,9% 90mL/Kg/ por até duas horas, reavaliação do TPC, hematócrito e ausculta pulmonar a cada hora de internamento, sondagem vesical imediata e monitoração a cada hora do débito urinário, furosemida em infusão contínua 1mg/Kg/hora/q.24 horas, ranitidina 2mg/Kg/BID q.72 horas, doxiciclina 10mg/Kg/BID/VO/q30 dias e enrofloxacino 10mg/kg/BID/IV/q10 dias, renagel 20mg/Kg/TID q.72 horas, após a fluido emergencial (1 a 2 horas), assumir NaCl 0,9% 45ml/Kg/ 1 hora, seguido de solução glicofisiológica NaCl 0,45%/glicose 2,5% com 3µg/Kg/minuto de dopamina calculado para as necessidades do paciente. Durante a fluido emergencial, já realizar drenagem do líquido ascítico e iniciar diálise peritoneal, repetindo-a a cada duas horas, reavaliando as concentrações séricas de ureia e creatinina no mesmo intervalo, até que os mesmos assumam valores muito próximos dos valores de referência. Repetir os demais exames complementares a cada 48 horas. Durante internamento utilização exclusiva de ração renal. Prescrição de ração renal após alta médica por, pelo menos, 30 dias e prescrição de receituário para controle de ectoparasitas.
- (C) Trata-se de um caso de glomerulonefrite decorrente de provável amiloidose, associada à erlichiose crônica. Recomendada fluidoterapia com solução glicofisiológica NaCl 0,45%/glicose 2,5% com 3µg/Kg/minuto de dopamina calculado para as necessidades do paciente., reavaliação do TPC, hematócrito e ausculta pulmonar a cada hora de internamento, sondagem vesical imediata e monitoração a cada hora do débito urinário, furosemida em infusão contínua 1mg/Kg/hora/q.24 horas, ranitidina 2mg/Kg/BID q.72 horas, doxiciclina 10mg/Kg/BID/VO/q30 dias e enrofloxacino 10mg/kg/BID/IV/q10 dias, realizar drenagem do líquido ascítico e repetir os demais exames complementares a cada 48 horas. Durante internamento utilização exclusiva de ração renal: prescrição de ração renal após alta médica por, pelo menos, 30 dias e prescrição de receituário para controle de ectoparasitas.
- (D) Trata-se de um caso de insuficiência renal crônica, possivelmente decorrente de erlichiose crônica, Recomendada fluidoterapia com NaCl 0,9% 90mL/Kg/ por até duas horas, reavaliação do TPC, hematócrito e ausculta pulmonar a cada hora de internamento, furosemida em infusão contínua 1mg/Kg/hora/q.24 horas, ranitidina 2mg/Kg/BID q.72 horas, doxiciclina 10mg/Kg/BID/VO/q30 dias e enrofloxacino 10mg/kg/BID/IV/q10 dias, renagel 20mg/Kg/TID q.72 horas; após a fluido emergencial (1 a 2 horas), assumir NaCl 0,9% 45ml/Kg/ 1 hora, seguido de solução glicofisiológica NaCl 0,45%/glicose 2,5% calculado para as necessidades do paciente. Durante a fluido emergencial, já realizar drenagem do líquido ascítico e iniciar diálise peritoneal, repetindo-a a cada duas horas, reavaliando as concentrações séricas de ureia e creatinina no mesmo intervalo, até que os mesmos assumam valores muito próximos dos valores de referência. Repetir os demais exames complementares a cada 48 horas. Durante internamento utilização exclusiva de ração renal, Prescrição de ração renal após alta médica por, pelo menos, 30 dias e prescrição de receituário para controle de ectoparasitas.
- (E) Trata-se de um caso de síndrome nefrótica, possivelmente decorrente de erlichiose crônica, associada à insuficiência renal aguda. Recomendada fluidoterapia com NaCl 0,9% 90mL/Kg/ por até duas horas, reavaliação do TPC, hematócrito e ausculta pulmonar a cada hora de internamento, sondagem vesical imediata e monitoração a cada hora do débito urinário, furosemida em infusão contínua 1mg/Kg/hora/q.24 horas, ranitidina 2mg/Kg/BID q.72 horas, doxiciclina 10mg/Kg/BID/VO/q30 dias e enrofloxacino 10mg/kg/BID/IV/q12 dias, renagel 20mg/Kg/TID q.72 horas, após a fluido emergencial (1 a 2 horas), assumir NaCl 0,9% 45ml/Kg/ 1 hora, seguido de solução glicofisiológica NaCl 0,45%/glicose 2,5% com 3µg/Kg/minuto de dopamina calculado para as necessidades do paciente. Durante a fluido emergencial, já realizar drenagem do líquido ascítico e iniciar diálise peritoneal, repetindo-a a cada duas horas, reavaliando as concentrações séricas de ureia e creatinina no mesmo intervalo, até que os mesmos assumam valores muito próximos dos valores de referência. Repetir os demais exames complementares a cada 48 horas. Durante internamento utilização exclusiva de ração renal, associada à suplementação enteral com aminoácidos essenciais e albumina. Prescrição de ração renal após alta médica por, pelo menos, 30 dias e prescrição de receituário para controle de ectoparasitas.

34. Com relação ao efeito somogyi em um paciente canino diabético geriátrico, assinale a opção INCORRETA.

- (A) O efeito somogyi é sinônimo de hiperglicemia de rebote.
- (B) O efeito somogyi é um evento fisiológico decorrente de um mecanismo intrínseco de proteção orgânica.
- (C) A patofisiologia do efeito somogyi decorre da redução abrupta dos níveis séricos de glicose, com subsequente liberação compensatória de cortisol, glucagon e hormônio do crescimento, induzindo à gliconeogênese e elevando a resistência à insulina.
- (D) Pacientes sob quadro de efeito somogyi devem ter incrementadas as doses de insulina em 20% para minimizar os efeitos deletérios da hiperglicemia persistente.
- (E) A identificação de poliúria e polidipsia após insulino terapia são parâmetros clínicos confiáveis para se suspeitar da ocorrência de efeito somogyi.

35. O reconhecimento da apresentação clínica da cardiomiopatia dilatada canina e as evidências da presença ou não de insuficiência cardíaca congestiva são fundamentais para o delineamento de uma abordagem terapêutica racional e eficiente. Negligenciar estes aspectos constitui-se erro médico grave que pode comprometer a resposta do paciente à terapia. Baseado em seus conhecimentos sobre a identificação do padrão clínico da cardiomiopatia dilatada canina e a recomendação terapêutica para cada caso, assinale a opção CORRETA.
- (A) Classe I: Doença cardíaca assintomática. Apenas discretas evidências ECG. Monitoramento radiográfico e ECG. Redução sódio e suplementação. Classe II: Intolerância ao esforço, tosse e cardiomegalia moderada sem ICC. Restrição de exercícios, suplementação, diuréticos, inibidores ECA. Classe III: Sinais de ICC sob atividade normal (sem esforço), cardiomegalia grave. Restrição exercícios, dieta hipossódica, diuréticos, inotrópicos positivos, digitálicos orais. Classe IV: Sinais de ICC sob repouso. Hospitalização, oxigenoterapia, Restrição de exercícios, dieta hipossódica, diuréticos, venodilatadores, antiarrítmicos, inibidores ECA, digitálicos.
 - (B) Classe I: Doença cardíaca sintomática. Evidência de alteração no ECG. Monitoramento radiográfico e ECG. Redução sódio diuréticos, inibidores ECA e inotrópicos positivos. Classe II: Intolerância ao esforço, tosse e cardiomegalia moderada sem ICC. Suplementação, dieta hipossódica, diuréticos, inibidores ECA. Classe III: Sinais de ICC sob atividade normal (sem esforço), cardiomegalia grave. Restrição de exercícios, dieta hipossódica, diuréticos, inotrópicos positivos, digitálicos orais. Classe IV: Sinais de ICC sob repouso. Hospitalização, oxigenoterapia, Restrição de exercícios, dieta hipossódica, diuréticos, inotrópicos positivos, venodilatadores, antiarrítmicos, inibidores ECA.
 - (C) Classe I: Doença cardíaca assintomática. Apenas discretas evidências ECG. Monitoramento radiográfico e ECG. Redução sódio e suplementação. Classe II: Intolerância ao esforço, tosse e cardiomegalia moderada sem ICC. Restrição de exercícios, suplementação, dieta hipossódica, diuréticos, inibidores ECA. Classe III: Sinais de ICC sob atividade normal (sem esforço), cardiomegalia grave. Restrição exercícios, dieta hipossódica, diuréticos, inibidores ECA, inotrópicos positivos, digitálicos orais. Classe IV: Sinais de ICC sob repouso. Hospitalização, oxigenoterapia, Restrição de exercícios, dieta hipossódica, diuréticos, inotrópicos positivos, venodilatadores.
 - (D) Classe I: Doença cardíaca assintomática. Apenas discretas evidências ECG. Monitoramento radiográfico e ECG. Redução sódio e suplementação. Classe II: Intolerância ao esforço, tosse e cardiomegalia moderada sem ICC. Restrição de exercícios, suplementação, dieta hipossódica, diuréticos, inibidores ECA. Classe III: Sinais de ICC sob repouso. Hospitalização, oxigenoterapia, Restrição exercícios, dieta hipossódica, diuréticos, inotrópicos positivos, venodilatadores, antiarrítmicos, inibidores ECA, digitálicos. Classe IV: Sinais de ICC sob atividade normal (sem esforço), cardiomegalia grave. Restrição de exercícios, dieta hipossódica, diuréticos, inibidores ECA, inotrópicos positivos, digitálicos orais.
 - (E) Classe I: Doença cardíaca assintomática. Apenas discretas evidências ECG. Monitoramento radiográfico e ECG. Redução sódio e suplementação. Classe II: Intolerância ao esforço, tosse e cardiomegalia moderada sem ICC. Restrição de exercícios, suplementação, dieta hipossódica, diuréticos, inibidores ECA. Classe III: Sinais de ICC sob atividade normal (sem esforço), cardiomegalia grave. Restrição de exercícios, dieta hipossódica, diuréticos, inibidores ECA, inotrópicos positivos, digitálicos orais. Classe IV: Sinais de ICC sob repouso. Hospitalização, oxigenoterapia, Restrição de exercícios, dieta hipossódica, diuréticos, inotrópicos positivos, venodilatadores, antiarrítmicos, inibidores ECA, digitálicos.
36. Assinale a opção CORRETA que representa as diferenças fundamentais na prescrição de dietas para pacientes convalescentes recuperando-se de quadros clínicos de lipidose hepática e encefalopatia hepática:
- (A) Lipidose hepática: Dieta pobre em proteínas e de baixas calorias, rica em arginina e aminoácidos de cadeia ramificada: ração comercial para hepatopatas ou mix de queijo cottage com queijo tofu, ovo picado e alho torrado. Encefalopatia hepática: cipro heptadina 2mg/Kg/VO TID e ração pastosa calórica, dividida em quatro refeições, aumentando progressivamente a oferta de calorias, respeitando as necessidades diárias do paciente $Cal=1,4[(30 \times kg)+70]$.
 - (B) Lipidose hepática: cipro heptadina 2mg/Kg/VO TID e ração pastosa calórica, dividida em quatro refeições, aumentando progressivamente a oferta de calorias, respeitando as necessidades diárias do paciente $Cal=1,4[(30 \times kg)+70]$. Encefalopatia hepática: Dieta pobre em proteínas e de baixas calorias, rica em arginina e aminoácidos de cadeia ramificada: ração comercial para hepatopatas ou mix de queijo cottage com queijo tofu, ovo picado e alho torrado.
 - (C) Lipidose hepática: cipro heptadina 2mg/Kg/VO TID e ração pastosa de baixa calorias, dividida em quatro refeições, aumentando progressivamente a oferta de calorias, respeitando as necessidades diárias do paciente $Cal=1,4[(30 \times kg)+70]$. Encefalopatia hepática: Dieta pobre em proteínas e de baixas calorias, rica em arginina e aminoácidos de cadeia ramificada: ração comercial para hepatopatas ou mix de carne bovina, ovo picado e alho torrado.
 - (D) Lipidose hepática: Ração pastosa calórica, dividida em quatro refeições, aumentando progressivamente a oferta de calorias, respeitando as necessidades diárias do paciente $Cal=1,4[(30 \times kg)+70]$. Encefalopatia hepática: Dieta pobre em proteínas e de baixas calorias, rica em arginina e aminoácidos de cadeia

ramificada: ração comercial para hepatopatas ou mix de queijo cottage com queijo tofu, ovo picado e alho torrado.

- (E) Lipidose hepática: cipro heptadina 2mg/Kg/VO TID e ração pastosa calórica, dividida em quatro refeições, oferecendo ao paciente sempre a quantidade máxima de calorias possível. Encefalopatia hepática: Dieta pobre em proteínas e de baixas calorias, rica em arginina e aminoácidos de cadeia ramificada: ração comercial para hepatopatas ou mix de queijo cottage com queijo tofu, ovo picado e alho torrado.

37. Um cão, macho, três anos de idade, raça Dachshund, deu entrada no Hospital Veterinário Universitário sob queixa de paralisia dos membros pélvicos. O proprietário acredita que a paciente sofreu um trauma, quer seja por uma queda ou maus tratos. Ao exame clínico, identificou-se que o paciente se mantinha alerta (vigil), sem deficits neurológicos centrais e apresentando paraplegia flácida, com ausência de propriocepção, manutenção da sensibilidade a dor profunda e redução significativa dos reflexos miotáticos. A palpação da coluna vertebral identificou manifestação de dor à palpação do segmento torácico. Foram solicitadas radiográfica simples, mielografia e tomografia computadorizada da coluna torácica e lombar do paciente (imagens abaixo).

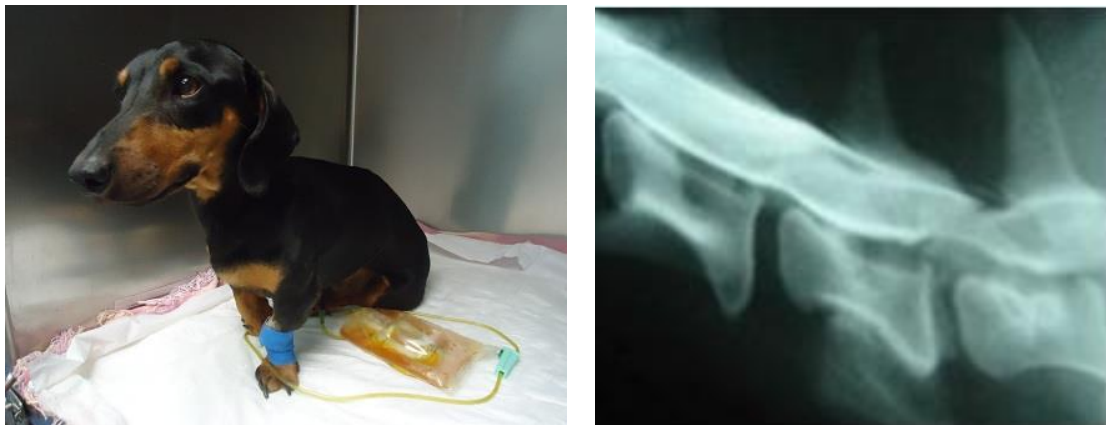


Figura 4: Cão Dachshund, sob quadro de paraplegia aguda, com sondagem vesical. À Direita, mielografia do segmento vertebral torácico, evidenciando compressão medular em T11.

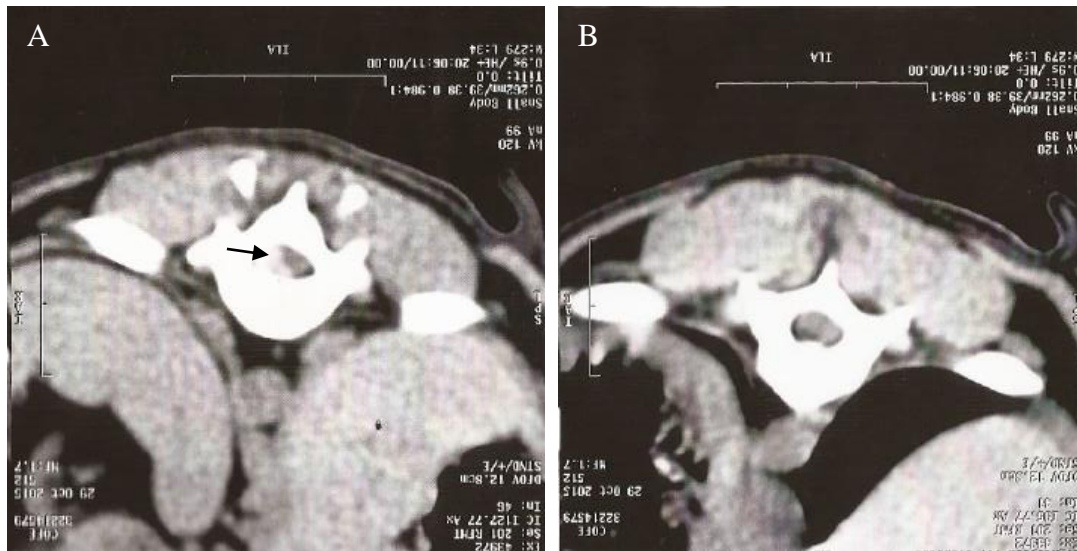


Figura 5: Tomografia computadorizada de um cão. A: Décima primeira vértebra torácica. Evidencia-se infiltração de material radiopaco no canal medular (seta), comprimindo cerca de 50% da medula espinhal. B: Décima segunda vértebra torácica. Medula espinhal normalmente distribuída no canal vertebral.

Assinale a opção VERDADEIRA quanto ao diagnóstico, prognóstico e tratamento desta condição clínica.

- (A) Trata-se de um caso de doença de Hansen tipo II que acomete raças condrodistróficas de pequeno porte, jovens, nos quais há extrusão do núcleo pulposo. O prognóstico é reservado e o tratamento clínico destina-se exclusivamente para pacientes com um único episódio de dor sem deficit neurológico, como o presente caso, sendo prescrito neste caso dexametasona 4mg/Kg/IV em dose de ataque e 0,1mg/Kg/BID/q4 dias e confinamento por 12 dias. Após este período, recomenda-se fisioterapia.

- (B) Trata-se de um caso de doença de Hansen tipo I que acomete raças não condrodistróficas de pequeno porte, jovens, nos quais há prolapso do núcleo pulposo. O prognóstico é reservado e o tratamento clínico destina-se a todos os pacientes, sendo prescrito neste caso dexametasona 4mg/Kg/IV em dose de ataque e 0,1mg/Kg/BID/q4 dias e confinamento por 12 dias. Após este período, recomenda-se fisioterapia.
- (C) Trata-se de um caso de embolia fibrocartilaginosa. O prognóstico é reservado e o tratamento clínico destina-se exclusivamente para propiciar melhor condição de vida ao paciente. Recomenda-se o tratamento com metilprednisolona 40mg/Kg por oito semanas. Caso não haja resposta clínica, estabelecer cuidados de enfermagem *ad eternum*.
- (D) Trata-se de um caso de doença de Hansen tipo I que acomete raças condrodistróficas de pequeno porte, jovens, nos quais há extrusão do núcleo pulposo. O prognóstico é reservado e o tratamento consiste em administração imediata de metilprednisolona 40mg/kg/IV pra redução do provável edema medular, imobilização do paciente, seguida da descompressão cirúrgica, hemilaminectomia e/ou fenestração, dependendo da gravidade da extrusão no núcleo pulposo. Em seguida, o paciente é tratado com dexametasona 4mg/Kg/IV em dose de ataque e 1mg/Kg/BID/q4 dias, antibioticoterapia adequada e confinamento por 12 dias. Após este período, recomenda-se fisioterapia e acupuntura.
- (E) Trata-se de um caso de embolia fibrocartilaginosa. O prognóstico é reservado e o tratamento clínico destina-se a todos os pacientes, sendo prescrito neste caso dexametasona 4mg/Kg/IV em dose de ataque e 0,1mg/Kg/BID/q4 dias e confinamento por 12 dias. Após este período, recomenda-se fisioterapia.
38. Assinale a opção CORRETA que constitui o protocolo emergencial e conduta correta e completa para a abordagem do paciente canino com pancreatite aguda:
- (A) Deve-se manter o paciente em jejum alimentar por 72 horas, evitar estímulos olfativos e visuais com comida, morfina 0,05mg/Kg IV em dose única, proceder fluidoterapia com 0,45% NaCl em 2,5% glicose por quatro horas em gotejamento lento e reposição eletrolítica com Normosol-R, por uma hora e meia, em gotejamento lento, cefoxitima 40mg/Kg IV em dose única e posteriormente 20mg/Kg IV QID, metoclopramida 0,5mg/Kg IV QID e omeprazol 30mg/Kg em dose única de ataque e 1mg/kg/SID por 15 dias. Após 24 horas, aminosteril hepa 0,8% 1000mL em gotejamento lento ao dia. Após alta, manter dieta pobre em gordura por seis semanas.
- (B) Deve-se proceder fluidoterapia com 0,45% NaCl em 2,5% glicose por quatro horas em gotejamento lento e reposição eletrolítica com Normosol-R, por uma hora e meia, em gotejamento lento, morfina 0,05mg/Kg IV em dose única, cefoxitima 40mg/Kg IV em dose única e posteriormente 20mg/Kg IV QID, metoclopramida 0,5mg/Kg IV QID e omeprazol 30mg/Kg em dose única de ataque e 1mg/kg/SID por 15 dias. Administrar dieta pobre em gordura e prescreve-la após a alta do paciente por seis semanas.
- (C) Fornecer oxigênio ao paciente e proceder cateterismo jugular bilateral ou em via dupla, administrando succinato sódico de metilprednisolona 30mg/Kg/IV em dose única para controle do choque e de fluidoterapia com solução de Ringer com lactato, para reduzir a provável acidose metabólica, em velocidade de 90mL/Kg/h. Administre metoclopramida 0,5mg/kg IV TID e Ranitidina 2mg/Kg IV TID. Administre morfina IV 0,05mg/Kg para controle da dor. Inicie antibioticoterapia de amplo espectro (cefoxitima 40mg/Kg IV) em dose única de ataque. Após a correção da desidratação, mantenha a fluido com ringer lactato e administre um litro de solução de Normosol-R 20mL/Kg/hora para reposição eletrolítica. Mantenha o paciente internado com a recomendação de cefoxitima 20mg/Kg IV a cada 6 horas por 10 dias.
- (D) Fornecer oxigênio ao paciente e proceder cateterismo jugular bilateral ou em via dupla, administrando fluidoterapia com solução de Ringer com lactato, para reduzir a provável acidose metabólica, em velocidade de 90mL/Kg/h. Ausculta os pulmões minuciosamente durante o período e meça a produção urinária/hora para prevenir edema pulmonar. Administre morfina IV 0,05mg/Kg para controle da dor. Inicie antibioticoterapia de amplo espectro (cefoxitima 40mg/Kg IV) em dose única de ataque. Após a correção da desidratação, mantenha a fluido com ringer lactato e administre um litro de solução de Normosol-R 20mL/Kg/hora para reposição eletrolítica. Mantenha o paciente internado com a recomendação de cefoxitima 20mg/Kg IV a cada 6 horas por 10 dias.
- (E) Jejum alimentar 72 horas, fluidoterapia NaCl 0,45% em dextrose 2,5% enriquecido com 20mEq potássio/L de solução, flumazenil 0,02 mg/Kg IV BID e enemas a cada seis horas com sulfato de neomicina líquido 20mg/Kg. Após 24 horas dos primeiros cuidados, administrar aminosteril hepa 08% IV 1,3mL/Kg até 1000mL por dia.
39. O hipotireoidismo primário advém da inadequada função e secreção de hormônios tireoidianos. Muitos cães adquirem hipotireoidismo decorrente de tireoidite linfocítica ou atrofia tiroideana idiopática. Tais afecções são comumente diagnosticadas em cães de meia idade e, frequentemente, em pacientes de médio e grande porte. Os sinais clínicos são extremamente variáveis e podem ser indistinguíveis das manifestações clínicas de outras enfermidades, sendo o hipotireoidismo frequentemente subdiagnosticado. Tanto idade, raça e/ou estado de hígidez sistêmica afetam as concentrações de hormônios tireoidianos, dificultando o diagnóstico.

Baseado e em seus conhecimentos sobre doenças tireoidianas caninas, identifique as assertivas verdadeiras e falsas sobre o manejo diagnóstico e terapêutico do hipotireoidismo canino e assinale a opção que corresponde à sua interpretação.

Sinais neurológicos, como convulsões, déficits motores e fasciculações, bem como déficits de nervos cranianos e acidentes vasculares cerebrais são incomuns, mas podem estar presentes em casos de hipotireoidismo decorrentes de desmielinização neuronal segmentar e são revertidos sob terapia tireoidiana adequada.	(V)	(F)
Sinais neurológicos centrais não são observados em pacientes que padecem de hipotireoidismo, visto que a desmielinização neuronal segmentar desenvolve-se apenas nas raízes nervosas, podendo induzir quadros de fasciculações, tremores e paresias que mimetizam quadros clínicos de polirradiculoneurites. Os sinais reprodutivos são mais comuns que os neurológicos, caracterizados por estro ou interestro prolongado ou ausência de ciclo estral.	(V)	(F)
Os achados laboratoriais mais comumente identificados são discreta anemia normocítica normocrômica, elevação marcante das enzimas hepáticas e dos valores séricos de triglicerídeos e colesterol.	(V)	(F)
Comumente, o soro de pacientes com hipotireoidismo encontra-se lipêmico. Quadros clínicos de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia são identificados de forma recorrente. Hipertrigliceridemias marcantes podem desencadear sinais clínicos predominantemente gastrintestinais e mimetizar sinais clínicos primários de pancreatite.	(V)	(F)
A abordagem diagnóstica específica ao diagnóstico de hipotireoidismo é ultrassom tireoidiano, dosagem de TSH, T4 livre, T4 total, teste clínico de estimulação com TSH.	(V)	(F)
Medicações como fenobarbital, sulfadiazina, trimetoprim, sulfametoxazol e corticoides influenciam as taxas séricas do hormônio T4 total, de forma que devem ser suspensos 15 dias antes das mensurações séricas de hormônios tireoidianos.	(V)	(F)
O teste clínico de estimulação com TSH consiste em Coletar soro antes e depois do teste, dosando TSH, T4 livre e T4 total 8 horas após a administração endovenosa de TSH.	(V)	(F)
Em um paciente suspeito, com dosagem sérica de T4 total baixo e apresenta mensurações séricas de TSH normal, com T4 total normal e T4 livre elevado, após teste de estimulação com TSH, não caracteriza um quadro de hipotireoidismo primário.	(V)	(F)

Assinale a opção que corresponde a sequência CORRETA de asserções verdadeiras e falsas.

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

40. Um poodle macho de dois anos foi encaminhado ao hospital veterinário universitário sob queixa de alopecia generalizada e escurecimento da pele. Ao exame clínico, foram identificadas alopecia bilateral simétrica, difusamente distribuída, hiperpigmentação cutânea, seborreia branca farinácea e presença de apenas um testículo (imagens abaixo). A avaliação ultrassonográfica abdominal identificou presença de testículo, com superfície irregular e de elevada ecogenicidade na cavidade abdominal. O exame de *swab* cutâneo identificou presença discreta de leveduras *Malassezia* spp.



Figuras 6 e 7: Cão, macho, poodle, com dois anos de idade. Alopecia difusa, simetricamente distribuída, com hiperpigmentação generalizada. Presença de um testículo no saco escrotal.

Assinale a opção CORRETA quanto ao provável diagnóstico e tratamento da dermatopatia.

- (A) Demodicose acompanhada de criptorquidismo. Shampoo antisséptico em água morna e, após 24 horas, início do tratamento com banhos semanais com amitraz 0,025% em óleo mineral (1:9), por três semanas e orquiectomia bilateral.
- (B) Escabiose acompanhada de criptorquidismo. Shampoo antisséptico em água morna e, após 24 horas, início do tratamento com dois banhos semanais com monossulfureto de tetraetilurânio por 4 semanas e orquiectomia bilateral.
- (C) Endocrinopatia decorrente de provável sertolioma induzido pelo criptorquidismo. Indicado orquiectomia bilateral.
- (D) Folliculite estafilocócica acompanhada de criptorquidismo. Indicado tratamento com cefalexina 35mg/Kg/BID/VO q21dias, banhos semanais com clorexidina 4% por 16 semanas e orquiectomia bilateral.
- (E) Endocrinopatia decorrente de provável sertolioma induzido pelo criptorquidismo. Indicado tratamento com cefalexina 35mg/Kg/BID/VO q21dias, banhos semanais com clorexidina 4% por 16 semanas e itraconazol 10mg/Kg SID VO por 21 dias.