

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (ATNUPAENT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Cirurgia Geral

1

Sabe-se que a inflamação é uma resposta protetora para que possamos nos livrar de agentes lesivos, remover células necrosadas e reparar tecidos lesados.

A síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) está associada a um conjunto de sinais e sintomas resultantes de um complexo mecanismo de defesa imunológico, endócrino e metabólico, que é desencadeado primariamente:

- (A) pela acidose metabólica;
- (B) por interferência do cortisol;
- (C) por ação das catecolaminas;
- (D) pelas proteínas de choque térmico;
- (E) por ação da interleucina 1 e fator de necrose tumoral.

2

O estado nutricional do paciente é fundamental para o prognóstico do tratamento cirúrgico. Assim, a reposição de vitaminas faz-se necessária para o bom prognóstico.

As características funcionais de ser antioxidante, proteger contra os danos de radicais livres, atuar na ligação cruzada de colágeno, participar da hidroxilação da lisina e da prolina durante a formação de colágeno, desempenhar funções antibacterianas mediadas pelo sistema imune dos leucócitos e ser importante na replicação de DNA e RNA e na função de linfócitos, são próprias da vitamina:

- (A) A;
- (B) C;
- (C) D;
- (D) E;
- (E) K.

3

Em uma cirurgia eletiva de grande porte, faz-se necessária uma avaliação nutricional rigorosa, pois esta vai determinar um preparo pré-operatório muito importante para o prognóstico cirúrgico.

Assim, um paciente que pesa 55 kg e mede 1,78 metro é classificado pelo índice de massa corporal como:

- (A) gravemente abaixo do peso;
- (B) abaixo do peso;
- (C) peso normal;
- (D) acima do peso;
- (E) obesidade de grau 1.

4

A compreensão das fases do processo cicatricial de uma ferida cirúrgica é importante para a prática médica.

Nesse sentido, é correto afirmar que:

- (A) macrófagos e neutrófilos são predominantes na fase de maturação;
- (B) neutrófilos e linfócitos são predominantes na fase de maturação;
- (C) fibroblastos e neutrófilos são predominantes na fase de proliferação;
- (D) macrófagos e neutrófilos são predominantes na fase inflamatória;
- (E) macrófagos e linfócitos são predominantes na fase inflamatória.

5

Um paciente de 34 anos apresenta-se na consulta com histórico de obesidade grave há mais de 10 anos. Ele tem um índice de massa corporal (IMC) de 44 kg/m² e sofre de várias comorbidades relacionadas à obesidade, incluindo diabetes tipo 2, hipertensão arterial e apneia do sono. Ele já tentou vários tratamentos, incluindo dietas supervisionadas, programas de exercícios e medicações para perda de peso, sem sucesso. Relata que essas condições estão afetando seriamente sua qualidade de vida e capacidade de trabalho. Após uma avaliação completa, ele é considerado um bom candidato para cirurgia bariátrica.

A técnica considerada o “padrão ouro” para esse paciente é:

- (A) gastrectomia vertical (*sleeve gastrectomy*);
- (B) banda gástrica ajustável;
- (C) *duodenal switch* (DS);
- (D) balão intragástrico;
- (E) *bypass* gástrico em Y de Roux (RYGB).

6

Um paciente de 81 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca congestiva, é internado para tratamento de pneumonia. Após alguns dias de tratamento com antibióticos e repouso no leito, ele começa a apresentar distensão abdominal significativa, dor leve e náuseas, mas sem vômitos. Não apresenta sinais clínicos de peritonite aos exames físico e laboratorial. Radiografias do abdômen mostram dilatação importante dos cólons, principalmente no ceco e cólon ascendente, porém sem evidência de obstrução mecânica.

Diante desse quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a melhor abordagem inicial para o manejo desse paciente são, respectivamente:

- (A) síndrome de Ogilvie e tratamento com neostigmina;
- (B) colite pseudomembranosa e tratamento com metronidazol;
- (C) obstrução intestinal por brida e tratamento com cirurgia exploratória;
- (D) vôlvo de sigmoide e tratamento com sigmoidoscopia descompressiva;
- (E) íleo paralítico e tratamento com reposição de eletrólitos e mobilização precoce.

7

Um paciente de 59 anos apresenta fadiga progressiva, anemia ferropriva e perda de peso não intencional. Uma colonoscopia revelou uma lesão no cólon ascendente macroscopicamente compatível com tumor maligno.

Assim, a combinação correta de sintomas, métodos de diagnóstico e opções de tratamento para esse caso é:

- (A) sintomas: sangramento retal evidente; diagnóstico: enema opaco; tratamento: hemicolectomia esquerda;
- (B) sintomas: dor abdominal em cólica; diagnóstico: tomografia computadorizada; tratamento: ressecção endoscópica da lesão;
- (C) sintomas: fadiga e anemia ferropriva; diagnóstico: colonoscopia com biópsia; tratamento: hemicolectomia direita;
- (D) sintomas: diarreia crônica; diagnóstico: ultrassom abdominal; tratamento: quimioterapia exclusiva;
- (E) sintomas: dor abdominal em cólica; diagnóstico: tomografia computadorizada; tratamento: colectomia total.

8

Uma mulher de 39 anos chega ao ambulatório com queixa de dificuldade para engolir, inicialmente apenas para sólidos, mas agora também para líquidos, que vem se agravando progressivamente nos últimos 8 meses. Ela também relata perda de peso significativa de mais de 10 kg e episódios de regurgitação de alimentos não digeridos. Não há histórico de doenças crônicas ou cirurgia prévia. No exame físico, o estado geral é bom, mas com perda ponderal evidente. A endoscopia digestiva alta revela retenção de alimentos no esôfago, sem evidências de estenose ou massa. A manometria esofágica mostra aperistalse no corpo do esôfago e ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior durante a deglutição.

Diante desse quadro clínico, o diagnóstico mais provável para essa paciente é:

- (A) esofagite eosinofílica;
- (B) carcinoma esofágico;
- (C) doença do refluxo gastroesofágico;
- (D) acalasia;
- (E) estenose esofágica.

9

Um homem de 60 anos apresenta-se ao consultório com queixas de dor abdominal epigástrica persistente há seis meses, perda de peso não intencional de 10 kg e sensação de plenitude pós-prandial precoce. Ele também relata episódios de náusea e vômito, ocasionalmente com sangue. O paciente tem histórico de tabagismo e consumo regular de álcool, além de uma dieta rica em alimentos processados e salgados. No exame físico, nota-se palidez e linfonodos supraclaviculares aumentados. A endoscopia digestiva alta revela uma lesão ulcerada no antro gástrico, e a biópsia confirma a presença de adenocarcinoma gástrico.

O fator de risco mais significativo associado ao desenvolvimento do câncer de estômago no caso desse paciente é:

- (A) histórico familiar de câncer;
- (B) infecção por *Helicobacter pylori*;
- (C) consumo regular de álcool;
- (D) tabagismo;
- (E) dieta rica em alimentos processados e salgados.

10

Um paciente de 57 anos, apresentando disfagia e desnutrição, realizou exame contrastado que evidenciou esôfago dilatado (5 cm) com afilamento na junção esôfago-gástrica tipo “bico de pássaro”.

A conduta mais indicada nesse caso é:

- (A) inibidores de canais de cálcio via oral;
- (B) funduplicatura a Nissen;
- (C) esofagectomia trans-hiatal;
- (D) cirurgia de Serra-Dória;
- (E) esofagomiectomia a Heller.

11

Um paciente de 47 anos, etilista, apresenta emagrecimento, esteatorreia e diabetes mellitus e dor tipo barra de forte intensidade de difícil controle com opioides. Realizou tomografia de abdômen, que mostrou pâncreas atrófico, com calcificações, e ducto de Wirsung dilatado (1,5 cm) e tortuoso em toda a sua extensão, com estenoses e saculações.

A melhor conduta terapêutica nesse caso é:

- (A) alcoolização do plexo mesentérico;
- (B) papilotomia endoscópica com drenagem do Wirsung;
- (C) Wirsung-jejuno anastomose (Partington-Rochelle);
- (D) pancreatectomia cefálica com preservação duodenal (Beger);
- (E) pancreatectomia corpo-caudal.

12

A chamada disfagia lusória é causada por:

- (A) denervação do esôfago;
- (B) leiomioma esofágico;
- (C) compressão por tumor extraesofágico;
- (D) artéria subclávia direita aberrante;
- (E) isquemia do esôfago.

Cirurgia do Aparelho Digestivo

13

Paciente feminina de 43 anos, obesa mórbida com índice de massa corporal (IMC) 45 é submetida a gastroplastia redutora em Y de Roux, evoluindo com fístula digestiva diagnosticada no 6º dia pós-operatório, sendo iniciado suporte nutricional por via parenteral.

A ingesta calórica diária deve ser calculada a partir do(a):

- (A) peso atual da paciente;
- (B) peso ideal da paciente;
- (C) peso ajustado da paciente;
- (D) IMC da paciente;
- (E) diferença entre o IMC atual e IMC ideal da paciente.

14

Na avaliação funcional de um paciente em pré-operatório, os níveis de atividade diária que correspondem a uma capacidade funcional moderada (entre 4-7 METS) correspondem a:

- (A) subir um lance de escada sem parar;
- (B) arrumar a cama;
- (C) caminhar lentamente no plano;
- (D) tomar banho sozinho;
- (E) pular corda por 10 minutos ininterruptos.

15

Em um paciente com trombose venosa profunda em pós-operatório imediato, deve-se considerar a utilização de filtro de veia cava:

- (A) quando o trombo se localizar proximalmente no membro inferior;
- (B) quando houver contra-indicação ao uso de medicações anticoagulantes;
- (C) em associação aos antagonistas da vitamina K;
- (D) na transição do uso de heparina para antagonistas da vitamina K;
- (E) em pacientes com trombose venosa profunda.

16

Um paciente submetido a esofagectomia Ivor Lewis apresenta febre após 36 horas da cirurgia. Considerando que o paciente foi extubado e seus catéteres foram instalados no momento da operação, tem-se como causa mais provável da febre:

- (A) trombose venosa profunda;
- (B) pneumonia;
- (C) fístula de anastomose;
- (D) infecção do sítio cirúrgico;
- (E) atelectasia.

17

Em relação ao fechamento de uma laparotomia mediana eletiva em paciente de baixo risco, a técnica mais recomendada atualmente inclui:

- (A) utilização de tela sintética profilática;
- (B) uso de suturas de retenção associado à sutura de fechamento da parede;
- (C) utilização de pontos separados com fios multifilamentares absorvíveis;
- (D) fechamento em massa de todos os planos da parede abdominal;
- (E) utilização de sutura contínua com fios de absorção lenta monofilamentares englobando apenas a aponeurose da parede abdominal.

18

Um paciente de 68 anos, com história de etilismo e tabagismo prévios, se apresenta com disfagia progressiva para sólidos e perda ponderal de 5 kg nos últimos 30 dias. Tem história prévia de refluxo e uso crônico de inibidor de bomba de prótons há 12 anos. Na endoscopia, observou-se epitélio alaranjado que media 5 cm circunferencialmente e linguetas de 7 cm. Presença de hérnia de hiato por deslizamento de aproximadamente 3 cm e uma lesão parcialmente estenosante, polipoide ulcerada, que se estende proximal à junção esôfagogastrica (JEG) de 1 cm a 4 cm, sem impedir a progressão do aparelho. A biópsia mostra adenocarcinoma moderadamente diferenciado em epitélio colunar com células caliciformes.

Após o estadiamento da lesão cT3cN0, a cirurgia de escolha é:

- (A) esofagectomia McKewon;
- (B) gastrectomia total com esofagectomia distal;
- (C) esofagectomia trans-hiatal;
- (D) esofagectomia associada a linfadenectomia em 3 campos;
- (E) ressecção endoscópica associada a ablação por radiofrequência.

19

Em paciente portador de adenocarcinoma cT3N0 em esôfago distal, o tratamento associado a cirurgia que está indicado é:

- (A) tratamento quimioterápico pós-operatório com cisplatina e 5 fluoracil;
- (B) tratamento químico e radioterápico pós-operatório (carbo taxol + 41cGy);
- (C) tratamento radioterápico pré-operatório (60 cGy);
- (D) tratamento quimioterápico pré e pós-operatório (esquema FLOT);
- (E) nenhum, sendo indicada cirurgia apenas.

20

A utilização do PET CT em pacientes com neoplasia de esôfago é importante para:

- (A) estadiar a profundidade da invasão tumoral;
- (B) poupar a realização de tomografia de tórax e abdômen;
- (C) avaliar a presença de metástases a distância;
- (D) substituir a broncoscopia na avaliação da invasão de vias aéreas;
- (E) definir a indicação de quimioterapia ou radioterapia pré-operatória.

21

Paciente portador de esôfago de Barrett C3M5 pela classificação de Praga foi submetido ao protocolo de biópsias de Seattle, sendo diagnosticada displasia de alto grau em 3 biópsias, sem lesão visível.

O tratamento de escolha para esse paciente é:

- (A) observação clínica com endoscopias anuais;
- (B) esofagectomia transtorácica;
- (C) esofagectomia trans-hiatal;
- (D) ablação por radiofrequência do epitélio de Barrett seguida de acompanhamento endoscópico;
- (E) ressecção endoscópica submucosa de todo o epitélio de Barrett, seguida de acompanhamento endoscópico.

22

Um paciente de 78 anos se apresenta na emergência com quadro de dor abdominal súbita e intensa há 24 horas, com piora progressiva, associado a náuseas, vômitos e desorientação. Faz uso de diversas medicações, entre elas anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e, na última semana, anti-inflamatórios não esteroidais para tratamento de uma hérnia de disco. Ao exame, observa-se palidez cutaneomucosa, sudorese fria, pulso acelerado e filiforme. O abdômen encontra-se rígido e extremamente doloroso. O restante do exame físico é compatível com a idade do paciente. PA: 90 x 60 mmHg, SatO₂: 93% aa. Foi realizada uma rotina de abdômen agudo, que sugere pneumoperitônio. Durante a cirurgia, observou-se moderada quantidade de líquido livre e uma úlcera pré-pilórica perfurada.

A melhor opção no tratamento cirúrgico desse paciente é:

- (A) gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux;
- (B) antrectomia + vagotomia troncular com reconstrução a BI;
- (C) antrectomia + vagotomia troncular com reconstrução a BII;
- (D) ráfia da úlcera + vagotomia superseletiva;
- (E) ráfia da úlcera com *patch* de omento.

23

Uma paciente de 67 anos é diagnosticada com hérnia femoral em região inguinal esquerda durante ultrassonografia ginecológica. A paciente nega sintomas limitantes e nunca notou nenhum abaulamento no local. Ela tem um bom estado geral e trata apenas uma hipertensão leve.

Dado esse quadro clínico, deve-se:

- (A) observar clinicamente, uma vez que a paciente é oligossintomática;
- (B) indicar a correção cirúrgica pelo maior risco de encarceramento das hérnias femorais;
- (C) descartar cirurgia minimamente invasiva, pois é contraindicada nesse caso;
- (D) aplicar a técnica de Shouldice como conduta de escolha no caso;
- (E) indicar a utilização de tela biológica nesta correção.

24

Uma paciente de 52 anos queixa-se de plenitude pós-prandial e inapetência associadas a epigastralgia há 3 meses, refratária ao uso de inibidores de bomba de prótons. Na endoscopia, observa-se uma lesão em fundo gástrico de aproximadamente 6 cm, sem expressão mucosa. A tomografia demonstra que a lesão é exofítica e confinada à parede gástrica, sem invasão de órgãos adjacentes. Com base na principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que:

- (A) está indicada a gastrectomia total com linfadenectomia a D2;
- (B) está indicada terapia neoadjuvante quimioterápica;
- (C) a doença está associada a infecção do *H. pylori*;
- (D) é indicada a pesquisa de linfonodo sentinela;
- (E) gastrectomia com margens livres, regrada ou atípica, é suficiente para o tratamento dessa patologia.

Clínica Médica

25

Um paciente foi internado na enfermaria de clínica médica por estado de sonolência após episódios frequentes e abundantes de diarreia e vômitos por 3 dias. A pressão arterial estava reduzida e os pulsos, finos. Quando despertava, referia sede. Suas mucosas encontravam-se secas. O exame laboratorial revelou sódio de 121 mEq/L. Diante do quadro de hiponatremia, procedeu-se a dosagem de sódio urinário e a terapia.

O sódio urinário mais provável e a terapia mais recomendada no momento são, respectivamente:

- (A) sódio urinário de 10 mEq/L e infusão de 100 ml a 300 ml de solução salina 3% com reavaliação laboratorial em 4 horas;
- (B) sódio urinário de 30 mEq/L e infusão de solução salina 0,9% 3000 ml em 24h;
- (C) sódio urinário de 15 mEq/L e infusão de soro fisiológico 0,9% conforme melhora clínica;
- (D) sódio urinário de 20 mEq/L e administração de cápsula de sal 4 vezes ao dia por via enteral e posteriormente por via oral;
- (E) sódio urinário de 20 mEq/L e administração de 700 ml de salina hipertônica a 3% em 24 horas conforme cálculo do déficit de sódio.

26

Uma mulher de 30 anos internou-se com perda ponderal de 20 kg (peso atual: 56 kg; peso usual: 76 kg), candidíase, diarreia crônica, baixo índice de Karnofsky, anemia e contagem de linfócitos totais iguais a 800 cél/dl. O diagnóstico de tuberculose pulmonar cavitária, concomitante a padrão miliar, levou a residente de clínica médica a investigar a infecção pelo HIV. O diagnóstico firmado de infecção pelo HIV, no dia seguinte, foi seguido de orientação e condução clínica.

Considerando R – rifampicina, H – isoniazida, Z – pirazinamina, E – etambutol, a terapia recomendada para a coinfeção HIV - tuberculose, segundo o último PCDT HIV 2024, é:

- (A) iniciar terapia antirretroviral após 8 semanas do início do esquema para tuberculose com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275);
- (B) aguardar contagem de linfócitos CD4 para iniciar a terapia antirretroviral e o esquema para tuberculose com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275);
- (C) iniciar a terapia antirretroviral enquanto se investiga se há disseminação da micobactéria tuberculose, pois esse achado mudaria o tempo de tratamento para tuberculose;
- (D) iniciar prontamente o esquema com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e em até uma semana iniciar tratamento antirretroviral, independente da contagem de linfócitos CD4;
- (E) iniciar prontamente o esquema com 3 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e, caso a contagem de linfócitos CD4 esteja menor que 50 células/mm³, prosseguir com a terapia antirretroviral em torno da 6ª semana.

27

Um paciente de 55 anos, portador de doença de Crohn há mais de 10 anos em remissão com adalimumabe (anti-TNF α), foi internado na enfermaria de clínica médica para investigar síndrome consumptiva. O grupo de residentes notou linfadenomegalias cervicais sem sinais inflamatórios, presença de hepatoesplenomegalia e estertores crepitantes em ambos os hemitórax. Foi feito diagnóstico de tuberculose a partir de teste rápido molecular do lavado broncoalveolar, cujo material foi positivo para micobactéria tuberculosa (sensível à rifampicina). Mesmo durante o tratamento padrão com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, o paciente apresentava febre vespertina frequente de aproximadamente 38 graus. Logo no diagnóstico, fora suspenso o adalimumabe. A despeito de a investigação para outros agentes infecciosos ter sido negativa e de não haver resistência da micobactéria, a febre ficou mais frequente e houve piora clínica com derrame pleural e hipoxemia, além de piora laboratorial com aumento de aminotransferases (em torno de 3 vezes o limite superior da normalidade) após 1 mês do início do tratamento contra micobactéria.

O manuseio adequado do quadro é:

- (A) manter o esquema para tuberculose e iniciar corticoide;
- (B) suspender o esquema da tuberculose e realizar biópsia de linfonodo;
- (C) iniciar tratamento para linfoma, pois se trata de uma complicação do adalimumabe;
- (D) trocar esquema contra tuberculose para amicacina, ofloxacina e etambutol;
- (E) suspender a terapia para tuberculose e reintroduzi-la gradualmente após 2 semanas de normalização das aminotransferases, iniciando com a rifampicina e etambutol.

28

Na investigação de ascite, a paracentese diagnóstica foi realizada. O gradiente soro ascite de albumina foi calculado com valor de 1,5 g/dl. No entanto, o paciente apresentou proteína do líquido ascítico em valores baixos (1,8 g/dl), ou seja, menores que 2,5 g/dl.

Uma causa para essa ascite é:

- (A) cirrose hepática;
- (B) insuficiência cardíaca congestiva;
- (C) pancreatite aguda;
- (D) síndrome nefrótica;
- (E) trombose de veia porta.

29

Uma paciente de 58 anos foi internada por confusão mental e dor em ombro direito. É portadora de neoplasia de mama em estágio avançado com metástases ósseas. Havia relato, pela anamnese dirigida, de constipação e distensão abdominal. O marido confirmou que, nos últimos dias, ela já não conseguia levantar-se e tomar adequadamente seus medicamentos. Durante a internação confirmou-se a fratura patológica de cabeça do úmero e hipercalcemia da malignidade (PTH suprimido). Houve redução dos níveis séricos de cálcio (Ca: 15 mg/dl para 12 mg/dl em 2 dias), e a creatinina sérica, que na entrada era de 3,8 mg/dl, caiu para 2,0 mg/dl em 48 horas. Os medicamentos reintroduzidos com a melhora clínica da paciente após 3 dias de hidratação e pamidronato foram: metadona, amitriptilina, duloxetine e gabapentina – os últimos por dor radicular. Infelizmente, os sintomas de distensão abdominal, náuseas, vômitos e constipação se evidenciaram, levando à realização de exame tomográfico do abdômen e pelve. Observou-se distensão de ceco (9,0 cm em maior diâmetro), cólon ascendente, transverso e cólon descendente com presença de fecaloma em sigmoide.

Diante da principal hipótese diagnóstica, a melhor conduta imediata é:

- (A) fazer extração manual do fecaloma associada a administração de clíster em gravidade com lactulona e óleo mineral por via oral;
- (B) chamar a cirurgia geral para avaliação pelo risco de rotura de cólon e ceco;
- (C) realizar colonoscopia de urgência para retirada de fecaloma e descompressão gasosa;
- (D) prescrever eritromicina, ondansetrona, lactulona, óleo mineral e passar sonda nasogástrica em sifonagem;
- (E) suspender dieta, antidepressivos e opioides; continuar correção de cálcio sérico e avaliar administração de neostigmina.

30

O residente de clínica médica foi chamado para responder um pedido de parecer da equipe cirúrgica referente a uma senhora de 70 anos com novo episódio de diarreia há 7 dias. Ela foi internada com diverticulite aguda complicada por abscesso, o qual não respondeu ao primeiro ciclo de antibiótico (ciprofloxacina e metronidazol) e ao segundo ciclo (piperacilina com tazobactam), ambos por 14 dias. Apresentou nova infecção peritoneal com deiscência da anastomose primária, sendo necessária abordagem cirúrgica para drenagem do abscesso. A paciente apresentou o segundo episódio de diarreia na internação (60 dias) intervalado com 7 dias de constipação. A idosa se queixou de cólicas, distensão abdominal e tenesmo há pelo menos 2 semanas. Estava febril (38,0 °C), mas estável hemodinamicamente. As morbidades eram apenas uma doença renal crônica (Cr 1,5 mg/dl). Os episódios eram frequentes (em torno de 5 por dia) e mais aquosos. A calprotectina fecal era de 1500 mg/kg, mas os exames parasitológicos de fezes, colhidos dessa vez e no outro episódio, foram negativos. O residente pensou na possibilidade de infecção por *Clostridioides difficile*.

Para confirmação do quadro em ambiente hospitalar e proposição de um tratamento ideal, o residente deve:

- (A) iniciar um novo tratamento com metronidazol oral 500 mg de 8/8h por 14 dias, enquanto se aguarda o resultado da pesquisa nas fezes de toxinas A e B para clostridioides;
- (B) iniciar o tratamento com fidaxomicina 200 mg duas vezes ao dia por 10 dias sem a necessidade de coleta de exames para diagnóstico, uma vez que as fezes são líquidas e reduzem o valor preditivo positivo dos testes;
- (C) prescrever probióticos, rifaximina por 14 dias para *Clostridium*; não há necessidade de colocar a paciente em precaução de contato;
- (D) realizar teste de antígeno glutamato desidrogenase (GDH) em conjunto com a pesquisa das toxinas A e B para *Clostridium*, ambos nas fezes. Devido à gravidade e fatores de risco, pode ser iniciado tratamento com vancomicina oral;
- (E) pesquisar no sangue, conforme disponibilidade, o teste de antígeno glutamato desidrogenase (GDH) ou o teste de amplificação de ácido nucléico (PCR), associado a pesquisa nas fezes das toxinas A e B de *Clostridium*. Devido ao quadro moderado a grave, realizar o tratamento com vancomicina oral 125 mg, 4 vezes por dia, por 10 dias.

31

Um paciente idoso atendido em consulta ambulatorial com perda ponderal significativa não intencional poderia ser classificado com síndrome consumptiva na dependência de outros sinais e sintomas.

As principais possibilidades para síndrome consumptiva em idosos ambulatoriais são:

- (A) doença do refluxo gastroesofágico, úlcera péptica e tumores do estômago;
- (B) transtorno depressivo, alterações benignas do trato digestivo e doenças malignas;
- (C) tuberculose pulmonar, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica;
- (D) anorexia nervosa, doenças degenerativas neurológicas e medicamentos;
- (E) doença de Parkinson, doença de Alzheimer e efeitos medicamentosos adversos.

32

Um paciente de 35 anos, em estado de imunossupressão grave por não adesão medicamentosa contra o HIV (CD4: 85 células), apresentou quadro de diarreia crônica, síndrome consumptiva e odinofagia. Em avaliação endoscópica, havia a presença de exulcerações e ulcerações longitudinais em esôfago e reto, sugerindo invasão por citomegalovírus (CMV). O paciente estava com pancitopenia em investigação e com neutrófilos totais em 600 células/mm³.

A maneira custo-efetiva de tentar o diagnóstico e iniciar o tratamento é:

- (A) dosagem de sorologias para CMV IgM e IgG, considerando a positividade ao menos da IgM;
- (B) cultura viral convencional pareando os espécimes e unidades no sangue e nas fezes;
- (C) antigenemia (pp65) em sangue total negativa, que excluiria a citomegalovirose;
- (D) PCR qualitativo negativo no plasma, que excluiria doença invasiva por CMV;
- (E) histopatologia com corpos de inclusão intranucleares basofílicos, que sugere doença ativa por CMV.

33

Um paciente em pós-operatório iniciou um quadro de pseudo-obstrução colônica com distensão abdominal, vômitos e dor intensa em todo o abdômen. Após avaliação dos exames complementares e evolução clínica, a equipe médica decidiu iniciar tratamento com neostigmina venosa.

Nesse contexto, está recomendada a seguinte conduta durante a infusão venosa da neostigmina:

- (A) glicemia capilar, pelo risco de hipoglicemia grave e sintomática;
- (B) monitorização invasiva da pressão arterial, pelo risco de hipotensão;
- (C) monitorização cardíaca contínua, pelo risco de bradicardia acentuada;
- (D) dosagem de hemograma após a infusão, pela possibilidade de neutropenia grave;
- (E) monitorização clínica relacionada ao alto risco de síndrome de Stevens-Johnson.

34

Uma mulher de 50 anos, que vinha em acompanhamento oncológico por câncer de mama, é internada com dor óssea refratária às medicações orais. Foram detectadas metástases ósseas, hepáticas e pulmonares. A dor foi bem controlada e foram realizados todos os exames pertinentes ao quadro clínico apresentado. Além disso, a equipe médica discutiu sobre a importância da avaliação da espiritualidade da paciente.

Em relação à avaliação da espiritualidade em pacientes que estão em cuidados paliativos, é correto afirmar que:

- (A) o rastreio da espiritualidade não está recomendado para pacientes em cuidados paliativos;
- (B) a avaliação da espiritualidade deve ser realizada apenas nos pacientes que se consideram religiosos;
- (C) o rastreamento breve da espiritualidade deve ser realizado apenas pelo serviço de capelania ou líderes religiosos;
- (D) angústia ou sofrimento espiritual pode amplificar outros tipos de sofrimento dos pacientes, como a dor física ou emocional;
- (E) os pacientes e cuidadores geralmente não querem que sua espiritualidade seja abordada pelo profissional de saúde.

35

Um paciente de 31 anos tem história de tratamento antimicrobiano para “inflamação no testículo” há 3 semanas. Apesar de o desconforto ter melhorado, ele sentiu “algo estranho” no testículo esquerdo. Por tal motivo, procurou atendimento médico para nova avaliação. Ao exame, verifica-se uma massa testicular à esquerda, indolor à palpação. Não há outras alterações. O médico solicita, então, uma ultrassonografia da bolsa escrotal.

Diante da suspeita de câncer testicular, estão indicados os seguintes exames laboratoriais:

- (A) aspartato aminotransferase (TGO), calcitonina e CA 19-9;
- (B) antígeno carcinoembrionário (CEA), cromogranina A e CA 125;
- (C) alanina aminotransferase (TGP), CA 15-3 e fosfatase ácida total;
- (D) fosfatase alcalina, CA 72-4 e antígeno mucoide associado a carcinoma (MCA);
- (E) lactato desidrogenase (LDH), alfafetoproteína e beta gonadotrofina coriônica humana (Beta hCG).

36

Um paciente de 46 anos é levado ao pronto-socorro por seus familiares por ter apresentado crise convulsiva em sua residência. Segundo o relato, ele iniciara, há 4 dias, um quadro de cefaleia de forte intensidade, com alterações comportamentais e febre alta. Ao exame, encontrava-se desorientado, sonolento e com hemiparesia à esquerda. A pressão arterial era de 110 x 88 mmHg e a frequência cardíaca, de 98 batimentos por minuto. Foi realizada uma ressonância nuclear magnética, em que foram evidenciadas áreas de hiperintensidade nos lobos temporais bilateralmente. Em seguida, foi realizada uma punção líquórica. No líquido, foi encontrado um aumento de proteínas e leucócitos (com predomínio de linfócitos). Os demais exames solicitados no líquido ainda estavam pendentes.

Diante dessa apresentação clínica e da possibilidade de encefalite herpética, além da terapia de suporte clínico, a conduta mais adequada é:

- (A) aguardar todos os resultados do líquido para iniciar o tratamento;
- (B) coletar sorologia para herpes simplex no soro e aguardar o resultado para iniciar o tratamento;
- (C) programar biópsia cerebral com urgência visando a estabelecer o diagnóstico definitivo;
- (D) iniciar corticoide venoso em dose alta para evitar a formação de edema de torno das lesões cerebrais e prevenir sequelas de uma possível meningite;
- (E) iniciar aciclovir pela via venosa, enquanto se aguarda a confirmação do diagnóstico de encefalite herpética ou até que outro diagnóstico seja feito.

Gastroenterologia

37

Paciente de 25 anos, proveniente de Pernambuco, procura o gastroenterologista devido a hemorragia digestiva alta (HDA). Na EDA, verifica-se a presença de varizes de esôfago de médio e grosso calibres; no exame físico, constata-se a presença de esplenomegalia e plaquetopenia.

No caso de diagnóstico de hipertensão porta por esquistossomose mansônica, está será classificada como:

- (A) sinusoidal;
- (B) pós-sinusoidal;
- (C) pré-sinusoidal;
- (D) supra-hepática;
- (E) perissinusoidal.

38

Mulher de 30 anos apresenta quadro de dor em QSD, com sinal de Murphy positivo, febre e leucocitose. A ultrassonografia mostrou a presença de litíase biliar e parede biliar espessada.

A litogênese biliar é favorecida pelas condições abaixo citadas, EXCETO:

- (A) uso de anticoncepcionais;
- (B) cirrose hepática;
- (C) microesferocitose;
- (D) policitemia vera;
- (E) obesidade.

39

Mulher obesa, de 30 anos, múltipara, procura a emergência com quadro de dor em QSD. Ultrassonografia de abdômen revela a presença de colelitíase e dilatação da via biliar extra-hepática com colédoco medindo 15 mm.

A melhor conduta terapêutica é:

- (A) colecistectomia laparoscópica;
- (B) ecoendoscopia;
- (C) colecistectomia por laparotomia;
- (D) ecoendoscopia seguida de CPER e papilotomia;
- (E) colangioressonância magnética.

40

Paciente jovem soropositivo para os vírus HBV (HBsAg reativo, HBeAg) e HIV apresenta manifestações extra-hepáticas do vírus da hepatite B.

NÃO é considerada manifestação extra-hepática do HBV a seguinte condição:

- (A) poliarterite nodosa;
- (B) síndrome do tipo soro-like;
- (C) glomerulonefrite membranosa;
- (D) artralgias e artrite;
- (E) gastrite crônica.

41

Mulher jovem em uso de anticoncepcional oral procura a ginecologista para a realização de exames periódicos. Na ultrassonografia de abdômen, percebe-se a presença de lesão hiperecogênica, de 2,5 cm em segmento VI. Na ressonância magnética de abdômen, verifica-se aspecto globuliforme e realce periférico de contraste. A alfafetoproteína é normal, assim como as enzimas hepáticas TGO e TGP.

A lesão nodular hepática descrita nesse caso é o(a):

- (A) hiperplasia nodular focal;
- (B) adenoma hepático;
- (C) carcinoma hepatocelular;
- (D) hemangioma hepático;
- (E) lipoma.

42

Mulher de 55 anos, com história de fadiga, prurido e elevação das enzimas canaliculares, apresenta hipotireoidismo e osteopenia.

O marcador laboratorial mais característico da colangite biliar primária é a presença de:

- (A) FAN (fator antinuclear);
- (B) antímúsculo liso;
- (C) antimicrosossomal;
- (D) antiactina;
- (E) antimitocôndria.

43

Paciente jovem de 30 anos com histórico de uso de drogas ilícitas injetáveis procura a unidade básica de saúde e realiza teste rápido que revela positividade para o HBsAg. É encaminhado pelo Sisreg para serviço especializado em hepatologia.

O melhor marcador de replicação viral na infecção pelo vírus B da hepatite é:

- (A) HBsAg;
- (B) HBeAg;
- (C) Anti-HBc (total);
- (D) Anti-HBc (IGM);
- (E) Anti-HBe.

44

Jovem de 17 anos procura a unidade básica de saúde por causa de icterícia, colúria e fadiga. Apresenta transaminases superiores a 2000, bilirrubina total de 10 mg/dl e história epidemiológica de contato sexual não protegido recente, embora em uso de PREP com o emprego de lamivudina e emtricitabine.

O tipo de hepatite de que se suspeita e seu período de incubação são, respectivamente:

- (A) hepatite B, 2 a 4 semanas;
- (B) hepatite A, 2 a 4 semanas;
- (C) hepatite C, 12 a 15 semanas;
- (D) hepatite delta, 4 a 6 semanas;
- (E) hepatite E, 14 a 16 semanas.

45

Paciente com histórico de hemotransusão no passado procura a unidade básica de saúde e realiza teste rápido para HBV e HCV, sendo o anti-HCV reativo. Encaminhado para serviço especializado em hepatologia, realiza pesquisa de carga viral para o HCV-RNA e genotipagem, com títulos elevados superiores a 1.000.000 UI/ml e genótipo 1. O estadiamento da doença confirma a presença de fibrose avançada com grau 3 (fibrose F3).

No tratamento atual da hepatite crônica pelo vírus C da hepatite, recomenda-se:

- (A) gamaglobulina hiperimune (HBIg);
- (B) lamivudina;
- (C) tenofovir + lamivudina;
- (D) interferon + ribavirina;
- (E) sofosbuvir + velpatasvir.

46

A causa mais frequente de hemorragia digestiva alta é:

- (A) varizes de esôfago;
- (B) angiodisplasia;
- (C) síndrome de Mallory-Weiss;
- (D) doença ulcerosa péptica;
- (E) gastrite aguda erosiva.

47

Paciente jovem, do sexo feminino, procura a unidade de gastroenterologia com quadro de dor na fossa ilíaca esquerda (FID), emagrecimento e alternância do ritmo intestinal. Colonoscopia revela a presença de ileíte erosiva com diagnóstico histológico e radiológico de doença de Crohn.

Nesse caso de ileíte, pode haver dificuldade de reabsorção de:

- (A) cobre;
- (B) ferro;
- (C) zinco;
- (D) sais biliares;
- (E) magnésio

Medicina Intensiva

48

Um paciente de 25 anos apresentou um quadro de crise convulsiva e, em consequência, aspirou uma grande quantidade de material gástrico. Encontra-se, no momento, em ventilação mecânica. Os parâmetros respiratórios são os seguintes:

- FiO₂ 100%;
- PEEP 5;
- volume corrente 6mL/kg;
- pressão de plateau 29.

Seus parâmetros gasométricos são:

- Po₂ 48 mmHg;
- Pco₂ 57 mmHg;
- pH 7,20.

Considerando-se esses dados, o(s) ajuste(s) seguinte(s) na ventilação mecânica deve(m) ser:

- (A) aumentar a PEEP e diminuir a frequência respiratória;
- (B) reduzir o volume corrente;
- (C) reduzir a PEEP e aumentar o volume corrente;
- (D) aumentar a PEEP e reduzir o volume corrente;
- (E) aumentar a PEEP, reduzir o volume corrente e aumentar a frequência respiratória.

49

Um paciente de 76 anos, que se apresenta confuso é levado para o CTI. As informações colhidas pela Emergência, com seus vizinhos indicam apenas que ele é portador de artrite. O SAMU encontrou, no local de resgate, inúmeras medicações, incluindo aspirina e acetaminofeno. O paciente encontra-se taquipneico e moderadamente taquicárdico. Os resultados primários da coleta laboratorial em seu sangue incluem:

- sódio 144 mEq/L;
- potássio 3,2 mEq/L;
- cloro 105 mEq/L;
- bicarbonato 22mEq/L.

A gasometria arterial revelou os seguintes dados:

- pH 7,48;
- PaCo₂ 30 mmHg;
- PaO₂ 30 mmHg;
- bicarbonato 22mEq/L.

Considerados esses dados, é correto concluir que o(s) distúrbio(s) ácido-base presente(s) nesse caso é(são):

- (A) alcalose metabólica;
- (B) alcalose respiratória;
- (C) alcalose respiratória associada a acidose metabólica com ânion gap alto;
- (D) alcalose metabólica e acidose respiratória;
- (E) acidose metabólica com ânion gap alto e acidose respiratória.

50

Considerados o quadro clínico descrito na questão anterior e o distúrbio metabólico em questão, é correto definir como diagnóstico etiológico:

- (A) psicose aguda;
- (B) ingestão crônica de salicilato;
- (C) toxicidade por uso de acetaminofeno;
- (D) inalação de metanol;
- (E) toxicidade por ingestão de etileno glicol.

51

Um paciente de 50 anos, pesando 70 kg, foi levado para a Emergência após alguns dias de libação alcoólica. Apresentava-se com uma taquicardia sinusal e níveis normais de pressão arterial. Encontrava-se letárgico, com fala incoerente. Ao chegar à Emergência, apresentou um episódio de convulsão tônico-clônica generalizada, que foi abordado com uso de benzodiazepínico IV.

Exames laboratoriais:

- Sódio: 110 mEq/L
- Potássio: 1.8 mEq/L
- Osmolaridade sérica: 230 mOsm/kg
- Osmolaridade urinária: 312 mOsm/kg
- Nível de etanol sérico: 250 mg/dL
- Glicose: 92 mg/dL
- Creatinina: 0,4 mg/dL

A conduta terapêutica mais correta nesse momento é:

- (A) soro fisiológico hipertônico (3%) IV a 70 mL/h por 4 h;
- (B) soro fisiológico hipertônico (3%) IV a 200 mL/h por 2 h;
- (C) soro fisiológico normotônico (0,9%) IV a 100 mL/h por 4 h;
- (D) soro fisiológico normotônico (0,9%) IV a 1000 mL/h por 4 h;
- (E) soro fisiológico hipotônico (0,45%) IV a 150 mL/h por 4 h.

52

Após 8 horas de tratamento no paciente descrito na questão anterior, o nível sérico de sódio chega a 118mEq/L. Ele se encontra euvolêmico e mais responsivo.

O passo seguinte no tratamento desse paciente deverá ser:

- (A) iniciar ceftriaxona IV;
- (B) continuar a terapia em curso e recheckar o nível sérico do sódio a cada 6 horas;
- (C) interromper a administração de hidratação venosa e administrar uma dose de furosemida IV de 80 mg;
- (D) interromper a administração de hidratação venosa, restringir a ingestão de água livre e monitorar o nível sérico de sódio;
- (E) iniciar tratamento com hidroclorotiazida.

53

Um paciente de 40 anos queixa-se de uma sede persistente que se iniciou há 3 semanas. Ele tem ingerido muita água e tem ido ao banheiro aproximadamente 6 vezes por noite. Perdeu cerca de 3 kg nas últimas semanas e iniciou um tratamento com lítio por doença bipolar. Encontra-se hemodinamicamente estável. Seus exames de laboratório indicam:

- sódio sérico: 149 mEq/L
- osmolaridade urinária: 120mOsm/kg

O diagnóstico mais provável para esse paciente é:

- (A) desidratação induzida por diurético;
- (B) diabetes insipidus central;
- (C) diabetes insipidus nefrogênico;
- (D) diabetes mellitus;
- (E) ingestão excessiva de água por problemas psiquiátricos.

54

Uma paciente de 40 anos é submetida a uma laparotomia exploradora para lise de aderências com consequente oclusão intestinal e internada no CTI no pós-operatório com quadro de náuseas e vômitos. Encontra-se lúcida e orientada.

Sinais vitais:

- PA: 130 x 70 mmHg;
- FC: 70 bpm;
- FR: 18 irpm;
- Sat O₂: 99% em uso de 2L de O₂ por um cateter nasal.

Na ausculta pulmonar, havia roncos na base direita. Resultado das provas laboratoriais:

- Leucócitos: 5000 cel/cm³
- Hemoglobina 10 g/dL
- Plaquetas: 150000/microlitro
- Sódio: 135 mEq/L
- Potássio: 4 mEq/L
- Creatinina: 2 mg/dL
- Glicose: 100 mg/dL
- Procalcitonina: 0,20 mEq/L

Na radiografia de tórax, há um pequeno infiltrado no lobo inferior direito.

Com base nesses fatos, a conduta a ser adotada a seguir é:

- (A) observar;
- (B) iniciar ceftriaxona associada a azitromicina;
- (C) retornar com o paciente para o centro cirúrgico;
- (D) iniciar piperacilina-tazobactam associado a vancomicina;
- (E) submeter a paciente a uma broncoscopia.

55

Um paciente encontra-se no CTI pós transplante hepático quando apresenta aumento nos valores das provas de função hepática: TGO de 5000 U/L, TGP de 4300 U/L e bilirrubinas de 5,2 mg/dL. O INR foi de 1,3 para 2,7. O nível sérico de tacrolimus encontra-se na faixa terapêutica.

O passo seguinte é a realização de um(a):

- (A) biópsia hepática;
- (B) ultrassom com doppler hepático;
- (C) colangiorrressonância;
- (D) laparoscopia;
- (E) laparotomia.

56

Um paciente de 66 anos foi submetido a uma artroplastia total de quadril devido a uma osteoartrite. No segundo dia de pós-operatório, ele apresenta uma alteração respiratória com necessidade de frações de oxigênio crescentes associada a confusão mental. Apresenta, em seguida, um quadro de *rash* cutâneo na axila esquerda. Doze horas depois, necessita ser intubado e colocado em ventilação mecânica.

O diagnóstico etiológico mais provável dessa complicação é:

- (A) síndrome de disfunção respiratória do adulto;
- (B) embolia pulmonar;
- (C) síndrome de choque tóxico;
- (D) pneumonia;
- (E) embolia gordurosa.

57

Para tratamento da complicação citada na questão anterior, deve(m)-se utilizar:

- (A) antibioticoterapia de amplo espectro;
- (B) medidas de suporte ventilatório;
- (C) corticoides;
- (D) anticoagulantes;
- (E) medicação antiviral.

58

Um paciente de 70 anos com história de demência é admitido no CTI com história de broncoaspiração complicada com uma síndrome de disfunção respiratória aguda. Hoje se encontra no quarto dia de ventilação mecânica. Está sendo nutrido por nutrição enteral. O médico é informado de que o paciente apresentou vários episódios de diarreia.

Tendo em vista esse quadro clínico, o próximo passo no tratamento desse paciente será:

- (A) suspender a dieta enteral;
- (B) oferecer um bolus de cristalóide IV;
- (C) iniciar nutrição parenteral associada a enteral;
- (D) aumentar a concentração da dieta enteral;
- (E) continuar a nutrição enteral nas mesmas concentração e velocidade de infusão.

Nutrologia

59

Pacientes desnutridos graves com perda de peso acentuada são a prática diária na cirurgia. O cálculo de energia para esses pacientes pode ser feito de várias formas, mas atualmente a utilização da regra de bolso (ESPEN) facilita e torna prática a quantificação da meta calórica. Já a meta proteica também é bem estimada nesses pacientes pelas diretrizes de terapia nutricional. Considere um paciente com 50 quilos, estável, que será operado de uma colectomia direita e apresenta desnutrição grave, mas se alimenta de dieta oral sólida.

Utilizando a regra de bolso, as metas calóricas e proteicas que devem ser prescritas para ele são, respectivamente:

- (A) 750 calorias, 52 g de proteína;
- (B) 750 calorias, 200 g de proteína;
- (C) 1000 calorias, 50 g de proteína;
- (D) 1500 calorias, 75 g de proteína;
- (E) 2250 calorias, 150 g de proteína.

60

Pacientes submetidos a cirurgia de *bypass* gástrico com Y de Roux apresentam deficiências precoces e tardias de macro e micronutrientes.

A afirmativa que explica corretamente as deficiências pós-cirurgias de *bypass* gástrico com Y de Roux é:

- (A) a hipoproteïnemia, encontrada em cerca de 50% dos pacientes de forma tardia, é causada por deficiência de absorção no íleo proximal;
- (B) a deficiência de zinco é rara, apesar da baixa ingestão do mineral no pós-operatório de cirurgia bariátrica. A absorção de zinco está relacionada com a de proteína, que está reduzida no *bypass* gástrico;
- (C) a deficiência de vitamina B12 está relacionada com a absorção de ferro, por conta da exclusão gástrica. A absorção da vitamina B12 depende do fator intrínseco gástrico que facilita sua absorção no duodeno;
- (D) a deficiência de cálcio e vitamina D é muito frequente pós-*bypass* com Y de Roux, visto que ambos são absorvidos no duodeno e dependem da absorção de gordura no duodeno e jejuno proximal para estabilização;
- (E) a anemia causada por deficiência de absorção de ferro é a complicação mais frequente pós-cirurgia bariátrica. A baixa ingestão de carne vermelha e a exclusão gástrica são os principais fatores desencadeantes.

61

Paciente internado com quadro de semioclusão intestinal por estenose de íleo distal por doença de Crohn apresenta distensão abdominal e se alimenta com dieta líquida, não tolerando alimentos sólidos. Perdeu 18% do seu peso corporal nos últimos 6 meses. Apresenta anemia ao hemograma e sua albumina sérica é de 3,2 g/dl. Será submetido a cirurgia com possível ressecção de segmento de intestino delgado.

O melhor plano terapêutico no pré-operatório para esse paciente é:

- (A) iniciar suplementação oral proteica e dieta enteral por catéter de 10 a 14 dias no pré-operatório;
- (B) iniciar corticoide oral por 5 dias e operar o paciente iniciando nutrição parenteral no pós-operatório;
- (C) iniciar dieta zero, associar nutrição parenteral por 3 dias para deixar o intestino em repouso e diminuir inflamação;
- (D) operar o paciente, realizar uma jejunostomia alimentar, nutrir por 30 dias e depois realizar a ressecção intestinal;
- (E) hidratar o paciente com soluções cristalóides balanceadas por via venosa por 2 dias, realizar a ressecção intestinal e iniciar nutrição parenteral no pós-operatório.

62

Pacientes desnutridos graves com estenose pilórica devem ser alimentados por meio de nutrição parenteral (NPT). Porém, há um risco alto de complicações metabólicas.

Em relação às medidas que visam a minimizar as complicações relacionadas à nutrição parenteral, é correto afirmar que:

- (A) deve-se iniciar com a dose calórica plena, considerando-se um cálculo calórico de 20 a 25 calorias/kg, e realizar monitorização plena de glicemia;
- (B) deverá obrigatoriamente ser iniciada infusão de insulina regular para controle da glicemia em intervalos regulares;
- (C) a reposição de fósforo, magnésio, cálcio e potássio antes e durante a infusão de NPT minimiza a síndrome de realimentação;
- (D) pacientes desnutridos graves com essa etiologia apresentam uma perda grande de potássio e sódio, sendo necessária a reposição em doses maiores desses eletrólitos;
- (E) pacientes desnutridos graves com essa etiologia precisam de volumes maiores de nutrição parenteral para regularização das necessidades proteico-calóricas e para otimizar sua reposição hidroeletrólítica.

63

Pacientes cirúrgicos, no pré-operatório, por vezes necessitam de nutrição parenteral para preparo nutricional, principalmente quando se trata de desnutridos graves.

Têm indicação de início de nutrição parenteral (exclusiva ou não) no pré-operatório os pacientes:

- (A) com desnutrição moderada com diagnóstico de câncer sigmoide que ainda evacua fezes diarreicas e nos quais o colonoscópio não ultrapassa a lesão;
- (B) com lesão de antro gástrico maligna que permitiu a passagem de catéter enteral, mas que não obtiveram aumento do VET superior a 40%, em 5 dias, com dieta parenteral;
- (C) com câncer de cabeça de pâncreas icterico com duodeno pérvio, desnutridos graves;
- (D) desnutridos graves com doença de Crohn ativa no íleo distal e indicação de ressecção;
- (E) com fístula de cólon pós-diverticulite aguda no período pré-ressecção de sigmoide.

64

A nutrição parenteral em pacientes cirúrgicos pode ser feita, no que tange ao acesso venoso, tanto por via central quanto por via periférica. Há algumas diferenças e necessidades importantes para a escolha de uma ou outra via.

Em relação à escolha do acesso para nutrição parenteral em pacientes cirúrgicos, é correto afirmar que:

- (A) não há diferença quanto à formulação da solução para nutrição parenteral por via periférica ou central;
- (B) a nutrição parenteral periférica pode ser utilizada por mais de 30 dias sem nenhum prejuízo clínico;
- (C) a nutrição parenteral periférica apresenta maiores complicações metabólicas em relação à nutrição parenteral por via central;
- (D) nutrição parenteral por via periférica não está indicada em pacientes em pós-operatório de cirurgias abdominais de grande porte;
- (E) a nutrição parenteral por via periférica atualmente deve ser a primeira escolha em pacientes que desenvolvem íleo metabólico primário no pós-operatório, desde que haja bons acessos venosos.

65

Homem com DPOC por tabagismo, 57 anos, desenvolve pneumonia comunitária que evolui para insuficiência respiratória e necessidade de intubação e ventilação mecânica. Conversando com a família, o médico consegue calcular o *Nutritional Risk Score* (NRS) do paciente, que é de 5. Paciente está estável hemodinamicamente no CTI, com noradrenalina em dose baixa, diurese presente e acoplado ao ventilador.

O diagnóstico nutricional e o plano terapêutico inicial para esse paciente são, respectivamente:

- (A) desnutrição moderada. Dieta zero por 48 horas para estabilização clínica, seguida por dieta enteral por catéter nasogástrico, com cálculo de 30 cal/kg de peso;
- (B) desnutrição grave. Dieta enteral por catéter nasogástrico, com cálculo de 15 cal/kg de peso;
- (C) desnutrição grave. Dieta enteral por catéter nasogástrico, com cálculo de 35 cal/kg de peso;
- (D) risco nutricional. Dieta enteral por catéter nasogástrico, com cálculo de 15 cal/kg de peso;
- (E) desnutrição grave. Dieta enteral no 3º dia de internação, com cálculo de 15 cal/kg de peso.

66

Paciente é diagnosticado com câncer gástrico e estenose pilórica que impede a alimentação. É desnutrido crônico grave, porém ainda tem reserva metabólica para realização de cirurgia. Foi iniciada nutrição parenteral exclusiva por veia central. Após 12 dias de terapia nutricional, apresenta confusão mental, astenia, tremores de extremidades com dificuldade de se manter em pé e miofasciculações em musculatura de membros inferiores. Evolui para deficiência visual com movimentos oculares anormais. O exame físico demonstra hipotensão arterial e taquicardia, mas não há sinais de choque.

O diagnóstico dessa situação clínica e o tratamento adequado são, respectivamente:

- (A) encefalopatia de Wernicke. Tiamina venosa;
- (B) síndrome de Sheehan. Corticoide venoso;
- (C) síndrome de Plummer-Vision. Hidratação venosa com reposição de sódio e potássio em grandes quantidades;
- (D) síndrome de realimentação. Reposição de fósforo e magnésio por via endovenosa;
- (E) retenção nitrogenada aguda. Redução da nutrição parenteral, monitorização de função renal, eventual hemodiálise.

67

Paciente submetido a pancreatemia distal por tumor de cauda pancreática. No pré-operatório, não apresentava sinais de desnutrição e fez suplementação oral com fórmula hiperproteica. No 4º dia de pós-operatório apresentou saída de secreção esbranquiçada pelo dreno cavitário. O volume inicial foi de 100 ml em 24 horas, mas, após 3 dias, a drenagem era de mais de 500 ml de secreção leitosa, e o paciente encontrava-se prostrado e desidratado, sem sinais de sepse.

O diagnóstico dessa complicação e o tratamento nutricional adequado são, respectivamente:

- (A) trombose da veia esplênica; dieta enteral;
- (B) ascite quilosa; nutrição parenteral exclusiva;
- (C) abscesso intra-cavitário; dieta enteral;
- (D) fístula do coto pancreático; octreotida e dieta enteral oligomérica;
- (E) infarto esplênico; dieta enteral polimérica.

68

Em pós-operatório tardio de ressecção de tumor de cólon, uma paciente apresentou deiscência de anastomose. Estava em nutrição parenteral total (NPT), evoluindo bem das complicações cirúrgicas, quando percebeu certa dificuldade de deambulação duas semanas antes. Sua principal queixa era não conseguir digitar no celular, referindo redução da acuidade visual. Com o passar do tempo, 4 semanas em NPT, apresentou piora clínica com hipotensão sintomática. Exames demonstraram leucocitose com desvio e hiperlactatemia. prontamente, foi iniciado antibiótico, sem a melhora esperada. A paciente permaneceu hipotensa, com noradrenalina em dose baixa, sem mudança nos exames por 3 dias, quando reduziu a interação. Conseguiu manter a atenção, mas estava confusa. O médico não encontrou um foco infeccioso e, antes que fosse trocado o antibiótico, percebeu o que poderia estar acontecendo.

Diante do quadro, a conduta do médico clínico chamado para acompanhar a paciente foi:

- (A) acrescentar antifúngico;
- (B) realizar tomografia de crânio;
- (C) realizar punção lombar;
- (D) prescrever tiamina parenteral;
- (E) acrescentar vasopressina.

69

Uma paciente, de 69 anos foi internada por desorientação e sonolência iniciados 5 dias antes da internação. O quadro foi precedido por anorexia, náusea, aumento da diurese e constipação 2 meses antes. Encontrava-se com mucosas secas, porém estável hemodinamicamente. O exame laboratorial não revelou indícios de infecção. No entanto, havia elevação discreta de escórias nitrogenadas e hipercalcemia corrigida de 17 mg/dl (normal: 8 a 10 mg/dl).

No que se refere às manifestações clínicas e ao tratamento do caso acima, é correto afirmar que:

- (A) a paciente apresenta hipercalcemia grave e sintomática. Necessita de tratamento urgente com solução salina intravenosa em grande volume (200 a 300 ml/h), calcitonina 4µg/kg subcutânea e bisfosfonato parenteral;
- (B) os sintomas descritos são compatíveis com hipercalemia, exceto a poliúria e a constipação. O tratamento deve incluir hidratação venosa, corticoide e bisfosfonato parenteral;
- (C) a paciente tem hipercalcemia relacionada a malignidade, devendo ser realizada tomografia com contraste do tórax, abdômen e pelve para buscar a causa da neoplasia. Dessa forma, a melhor terapia será instituída;
- (D) os níveis de cálcio sérico corrigidos acima de 14 mg/dl já determinam gravidade e pronto tratamento sintomático. O corticoide é a droga inicial mais importante, uma vez que sua ação é rápida e impede a absorção de vitamina D intestinal, além da produção de calcitriol em processos granulomatosos e infecciosos;
- (E) o fato de a paciente estar estável hemodinamicamente torna o eletrocardiograma desnecessário. O tratamento com salina isotônica associada a furosemida tem sido recomendado mesmo em casos com boa função cardíaca.

Pediatria

70

Um recém-nascido com 24 horas de vida foi submetido ao teste da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho). A saturação de O₂ foi de 92% no membro superior direito e 91% no membro inferior esquerdo na primeira aferição.

Diante desse resultado, a criança deverá:

- (A) ter alta, pois o teste foi negativo;
- (B) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi positivo;
- (C) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi duvidoso;
- (D) repetir o teste após uma hora, pois o teste foi duvidoso;
- (E) realizar avaliação cardiológica após a alta, pois o teste foi positivo.

71

Um lactente de 9 meses, com fácies sindrômica, assintomático, apresenta ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas com desdobramento variável da segunda bulha, sopro sistólico 2+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa, sem irradiação, que diminui com a posição sentada. Os pulsos femorais são palpáveis.

Nesse caso, o médico deve:

- (A) internar a criança para realização de exames;
- (B) encaminhar a criança para avaliação do cardiopediatra;
- (C) iniciar medicação cardiológica (furosemida e captopril);
- (D) solicitar teste de oximetria de pulso;
- (E) considerar o achado como funcional, sem necessidade de encaminhamento.

72

Uma lactente de 8 meses, com febre de 38,5 °C, coriza e tosse, foi levada ao posto de saúde para ser vacinada para influenza pela primeira vez.

Considerando o estado dessa lactente, a equipe do posto de saúde deve:

- (A) aguardar a remissão do quadro febril para vacinar a criança;
- (B) vacinar a criança com dose única da vacina;
- (C) vacinar a criança e indicar seu retorno ao posto após 1 mês para dose de reforço;
- (D) aguardar 15 dias após o desaparecimento de todos os sintomas para vacinar a criança;
- (E) vacinar a criança após 12 meses, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações.

73

Uma criança de 2 anos, portadora de síndrome de Down, sem queixas, compareceu à consulta de rotina.

De acordo com o protocolo de acompanhamento dos portadores de síndrome de Down, o médico deve:

- (A) solicitar acompanhamento com neuropediatria;
- (B) solicitar tomografia computadorizada do crânio;
- (C) solicitar avaliação da acuidade auditiva e visual;
- (D) dar orientações gerais, sem necessidade de exames complementares ou encaminhamento;
- (E) encaminhar o paciente para a nutricionista pelo maior risco de déficit pênico-estatural.

74

Um escolar de 9 anos é levado à emergência com tosse seca, taquidispneia moderada, tiragens intercostais, acianótico em ar ambiente e com sibilos difusos à ausculta pulmonar.

Esse paciente deve ser medicado com:

- (A) dropropizina xarope;
- (B) nebulização com acetilcisteína;
- (C) ambroxol xarope;
- (D) salbutamol spray utilizado com espaçador;
- (E) nebulização com brometo de ipratrópio.

75

Uma professora encaminha criança de 6 anos, cursando o primeiro ano do Ensino Fundamental, ao serviço de saúde devido a dificuldade de aprendizado e hiperatividade.

Nessa situação, o médico deve:

- (A) solicitar avaliação auditiva e oftalmológica;
- (B) prescrever metilfenidato;
- (C) encaminhar a criança ao psiquiatra infantil;
- (D) solicitar mudança de turma na escola;
- (E) prescrever zinco e magnésio.

76

Um escolar de 10 anos apresenta queixa de cansaço, dores nas pernas que o acordam durante a noite e emagrecimento de 2 kg no último mês. Apresenta as seguintes alterações ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa 3+/4+, sopro sistólico 2+/6+ em bordo esternal esquerdo, taquicardia (FC = 120 bpm), fígado a 2,5 cm do RCD, ponta de baço palpável, dor à palpação do terço proximal da tibia bilateralmente e petéquias esparsas em membros.

O quadro clínico é sugestivo de:

- (A) anemia falciforme;
- (B) leucemia;
- (C) zika vírus;
- (D) endocardite infecciosa;
- (E) toxoplasmose.

77

Na avaliação de rotina de uma criança de 7 anos, foi observado ganho ponderal excessivo nos últimos 6 meses.

Em relação à realização de exercícios físicos, o paciente deve ser orientado a:

- (A) evitar atividades de flexibilidade pelo risco de lesões articulares;
- (B) evitar exercícios ao ar livre, devido à exposição solar;
- (C) priorizar exercícios extenuantes que estimulam a produção do hormônio de crescimento;
- (D) fazer 60 minutos diários de atividade física de moderada a vigorosa intensidade;
- (E) iniciar atividades físicas estruturadas (danças, lutas, esportes coletivos) após os 8 anos.

78

Criança de 3 anos, bom estado geral, sem doença prévia, com pais saudáveis, deverá ser submetida a herniorrafia inguinal esquerda programada.

A avaliação pré-operatória recomendada para esse paciente consiste em:

- (A) solicitação de hemograma, tempo de sangramento, radiografia de tórax e avaliação clínica pelo cardiologista;
- (B) solicitação de hemograma, tempo de atividade protrombina, ecocardiograma e avaliação clínica pelo pediatra assistente;
- (C) solicitação de hemograma, tempo de sangramento, radiografia de tórax e avaliação clínica do anestesista no dia do procedimento;
- (D) solicitação de grupo sanguíneo/RH, hemograma, tempo de sangramento, radiografia de tórax e avaliação clínica pelo pediatra assistente;
- (E) avaliação clínica pelo pediatra assistente, sem solicitação de exames laboratoriais e de imagem prévios, e consulta anestésica no dia do procedimento.

79

A abordagem de lactente de 2 meses, saudável, em bom estado geral, com aleitamento materno exclusivo, apresentando proctocolite alérgica, é:

- (A) iniciar dieta isenta de proteína do leite de vaca para a mãe até 6 meses de idade e dosar IgE específica contra caseína e proteínas do soro do leite de vaca e soja no lactente;
- (B) iniciar fórmula hidrolisada para lactente, manter aleitamento materno complementar e realizar hemograma, coagulograma e corpocultura no lactente;
- (C) iniciar fórmula hidrolisada para lactente, suspender aleitamento materno e dosar IgE sérica específica contra caseína e proteínas do soro leite de vaca;
- (D) iniciar dieta isenta de proteína do leite de vaca para a mãe, não realizar exames laboratoriais, reavaliar lactente após 4 semanas, avaliar reintrodução de proteínas;
- (E) iniciar fórmula de aminoácidos para lactente, suspender aleitamento materno e realizar hemograma, coagulograma e corpocultura no lactente.

80

Um menino de 5 anos é trazido para consulta pediátrica na unidade básica de saúde, por estar apresentando perda de peso há 2 meses, esteatorreia, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Traz um exame parasitológico de fezes, que indica a presença de *Giardia lamblia*.

O único antiparasitário disponível para dispensação é o albendazol, que, nesse caso:

- (A) deve ser prescrito em uma dose diária por 3 dias, sem necessidade de repetir;
- (B) deve ser prescrito em uma dose diária por 7 dias e repetido após 1 semana;
- (C) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias, sem necessidade de repetir;
- (D) deve ser prescrito em uma dose única e repetido após 7 dias;
- (E) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias e repetido após 7 dias.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

