

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## PRÉ-REQUISITO

# ENDOSCOPIA

### PROVA OBJETIVA - TIPO 1



#### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



#### 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 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 prova!**



## Clínica Médica

1

Em uma enfermaria de clínica médica, internou-se uma paciente com lesões líticas visualizadas na tomografia de coluna lombar. Ao exame físico, ela apresentava sonolência, fraqueza e desidratação.

Um familiar relatou que o quadro se agravou há uma semana. Também havia constipação no último mês quando deixou de deambular devido às dores dorsais. Exames complementares demonstravam: anemia normocítica e normocrômica (Hb 8,5 g/dL), cálcio sérico em 14,2 mg/dL, globulina em 10 g/dL, albumina em 3,2 g/dL.

Sobre o caso descrito e a conduta adequada, é correto afirmar que

- (A) o paratormônio (PTH) sérico aferido deve estar por volta de 80 pg/mL, sendo necessária a investigação das paratireoides.
- (B) as medidas de suporte imediato prescritas são clister glicerinado, hemotransfusão e corticoide venoso.
- (C) a hidratação venosa é a terapia imediata ideal por haver hipercalcemia moderada.
- (D) a prescrição de salina isotônica venosa, calcitonina subcutânea e bisfosfonatos intravenosos é necessária ao tratamento da hipercalcemia grave.
- (E) estamos diante de hipercalcemia da malignidade e a melhor conduta imediata será um aspirado de medula óssea em busca de pico monoclonal.

2

Maria, 28 anos, professora, procurou atendimento médico queixando-se de fadiga progressiva há quatro meses, associada à palidez cutâneo-mucosa, dispneia aos esforços e palpitações. Referia menorragia desde a menarca, com ciclos menstruais regulares de 28 dias, porém com fluxo intenso durando oito dias. Negava melena, hematoquezia ou outras perdas sanguíneas. Relatava alimentação variada, sem restrições dietéticas.

Ao exame físico, apresentava palidez cutâneo-mucosa 2+/4+, frequência cardíaca de 102 bpm, pressão arterial de 110 x 70 mmHg e sopro sistólico 2+/6+ no foco mitral. O restante do exame físico não apresentava alterações. Foram solicitados exames complementares para investigação diagnóstica.

Os parâmetros laboratoriais que caracterizam adequadamente o diagnóstico de anemia ferropriva, nessa paciente, compreendem

- (A) hemoglobina 8,5 g/dL, VCM 68 fL, HCM 22 pg, CHCM 28 g/dL, ferritina 8 ng/mL, ferro sérico 45 µg/dL, TIBC 420 µg/dL, índice de saturação de transferrina 11%, taxa de reticulócitos corrigido 0,8%.
- (B) hemoglobina 9,2 g/dL, VCM 105 fL, HCM 35 pg, CHCM 33 g/dL, ferritina 180 ng/mL, ferro sérico 65 µg/dL, TIBC 280 µg/dL, índice de saturação de transferrina 23%, taxa de reticulócitos corrigido 8,5%.
- (C) hemoglobina 7,8 g/dL, VCM 88 fL, HCM 29 pg, CHCM 34 g/dL, ferritina 30 ng/mL, ferro sérico 40 µg/dL, TIBC 180 µg/dL, índice de saturação de transferrina 22%, taxa de reticulócitos corrigido 0,5%.
- (D) hemoglobina 8,1 g/dL, VCM 72 fL, HCM 24 pg, CHCM 32 g/dL, ferritina 220 ng/mL, ferro sérico 40 µg/dL, TIBC 350 µg/dL, índice de saturação de transferrina 11%, taxa de reticulócitos corrigido 1,2%.
- (E) hemoglobina 9,0 g/dL, VCM 70 fL, HCM 23 pg, CHCM 29 g/dL, ferritina 25 ng/mL, ferro sérico 55 µg/dL, TIBC 320 µg/dL, índice de saturação de transferrina 17%, taxa de reticulócitos corrigido 12%.

**3**

Severino, 56 anos, etilista por 30 anos (consumo de 80g álcool/dia), é trazido ao pronto-socorro por familiares devido à dor abdominal difusa, febre (38,7 °C) e piora do estado geral há 3 dias. Refere parada do etilismo há 6 meses. Antecedente de duas internações prévias por descompensação de hepatopatia crônica.

Ao exame físico: regular estado geral, icterico (2+/4+), eupneico, FC 108 bpm, PA 100 x 60 mmHg, Tax 38,5 °C. Abdome distendido, doloroso difusamente, maciez móvel presente, sem sinais de irritação peritoneal. Presença de aranhas vasculares, eritema palmar e ginecomastia. Exames laboratoriais: Hb 9,2 g/dL, leucócitos 12.400/mm<sup>3</sup> (bastões 8%, segmentados 78%), plaquetas 89.000/mm<sup>3</sup>, ureia 78 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL, Na<sup>+</sup> 128 mEq/L, bilirrubina total 4,2 mg/dL (direta 3,0 mg/dL), ALT 45 U/L, AST 89 U/L, fosfatase alcalina 180 U/L, albumina sérica 2,1 g/dL, INR 2,1, tempo de protrombina 24 segundos (controle 12s). Paracentese diagnóstica: líquido amarelo-citrino turvo, proteínas 1,8 g/dL, albumina do líquido ascítico 0,9 g/dL, leucócitos 950/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 85%, linfócitos 15%), cultura em andamento.

O diagnóstico mais provável e o tratamento inicial adequado para esse paciente compreendem

- (A) peritonite bacteriana espontânea; suspensão de diuréticos, cefotaxima 2g EV 8/8h e albumina 1,5g/kg no 1º dia e 1g/kg no 3º dia.
- (B) peritonite bacteriana secundária; suspensão de diuréticos, ciprofloxacino 400mg EV 12/12h e drenagem cirúrgica de foco infeccioso.
- (C) síndrome hepatorenal tipo 1; expansão volêmica com albumina 1g/kg/dia, terlipressina 1-2 mg EV 6/6h e hemodiálise de urgência.
- (D) peritonite bacteriana espontânea; manutenção de diuréticos em dose reduzida, cefepime 2g EV 12/12h e albumina 1g/kg em dose única.
- (E) ascite neutrofílica; norfloxacin 400mg VO 12/12h, albumina 1,5 g/kg no 1º dia e paracentese evacuadora seriada.

**4**

Paciente masculino, 58 anos, submetido à ressecção intestinal extensa por neoplasia de cólon há 5 dias, evoluiu com distensão abdominal progressiva, náuseas, vômitos e ausência de eliminação de gases e fezes.

Ao exame físico, encontrava-se desidratado (2+/4+), emagrecido, mucosas hipocoradas, abdome distendido com ruídos hidroaéreos diminuídos, timpanismo difuso. Dados antropométricos: IMC atual 18,2 kg/m<sup>2</sup> (IMC habitual 24,8 kg/m<sup>2</sup>), perda ponderal de 12% nos últimos 3 meses. Exames: Hb 9,2 g/dL, albumina 2,1 g/dL, linfócitos 800/mm<sup>3</sup>, transferrina 120 mg/dL. Radiografia simples de abdome evidenciou múltiplas alças intestinais distendidas com níveis hidroaéreos. O escore de risco nutricional (NRS-2002) calculado foi de 6 pontos.

Considerando o quadro apresentado, a conduta nutricional mais adequada é

- (A) iniciar dieta enteral precoce, por sonda nasoentérica, com fórmula polimérica padrão.
- (B) aguardar resolução do íleo paralítico e iniciar dieta oral com suplementação proteica.
- (C) iniciar nutrição parenteral total com solução glicoproteica e lipídica.
- (D) implementar dieta enteral por gastrostomia com fórmula oligomérica.
- (E) prescrever apenas hidratação venosa e aguardar melhora clínica espontânea.

**5**

Paciente feminina, 62 anos, procura atendimento por fadiga progressiva há 6 meses, associada a episódios de confusão mental, irritabilidade e dificuldade de concentração. Refere ainda parestesias em membros inferiores com sensação de “queimação” nos pés e instabilidade à marcha. Nega etilismo, tabagismo ou uso de medicamentos.

Ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa (2+/4+), glossite atrófica, diminuição da sensibilidade vibratória e posicional em membros inferiores, sinal de Romberg positivo. Exames laboratoriais: Hb 8,2 g/dL, VCM 110 fL, leucócitos 3.200/mm<sup>3</sup>, plaquetas 98.000/mm<sup>3</sup>, LDH 890 U/L (VR: 120-480), bilirrubina indireta 2,8 mg/dL, ácido fólico normal. Esfregaço de sangue periférico revela neutrófilos hipersegmentados e macro-ovalócitos. Para estabelecer o diagnóstico etiológico mais provável, a combinação de exames mais adequada é

- (A) dosagem de ferro sérico, ferritina, endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal.
- (B) pesquisa de ovos e parasitas nas fezes, dosagem de anticorpos antiendométrio e colonoscopia.
- (C) teste de Schilling, dosagem de gastrina sérica e tomografia de abdome.
- (D) dosagem de anticorpos antiendométrio, endoscopia digestiva alta e biópsia duodenal.
- (E) dosagem de vitamina B12 sérica, anticorpos anti-fator intrínseco, anti-células parietais e endoscopia digestiva alta.

**6**

Mulher de 36 anos, submetida há 18 meses à cirurgia bariátrica tipo *bypass* gástrico em Y de Roux, comparece para acompanhamento ambulatorial. Relata perda de 42 kg desde o procedimento e mantém dieta com restrição calórica moderada. Nega sintomas neurológicos ou gastrointestinais atuais. Refere uso diário de polivitamínico completo e vitamina B12 sublingual. Questiona se é necessário realizar exames de rotina, já que se sente bem, e quer também saber quais nutrientes ainda exigem suplementação contínua.

Com base nas diretrizes atuais para o seguimento clínico de pacientes após cirurgia bariátrica, a abordagem mais adequada é

- (A) dispensar exames laboratoriais periódicos após 12 meses de cirurgia, devido à ausência de sintomas e à boa adesão aos polivitamínicos.
- (B) manter suplementação de ferro, cálcio com vitamina D, vitamina B12 sublingual e multivitamínico, com exames laboratoriais semestrais no segundo ano.
- (C) suplementar zinco e tiamina apenas se houver sintomas clínicos sugestivos de deficiência.
- (D) monitorar com hemograma e ferritina, já que outras deficiências são raras após 1 ano de cirurgia.
- (E) prescrever cianocobalamina injetável por ser preferida a qualquer forma oral ou sublingual, independentemente da adesão.

**7**

Homem de 45 anos, com diagnóstico de asma desde a infância, comparece ao ambulatório de Pneumologia por crises frequentes de dispneia, tosse seca noturna e sibilância nos últimos dois meses. Relata uso regular de budesonida/formoterol 12/400 mcg na forma de pó inalatório, duas vezes ao dia, e salbutamol inalatório conforme demanda, até três vezes por semana. Refere três episódios de exacerbação nos últimos seis meses, um deles necessitando corticosteroide oral.

Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, sem sibilos no momento. Espirometria mostra VEF<sub>1</sub> de 68% do previsto, com relação VEF<sub>1</sub>/CVF reduzida. Prova broncodilatadora positiva.

Diante do quadro, a abordagem mais adequada é

- (A) aumentar a dose do beta-agonista de curta ação de forma regular para controle de sintomas noturnos e reavaliar em um mês.
- (B) trocar a associação inalável por monoterapia com corticosteroide inalatório em alta dose.
- (C) orientar o uso das medicações e proteção contra alérgenos, solicitar dosagem sérica de IgE total e considerar fenótipo alérgico para terapias biológicas.
- (D) introduzir montelucaste como substituto do corticosteroide inalatório.
- (E) prescrever beta-agonista de liberação prolongada com antimuscarínico de longa ação para broncodilatação contínua.

**8**

Mulher de 33 anos, previamente hígida, procura atendimento ambulatorial com queixa de distensão abdominal recorrente, flatulência e fezes amolecidas há mais de um ano. Relata episódios frequentes de fadiga, além de história conhecida de anemia microcítica desde a adolescência, com múltiplas tentativas de reposição oral de ferro sem resposta hematológica satisfatória. Atualmente faz uso regular de polivitamínicos e cianocobalamina sublingual, sem melhora significativa do quadro. Exames recentes evidenciaram hemoglobina de 9,8 g/dL, ferritina de 7 ng/mL, vitamina D de 14 ng/mL e zinco sérico reduzido. Nega perda ponderal, cirurgias prévias, perda sanguíneas visíveis ou uso de anti-inflamatórios.

Com base no quadro clínico descrito, a conduta diagnóstica mais adequada frente à principal hipótese clínica é

- (A) iniciar dieta isenta de glúten e observar resposta clínica antes da realização de exames laboratoriais.
- (B) solicitar anticorpos antitransglutaminase tecidual IgG e antigliadina IgG como rastreio inicial.
- (C) encaminhar para endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal, visto que alterações sorológicas são frequentemente inespecíficas.
- (D) solicitar anticorpos antitransglutaminase tecidual IgA e antiendomísio IgA como exames iniciais.
- (E) realizar teste de absorção de xilose para confirmação de síndrome de má absorção intestinal.

**9**

Um paciente de 30 anos apresenta *pitting*, também conhecido como dedo em dedal. Tal condição se caracteriza por depressões puntiformes em leitos ungueais com tamanho e profundidades variáveis.

Um sinal que está ligado à doença é a(o)

- (A) psoríase.
- (B) sarcoidose.
- (C) sarcoma de Kaposi.
- (D) neoplasia linfoproliferativa.
- (E) fibrose pulmonar idiopática.

**10**

O FRAX, ferramenta criada pela Organização Mundial da Saúde, foi instituída para a seguinte condição patológica:

- (A) demência.
- (B) depressão.
- (C) osteoporose.
- (D) esteatose hepática.
- (E) linfoma não Hodgkin.

**11**

Um homem de 41 anos deu entrada, no serviço de Emergência, em estado clínico grave, com sinais de hipertensão intracraniana, pupilas pouco reativas, confusão mental e vômitos. Entre as medidas de suporte de emergência, na terapia farmacológica, foi usada a droga fomepizol.

A condição clínica que o paciente apresentava foi causada por intoxicação por

- (A) MDMA.
- (B) metanol.
- (C) amitriptilina.
- (D) butirofenona.
- (E) benzodiazepínico.

12

Paciente masculino de 38 anos procurou atendimento médico com história de 3 meses de evolução de cansaço e dispneia aos grandes esforços, que posteriormente evoluiu com cefaleia, tinnitus, redução da acuidade auditiva e edema de face. Ao exame físico, apresentava edema das fossas supraclaviculares, circulação colateral em pelerine, varizes do freio lingual e murmúrio vesicular reduzido em região paraesternal bilateralmente. O paciente relatava piora dos sintomas ao assumir o decúbito dorsal. Negava tabagismo e comorbidades prévias. A radiografia de tórax evidenciou alargamento do mediastino anterior e superior.

Considerando a apresentação clínica descrita, o diagnóstico mais provável é

- (A) tumor de células germinativas extragonadal.
- (B) bócio mergulhante da tireoide.
- (C) carcinoma tímico.
- (D) trombose do tronco braquiocéfálico.
- (E) tumor do sulco superior pulmonar (*Pancoast*).

13

Paciente masculino de 45 anos foi atendido pelo psiquiatra após inúmeras consultas com especialistas. Sua queixa principal descrevia quadro de síndrome dispéptica com empanzamento, distensão abdominal e receio de se alimentar. Também havia soluços recorrentes após alguns tipos de alimentos, pirose e dor em epigástrio.

No início do quadro, há um ano, os sintomas eram relacionados a alimentos gordurosos e carnes, motivando a evitar esses alimentos. Posteriormente, muitos tipos de alimentos como ervilhas, milho, leite e derivados foram excluídos da dieta por piorarem os sintomas. Passou a evitar alguns condimentos e pastas como purês e caldos grossos, devido à textura desses alimentos.

Durante o período de um ano, perdeu 15 kg (peso atual 45 kg) e está com IMC de 18 kg/m<sup>2</sup>. Trouxe alguns exames para a consulta, os quais demonstraram: endoscopia digestiva alta com gastrite leve; ultrassonografia com discreta esteatose hepática; tomografia de abdome e pelve não revelaram qualquer alteração significativa. Negou quaisquer outros sintomas em aparelhos e sistemas orgânicos, exceto pelo já descrito sobre o trato gastrointestinal. O paciente se mostrava insatisfeito e preocupado com o peso atual, porém não havia intenção de emagrecer ou descontentamento com sua percepção corporal previamente. O paciente relatou o divórcio seguido da brusca mudança na rotina e seus hábitos alimentares há um ano e meio com extrema tristeza. O paciente negava e não havia indícios de comportamento purgativo. Também não preencheu critérios para episódio depressivo maior.

Sobre o quadro clínico descrito, é correto afirmar que se trata de

- (A) anorexia nervosa, mesmo na ausência de alteração da percepção corporal e receio de ganhar peso.
- (B) episódio depressivo maior, sendo os sintomas alimentares secundários ao quadro psiquiátrico.
- (C) bulimia nervosa, considerando os episódios de soluços como comportamento compensatório.
- (D) transtorno de compulsão alimentar periódica, devido à perda ponderal significativa associada aos sintomas gastrointestinais.
- (E) transtorno de ingestão alimentar evitativo-restritivo, caracterizado pela evitação e sensibilidade a texturas alimentares, frequentemente associado a eventos estressores.

14

Paciente masculino, 48 anos, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor abdominal intensa em fossa ilíaca esquerda. Tomografia computadorizada evidenciou diverticulite aguda complicada por abscesso de 2,5 cm em sigmoide, sem sinais de perfuração livre. Iniciado antibioticoterapia endovenosa com piperacilina-tazobactam.

No 7º dia de internação, evoluiu com picos febris, aumento de leucócitos (16.000/mm<sup>3</sup>) e PCR (18 mg/dL). Perdeu 4 kg desde o início do quadro (peso atual: 68 kg; altura: 1,75 m; IMC: 22,2 kg/m<sup>2</sup>). Relata inapetência importante e consegue ingerir apenas líquidos em pequenas quantidades. Programada drenagem percutânea guiada por tomografia devido à piora dos parâmetros inflamatórios.

A conduta nutricional mais apropriada para esse paciente agora é

- (A) aplicar o NRS-2002 e iniciar nutrição parenteral total devido ao escore de risco elevado.
- (B) passar sonda nasogástrica pós-pilórica e iniciar dieta enteral oligomérica objetivando 25 a 30 kcal/kg de peso por dia.
- (C) calcular as necessidades nutricionais pela fórmula de Harris-Benedict e iniciar dieta enteral polimérica em torno de 42 mL/h.
- (D) aplicar o NRS-2002 e oferecer suporte nutricional suplementar entre 1,2 a 1,5 g de proteína/kg de peso/dia, preferencialmente por via oral.
- (E) iniciar nutrição parenteral suplementar imediatamente devido à grande chance de impossibilidade do uso do trato digestivo após a drenagem, mantendo a dieta oral conforme aceitação.

15

Maria, 28 anos, procura atendimento médico relatando diarreia crônica há 8 meses, com 4-5 evacuações diárias de consistência pastosa, associada a perda ponderal de 6 kg no período. Refere também fadiga, distensão abdominal pós-prandial e flatulência excessiva. Apresenta *Diabetes Mellitus* tipo 1 diagnosticado há 15 anos, em uso de insulina. Ao exame físico, apresenta IMC de 19 kg/m<sup>2</sup>, palidez cutânea discreta e distensão abdominal leve. Exames laboratoriais mostram hemoglobina de 10,2 g/dL, ferro sérico baixo e ferritina reduzida.

A abordagem diagnóstica mais adequada para investigar doença celíaca nessa paciente é

- (A) solicitar dosagem de anticorpo anti-transglutaminase tecidual IgA (tTG-IgA) e, se positivo, realizar endoscopia digestiva alta com biópsia de duodeno.
- (B) realizar endoscopia digestiva alta com biópsia de duodeno independentemente dos resultados sorológicos, devido ao alto risco para doença celíaca.
- (C) solicitar dosagem de anticorpo anti-gliadina nativa (AGA-IgA e AGA-IgG) como teste inicial de triagem.
- (D) dosagem de anticorpo anti-endomísio IgA (EMA-IgA) isoladamente, devido à sua alta especificidade diagnóstica.
- (E) solicitar dosagem de tTG-IgA com dosagem concomitante de IgA total e, independentemente do resultado, realizar endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal.

**16**

Roberto, 68 anos, é internado eletivamente para ressecção anterior baixa de reto por adenocarcinoma, com tempo cirúrgico estimado de 3 horas sob anestesia geral. Apresenta hipertensão arterial sistêmica controlada com losartana e *Diabetes Mellitus* tipo 2 em uso de metformina, com hemoglobina glicada de 7,1%.

Ao exame físico, encontra-se estável, normocorado, com pressão arterial de 140/85 mmHg e frequência cardíaca de 78 bpm. Nega dispnéia aos esforços habituais e refere conseguir subir dois lances de escada sem limitação. Não apresenta história de doença coronariana, insuficiência cardíaca ou doença cerebrovascular. Eletrocardiograma mostra ritmo sinusal sem alterações isquêmicas.

A conduta mais apropriada para avaliação pré-operatória do risco cardiovascular nesse paciente é

- (A) solicitar ecocardiograma transtorácico e teste ergométrico devido ao diabetes e hipertensão associados à cirurgia de risco cardiovascular intermediário.
- (B) realizar hemograma completo, bioquímica com função renal e hepática, coagulograma e tipagem sanguínea, considerando a capacidade funcional preservada e ausência de fatores de risco clínicos ativos.
- (C) solicitar reserva de concentrado de hemácias devido ao risco de sangramento na ressecção retal, além dos exames pré-operatórios de rotina.
- (D) realizar radiografia de tórax, ecocardiograma e dosagem de peptídeos natriuréticos para avaliação de insuficiência cardíaca subclínica.
- (E) prosseguir com a cirurgia sem exames complementares adicionais, considerando a ausência de sintomas cardiovasculares e eletrocardiograma normal.

**17**

Antônio, 82 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos, é acompanhado no ambulatório de geriatria. Nos últimos 18 meses, apresentou perda ponderal não intencional de 8 kg, com IMC atual de 19,5 kg/m<sup>2</sup>. A família relata episódios recorrentes de quedas domiciliares e diagnóstico recente de doença de Alzheimer moderada. Ao exame físico, evidencia-se sarcopenia com redução significativa da massa muscular e força de preensão palmar diminuída. Atualmente em uso de metformina 1 g duas vezes ao dia, com hemoglobina glicada de 7,8% e glicemias capilares de jejum variando entre 110-160 mg/dL.

As metas glicêmicas mais adequadas para esse paciente são

- (A) hemoglobina glicada menor que 7% e glicemia de jejum entre 80-130 mg/dL.
- (B) hemoglobina glicada menor que 7,5% e glicemia de jejum entre 90-150 mg/dL.
- (C) hemoglobina glicada menor que 8% e glicemia de jejum entre 90-150 mg/dL.
- (D) hemoglobina glicada menor que 8,5% e glicemia de jejum entre 100-180 mg/dL.
- (E) hemoglobina glicada menor que 8% e glicemia de jejum entre 80-130 mg/dL.

**18**

Um paciente de 56 anos foi atendido em ambulatório especializado em hipertensão resistente. Faz uso regular de anlodipino 5 mg duas vezes ao dia, losartana 50 mg duas vezes ao dia e hidroclorotiazida 25 mg uma vez ao dia. É portador de diabetes tipo 2 em uso de metformina 2 g/dia, com HbA<sub>1c</sub> de 7,2%. Mudanças no estilo de vida foram implementadas gradativamente. Ao exame, ictus propulsivo no 5º espaço intercostal esquerdo; pressão arterial em repouso de 150 × 90 mmHg e frequência cardíaca de 89 bpm. O eletrocardiograma sugeria hipertrofia ventricular esquerda; relação albumina/creatinina urinária de 200 mg/g e TFG estimada de 90 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. A MAPA revelou valores normais nas médias de vigília, 24 horas e sono.

Diante do caso apresentado, a conduta mais apropriada é

- (A) iniciar espironolactona 25 mg uma vez ao dia.
- (B) iniciar carvedilol 6,25 mg ao dia.
- (C) realizar ecocardiograma e rastreamento de hipertensão secundária.
- (D) substituir hidroclorotiazida pela indapamida.
- (E) manutenção das medidas farmacológicas e repetição da MAPA em 3 a 6 meses.

**19**

Um homem de 72 anos foi internado por desidratação e perda ponderal significativa nas últimas semanas.

No contexto da investigação, observou-se apatia e redução global da atividade motora. O paciente permanecia vígil, sem delírios ou alucinações evidentes, mas com marcada passividade frente a comandos simples. Em alguns momentos, recusava-se a se mover ou a realizar funções básicas, como fechar os olhos ou ajustar a respiração voluntariamente. Mantinha posturas rígidas por longos períodos e exibia aumento difuso do tônus muscular.

Em dias anteriores, foram observados episódios de ecolalia e ecopraxia. Os exames laboratoriais iniciais (hemograma, eletrólitos, função hepática e renal) estavam dentro da normalidade.

Considerando o quadro descrito, a conduta mais apropriada inclui

- (A) administração de antipsicótico intramuscular, uma vez que o quadro é compatível com delírium e exige reversão rápida.
- (B) início de antidepressivos tricíclicos, dado que se trata de um quadro sugestivo de depressão com apatia grave.
- (C) realização de exames de imagem cerebral, punção lombar, investigação laboratorial ampliada e início de lorazepam como tratamento empírico de catatonia.
- (D) introdução de levodopa, considerando tratar-se de uma doença degenerativa com rigidez axial, semelhante à doença de Parkinson.
- (E) abordagem imunológica com plasmaférese, visto que a síndrome descrita é compatível com síndrome da pessoa rígida (*stiff-person syndrome*).

**20**

Paciente feminina, 28 anos, foi internada pela quarta vez em um hospital de referência. As internações anteriores, ocorridas aos 13, 18 e 26 anos, estiveram relacionadas a episódios de sangramento atípico. Aos 13 anos, sangrou prolongadamente após uma amigdalectomia, necessitando de transfusão sanguínea, sendo a investigação inicial inconclusiva. Aos 18, apresentou sangramento uterino disfuncional que exigiu hospitalização, sem identificação de distúrbio da coagulação nem plaquetopenia. Aos 26, teve esquimoses extensas em ambos os braços após uma leve contusão. Atualmente, a paciente procurou o pronto-socorro com fraqueza progressiva e tontura. Havia realizado uma biópsia de pele recente para remoção de nevo suspeito, mas o sangramento do local persistiu por mais de 48 horas, motivando o uso de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais.

Ao exame físico, a paciente estava pálida, hipocorada, com frequência cardíaca de 105 bpm e pressão arterial de 105 x 60 mmHg. Estava lúcida, orientada, eutrófica e não apresentava sinais de gravidade aguda ou infecção. Negava uso de medicação regular ou doença prévia, exceto pelos episódios de sangramento. Seus exames demonstraram uma piora gradual da anemia: Hemoglobina 10 g/dL aos 26 anos, e atualmente 7,5 g/dL. Durante a internação, relatou alguns episódios de enterorragia discreta. A investigação de anemia demonstrou morfologia microcítica e hipocrômica, com reticulócitos corrigidos de 1,2%, ferritina 10 ng/mL, índice de saturação de transferrina 9%, TIBC: 420 mcg/dL. O médico responsável iniciou a investigação de anemia com colonoscopia, que revelou divertículo de Meckel, com erosões superficiais sem sangramento ativo. Ao revisar os exames, observou plaquetas de 160.000/mm<sup>3</sup> e um coagulograma normal (TP e PTTa dentro dos limites).

Considerando o histórico clínico, os achados do exame físico e os resultados laboratoriais, a conduta mais apropriada no momento seria

- (A) fazer transfusão de concentrado de plaquetas e avaliação do tempo de sangramento.
- (B) fazer transfusão de crioprecipitado e dosagem dos fatores de coagulação II, V, VII, IX e X.
- (C) realizar tomografia computadorizada abdominal para pesquisa de sangramento ativo e investigar deficiência de fator XIII.
- (D) solicitar painel para doenças autoimunes (FAN, anticorpo anticardiolipina), sorologias para HIV e hepatites virais e tipagem HLA.
- (E) pesquisa do antígeno de von Willebrand (VWF:Ag), dosagem da atividade do cofator de ristocetina (VWF:RCo) e atividade do fator VIII (FVIII:C).

**21**

Mulher de 58 anos foi internada para investigação de paraplegia em 72 horas de evolução, associada à perda urinária. Apresentava histórico de câncer de mama em tratamento quimioterápico por doença metastática óssea e pleural. Relatou febre de 38,5 °C na véspera e cansaço há 5 dias.

O exame físico demonstrava nível sensitivo em altura da 4ª vértebra torácica, redução da sensibilidade vibratória e propioceptiva e paraparesia espástica com sinais piramidais em ambos os membros inferiores. Havia dor em palpação de coluna torácica alta e presença de massa em topografia pélvica. Ao realizar a passagem de cateter vesical de demora, percebeu-se saída de aproximadamente 1 L de urina turva. O exame laboratorial de urgência demonstrou anemia normocítica e normocrômica, leucocitose com desvio e PCR ultrasensível elevada. Não havia alterações na bioquímica como disfunção renal ou hepática. Foram coletadas hemoculturas, pesquisa de elementos anormais urinários e urinocultura.

Sobre a abordagem desse quadro, é correto afirmar que

- (A) a urinálise sem piúria é comum, devendo-se pesquisar germes para uretrite.
- (B) não havendo sinais de sepse ou complicações como piora da função renal, dor no flanco ou pélvica, a paciente pode fazer o tratamento com antibiótico oral.
- (C) o ultrassom de abdome e vias urinárias pode detectar com maior precisão complicações renais.
- (D) será necessária a internação hospitalar com antibiótico parenteral e investigação com tomografia de abdome com contraste.
- (E) deve-se administrar ceftriaxona 1 g intravenoso, hidratação, analgesia e observação por 12h, propondo continuidade do tratamento em domicílio.

**22**

Paciente feminina de 20 anos, HIV positiva em uso de terapia antirretroviral (CD4 e carga viral não disponíveis), foi admitida com tumoração em região cervical e submandibular esquerda de início há 7 dias, acompanhada de febre não aferida, prostração, dificuldade de deglutição progressiva e trismo intenso, impedindo abertura oral em mais 1 cm. Relata histórico de fratura de dente recente na região mandibular esquerda.

Ao exame físico, apresenta-se taquicárdica (FC 110 bpm), febril (Tax: 38,8 °C), com massa endurecida, dolorosa e quente na região afetada, e dor à mobilização lateral do pescoço. Exames laboratoriais de urgência demonstram leucocitose de 18.000/mm<sup>3</sup> com desvio à esquerda (85% neutrófilos) e Proteína C Reativa (PCR) de 150 mg/L.

Na conduta diagnóstica e terapêutica inicial para esse quadro, é apropriada a seguinte conduta:

- (A) iniciar tratamento com amoxicilina/clavulanato 875/125 mg via oral a cada 12 horas e realizar ultrassonografia cervical para acompanhamento da tumoração, com continuidade do tratamento em domicílio.
- (B) administrar ceftriaxona 1 g intravenoso por dia e aguardar resultado das hemoculturas para definir a necessidade de drenagem.
- (C) realizar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) da massa para cultura e citologia antes de iniciar qualquer terapia antimicrobiana.
- (D) iniciar cefepime 2 g IV a cada 8 horas e metronidazol 500 mg IV a cada 8 horas e realizar tomografia computadorizada de pescoço e tórax com contraste para avaliação de abscesso e extensão para mediastino.
- (E) iniciar antibioticoterapia oral com amoxicilina/clavulanato 875/125 mg a cada 12 horas e indicar drenagem cirúrgica imediata do abscesso submandibular.

**23**

Paciente masculino, 68 anos, com histórico de doença arterial coronariana, hipertensão e dislipidemia foi submetido, há cinco dias, a uma cineangiografia coronariana diagnóstica devido à dor torácica anginosa. Desde então, começou a apresentar fraqueza progressiva, dor abdominal difusa e uma redução significativa do volume urinário.

No exame físico, estava afebril, com pressão arterial de 130/70 mmHg, mas apresentava livedo reticular extenso em ambas as pernas e plantas dos pés com arroxamento dos dedos do pé direito, além de pulsos distais palpáveis. Os exames laboratoriais revelaram elevação progressiva da creatinina sérica (de 1,2 mg/dL para 3,8 mg/dL), leucocitose de 14.500/mm<sup>3</sup> (com 6% de eosinófilos) e hipocomplementemia (C3 e C4 reduzidos). A urina tipo I mostrava cilindros granulosos e alguns eosinófilos.

Diante do quadro clínico e dos achados laboratoriais descritos, a conduta diagnóstica e/ou terapêutica mais apropriada é

- (A) iniciar terapia com corticoide em pulsoterapia para reduzir a inflamação sistêmica e renal.
- (B) realizar imediatamente uma tomografia computadorizada da aorta para identificar a origem dos êmbolos.
- (C) proceder à biópsia renal para confirmação diagnóstica da vasculite renal.
- (D) aguardar a recuperação espontânea da função renal, dada a recente angiografia, o que sugere nefropatia por contraste.
- (E) realizar biópsia de pele nas áreas de livedo reticular ou nos dedos do pé direito para buscar cristais de colesterol em arteríolas.

**24**

Paciente feminina, 65 anos, com histórico de *Diabetes Mellitus* tipo 2 de longa data e neuropatia autonômica conhecida, procurou o pronto-socorro devido a uma agudização de sintomas gastrointestinais. Referiu dor abdominal do tipo cólica de forte intensidade, distensão abdominal progressiva, náuseas e episódios de vômitos. É o segundo episódio agudo com esses sinais e sintomas nos últimos seis meses, sendo o atual o mais grave. Cronicamente, queixa-se de constipação crônica e inchaço abdominal pós-prandial.

Ao exame físico, apresentava-se desidratada, com abdome muito distendido, doloroso à palpação difusa, mas sem sinais de peritonite. Ruídos hidroaéreos diminuídos. Hemograma de admissão com leucocitose discreta (11.500/mm<sup>3</sup>) sem desvio à esquerda. Uma tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste demonstrou alças intestinais difusamente dilatadas em delgado e cólon, sem evidência de obstrução mecânica ou massa intraluminal ou extraluminal, mas com diminutos focos de *Pneumosis intestinalis*. Exames laboratoriais de admissão revelaram hipocalemia (potássio sérico 2,8 mEq/L) e hipoalbuminemia (2,5 g/dL).

Diante do quadro clínico e dos resultados dos exames, a conduta inicial mais apropriada para essa paciente é

- (A) iniciar antibioticoterapia empírica visando a um possível supercrescimento bacteriano intestinal.
- (B) programar colonoscopia diagnóstica de urgência para exclusão de obstrução mecânica baixa.
- (C) administrar laxativos osmóticos e estimulantes em altas doses para alívio imediato da constipação e distensão abdominal.
- (D) iniciar suporte hidroeletrólítico intravenoso, suspender a dieta oral e considerar procinético como eritromicina, prucaloprida ou anticolinesterásico, dependendo da disponibilidade e tolerância.
- (E) solicitar exames como sorologias para doença celíaca, hormônios tireoidianos, marcadores inflamatórios e painel de autoanticorpos (ex.: antineuronais e de canais iônicos) para investigar a etiologia subjacente.

25

Paciente masculino, 72 anos, foi admitido no pronto-socorro com queixa de inchaço, dor e sensação de peso progressivos na perna direita, há 48 horas. Há três semanas, foi submetido à cirurgia para correção de fratura de fêmur direito, tendo alta hospitalar há uma semana e mantendo-se com mobilidade restrita.

Ao exame físico, a perna direita apresentava edema de 3+/4+, eritema discreto, aumento da temperatura local e dor à palpação da panturrilha. O restante do exame físico era normal, sem sinais de sangramento ativo. Exames laboratoriais revelaram D-dímero elevado (1200 ng/mL, valor de referência < 500 ng/mL), hemograma sem alterações significativas (hemoglobina 14,0 g/dL, plaquetas 250.000/mm<sup>3</sup>), coagulograma normal e função renal preservada (creatinina 0,9 mg/dL). O ultrassom com *doppler* venoso do membro inferior direito confirmou a presença de trombose venosa profunda oclusiva no segmento femoropoplíteo, estendendo-se até a veia femoral comum.

Diante do diagnóstico de trombose venosa profunda e das características do paciente, a conduta terapêutica inicial mais apropriada é

- (A) iniciar apixabana 10 mg, duas vezes ao dia, por sete dias, seguida de 5 mg, duas vezes ao dia, por um período mínimo de três meses.
- (B) indicar a inserção de filtro de veia cava inferior para prevenção de embolia pulmonar, seguido de anticoagulação oral.
- (C) iniciar heparina não fracionada em *bolus* seguido de infusão contínua com ajuste por TTPA, seguido de transição para varfarina.
- (D) iniciar rivaroxabana 15 mg, duas vezes ao dia, por três semanas, seguida de 10 mg, uma vez ao dia, por um período mínimo de seis meses.
- (E) iniciar enoxaparina 1 mg/kg subcutânea a cada 12 horas e, concomitantemente, dabigatrana 150 mg, duas vezes ao dia.

26

Paciente feminina, 28 anos, usuária de lentes de contato de uso prolongado, procurou o pronto-socorro com dor ocular intensa, de início súbito, no olho esquerdo, progressiva, não aliviada por analgésicos e que a impedia de dormir. Relatou que não consegue manter o olho esquerdo aberto devido a uma sensação de “algo no olho”, além de marcada sensibilidade à luz (fotofobia). Há 24 horas, percebeu vermelhidão intensa e diminuição da acuidade visual no olho afetado, com secreção purulenta esverdeada.

Ao exame clínico, o olho esquerdo apresentava hiperemia mais acentuada ao redor da córnea (*ciliary flush*), pupila miótica e um ponto branco opaco visível na córnea. O reflexo pupilar no olho esquerdo estava diminuído. No olho direito não havia alterações.

O provável diagnóstico e a conduta mais apropriada para a paciente são

- (A) ceratite bacteriana e encaminhamento oftalmológico de emergência para início de tratamento antibiótico tópico intensivo.
- (B) conjuntivite bacteriana e tratamento com colírio antibiótico.
- (C) irite (uveíte anterior) e encaminhamento urgente para uso de corticoides tópicos.
- (D) glaucoma de ângulo fechado agudo e colírios hipotensores para redução rápida da pressão intraocular.
- (E) hemorragia subconjuntival e conjuntivite bacteriana, com tratamento expectante para a hemorragia e colírio antibiótico para a conjuntivite.

27

Paciente feminina, 35 anos, apresenta há 8 anos lesões recorrentes em axilas e região inguinal, inicialmente com nódulos dolorosos que evoluíram para abscessos e túneis fistulosos com drenagem de secreção purulenta e odor fétido. Relata impacto significativo na qualidade de vida devido à dor crônica e ao constrangimento social. Seu índice de massa corporal (IMC) é de 32 kg/m<sup>2</sup>, apresentando histórico de dislipidemia, pré-diabetes e tabagismo. A paciente já havia utilizado diferentes ciclos de antibióticos sistêmicos em outras ocasiões, sem melhora expressiva do quadro.

Ao exame, múltiplas lesões ativas e cicatrizes fibróticas são observadas em ambas as axilas e virilhas. O *International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System* (IHS4) é de 12, e o *Hurley Staging* foi considerado estágio II. A biópsia cutânea de uma das lesões revelou infiltrado inflamatório crônico perianexial, com folliculite e ruptura folicular, sem evidência de infecção por patógenos.

Considerando o quadro clínico de hidradenite supurativa moderada a grave em fase inflamatória, a conduta terapêutica mais apropriada para a paciente é

- (A) iniciar terapia com doxiciclina oral em monoterapia por tempo indeterminado e acompanhamento nutricional para perda de peso.
- (B) iniciar rifampicina e clindamicina orais por 12 semanas, associando adalimumabe, juntamente com manejo multidisciplinar das comorbidades, suporte psicológico e analgésicos.
- (C) iniciar cefalexina oral por 12 semanas e manejo das comorbidades sistêmicas.
- (D) aplicar clindamicina tópica a 1% nas lesões ativas, injeções intralesionais de corticoides e uso de rituximabe subcutâneo associado à gentamicina sistêmica.
- (E) tratar com ibuprofeno para dor, lavagem das áreas afetadas com sabonete antisséptico, aconselhamento para cessação do tabagismo e doxiciclina oral por 14 dias.

28

Paciente do sexo feminino, 72 anos, internada há 10 dias, em Unidade de Terapia Intensiva, devido à pneumonia grave, tratada com ceftriaxona. Há 48 horas, iniciou quadro de diarreia líquida (6 episódios nas últimas 24 horas), acompanhada de dor abdominal difusa. Apresenta leucocitose de 18.000 células/mm<sup>3</sup> e creatinina sérica de 1,8 mg/dL (valor basal de 0,9 mg/dL). A paciente não possui histórico de diarreia prévia.

Considerando o quadro clínico e os fatores de risco para infecção por *Clostridioides difficile*, a conduta diagnóstica e terapêutica mais apropriada é

- (A) iniciar tratamento com metronidazol oral 500 mg, de 8/8h, por 14 dias, enquanto se aguarda o resultado da pesquisa de toxinas A e B nas fezes.
- (B) realizar pesquisa isolada de toxinas A e B para *Clostridioides difficile* nas fezes e iniciar metronidazol oral 500 mg, 3 vezes ao dia, por 10 dias, enquanto se aguarda a confirmação diagnóstica.
- (C) iniciar tratamento com fidaxomicina 200 mg, duas vezes ao dia, por 10 dias sem possibilidade de coleta de exames para diagnóstico, uma vez que as fezes são líquidas.
- (D) prescrever probióticos, rifaximina por 14 dias, coletar toxina A e B nas fezes e teste de amplificação de ácido nucleico (PCR) nas fezes para *Clostridioides difficile*, não havendo necessidade de colocar a paciente em precaução de contato.
- (E) realizar teste de amplificação de ácido nucleico (PCR) para *Clostridioides difficile* ou o teste de antígeno glutamato desidrogenase (GDH), em conjunto com a pesquisa das toxinas A e B, ambos nas fezes, e iniciar vancomicina oral 125 mg, 4 vezes por dia, por 10 dias.

29

Paciente masculino, 78 anos, procurou o cardiologista com queixas de dispnéia progressiva aos esforços há 2 anos, que agora o impede de caminhar mais de um quarteirão. Relata episódios recentes de tontura e quase desmaio durante atividades mais intensas, além de dor torácica opressiva ao subir escadas, que alivia com repouso.

Ao exame físico, apresenta pulsos periféricos de amplitude diminuída e ascenso lento (*pulsus parvus et tardus*). O *ictus cordis* é palpável no 6º espaço intercostal esquerdo, linha axilar média, com características propulsivas e sustentadas. Há frêmito sistólico palpável no 2º espaço intercostal direito, junto ao esterno. À ausculta cardíaca, as bulhas são rítmicas, a 2ª bulha (B2) apresenta componente aórtico (A2) hipofonético. É audível uma quarta bulha (B4), em ápice cardíaco. Presente sopro sistólico ejetivo (crescendo-decrescendo) de alta intensidade (Grau IV/VI), com pico mesossistólico, mais audível na borda esternal direita alta (2º espaço intercostal) e em foco aórtico acessório (3º espaço intercostal esquerdo), com irradiação nítida para as carótidas e para o ápice (fenômeno de Gallavardin). O sopro diminui discretamente de intensidade à manobra de Valsalva.

O diagnóstico cardiovascular mais provável para esse paciente é

- (A) estenose pulmonar grave.
- (B) insuficiência mitral crônica.
- (C) cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva.
- (D) esclerose aórtica sem significado hemodinâmico.
- (E) estenose aórtica grave.

30

Uma paciente de 65 anos, com diagnóstico de doença renal crônica (DRC) estágio IIIB (clearance de creatinina 40 mL/min), apresentando hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes Mellitus* tipo 2, procurou seu médico para se informar sobre quais vacinas ela deveria tomar, considerando suas condições de saúde. Ela se preocupa em manter-se protegida contra infecções.

Considerando o calendário de vacinação da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) 2025 para situações especiais, a recomendação mais adequada para essa paciente é

- (A) a vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é recomendada a partir dos 50 anos, especialmente para pessoas com nefropatia, devido ao risco de evolução grave ou descompensação.
- (B) a vacina contra influenza é indicada apenas na forma trivalente, independentemente da idade ou comorbidades adicionais, com uma única dose anual.
- (C) a vacina pneumocócica VPC13 é sempre a primeira escolha, seguida de uma dose de VPP23 após 5 anos, sem a possibilidade de outras opções.
- (D) a vacina contra hepatite B não é prioritária para pacientes com DRC, diabetes ou hipertensão, a menos que haja contato domiciliar com portadores do vírus.
- (E) é desnecessária a vacina contra herpes zoster na forma inativada (VZR) nos casos em que já houve doença por varicela ou a vacinação contra herpes zoster na forma atenuada.

**31**

Paciente masculino, 55 anos, procurou o consultório médico com queixas de fadiga progressiva, fraqueza, sangramento gengival esporádico e surgimento fácil de equimoses nos últimos 3 meses. Negou febre, calafrios, perda ponderal significativa ou sudorese noturna. Não havia outras comorbidades conhecidas. O paciente não estava em uso recente de medicamentos que pudessem justificar o quadro. Ele relatou histórico de consumo moderado de álcool (cerca de 2 a 3 doses por dia), há aproximadamente 20 anos.

Ao exame físico, apresentava-se pálido, com algumas petéquias discretas em membros inferiores. Não havia linfonodomegalias palpáveis. O fígado era palpável há 2 cm abaixo do rebordo costal direito, de consistência normal e indolor. Baço não foi palpável. O restante do exame físico estava sem alterações significativas.

Exames laboratoriais iniciais - Hemograma:

Hemoglobina: 8,0 g/dL; Leucócitos totais: 2.500/mm<sup>3</sup> com Neutrófilos: 1.000/mm<sup>3</sup>; Plaquetas: 70.000/mm<sup>3</sup>. Volume Corpuscular Médio (VCM): 105 fL; Anisocitose (+); Plaquetas hipogranulares. Reticulócitos: 0,5%. Cinética de Ferro: Ferro sérico: 90 mcg/dL (VR: 60-170 mcg/dL); Ferritina: 150 ng/mL (VR: 20-250 ng/mL); Capacidade Total de Ligação do Ferro (TIBC): 300 mcg/dL (VR: 250-400 mcg/dL). Bioquímica: Bilirrubina total: 1,5 mg/dL com bilirrubina indireta: 1,0 mg/dL; AST: 60 U/L; ALT: 75 U/L; Gama-GT (GGT): 120 U/L (VR: <50 U/L); Creatinina: 1,0 mg/dL.

Considerando o quadro clínico e os exames laboratoriais iniciais, a abordagem investigativa mais apropriada para determinar a etiologia da pancitopenia é

- (A) solicitar velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR) e testes de função tireoidiana.
- (B) dosar B12 e folato séricos, e sorologias para HIV, hepatites B e C, Parvovírus B19, CMV e EBV.
- (C) realizar mielograma e biópsia de medula óssea, com colorações especiais, citogenética e FISH.
- (D) investigar hemoglobinúria paroxística noturna por citometria de fluxo e revisão de esfregaço de sangue periférico.
- (E) solicitar tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve para investigação de infiltração medular, linfadenopatias e hepatoesplenomegalia.

**32**

Um paciente de 45 anos portador de insuficiência renal crônica em tratamento conservador sentiu mal estar geral e procurou uma unidade de emergência. A dosagem sérica de potássio em sangue colhido no momento foi de 6,5 mEq/L. O ECG apresentou alteração que é comum nos quadros de hipercalemia moderada e grave.

A alteração esperada é a(o)

- (A) onda P alargada.
- (B) onda T achatada.
- (C) encurtamento do intervalo PR.
- (D) encurtamento do intervalo QT.
- (E) prolongamento do intervalo QRS.

**33**

Um jovem de 25 anos dá entrada em UPA com quadro de forte dor lombar e vômitos. Ele apresenta cálculos renais por oxalato de cálcio com crises esporádicas de cólica nefrética.

Em relação às nefrolitases, é correto afirmar que

- (A) a fosfatemia elevada aumenta o risco de geração de cálculos de oxalato de cálcio.
- (B) a hidratação venosa volumosa deve ser administrada nas crises de cólica nefrética.
- (C) o uso de diuréticos tiazídicos deve ser evitado em casos de litíase por oxalato de cálcio.
- (D) o citrato de potássio é uma boa opção terapêutica para cálculos de oxalato de cálcio.
- (E) o uso de antiespasmódicos como a escopolamina é bastante eficaz na cólica nefrética e deve ser instituído.

**34**

A anemia falciforme tem como manifestações mais características a hemólise crônica e crises vaso-oclusivas.

A prevalência é maior na população negra, sendo a brasileira em torno de 0,1 a 0,3% nesse grupo racial.

Em relação a essa doença, é correto afirmar que

- (A) a osteomielite por *Salmonella* é bastante frequente.
- (B) a hidroxiureia pode desencadear crises falcêmicas graves.
- (C) acidentes vasculares encefálicos são complicações neurológicas incomuns.
- (D) a dor da crise falcêmica é mais comum no membro superior direito que no esquerdo.
- (E) a presença de hemoglobina F aumenta o processo de falcização das hemácias.

**35**

Um homem de 61 anos apresentou quadro de artrite gotosa na primeira articulação metatarsofalangeana direita. Foi realizada uma artrocentese para confirmação diagnóstica.

Em relação ao líquido sinovial colhido, é correto afirmar que

- (A) apresenta viscosidade alta.
- (B) possui aspecto transparente.
- (C) apresenta coloração amarelada.
- (D) a contagem de leucócitos é menor do que 1.000/mL.
- (E) o percentual de polimorfonucleares é menor que 50%.

**36**

A lamotrigina é uma droga utilizada como estabilizadora de humor e anticonvulsivante que tem como característica a baixa toxicidade.

O aumento da dose deve ser feito de forma lenta e gradual para evitar

- (A) agitação.
- (B) vertigens e náuseas.
- (C) crises hipertensivas.
- (D) tireotoxicose apática.
- (E) síndrome de Stevens-Johnson.

**37**

Um homem de 67 anos, pessoa vivendo com HIV, é considerado um “controlador de elite”.

O termo pode ser definido como

- (A) pessoa que não se infecta pelo HIV a despeito de exposições repetidas sem proteção.
- (B) pessoa que necessita de doses menores de antirretrovirais para manter a viremia indetectável.
- (C) pessoa que possui contagem de linfócitos T CD4 maior do que a população em geral sem o HIV.
- (D) pessoa que mantém a carga viral indetectável com contagem de linfócitos TCD4 normal sem tratamento antirretroviral.
- (E) Pessoa em que a testagem anti-HIV é repetidamente não reatora apesar de haver carga viral detectável com valores nem sempre baixos.

**38**

Uma mulher de 37 anos com sinais e sintomas sistêmicos crônicos tais como astenia, dores musculares, alterações no sono, tremores e hipotireoidismo foi diagnosticada com síndrome ASIA. Essa entidade nosológica é consequência principalmente de

- (A) infecção crônica pelo vírus da hepatite B.
- (B) infecção crônica pelo vírus da hepatite C.
- (C) síndrome paraneoplásica de tumor ginecológico.
- (D) implantes de próteses de silicone e outros agentes adjuvantes.
- (E) exposição a agentes ionizantes de forma prolongada.

**39**

Um paciente de 55 anos com ascite volumosa foi submetido a paracentese com análise do líquido ascítico. O gradiente albumina soro-ascite (GASA) se mostrou diminuído.

A causa provável da ascite é

- (A) mixedema.
- (B) trombose de veia porta.
- (C) carcinomatose peritoneal.
- (D) insuficiência cardíaca congestiva.
- (E) síndrome da obstrução sinusoidal.

**40**

Uma mulher em uso contínuo de dabigatrana começou a apresentar episódios de epistaxe e hematuria. Não descontinuou o uso da medicação e os sangramentos se intensificaram.

Para reversão do quadro, o indicado é usar

- (A) vitamina K.
- (B) protamina.
- (C) vasopressina.
- (D) idarucizumabe.
- (E) metilprednisolona.

## Cirurgia Geral

**41**

Você recebe, em seu hospital, um paciente do sexo masculino, 58 anos, previamente hígido, que é encaminhado por médico assistente de uma clínica da família, após queixas inespecíficas de desconforto abdominal e sensação de massa no flanco esquerdo.

Ao exame físico, apresenta abaulamento em flanco esquerdo, indolor, profundo e mal delimitado. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidencia massa retroperitoneal de grandes dimensões, heterogênea, com áreas de necrose central, deslocando estruturas adjacentes, sem sinais claros de invasão de órgãos. Não há metástases à distância identificadas.

Diante desse quadro, a conduta mais apropriada será

- (A) biópsia percutânea guiada por TC para diagnóstico histológico e posterior quimioterapia.
- (B) ressecção cirúrgica ampla com margens negativas, sem biópsia prévia.
- (C) início de radioterapia externa com controle radiológico seriado
- (D) quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.
- (E) ressecção cirúrgica limitada ao tumor visível, poupando estruturas adjacentes.

**42**

No ambulatório de um grande hospital, dá entrada uma mulher de 37 anos. Ela apresenta hipertensão arterial resistente ao uso de três anti-hipertensivos, associada a episódios de fraqueza muscular e câimbras. Os exames laboratoriais revelam hipocalemia e alcalose metabólica. A dosagem da atividade de renina plasmática está suprimida e a aldosterona plasmática encontra-se elevada. A tomografia computadorizada de abdome mostra nódulo de 1,5 cm na glândula adrenal esquerda.

Nesse caso, a melhor conduta para confirmação diagnóstica é

- (A) iniciar espironolactona e monitorar resposta clínica, sem necessidade de confirmação adicional.
- (B) realizar cintilografia com MIBG para avaliar atividade funcional do tumor.
- (C) proceder à amostragem venosa adrenal bilateral antes de indicar cirurgia.
- (D) realizar adrenalectomia laparoscópica esquerda baseada no achado tomográfico.
- (E) repetir dosagem hormonal após suspensão dos anti-hipertensivos por 30 dias.

**43**

Paciente do sexo feminino, 29 anos, apresenta quadro progressivo de irregularidade menstrual, hirsutismo acentuado, acne de difícil controle e aumento de massa muscular nos últimos 6 meses. Ao exame físico, observa-se voz grossa, alopecia frontal e clitoromegalia. Os exames laboratoriais mostram elevação importante de androgênios séricos (DHEA-S e testosterona total), além de níveis elevados de 17-hidroxiprogesterona. Tomografia computadorizada de abdome revela massa adrenal direita de 8,1 cm, heterogênea, com áreas de necrose e calcificações.

Diante desse quadro, a conduta mais apropriada será

- (A) aguardar avaliação genética para hiperplasia adrenal congênita antes de intervir.
- (B) iniciar tratamento com anticoncepcionais e antiandrogênicos e reavaliar em 6 meses.
- (C) realizar biópsia percutânea da massa para confirmar o diagnóstico histológico.
- (D) indicar ressecção cirúrgica aberta da adrenal com margem oncológica ampla.
- (E) realizar adrenalectomia laparoscópica para ressecção tumoral.

**44**

Uma mulher de 52 anos, apresenta nódulo sólido na região anterior do pescoço detectado em exame clínico de rotina. Ultrassonografia de tireoide revela nódulo de 2,8 cm, sólido, hipoeoico, com bordas regulares, sem calcificações. PAAF guiada por USG foi realizada, com resultado compatível com Bethesda IV (neoplasia folicular). Os níveis de TSH são normais, e não há linfonodomegalias cervicais.

A conduta mais apropriada nesse caso será

- (A) observação clínica com repetição da PAAF em 6 a 12 meses.
- (B) tireoidectomia total com esvaziamento cervical terapêutico.
- (C) lobectomia da glândula tireoide para diagnóstico definitivo.
- (D) iodoterapia empírica seguida de monitoramento hormonal.
- (E) biópsia por agulha grossa para confirmar invasão capsular antes da cirurgia.

**45**

Homem de 62 anos, com história de aumento progressivo de volume em região inguinal direita há mais de dois anos, procura atendimento ambulatorial. Refere que o abaulamento desce até o escroto, é indolor, aumentava com esforço físico e se reduz espontaneamente ao deitar-se. Nega episódios de dor súbita, náuseas ou sinais de obstrução intestinal. Ao exame físico, observa-se hérnia inguinoescrotal direita, com anel inguinal interno alargado e conteúdo redutível. O restante do exame físico e os exames laboratoriais pré-operatórios são normais.

A conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) observar clinicamente, pois não há sinais de encarceramento ou obstrução.
- (B) indicar hernioplastia eletiva, preferencialmente por via anterior com tela.
- (C) iniciar antibioticoterapia e repetir avaliação em 30 dias.
- (D) solicitar tomografia antes de indicar cirurgia, pois a clínica é inconclusiva.
- (E) realizar cirurgia de urgência por risco iminente de estrangulamento.

**46**

Mulher de 68 anos, com história prévia de hérnia crural direita não tratada, é levada ao pronto-socorro com dor em fossa ilíaca direita, náuseas e sensação de distensão abdominal há 24 horas. Nega vômitos ou parada total de eliminação de gases e fezes. Ao exame físico, apresenta massa dolorosa e pouco redutível em região inguinal direita, com dor localizada, sem sinais francos de peritonite. Ruídos hidroaéreos presentes. Exames laboratoriais mostram leucocitose ( $14.000/\text{mm}^3$ ) e PCR elevada. A tomografia evidenciou alça intestinal com parede espessada herniando parcialmente pelo canal femoral, sem dilatação significativa de alças proximais.

Nesse caso, a conduta mais apropriada será

- (A) tratamento conservador com analgesia e vigilância clínica.
- (B) redução manual da hérnia com sedação e reavaliação ambulatorial.
- (C) cirurgia de urgência com abordagem da hérnia e avaliação de viabilidade intestinal.
- (D) antibioticoterapia de amplo espectro e dieta zero por 72 horas.
- (E) CPRE urgente para alívio da compressão mecânica intestinal.

**47**

Homem de 71 anos, com antecedentes de duas cirurgias prévias para correção de hérnia inguinal direita, apresenta novamente abaulamento em região inguinal ipsilateral, que aumenta ao esforço e reduz parcialmente ao repouso. Relata desconforto local progressivo, mas nega sintomas obstructivos ou dor aguda. Ao exame físico, observa-se hérnia recidivada inguinal direita, que se estende parcialmente até o escroto. A tomografia de abdome confirma hérnia inguinal recorrente com componentes direto e indireto, sem sinais de encarceramento. Funções pulmonar e cardíaca estão compensadas.

Para esse paciente, a melhor abordagem terapêutica será

- (A) indicar correção cirúrgica por via posterior (pré-peritoneal), preferencialmente videolaparoscópica.
- (B) realizar nova hernioplastia anterior com tela pela técnica de Lichtenstein.
- (C) optar por tratamento conservador com suporte inguinal e vigilância semestral.
- (D) indicar ressecção intestinal profilática, dado o risco de estrangulamento.
- (E) utilizar sistema de plugue e tela pela via anterior para evitar manipulação peritoneal.

48

Homem de 47 anos, previamente saudável, procura o pronto-socorro com dor epigástrica intensa irradiando para dorso, associada a náuseas e vômitos. Relata episódio semelhante leve há 2 meses. Exame físico mostra dor epigástrica à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Temperatura 37,5 °C, FC 102 bpm, PA 110/70 mmHg. Exames laboratoriais mostram: amilase 1.200 U/L (VR < 120), lipase 1.800 U/L (VR < 160), leucócitos 13.000/mm<sup>3</sup>. Ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar com múltiplos cálculos e colédoco de 8 mm, sem sinais de dilatação intra-hepática.

Das condutas a seguir, a mais apropriada nesse momento será

- (A) realizar CPRE de urgência para desobstrução biliar.
- (B) iniciar antibiótico e programar colecistectomia eletiva em 3 meses
- (C) iniciar nutrição parenteral total e jejum prolongado até normalização das enzimas pancreáticas.
- (D) encaminhar para ressonância magnética e repetir exames laboratoriais em 72 horas.
- (E) internar para suporte clínico e programar colecistectomia laparoscópica durante a mesma internação.

49

Uma mulher de 52 anos apresenta-se com icterícia leve, colúria, prurido e dor em hipocôndrio direito, intermitente, com duração de cerca de 2 horas por episódio, geralmente após refeições gordurosas. Refere episódios semelhantes há mais de um ano, mas sem febre ou sinais de infecção sistêmica. Ao exame físico, há dor à palpação do quadrante superior direito, sem sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais mostram bilirrubina total de 3,5 mg/dL (fração direta 2,8), elevação de GGT, FA e discreto aumento de transaminases. Ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar com paredes espessadas, múltiplos cálculos e colédoco com 10 mm.

A melhor conduta para essa paciente, nesse momento, será

- (A) realizar colecistectomia videolaparoscópica imediata e alta hospitalar precoce.
- (B) solicitar colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) para avaliação de coledocolitíase.
- (C) iniciar antibioticoterapia empírica e aguardar resolução espontânea da icterícia.
- (D) realizar CPRE imediata com retirada de cálculo, seguida de colecistectomia eletiva.
- (E) indicar drenagem percutânea da vesícula biliar para descompressão urgente.

50

Um paciente de 60 anos apresenta icterícia progressiva, colúria e prurido há duas semanas. Nega febre ou dor abdominal intensa. Ao exame físico, encontra-se icterico, eupneico e normotenso. A ultrassonografia mostra dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. A tomografia computadorizada de abdome evidencia massa de 2,5 cm na região ampular, sem invasão vascular, linfonodos aumentados ou metástases. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e a ecoendoscopia confirmam lesão localizada na papila de Vater. Biópsia endoscópica sugere adenocarcinoma bem diferenciado.

Diante desse quadro clínico, a conduta terapêutica mais apropriada será

- (A) colocação de *stent* biliar endoscópico e acompanhamento ambulatorial.
- (B) radioterapia exclusiva com intenção curativa.
- (C) duodenopancreatectomia (procedimento de Whipple) com linfadenectomia regional.
- (D) pancreatectomia total com esplenectomia, por ser tumor de alto risco.
- (E) quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.

51

Em sua enfermaria está um paciente de 73 anos, que tem perda ponderal de 15 kg em 4 meses, dor epigástrica persistente e vômitos pós-prandiais frequentes, é submetido à endoscopia digestiva alta, que revela lesão vegetante ulcerada no antro gástrico. A biópsia confirma adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado. A tomografia de tórax, abdome e pelve demonstra linfonodomegalia retroperitoneal, ascite e nódulos hepáticos múltiplos. A laparoscopia diagnóstica confirma carcinomatose peritoneal, impossibilitando a ressecção cirúrgica.

Na sessão clínica, a conduta a ser aplicada é discutida e concluiu-se que, nesse caso, a melhor conduta será

- (A) quimioterapia paliativa baseada em fluoropirimidina e platina, com objetivo de controle de sintomas e sobrevida.
- (B) gastrectomia total com linfadenectomia D2, seguida de quimioterapia adjuvante.
- (C) radioterapia curativa isolada com alta dose de precisão sobre o estômago e fígado.
- (D) gastrojejunostomia profilática para prevenção de obstrução futura, sem necessidade de quimioterapia.
- (E) imunoterapia com inibidores de *checkpoint* como monoterapia de primeira linha.

**52**

Homem de 63 anos apresenta perda ponderal de 10 kg, saciedade precoce e dor epigástrica nos últimos 3 meses. A endoscopia digestiva alta com biópsia revelou adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado na pequena curvatura do antro. A tomografia de abdome e pelve com contraste não evidenciou metástases. A ecoendoscopia mostrou lesão comprometendo a submucosa e parte da muscular própria, com linfonodos regionais positivos. A classificação TNM foi T2N1M0.

A conduta apropriada é

- (A) iniciar quimioterapia paliativa com fluorouracil e cisplatina.
- (B) iniciar imunoterapia com anti-PD1 seguida de gastrectomia total.
- (C) apenas vigilância clínica, pois se trata de um tumor limitado à submucosa.
- (D) indicar radioterapia isolada antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral.
- (E) realizar gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 e considerar quimioterapia adjuvante.

**53**

Homem de 68 anos, hipertenso, com antecedente de dispepsia crônica e uso contínuo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), é admitido na emergência com episódio de melena volumosa e queda do nível de consciência. Ao exame, encontra-se pálido, sudorético, taquicárdico (FC 112 bpm) e hipotenso (PA 85/60 mmHg). Após estabilização com reposição volêmica e transfusão de 2 concentrados de hemácias, é submetido à endoscopia digestiva alta que revela úlcera duodenal com vaso visível sem sangramento ativo (classificação de Forrest IIa).

Das condutas abaixo, a mais adequada nesse momento é

- (A) alta hospitalar com uso de IBP oral e nova endoscopia em 30 dias.
- (B) apenas observação clínica com jejum e hidratação intravenosa por 24-48h.
- (C) cirurgia de emergência com sutura da úlcera e vagotomia troncular
- (D) tratamento endoscópico com injeção de adrenalina e termo coagulação local.
- (E) embolização angiográfica profilática, mesmo sem sangramento ativo.

**54**

Paciente do sexo masculino, 64 anos, com histórico de dor epigástrica crônica e uso irregular de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), é admitido no pronto-socorro com dor abdominal súbita, intensa, difusa, acompanhada de rigidez abdominal e taquicardia. Ao exame físico, há abdome em tábua, com sinal de Blumberg positivo. Radiografia de tórax em ortostatismo evidencia ar-livre subdiafragmático. O paciente está hemodinamicamente estável após reposição volêmica inicial.

Diante desse quadro, a melhor conduta inicial a ser adotada para esse paciente será

- (A) iniciar tratamento clínico com IBP endovenoso e antibióticos, observando por 24 h antes de decidir cirurgia.
- (B) solicitar endoscopia digestiva alta imediata para confirmar a localização e gravidade da úlcera.
- (C) realizar laparotomia exploradora com fechamento da perfuração e biópsia da borda da úlcera.
- (D) realizar laparotomia exploradora com drenagem abdominal sem fechamento da perfuração.
- (E) proceder a laparoscopia diagnóstica e, caso haja perfuração, manter apenas tratamento clínico com drenagem.

**55**

Paciente, homem de 55 anos, com história de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) há mais de 10 anos, apresenta-se com pirose frequente, regurgitação e ocasional disfagia. Nega perda ponderal significativa ou sangramentos. Foi submetido a endoscopia digestiva alta, que revelou mucosa esofágica com coloração salmão, estendendo-se por 3 cm acima da junção esofagogástrica. Biópsias demonstraram metaplasia intestinal com células calciformes. O exame histológico não evidenciou displasia. Ele está hemodinamicamente estável e com função hepática e renal preservadas.

Com base nesse quadro, a conduta mais apropriada é

- (A) iniciar esofagectomia subtotal, devido ao risco de adenocarcinoma.
- (B) repetir a endoscopia com biópsias em 3 meses, para confirmar o diagnóstico antes de qualquer tratamento.
- (C) realizar terapia endoscópica de ablação com radiofrequência imediatamente, mesmo na ausência de displasia.
- (D) iniciar inibidor de bomba de prótons (IBP) e realizar vigilância endoscópica periódica com biópsias.
- (E) encaminhar para funduplicatura laparoscópica como primeira medida curativa.

**56**

Um homem de 65 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta disfagia progressiva para sólidos há três meses, perda de peso de 10 kg e episódios de odinofagia. A endoscopia digestiva alta revela lesão ulcerada e estenosante no terço médio do esôfago, com biópsia confirmando carcinoma espinocelular. A tomografia computadorizada de tórax e abdome mostra espessamento da parede esofágica sem evidência de metástases.

Com base no quadro clínico e nos achados de imagem, o estadiamento clínico mais provável e a melhor conduta terapêutica inicial são

- (A) estágio I; esofagectomia transhiatal sem neoadjuvância.
- (B) estágio II; quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia.
- (C) estágio III; quimioterapia paliativa.
- (D) estágio IV; radioterapia exclusiva.
- (E) estágio II; esofagectomia toracoabdominal imediata.

**57**

Um homem de 54 anos apresenta disfagia progressiva para sólidos e líquidos, regurgitação de alimentos não digeridos e perda de peso de 8 kg nos últimos seis meses. Nega tabagismo e etilismo. A endoscopia digestiva alta revela esôfago dilatado com acúmulo de resíduos alimentares e resistência na passagem para o estômago, sem lesões mucosas. A esofagografia baritada mostra dilatação esofágica com estreitamento distal em "bico de pássaro". A manometria esofágica evidencia ausência de peristalse e hipertonia do esfíncter esofágico inferior.

Com base no quadro clínico e nos achados de exames, o diagnóstico mais provável e a melhor conduta terapêutica para o caso são, respectivamente,

- (A) acalasia; realizar miotomia de Heller laparoscópica com funduplicatura parcial.
- (B) estenose péptica do esôfago; iniciar inibidores da bomba de prótons e dilatações endoscópicas seriadas.
- (C) espasmo esofágico difuso; iniciar bloqueadores de canal de cálcio e nitratos.
- (D) doença do refluxo gastroesofágico; indicar funduplicatura de Nissen.
- (E) carcinoma de esôfago distal; agendar biópsia endoscópica e estadiamento com PET-CT.

**58**

Homem de 67 anos, com histórico de fibrilação atrial crônica, em uso irregular de anticoagulante, apresenta dor abdominal súbita e intensa há 6 horas, desproporcional ao exame físico, que revela apenas discreta distensão e dor difusa à palpação. Está taquicárdico e com sinais de hipoperfusão. Leucograma com  $18.000/\text{mm}^3$ , lactato sérico elevado (5,2 mmol/L) e gasometria com acidose metabólica. A tomografia de abdome com contraste mostra pneumatose intestinal e ausência de realce da artéria mesentérica superior. Não há sinais de perfuração ou peritonite evidente.

A conduta mais adequada nesse caso será

- (A) iniciar anticoagulação plena e manter observação clínica com jejum.
- (B) repetir tomografia em 12 horas para avaliar progressão da imagem.
- (C) encaminhar para laparotomia exploradora imediata para avaliação da viabilidade intestinal.
- (D) realizar colonoscopia urgente para confirmar o diagnóstico.
- (E) administrar antibióticos e iniciar nutrição parenteral total.

**59**

Mulher de 74 anos, com antecedente de colecistopatia não tratada, é admitida com quadro de distensão abdominal progressiva, náuseas e vômitos biliosos há 48 horas. Ao exame físico, encontra-se desidratada, com ruídos hidroaéreos aumentados e dor difusa à palpação do abdome. A radiografia de abdome mostra níveis hidroaéreos em alças delgadas e presença de ar nas vias biliares. A tomografia computadorizada revela alça ileal distendida com cálculo de 3 cm em sua luz, presença de pneumobilia e ausência de vesícula biliar.

A melhor conduta terapêutica para esse caso será

- (A) iniciar antibióticos e realizar CPRE com retirada do cálculo.
- (B) indicar laparotomia com enterolitotomia para extração do cálculo.
- (C) iniciar tratamento conservador com dieta zero e sonda nasogástrica, devido à idade da paciente.
- (D) realizar colecistectomia laparoscópica de urgência com exploração do colédoco.
- (E) colocar prótese biliar endoscópica para restabelecer o fluxo biliar.

**60**

Mulher de 56 anos, com histórico de histerectomia por via laparotômica há 3 anos, apresenta quadro de dor abdominal em cólica, distensão e episódios de vômitos nos últimos dois dias. Refere eliminação de flatos, mas sem evacuação nas últimas 36 horas. Ao exame físico, o abdome está distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados e dor difusa sem sinais de peritonite. Radiografia de abdome em pé revela níveis hidroaéreos em alças delgadas. Tomografia com contraste oral e endovenoso mostra alças distendidas de delgado com ponto de transição único, sem sinais de isquemia ou perfuração. Paciente está hemodinamicamente estável, sem febre.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) indicar laparotomia imediata, pois todo quadro obstrutivo requer cirurgia de urgência.
- (B) iniciar tratamento conservador com hidratação venosa, cateter nasogástrico e observação clínica.
- (C) realizar colonoscopia para descompressão e retirada do conteúdo fecal.
- (D) administrar anticoagulação por suspeita de trombose venosa mesentérica associada.
- (E) iniciar nutrição parenteral total imediata por risco de necrose intestinal.

**61**

Paciente masculino, 25 anos de idade, é vítima de queda de grande altura. Apresenta TCE grave com anisocoria à direita. Pressão Arterial de 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm e hipocorado ++/4.

Das alternativas de ressuscitação volêmica elencadas a seguir, a mais indicada é

- (A) ringer lactato.
- (B) soro glicosado 5%.
- (C) solução colóide de Dextran.
- (D) solução salina hipertônica a 3%.
- (E) ringer sem lactato com dextrose 5%.

**62**

Paciente com diagnóstico de carcinoma papilífero em lobo direito da tireoide, apresentando linfonodo de 1 cm palpável no bordo anterior do músculo esternocleidomastoideo do mesmo lado, abaixo da altura do osso hioide e acima da altura da cartilagem cricoide.

Segundo os compartimentos nodais do pescoço, esse linfonodo se encontra no nível

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

**63**

Tumores formados a partir de células G produtoras de gastrina, quando localizados no pâncreas, ocorrem mais comumente

- (A) no corpo e na cauda.
- (B) no colo pancreático e no corpo.
- (C) na cabeça e em processo uncinado.
- (D) no corpo e em processo uncinado.
- (E) na cauda, somente.

**64**

A correta síntese da parede abdominal é um fator importante na diminuição de ocorrência de hérnias incisionais de parede abdominal.

O estudo STITCH demonstrou diminuição de hérnias incisionais, com o fechamento da parede abdominal da seguinte forma:

- (A) pontos a 1 cm da borda, 0,5 cm entre os pontos e fio multifilamentar.
- (B) pontos a 0,5 cm da borda, 0,5 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (C) pontos a 1 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (D) pontos a 0,5 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio monofilamentar.
- (E) pontos a 1 cm da borda, 1 cm entre os pontos e fio multifilamentar.

**65**

Os divertículos de esôfago podem estar associados a diversas condições clínicas.

O divertículo epifrênico está associado, entre outros, à(ao)

- (A) tuberculose pulmonar.
- (B) acalásia do esôfago.
- (C) doença do refluxo gastroesofágico.
- (D) hérnia de hiato tipo II.
- (E) linfoma de Hodgkin.

**66**

Paciente de 53 anos, tabagista, apresenta disfagia para sólidos. A endoscopia mostrou lesão estenosante de terço médio de esôfago, de 4 cm de extensão, ocupando 2/3 da luz do órgão. A biópsia confirmou carcinoma escamoso. O estadiamento clínico foi de um tumor T3, N1, M0.

Nesse caso, a próxima medida terapêutica a ser adotada é

- (A) radioterapia exclusiva.
- (B) gastrostomia alimentar.
- (C) esofagectomia em três campos.
- (D) esofagectomia distal (Ivor Lewis).
- (E) quimiorradioterapia neoadjuvante.

**67**

Sobre os tumores desmoides de parede abdominal, é correto afirmar que

- (A) geralmente se manifestam como massas palpáveis e dolorosas na parede abdominal.
- (B) têm associação com síndromes genéticas hamartamatosas como a síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) a biópsia por agulha tipo "core biopsy" é contraindicada pelo risco de disseminação tumoral.
- (D) se trata de um tumor benigno de comportamento maligno, com pouca propensão à recidiva local e a metástases.
- (E) nos casos esporádicos, há uma predominância no sexo feminino de dois para um.

**68**

Paciente chega ao pronto-socorro com quadro de obstrução intestinal alta. Apresenta dor na face anteromedial da coxa direita que alivia com a sua flexão. Ao exame físico, não são palpadas hérnias na região inguinal ou na parede anterior do abdome.

A hipótese diagnóstica mais provável, entre as listadas a seguir, é a de hérnia

- (A) obturatória.
- (B) perineal.
- (C) ciática.
- (D) de Grynfeldt.
- (E) de Petit.

**69**

Paciente submetido à correção de hérnia inguinal direita pela técnica de Liechtenstein, apresentando parestesia em face lateral do escroto do mesmo lado.

O nervo provavelmente lesado nessa situação é o

- (A) ileoinguinal.
- (B) ileohipogástrico.
- (C) ramo genital do genitofemoral.
- (D) ramo femoral do genitofemoral.
- (E) cremastérico.

**70**

Segundo a Resolução nº 2.429/2025 do Conselho Federal de Medicina, as cirurgias bariátricas em adolescentes podem ser realizadas

- (A) acima de 14 anos, respeitando os mesmos critérios que os adultos.
- (B) acima de 16 anos, respeitando os mesmos critérios que os adultos.
- (C) acima de 16 anos, somente se o IMC for acima de 40 kg/m<sup>2</sup> e houver comorbidades graves.
- (D) acima de 14 anos, somente se o IMC for acima de 35 kg/m<sup>2</sup> e houver comorbidades graves.
- (E) acima de 16 anos somente se o IMC for acima de 35 kg/m<sup>2</sup> e houver comorbidades graves.

**71**

Paciente, 20 anos, com febre baixa e dor abdominal de início há 12 horas. Ao exame, nota-se perda de sensibilidade abdominal quando os músculos da parede abdominal são contraídos.

Esse achado semiológico corresponde ao sinal de

- (A) Blumberg.
- (B) Rovsing.
- (C) Murphy.
- (D) Carnett.
- (E) Fothergill.

**72**

Em pacientes com hemorragia digestiva alta de causa varicosa, a contraindicação relativa ao uso do TIPS, entre as listadas a seguir, é

- (A) o escore de MELD acima de 10.
- (B) a classificação de Child-Pugh acima de 7 pontos.
- (C) a síndrome hepatorenal.
- (D) a ascite refratária.
- (E) o carcinoma hepatocelular.

**73**

Avalie o fragmento a seguir.

*Secretado(a) por células presentes no fundo gástrico, é também conhecido(a) como “hormônio da fome”.*

O fragmento fala sobre

- (A) grelina.
- (B) colecistoquinina.
- (C) GLP-1.
- (D) peptídeo YY.
- (E) leptina.

**74**

Paciente, 40 anos, mostra massa indolor de 7 cm em testículo direito, discreto aumento de gonadotrofina coriônica humana (hCG), desidrogenase láctea (DHL) bastante aumentada e alfa feto proteína normal.

Este tipo de tumor tem como sítio de metástase mais comum

- (A) o pulmão.
- (B) a coluna lombar.
- (C) os linfonodos retroperitoneais.
- (D) os linfonodos inguinais.
- (E) o fígado.

**75**

O subtipo de linfoma gástrico mais comum é o linfoma de

- (A) tecido linfoide associado à mucosa.
- (B) células foliculares.
- (C) grandes células B difuso.
- (D) células do manto.
- (E) Burkitt.

**76**

No pós-operatório de cirurgias em que não se utilizam próteses permanentes, as infecções de sítio cirúrgico são aquelas que ocorrem em até

- (A) cinco dias.
- (B) sete dias.
- (C) dez dias.
- (D) quinze dias.
- (E) trinta dias.

**77**

Paciente, 58 anos, iniciou tratamento com amoxicilina + clavulanato após colecistectomia de urgência devido a empiema de vesícula biliar. Após 48 horas, começou quadro de dor abdominal tipo cólica, queda do estado geral, diarreia mucosanguinolenta e febre de 39,7 °C. PA: 80 x 40 mmHg e FC: 128 bpm. Exame do abdome sem sinais de irritação peritoneal.

Além de estabilização do quadro hemodinâmico, assinale a melhor medida terapêutica a ser adotada, entre as citadas.

- (A) suspender amoxicilina + clavulanato e iniciar ceftriaxone.
- (B) suspender amoxicilina + clavulanato e aguardar coprocultura.
- (C) suspender amoxicilina + clavulanato e iniciar vancomicina.
- (D) proctocolectomia total com ileostomia e iniciar ceftriaxone.
- (E) associar vancomicina + metronidazol.

**78**

Paciente, 18 anos, sexo masculino, refere dor abdominal de início vaga em epigástrio, que migrou e se localizou em fossa ilíaca direita em 24 horas. Refere também náuseas e anorexia. A temperatura axilar é de 38 °C. Apresenta dor e defesa à palpação da fossa ilíaca direita, com descompressão dolorosa. Leucograma normal, sem desvio. Ultrassonografia com apêndice de diâmetro de 8 mm, sem líquido periapendicular.

Segundo o escore de Alvarado, esse paciente

- (A) não tem apendicite aguda.
- (B) tem probabilidade baixa de ter apendicite aguda.
- (C) tem probabilidade mediana de ter apendicite.
- (D) tem probabilidade alta de ter apendicite aguda.
- (E) precisa realizar TC para avaliar probabilidade de apendicite.

**79**

Pacientes com ileostomia podem apresentar distúrbios hidroeletrolíticos importantes, decorrentes da perda de eletrólitos pelo efluente ileal.

A concentração de sódio no efluente ileal é em torno de

- (A) 25 mEq/L.
- (B) 50 mEq/L.
- (C) 100 mEq/L.
- (D) 200 mEq/L.
- (E) 300 mEq/L.

**80**

O chamado canal anal cirúrgico diverge do canal anal anatômico. O canal anal cirúrgico possui comprimento de cerca de

- (A) 1 cm.
- (B) 2 cm.
- (C) 4 cm.
- (D) 6 cm.
- (E) 8 cm.

Realização

