

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

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!

Cirurgia Geral

1

Homem de 64 anos, tabagista e hipertenso, foi submetido a colectomia esquerda eletiva por neoplasia. No 3º dia pós-operatório, desenvolve dispneia súbita, taquicardia (FC 118 bpm), taquipneia (FR 28 irpm) e leve queda na saturação de O₂ (SpO₂ 90% em ar ambiente). Está afebril e normotenso. Exame pulmonar sem ruídos adventícios. ECG com taquicardia sinusal. Gasometria: PaO₂ 64 mmHg, PaCO₂ 33 mmHg.

Nesse caso, a hipótese mais provável e a conduta inicial mais apropriada são, respectivamente,

- (A) embolia pulmonar – solicitar angiogramografia de tórax e iniciar anticoagulação.
- (B) atelectasia – iniciar fisioterapia respiratória e expandir volume corrente.
- (C) pneumotórax – solicitar radiografia de tórax e punção torácica imediata
- (D) infecção pulmonar – iniciar antibiótico empírico e hemoculturas.
- (E) sobrecarga hídrica – iniciar furosemida e reavaliar em 12 horas.

2

Uma mulher de 70 anos, diabética e obesa, foi submetida a hemicolectomia direita por via abdominal. No 5º dia pós-operatório, apresenta febre (38,5 °C), taquicardia leve e dor abdominal difusa. O exame mostra abdome distendido, doloroso à palpação difusa, ruídos hidroaéreos diminuídos. Leucograma com 16.000/mm³.

Diante desse quadro, a hipótese diagnóstica a ser considerada e a melhor conduta inicial são, respectivamente,

- (A) íleo paralítico – prescrever procinéticos e dieta zero.
- (B) infecção urinária – iniciar antibiótico empírico e urocultura.
- (C) infecção de ferida – abrir a ferida cirúrgica e coletar secreção.
- (D) abscesso hepático – solicitar ultrassonografia de abdome.
- (E) deiscência anastomótica – solicitar tomografia com contraste oral e retal.

3

Homem de 68 anos, hipertenso, com hiperplasia prostática benigna conhecida, é submetido a herniorrafia inguinal com raquianestesia. Quatro horas após a cirurgia, relata desconforto abdominal progressivo e distensão. Ao exame, bexiga palpável em hipogástrio. Está afebril, hemodinamicamente estável e sem dor intensa.

Diante desse quadro clínico, a melhor conduta inicial é

- (A) solicitar ultrassonografia à beira-leito e observar por mais 2 horas.
- (B) iniciar tamsulosina 0,4 mg e reavaliar em 6 horas.
- (C) passagem de cateter vesical de demora com técnica asséptica.
- (D) realizar punção suprapúbica imediata.
- (E) prescrever diurético de alça e restrição hídrica.

4

Homem de 58 anos é admitido no pronto-socorro após colisão automobilística. Está consciente, mas com sonolência progressiva, fala entrecortada e frequência respiratória de 34 irpm. Gasometria arterial: pH 7,28; PaCO₂ 60 mmHg; PaO₂ 70 mmHg (em ar ambiente); SatO₂ 89%; Glasgow 10.

A melhor conduta respiratória imediata para esse paciente é

- (A) intubação orotraqueal imediata por rebaixamento do nível de consciência e hipercapnia.
- (B) ventilação com máscara de oxigênio a 5L/min e observação.
- (C) suporte com ventilação não invasiva (VNI) e reavaliação em 30 minutos.
- (D) oxigenoterapia com cateter nasal e sedação leve para agitação.
- (E) solicitar tomografia antes de qualquer medida invasiva.

5

Um homem de 42 anos será submetido a exérese de um lipoma subcutâneo em região cervical posterior. O procedimento é ambulatorial, com duração prevista de 30 minutos. O cirurgião opta por anestesia local infiltrativa.

A melhor escolha de anestésico local para esse caso, considerando início de ação rápido, segurança e duração adequada é

- (A) lidocaína a 2%, sem vasoconstritor.
- (B) bupivacaína a 0,5%, sem vasoconstritor.
- (C) ropivacaína a 1%, com adrenalina.
- (D) procaína a 1%, sem vasoconstritor.
- (E) lidocaína a 2% com adrenalina 1:200.000.

6

Homem de 28 anos, vítima de disparo de arma de fogo à queima-roupa no hemitórax direito. Internado estável, sem sinais de choque. RX de tórax revela hemotórax com nível hidroaéreo e colapso pulmonar parcial (~30 % volume pulmonar). Existe drenagem sanguinolenta de 300 mL no dreno/tubo torácico.

Diante desse quadro clínico, a conduta imediata mais adequada é

- (A) retirar o dreno e tratar com analgesia, aguardando reabsorção espontânea.
- (B) reposicionar o dreno + aumentar aspiração contínua; manter monitorização.
- (C) solicitar TC de tórax e aguardar 6 h antes de drenar.
- (D) encaminhar diretamente para toracotomia de emergência.
- (E) administrar apenas antibióticos e observar em UTI por 24 h.

7

Menino com um mês de vida apresenta icterícia de padrão colestatático. Após investigação, chegou-se ao diagnóstico de atresia de vias biliares do tipo 3.

Entre as alternativas a seguir, o tratamento de escolha nesse caso é

- (A) coledocoduodeno anastomose (cirurgia de Madden).
- (B) ácido ursodesoxicólico + fenobarbital.
- (C) drenagem biliar externa percutânea.
- (D) cirurgia de Couinaud-Soupault.
- (E) hepatoportoenteroanastomose (cirurgia de Kasai).

8

Certas doenças esofágicas apresentam aumento de incidência e prevalência com o avançar da idade.

A única condição que é **exceção** a essa afirmativa é

- (A) o divertículo de Zencker.
- (B) a hérnia paraesofágica.
- (C) a doença do refluxo gastroesofágico.
- (D) o câncer de esôfago.
- (E) a acalasia do esôfago.

9

O óxido nitroso é um anestésico inalatório utilizado em conjunto com agentes inalatórios mais potentes, no intuito de minimizar os efeitos colaterais desses agentes.

Uma contraindicação ao uso de óxido nitroso é

- (A) sepse.
- (B) cirrose hepática.
- (C) pneumotórax.
- (D) feocromocitoma.
- (E) hematoma subdural.

10

Paciente, 45 anos, será submetida à histerectomia total abdominal por conta de miomatose uterina.

O antibiótico profilático mais indicado, entre os elencados a seguir, a ser administrado momentos antes da incisão cirúrgica é

- (A) ceftriaxone.
- (B) cefuroxima.
- (C) clindamicina.
- (D) cefazolina.
- (E) ciprofloxacino.

11

Paciente de 55 anos, com diagnóstico de tumor de cólon direito não obstruído, refere perda de 5 kg em dois meses (o peso na época era de 80 kg), com aceitação de ingesta alimentar via oral estimada em 50% do esperado na semana.

Em relação à avaliação nutricional pré-operatória e baseado na ferramenta de avaliação nutricional NRS 2002, este paciente

- (A) apresenta desnutrição leve, pois perdeu menos de 10% do seu peso em dois meses.
- (B) necessita da dosagem de albumina sérica para avaliar a indicação de terapia nutricional.
- (C) apresenta indicação de terapia nutricional, pois o escore NRS 2002 é maior que três.
- (D) necessita de terapia nutricional por via enteral, visto que se encontra em desnutrição grave.
- (E) tem indicação de terapia nutricional parenteral, visto que não consegue alcançar suas necessidades calóricas por via oral.

12

Sobre a infecção necrotizante de partes moles (INPM), assinale a afirmativa correta.

- (A) A infecção necrotizante de flora polimicrobiana apresenta prognóstico pior do que a causada por estreptococos.
- (B) A crepitação à palpação é o sinal mais frequente, presente em mais de 40% dos casos.
- (C) O tratamento padrão é conservador, com antibioticoterapia de largo espectro e irrigação diária da ferida.
- (D) Exames de imagem, como a tomografia computadorizada, têm baixa especificidade e sensibilidade no diagnóstico.
- (E) A proteína C-reativa acima de 150 mg/dL e hiponatremia são indicativos importantes de risco de INPM.

Cirurgia do Aparelho Digestivo

13

Homem de 62 anos, tabagista e etilista crônico, apresenta quadro de hematemese volumosa seguida de melena há 6 horas. Refere dor epigástrica intermitente há semanas, piora com jejum.

Na chegada ao pronto-socorro, está pálido, sudorético, com PA: 90 x 60 mmHg, FC: 112 bpm. Revela sensibilidade epigástrica sem sinais de peritonite. A gasometria arterial mostra acidose metabólica leve. No hemograma com hemoglobina inicial: 8,1 g/dL. Foi realizada hidratação vigorosa com cristaloides e iniciado omeprazol EV. Realizou-se uma endoscopia digestiva alta que expõe úlcera duodenal sangrante com vaso visível (classificação de Forrest IIa).

A melhor conduta inicial após a estabilização hemodinâmica será

- (A) ressecção gástrica subtotal com vagotomia troncular.
- (B) vagotomia superseletiva e piloroplastia.
- (C) laparotomia imediata com rafia da úlcera.
- (D) embolização arterial por radiologia intervencionista.
- (E) controle endoscópico com injeção e termocoagulação do vaso.

14

Paciente de 68 anos, sexo masculino, com adenocarcinoma gástrico distal localmente avançado, apresenta perda ponderal de 15% nos últimos 3 meses, hipoalbuminemia (2,6 g/dL) e sinais de sarcopenia. Indicado para gastrectomia total eletiva. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem obstrução ou perfuração.

A conduta mais apropriada para o preparo nutricional pré-operatório desse paciente será

- (A) iniciar suporte nutricional (parenteral se enteral não for possível), por 7 a 14 dias antes da cirurgia.
- (B) manter dieta oral hipercalórica e operar em 7 dias.
- (C) iniciar nutrição enteral por sonda e operar em 3 dias.
- (D) iniciar nutrição parenteral total imediata e operar o paciente em 48 horas.
- (E) postergar a cirurgia por mais de 30 dias até completa recuperação nutricional.

15

Homem de 68 anos, previamente hígido, apresenta anemia ferropriva progressiva e perda de peso. Nega sangramentos visíveis. Colonoscopia mostra lesão vegetante no ceco, friável e sangrante ao toque, impedindo a progressão do aparelho. Biópsia revela adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tomografia mostra espessamento de ceco sem invasão de órgãos ou metástases.

A conduta cirúrgica mais apropriada para esse caso é

- (A) colectomia total com ileostomia definitiva.
- (B) hemicolectomia esquerda com anastomose término-lateral.
- (C) hemicolectomia direita com linfadenectomia regional.
- (D) ressecção local da lesão por via transanal.
- (E) quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia.

16

Seu paciente é um homem de 60 anos, que apresenta dor abdominal intermitente e perda de peso. A colonoscopia mostra lesão vegetante no cólon transverso com biópsia confirmando adenocarcinoma. TC de abdome revela tumor de 5 cm com invasão do omento e contato com a parede abdominal, sem metástases.

Diante desse caso clínico, a melhor abordagem terapêutica será:

- (A) quimioterapia neoadjuvante e cirurgia após 6 ciclos.
- (B) colectomia subtotal com ressecção em bloco das estruturas envolvidas.
- (C) radioterapia pré-operatória com ressecção posterior.
- (D) colectomia direita com preservação do tumor.
- (E) observação com exames de imagem seriados.

17

Sua paciente é uma mulher de 59 anos, com câncer de cólon sigmoide, operada há 10 dias, com ressecção e anastomose primária. Evolui bem e recebe alta. No retorno ao ambulatório, queixa-se de dor abdominal leve e está subfebril (37,8 °C). Realizou-se uma TC que revela pequena coleção pélvica próxima à anastomose.

Diante desse caso clínico, a melhor conduta será

- (A) antibioticoterapia oral e observação ambulatorial.
- (B) reinternação, antibióticos EV e drenagem percutânea.
- (C) reoperação imediata com revisão da anastomose.
- (D) laparoscopia diagnóstica com lavagem.
- (E) biópsia por agulha da coleção.

18

Paciente de 35 anos, submetida a funduplicatura laparoscópica por DRGE, apresentou sangramento discreto no intraoperatório após dissecação da crura diafragmática. Hemostasia foi realizada com energia bipolar, mas houve suspeita de lesão térmica inadvertida no esôfago distal.

O material cirúrgico alternativo mais seguro para evitar esse tipo de complicação em espaços delicados é o(a)

- (A) dissector Maryland monopolar.
- (B) dissector laparoscópico convencional.
- (C) ultrassom harmônico (dispositivo de energia por ultrassom).
- (D) pinça bipolar seladora de vasos de alta potência.
- (E) tesoura monopolar laparoscópica.

19

Paciente programado para colectomia sigmoide eletiva por câncer.

O seguinte esquema de antibioticoprofilaxia é recomendado para o caso:

- (A) cefazolina 2g EV 1h antes do corte.
- (B) cefazolina + metronidazol 30 minutos antes do corte.
- (C) vancomicina + gentamicina devido à resistência local.
- (D) ampicilina/sulbactam por 7 dias no pós-operatório.
- (E) nenhum antibiótico, pois é cirurgia limpa.

20

Um paciente, submetido a gastrectomia total por neoplasia de corpo gástrico, apresenta febre após 24h do procedimento.

Considerando que o paciente foi extubado e que seus cateteres foram instalados no momento da operação, a causa mais provável da febre é a

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

21

Uma paciente feminina, de 38 anos, é diagnosticada com uma hérnia femoral em região inguinal esquerda durante uma ultrassonografia ginecológica. A paciente nega sintomas limitantes e nunca notou nenhum abaulamento no local.

Considerando um risco cirúrgico ASA II, a conduta indicada é

- (A) indicar a correção cirúrgica pelo maior risco de encarceramento das hérnias femorais.
- (B) a cirurgia minimamente invasiva é contraindicada neste cenário.
- (C) a técnica de Linchtenstein é a de escolha no caso.
- (D) observar clinicamente, uma vez que a paciente é oligossintomática.
- (E) o uso de tela absorvível nessa correção.

22

Na cirurgia de colecistectomia, a visão crítica de segurança do pedículo biliar consiste na

- (A) dissecação do ducto hepático até a identificação de sua bifurcação.
- (B) identificação da tríade portal;
- (C) dissecação do triângulo hepatocístico com identificação do ducto cístico, artéria cística e parênquima hepático até 2 cm acima do infundíbulo.
- (D) identificação do linfonodo da artéria cística e ducto cístico.
- (E) dissecação da junção cístico coledociana.

23

A cirurgia de escolha em um paciente portador de DRGE, esôfago de Barrett e IMC de 38kg/m², sem outras comorbidades, é

- (A) cirurgia de Scopinaro.
- (B) cirurgia de duodenal Switch.
- (C) gastrectomia vertical em manga.
- (D) *bypass* de anastomose única.
- (E) gastroplastia redutora em Y de Roux.

24

Um paciente feminino, 42 anos, em exame ginecológico de rotina, realiza ultrassonografia de abdômen que mostra pólipo de vesícula biliar de 10 mm, com espessamento de parede de vesícula biliar.

A conduta frente a esse achado é

- (A) colecistectomia laparotômica.
- (B) acompanhamento clínico com USG a cada 6 meses.
- (C) colecistectomia aberta com hepatectomia dos segmentos IV e V.
- (D) colecistectomia laparoscópica.
- (E) realização de colangiorrressonância nuclear magnética.

Clínica Médica

25

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.

26

Mulher de 27 anos, previamente saudável, procura atendimento ambulatorial por quadro de dor abdominal em cólica associada a episódios intermitentes de diarreia com muco, há cerca de três meses. Nega febre, perda de peso, sangramento ou sintomas noturnos. Refere piora dos sintomas em momentos de estresse e sensação de distensão abdominal recorrente. Foi previamente diagnosticada com síndrome do intestino irritável (SII), mas relata que o padrão atual está mais persistente e diferente do habitual. É estudante universitária e descreve rotina estressante, mas sem outras alterações clínicas relevantes. Exames laboratoriais gerais são normais, incluindo hemograma, proteína C reativa, função renal e função tireoidiana.

Diante do quadro clínico, a abordagem diagnóstica e terapêutica inicial são

- (A) solicitar exames sorológicos para doença celíaca e iniciar dieta sem glúten empírica.
- (B) repetir exames laboratoriais em um mês e prescrever antiespasmódico, mantendo hipótese funcional.
- (C) realizar colonoscopia com biópsias do cólon para descartar retocolite ulcerativa.
- (D) solicitar exame parasitológico de fezes com pesquisa de cistos, ovos e larvas, e, se positivo, instituir tratamento específico.
- (E) iniciar ciprofloxacino empírico por sete dias e solicitar coprocultura para *Salmonella* e *Shigella*.

27

Homem de 45 anos, previamente hígido, realiza colonoscopia de rastreamento para câncer colorretal, sem história familiar da doença.

O exame endoscópico revelou dois pólipos ressecados: um pólipo hiperplásico de 4 mm, localizado no reto; e um pólipo de 6 mm, no cólon sigmoide, cuja análise histopatológica evidenciou hiperplasia polipoide composta por glândulas tubulares e retas, sem atipias citológicas, associada a discreto infiltrado linfoplasmocitário e leve edema do córion. Não houve sangramento, dor ou complicações durante o procedimento.

Considerando as diretrizes atuais de rastreamento para câncer colorretal, a conduta mais apropriada é realizar colonoscopia

- (A) em 1 ano, dado o risco de lesão sincrônica não detectada.
- (B) de rastreamento em 3 anos, devido à presença de dois pólipos.
- (C) de rastreamento em 5 a 10 anos, conforme risco individual.
- (D) anual por 3 anos consecutivos, para excluir lesões planas.
- (E) a cada 2 anos ou em qualquer momento quando a pesquisa de sangue oculto nas fezes for positiva.

28

Homem de 45 anos é acompanhado ambulatorialmente por nódulo tireoidiano. Não há linfadenomegalias cervicais e o nódulo mede 2,2 cm. TSH está dentro da normalidade e não há sintomas compressivos. Após biópsia por punção aspirativa com agulha fina (PAAF) de nódulo sólido, hipoecoico, com margens irregulares, detectado ao ultrassom no lobo esquerdo da tireoide, o laudo citológico classifica o material como: Bethesda III – atipia de significado indeterminado/lesão folicular de significado indeterminado (AUS/FLUS).

Diante dessa situação, a conduta mais adequada é

- (A) repetir PAAF em 4 a 6 semanas e considerar estudo molecular, conforme recursos disponíveis.
- (B) solicitar cintilografia tireoidiana com iodo-123 para avaliação funcional do nódulo.
- (C) indicar tireoidectomia total com esvaziamento cervical central preventivo.
- (D) iniciar terapia supressiva com levotiroxina por 3 a 6 meses, antes de nova avaliação.
- (E) encerrar acompanhamento, pois a categoria Bethesda III tem risco muito baixo de malignidade.

29

Mulher de 48 anos, sem comorbidades, é avaliada em consulta ambulatorial após detecção incidental de um nódulo em lobo direito da tireoide, durante exame físico de rotina. Refere boa saúde geral, sem sintomas compressivos ou disfônicos.

Ao exame, palpa-se nódulo firme, móvel à deglutição, de 2 cm, indolor, sem linfadenomegalias cervicais. Não há antecedentes familiares de câncer de tireoide ou exposição à radiação cervical. TSH sérico está dentro da faixa de normalidade. Ultrassonografia da tireoide mostra nódulo sólido, hipoecoico, com margens levemente irregulares, microcalcificações finas e ausência de halo periférico, compatível com classificação TI-RADS 4.

Considerando o caso descrito, a próxima etapa na condução é

- (A) solicitar cintilografia da tireoide com tecnécio-99m para avaliação funcional do nódulo.
- (B) repetir ultrassonografia da tireoide e, se o nódulo aumentar 20% em seu maior diâmetro, realizar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia para análise citológica.
- (C) repetir ultrassonografia da tireoide em 6 meses, e solicitar T4 Livre para completar avaliação hormonal.
- (D) solicitar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia para análise citológica.
- (E) solicitar biópsia excisional cirúrgica, dado o risco aumentado de malignidade ultrassonográfica.

30

Uma mulher de 43 anos, com diagnóstico de *miastenia gravis* há três anos, foi internada para investigação de dispneia. A doença havia sido caracterizada como generalizada, com altos títulos de anticorpos contra o receptor de acetilcolina (AChR). Após tratamento adequado e melhora clínica, uma massa mediastinal foi identificada na tomografia computadorizada, com suspeita de timoma. A paciente evoluía bem, em uso de piridostigmina e corticosteroide oral.

Considerando a situação clínica apresentada, a conduta mais apropriada é

- (A) realizar timectomia, uma vez que há doença generalizada com anticorpo anti-AChR positivo e suspeita de timoma.
- (B) acompanhar com exames de imagem seriados para avaliar possível crescimento da massa mediastinal.
- (C) realizar biópsia por videotoroscopia antes de planejar a ressecção cirúrgica da lesão mediastinal.
- (D) adiar a ressecção do timo até que a paciente esteja em completa remissão clínica e sem uso de corticosteroide.
- (E) suspender todos os medicamentos para miastenia 48 horas antes da cirurgia, para evitar interações com anestésicos.

31

Paciente de 58 anos, portador de adenocarcinoma gástrico em tratamento quimioterápico há 3 meses, foi internado por quadro de confusão mental, alteração da marcha e diplopia.

O exame físico revela ataxia cerebelar, nistagmo horizontal bilateral e paralisia do sexto par de nervo craniano à direita. A família relatou inapetência importante e perda ponderal de 15 kg nos últimos 2 meses, além de episódios de vômitos frequentes relacionados à quimioterapia.

Considerando o quadro descrito, a conduta terapêutica mais apropriada é

- (A) administração de haloperidol 5 mg via oral, duas vezes ao dia.
- (B) infusão de tiamina 500 mg endovenosa, seguida de 100 mg três vezes ao dia, de 5 a 7 dias.
- (C) prescrição de complexo B via oral, 1 comprimido ao dia, por 30 dias.
- (D) realização de punção lombar para exclusão de carcinomatose meníngea.
- (E) início de corticoterapia com dexametasona 4 mg endovenosa, a cada 6 horas.

32

Uma mulher de 58 anos, com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo de mama há dois anos e em tratamento adjuvante, procurou o pronto-socorro relatando dor lombar intensa há cinco dias, com piora progressiva e irradiação para ambos os membros inferiores. Nas últimas 48 horas, desenvolveu fraqueza bilateral em membros inferiores, dificuldade para deambular e retenção urinária.

Ao exame físico, apresentou força grau 3 nos membros inferiores, reflexos profundos exaltados, sinal de Babinski bilateral e nível sensitivo na altura de T10. A paciente negava febre, mas referia constipação intestinal recente.

Considerando o caso descrito, o diagnóstico mais provável e a conduta mais apropriada são:

- (A) síndrome da cauda equina por hérnia discal lombar e cirurgia descompressiva de urgência.
- (B) mielite transversa idiopática e pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa.
- (C) síndrome de compressão medular metastática e administração de dexametasona seguida de radioterapia.
- (D) síndrome do cone medular por abscesso epidural e antibioticoterapia endovenosa.
- (E) síndrome de compressão medular metastática e laminectomia descompressiva imediata sem corticosteroides.

33

Um homem de 72 anos, tabagista, foi internado com quadro de dispneia progressiva há três semanas. Durante a investigação, foi identificada uma massa pulmonar de 4 cm no lobo superior direito, com linfonodomegalia hilar ipsilateral à tomografia de tórax. No terceiro dia de internação, apresentou confusão mental progressiva e sonolência.

Exames laboratoriais revelaram: sódio sérico de 118 mEq/L, osmolalidade plasmática de 245 mOsm/kg, osmolalidade urinária de 420 mOsm/kg, sódio urinário de 85 mEq/L, ureia de 28 mg/dL, creatinina de 0,9 mg/dL, ácido úrico sérico de 2,8 mg/dL, ácido úrico urinário de 680 mg/24h e fração excretória de ácido úrico de 18%. Ao exame físico, encontrava-se euvolêmico, sem edemas periféricos, pressão arterial de 130 x 80 mmHg, sem sinais de desidratação ou sobrecarga hídrica. Função tireoidiana e cortisol sérico matinal estavam dentro dos limites da normalidade.

Considerando os dados apresentados, o diagnóstico presuntivo e a conduta terapêutica imediata mais apropriada são:

- (A) nefropatia perdedora de sal e administração de solução salina hipertônica 3% endovenosa.
- (B) síndrome da secreção inapropriada de ADH e restrição hídrica rigorosa a 800 mL/dia.
- (C) síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e infusão de 100 mL de solução salina hipertônica a 3%, em 20 minutos.
- (D) hiponatremia por reset do osmostato e correção gradual com solução salina isotônica.
- (E) síndrome cerebral perdedora de sal e tolvaptan 15 mg via oral, em dose única.

34

Uma mulher de 45 anos, portadora de *Diabetes Mellitus* tipo 2 há 12 anos, e infecção pelo HIV em uso regular de terapia antirretroviral, há 8 anos, com carga viral indetectável, foi internada para investigação de edema generalizado progressivo há 2 meses.

Ao exame físico, apresentava edema com cacifo 3+/4+ em membros inferiores, edema facial matinal e ascite moderada. Os exames laboratoriais revelaram: proteinúria de 24 horas de 8,2 g, albumina sérica de 2,1 g/dL, colesterol total de 320 mg/dL, LDL de 245 mg/dL, creatinina de 1,4 mg/dL e ureia de 45 mg/dL.

O exame de urina tipo 1 demonstrou proteinúria 4+ e hematúria glomerular com hemácias dismórficas e presença de cilindros hemáticos. A fundoscopia revelou retinopatia diabética não proliferativa moderada. Sorologias para hepatite B e C negativas.

Considerando o quadro clínico apresentado, a investigação etiológica mais apropriada inclui

- (A) dosagem de FAN, anti-DNA e complemento, considerando a elevada probabilidade de nefrite lúpica.
- (B) dosagem de anticorpo anti-receptor de fosfolipase A2, complemento, FAN e indicação de biópsia renal.
- (C) biópsia renal contraindicada devido ao diabetes de longa duração e presença de retinopatia diabética.
- (D) dosagem de crioglobulinas, fator reumatoide e início empírico de corticoterapia para glomeruloesclerose colapsante.
- (E) investigação através de hemoglobina glicada e microalbuminúria, pois o quadro é compatível com nefropatia diabética.

35

João, 48 anos, procurou atendimento ambulatorial para avaliação de rotina. Apresentava índice de massa corporal de 32 kg/m², circunferência abdominal de 108 cm, hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana 50 mg/dia, *Diabetes Mellitus* tipo 2 diagnosticado há 3 anos, em uso de metformina 500 mg, duas vezes ao dia, e dislipidemia mista. Negava etilismo significativo, mas referia consumo eventual de até duas latas de cerveja nos finais de semana.

Exames laboratoriais recentes mostraram: glicemia de jejum de 145 mg/dL, hemoglobina glicada de 7,8%, colesterol total de 245 mg/dL, LDL de 165 mg/dL, HDL de 35 mg/dL e triglicérides de 280 mg/dL. As aminotransferases estavam elevadas: ALT de 68 U/L (VR: 10–40) e AST de 52 U/L (VR: 10–40), com razão AST/ALT de 0,76. Bilirrubinas, fosfatase alcalina e gama-GT estavam normais. O hemograma completo era normal. Ao exame físico, apresentava esteatose hepática detectada por ultrassonografia abdominal, sem outras alterações significativas.

Considerando a doença hepática gordurosa de origem metabólica e os achados descritos, a estratégia de rastreamento mais adequada para avaliação de fibrose hepática é

- (A) aplicação inicial do escore FIB-4 e, se o resultado for intermediário (1,30-2,67), realizar elastografia hepática; se a elastografia for ≥ 10 kPa, considerar biópsia hepática.
- (B) realização de biópsia hepática percutânea, considerando a presença de múltiplos fatores de risco metabólicos e elevação das aminotransferases.
- (C) realização de elastografia hepática como método inicial de triagem, complementada por ressonância magnética com elastografia se os valores estiverem entre 8-12 kPa.
- (D) aplicação do escore *NAFLD Fibrosis Score* (NFS) como método único de avaliação, dispensando métodos complementares, se o resultado for $< -1,455$.
- (E) realização de ultrassom convencional seriado a cada 6 meses para monitorização da progressão da esteatose, sem necessidade de avaliação específica para fibrose.

36

Uma paciente de 37 anos começou a apresentar episódios de hipoglicemia, sem possuir antecedentes de doença endócrina, ao iniciar tratamento com antimicrobiano.

A droga antimicrobiana mais ligada a tal condição clínica é a(o)

- (A) doxiciclina.
- (B) levofloxacino.
- (C) sulfametoxazol.
- (D) nitrofurantoína.
- (E) penicilina benzatina.

Gastroenterologia

37

Paciente, 35 anos, chega à emergência após episódio de hematêmese e melena. Endoscopia digestiva alta revela úlcera duodenal com sangramento ativo em gotejamento.

A classificação de Forrest para esse paciente é

- (A) Forrest IA.
- (B) Forrest IB.
- (C) Forrest 2A.
- (D) Forrest 2B.
- (E) Forrest 2C.

38

Homem, 40 anos, refere dor abdominal em mesogástrio que se irradia para o dorso associada a vômitos e hiperamilasemia. Tomografia computadorizada abdominal revela aumento difuso do pâncreas com extensão ao processo inflamatório peripancreático e sugestão de necrose pancreática de 60% após a injeção do contraste.

Nesse caso, de acordo com a classificação radiológica de Balthazar, essa pancreatite aguda é classificada como

- (A) leve.
- (B) grave.
- (C) moderada.
- (D) gravíssima.
- (E) inespecífica.

39

Homem, 37 anos, apresentando edema dos membros inferiores e periorbitário associado a ascite. Ritmo cardíaco regular em 2 t, jugulares colabadas, maciez de flanco e maciez móvel de decúbito. Paracentese revela GASA 0.9. IGRA negativo. Amilase 80 U/l. Proteínas totais soro 2,3 g/dL.

O seguinte diagnóstico é o mais provável para o caso:

- (A) ascite pancreática.
- (B) síndrome nefrótica.
- (C) insuficiência cardíaca.
- (D) tuberculose peritoneal.
- (E) carcinomatose peritoneal.

40

Os cinco sinais clínicos presentes na pêntade de Reynolds são

- (A) febre com calafrios, icterícia, dor abdominal, hipotensão arterial e vômitos.
- (B) cefaleia, icterícia, dor abdominal, hipotensão arterial e alteração do estado mental.
- (C) febre com calafrios, icterícia, colúria, hipertensão arterial e alteração do estado mental.
- (D) febre com calafrios, icterícia, dor abdominal, hipotensão arterial e alteração do estado mental.
- (E) febre com calafrios, icterícia hemolítica, dor abdominal, hipotensão arterial e alteração do estado mental.

41

Homem, 42 anos, comerciante procura assistência médica devido a fadiga persistente, hiporexia e icterícia. Negava uso de drogas IV, álcool, transfusão ou viagens recentes. Refere contato sexual desprotegido com múltiplas parceiras no passado.

Ao exame, se encontra icterício +/4, fígado palpado a 2 cm abaixo do RCD, sem ascite ou esplenomegalia. HBsAg positivo, HBeAg negativo, anti-HBe positivo, anti-HBc IgG positivo, anti-HBcIgM negativo, HBV DNA 10⁷ UI/l TGO 150 U/l TGP 120 U/l.

A melhor opção para o quadro do paciente é

- (A) hepatite B aguda.
- (B) vacinação contra o VHB.
- (C) portador assintomático VHB.
- (D) hepatite B crônica vírus selvagem.
- (E) hepatite B crônica mutante pré-core.

42

Mulher, 65 anos, atendida na emergência com dor torácica e episódios de disfagia intermitente. Esofagograma realizado no dia seguinte mostra divertículo esofageano nos 5 cm distais do esôfago. Manometria revela ondas peristálticas de elevada amplitude em esôfago distal (média igual ou superior a 180 mm Hg) e relaxamento normal do EEI.

O diagnóstico mais provável para a clínica apresentada pela paciente é

- (A) acalasia.
- (B) disfagia lusória.
- (C) divertículo de Zenker.
- (D) esôfago em quebra nozes.
- (E) espasmo esofageano difuso.

43

Um paciente de 68 anos, sexo masculino, é submetido à cirurgia de ressecção de um tumor em cólon sigmoide.

O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revela um adenocarcinoma que invade a serosa, mas não perfura o peritônio visceral. Foram identificados linfonodos metastáticos em 3 dos 15 linfonodos regionais ressecados. Não há evidência de metástases a distância nos exames de imagem pré-operatórios e nem durante o intraoperatório.

Com base nesses achados, a classificação TNM e o estágio tumoral do paciente são:

- (A) T4b N2a M0 – Estádio IIIC.
- (B) T4a N1b M0 – Estádio IIIB.
- (C) T4a N1a M0 – Estádio IIIA.
- (D) T3 N1 M0 – Estádio IIB.
- (E) T4a N1 M0 – Estádio IIIA.

44

Paciente do sexo feminino, 33 anos, portadora de retocolite ulcerativa (RCU) com diagnóstico há 8 anos, encontra-se em terapia imunobiológica com infliximabe guiada por monitorização terapêutica de nível sérico na dose padrão de 5 mg/kg a cada 2 meses. Relata ter feito uso prévio de mesalazina e azatioprina.

No momento, encontra-se assintomática e com exames laboratoriais normais, a se incluir uma dosagem de calprotectina fecal de 25 mcg/g (valor de referência < 50 mcg/g). Ultrassonografia abdominal normal. Nega tabagismo e etilismo. Nega história familiar de câncer colorretal. Realiza colonoscopia a pedido de seu médico assistente, que foi completa, até o íleo distal, com preparo intestinal adequado (Escala de Boston: 9), apresentando remissão endoscópica (subscore endoscópico de Mayo: 0).

Exame histopatológico dos segmentos examinados apresenta apenas atividade inflamatória leve em reto, inespecífica, sem sinais de displasia ou outras informações pertinentes. Demais segmentos com análise histopatológica normal.

Baseado nessas informações, conforme os *guidelines* da *European Crohn's and Colitis Organisation* (ECCO), o tempo adequado de repetição do exame para essa paciente é de

- (A) 6 meses.
- (B) 1 ano.
- (C) 2 anos.
- (D) 3 anos.
- (E) 5 anos.

45

Paciente de 55 anos, sexo masculino, procura atendimento com queixas de disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 5 anos, regurgitação alimentar noturna e perda de peso significativa.

A manometria esofágica de alta resolução revela aperistalse no corpo do esôfago e relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior (EEI). A radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno evidencia uma grande dilatação esofágica, com calibre superior igual a 8 cm e sem tortuosidades.

Com base no quadro clínico e nos achados radiológicos, a classificação de Rezende para o caso descrito é

- (A) Grau I.
- (B) Grau II.
- (C) Grau III.
- (D) Grau IV.
- (E) Esôfago em “saca-rolhas”.

46

Uma paciente de 35 anos com doença de Crohn íleo-cólica moderada/grave foi iniciada em tratamento com adalimumabe. Após 12 meses de tratamento com boa resposta intestinal, ela desenvolve um quadro de psoríase em placas grave e extensa no tronco e membros, que não responde ao tratamento tópico. A paciente não tinha histórico prévio de psoríase. A biópsia de pele confirma o diagnóstico de psoríase.

Diante do caso clínico apresentado, a melhor opção terapêutica para essa paciente, entre as listadas a seguir, é

- (A) substituir por outro inibidor de fator de necrose tumoral (anti-TNF), como o Infliximabe.
- (B) iniciar metotrexato e manter o adalimumabe, ajustando a dose.
- (C) suspender o adalimumabe e iniciar tratamento com medicação anti-integrina (vedolizumabe).
- (D) substituir o adalimumabe por uma droga inibidora de IL23/CD64 (guselcumabe).
- (E) iniciar upadacitinibe, um inibidor de JAK1.

47

Uma paciente de 62 anos, com histórico de dores abdominais recorrentes nos últimos 6 meses, é submetida a uma ileo-colonosopia completa.

O exame revela a presença de múltiplos divertículos (mais de 15) no cólon sigmoide, descendente, transverso e ascendente. Além disso, o endoscopista descreve espasticidade em cólon sigmoide, associada a eritema e edema na mucosa adjacente de alguns óstios diverticulares. Também se observam algumas áreas de erosão esparsas. Não há sinais de sangramento ativo, perfuração ou fístulas.

Com base nesses achados e na Classificação DICA (*Diverticular Inflammation and Complication Assessment*), o estadiamento correto para essa paciente é

- (A) DICA: 0.
- (B) DICA: 1.
- (C) DICA: 2.
- (D) DICA: 3.
- (E) DICA: 4.

Medicina Intensiva

48

Um paciente é internado no CTI devido a sepse pulmonar.

A droga melhor indicada para sedação desse paciente é o(a)

- (A) midazolam.
- (B) propofol.
- (C) fentanil.
- (D) dexmedetomidina.
- (E) morfina.

49

Paciente internado no CTI, com sepse pulmonar e disfunção hepática, necessita iniciar bloqueio neuromuscular para otimizar a ventilação mecânica.

Assinale a opção em que o bloqueador neuromuscular **não** depende da função renal ou hepática para seu *clearance*.

- (A) rocurônio.
- (B) cisatracúrio.
- (C) vecurônio.
- (D) pancurônio.
- (E) doxacúrio.

50

Um paciente está internado no CTI, em pós-operatório de uma toracotomia para realização de uma lobectomia inferior esquerda, por uma neoplasia de não pequenas células. Encontra-se sonolento após ter recebido analgesia venosa. Está com uma saturação de oxigênio de 97%. Apresenta, neste momento, um batimento cardíaco de 167 bpm e pressão arterial de 75/35 mmHg. O eletrocardiograma confirma o diagnóstico de uma fibrilação que não existia em exames anteriores e que, segundo a enfermagem, é de início recente.

A melhor conduta a ser seguida é

- (A) amiodarona 150 mg IV em bolus.
- (B) metoprolol 5 mg IV.
- (C) naloxona 0.04 mg IV.
- (D) procainamida 10 mg IV.
- (E) cardioversão sincronizada.

51

Um paciente de 73 anos encontra-se no CTI devido a um quadro de sepse de origem urinária, acompanhado de um infarto agudo do miocárdio sem supra. No momento, ele apresenta um ritmo compatível com Torsades de Pointes (TdP) intermitente com estabilidade hemodinâmica.

A respeito do caso, é mais apropriado afirmar que

- (A) o sulfato de magnésio é a primeira opção apenas no TdP sustentado.
- (B) a amiodarona prolonga o intervalo QT e é considerada de baixo risco para TdP.
- (C) sotalol e verapamil são agentes bloqueadores nodais seguros para pacientes com risco de TdP.
- (D) haloperidol, metadona, eritromicina e procainamida são seguras para pacientes em risco de TdP.
- (E) hiperpotassemia é um fator de risco para TdP.

52

Um homem de 56 anos foi submetido a um reparo emergencial aórtico torácico endovascular, devido à ruptura contida de um aneurisma de aorta. No primeiro dia de pós-operatório, ele se queixa de perda de função motora nos membros inferiores.

Ao avaliarmos a história do paciente, a seguinte medicação levaria esse paciente a ser considerado de alto risco de desenvolvimento de um hematoma espinhal, após um procedimento de drenagem espinhal:

- (A) aspirina 81 mg na manhã da cirurgia.
- (B) apixabana interrompida 3 dias antes do procedimento.
- (C) dabigatrana interrompida 4 dias antes do procedimento.
- (D) enoxaparina profilática interrompida 14 h antes do procedimento.
- (E) rivaroxabana interrompido 3 dias antes do procedimento.

53

Uma paciente de 65 anos, portadora de leucemia mieloide crônica, encontra-se internada para a realização de quimioterapia. No quarto dia de internação, ela apresenta hipotensão arterial. O lactato sérico encontra-se em 5 mmol/L, a creatinina sérica, em 3 mg/dL, e o hemograma demonstra uma neutropenia.

A seguinte conduta demonstra uma melhora de mortalidade nessa população:

- (A) início precoce de hemodiálise.
- (B) início precoce de terapia antifúngica.
- (C) hidratação venosa guiada por lactato sérico.
- (D) antibioticoterapia guiada pela procalcitonina sérica.
- (E) início precoce de agentes antibacterianos.

54

Um paciente internado no CTI com quadro de pancreatite aguda apresenta repetidas medidas de glicemia acima de 250 mg/dL.

Sobre o controle glicêmico em pacientes críticos, assinale a afirmativa correta.

- (A) Hiperglicemia é associada a melhores desfechos se comparada à normoglicemia.
- (B) Terapia insulínica para manter a glicemia abaixo de 100 mg/dL é recomendada.
- (C) Terapia insulínica para manter a glicemia entre de 140 mg/dL e 180 mg/dL é recomendada.
- (D) Convulsão é a complicação mais comum da terapia insulínica.
- (E) Hipoglicemia é associada a melhores desfechos do que a normoglicemia.

55

Um paciente de 23 anos chega ao CTI, trazido da Emergência, vítima de um acidente automobilístico. Na admissão da Emergência, ele estava conversando, orientado e respondendo a comandos. Agora, no CTI, emite sons incompreensíveis, estando letárgico, abrindo os olhos somente a estímulos dolorosos, e com resposta motora de retirada em resposta à dor.

Os escores de coma de Glasgow inicial e subsequente para esse paciente são, respectivamente,

- (A) 15 e 8.
- (B) 15 e 4.
- (C) 13 e 8.
- (D) 10 e 4.
- (E) 15 e 6.

56

Um paciente de 33 anos encontra-se no CTI trazido da Emergência após ser vítima de um acidente automobilístico em alta velocidade. No momento apresenta distensão das veias no pescoço, dificuldade para respirar, hipertimpanismo à percussão do hemitórax direito com diminuição do murmúrio vesicular nesse mesmo hemitórax.

O provável diagnóstico e a conduta subsequente para o caso são:

- (A) tamponamento cardíaco / pericardiocentese.
- (B) tamponamento cardíaco / toracotomia de ressuscitação.
- (C) pneumotórax hipertensivo / drenagem torácica tubular.
- (D) pneumotórax hipertensivo / decompressão por agulha calibre 20.
- (E) pneumotórax aberto / curativo.

57

Uma paciente de 25 anos foi vítima de uma lesão perfurante por faca e encontra-se hipotensa (80 x 50 mmHg) e taquicárdica (110 bpm).

Com base nesses sinais vitais, a porcentagem da perda de sua volemia foi de, aproximadamente,

- (A) 5%.
- (B) 5% a 10%.
- (C) 10% a 15%.
- (D) 15% a 30%.
- (E) acima de 30%.

58

Um paciente de 56 anos apresenta um quadro avançado de fibrose pulmonar idiopática e encontra-se no CTI em ventilação não invasiva com 50 L de fluxo e 80% de FiO₂. Sua gasometria apresenta: pH 7,32, PaO₂ 80 mmHg, PaCO₂ 20 mmHg, HCO₃ 30 mEq/L.

Considerando a doença de base, o distúrbio fisiológico primário que causou essa hipoxemia no paciente foi

- (A) hipoventilação.
- (B) redução da pressão inspiratória de O₂.
- (C) *shunt* direito-esquerda.
- (D) hiperventilação.
- (E) limitação da difusão.

Nutrologia

59

A desnutrição proteico-calórica é uma situação clínica muito prevalente, está presente como consequência de várias doenças e está associada a inúmeras deficiências de sistemas orgânicos.

Em relação às consequências clínicas da desnutrição, assinale a afirmativa correta.

- (A) A fraqueza muscular é raramente observada em pacientes desnutridos, a não ser que estejam associados a doença neuromuscular.
- (B) A desnutrição acarreta maior tempo de internação e aumento dos custos hospitalares.
- (C) A deficiência de micronutrientes não interfere com o aumento de complicações clínicas em pacientes desnutridos.
- (D) Infecções oportunistas estão pouco relacionadas com desnutrição e mais com processos gerenciais ruins.
- (E) Pacientes com desnutrição grave não apresentam alterações semiológicas importantes dificultando o diagnóstico ao exame físico.

60

A avaliação nutricional é uma ferramenta primordial no diagnóstico e planejamento da terapêutica em pacientes com suspeita de desnutrição.

Uma avaliação do compartimento muscular é realizada com maior precisão se usarmos a seguinte técnica antropométrica:

- (A) usar a prega cutânea tricipital.
- (B) medir o perímetro abdominal.
- (C) realizar bioimpedância na primeira consulta.
- (D) medir a circunferência da panturrilha.
- (E) dosar a albumina e a transferrina séricas.

61

A avaliação nutricional é essencial para o diagnóstico de alterações nutricionais e metabólicas, e o passo inicial para o planejamento da terapia nutricional dos pacientes.

Em relação ao método de avaliação nutricional da bioimpedância, avalie as afirmativas a seguir.

- I. É o melhor método para a avaliação nutricional e deve ser indicada nas situações clínicas complexas.
- II. Pode ser utilizada para triagem nutricionais de pacientes com doenças mais graves.
- III. Tem como fator limitante o estado de hidratação dos pacientes.
- IV. Tem boa efetividade no monitoramento das mudanças da composição corporal durante tratamento nutricional.

Estão corretas as afirmativas

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

62

A dosagem de proteínas séricas é um dos pilares do diagnóstico nutricional. Basicamente, ela reflete a síntese que ocorre no fígado de acordo com a disponibilidade de nitrogênio circulante. Vários fatores interferem nesse processo.

Sobre a dosagem das proteínas séricas como ferramenta diagnóstica, assinale a afirmativa correta.

- (A) A albumina sérica não funciona como um marcador prognóstico de risco em pacientes de cirurgias oncológicas eletivas.
- (B) A albumina e a PCR são bons marcadores de avaliação nutricional em pacientes hipermetabólicos em estado como sepse e trauma.
- (C) Em pacientes com sepse e hipermetabolismo a dosagem de albumina e transferrina possuem boa acurácia para avaliarmos o risco nutricional ou a desnutrição.
- (D) A utilização de pré-albumina em pacientes críticos com mudanças agudas de metabolismo pode guiar as intervenções nutricionais com mais acurácia, apesar de também não ser o método ideal.
- (E) A meia vida curta da albumina e da transferrina ajudam em muito na avaliação do risco nutricional no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgias de grande porte.

63

O exame físico como ferramenta da avaliação nutricional é muito rico em informações relevantes. Porém, ele pode apresentar sinais de confundimento em certas situações. Por exemplo, alguns sinais e sintomas estão relacionados diretamente a desnutrição.

Assinale a afirmativa correta a respeito da relação entre o exame físico e o diagnóstico de alterações nutricionais.

- (A) Clavículas, musculatura intercostal, região peri-escapular proeminentes são sinais de perda de massa magra, importante sinal prognóstico ruim para complicações clínicas.
- (B) Glossite e queilite são sinais de desnutrição proteica grave e pioram o prognóstico desses pacientes.
- (C) Edema peri-tornozelo ou sacral geralmente está mais relacionado a deficiências da função renal ou cardíaca e seu aparecimento em pacientes ambulatoriais não indica desnutrição.
- (D) Unhas quebradiças, com alteração na coloração e linhas de Beau são sinais de doenças infecciosas ou de alteração do hormônio tireoidiano e pouco tem a ver com estados de desnutrição.
- (E) Rarefação de pelos, alopecia, cabelos sem brilho e ralos não são sinais de perda de massa proteica e estão diretamente relacionados com hipovitaminose.

64

Em relação à avaliação nutricional do paciente em jejum não complicado, é correto afirmar que

- (A) as proteínas de fase aguda estão aumentadas.
- (B) a hipoalbuminemia demonstra desnutrição grave.
- (C) a linfocitopenia demonstra a importância do risco nutricional.
- (D) a transferrina sérica aumenta os níveis plasmáticos da albumina.
- (E) transferrina medida indiretamente é um bom marcador nutricional.

65

A Resolução RDC nº 503 define a Terapia de Nutrição Enteral (TNE) como um conjunto de procedimentos que abrangem várias etapas.

As etapas obrigatórias da TNE, conforme o Art. 7º da Resolução, são:

- (A) indicação e prescrição médica; preparação; administração; controle clínico laboratorial; avaliação final.
- (B) indicação e prescrição médica; prescrição dietética; preparação, transporte, administração; avaliação final.
- (C) indicação e prescrição médica; prescrição dietética; preparação e transporte; administração; controle clínico laboratorial.
- (D) avaliação nutricional; prescrição médica; preparação; transporte; administração; controle clínico laboratorial; avaliação final.
- (E) prescrição médica; prescrição dietética; preparação, conservação e armazenamento; transporte; administração; controle clínico laboratorial; avaliação final.

66

De acordo com o Art. 67 da RDC nº 503, o coordenador clínico da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) pode ser

- (A) um nutricionista com título de especialista em Terapia Nutricional.
- (B) um enfermeiro com pelo menos 5 anos de experiência na área de TNE.
- (C) qualquer membro da EMTN, desde que tenha experiência prática na TNE.
- (D) o coordenador técnico-administrativo, desde que tenha experiência em TNE.
- (E) um médico que atue em TNE e preferencialmente possua título de especialista, mestrado, doutorado ou livre-docência em área relacionada à TN.

67

A recomendação diária de proteínas para adultos, baseada na necessidade diária recomendada (RDA), é de

- (A) 0,5 g/kg/dia.
- (B) 0,8 g/kg/dia.
- (C) 1,0 g/kg/dia.
- (D) 1,2 g/kg/dia.
- (E) 1,5 g/kg/dia.

68

Das seguintes vitaminas hidrossolúveis, assinale a que atua como coenzima necessária para o metabolismo de glicose e aminoácidos no ciclo de Krebs.

- (A) Vitamina C.
- (B) Niacina (B3).
- (C) Tiamina (B1).
- (D) Piridoxina (B6).
- (E) Vitamina B12 (Cobalamina).

69

Além das alterações no microbioma intestinal, assinale o principal fator que pode influenciar negativamente a biodisponibilidade do cobre.

- (A) pH ácido no estômago.
- (B) Ausência de sais biliares.
- (C) Ingestão de carnes e ovos.
- (D) Níveis alimentares de ferro e cálcio.
- (E) Níveis alimentares de zinco, molibdênio e ácido ascórbico.

Pediatria

70

Lactente de 20 dias apresenta lacrimejamento constante e secreção esbranquiçada no olho desde os primeiros dias de vida, sem sinais sistêmicos ou febre. A mãe relata que o quadro piora quando o bebê chora. Ao exame, há leve edema palpebral e refluxo de secreção à compressão do saco lacrimal direito.

A principal hipótese diagnóstica sobre a origem dos sintomas é

- (A) obstrução pela presença de muco.
- (B) estenose por processo infeccioso local.
- (C) produção anômala de secreção serosa ocular.
- (D) formação de membrana impedindo a drenagem pelo ducto.
- (E) aumento da pressão no canal devido à má formação ocular.

71

Adolescente, sexo feminino, com quadro insidioso de dor e inchaço em joelhos, punhos e tornozelos, com rigidez matinal e limitação progressiva dos movimentos. Ao exame, observa-se simetria no acometimento articular e leve contratura em flexão dos dedos das mãos. Exames laboratoriais revelam elevação de velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), com fator reumatoide positivo. Relata, ainda, fadiga e episódios de febre baixa nas últimas semanas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica e os biomarcadores a ela relacionados, é correto afirmar que

- (A) a presença de anticorpos antinucleares apresenta forte associação com sacroileíte.
- (B) a detecção do HLA-B27 afasta a possibilidade de envolvimento de espondiloartrites.
- (C) os valores de VHS e PCR são altos, mas não há aumento significativo de imunoglobulinas.
- (D) a detecção de fator antinuclear está relacionada à falha ao tratamento com imunossupressor.
- (E) a positividade do fator reumatoide se associa a maior risco de progressão com dano estrutural.

72

Escolar, nove anos, apresenta, há seis meses, movimentos repetitivos e abruptos da cabeça e emissão de sons guturais. Os episódios aumentam em situações de estresse, mas cessam durante o sono e não ocorrem enquanto ele joga videogame. Os pais relatam que ele consegue controlar os movimentos por curtos períodos.

Baseado na principal hipótese diagnóstica, os sintomas motores, vocais e o tempo de duração deles são classificados, respectivamente, como

- (A) simples, complexo e crônico.
- (B) simples, simples e temporário.
- (C) complexo, complexo e crônico.
- (D) complexo, simples e temporário.
- (E) complexo, complexo e temporário.

73

Escolar, masculino, cinco anos, é trazido à consulta ambulatorial por apresentar micções muito frequentes durante o dia, chegando a urinar a cada 10 a 15 minutos, com início súbito. Os responsáveis negam dor, infecção urinária, escapes diurnos ou episódios noturnos. A criança já era desfraldada e os sintomas começaram pouco antes do início das aulas. Não há alterações ao exame físico.

Sobre a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) está relacionada à incompetência da junção ureterovesical.
- (B) trata-se de um distúrbio funcional que acomete mais meninos que meninas.
- (C) em torno da metade dos casos observa-se a presença de enurese intermitente.
- (D) na maioria dos casos, um problema anatômico no trato urinário leva a esses sintomas.
- (E) é uma das causas de disfunção da bexiga que não está relacionada à constipação intestinal.

74

Lactente, 2 meses, em aleitamento materno exclusivo, é trazido à consulta de puericultura com história de esforço e choro intenso antes de evacuar, há cerca de duas semanas. Após o esforço, elimina fezes amolecidas sem sangue ou muco. As evacuações ocorrem diariamente, e está se alimentando bem, ganhando peso adequadamente. Exame físico sem alterações.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) cólica.
- (B) disquezia.
- (C) constipação.
- (D) alergia alimentar.
- (E) refluxo gastroesofágico.

75

Lactente, 50 dias, é trazido ao ambulatório de puericultura por estar amarelado desde o quinto dia de vida. Nasceu a termo, parto normal, com peso adequado e usa leite materno exclusivo.

Ao exame físico, bom ganho ponderal, icterícia, hipocolia e colúria, hepatomegalia de consistência firme às custas do lobo esquerdo proeminente. Exames laboratoriais mostram elevação de bilirrubina conjugada (>1 mg/dL) e a ultrassonografia abdominal revela vesícula biliar contraída e não visualização do ducto colédoco e sinal do “cordão triangular”.

O passo seguinte em relação à confirmação da principal hipótese diagnóstica é realizar

- (A) elastografia hepática.
- (B) ressonância magnética.
- (C) cintilografia hepatobiliar.
- (D) colangiograma intraoperatório.
- (E) colangiopancreatografia endoscópica.

76

Adolescente, 17 anos, comparece com seu filho de 4 anos para avaliação devido a queixa da escola sobre comportamentos agressivos e dificuldade de interação com os colegas. A mãe relata que cria o filho sozinha, com pouco apoio familiar, vive em condição de vulnerabilidade social e enfrenta conflitos frequentes com a própria mãe. Refere dificuldade para estabelecer rotinas e sente-se sobrecarregada emocionalmente. O pai da criança não participa ativamente da criação.

Considerando o contexto clínico e os determinantes sociais envolvidos, é correto afirmar que

- (A) a idade materna, isoladamente, foi demonstrada como o fator determinante dos problemas comportamentais dessas crianças.
- (B) a presença contínua e positiva do pai ao longo da vida da criança pode ter um efeito protetor parcial contra esse tipo de comportamento.
- (C) os conflitos com avós são comuns nas famílias com mães adolescentes parecendo estar desvinculado com essas alterações de comportamento.
- (D) a presença de mães adolescentes em todas as classes sociais sugere que a condição socioeconômica não explica essas alterações comportamentais.
- (E) o início precoce dessas alterações de comportamento aumenta a probabilidade de abandono precoce da escola, fato pouco comum em filhos de adolescentes.

77

Escolar, 8 anos, masculino, apresenta aumento de volume na parte posterior do joelho direito, percebido há cerca de duas semanas, sem história de trauma. Ao exame físico, nota-se massa firme, compressível, pouco dolorosa à palpação, localizada medialmente à fossa poplíteia, mais evidente com o joelho em extensão. Radiografia do joelho não mostra alterações ósseas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o teste realizado durante o exame físico que auxilia no diagnóstico é a avaliação por meio da

- (A) ausculta.
- (B) rotação interna.
- (C) transiluminação.
- (D) marcha acelerada.
- (E) mobilidade passiva.

78

Lactente de 7 meses, previamente saudável, apresentou episódios de vômitos intensos cerca de duas horas após se alimentar com arroz há um mês, seguido de palidez cutânea, letargia, hipotonia, diarreia, hipotermia e leve distensão abdominal. Hoje, repetiu o alimento e novamente apresentou os mesmos sintomas. Não há febre, nem sangue nas fezes. Exame físico mostra criança prostrada, com perfusão periférica levemente reduzida e abdome levemente distendido, porém flácido.

Tendo em conta a principal hipótese diagnóstica, o sintoma considerado como critério diagnóstico maior é

- (A) a palidez.
- (B) a letargia.
- (C) o vômito.
- (D) a diarreia.
- (E) a hipotermia.

79

Escolar, quatro anos, é trazido para atendimento no setor de emergência por apresentar febre, dor no ouvido direito e abaulamento retroauricular com vermelhidão e sensibilidade local há dois dias. Foi diagnosticada com infecção de ouvido na semana anterior, mas os sintomas persistiram apesar do uso de amoxicilina. Ao exame, nota-se discreta protrusão da orelha direita; restante do exame sem alterações.

A conduta imediata baseada na principal hipótese diagnóstica é

- (A) internar, realizar exames laboratoriais, iniciar ampicilina + sulbactam via endovenosa.
- (B) trocar o antibiótico oral para amoxicilina + ácido clavulânico, retornando em dois dias.
- (C) realizar exames laboratoriais e de imagem e, se alterados, usar cefotaxima via venosa.
- (D) realizar ultrassom da região retroauricular para definir internação e antibiótico venoso.
- (E) internar, realizar tomografia de crânio, iniciar por via venosa amoxicilina e gentamicina.

80

Adolescente do sexo feminino é trazida à emergência com febre, artralgia em grandes articulações e cansaço aos esforços. Ao exame físico, apresenta sopro cardíaco (sem história prévia) e sinais inflamatórios em joelhos e tornozelos. Exames laboratoriais mostram PCR e VHS elevados, além de título aumentado de ASLO.

Considerando os critérios revisados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, a categoria diagnóstica dessa adolescente é

- (A) primeiro episódio febre reumática.
- (B) artrite pós-estreptocócica sem critérios maiores.
- (C) cardiopatia reumática crônica com atividade inflamatória.
- (D) febre reumática recorrente sem cardite prévia documentada.
- (E) recorrência de febre reumática com cardite prévia estabelecida.

Realização

