

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

PRÉ-REQUISITO

MASTOLOGIA

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 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!



Ginecologia e Obstetrícia

1

Mulher, 35anos, comparece em unidade básica de saúde desejando fazer uso do implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel 68 mg recentemente incorporado ao Sistema Único de Saúde.

Antes da inserção, durante sua anamnese, a seguinte informação fornecida pela paciente contraindica o método sem necessidade de exames complementares:

- (A) antecedente pessoal de câncer de mama.
- (B) enxaqueca com aura recorrente.
- (C) tabagismo atual, independente da idade
- (D) presença de varizes de membros inferiores.
- (E) amamentação exclusiva no puerpério.

2

Adolescente de 16 anos, sexualmente ativa, procura atendimento por corrimento vaginal purulento e sangramento pós-coito. O exame especular evidencia cervicite mucopurulenta. O diagnóstico etiológico não conseguiu ser confirmado.

Nesse cenário, assinale o esquema terapêutico mais adequado para essa paciente.

- (A) Amoxicilina, via oral, 3 vezes ao dia, durante 7 dias, isoladamente.
- (B) Ciprofloxacino, via oral, em dose única, associado a azitromicina, via oral, em dose única.
- (C) Doxiciclina, via oral, 2 vezes ao dia, durante 7 dias, isoladamente.
- (D) Ciprofloxacino, via oral, em dose única, isoladamente, sem necessidade de associação.
- (E) Ceftriaxona, via intramuscular, em dose única, associada a azitromicina, via oral, em dose única.

3

Puerpera, no primeiro dia após parto vaginal sem intercorrências, manifesta desejo de iniciar dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ainda durante a internação hospitalar, antes da alta, devido à dificuldade de acesso a serviços de saúde em sua região.

Considerando o momento apropriado para a inserção do método nesse contexto, é correto orientar que

- (A) a inserção deve ser adiada para a consulta de puerpério, realizada entre a quarta e a sexta semana após o parto, por ser essa a única janela segura para o procedimento.
- (B) a inserção pode ser realizada dentro das primeiras 48 horas pós-parto, desde que o profissional tenha treinamento específico na técnica de inserção pós-parto imediato.
- (C) a inserção está contraindicada até que se obtenha resultado de exame citopatológico do colo uterino colhido no pós-parto.
- (D) a inserção deve aguardar o retorno da menstruação, ainda que isso ocorra antes de completar trinta dias pós-parto.
- (E) a inserção deve ocorrer entre 48h e 4 semanas do parto, período que minimiza os riscos de expulsão do DIU, ou mesmo de perfuração uterina.

4

Mulher de 24 anos procura atendimento relatando relação sexual desprotegida ocorrida há 96 horas (quatro dias). Não deseja método intrauterino neste momento e solicita orientação sobre anticoncepção de emergência oral, com a maior eficácia possível diante do tempo já decorrido.

A conduta mais adequada, considerando a eficácia comparativa dos métodos de contracepção de emergência oral disponíveis no intervalo relatado, é

- (A) levonorgestrel 1,5 mg em dose única, por ser a única opção com eficácia comprovada após 72 horas da relação.
- (B) acetato de ulipristal 30 mg em dose única, por manter eficácia superior às demais opções orais entre 72 e 120 horas após a relação.
- (C) associação de estrogênio e progestagênio em duas doses (método de Yuzpe), por apresentar eficácia superior às demais opções nesse intervalo.
- (D) levonorgestrel 1,5 mg, com repetição da mesma dose após 12 horas, para reforço do efeito contraceptivo.
- (E) avaliar a possibilidade de inserção de DIU, já que nenhum método hormonal oral apresenta eficácia para contracepção de emergência 96h após a relação sexual.

5

Mulher de 55 anos, na pós-menopausa, relata sangramento uterino anormal há dois meses. Ultrassonografia transvaginal evidencia pólipos endometriais únicos, medindo 18 mm no maior eixo. Histeroscopia diagnóstica confirma a presença do pólipo sem atipias macroscópicas associadas, ou outras alterações endometriais associadas.

A conduta mais adequada diante desse achado é

- (A) acompanhamento clínico e ultrassonográfico por cerca de um ano, com base na taxa de regressão espontânea descrita para pacientes assintomáticas na menacme.
- (B) curetagem uterina às cegas, sem necessidade de confirmação histeroscópica adicional.
- (C) terapia hormonal com progestagênio isolado, para tentar reduzir o tamanho do pólipo antes de nova avaliação em seis meses.
- (D) polipectomia histeroscópica, com exérese completa da lesão e envio do espécime para estudo anatomopatológico.
- (E) histerectomia total, indicada como tratamento de escolha diante de qualquer pólipo endometrial diagnosticado na pós-menopausa.

6

Mulher de 30 anos, com desejo reprodutivo futuro, relata quinto episódio de prurido vulvar e corrimento esbranquiçado nos últimos doze meses, todos confirmados laboratorialmente como candidíase vulvovaginal. No momento, encontra-se novamente sintomática. Deseja reduzir a frequência de novos episódios, além de tratar o quadro atual.

Considerando o diagnóstico de candidíase vulvovaginal recorrente, a conduta terapêutica mais adequada é

- (A) tratamento em dose única ou de curta duração (1 a 3 dias), esquema apropriado para o episódio agudo isolado e suficiente também para reduzir a recorrência.
- (B) indução com fluconazol 150 mg, VO, a cada 72 horas, em três doses, seguida de terapia de manutenção supressiva com fluconazol 150 mg, VO, uma vez por semana, durante 6 meses.
- (C) tratamento com fluconazol 150mg VO em dose única para a paciente e sistemático do parceiro sexual com antifúngico oral, mesmo assintomático, medida obrigatória para reduzir a recorrência nessa paciente.
- (D) oteseconazol, por ser a opção mais indicada para essa paciente com potencial reprodutivo que deseja engravidar no futuro.
- (E) metronidazol 500 mg, VO, de 12 em 12 horas, por 7 dias, esquema apropriado para a candidíase vulvovaginal recorrente.

7

Mulher de 28 anos procura atendimento por ciclos menstruais irregulares (a cada 40 a 60 dias) há cinco anos, associados a hirsutismo leve em região do mento. Exame físico sem sinais de virilização, IMC 31,0 kg/m². Antes de confirmar o diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos, o ginecologista solicita exames complementares para excluir outras condições que podem simular o quadro clínico.

De acordo com o algoritmo proposto por Helena Teede na "Diretriz Internacional Baseada em Evidências para Avaliação e Manejo da Síndrome dos Ovários Policísticos — 2023", entre as opções abaixo, os exames solicitados inicialmente mais adequados para essa exclusão diagnóstica são:

- (A) TSH, prolactina e 17-hidroxiprogesterona, para excluir doença tireoidiana, hiperprolactinemia e hiperplasia adrenal congênita não clássica.
- (B) hemograma completo, coagulograma e função renal, para excluir causas hematológicas de irregularidade menstrual.
- (C) curva glicêmica de quatro horas e insulina basal, isoladamente suficientes para excluir outras causas de hiperandrogenismo.
- (D) cariótipo e hormônio antimülleriano, isoladamente suficientes para descartar outras causas de anovulação crônica.
- (E) testosterona total isolada, sem necessidade de exames adicionais, uma vez que o hirsutismo já confirma a etiologia ovariana.

8

Mulher de 24 anos, vivendo com HIV, inicia acompanhamento em unidade de referência em infectologia. Relata início da vida sexual aos 17 anos, encontra-se em uso regular de terapia antirretroviral, com carga viral indetectável e contagem de linfócitos CD4 preservada. Nunca realizou exame preventivo do colo do útero.

Considerando as recomendações das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigentes, a conduta correta quanto ao início do rastreamento nessa paciente é

- (A) postergar o início do rastreamento até os 30 anos, tendo em vista o controle virológico e imunológico já alcançado com a terapia antirretroviral.
- (B) iniciar o rastreamento apenas quando houver elevação da carga viral ou queda da contagem de linfócitos CD4.
- (C) iniciar o rastreamento com teste de DNA-HPV oncogênico agora, independentemente da idade, pelo início da atividade sexual já ter ocorrido.
- (D) iniciar o rastreamento com citologia isolada, reservando o teste de DNA-HPV oncogênico para situações de imunossupressão mais avançada.
- (E) aguardar até os 25 anos para iniciar o rastreamento, mesma idade recomendada para a população de risco padrão.

9

Mulher de 52 anos, há dois anos em amenorreia, refere fogachos moderados a intensos e procura atendimento ginecológico para tratamento. Nega hipertensão arterial, diabetes, tabagismo e antecedente pessoal de trombose. Exame físico e mamografia recentes são normais. Deseja iniciar terapia hormonal para controle dos sintomas.

Considerando o perfil de risco dessa paciente, a via de administração de estrogênio mais adequada para o início da terapia hormonal, dentre as opções a seguir, seria a via

- (A) intramuscular, por proporcionar níveis hormonais mais estáveis do que as demais vias de administração.
- (B) vaginal isolada, por ser suficiente para o controle de sintomas vasomotores moderados a intensos.
- (C) oral em dose alta, para controlar mais rapidamente os sintomas vasomotores intensos que apresenta no momento.
- (D) transdérmica, por ser obrigatória para toda mulher que inicia terapia hormonal, independentemente do perfil de risco.
- (E) oral, por ser adequada a mulheres saudáveis, sem fatores de risco cardiovascular ou tromboembólico identificados.

10

Mulher de 42 anos relata dismenorreia progressiva e menorragia há dois anos. A ultrassonografia transvaginal mostra útero globoso, mas o resultado é considerado inconclusivo pelo examinador. É solicitada ressonância magnética da pelve, que evidencia espessura da zona juncional de 14 mm, com focos de alta intensidade de sinal na zona juncional em sequência ponderada em T2.

O achado descrito na ressonância magnética é considerado

- (A) inespecífico, sem valor diagnóstico para adenomiose, sendo necessário aguardar confirmação por avaliação histopatológica isolada antes de qualquer conduta.
- (B) sugestivo apenas de leiomiomatose uterina, devendo o diagnóstico de adenomiose ser afastado diante desse padrão de imagem.
- (C) diagnóstico de adenomiose, uma vez que espessura da zona juncional superior a 12 mm é considerada critério diagnóstico por ressonância magnética.
- (D) inconclusivo, exigindo obrigatoriamente histeroscopia para confirmação antes de qualquer conduta terapêutica.
- (E) compatível exclusivamente com a forma focal da doença (adenomioma), excluindo a possibilidade de adenomiose difusa.

11

Uma gestante de 39 semanas, 34 anos, G2P1, sem comorbidades e com pré-natal de risco habitual, solicita a realização de cesariana eletiva por receio intenso da dor do parto vaginal e por experiências negativas relatadas por familiares. Após receber informações detalhadas sobre riscos e benefícios das vias de parto, alternativas analgésicas, possibilidade de mudança de decisão e repercussões maternas e neonatais, manifesta reiteradamente sua preferência pela cesariana. O obstetra registra toda a discussão em prontuário e a paciente assina Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

À luz do Estatuto dos Direitos do Paciente e dos princípios bioéticos, assinale a afirmativa correta a respeito da conduta mais adequada.

- (A) O TCLE não produz efeitos jurídicos quando a cesariana é realizada exclusivamente por solicitação materna, devendo ser recomendada exclusivamente a via vaginal por representar a opção tecnicamente preferível.
- (B) A assinatura do TCLE transfere integralmente à paciente a responsabilidade por eventuais complicações decorrentes da cesariana eletiva.
- (C) O respeito à autonomia da paciente permite a realização da cesariana, desde que a decisão seja livre, esclarecida, voluntária, haja capacidade decisória, adequada informação e inexistam contraindicações clínicas ao procedimento.
- (D) A simples assinatura do TCLE torna dispensável o registro detalhado da discussão clínica no prontuário.
- (E) A autonomia da paciente é absoluta, permitindo exigir qualquer procedimento, independentemente de indicação clínica ou concordância profissional.

12

Uma adolescente de 13 anos procura um serviço de referência acompanhada de sua mãe, relatando ter sido vítima de violência sexual há cerca de oito semanas. A ultrassonografia confirma gestação única de 8 semanas. Após acolhimento multiprofissional, a adolescente manifesta o desejo de interromper a gestação, sendo sua mãe favorável ao procedimento. O médico responsável segue o protocolo institucional.

Nesse cenário, a conduta mais adequada é

- (A) exigir boletim de ocorrência e laudo do Instituto Médico Legal antes de autorizar a interrupção da gestação.
- (B) solicitar autorização judicial, por se tratar de gestante menor de 14 anos.
- (C) informar que a interrupção somente poderá ser realizada após condenação criminal do agressor.
- (D) proceder à interrupção da gestação após acolhimento multiprofissional, registro da história clínica, obtenção do consentimento na forma da legislação vigente e observância do protocolo assistencial, sem exigir boletim de ocorrência, autorização judicial ou laudo pericial.
- (E) encaminhar a paciente para acompanhamento psicológico, adiando qualquer decisão sobre a interrupção da gestação até o segundo trimestre.

13

Uma gestante de 20 semanas realizou o rastreamento pré-natal para infecções de transmissão vertical. Recebeu um resultado reagente para HTLV-1/2 através de um teste sorológico por quimioluminescência (CLIA). A paciente não possui fatores de risco conhecidos, permanece assintomática e pergunta se precisará realizar cesariana eletiva e se poderá amamentar seu filho.

A próxima conduta mais apropriada é

- (A) indicar cesariana eletiva e permitir o aleitamento materno, pois a transmissão vertical ocorre principalmente durante o parto.
- (B) suspender o aleitamento materno e permitir o parto vaginal, pois a via de parto não reduz o risco de transmissão vertical.
- (C) indicar cesariana eletiva e contraindicar o aleitamento materno, independentemente da confirmação diagnóstica.
- (D) solicitar teste por Line Immunoassay (LIA) para HTLV-1/2 antes da definição da via de parto e das orientações sobre o aleitamento materno.
- (E) repetir o teste de quimioluminescência (CLIA) após o parto e manter o aleitamento materno até a confirmação diagnóstica.

14

Uma gestante de 30 semanas procura o pronto atendimento com história de febre (38,8 °C), tosse, odinofagia, mialgia intensa e cefaleia há 36 horas. Ao exame físico, apresenta frequência respiratória de 20 irpm, saturação de oxigênio de 97% em ar ambiente e ausculta pulmonar sem alterações. Encontra-se em período de sazonalidade da influenza, com circulação viral na comunidade, fortalecendo a suspeita clínica de influenza.

A conduta mais adequada é

- (A) solicitar RT-PCR para influenza e iniciar tratamento apenas se o resultado for positivo.
- (B) prescrever apenas sintomáticos, pois a paciente não apresenta sinais de gravidade.
- (C) iniciar oseltamivir imediatamente, sem aguardar confirmação laboratorial.
- (D) internar a paciente e iniciar antibioticoterapia empírica para prevenir pneumonia bacteriana.
- (E) iniciar oseltamivir apenas se os sintomas persistirem por mais de 72 horas.

15

Uma gestante de 24 semanas iniciou pré-natal no primeiro trimestre com sorologia para toxoplasmose mostrando IgG e IgM não reagentes. Na consulta atual, nova sorologia revela IgG reagente e IgM reagente, confirmando soroconversão durante a gestação. A ultrassonografia obstétrica não evidencia alterações fetais.

A conduta mais adequada é

- (A) iniciar espiramicina imediatamente e indicar PCR para *Toxoplasma gondii* no líquido amniótico no momento oportuno, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas entre a infecção materna e a amniocentese.
- (B) iniciar pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico imediatamente, independentemente da infecção fetal.
- (C) aguardar alterações ultrassonográficas antes de iniciar qualquer tratamento.
- (D) realizar interrupção da gestação, devido ao elevado risco de infecção congênita.
- (E) repetir a sorologia em quatro semanas antes de iniciar qualquer tratamento.

16

Uma gestante de 31 semanas procura atendimento com história de febre alta, cefaleia, mialgia e artralgia há quatro dias. O teste rápido para dengue (NS1) foi positivo no primeiro dia de sintomas. Na reavaliação, encontra-se afebril há 12 horas, refere melhora das dores, porém apresenta dor abdominal contínua e intensa, associada a episódios de vômitos persistentes. Os exames laboratoriais mostram hematócrito em elevação em relação ao exame anterior e plaquetopenia progressiva.

A conduta mais adequada é

- (A) dar alta hospitalar, pois o desaparecimento da febre indica resolução da infecção.
- (B) iniciar antibioticoterapia de amplo espectro para prevenir infecção secundária.
- (C) internar a paciente para monitorização materno-fetal e reposição volêmica, devido à suspeita de fase crítica da dengue.
- (D) indicar interrupção imediata da gestação devido ao risco de transmissão vertical.
- (E) transfundir concentrado de plaquetas, independentemente da presença de sangramento.

17

Uma primigesta de 28 anos, sem antecedentes psiquiátricos conhecidos, é levada ao pronto-socorro pelo marido no 12º dia após um parto vaginal sem intercorrências. Nas últimas 48 horas, tornou-se progressivamente agitada, dorme menos de duas horas por noite e passou a apresentar comportamento estranho, recusando-se a amamentar e a segurar o recém-nascido. Afirma que seu filho foi "escolhido para uma missão divina" e que "vozes" orientam que ele deve ser purificado antes que "forças malignas" o levem. O marido relata que precisou impedir a paciente de realizar esse "ritual". Ao exame, encontra-se desorientada no tempo, com pensamento desorganizado, importante labilidade emocional e alucinações auditivas. O recém-nascido encontra-se saudável.

A conduta mais adequada é

- (A) orientar acompanhamento ambulatorial, pois o quadro é compatível com blues puerperal e tende à resolução espontânea.
- (B) iniciar antidepressivo e reavaliar em duas semanas, pois o quadro sugere depressão pós-parto grave.
- (C) solicitar apenas avaliação neurológica e neuroimagem antes de qualquer intervenção psiquiátrica.
- (D) internar imediatamente a paciente, garantindo a segurança materna e do recém-nascido, e iniciar tratamento psiquiátrico especializado.
- (E) separar definitivamente mãe e filho, pois o vínculo materno está irreversivelmente comprometido.

18

Uma puérpera de 32 anos, no 4º dia após cesariana realizada por trabalho de parto prolongado e rotura de membranas por 20 horas, procura o pronto-socorro com febre, dor abdominal intensa e prostração. Ao exame físico, apresenta temperatura de 39,2 °C, frequência cardíaca de 128 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, pressão arterial de 84 × 52 mmHg e saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente. Encontra-se sonolenta, respondendo lentamente às perguntas. O útero está doloroso à palpação e os lóquios apresentam odor fétido.

A conduta mais adequada para ela é

- (A) solicitar hemoculturas, ultrassonografia pélvica e tomografia computadorizada antes de iniciar antibioticoterapia, para identificar o foco infeccioso.
- (B) como a paciente apresenta escore qSOFA ≥ 2, o diagnóstico de sepse está confirmado, sendo desnecessária a dosagem de lactato sérico.
- (C) o qSOFA apresenta baixa sensibilidade na gestação e no puerpério, não devendo ser utilizado na avaliação inicial de pacientes com suspeita de sepse.
- (D) iniciar antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro após a confirmação microbiológica da infecção, evitando interferência no resultado das culturas.
- (E) instituir imediatamente o *bundle* da primeira hora da Surviving Sepsis Campaign, incluindo coleta de lactato e culturas, administração precoce de antibióticos de amplo espectro, reposição volêmica e início de vasopressores se a hipotensão persistir após adequada ressuscitação volêmica.

19

Uma puérpera de 35 anos evolui com atonia uterina após parto cesáreo, apresentando hemorragia pós-parto estimada em 2.500 mL. Apesar do uso sequencial de ocitocina, metilergometrina, carboprost, ácido tranexâmico e de medidas mecânicas para controle da hemorragia, mantém sangramento ativo. Durante o protocolo de transfusão maciça, é realizado tromboelastograma rotacional (ROTEM). O exame evidencia redução isolada dos parâmetros do canal de avaliação do fibrinogênio (FIBTEM), incluindo a amplitude do coágulo aos 5 minutos (A5), aos 10 minutos (A10) e a firmeza máxima do coágulo (MCF). Os canais de avaliação da via extrínseca (EXTEM), da via intrínseca (INTEM) e da fibrinólise (APTEM) não apresentam alterações, sem evidências de hiperfibrinólise.

Com base na interpretação do tromboelastograma rotacional, a conduta mais apropriada é

- (A) administrar plasma fresco congelado.
- (B) administrar concentrado de fibrinogênio ou, quando indisponível, crioprecipitado.
- (C) transfundir concentrado de plaquetas.
- (D) administrar uma segunda dose de ácido tranexâmico.
- (E) transfundir concentrado de hemácias isoladamente.

20

Uma puérpera de 29 anos, no 5º dia após parto cesáreo, procura atendimento por dor hipogástrica progressiva e redução importante do fluxo de lóquios nas últimas 24 horas. Refere sensação de pressão pélvica, mas nega febre, calafrios ou mal-estar. Ao exame físico, apresenta útero discretamente aumentado e doloroso à palpação, sem sinais clínicos de infecção uterina. A ultrassonografia evidencia distensão da cavidade uterina por conteúdo líquido compatível com loquimetria.

Se não tratada adequadamente, a principal complicação associada a essa condição é a

- (A) endometrite puerperal.
- (B) inversão uterina.
- (C) embolia por líquido amniótico.
- (D) hemorragia pós-parto secundária por atonia uterina.
- (E) trombose venosa profunda.

21

Uma gestante com histórico de três cesarianas anteriores, é acompanhada em unidade de saúde básica. Realiza ultrassonografia que evidencia placenta anterior com seu bordo inferior recobrimo o orifício cervical interno. Foi solicitada ressonância magnética sendo encontrados sinais de acretismo placentário.

Diante desses achados, assinale a afirmativa correta.

- (A) O histórico obstétrico dessa paciente não tem relação direta com o diagnóstico atual.
- (B) O seu parto deverá ser realizado com 40 semanas, caso não entre em trabalho de parto antes.
- (C) Deverá ser submetida a operação cesariana em hospital terciário, com reserva de sangue e equipe especializada.
- (D) Está indicado o aborto terapêutico devido ao alto risco de morbidade e mortalidade materna e fetal.
- (E) A indução do parto está indicada e deverá ser monitorizada de forma contínua com cardiotocografia.

22

Uma paciente com 24 semanas de gestação, sem doenças prévias, realiza o teste de tolerância oral à glicose com dextrosol 75g. O resultado foi 88, 164 e 158 mg/dL, em jejum, primeira e segunda hora após sobrecarga, respectivamente. Sobre o diagnóstico dessa paciente, é correto afirmar que

- (A) o único tratamento é o uso de insulina.
- (B) o tratamento de escolha é a metformina.
- (C) seus hormônios placentários são insuficientes.
- (D) trata-se de uma condição normal da gestação.
- (E) a causa está relacionada com as células beta pancreáticas.

23

Gestante de 28 semanas realiza ultrassonografia que evidencia feto com peso estimado de 1011g (no percentil 5), normodramnia, Doppler da artéria umbilical com diástole zero e Doppler do ducto venoso normal.

Diante desses achados, a conduta mais adequada é

- (A) ultrassonografia e Doppler duas a três vezes por semana.
- (B) interrupção imediata da gestação por cesariana.
- (C) interrupção da gestação após corticoterapia.
- (D) nova avaliação fetal em duas semanas.
- (E) indução do parto normal com misoprostol.

24

Uma gestante procura atendimento levando o laudo de uma ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre que evidencia uma medida de translucência nuchal de 5,5mm. No momento está com 18 semanas e deseja tem o diagnóstico de uma possível doença genética.

Para isso, o melhor a ser oferecido é

- (A) NIPT.
- (B) cordocentese.
- (C) amniocentese.
- (D) biópsia de vilos coriais.
- (E) ultrassonografia morfológica.

25

Chega no plantão da maternidade uma paciente com 21 semanas de gestação gemelar datada por ultrassonografia com 11 semanas. Não há descrição da corionicidade nessa ultrassonografia.

Ao exame físico, é encontrada uma medida de fundo uterino de 30 cm. Uma nova ultrassonografia evidencia o primeiro feto com polidramnia e com peso estimado no percentil 49. O segundo feto tem oligodramnia e peso estimado no percentil 2. Ambas as bexigas fetais foram visualizadas. O Doppler das artérias umbilicais e cerebrais médias está normal nos dois fetos. A medida do colo por via vaginal foi de 2,9 cm.

Diante dessa descrição é correto afirmar que

- (A) não é possível definir a corionicidade na idade gestacional em que realizou a primeira ultrassonografia.
- (B) o diagnóstico dessa paciente é de síndrome de transfusão feto-fetal estágio III de Quintero.
- (C) está indicada a redução fetal o quanto antes, devido à inviabilidade do feto menor.
- (D) um dos diagnósticos dessa gestação é o de restrição de crescimento fetal seletivo do feto 2.
- (E) independente do estágio de doença dessa gestação, está indicado o tratamento intrauterino com laser.

26

Durante atendimento de pré-natal, uma gestante com 11 semanas interroga sobre a possibilidade de realização do NIPT. Ela diz que está bastante ansiosa, por estar com 37 anos de idade.

Para o caso, assinale a melhor orientação.

- (A) Se fizer o NIPT, não será necessário realizar a ultrassonografia morfológica de 1º trimestre.
- (B) Não é mais possível realizar o NIPT, já que tem que ser coletado até 9 semanas de gestação.
- (C) Pelo fato de a gestante ter 37 anos, é indicada a amniocentese a partir de 12 semanas.
- (D) Caso o NIPT venha com resultado de uma aneuploidia, o diagnóstico deve ser confirmado com cariótipo.
- (E) A idade gestacional em que é coletado o material para NIPT não interfere no sucesso em obter um resultado.

27

Uma paciente com 35 semanas de gestação, dá entrada na emergência com dor abdominal intensa e sangramento vaginal de começo abrupto. Ao exame clínico é constatada pressão arterial de 150 x 100 mmHg e frequência cardíaca materna de 106 bpm. O útero tem tamanho adequado para a idade gestacional e encontra-se com tônus aumentado durante toda a avaliação clínica, sem sinais de relaxamento. A frequência cardíaca fetal é de 121 bpm e ao exame especular é visualizado sangramento ativo de grande volume pelo orifício externo do colo. Ao toque vaginal, o colo uterino encontra-se fechado.

Sobre esse caso é correto afirmar que

- (A) devido à idade gestacional, a melhor conduta é esperar até 37 semanas para o parto.
- (B) a paciente deve ser encaminhada ao centro cirúrgico para operação cesariana de emergência.
- (C) a conduta adequada é prescrever anti-hipertensivos e nova avaliação em 24 horas.
- (D) deve ser realizada transfusão sanguínea e após estabilização materna, indução do parto.
- (E) a situação do feto é tranquilizadora, podendo ser tomada uma conduta conservadora.

28

Ao realizar ultrassonografia obstétrica com 22 semanas, é evidenciada polidramnia importante. O estômago fetal é visualizado.

Com os achados descritos, é correto afirmar que

- (A) devem ser procuradas anomalias do sistema nervoso;
- (B) o diagnóstico de atresia de esôfago está descartado;
- (C) é possível se tratar de válvula de uretra posterior;
- (D) o Doppler das artérias uterinas contribui ao diagnóstico;
- (E) os achados são compatíveis com doença policística renal.

29

Uma gestante, no termo, encontra-se no segundo período do trabalho de parto. Ela pede para ficar na posição de quatro apoios.

Diante dessa situação, assinale a afirmativa mais correta.

- (A) Essa posição é mais adequada no primeiro e não no segundo período do trabalho de parto
- (B) A posição de quatro apoios é prejudicial ao feto, já que dificulta a circulação uterina.
- (C) A paciente pode receber auxílio e assistência na posição que ela desejar e se sentir mais confortável.
- (D) No segundo período do trabalho de parto a paciente deve permanecer em decúbito dorsal.
- (E) Essa posição deve ser evitada, pois impossibilita realizar a pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.

30

Uma paciente realiza ultrassonografia que identifica uma gestação gemelar monocoriônica, diamniótica compatível com 12 semanas e 4 dias. A translucência nuchal de um dos fetos mede 1,1 mm, e a do outro, 2,3 mm. Os outros marcadores de aneuploidias estão normais.

Para esse caso, é correto afirmar que

- (A) há um risco aumentado de síndrome de transfusão feto-fetal ao longo da gestação.
- (B) o cálculo de risco para aneuploidia é diferente em cada feto nas gestações monocoriônicas.
- (C) nesse tipo de gestação gemelar, exame invasivo para cariótipo não pode ser realizado.
- (D) a realização de cariótipo só pode ser feita por meio de sangue fetal obtido por cordocentese.
- (E) a medida da translucência nuchal não tem valor para calcular risco nessa idade gestacional.

31

Mulher de 52 anos, na pós-menopausa, apresenta sangramento vaginal há dois meses. Biópsia de endométrio obtida por histeroscopia revela hiperplasia endometrial com atipia. A paciente não deseja preservar a fertilidade, e o estadiamento pré-operatório não evidencia doença extrauterina.

A conduta terapêutica de escolha para essa paciente envolve

- (A) vigilância ativa com biópsias endometriais seriadas, reservando o tratamento cirúrgico apenas para os casos de progressão comprovada para carcinoma invasivo.
- (B) uso de dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) isolado como tratamento definitivo.
- (C) radioterapia pélvica externa isolada, por ser a modalidade terapêutica de escolha para lesões pré-malignas do endométrio.
- (D) histerectomia total, pois é tratamento curativo de escolha para pacientes com hiperplasia endometrial atípica.
- (E) quimioterapia neoadjuvante seguida de reavaliação histológica, por ser conduta padrão antes de qualquer decisão cirúrgica nesse contexto.

32

Mulher de 38 anos (pré-menopausa) apresenta massa anexial complexa de 6 cm à ultrassonografia transvaginal, associada a ascite identificada no mesmo exame de imagem. O CA-125 sérico é de 250 U/mL (referência: < 35 U/mL). Não há história familiar de câncer de ovário ou de mama em parentes de primeiro grau.

Segundo os critérios do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e da Society of Gynecologic Oncology (SGO) para encaminhamento a especialista em ginecologia oncológica, essa paciente deve ser referenciada porque

- (A) apresenta imagem de massa anexial complexa, o que, por si só, é suficiente para o encaminhamento em qualquer idade, independentemente de marcadores tumorais ou outros achados associados.
- (B) apresenta ascite em mulher jovem sem etiologia definida.
- (C) há ausência de história familiar de câncer de ovário ou de mama.
- (D) não há como dispensar o encaminhamento a especialista, a despeito dos achados de imagem e laboratoriais, em função da idade da paciente.
- (E) apresenta CA-125 muito elevado (acima de 200 U/mL) associado a evidência de ascite, achados que, isolada ou conjuntamente, preenchem os critérios de encaminhamento estabelecidos para mulheres na pré-menopausa.

33

Mulher de 35 anos, assintomática, sem história familiar de câncer de mama, realiza ultrassonografia mamária de rotina que evidencia nódulo sólido, circunscrito, sem calcificações, de forma ovoide. O achado é classificado como BI-RADS 3.

A conduta mais adequada diante desse achado é

- (A) realizar biópsia percutânea imediata, indicada em toda lesão BI-RADS 3 pelo risco de malignidade superior a 40%.
- (B) realizar mastectomia, por ser o tratamento padrão para lesões classificadas como BI-RADS 3.
- (C) dar alta, sem necessidade de qualquer seguimento, já que lesões BI-RADS 3 são consideradas categoria normal, equivalente à BI-RADS 1.
- (D) seguir com exames de imagem seriados (6 meses, 1 ano e por um período de 2 a 3 anos), com biópsia reservada para os casos de crescimento maior que 20% do maior diâmetro ou perda das características benignas.
- (E) realizar ressonância magnética das mamas em caráter de urgência, exame obrigatório para todas as lesões BI-RADS 3.

34

Menina de 3 anos é trazida por desenvolvimento mamário bilateral, notado pelos pais há dois meses. Ao exame, não há pelos pubianos, sinais de virilização ou estirão de crescimento. A idade óssea é compatível com a idade cronológica.

Assinale a opção correta em relação ao diagnóstico mais provável e à conduta adequada.

- (A) Puberdade precoce central, com indicação de tratamento com análogo de GnRH independentemente da evolução clínica.
- (B) Puberdade precoce periférica, devendo-se investigar prioritariamente tumor secretor de estrogênio de origem ovariana ou adrenal.
- (C) Telarca precoce isolada, quadro geralmente idiopático e autolimitado, que não necessita de tratamento, mas requer seguimento clínico pelo risco de progressão para puberdade precoce completa em uma minoria dos casos.
- (D) Pubarca precoce isolada, achado que dispensa qualquer acompanhamento clínico posterior.
- (E) Variação da normalidade que não requer diagnóstico diferencial com puberdade precoce central, dispensando qualquer seguimento.

35

Mulher de 36 anos, com ciclos menstruais regulares, tenta engravidar há sete meses, com relações sexuais frequentes e sem uso de método contraceptivo. O parceiro não apresenta comorbidades conhecidas nem cirurgias prévias relevantes. Considerando a idade da paciente, a conduta mais adequada nesse momento é

- (A) aguardar completar 12 meses de tentativa antes de iniciar qualquer investigação.
- (B) postergar a investigação até os 40 anos, idade a partir da qual a queda da fertilidade se torna clinicamente relevante e justifica propedêutica precoce.
- (C) indicar diretamente fertilização in vitro, sem propedêutica básica prévia, pela idade materna já ser considerada avançada.
- (D) iniciar a propedêutica básica do casal infértil, já que mulheres com 35 anos ou mais têm indicação de início da investigação a partir de 6 meses de coito desprotegido sem gestação.
- (E) solicitar apenas o espermograma do parceiro, dispensando neste momento a investigação dos fatores femininos.

36

Homem trans de 35 anos, em uso de testosterona há 4 anos, sem histórico de histerectomia, mantendo o colo uterino. Relata prática sexual com penetração pênis-vagina e nunca realizou colpocitologia oncológica. Demonstra desconforto significativo com a perspectiva do exame especular.

A conduta mais adequada em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero para esse paciente é

- (A) dispensar o rastreamento, uma vez que o uso de testosterona reduz a nenhum o risco de neoplasia cervical, independentemente da manutenção do colo uterino.
- (B) indicar rastreamento apenas se houver sintomas ginecológicos associados, já que a ausência de queixas torna a coleta de colpocitologia dispensável nessa população.
- (C) recomendar o rastreamento seguindo os mesmos princípios adotados para mulheres cisgênero com prática sexual de penetração pênis-vagina.
- (D) contraindicar a coleta de colpocitologia nesse paciente, pois o uso de testosterona torna os resultados citológicos não interpretáveis.
- (E) recomendar o rastreamento somente com citologia anal.

37

Mulher de 29 anos relata, há mais de um ano, em todos os meses: irritabilidade intensa, labilidade emocional, ansiedade, diminuição do interesse em atividades habituais e mudança significativa do apetite, restritas à fase lútea do ciclo menstrual. As queixas têm resolução completa no início da menstruação. Há prejuízo significativo em seu desempenho profissional nesses períodos. Diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) é estabelecido conforme critérios do DSM-5.

O tratamento farmacológico de primeira linha, com maior nível de evidência para os sintomas graves dessa condição, é o uso de

- (A) suplementação isolada com carbonato de cálcio, intervenção considerada de primeira linha com nível de evidência A para o TDPM.
- (B) inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina, fluoxetina, citalopram ou escitalopram, indicados como primeira linha de tratamento para os sintomas graves de SPM/TDPM, com nível de evidência A.
- (C) análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRHa), indicados como primeira linha por promoverem supressão ovariana completa.
- (D) Ômega 3, por apresentar perfil de segurança em mulheres em idade reprodutiva.
- (E) *Vitex agnus castus*, pois modula o sistema dopaminérgico, sendo medicamento de escolha.

38

Adolescente de 15 anos apresenta dor pélvica em cólica, de forte intensidade, restrita aos dois primeiros dias do fluxo menstrual, com início há 8 meses (aproximadamente 1 ano após a menarca). Não há desejo de anticoncepção. Exame ginecológico e ultrassonografia pélvica transabdominal não evidenciam alterações estruturais.

O tratamento farmacológico de primeira linha mais indicado para essa paciente é usar

- (A) analgésicos simples (paracetamol ou dipirona) isoladamente, com eficácia comprovadamente superior aos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) nessa faixa etária.
- (B) anticoncepcional hormonal combinado oral, indicado como primeira linha independentemente do desejo contraceptivo da paciente.
- (C) sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG), indicado como primeira linha pelo seu efeito imediato sobre a dor menstrual.
- (D) anti-inflamatório não esteroide (AINE), iniciado 1 a 2 dias antes do início do fluxo menstrual e mantido por 3 a 5 dias.
- (E) análogo do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRHa), indicado como primeira linha por sua alta eficácia e ausência de efeitos colaterais relevantes em adolescentes.

39

Mulher de 40 anos, G2P2, procura atendimento ginecológico com queixa de sangramento menstrual intenso e prolongado há cerca de 8 meses, associado a cólicas menstruais progressivamente mais intensas, que iniciam alguns dias antes do fluxo e se estendem por toda a menstruação. Nega dispareunia ou alterações urinárias e intestinais. Ao exame físico, o útero apresenta-se discretamente aumentado de volume, globoso, com sensibilidade dolorosa à palpação do fundo uterino. Ultrassonografia transvaginal evidencia miométrio heterogêneo, com espessamento assimétrico das paredes uterinas, sem miomas identificáveis.

Diante do quadro clínico apresentado, compatível com adenomiose, os sintomas mais comumente associados a essa condição são:

- (A) menorragia e dismenorreia.
- (B) disquezia e disúria.
- (C) dispareunia e infertilidade.
- (D) sangramento pós-coital e corrimento vaginal.
- (E) massa abdominal palpável.

40

Paciente de 32 anos, nuligesta, procura atendimento por sangramento menstrual intenso desde a menarca, com necessidade de troca de absorvente a cada 1–2 horas nos primeiros dias do ciclo, além de equimoses fáceis e episódios recorrentes de epistaxe. Ciclos regulares e ovulatórios. Ultrassonografia transvaginal evidencia nódulo miomatoso submucoso único, de 2 cm, com componente intracavitário. Investigação laboratorial complementar revela tempo de sangramento prolongado e dosagem de fator de von Willebrand reduzida.

De acordo com o sistema de classificação PALM-COEIN (FIGO), uma causa estrutural e uma causa não estrutural de SUA identificadas nesse caso são, respectivamente,

- (A) pólio e disfunção ovulatória.
- (B) leiomioma e coagulopatia.
- (C) adenomiose e causa iatrogênica.
- (D) malignidade/hiperplasia e causa endometrial.
- (E) leiomioma e disfunção ovulatória.

Cirurgia Geral

41

Sua equipe de emergência atende a um paciente de 29 anos, que foi admitido após queda de motocicleta. Encontra-se consciente, com frequência respiratória de 30 irpm, a saturação de oxigênio está em 90% em ar ambiente, com queixa de dor torácica intensa à direita. A radiografia de tórax evidencia fratura de três arcos costais, hemopneumotórax moderado, sem desvio significativo do mediastino. O paciente apresenta estabilidade hemodinâmica. A equipe indica a descompressão torácica.

Considerando as recomendações atuais, assinale a opção que descreve corretamente a indicação, a técnica e o material que devem ser empregados.

- (A) Realizar punção pleural no segundo espaço intercostal com cateter venoso calibroso, mantendo-o como drenagem definitiva em selo d'água para hemopneumotórax traumático estável.
- (B) Indicar toracotomia imediata, utilizando dreno de pequeno calibre apenas ao término da cirurgia, independentemente do volume inicial do hemotórax identificado.
- (C) Introduzir dreno de pequeno calibre por técnica de Seldinger no primeiro espaço intercostal, direcionando-o inferiormente para drenagem simultânea de sangue e ar.
- (D) Inserir dreno torácico por via posterior ao nível da escápula, utilizando trocarte metálico como método preferencial para facilitar a passagem pela parede torácica.
- (E) Realizar toracostomia no quinto espaço intercostal, entre as linhas axilar anterior e média, por dissecação romba, introduzindo dreno torácico de calibre adequado ao hemopneumotórax e conectando-o a sistema de drenagem em selo d'água.

42

Sua paciente é uma mulher de 47 anos que foi submetida à exérese de uma lesão cutânea benigna na face, com fechamento primário da ferida. Ela evoluiu sem sinais de infecção, deiscência ou hematoma, apresentando boa coaptação das bordas. Durante a visita de enfermagem, um interno questiona o cirurgião sobre o momento mais adequado para a retirada dos pontos. Sua resposta deve levar em consideração o processo fisiológico da cicatrização e a resistência tênsil da ferida.

Nesse caso, assinale a resposta correta.

- (A) Os pontos devem ser retirados exclusivamente após o término da fase de remodelamento, quando a cicatriz adquire resistência equivalente à do tecido normal.
- (B) A retirada dos pontos deve ser determinada apenas pela idade do paciente, independentemente da localização da ferida, da tensão da sutura ou da evolução clínica.
- (C) Os pontos podem ser retirados no primeiro ou no segundo dia de pós-operatório, pois a fase de hemostasia já proporciona resistência suficiente para evitar deiscência.
- (D) A retirada dos pontos depende da localização anatômica, da tensão sobre a ferida, das condições clínicas do paciente e da evolução da cicatrização, respeitando o ganho progressivo da resistência tênsil.
- (E) Os pontos devem permanecer até completa substituição do colágeno tipo III pelo colágeno tipo I, independentemente da região operada e da finalidade da sutura.

43

Na rotina de visita ao leito da sua paciente, que está no sexto dia de pós-operatório, de hemicolecomia esquerda para tratamento de diverticulite, quando da inspeção da ferida operatória, observa: dor na incisão, hiperemia que se estende por cerca de 3 cm das bordas da ferida, edema local e drenagem espontânea de secreção purulenta em pequena quantidade.

O exame físico mostra que a paciente está hemodinamicamente estável, sem sinais de peritonite ou sepse e com trânsito intestinal presente.

Considerando o diagnóstico e o tratamento das feridas pós-operatórias, a conduta mais adequada é

- (A) diagnosticar infecção superficial do sítio cirúrgico, abrir parcialmente a incisão para drenagem, realizar curativos locais, colher cultura quando indicada e instituir antibioticoterapia conforme a apresentação clínica.
- (B) considerar reação inflamatória fisiológica da cicatrização, manter a ferida completamente fechada, trocar o curativo diariamente e aguardar resolução espontânea sem outras intervenções.
- (C) suspeitar deiscência completa da aponeurose, indicar reoperação imediata e realizar síntese da parede abdominal, independentemente do exame físico ou da estabilidade clínica.
- (D) diagnosticar seroma infectado, realizar apenas punção aspirativa da coleção e manter antibioticoterapia prolongada, evitando abertura da ferida para reduzir o risco de contaminação.
- (E) presumir infecção profunda do sítio cirúrgico, retirar todos os pontos da incisão, realizar desbridamento cirúrgico amplo e laparotomia exploradora em todos os pacientes.

44

Você examina uma mulher de 29 anos, ectoscopicamente hígida, que procurou o pronto-socorro com dor abdominal intensa de início súbito. Relata atraso menstrual de sete semanas, com atividade sexual ativa, lipotimia e pequeno sangramento vaginal.

Ao exame físico, apresenta-se pálida, sudorética, com PA 82/50 mmHg, FC 128 bpm, abdome doloroso com sinal de Blumberg positivo e dor à mobilização do colo uterino. Realizou-se um FAST que demonstra grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal.

Considerando o quadro clínico, o diagnóstico provável e a conduta mais adequada para o caso serão:

- (A) abortamento incompleto com instabilidade hemodinâmica; realizar curetagem uterina de urgência após reposição volêmica, mantendo antibioticoterapia e acompanhamento seriado do β -hCG.
- (B) ruptura de cisto hemorrágico ovariano com hemoperitônio; solicitar tomografia contrastada após estabilização clínica e indicar cirurgia conforme a evolução clínica e laboratorial.
- (C) doença inflamatória pélvica complicada por abscesso roto; iniciar antibioticoterapia venosa, ressuscitação volêmica e laparoscopia após estabilização completa da paciente.
- (D) torção anexial com sofrimento ovariano; instituir hidratação venosa, analgesia e tratamento videolaparoscópico após confirmação diagnóstica pelos exames complementares.
- (E) prenhez tubária rota com hemoperitônio; iniciar ressuscitação hemodinâmica, solicitar sangue para transfusão quando necessário e realizar exploração cirúrgica imediata para controle do sangramento.

45

Na sessão clínica do seu hospital é discutido o caso de um paciente de 46 anos que refere pirose e regurgitação há oito anos, com melhora parcial durante o uso contínuo de inibidor da bomba de prótons. Nos últimos meses, passou a apresentar sintomas, diurnos e noturnos, frequentes, e com maior intensidade, que causam impacto importante na qualidade de vida.

Uma endoscopia digestiva alta demonstra esofagite erosiva distal, classificada como Los Angeles C, associada a hérnia hiatal por deslizamento de 4 cm. A investigação clínica continua, faz-se uma pHmetria de 24 horas, que confirma refluxo gastroesofágico patológico, e uma manometria esofágica, que evidencia peristalse preservada, sem distúrbio motor significativo.

A conduta mais adequada para o caso é

- (A) manter tratamento clínico exclusivo, aumentar a dose do inibidor da bomba de prótons e repetir a endoscopia após doze meses, independentemente da persistência dos sintomas.
- (B) indicar dilatação endoscópica da junção esofagogastrica como tratamento definitivo, dispensando correção da hérnia hiatal e avaliação da barreira antirrefluxo.
- (C) indicar tratamento cirúrgico antirrefluxo com correção da hérnia hiatal e funduplicatura, após confirmação objetiva da doença e adequada avaliação funcional do esôfago.
- (D) realizar gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux para eliminar o refluxo, mesmo na ausência de complicações gástricas ou suspeita de neoplasia.
- (E) contraindicar qualquer procedimento cirúrgico, pois a presença de esofagite erosiva constitui contraindicação absoluta à cirurgia antirrefluxo.

46

Durante a visita aos pacientes internados em seu serviço de cirurgia, você é designado para o preparo pré-operatório de um paciente de 52 anos, com diagnóstico de hipertensão portal esquistossomótica, com antecedente de hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas, tratado com ligadura elástica.

Após discussão em sessão clínica, teve como indicação terapêutica a desconexão ázigo-portal com esplenectomia. É hipertenso, diabético tipo 2, tabagista, tem DPOC moderada e relata dispneia aos médios esforços.

Exames mostram plaquetas de 68.000/mm³, INR 1,4, albumina discretamente reduzida, função renal limítrofe e esplenomegalia volumosa. Está clinicamente estável, sem sangramento ativo.

A conduta pré-operatória mais adequada para o caso será

- (A) liberar o paciente para cirurgia após hemograma e coagulograma, pois a desconexão ázigo-portal trata a causa do sangramento e não exige investigação adicional.
- (B) corrigir plaquetopenia com transfusão profilática imediata, suspender anti-hipertensivos e hipoglicemiantes no dia anterior e realizar a cirurgia sem atraso.
- (C) solicitar apenas endoscopia digestiva alta, pois o principal risco é o sangramento varicoso, sendo dispensável avaliação cardiopulmonar se não houver dor torácica.
- (D) realizar avaliação clínica, anestésica, cardiopulmonar, hepatorenal, hematológica e nutricional; otimizar comorbidades, revisar medicamentos, planejar hemocomponentes, antibioticoprofilaxia, vacinação, consentimento e *checklist* cirúrgico.
- (E) contraindicar a cirurgia, pois plaquetopenia, hipertensão portal e comorbidades tornam obrigatória a escolha por tratamento exclusivamente endoscópico.

47

Sua equipe multidisciplinar atende a um paciente de 31 anos, atlético, que foi admitido no serviço de emergência 35 minutos após ferimento por arma branca na região paraumbilical esquerda. Encontra-se consciente, ansioso, pálido e sudorético. Refere dor abdominal intensa e progressiva.

Ao exame físico, apresenta PA 88/56 mmHg, FC 122 bpm, FR 28 irpm, SpO₂ 96% com oxigênio suplementar por cateter, enchimento capilar lentificado e extremidades frias, caracterizando o quadro de choque hemorrágico classe II.

O abdome está distendido, com defesa involuntária difusamente, dor à descompressão brusca e exteriorização de pequena quantidade de conteúdo entérico pela ferida. Após o protocolo inicial do ATLS, são obtidos dois acessos venosos calibrosos, inicia-se reposição volêmica balanceada e são coletados exames laboratoriais.

Com base no quadro clínico, a conduta mais apropriada é

- (A) solicitar tomografia computadorizada contrastada após estabilização inicial completa, mantendo observação intensiva e antibioticoterapia, indicando laparotomia apenas se houver piora clínica ou confirmação tomográfica de lesão intestinal.
- (B) prosseguir com ressuscitação hemodinâmica, realizar laparotomia exploradora imediata, controlar a hemorragia e a contaminação, identificar todas as lesões intestinais e reparar ou ressecar os segmentos inviáveis conforme os achados operatórios.
- (C) realizar laparoscopia diagnóstica como primeiro procedimento cirúrgico, convertendo para laparotomia apenas se houver sangramento persistente ou impossibilidade técnica de tratar as lesões encontradas.
- (D) manter reposição volêmica vigorosa, realizar FAST após estabilização clínica e indicar laparotomia somente se houver líquido livre ou agravamento dos sinais de choque nas horas seguintes.
- (E) indicar tratamento não operatório com monitorização contínua, antibioticoterapia de amplo espectro e reavaliações clínicas seriadas, reservando intervenção cirúrgica para o aparecimento de peritonite generalizada ou instabilidade refratária.

48

Em relação aos marcadores séricos na avaliação do estado nutricional no pré-operatório, é correto afirmar que

- (A) a administração de albumina no pré-operatório em pacientes desnutridos graves está correlacionada com melhora nos desfechos clínicos no pós-operatório.
- (B) os marcadores séricos podem ser considerados como fatores prognósticos pré-operatórios, mas não necessariamente como indicadores do estado nutricional.
- (C) mais especificamente, a síntese fracionada de albumina é bastante alterada após uma cirurgia abdominal de grande porte.
- (D) a albumina e a pré-albumina costumam apresentar níveis séricos baixos no pré-operatório, antes mesmo do paciente apresentar desnutrição moderada ou grave.
- (E) no estresse inflamatório, o corpo poupa recursos de aminoácidos para a criação de proteínas inflamatórias, aumentando assim as concentrações de marcadores nutricionais mesmo quando o paciente está adequadamente nutrido.

49

Um paciente de 30 anos é levado, 40 minutos após ser atropelado por um automóvel, ao seu serviço de emergência. Durante a avaliação primária, apresenta via aérea pérvia, ausculta cardiopulmonar sem alterações significativas, com murmúrio vesicular preservado bilateralmente.

Sinais vitais: PA 108/70 mmHg, FC 112 bpm, FR 24 irpm, SpO₂ 98% em ar ambiente.

Após exclusão de lesões com risco imediato de morte, constata-se, no membro inferior esquerdo, uma fratura exposta da diáfise da tíbia e da fíbula, com ferida de aproximadamente 8 cm, intensa contaminação por terra, sangramento moderado, deformidade evidente e exposição óssea. Os pulsos distais são palpáveis, o pé está aquecido e a sensibilidade encontra-se preservada. Não há outras lesões relevantes.

Com base nos princípios do ATLS e da cirurgia do trauma, a conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) cobrir a ferida com curativo estéril, iniciar antibioticoterapia intravenosa e profilaxia antitetânica, imobilizar o membro, realizar irrigação e desbridamento cirúrgico precoces, seguidos de estabilização da fratura conforme as condições locais.
- (B) solicitar tomografia do membro inferior antes de qualquer intervenção, manter analgesia e curativo compressivo, iniciando antibióticos apenas após definição completa das lesões ósseas e vasculares observadas nos exames.
- (C) realizar redução definitiva da fratura ainda na sala de emergência, suturar imediatamente a ferida exposta, administrar antibióticos após o procedimento e encaminhar posteriormente para fixação interna definitiva.
- (D) manter observação clínica com analgesia, elevar o membro e aguardar redução do edema antes da antibioticoterapia e do tratamento cirúrgico, desde que os pulsos periféricos permaneçam preservados.
- (E) priorizar fixação interna definitiva com placas e parafusos logo após a admissão, deixando a limpeza cirúrgica e o desbridamento para um segundo procedimento, quando houver melhores condições locais.

50

Paciente de 55 anos, com câncer de antro gástrico e síndrome de estenose pilórica completa, com desnutrição grave, fez terapia nutricional pré-operatória com nutrição parenteral (NPT) por 14 dias, e foi submetido à gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux, com colocação de cateter nasoenteral após a enteroenteroanastomose. No primeiro dia de pós-operatório, o paciente apresenta-se sem queixas e com abdome flácido e indolor.

A dieta enteral em baixo volume, nesse caso, deve ser feita

- (A) imediatamente.
- (B) após 24 h.
- (C) após 36 h.
- (D) após 48 h.
- (E) após manter em NPT por 3 dias e reavaliar.

51

Paciente de 49 anos, submetido à retossigmoidectomia para tratamento de adenocarcinoma de reto alto, no 6º dia de pós-operatório, apresentou febre e dor abdominal. Realizou TC de abdome que mostrou pequena coleção perianastomótica de 7 cm, contendo gás em seu interior.

Esse abscesso pode ser classificado como

- (A) primário.
- (B) primário tardio.
- (C) secundário.
- (D) secundário tardio.
- (E) terciário.

52

Uma ambulância do SUS traz, a seu plantão de emergência, um paciente de 67 anos, hipertenso e diabético, com história de abaulamento doloroso na região inguinal direita, conhecido há mais de 8 anos, que se tornou irreduzível há cerca de 10 horas. Refere dor intensa e contínua, náuseas, dois episódios de vômitos biliosos e interrupção da eliminação de fezes e flatos desde o início do quadro.

Ao exame físico, apresenta-se desidratado, PA 100/65 mmHg, FC 112 bpm, temperatura de 38,2 °C. O abdome está discretamente distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados. Na região inguinal direita observa-se massa endurecida, extremamente dolorosa à palpação, irreduzível, sem impulso à tosse e com hiperemia cutânea local. Exames laboratoriais realizados em urgência revelam leucocitose de 18.500/mm³ e lactato sérico elevado.

Considerando o quadro clínico, o diagnóstico e a conduta mais adequados serão:

- (A) hérnia inguinal encarcerada sem sinais de isquemia; realizar analgesia, sedação e tentativa cuidadosa de redução manual (táxis), seguida de observação hospitalar e correção eletiva após estabilização clínica.
- (B) hérnia inguinal estrangulada com provável sofrimento intestinal; iniciar ressuscitação volêmica, analgesia, antibioticoterapia de amplo espectro e encaminhar imediatamente para exploração cirúrgica, com avaliação da viabilidade intestinal e ressecção quando necessária.
- (C) hérnia femoral complicada associada à obstrução intestinal parcial; solicitar tomografia computadorizada com contraste antes de qualquer intervenção e indicar cirurgia apenas após confirmação radiológica da necrose intestinal.
- (D) hérnia inguinal recidivada complicada por abscesso da parede abdominal; realizar drenagem local, manter antibioticoterapia intravenosa e programar hernioplastia definitiva somente após resolução completa da infecção.
- (E) hérnia inguinal encarcerada de evolução prolongada sem comprometimento vascular; manter jejum, hidratação venosa e descompressão gástrica, adiando o tratamento operatório até normalização dos exames laboratoriais.

53

Durante a cicatrização de feridas, o pico máximo de macrófagos na fase inflamatória ocorre em torno do

- (A) primeiro dia.
- (B) segundo dia.
- (C) terceiro dia.
- (D) quarto dia.
- (E) quinto dia.

54

As cicatrizes hipertróficas, diferentemente dos queloides, contêm principalmente colágeno

- (A) tipo I.
- (B) tipo II.
- (C) tipo III.
- (D) tipos I e II igualmente.
- (E) tipos II e III igualmente.

55

No leito 3 da sala de mulheres está uma paciente de 23 anos, ectoscopicamente hígida, que procurou o serviço de emergência com dor abdominal iniciada há cerca de 10 horas na região periumbilical, migrando progressivamente para a fossa ilíaca direita. Refere anorexia, náuseas e um episódio de vômito. Não relata diarreia, disúria ou corrimento vaginal. A última menstruação ocorreu há duas semanas.

Ao exame físico, apresenta temperatura de 37,8 °C, frequência cardíaca de 94 bpm, dor localizada na fossa ilíaca direita, defesa muscular discreta e dor à descompressão brusca nessa região. Não há sinais de irritação peritoneal difusa, tampouco instabilidade hemodinâmica.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de propedêutica, diagnóstico e tratamento é:

- (A) suspeitar de doença inflamatória pélvica, solicitar ultrassonografia transvaginal e exames laboratoriais, iniciar antibioticoterapia empírica e indicar cirurgia apenas se houver piora clínica.
- (B) considerar diverticulite do cólon direito, solicitar tomografia abdominal contrastada, manter antibioticoterapia venosa e reservar o tratamento cirúrgico para falha da abordagem conservadora.
- (C) admitir adenite mesentérica como hipótese principal, solicitar ultrassonografia abdominal, instituir analgesia e observação clínica, indicando operação apenas diante de agravamento do quadro.
- (D) suspeitar de apendicite aguda, solicitar hemograma, teste de gravidez e exame de imagem quando indicado, iniciar hidratação, analgesia e antibioticoprofilaxia, indicando apendicectomia precoce, preferencialmente por via laparoscópica.
- (E) considerar gastroenterite aguda, solicitar exames laboratoriais básicos, manter hidratação e dieta conforme tolerância, reservando investigação complementar apenas se os sintomas persistirem.

56

O seguinte antibiótico é mais indicado no tratamento de infecções causadas por enterococos resistentes à vancomicina (ERV):

- (A) piperacilina + tazobactam.
- (B) meropenem.
- (C) ampicilina + sulbactam.
- (D) cefepime.
- (E) linezolida.

57

Você é o cirurgião responsável por uma paciente de 37 anos, advogada, mãe de 3 filhos, que será submetida a uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva para tratamento de colecistolitíase sintomática. Durante a consulta pré-anestésica, relata episódios prévios de urticária generalizada, broncoespasmo e hipotensão após procedimentos odontológicos e ginecológicos. Refere ainda prurido intenso ao utilizar luvas de borracha e diz-se alérgica a banana e kiwi. O prontuário confirma diagnóstico de alergia grave ao látex. No dia da cirurgia, durante o *checklist* de entrada na sala cirúrgica, observa-se que a equipe ainda utiliza luvas de látex sobre a mesa cirúrgica, o carrinho anestésico não foi preparado especificamente para esse caso e a paciente ainda não recebeu identificação visual de risco.

Considerando os protocolos de segurança do paciente, a sua conduta será

- (A) administrar corticosteroide e anti-histamínico profilaticamente, mantendo a cirurgia com os materiais habituais, desde que a paciente permaneça monitorada.
- (B) trocar apenas as luvas cirúrgicas por luvas sem látex, mantendo os demais materiais da sala, pois a principal fonte de exposição é o contato direto com as luvas.
- (C) adiar a cirurgia apenas se houver história prévia de choque anafilático; nos demais casos basta comunicar verbalmente a alergia ao anesthesiologista.
- (D) confirmar a alergia durante o *checklist*, identificar a paciente como portadora de alergia ao látex, utilizar ambiente e materiais livres de látex, comunicar toda a equipe, manter recursos para tratamento de anafilaxia disponíveis e registrar as medidas adotadas no prontuário.
- (E) realizar teste cutâneo com luva de látex imediatamente antes da anestesia para confirmar se a paciente permanece sensibilizada, evitando mudanças desnecessárias na rotina cirúrgica.

58

Paciente, 58 anos, procurou, há 12 dias, pronto-socorro e teve diagnosticada pneumonia de base pulmonar direita para a qual prescreveu-se amoxicilina + clavulanato por 14 dias.

Após 10 dias, retorna apresentando febre de 39 °C, FC: 122, PA: 100 x 60 mmHg, bpm, FR: 28 irpm e sat: 90%. RX mostra consolidação em lobo pulmonar direito com derrame pleural moderado e pleura pouco espessada. A toracocentese mostrou líquido francamente purulento, cuja análise relevou: pH: 6,95, Glicose: 22 mg/dL, LDH: 3.800 U/L, Proteínas: 4,8 g/dL e 58.000 células/mm³.

Das condutas a seguir, assinale a melhor e mais importante a ser adotada no momento.

- (A) Decorticação pleural direita + troca de antibiótico para vancomicina.
- (B) Estender a antibioticoterapia de amoxicilina + clavulanato por mais 7 dias.
- (C) Videotoracoscopia para toaleta pleural + troca de antibiótico para meropenem.
- (D) Troca de antibiótico para ceftriaxona + metronidazol, apenas.
- (E) Toracostomia + troca de antibiótico para piperacilina-tazobactam.

59

Você atende a uma mulher de 46 anos, com obesidade grau 2, que procurou o serviço de emergência com queixa de dor contínua no hipocôndrio direito há aproximadamente 18 horas, iniciada após farta refeição gordurosa. Refere náuseas, quatro episódios de vômitos e febre, que não aferida. Nega icterícia, colúria ou acolia fecal.

Ao exame físico, apresenta temperatura axilar de 38,3 °C, frequência cardíaca de 102 bpm, pressão arterial de 122/78 mmHg e dor intensa à palpação do hipocôndrio direito, com interrupção inspiratória durante a palpação profunda da região. Não há sinais de irritação peritoneal difusa, nem instabilidade hemodinâmica. Tem ausculta cardiopulmonar sem alterações significativas.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de propedêutica, diagnóstico e tratamento é:

- (A) solicitar endoscopia digestiva alta como exame inicial, iniciar inibidor da bomba de prótons e programar colecistectomia apenas se houver recorrência dos sintomas após o tratamento clínico.
- (B) solicitar tomografia computadorizada como primeiro exame, iniciar antibioticoterapia empírica e indicar drenagem percutânea da vesícula antes de qualquer tratamento cirúrgico.
- (C) solicitar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica de rotina, tratar como coledocolitíase presumida e indicar colecistectomia após normalização dos exames laboratoriais.
- (D) solicitar ressonância magnética das vias biliares como exame inicial, manter observação hospitalar e indicar cirurgia somente se houver piora clínica durante a internação.
- (E) solicitar hemograma, provas inflamatórias e função hepática, realizar ultrassonografia abdominal como exame inicial, estabelecer o diagnóstico de colecistite aguda e instituir hidratação, analgesia, antibioticoterapia e colecistectomia laparoscópica precoce.

60

Paciente, 69 anos, apresentando ferida necrótica em membro superior com áreas de crepitação. Relata também anemia ferropriva leve e emagrecimento de 5 kg em 3 meses de forma não intencional. Vem apresentando episódios de febre há 5 dias e internou hoje com leucocitose de 14.000, PCR de 38, ureia de 60 e creatinina de 1,3. A hemocultura foi positiva para *Clostridium septicum*.

A conduta mais indicada nesse caso é

- (A) endoscopia digestiva alta e piperacilina + tazobactam por 14 dias.
- (B) colonoscopia e amoxicilina + clavulanato por 14 dias.
- (C) colonoscopia e vancomicina por 10 dias.
- (D) endoscopia digestiva alta e vancomicina por 10 dias.
- (E) endoscopia digestiva alta e amoxicilina + clavulanato.

61

O serviço de clínica médica encaminha um paciente de 59 anos, hipertenso e com diabetes *Mellitus* tipo 2 bem controlado, que procurou atendimento após a realização de uma tomografia computadorizada de abdome solicitada para investigação de nefrolitíase.

O exame revelou, incidentalmente, uma massa sólida de 3,8 cm na suprarrenal esquerda. O paciente nega perda ponderal, dor abdominal, palpitações, sudorese, cefaleia paroxística, fraqueza muscular ou episódios de hipertensão de difícil controle. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, com pressão arterial de 136/84 mmHg, sem achados clínicos compatíveis com hipercortisolismo, hiperaldosteronismo ou excesso de catecolaminas.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de hipótese diagnóstica, propedêutica e conduta terapêutica é:

- (A) considerar adenoma não funcionante; solicitar apenas ressonância magnética abdominal e indicar acompanhamento anual, dispensando investigação hormonal por ausência de manifestações clínicas.
- (B) considerar metástase suprarrenal; solicitar PET-CT e biópsia percutânea como investigação inicial, indicando adrenalectomia somente após confirmação histopatológica da lesão.
- (C) considerar feocromocitoma; solicitar cintilografia com metaiodobenzilguanidina como exame inicial e indicar adrenalectomia imediata, independentemente da avaliação endócrina laboratorial.
- (D) considerar incidentaloma suprarrenal; realizar investigação hormonal completa e caracterização radiológica da lesão, indicando adrenalectomia apenas se houver funcionalidade, suspeita de malignidade ou critérios de tamanho e crescimento.
- (E) considerar carcinoma adrenocortical; solicitar colonoscopia e endoscopia digestiva alta para pesquisa de tumor primário, programando ressecção da suprarrenal após esses exames.

62

Paciente, 67 anos, com tumor de cólon direito com invasão da cápsula de Gerota do rim direito, irá ser submetido à hemicolectomia direita aberta com intenção curativa.

Há quatro anos, durante investigação de dor torácica atípica, realizou cineangiogramia coronariografia que demonstrou placas ateroscleróticas não obstrutivas (< 30%), sem necessidade de angioplastia ou cirurgia cardíaca. Desde então usa: ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/dia, rosuvastatina 20 mg/dia e losartana 50 mg/dia.

Em relação à necessidade de suspensão do AAS, a melhor conduta a ser adotada é

- (A) não suspender.
- (B) suspender por 24 a 48 horas antes da cirurgia.
- (C) suspender por 3 a 7 dias antes da cirurgia.
- (D) suspender de 7 a 10 dias antes da cirurgia.
- (E) suspender de 10 a 14 dias antes da cirurgia.

63

Uma mulher de 28 anos foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia, com história de dor recorrente na fossa ilíaca direita há oito meses, diarreia intermitente, perda ponderal de 7 kg e episódios ocasionais de febre baixa, que não foi aferida. Relata fadiga progressiva e melhora apenas parcial com analgésicos. Nega sangramento digestivo importante.

Ao exame físico, apresenta discreta dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal ou massas palpáveis. Ausculta cardiopulmonar e sinais vitais estão dentro da normalidade.

Considerando esse quadro clínico, a melhor sequência de hipótese diagnóstica, propedêutica e tratamento é:

- (A) considerar retocolite ulcerativa; solicitar colonoscopia com biópsias, iniciar aminosalicilato e indicar colectomia apenas nos casos de atividade persistente ou complicações clínicas.
- (B) considerar síndrome do intestino irritável; solicitar colonoscopia e exames laboratoriais, instituir dieta, controle dos sintomas e seguimento ambulatorial periódico.
- (C) considerar tuberculose intestinal; solicitar exames microbiológicos e tomografia abdominal, iniciar tratamento específico e indicar cirurgia apenas diante de perfuração ou obstrução.
- (D) considerar doença de Crohn; solicitar colonoscopia com biópsias, exames laboratoriais e enterografia, iniciar tratamento medicamentoso individualizado e reservar cirurgia para complicações ou falha terapêutica.
- (E) considerar diverticulite do cólon; solicitar tomografia computadorizada contrastada, iniciar antibioticoterapia, hidratação venosa e programar colectomia após resolução do episódio agudo.

64

Uma senhora de 84 anos, portadora de doença de Alzheimer em estágio avançado, dá entrada em sua enfermaria. Ela foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Geral por apresentar disfagia progressiva, episódios recorrentes de broncoaspiração e incapacidade de manter ingestão oral adequada.

Uma avaliação conjunta, os serviços de Geriatria e Nutrição confirmaram a indicação da gastrostomia para suporte nutricional de longa permanência. Os familiares receberam todas as informações e deram o consentimento para a realização do procedimento. Na avaliação pré-operatória não há sinais de abdome agudo, coagulopatia ou contraindicação clínica.

Considerando os princípios para o procedimento, assinale a opção que descreve adequadamente os elementos essenciais da técnica operatória e seus tempos cirúrgicos.

- (A) Realizar laparotomia mediana, identificar o jejuno proximal, confeccionar jejunostomia em alça, fixar a alça ao peritônio parietal e exteriorizar a sonda pela parede abdominal.
- (B) Realizar incisão subcostal esquerda, abrir o estômago na pequena curvatura, introduzir a sonda, fechar a gastrotomia em plano único e concluir sem fixação gástrica à parede.
- (C) Realizar acesso supraumbilical, mobilizar o duodeno, confeccionar gastrotomia posterior, exteriorizar a sonda e fechar a parede abdominal antes da fixação do estômago.
- (D) Realizar acesso ao estômago, confeccionar gastrotomia na parede anterior, introduzir a sonda, fixar o estômago à parede abdominal com suturas adequadas e fechar os planos da parede por técnica anatômica.
- (E) Realizar laparoscopia, posicionar a sonda no antro gástrico, fechar a gastrotomia em plano contínuo, dispensar gastropexia e finalizar com drenagem sistemática da cavidade.

65

Sua paciente é uma mulher de 29 anos, de complexão física atlética. Ela dá entrada no serviço de emergência com história clínica de dor súbita e intensa em fossa ilíaca direita, iniciada há quatro horas, quando fazia atividade física. Descreve discreta tontura e náuseas nesse período.

Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 106 bpm, pressão arterial de 110 x 70 mmHg, com ausculta cardiorrespiratória normal. Há dor à palpação no hipogástrio e fossa ilíaca direita, mas sem sinais de irritação peritoneal difusa. Uma ultrassonografia transvaginal demonstra moderada quantidade de líquido livre na pelve e imagem cística anexial direita de paredes irregulares, sem sinais sugestivos de torção do pedículo vascular ao estudo pelo Doppler. A hemoglobina é de 11,8 g/dL e permanece estável após nova dosagem quatro horas depois. A dosagem do β -hCG sérico é negativa.

Assinale a opção que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial mais adequada para essa paciente.

- (A) Apendicite aguda; solicitar tomografia abdominal contrastada e indicar apendicectomia de urgência após antibioticoterapia profilática.
- (B) Gravidez ectópica; repetir o β -hCG seriado e manter observação clínica até confirmação laboratorial antes de qualquer intervenção.
- (C) Hemoperitônio por ruptura de cisto ovariano; manter observação hospitalar, analgesia, controle seriado da hemoglobina e indicar laparoscopia apenas se houver instabilidade hemodinâmica ou sangramento persistente.
- (D) Doença inflamatória pélvica complicada; iniciar antibioticoterapia intravenosa e programar drenagem cirúrgica da cavidade abdominal.
- (E) Torção anexial; indicar laparotomia com ooforectomia imediata, independentemente dos achados clínicos e ultrassonográficos.

66

Paciente submetido à craniotomia descompressiva de emergência devido à hematoma epidural. No sétimo dia de pós-operatório, apresenta vermelhidão e saída de pus pela ferida do couro cabeludo.

O germe mais comum envolvido nesse tipo de infecção é

- (A) *Estafilococos coagulase-positivo*.
- (B) *Streptococos beta-hemolítico*.
- (C) *Staphylococcus aureus*.
- (D) *Escherichia coli*.
- (E) *Pseudomonas aeruginosa*.

67

Sobre o *delirium* pós-operatório é correto afirmar que

- (A) é um evento bastante comum, não tendo relação direta com o porte da cirurgia.
- (B) é mais associado à anestesia geral inalatória que à anestesia peridural.
- (C) o tratamento inicial padrão é o haloperidol injetável em dose plena.
- (D) o hematócrito pós-operatório inferior a 30% está associado a um risco maior.
- (E) a associação de *delirium* com dispositivos invasivos no pós-operatório não foi comprovada.

68

Seu preceptor da residência médica discute com você a conduta para um paciente de 58 anos, obeso, com história de refluxo gastroesofágico há 15 anos em uso irregular de inibidor de bomba de prótons. Indicam uma endoscopia digestiva alta por piora dos sintomas. O exame mostra esofagite de refluxo LA-D cicatrizada e segmento de metaplasia intestinal tipo Barrett de 7 cm, estendendo-se de 30 a 37 cm da arcada dentária, com ilhas de mucosa gástrica no interior. É realizada cromoendoscopia com magnificação que identifica área de 1,5 cm, elevada, com padrão de pit irregular no quadrante anterior, a 32 cm da arcada. As biópsias dirigidas dessa lesão revelam displasia de alto grau. As demais biópsias do segmento de Barrett mostram apenas metaplasia intestinal sem displasia. A tomografia de tórax e abdome não evidencia linfonodomegalias ou metástases. A manometria esofágica é normal.

Considerando o diagnóstico, a extensão da doença e os achados endoscópicos atuais, a conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) iniciar supressão ácida em altas doses com IBP duas vezes ao dia, repetir a endoscopia com biópsias em seis meses e indicar esofagectomia total caso haja progressão para neoplasia invasiva.
- (B) programar ablação por radiofrequência de todo o segmento de Barrett, dispensar a ressecção da lesão visível e manter seguimento endoscópico anual após a erradicação completa da metaplasia.
- (C) indicar mucosectomia endoscópica da lesão nodular com displasia de alto grau, seguida de ablação do epitélio de Barrett residual, após estadiamento local por ecoendoscopia.
- (D) realizar esofagectomia transtorácica com linfadenectomia de dois campos, associada à correção da hérnia hiatal e reconstrução gástrica, como tratamento definitivo da displasia de alto grau.
- (E) manter apenas seguimento clínico com endoscopia anual, pois a displasia de alto grau em Barrett longo não possui indicação formal de ressecção endoscópica ou cirúrgica imediata.

69

Sobre as drogas utilizadas para a indução anestésica, é correto afirmar que

- (A) o tiopental é bem indicado em pacientes com função cardíaca comprometida.
- (B) a cetamina tem como um de seus efeitos adversos a hipotensão grave.
- (C) o midazolam produz pouca hipotensão arterial, com hemodinâmica relativamente estável.
- (D) o propofol é contraindicado em asmáticos devido ao seu efeito de broncoespasmo.
- (E) o etomidato produz bastante instabilidade cardiovascular.

70

A veia retal inferior drena

- (A) direto na veia ílica interna.
- (B) para a veia obturatória.
- (C) direto na veia retal superior.
- (D) para o plexo venoso retal externo.
- (E) para a veia pudenda interna.

71

Você examina uma paciente de 42 anos, encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Geral, que apresenta um nódulo cervical anterior em crescimento há 6 meses. Nesse período, não tem rouquidão, disfagia, dispneia ou história familiar de doença de tireoide.

Ao exame físico, palpa-se nódulo único, endurecido, móvel à deglutição, de aproximadamente 2,8 cm no lobo direito da tireoide, sem linfadenomegalias cervicais. Os exames de TSH, T3 e T4 livres estão normais. Uma ultrassonografia da tireoide demonstra nódulo sólido, hipoecoico, margens irregulares, microcalcificações e vascularização central, classificado como TI-RADS 5. A punção aspirativa por agulha fina foi realizada e o laudo citopatológico é Bethesda V.

Considerando o quadro clínico, os achados de imagem e o resultado citológico, a conduta mais adequada é

- (A) repetir a punção aspirativa por agulha fina em seis meses, manter seguimento com ultrassonografia anual e iniciar levotiroxina para supressão do TSH independentemente dos resultados.
- (B) solicitar cintilografia da tireoide com iodo-131, iniciar tratamento com iodo radioativo se o nódulo for frio e programar tireoidectomia total apenas em caso de crescimento progressivo.
- (C) indicar tireoidectomia total com esvaziamento cervical profilático bilateral, independentemente da presença de metástases linfonodais cervicais ao exame de imagem pré-operatório.
- (D) indicar tireoidectomia total com avaliação intraoperatória dos linfonodos cervicais centrais, realizando esvaziamento terapêutico apenas se houver evidência de acometimento metastático.
- (E) manter tratamento clínico com inibidor de bomba de prótons e anti-inflamatório, repetir a ultrassonografia em três meses e indicar cirurgia apenas se houver sintomas compressivos.

72

Paciente, 60 anos, realizou endoscopia digestiva alta com lesão ulcerada de 2,0 cm em antro gástrico. O histopatológico veio como linfoma do tipo MALT de baixo grau e *H. pylori* positivo. A tomografia de estadiamento não mostrou invasão de outros órgãos nem metástases à distância. Evidencia-se a presença de 3 linfonodos perigástricos suspeitos, sendo o maior de 0,5 cm.

A melhor conduta, entre as a seguir listadas, nesse caso, é a

- (A) erradicação do *H. pylori*, apenas.
- (B) quimioterapia exclusiva.
- (C) quimioterapia neoadjuvante + antrectomia.
- (D) excisão local endoscópica.
- (E) antrectomia + linfadenectomia D2.

73

Paciente com esôfago de Barrett do tipo nodular realizou biópsias segundo o protocolo de Seattle, que mostrou displasia de alto grau. A ecoendoscopia mostrou que a lesão está restrita à mucosa.

Dentre as condutas a seguir, assinale a mais indicada nesse caso.

- (A) Crioterapia.
- (B) Ablação com laser.
- (C) Ressecção endoscópica de mucosa.
- (D) Esofagectomia total (McKewon).
- (E) Esofagectomia parcial (Ivor-Lewies).

74

Um homem de 34 anos, vítima de acidente automobilístico, dá entrada na Emergência onde você é residente de Cirurgia Geral. Ele apresenta Glasgow 14, PA 100 x 60 mmHg, FC 110 bpm.

Ao exame secundário do ATLS, você identifica fratura instável de pelve, edema e equimose no períneo, sangue em meato uretral e próstata elevada e flutuante ao toque retal. A bexiga está globosa e dolorosa à palpação suprapúbica. Foi tentada a passagem de sonda vesical de demora, mas houve resistência e saída de sangue pelo meato. O paciente refere retenção urinária completa há 8 horas. Uma tomografia de abdome evidencia bexiga repleta e fratura de ramos púbicos.

Considerando o mecanismo de trauma, os achados clínicos e a impossibilidade de sondagem uretral, a conduta mais adequada para derivação urinária imediata será

- (A) realizar sondagem uretral com cateter de Foley 20 Fr sob anestesia geral, utilizando manobra de tração e irrigação vesical para vencer a resistência e estabelecer a drenagem urinária.
- (B) realizar punção mediana suprapúbica às cegas, com agulha de grosso calibre inserida 2 cm acima da sínfise púbica, seguida de passagem de cateter de drenagem para alívio imediato da bexiga.
- (C) programar uretrocistoscopia de urgência para visualização direta da lesão uretral e passagem guiada de fio-guia com sonda vesical para derivação imediata.
- (D) realizar cistostomia suprapúbica aberta por laparotomia infraumbilical, com dissecação até a cúpula vesical, fixação da bexiga e inserção de sonda de cistostomia tipo Malecot.
- (E) optar por conduta expectante com analgesia e antibioticoterapia profilática, aguardando 48 horas para nova tentativa de sondagem uretral após resolução do edema local.

75

A neostigmina, utilizada para tratamento da pseudo-obstrução intestinal, pode ser utilizada com segurança na seguinte comorbidade isolada:

- (A) asma.
- (B) hipotireoidismo.
- (C) obstrução colônica mecânica.
- (D) insuficiência renal.
- (E) doença coronariana recente.

76

Sobre a apendicite aguda em gestantes, é correto afirmar que

- (A) a abordagem cirúrgica agressiva e precoce é justificada pelo alto índice de parto prematuro e perda fetal.
- (B) a sensibilidade e a especificidade da ultrassonografia são maiores comparativamente com não grávidas.
- (C) o custo-efetividade da ressonância magnética é menor, pois não reduz a taxa de apendicectomia negativa.
- (D) a apresentação clínica de apendicite aguda ocorre em apenas cerca de metade dos casos.
- (E) um aumento de proteína C reativa confirma processo infeccioso ativo, como a apendicite aguda.

77

Você é o residente R1 encarregado de programar e auxiliar uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva em uma paciente de 47 anos, obesa (IMC 34), com diagnóstico de colecistolitíase sintomática. Durante o preparo da sala cirúrgica, o cirurgião, seu preceptor, discute os princípios básicos do acesso minimamente invasivo: como a paciente será posicionada, de que modo será feita a insuflação abdominal e como será montado o sistema de imagem. No ato operatório, durante a dissecação do triângulo de Calot, há sangramento importante de difícil controle e piora da visibilidade.

Considerando os princípios da videocirurgia e o cenário descrito, a conduta mais adequada, em relação ao posicionamento, aos sistemas e ao manejo da complicação, será

- (A) posicionar a paciente em decúbito dorsal com pernas abduzidas, utilizar insuflador com fluxo de 15 L/min e CO₂ aquecido e converter para laparotomia se o sangramento não cessar com pressão e clips.
- (B) manter paciente em decúbito dorsal com braços ao longo do corpo, usar insuflação com N₂O a 20 mmHg e converter apenas após falha de transfusão e estabilização hemodinâmica completa.
- (C) posicionar em Trendelenburg reverso com rotação para esquerda, usar sistema de imagem 3D sem insuflação e prosseguir com cauterização bipolar mesmo com campo sujo de sangue.
- (D) colocar a paciente em litotomia com pernas fletidas, insuflar com ar ambiente a 25 mmHg e indicar conversão imediata para qualquer sangramento intraoperatório independentemente da magnitude.
- (E) manter decúbito dorsal horizontal sem inclinação, usar insuflador de baixa vazão e sistema de imagem HD com óptica de 30°, e converter somente se houver lesão de via biliar principal.

78

A aldosterona é secretada na seguinte zona da glândula adrenal:

- (A) reticular.
- (B) medular.
- (C) fasciculada.
- (D) glomerulosa.
- (E) capsular.

79

Paciente de 35 anos, sem histórico de doença hepática ou esteatose, irá doar parte do fígado para seu filho.

O percentual mínimo de parênquima residual que deve ser deixado no doador durante um transplante de fígado intervivos é de

- (A) 15%.
- (B) 20%.
- (C) 30%.
- (D) 50%.
- (E) 70%.

80

Em uma explosão ocorrida em uma feira agropecuária com dezenas de vítimas, a equipe do Serviço Médico de Emergência Pré-hospitalar avalia e decide para quais hospitais devem ser levados os feridos, de acordo com a gravidade de cada um.

Este processo é denominado

- (A) subtriagem.
- (B) supertriagem.
- (C) triagem hospitalar.
- (D) triagem de campo.
- (E) acidente traumático padrão.

Realização

