

TIPO**1****Endare**

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE**PRÉ-REQUISITO****ENDOSCOPIA****PROVA OBJETIVA – TIPO 1****SUA PROVA**

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.

**TEMPO**

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

**NÃO SERÁ PERMITIDO**

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

**INFORMAÇÕES GERAIS**

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

Boa prova!

Clínica Médica

1

Paciente de 68 anos, internado em Unidade de Terapia Intensiva após trauma abdominal, encontra-se sob ventilação mecânica invasiva e desenvolve pneumonia associada à ventilação no 12º dia de internação. A cultura do aspirado endotraqueal – obtida diante de novo infiltrado pulmonar, secreção purulenta e piora da oxigenação – isola *Acinetobacter baumannii* resistente a meropenem, imipenem, ciprofloxacino e piperacilina-tazobactam, caracterizando infecção por CRAB.

Considerando as recomendações atuais para o tratamento de infecção invasiva por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos, assinale a estratégia antimicrobiana preferencial.

- (A) Sulbactam-durlobactam em monoterapia, reservando a associação com carbapenêmico para isolados com resistência intermediária ao sulbactam.
- (B) Ampicilina-sulbactam em altas doses, totalizando 9 g/dia do componente sulbactam, associada à polimixina B, independentemente da disponibilidade de sulbactam-durlobactam.
- (C) Sulbactam-durlobactam associado à polimixina B, evitando carbapenêmicos diante da resistência microbiológica documentada a meropenem e imipenem.
- (D) Polimixina B associada ao meropenem em infusão prolongada quando demonstrado sinergismo *in vitro* entre os dois agentes.
- (E) Sulbactam-durlobactam associado a imipenem-cilastatina ou meropenem.

2

Uma paciente de 67 anos de idade, portadora de hipertensão arterial sistêmica, ex-tabagista, com história de declínio cognitivo progressivo, foi admitida em 14/04/2026 após queda da própria altura, evoluindo com fratura de colo de fêmur direito.

Durante a internação, foi tratada para infecção do trato urinário com ceftriaxona por 7 dias, esquema encerrado em 22/04/2026. Ao longo do período de internação, observou-se aceitação alimentar significativamente reduzida.

Na avaliação pré-operatória inicial em 14/04, os exames laboratoriais revelavam tempo de atividade da protrombina (TAP) de 14,3 segundos, Relação Internacional Normalizada (INR) de 1,05 e tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) de 30,3 segundos, tendo sido prescrita enoxaparina 40 mg, por via subcutânea, uma vez ao dia, para profilaxia de tromboembolismo venoso.

A cirurgia foi suspensa em 24/04 devido a pico hipertensivo, mantendo-se a paciente em compensação clínica para reagendamento eletivo do procedimento.

Na reavaliação em 28/04, novos exames evidenciaram TAP de 43,0 segundos (atividade de 22%), INR de 3,45, aPTT de 31,8 segundos e plaquetas de 180.000/mm³.

A paciente nega uso de anticoagulantes orais, encontra-se lúcida, hemodinamicamente estável e sem sinais de sangramento ativo.

Considerando a evolução clínica e o perfil laboratorial apresentado, a conduta mais adequada para o manejo da alteração hemostática antes da intervenção cirúrgica é

- (A) administrar fitomenadiona e repetir o coagulograma após a reposição, considerando como hipótese principal a deficiência adquirida de vitamina K relacionada à baixa ingestão alimentar e à antibioticoterapia recente, com consequente redução da síntese funcional dos fatores de coagulação vitamina K dependentes.
- (B) suspender a enoxaparina e administrar sulfato de protamina, considerando o efeito cumulativo da heparina de baixo peso molecular como a causa mais provável para o prolongamento acentuado do TAP.
- (C) administrar concentrado de complexo protrombínico de quatro fatores associado à vitamina K, visando à normalização imediata do INR antes da cirurgia, apesar da ausência de sangramento e de urgência cirúrgica imediata.
- (D) administrar plasma fresco congelado até a normalização do INR, considerando que a reposição isolada de vitamina K apresenta início de ação excessivamente tardio para a correção hemostática pré-operatória.
- (E) investigar insuficiência hepática sintética como causa primária e postergar a reposição de vitamina K, considerando que a normalidade das aminotransferases não permite distinguir hepatopatia de deficiência nutricional.

3

Um paciente masculino de 68 anos de idade, portador de doença renal crônica estágio 3 e diabetes *Mellitus* tipo 2, encontra-se internado na unidade de terapia intensiva (UTI) devido a um quadro de sepse de foco pulmonar.

Em uso de meropenem e polimixina B há 10 dias, o paciente evolui com diarreia aquosa volumosa, dor abdominal progressiva e distensão de alças.

Nas últimas 12 horas, apresenta franca piora clínica, registrando pressão arterial de 85/50 mmHg (em uso de noradrenalina em doses crescentes), frequência cardíaca de 120 bpm, temperatura axilar de 38,2 °C e abdome gravemente distendido, doloroso difusamente à palpação, com ruídos hidroaéreos abolidos.

Os exames laboratoriais de urgência revelam: leucócitos totais de 28.000/mm³, creatinina plasmática de 3,0 mg/dL (valor basal de 1,5 mg/dL), lactato sérico de 4,5 mmol/L e gasometria arterial evidenciando acidose metabólica com *base excess* de -7,0 mEq/L.

A tomografia computadorizada (TC) de abdome aponta espessamento pancelônico difuso, borramento da gordura perivisceral e dilatação do cólon transversal com diâmetro de até 7 cm, sem sinais de pneumoperitônio. O teste de pesquisa de toxinas para *Clostridioides difficile* encontra-se pendente.

Considerando o cenário clínico, laboratorial e de imagem apresentado, a conduta imediata mais adequada para o manejo desse paciente é

- (A) aguardar a confirmação laboratorial do teste de toxinas e iniciar a administração de fidaxomicina por via oral.
- (B) realizar colonoscopia de urgência para confirmação diagnóstica visual e descompressão endoscópica do cólon transversal.
- (C) iniciar vancomicina por via oral isolada e suspender imediatamente os demais antimicrobianos sistêmicos em vigência.
- (D) iniciar transplante de microbiota fecal de emergência por meio de sonda nasoentérica para restauração imediata da homeostase colônica.
- (E) iniciar terapia tripla com vancomicina por via oral em altas doses, metronidazol por via intravenosa e enemas de vancomicina por via retal, associada à avaliação cirúrgica precoce.

4

Uma mulher de 68 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica de longo prazo e insuficiência cardíaca de etiologia hipertensiva, é admitida na Unidade de Pronto Atendimento com quadro de dispnéia progressiva aos mínimos esforços nos últimos 4 dias, que evoluiu para ortopneia e dispnéia paroxística noturna na última noite, associada a padrão de tiragem intercostal na admissão.

Ao exame físico: regular para mau estado geral, taquipneia (FR: 28 irpm), SatO₂: 88% em ar ambiente. Pressão Arterial: 190 x 110 mmHg. Frequência Cardíaca: 102 bpm. À ausculta cardíaca, nota-se ritmo em 3 tempos por presença de terceira bulha (B3). A ausculta pulmonar revela estertores crepitantes bilaterais difusos até terços superiores de ambos os hemitórax. Apresenta edema maleolar bilateral (2+/4+). Foi realizada a radiografia de tórax no leito (incidência AP):

Com base no quadro clínico-radiológico apresentado, a conduta terapêutica inicial mais adequada, para a estabilização imediata da paciente no setor de emergência, é

- (A) realizar oxigenoterapia por cateter nasal de O₂, iniciar Dobutamina em dose baixa e prescrever Furosemida venosa.
- (B) iniciar ventilação não invasiva (VNI) com pressão positiva, administrar Furosemida venosa e iniciar infusão contínua de Nitroglicerina endovenosa, titulada de acordo com a resposta pressórica.
- (C) prescrever restrição hídrica rigorosa, iniciar Captopril por via oral e solicitar vaga de UTI para monitorização com cateter de Swan-Ganz.
- (D) administrar ataque de Morfina endovenosa, prescrever Carvedilol oral para controle da taquicardia e Furosemida venosa.
- (E) iniciar antibioticoterapia empírica para pneumonia comunitária associada, associar Furosemida venosa e manter observação clínica em oxigênio sob máscara com reservatório.

5

Uma paciente de 79 anos de idade, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *Mellitus* tipo 2, é admitida na unidade de terapia intensiva (UTI) com quadro de febre aferida em 39,2 °C, dispneia intensa e tosse seca, evoluindo rapidamente para insuficiência respiratória hipoxêmica aguda, com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Durante o manejo assistencial, observa-se a eliminação espontânea de um espécime adulto de *Ascaris lumbricoides* pelas cavidades oral e nasal. A tomografia computadorizada de tórax evidencia infiltrados alveolares e consolidações bilaterais, de caráter migratório e distribuição predominantemente periférica. O hemograma de urgência revela leucocitose moderada acompanhada de eosinofilia absoluta de 2.450 células/mm³.

Considerando a fisiopatologia molecular da resposta imune, responsável pela manifestação pulmonar inicial descrita no cenário clínico (síndrome de Loeffler), a lesão tecidual e o recrutamento celular no parênquima pulmonar decorrem predominantemente de

- (A) ativação da via clássica do sistema complemento induzida por deposição de imunocomplexos circulantes de IgG e IgM nos capilares alveolares.
- (B) polarização linfocitária adaptativa Th1 com secreção local de interferon-gama (IFN-γ) e ativação de macrófagos alveolares puramente fagocíticos.
- (C) estimulação de linfócitos T auxiliares Th2 com liberação de interleucinas IL-4, IL-5 e IL-13, promovendo o recrutamento e a degranulação local de eosinófilos.
- (D) reação de hipersensibilidade do tipo II mediada por autoanticorpos citotóxicos direcionados contra antígenos estruturais da membrana basal pulmonar.
- (E) invasão mecânica direta e destruição lítica do endotélio capilar pulmonar provocada exclusivamente pela migração de formas adultas do helminto.

6

Um homem de 66 anos de idade, portador de cardiomiopatia dilatada chagásica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 25% em ecocardiograma realizado há três meses) e hipertensão arterial sistêmica, é admitido no setor de emergência com queixa de palpitações de início súbito há aproximadamente 6 horas, associadas a dispneia progressiva e redução expressiva da tolerância aos esforços.

Ao exame físico, encontra-se consciente, orientado, porém nitidamente dispneico, com frequência respiratória de 24 irpm, saturação periférica de oxigênio de 94% em ar ambiente e pressão arterial de 108 X 68 mmHg.

À propedêutica clínica, observam-se turgência jugular patológica a 45°, edema de membros inferiores mensurado em 2+/4+ e estertores crepitantes bibasais em terços inferiores.

O eletrocardiograma de 12 derivações evidencia ritmo de fibrilação atrial com alta resposta ventricular, com frequência cardíaca oscilando entre 145 e 155 bpm, sem sinais de isquemia miocárdica aguda.

Considerando o perfil clínico-hemodinâmico do paciente e as recomendações atuais para o manejo de arritmias supraventriculares agudas associadas à insuficiência cardíaca descompensada, a conduta farmacológica inicial mais apropriada é

- (A) administrar diltiazem por via intravenosa para promover o controle rápido e sustentado da frequência ventricular.
- (B) administrar verapamil por via intravenosa para reduzir a resposta ventricular e restaurar o débito cardíaco agudo.
- (C) iniciar propafenona por via oral utilizando a estratégia *pill-in-the-pocket* para cardioversão farmacológica precoce.
- (D) administrar digoxina por via intravenosa para controle da frequência ventricular, com posterior reavaliação de anticoagulação.
- (E) realizar infusão contínua de adenosina por via intravenosa para interrupção imediata do circuito reentrante arritmico.

7

Homem de 38 anos, com antecedente de epilepsia em tratamento prévio com ácido valproico e clonazepam, é atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) após apresentar crise convulsiva tônico-clônica generalizada presenciada por familiares, com relato de baixa adesão medicamentosa nos últimos meses. Após o atendimento inicial e estabilização pós-ictal, evoluiu com recuperação completa da consciência e exame neurológico sem déficits focais.

A tomografia computadorizada (TC) de crânio realizada na emergência revelou calcificações bilaterais e simétricas, de aspecto denso, acometendo predominantemente os núcleos da base (globos pálidos e putâmens), sem efeito de massa ou sinais de edema perilesional.

O paciente recebe alta da emergência com ajuste do esquema anticonvulsivante (associação de Levetiracetam ao Ácido Valproico) e é encaminhado à Unidade Básica de Saúde / Clínica da Família para coordenação do cuidado, solicitação de exames laboratoriais complementares e encaminhamento à Neurologia.

Considerando o achado tomográfico e a suspeita de Calcificação Cerebral Primária (*Primary Brain Calcification*, antiga Doença de Fahr), assinale a conduta inicial prioritária e o perfil de exames laboratoriais a serem solicitados na Atenção Primária para o correto direcionamento do caso.

- (A) Encaminhar imediatamente para realização de painel genético para pesquisa das mutações nos genes *SLC20A2* e *PDGFB*, visto que a presença de calcificação simétrica dos núcleos da base em paciente jovem com epilepsia confirma o diagnóstico de Doença de Fahr primária.
- (B) Solicitar com prioridade o rastreio do metabolismo mineral (Cálcio total, Cálcio ionizado, Albumina, Fósforo, Magnésio, PTH intacto e Vitamina D 25-OH) e função renal, visando à exclusão de hipoparatiroidismo e outros distúrbios metabólicos tratáveis antes de considerar a causa primária.
- (C) Substituir imediatamente o esquema anticonvulsivante por monoterapia com fenitoína, suspendendo o levetiracetam e o ácido valproico, e aguardar o resultado do eletroencefalograma para definir a necessidade de exames de sangue.
- (D) Solicitar cálcio total e ionizado e, diante de hipocalcemia, iniciar cálcio e calcitriol antes da determinação do PTH, uma vez que a associação entre convulsões e calcificações simétricas dos núcleos da base favorece hipoparatiroidismo.
- (E) Solicitar ressonância magnética de encéfalo com contraste e líquido para pesquisa imediata de neurocisticercose e toxoplasmose, mantendo a investigação metabólica em segundo plano após o resultado das sorologias.

8

Homem de 52 anos, motorista de aplicativo, comparece à Unidade Básica de Saúde acompanhado da esposa. Relata sonolência excessiva diurna, episódios de redução da atenção durante a condução do veículo, sono não reparador e cefaleia matinal. A esposa refere ronco intenso, pausas respiratórias recorrentes durante o sono e despertares associados a engasgos.

Antecedentes Pessoais: Hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, em uso de enalapril 20 mg 12/12h e anlodipino 10 mg/dia; diabetes *Mellitus* tipo 2, em uso de metformina 850 mg 12/12h.

Exame Físico: PA 148/94 mmHg | FC 84 bpm | SpO2 96% em ar ambiente | Peso 98 kg | Altura 1,72 m | IMC 33,1 kg/m² | Circunferência cervical 44 cm | Mallampati IV.

Considerando a elevada probabilidade pré-teste de apneia obstrutiva do sono e os princípios técnicos da investigação dos distúrbios respiratórios do sono, assinale a afirmativa correta.

- (A) A polissonografia laboratorial permite determinar o índice de apneia e hipopneia utilizando o tempo total de sono como denominador, além de caracterizar os estágios do sono, microdespertares e a relação temporal entre eventos respiratórios, *effort* ventilatório e dessaturação. Essa característica a diferencia dos testes domiciliares sem eletroencefalografia.
- (B) Em paciente com alta probabilidade pré-teste de apneia obstrutiva do sono, um teste domiciliar tecnicamente adequado e negativo exclui a doença com segurança suficiente, não havendo indicação de polissonografia laboratorial subsequente, desde que o escore STOP-BANG seja inferior a 6 pontos.
- (C) A ausência de fluxo aéreo, por pelo menos 10 segundos, associada à dessaturação permite classificar o evento como apneia obstrutiva independentemente do registro de esforço toracoabdominal, uma vez que a oximetria diferencia adequadamente eventos obstrutivos de eventos centrais.
- (D) O Teste de Latência Múltipla do Sono deve preceder a polissonografia noturna em pacientes com sonolência excessiva diurna e suspeita concomitante de apneia obstrutiva do sono, pois a presença de dois ou mais episódios de sono REM de início precoce permite distinguir sonolência secundária à apneia de narcolepsia.
- (E) Na polissonografia diagnóstica, o índice de apneia e hipopneia deve ser calculado utilizando obrigatoriamente o tempo total de registro como denominador, enquanto o tempo total de sono é reservado para o cálculo do índice de despertares e para a análise da arquitetura do sono.

9

Homem de 62 anos, normotenso e sem antecedentes cardiovasculares, comparece à consulta ambulatorial para acompanhamento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). O paciente está em uso regular, há 8 meses, de associação medicamentosa em formulação fixa contendo dutasterida + cloridrato de tansulosina, na posologia de uma cápsula ao dia, apresentando melhora expressiva do escore sintomático prostático (IPSS) e sem queixas urinárias atuais.

Durante a consulta, o paciente demonstra forte incômodo com a progressão da Alopecia Androgenética Masculina (padrão Norwood-Hamilton IV) e solicita prescrição de medicação oral para "interromper a queda de cabelo e recuperar a densidade capilar", mencionando que leu sobre o uso de inibidores da 5-alfa-redutase e minoxidil oral para calvície.

Ao exame físico: PA = 124/78 mmHg, FC = 72 bpm, ausência de edemas em membros inferiores. Exame dermatológico do couro cabeludo confirma miniaturização folicular proeminente na região do vértex e entradas frontotemporais.

Considerando a farmacoterapia em uso, a composição da associação fixa e as diretrizes para o manejo da alopecia androgenética e HPB, assinale a conduta médica correta.

- (A) Manter a associação dutasterida/tansulosina em uso, reconhecer que a dutasterida 0,5 mg/dia já fornece inibição sistêmica da 5-alfa-redutase relevante para a alopecia e discutir terapia adicional não redundante para AGA, conforme perfil clínico, preferência e risco de efeitos adversos.
- (B) Acrescentar finasterida 1 mg/dia à dutasterida, buscando bloqueio complementar da 5-alfa-redutase tipo II.
- (C) Dobrar a dose de dutasterida, pois a dose para próstata é insuficiente para o folículo piloso.
- (D) Substituir dutasterida por finasterida 1 mg/dia e manter tansulosina, visando maior especificidade dermatológica.
- (E) Suspender tansulosina e dutasterida e iniciar minoxidil oral como monoterapia, evitando interações farmacológicas.

10

Mulher de 50 anos de idade, sem diagnósticos prévios conhecidos, comparece à Unidade Básica de Saúde para avaliação de exames laboratoriais solicitados em consulta de rotina. Encontra-se assintomática e nega poliúria, polidipsia, perda ponderal não intencional, náuseas, vômitos ou outros sinais de descompensação hiperglicêmica.

Ao exame físico, apresenta IMC de 31,4 kg/m² e pressão arterial de 128/82 mmHg, sem outras alterações relevantes.

Os exames laboratoriais revelam: Glicemia de jejum: 292 mg/dL; Hemoglobina glicada (HbA1c): 10,2%.

A função renal encontra-se preservada. Não há história de uso de glicocorticoides ou outros medicamentos hiperglicemiantes, nem evidências clínicas de cetose, síndrome catabólica, doença pancreática ou crise hiperglicêmica.

Considerando os critérios diagnósticos vigentes e as recomendações contemporâneas da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da *American Diabetes Association* (ADA) para o tratamento inicial do diabetes *Mellitus* tipo 2, assinale a estratégia terapêutica mais adequada.

- (A) Iniciar metformina em monoterapia e reavaliar a HbA1c após aproximadamente três meses, acrescentando um segundo agente apenas se a meta glicêmica não for alcançada, uma vez que a ausência de manifestações catabólicas favorece estratégia farmacológica escalonada.
- (B) Iniciar terapia farmacológica combinada, preferencialmente incluindo um fármaco de elevada eficácia glicêmica e com efeito redutor de peso, como um agonista do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP 1) ou terapia incretínica equivalente, associado à metformina, individualizando a escolha conforme características clínicas, tolerabilidade, acesso e preferência da paciente.
- (C) Iniciar insulino terapia basal associada à metformina, pois a HbA1c superior a 10% estabelece indicação prioritária de insulina independentemente da presença de sintomas de hiperglicemia, catabolismo, cetose ou crise hiperglicêmica.
- (D) Iniciar metformina associada a uma sulfonilureia, por constituir a combinação preferencial para pacientes recém-diagnosticados com HbA1c mais de 2 pontos percentuais acima da meta, reservando medicamentos com benefício ponderal para falha dessa estratégia.
- (E) Iniciar agonista do receptor do GLP 1 em monoterapia, postergando a associação de outros agentes até avaliação da resposta, pois a presença de obesidade determina que a redução ponderal deva constituir o principal objetivo farmacológico inicial.

11

Homem de 53 anos de idade, hipertenso, diabético e tabagista, com carga tabágica de 30 maços/ano, dá entrada no setor de Emergência devido a dor retroesternal em aperto iniciada durante episódio de intenso estresse emocional. Na admissão, apresenta pressão arterial de 200 x 90 mmHg e glicemia capilar de 460 mg/dL.

Após o controle pressórico e metabólico, ocorre resolução da dor, sem recorrência durante o período de observação em unidade monitorizada. O paciente permanece hemodinamicamente estável.

Os eletrocardiogramas seriados não demonstram alterações isquêmicas dinâmicas do segmento ST ou da onda T. A dosagem seriada de troponina I ultrasensível revela valores de 37,0 > 45,5 > 55,4 ng/L, para um limite superior de referência correspondente ao percentil 99 de 19 ng/L. O ecocardiograma transtorácico demonstra fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada e ausência de nova alteração segmentar da contratilidade.

Considerando a Quarta Definição Universal do Infarto do Miocárdio e a necessidade de integrar a cinética da troponina ao contexto clínico e ao provável mecanismo fisiopatológico, assinale a opção correta.

- (A) A elevação dinâmica da troponina acima do percentil 99 estabelece o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio tipo 1, mesmo na ausência de alterações eletrocardiográficas ou ecocardiográficas, pois a magnitude da elevação do biomarcador permite inferir a presença de aterotrombose coronariana aguda.
- (B) O padrão apresentado deve ser classificado como lesão miocárdica aguda não isquêmica, pois a ausência de alterações dinâmicas no eletrocardiograma e de nova alteração segmentar ao ecocardiograma impede o diagnóstico de infarto do miocárdio, mesmo diante de sintomas compatíveis com isquemia.
- (C) A elevação da troponina acima do percentil 99 com padrão de ascensão caracteriza lesão miocárdica aguda; diante da dor torácica compatível com isquemia e da presença de importante estressor capaz de produzir desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio, o IAM tipo 2 constitui a hipótese etiológica principal, sem que a cinética da troponina isoladamente exclua aterotrombose ou dispense estratificação cardiovascular individualizada.
- (D) A presença de fatores de risco para doença arterial coronariana, associada à dor torácica e à elevação dinâmica da troponina, torna suficientemente provável o mecanismo aterotrombótico para justificar tratamento inicial sistemático como síndrome coronariana aguda tipo 1, independentemente da avaliação posterior do mecanismo responsável pela lesão miocárdica.
- (E) A resolução da dor após o controle pressórico e metabólico permite atribuir a elevação da troponina exclusivamente à crise hipertensiva, caracterizando lesão miocárdica secundária sem necessidade de investigação posterior para doença arterial coronariana, desde que não ocorram alterações eletrocardiográficas ou ecocardiográficas.

12

Homem de 66 anos é admitido na Emergência após período prolongado de importante restrição alimentar. Apresenta perda ponderal acentuada, IMC de 15 kg/m², redução importante de massa muscular e história de ingestão alimentar mínima nas últimas duas semanas. Na admissão, encontra-se consciente, orientado e hemodinamicamente estável. Exames laboratoriais mostram: Sódio 137 mEq/L, Potássio 4,5 mEq/L, Creatinina 0,83 mg/dL e Glicemia 110 mg/dL. Após o início de hidratação venosa e suporte nutricional oral, evolui, em 48 horas, com fraqueza muscular progressiva, tremores, rebaixamento do nível de consciência e hipotensão arterial. A reavaliação laboratorial revela Sódio sérico de 138 mEq/L e Potássio de 3,1 mEq/L.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a opção que apresenta corretamente o mecanismo fisiopatológico e a abordagem inicial mais adequada.

- (A) Trata-se de hipoglicemia de rebote induzida por hiperinsulinismo reativo após a oferta de carboidratos, decorrente da redução do glucagon e do esgotamento prévio do glicogênio hepático. A abordagem inclui a suspensão temporária do suporte nutricional e a administração imediata de bólus de solução glicosada a 50% por via endovenosa.
- (B) Trata-se de encefalopatia por hiponatremia dilucional aguda, relacionada à hiper-hidratação intravenosa em paciente idoso, na qual o deslocamento hídrico para o meio intracelular causa edema cerebral. A abordagem inclui suspensão imediata da dieta oral e administração de solução salina hipertônica a 3%.
- (C) Trata-se de encefalopatia metabólica por deficiência nutricional isolada de vitamina C e niacina, decorrente do esgotamento das reservas vitamínicas cerebrais durante o período de jejum. A abordagem inclui o aumento imediato da infusão intravenosa de solução glicosada para suprir o déficit energético central.
- (D) Trata-se de instabilidade hemodinâmica por insuficiência do aporte calórico-proteico inicial, relacionada ao gasto metabólico basal mantido sem o correto atingimento das metas energéticas. A abordagem inclui progressão imediata para a meta calórica plena, independentemente dos níveis séricos de fósforo, potássio e magnésio.
- (E) Trata-se de síndrome de realimentação, relacionada à transição do metabolismo catabólico para o anabólico após a reintrodução nutricional, com aumento da secreção de insulina e deslocamento intracelular de fósforo, potássio e magnésio. A abordagem inclui monitorização e correção desses eletrólitos, administração de tiamina e ajuste do aporte energético, com redução ou interrupção de sua progressão conforme a gravidade das alterações metabólicas.

13

Homem de 45 anos de idade, submetido há 1 ano à ressecção transesfenoidal de macroadenoma hipofisário não funcionante, comparece ao ambulatório de Endocrinologia/Clinica Médica para seguimento. Relata fadiga progressiva, redução da capacidade para realizar exercícios, aumento da adiposidade abdominal, diminuição de massa muscular e piora significativa da qualidade de vida.

A ressonância magnética de sela túrcica realizada recentemente não demonstra evidências de tumor residual ou recidiva.

Após a cirurgia, foi diagnosticado hipotireoidismo central, atualmente sendo tratado de forma adequada com levotiroxina. A avaliação dos eixos corticotrófico e gonadotrófico não demonstra deficiência estabelecida. O paciente apresenta IMC de 28,4 kg/m².

A dosagem sérica de IGF-1 (*Insulin-like Growth Factor 1*) encontra-se dentro da faixa de referência ajustada para idade e sexo, porém próxima ao limite inferior da normalidade.

O paciente não apresenta diabetes *Mellitus*, antecedente de epilepsia, doença cerebrovascular ou cardiopatia isquêmica.

Considerando a elevada probabilidade pré-teste decorrente da doença estrutural hipofisária e os princípios atuais para investigação da deficiência do hormônio do crescimento no adulto, assinale a conduta diagnóstica mais adequada.

- (A) Excluir deficiência do hormônio do crescimento, uma vez que a concentração sérica de IGF-1 se encontra dentro da faixa de referência para idade e sexo, tornando desnecessários testes provocativos.
- (B) Iniciar reposição empírica com somatropina, uma vez que a associação entre cirurgia hipofisária prévia e manifestações clínicas compatíveis apresenta especificidade suficiente para estabelecer o diagnóstico independentemente de confirmação bioquímica.
- (C) Realizar teste provocativo da secreção de GH, podendo-se utilizar o teste de tolerância à insulina como método de referência na ausência de contraindicações, assegurando estímulo hipoglicêmico adequado e interpretando o pico de GH segundo o teste empregado, o ensaio utilizado e os pontos de corte validados.
- (D) Realizar preferencialmente teste de estímulo com glucagon, pois a cirurgia transesfenoidal prévia constitui contraindicação formal ao teste de tolerância à insulina, independentemente da presença de doença cardiovascular, epilepsia ou outras condições de risco.
- (E) Solicitar nova dosagem basal de GH e, caso o valor se encontre abaixo do limite inferior da normalidade, confirmar deficiência de GH sem necessidade de teste provocativo, pois a secreção basal apresenta correlação direta com a reserva somatotrófica no adulto.

14

Homem de 58 anos de idade é atendido em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com dor contínua, de forte intensidade, em flanco e região lombar à direita, iniciada há cerca de 12 horas.

Na admissão, apresenta-se consciente e orientado, com pontuação 15 na Escala de Coma de Glasgow. Ao exame físico, apresenta sinal de Giordano positivo à direita. Os sinais vitais iniciais são: pressão arterial de 183 × 100 mmHg, frequência cardíaca de 83 bpm e saturação periférica de oxigênio de 95% em ar ambiente.

Foi submetido à tomografia computadorizada de abdome e pelve sem contraste, que evidenciou cálculo piélico à direita medindo 9,5 × 7 mm, associado à hidronefrose moderada, densificação da gordura perirrenal e periapiélica à direita e múltiplos cálculos calicinais não obstrutivos no mesmo rim.

Durante o período de observação na UPA, após alívio parcial da dor com analgesia endovenosa, foram liberados os exames laboratoriais colhidos na admissão, que demonstraram leucograma de 17.800/mm³, com 12% de bastões; creatinina de 1,8 mg/dL, com valor basal desconhecido; e EAS (Urina I) com leucocitúria maciça, nitrito positivo e bacteriúria abundante.

Ao reavaliar o paciente no leito da emergência, o médico observa temperatura de 38,4°C, pressão arterial de 105 × 65 mmHg, frequência cardíaca de 108 bpm e frequência respiratória de 22 irpm.

Diante do quadro clínico, laboratorial e dos achados tomográficos, assinale a conduta médica imediata mais adequada.

- (A) Prescrever antibioticoterapia oral com fluoroquinolona, otimizar a analgesia e agendar avaliação ambulatorial urológica para programação de litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) em até 7 dias.
- (B) Solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso para descartar abscesso renal, manter o paciente em observação na UPA sob antibioticoterapia parenteral e reavaliar a função renal em 24 horas.
- (C) Indicar ureterorrenolitotripsia de urgência para fragmentação imediata do cálculo piélico e desobstrução definitiva da via urinária, seguida de antibioticoterapia por 7 dias.
- (D) Coletar culturas, desde que não haja atraso do tratamento, iniciar imediatamente antibioticoterapia endovenosa empírica de amplo espectro e administrar cristaloides com reavaliação hemodinâmica, providenciando transferência imediata para serviço com suporte urológico para descompressão urgente do trato urinário.
- (E) Prescrever alfa bloqueador (tansulosina) associado a anti-inflamatório não esteroide para terapia expulsiva medicamentosa (TEM) e conceder alta hospitalar com orientação de retorno em caso de piora algica.

15

Mulher, 74 anos, com hipertensão arterial, diabetes *Mellitus* tipo 2, fibrilação atrial crônica e comprometimento cognitivo moderado, é internada por dispneia progressiva aos mínimos esforços e dor vaga em hemitórax direito. Ao exame físico, encontra-se afebril e hemodinamicamente estável, com PA de 125 × 75 mmHg e FC de 78 bpm. À ausculta pulmonar, observa-se redução acentuada do murmúrio vesicular nos terços médio e inferior do hemitórax direito, associada à maciez à percussão.

A tomografia computadorizada de tórax evidencia derrame pleural volumoso à direita, com atelectasia compressiva do parênquima adjacente, cardiomegalia e discreto derrame pericárdico, sem linfonodomegalias mediastinais. É realizada toracocentese de alívio e diagnóstica, com retirada de aproximadamente 800 mL de líquido de aspecto serossanguinolento.

Durante a internação, a paciente recebe ceftriaxona e azitromicina por hipótese de infecção respiratória comunitária, além de diurético. A análise inicial do líquido pleural apresenta celularidade prejudicada pela presença acentuada de fibrina. Não foram determinadas as concentrações pleurais de proteínas, LDH ou glicose. O pH pleural informado pelo laboratório foi de 9,0, sem documentação das condições de coleta e processamento da amostra.

Exames séricos mostram leucócitos de 12.100/mm³, proteína C reativa de 2,0 mg/dL, albumina de 3,7 g/dL e LDH de 402 U/L.

Caso a avaliação radiológica de controle demonstre persistência ou reacúmulo significativo do derrame pleural, a conduta mais apropriada para estabelecer sua etiologia é

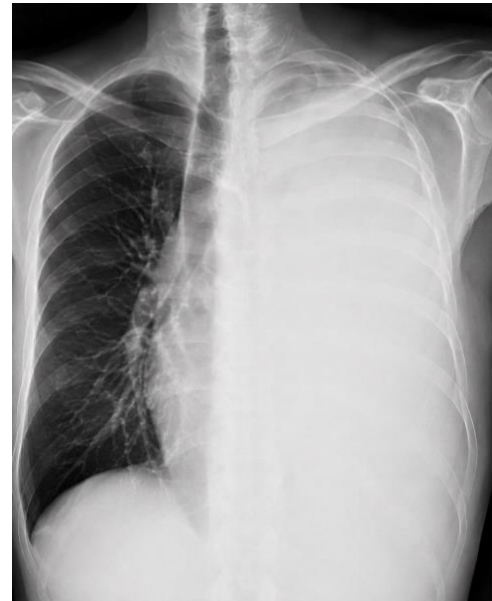
- (A) classificar o derrame como transudativo secundário à insuficiência cardíaca, em razão da cardiomegalia e do derrame pericárdico, intensificar a diureticoterapia e dispensar nova investigação do líquido pleural.
- (B) classificar o derrame como parapneumônico complicado com base no tratamento antimicrobiano em curso e na presença de atelectasia adjacente, indicando drenagem torácica imediata, independentemente de nova avaliação bioquímica ou microbiológica.
- (C) considerar o pH pleural de 9,0 como evidência suficiente contra infecção do espaço pleural e concluir o esquema antimicrobiano empírico, sem necessidade de nova investigação pleural.
- (D) realizar nova toracocentese diagnóstica guiada por ultrassonografia, obtendo amostras pleurais e séricas necessárias à aplicação dos critérios de Light e complementando a análise do líquido com glicose, pH adequadamente coletado, celularidade, microbiologia e citologia, conforme a suspeita clínica.
- (E) considerar o aspecto serossanguinolento do líquido pleural suficiente para estabelecer provável etiologia neoplásica e indicar diretamente biópsia pleural ou toracoscopia, independentemente da investigação citológica inicial.

16

Homem, 67 anos, tabagista com carga tabágica de 50 maços-ano, procura atendimento por dispneia progressiva há três semanas, associada a tosse seca e desconforto torácico à esquerda. Nega cirurgia torácica prévia.

Ao exame físico, apresenta PA de 132 × 78 mmHg, frequência respiratória de 24 irpm e saturação periférica de oxigênio de 92% em ar ambiente. Observam-se redução da expansibilidade do hemitórax esquerdo, maciez à percussão e abolição do murmúrio vesicular nesse lado.

É realizada a radiografia de tórax apresentada, que demonstra opacificação praticamente completa do hemitórax esquerdo.



Com base nos achados clínicos e radiológicos apresentados, assinale a opção que melhor caracteriza o padrão de opacificação do hemitórax esquerdo na radiografia de tórax.

- (A) Atelectasia total do pulmão esquerdo por provável obstrução do brônquio principal, determinando perda de volume pulmonar e deslocamento das estruturas mediastinais em direção ao hemitórax acometido.
- (B) Derrame pleural esquerdo de grande volume, determinando aumento do volume do hemitórax acometido e deslocamento das estruturas mediastinais para o lado contralateral.
- (C) Consolidação pulmonar extensa à esquerda, com preenchimento alveolar e volume pulmonar relativamente preservado, determinando tipicamente opacificação do hemitórax sem deslocamento mediastinal significativo.
- (D) Associação de atelectasia pulmonar esquerda e derrame pleural ipsilateral com efeitos volumétricos opostos, resultando tipicamente em opacificação do hemitórax com manutenção do mediastino em posição central.
- (E) Estado pós pneumectomia esquerda, no qual a perda de volume do hemitórax operado determina opacificação e deslocamento progressivo das estruturas mediastinais para o lado ipsilateral.

17

Mulher, 46 anos, com hipertensão arterial sistêmica e diabetes *Mellitus* em uso de insulina, é internada por descompensação hiperglicêmica grave, em contexto de suspeita de infecção urinária. Na admissão, apresenta alteração do nível de consciência. Os exames laboratoriais mostram glicemia de 622 mg/dL, pH de 7,42, bicarbonato de 20,2 mEq/L, sódio de 139 mEq/L, potássio de 4,5 mEq/L, ureia de 62 mg/dL, creatinina de 0,92 mg/dL e lactato de 1,72 mmol/L. Não estão disponíveis dosagem de beta hidroxibutirato, documentação de cetonemia significativa ou medida da osmolaridade sérica.

Após hidratação, antibiótico empírico e insulinoaterapia, apresenta melhora importante da hiperglicemia, porém mantém alteração flutuante do nível de consciência.

No terceiro dia de internação, um familiar relata episódio de movimentos anormais interpretado como “crise convulsiva”, não presenciado pela equipe assistencial. Na avaliação médica imediatamente posterior, a paciente encontra-se hemodinamicamente estável, eupneica em ar ambiente e responsiva aos chamados verbais, porém apresenta movimentos mioclônicos predominantemente faciais, sem período pós-ictal típico.

A tomografia computadorizada de crânio realizada na admissão não demonstra alterações intracranianas agudas. Após o novo evento, uma segunda tomografia computadorizada de crânio, sem contraste, também não evidencia hemorragia, efeito de massa, hidrocefalia ou outra alteração estrutural aguda capaz de explicar o quadro. Não há hipoglicemia documentada durante o evento.

Considerando a persistência da alteração do estado mental associada aos fenômenos motores paroxísticos, o exame complementar mais apropriado para investigar se há atividade ictal cerebral contribuindo para o quadro neurológico é

- (A) realizar eletroencefalograma, com monitorização eletroencefalográfica prolongada ou contínua quando disponível e clinicamente indicada.
- (B) realizar ressonância magnética de encéfalo com difusão, prioritariamente com o objetivo de excluir atividade epiléptica subclínica.
- (C) realizar punção lombar imediata, pois a alteração do nível de consciência associada a uma possível infecção extracraniana estabelece indicação de análise do líquido cefalorraquidiano.
- (D) realizar dosagem seriada de eletrólitos e glicemia, com o objetivo de determinar se os movimentos mioclônicos são decorrentes exclusivamente de distúrbios metabólicos.
- (E) realizar nova tomografia computadorizada de crânio sem contraste em intervalos seriados, independentemente de mudança do exame neurológico.

18

Homem de 68 anos de idade, com hipertensão arterial sistêmica, diabetes *Mellitus* tipo 2 e doença arterial coronariana, é internado por síndrome coronariana aguda e submetido a cineangiogramia coronariana por via femoral, seguida de intervenção coronariana percutânea. Durante o procedimento, é descrita aterosclerose extensa e calcificada da aorta abdominal e das artérias ilíacas.

Quatro dias após o procedimento, apresenta redução progressiva do volume urinário e dor nos membros inferiores. Encontra-se afebril, com pressão arterial de 148/88 mmHg e frequência cardíaca de 78 bpm. Ao exame dos membros inferiores, observam-se áreas de livedo reticular e coloração violácea dolorosa em pododáctilos bilateralmente. Os pulsos pediosos e tibiais posteriores são palpáveis e simétricos.

Os exames laboratoriais revelam: Creatinina sérica: 3,1 mg/dL, com valor prévio de 1,1 mg/dL; Ureia sérica: 112 mg/dL; Leucócitos: 9.400/mm³, com 11% de eosinófilos; Exame de urina (EAS): proteinúria discreta e hematúria microscópica, sem cilindros hemáticos.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para a disfunção renal apresentada, assinale a opção que indica corretamente a conduta inicial e o achado histopatológico renal característico.

- (A) Realizar expansão volêmica vigorosa com solução salina isotônica e suspender potenciais agentes nefrotóxicos, esperando-se encontrar necrose do epitélio tubular associada a cilindros granulosos pigmentados no lúmen tubular.
- (B) Iniciar pulsoterapia com metilprednisolona seguida de imunossupressão, esperando-se encontrar proliferação extracapilar com formação de crescentes em mais de 50% dos glomérulos.
- (C) Instituir tratamento de suporte e otimizar o controle dos fatores de risco cardiovascular, sem iniciar anticoagulação sistêmica especificamente para essa condição, esperando-se encontrar fendas aciculares intraluminais correspondentes aos locais previamente ocupados por cristais de colesterol em pequenas artérias e arteríolas renais.
- (D) Iniciar terapia renal substitutiva imediatamente, independentemente da presença de complicações metabólicas ou volêmicas, esperando-se encontrar necrose tubular difusa associada a infiltrado neutrofílico intersticial.
- (E) Iniciar anticoagulação sistêmica plena para impedir a progressão da oclusão microvascular, esperando-se encontrar trombos ricos em fibrina ocluindo pequenas artérias e arteríolas renais, sem reação inflamatória vascular significativa.

19

Homem de 36 anos de idade, vivendo com HIV desde 2021, apresenta histórico de abandono prolongado da terapia antirretroviral. Na avaliação atual, apresenta carga viral do HIV de 47.700 cópias/mL e contagem de linfócitos T CD4+ de 165 células/mm³.

Durante investigação de quadro respiratório, o teste rápido molecular para tuberculose realizado em escarro detecta DNA do complexo *Mycobacterium tuberculosis*, sem resistência à rifampicina, e a baciloscopia é positiva para BAAR. É iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.

No sexto dia de tratamento, o paciente evolui com anorexia, dor abdominal e icterícia progressiva. Os exames laboratoriais demonstram: Bilirrubina total: 9,67 mg/dL; AST: 564 U/L; ALT: 410 U/L; INR: 2,78.

Antes do início do tratamento, não apresentava disfunção hepática dessa magnitude. Refere consumo excessivo de álcool.

Considerando o quadro apresentado e as recomendações do Ministério da Saúde para o manejo dos eventos adversos ao tratamento da tuberculose, assinale a opção que indica a conduta mais adequada neste momento.

- (A) Interromper isoniazida e pirazinamida, manter rifampicina e etambutol, encaminhar para acompanhamento em unidade de referência e investigar causas concorrentes de lesão hepática, com monitorização seriada da função hepática.
- (B) Interromper o tratamento antituberculose, encaminhar para acompanhamento em unidade de referência e, após recuperação clínica e laboratorial, reintroduzir simultaneamente os quatro medicamentos do esquema básico em doses plenas.
- (C) Interromper rifampicina e pirazinamida, manter isoniazida e etambutol, encaminhar para acompanhamento em unidade de referência e investigar causas concorrentes de lesão hepática, com monitorização seriada da função hepática.
- (D) Interromper rifampicina e isoniazida, manter pirazinamida e etambutol, encaminhar para acompanhamento em unidade de referência e investigar causas concorrentes de lesão hepática, com monitorização seriada da função hepática.
- (E) Interromper o tratamento antituberculose, encaminhar para acompanhamento clínico e laboratorial em unidade de referência e investigar causas concorrentes de lesão hepática; em caso de tuberculose grave que exija continuidade terapêutica, instituir esquema especial completo.

20

Homem de 74 anos de idade, com diabetes *Mellitus* tipo 2 e doença arterial coronariana, é internado com febre, prostração e dor em flanco esquerdo. Encontra-se em uso de sonda vesical de demora, apresentando hematúria macroscópica com presença de coágulos.

Os exames laboratoriais realizados na admissão demonstram leucócitos de 20.900/mm³, proteína C reativa de 12,6 mg/dL, creatinina de 1,1 mg/dL e ureia de 39 mg/dL. A tomografia computadorizada do abdome evidencia dilatação pielocalicinal esquerda associada à lesão expansiva da parede vesical, envolvendo a região do óstio ureteral esquerdo e determinando obstrução do trato urinário ipsilateral.

No segundo dia de internação, durante antibioticoterapia parenteral com ceftriaxona e hidratação intravenosa, o paciente apresenta pressão arterial de 116 × 68 mmHg, frequência cardíaca de 108 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, saturação periférica de oxigênio de 97% em ar ambiente e temperatura de 38,2°C. Mantém-se lúcido, com perfusão periférica preservada, diurese presente e sem necessidade de vasopressores.

A gasometria arterial, coletada em ar ambiente, demonstra: pH: 7,393; PaCO₂: 18 mmHg; PaO₂: 103 mmHg; HCO₃⁻: 10,6 mmol/L; Excesso de bases: -12,4 mmol/L; Lactato: 5,4 mmol/L; Na⁺: 139,1 mEq/L; Cl⁻: 103,5 mEq/L; K⁺: 4,8 mEq/L.

Considerando os dados apresentados, assinale a opção que indica corretamente o distúrbio acidobásico e a conduta mais adequada nesse momento.

- (A) Acidose metabólica com ânion *gap* elevado e compensação respiratória apropriada; realizar descompressão urgente do trato urinário e manter antibioticoterapia parenteral apropriada ao perfil clínico e microbiológico.
- (B) Acidose metabólica com ânion *gap* elevado associada à alcalose respiratória; realizar descompressão urgente do trato urinário e manter antibioticoterapia parenteral apropriada ao perfil clínico e microbiológico.
- (C) Acidose metabólica com ânion *gap* elevado associada à alcalose respiratória; manter antibioticoterapia parenteral e postergar a descompressão do trato urinário até a definição microbiológica.
- (D) Acidose metabólica com ânion *gap* elevado associada à acidose respiratória; realizar descompressão urgente do trato urinário e manter antibioticoterapia parenteral apropriada ao perfil clínico e microbiológico.
- (E) Acidose metabólica com ânion *gap* normal associada à alcalose respiratória; realizar descompressão urgente do trato urinário e manter antibioticoterapia parenteral apropriada ao perfil clínico e microbiológico.

21

Homem de 68 anos, hipertenso, diabético e portador de doença renal crônica estágio 3b, com taxa de filtração glomerular estimada de 42 mL/min/1,73 m², é internado por pneumonia adquirida na comunidade. Após 72 horas de antibioticoterapia parenteral, encontra-se afebril, hemodinamicamente estável e em desmame da oxigenoterapia.

Durante a avaliação clínica, relata astenia e adinamia progressivas há aproximadamente 5 meses. Nega hematêmese, melena, hematoquezia ou outros sangramentos exteriorizados.

Os exames laboratoriais demonstram: Hemoglobina: 7,8 g/dL; Hematócrito: 25,2%; VCM: 71 fL; HCM: 22 pg; RDW: 28,5%; Leucócitos: 8.900/mm³; Plaquetas: 1.080.000/mm³; Proteína C reativa: 48 mg/L / VR < 5 mg/L; Ferro sérico: 22 mcg/dL; Capacidade total de ligação do ferro: 390 mcg/dL; Ferritina sérica: 145 ng/mL; Saturação de transferrina: 5,6%; Receptor solúvel da transferrina: elevado

Não há evidência de sangramento ativo, instabilidade hemodinâmica, síndrome coronariana aguda ou outros sinais de hipoperfusão tecidual.

Considerando a integração dos achados clínicos e laboratoriais, assinale a opção que apresenta a interpretação diagnóstica e a conduta mais adequadas.

- (A) O quadro corresponde à anemia da doença renal crônica associada à inflamação, sem deficiência de ferro, pois ferritina superior a 100 ng/mL exclui depleção dos estoques. Está indicado iniciar imediatamente agente estimulador da eritropoiese, sem necessidade de reposição de ferro.
- (B) O quadro é compatível com anemia multifatorial, com deficiência de ferro e importante restrição da disponibilidade de ferro para a eritropoiese associadas ao estado inflamatório e à doença renal crônica. Está indicada reposição de ferro após o controle da infecção ativa e investigação da etiologia da deficiência, incluindo avaliação do trato gastrointestinal para pesquisa de perdas crônicas.
- (C) A trombocitose superior a 1.000.000/mm³ estabelece forte suspeita de trombocitemia essencial, devendo ser iniciada hidroxiureia e realizada investigação molecular e biópsia de medula óssea antes da correção da deficiência de ferro.
- (D) A hemoglobina inferior a 8 g/dL constitui, isoladamente, indicação de transfusão imediata de duas unidades de concentrado de hemácias, independentemente da estabilidade clínica, devendo a investigação etiológica e a reposição de ferro ser postergadas até a normalização da hemoglobina.
- (E) A presença de microcitose associada a ferritina preservada e RDW elevado estabelece o diagnóstico de traço talassêmico, sendo a redução da saturação de transferrina explicada exclusivamente pela resposta inflamatória e pela doença renal crônica.

22

Homem de 65 anos, hipertenso, procura serviço de emergência por dor retroesternal em pressão, irradiada para ambos os membros superiores e para o dorso. Relata que episódios de menor intensidade haviam começado há aproximadamente cinco dias, com acentuação da dor nas últimas 24 horas. Nega infarto prévio. O eletrocardiograma realizado durante a avaliação inicial não apresenta supradesnivelamento persistente do segmento ST. A troponina I, inicialmente de 15.596 ng/L, apresenta elevação para valor superior a 40.000 ng/L em nova dosagem. Apresenta hemoglobina de 13,7 g/dL, creatinina de 0,84 mg/dL e não há evidência clínica de sangramento ativo.

É instituído tratamento com ácido acetilsalicílico, inibidor do receptor P2Y12 e anticoagulação em dose terapêutica. Para controle dos sintomas isquêmicos, são administrados betabloqueador por via oral e nitroglicerina intravenosa em infusão contínua, progressivamente titulada conforme a intensidade da dor e a tolerância hemodinâmica.

O paciente permanece sob monitorização cardíaca contínua. Apresenta pressão arterial de 120/80 mmHg, frequência cardíaca de 72 bpm, frequência respiratória de 21 irpm e saturação periférica de oxigênio de 98% em ar ambiente. Ao exame físico, está lúcido e orientado, com extremidades aquecidas, sem sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar ou insuficiência cardíaca aguda.

Nas horas subsequentes, apesar das medidas instituídas e sem ocorrência de hipotensão ou outro efeito adverso que impeça a titulação do nitrato, o paciente continua apresentando episódios recorrentes de dor retroesternal em pressão, com as mesmas características isquêmicas da apresentação inicial.

Considerando a estratificação de risco e a definição do momento da abordagem invasiva na síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento persistente do segmento ST, assinale a opção que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Manter o tratamento clínico e postergar a cineangiocoronariografia até que seja demonstrada redução significativa da troponina, uma vez que a persistência de níveis muito elevados do biomarcador aumenta o risco de complicações relacionadas à intervenção coronariana.
- (B) Realizar fibrinólise sistêmica imediatamente, pois a persistência da dor associada à elevação acentuada e progressiva da troponina indica extensa área de miocárdio sob risco e justifica reperfusão farmacológica, mesmo na ausência de supradesnivelamento persistente do segmento ST.
- (C) Manter o tratamento clínico e realizar cineangiocoronariografia durante a internação, sem necessidade de abordagem imediata, pois a estabilidade hemodinâmica, a ausência de insuficiência cardíaca aguda e a inexistência de supradesnivelamento persistente do segmento ST afastam critérios de muito alto risco.
- (D) Indicar estratégia invasiva imediata, com cineangiocoronariografia de emergência e intenção de proceder à revascularização caso a anatomia coronariana seja passível e haja indicação, pois a persistência de episódios recorrentes de isquemia miocárdica apesar do tratamento instituído caracteriza condição de muito alto risco.
- (E) Manter o tratamento clínico e programar cineangiocoronariografia após 48 horas, pois o diagnóstico de infarto sem supradesnivelamento do segmento ST e a elevação da troponina caracterizam alto risco, mas a estabilidade hemodinâmica e a ausência de insuficiência cardíaca aguda permitem postergar a estratégia invasiva, mesmo diante da persistência dos episódios de dor isquêmica.

23

Homem, 82 anos, previamente independente para atividades básicas de vida diária (Katz 6/6), com hipertensão arterial e doença renal crônica estágio G3bA2, creatinina basal de 1,7 mg/dL, é internado por pielonefrite aguda por *Escherichia coli*. Facultativo iniciou empiricamente cefepima 2 g IV a cada 8 horas. No quarto dia de tratamento, encontra-se afebril e com melhora da leucocitose, porém evolui com alteração aguda e flutuante do estado mental, desatenção, desorientação, alucinações visuais, mioclonias multifocais em membros superiores, asterixis e intensa agitação psicomotora. O *Confusion Assessment Method* (CAM) é positivo.

O paciente tenta repetidamente retirar o cateter venoso central e a sonda vesical, procura levantar-se do leito sem auxílio e apresenta agressividade física contra a equipe. Medidas de reorientação, adequação ambiental, redução de estímulos, correção de desconfortos e presença de familiar não controlaram o comportamento de risco.

Exames laboratoriais demonstram creatinina de 3,6 mg/dL, ureia de 118 mg/dL, sódio de 139 mEq/L e potássio de 4,5 mEq/L. Gasometria arterial sem alterações relevantes. ECG demonstra QTc de 412 ms.

Considerando a principal hipótese diagnóstica e a necessidade imediata de prevenção de danos, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Ajustar a cefepima à função renal atual, instituir contenção mecânica temporária enquanto persistir risco imediato de dano, utilizar lorazepam em baixa dose para controle da agitação e solicitar eletroencefalograma para investigação das mioclonias.
- (B) Suspender a cefepima, manter exclusivamente medidas não farmacológicas para o delirium, evitar contenção mecânica devido aos seus potenciais eventos adversos e indicar hemodiálise imediata para acelerar a depuração do antimicrobiano.
- (C) Suspender a cefepima, instituir contenção mecânica temporária enquanto persistir risco imediato de dano, utilizar haloperidol em dose elevada para sedação rápida e iniciar anticonvulsivante empiricamente devido à presença das mioclonias.
- (D) Suspender a cefepima, instituir contenção mecânica temporária enquanto persistir risco imediato de dano, utilizar haloperidol em baixa dose como medicação de resgate para agitação grave e solicitar eletroencefalograma para investigação de atividade epiléptica não convulsiva.
- (E) Suspender a cefepima, instituir contenção mecânica temporária enquanto persistir risco imediato de dano, utilizar antipsicótico em baixa dose para controle da agitação e aguardar a dosagem sérica da cefepima antes de definir investigação neurológica adicional.

24

A amiloidose compreende um grupo heterogêneo de doenças caracterizadas pelo depósito extracelular de proteínas com conformação fibrilar anormal.

A respeito da classificação e da fisiopatologia das principais formas de amiloidose sistêmica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na amiloidose por transtirretina, a proteína precursora é sintetizada predominantemente pelo fígado, podendo ocorrer deposição amiloide tanto associada a variantes patogênicas do gene TTR quanto na ausência dessas variantes.
- (B) Na amiloidose AA, o depósito fibrilar deriva de cadeias leves de imunoglobulinas monoclonais produzidas por um clone de plasmócitos, justificando sua associação com discrasias plasmocitárias.
- (C) Na amiloidose AL, as fibrilas amiloides são constituídas predominantemente pela proteína sérica amiloide A, cuja produção hepática aumenta durante processos inflamatórios persistentes.
- (D) A demonstração histológica de depósito amiloide pela coloração com vermelho Congo permite estabelecer, isoladamente, o subtipo de amiloidose e identificar sua proteína precursora.
- (E) Embora as diferentes formas de amiloidose sistêmica apresentem proteínas precursoras distintas, sua distribuição orgânica é essencialmente semelhante, sem predileção clinicamente relevante por determinados tecidos.

25

Homem de 34 anos procura unidade de Atenção Primária após ter sido informado de que sua parceira recebeu diagnóstico recente de hepatite B. Está assintomático e nega vacinação prévia contra hepatite B. Relata episódio de icterícia autolimitada há aproximadamente 8 anos, sem investigação etiológica na ocasião.

Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, anictérico e sem sinais de hepatopatia crônica.

A investigação laboratorial atual demonstra: HBsAg: não reagente; anti-HBs: reagente, 126 mUI/mL; anti-HBc total: reagente; anti-HBc IgM: não reagente; HBeAg: não reagente; anti-HCV: reagente; HCV-RNA: não detectável; anti-HAV IgG: reagente; anti-HAV IgM: não reagente.

Com base exclusivamente nos dados apresentados e na interpretação dos marcadores sorológicos e moleculares, assinale a afirmativa correta.

- (A) O perfil sorológico para o HBV indica imunidade decorrente de vacinação prévia, enquanto a positividade do anti-HCV estabelece o diagnóstico de infecção crônica pelo HCV.
- (B) O perfil para o HBV é compatível com infecção aguda em período de janela imunológica, enquanto a ausência de HCV-RNA exclui contato prévio com o HCV.
- (C) O perfil para o HBV indica infecção pregressa resolvida com imunidade adquirida naturalmente; quanto ao HCV, há evidência de exposição prévia, mas não de infecção ativa no momento da avaliação.
- (D) A ausência de HBsAg associada à positividade do anti-HBc total caracteriza infecção oculta pelo HBV, independentemente da pesquisa de HBV-DNA; a positividade do anti-HCV, por sua vez, indica replicação viral persistente.
- (E) Os resultados demonstram infecção pregressa pelo HAV, infecção crônica pelo HBV em fase não replicativa e infecção crônica pelo HCV com resposta virológica espontânea.

26

Mulher de 63 anos procura atendimento após identificação incidental de nódulo tireoidiano em ultrassonografia cervical realizada por outro motivo. Nega exposição prévia à radiação cervical e história familiar de carcinoma de tireoide. Refere palpitações esporádicas e intolerância ao calor, sem disfagia, disfonia ou perda ponderal significativa.

Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 92 bpm, pressão arterial de 132 × 76 mmHg e nódulo palpável no lobo direito da tireoide, móvel à deglutição. Não há linfonodomegalias cervicais palpáveis.

Os exames laboratoriais demonstram: TSH: 0,08 mUI/L / valor de referência: 0,4 a 4,0 mUI/L; T4 livre: 1,5 ng/dL / valor de referência: 0,8 a 1,8 ng/dL.

A ultrassonografia da tireoide evidencia nódulo sólido de 2,2 cm no lobo direito, predominantemente isoecoico, com margens regulares, mais largo que alto e sem focos ecogênicos puntiformes. Não são identificados linfonodos cervicais suspeitos.

Considerando os dados apresentados, assinale a opção que indica a conduta diagnóstica mais apropriada nesse momento.

- (A) Realizar punção aspirativa por agulha fina do nódulo, considerando que o diâmetro maior que 2,0 cm e o padrão sólido indicam investigação citológica prioritária.
- (B) Repetir a ultrassonografia da tireoide em 6 meses, pois a ausência de características ultrassonográficas de alta suspeição permite acompanhamento antes de investigação complementar.
- (C) Solicitar dosagem sérica de tireoglobulina e, caso esteja elevada, indicar punção aspirativa por agulha fina para investigação de malignidade.
- (D) Indicar lobectomia direita diagnóstica, pois a associação entre nódulo maior que 2 cm e supressão do TSH não permite excluir carcinoma diferenciado por métodos não invasivos.
- (E) Solicitar cintilografia da tireoide para determinar o estado funcional do nódulo antes de decidir sobre a necessidade de avaliação citológica.

27

Homem de 68 anos, hipertenso, portador de doença renal crônica, com creatinina basal de 1,6 mg/dL, é internado em unidade de terapia intensiva por emergência hipertensiva associada a lesão renal aguda. Na admissão, apresentava pressão arterial de 224 × 132 mmHg e creatinina de 3,4 mg/dL, sendo iniciada infusão intravenosa de nitroprussiato de sódio.

Após estabilização inicial, permanece inadvertidamente dependente da infusão para controle pressórico. No sétimo dia de tratamento, recebe nitroprussiato na dose de 3,5 mcg/kg/min e evolui com náuseas, zumbido, desorientação progressiva e acidose metabólica. Mantém pressão arterial de 176 × 104 mmHg, sem edema agudo de pulmão ou evidências de síndrome coronariana aguda.

Considerando a farmacologia do nitroprussiato de sódio, suas potenciais toxicidades e a seleção do tratamento anti-hipertensivo conforme a lesão de órgão alvo, a conduta mais adequada é

- (A) suspender o nitroprussiato e substituí-lo por nitroglicerina intravenosa, considerando sua rápida titulação e a ausência de formação de cianeto e tiocianato.
- (B) suspender o nitroprussiato diante da suspeita de toxicidade por cianeto e/ou acúmulo de tiocianato e utilizar outro anti-hipertensivo intravenoso titulável, como nicardipina, considerando especialmente a presença de disfunção renal.
- (C) reduzir a infusão de nitroprussiato e manter o fármaco, associando tratamento anti-hipertensivo oral, uma vez que a redução da dose diminui a formação de cianeto e de seu metabólito tiocianato, cuja eliminação ocorre predominantemente por via renal.
- (D) interpretar a necessidade persistente de nitroprussiato como manifestação de taquifilaxia, mantendo temporariamente a infusão e associando labetalol intravenoso para reduzir a dose necessária do vasodilatador.
- (E) suspender o nitroprussiato e iniciar imediatamente terapia anti-hipertensiva oral combinada, mantendo monitorização intensiva e reservando nova terapia intravenosa apenas para eventual recorrência da hipertensão grave.

28

Homem de 41 anos apresenta sarcoidose pulmonar diagnosticada há 4 anos, confirmada por biópsia transbrônquica demonstrando granulomas não necrosantes, após exclusão de causas infecciosas e ocupacionais. Evoluiu com doença pulmonar progressiva, dispnéia aos esforços e redução da capacidade vital forçada, apesar do tratamento com glicocorticoide sistêmico associado a metotrexato.

Diante da persistência da atividade da doença, após exclusão de tuberculose latente e outras contraindicações, optou-se pela introdução de infliximabe.

Considerando a imunopatogênese da sarcoidose e o mecanismo molecular do tratamento proposto, assinale a afirmativa correta.

- (A) O infliximabe neutraliza o TNF α , citocina envolvida na ativação e no recrutamento de células inflamatórias e na organização e manutenção do granuloma sarcóidico, interferindo na persistência da resposta granulomatosa.
- (B) O infliximabe bloqueia a IL 5, reduzindo a diferenciação e o recrutamento de eosinófilos, células responsáveis pela manutenção do granuloma não necrosante característico da sarcoidose.
- (C) O infliximabe inibe seletivamente a calcineurina nos linfócitos T CD8+, reduzindo a transcrição de IL 4 e induzindo apoptose das células epitelioides que constituem o granuloma.
- (D) O infliximabe antagoniza o receptor da IL 17 e suprime predominantemente a diferenciação de células Th2, interrompendo a principal via responsável pela formação do granuloma sarcóidico.
- (E) O infliximabe antagoniza o receptor da IL 1 nos macrófagos e reduz diretamente a atividade da 1α hidroxilase extrarrenal, sendo a redução da síntese de calcitriol o principal mecanismo responsável pela regressão dos granulomas.

29

Mulher de 36 anos procura atendimento por diarreia crônica, distensão abdominal, perda ponderal de 6 kg e fadiga há aproximadamente um ano. Refere parestesias distais ocasionais. Nega restrição voluntária de glúten, uso de olmesartana, imunossupressores ou anti-inflamatórios não esteroidais.

Ao exame físico, apresenta IMC de 18,4 kg/m² e palidez cutaneomucosa, sem edema periférico.

Exames laboratoriais: Hemoglobina: 9,7 g/dL; VCM: 71 fL; Ferritina: 4 ng/mL; Albumina: 3,0 g/dL; Folato: 2,8 ng/mL; Vitamina B12: 190 pg/mL; 25 OH vitamina D: 12 ng/mL; Antitransglutaminase tecidual IgA: negativo; IgA sérica total: 5 mg/dL.

Endoscopia digestiva alta demonstra redução das pregas duodenais e padrão micronodular da mucosa. Foram obtidas quatro biópsias do duodeno distal e duas do bulbo. O exame histopatológico evidencia aumento de linfócitos intraepiteliais, hiperplasia de criptas e atrofia vilositária subtotal, classificada como Marsh 3b.

Considerando que a paciente permanece consumindo dieta contendo glúten, o exame mais apropriado para complementar a investigação diagnóstica é

- (A) anticorpo antiendomísio IgA.
- (B) antitransglutaminase IgG e gliadina deamidada IgG.
- (C) tipagem HLA DQ2 e HLA DQ8.
- (D) repetição do antitransglutaminase IgA em nova amostra.
- (E) anticorpos antienterócitos e anticélulas caliciformes.

30

Homem de 64 anos, portador de cirrose hepática por doença hepática associada ao álcool, Child Pugh C, com hipertensão portal, ascite e circulação colateral portossistêmica, é internado por desorientação temporoespacial, lentificação psicomotora e asterixis após episódio de peritonite bacteriana espontânea. Exames laboratoriais mostram hiponatremia moderada e elevação da amônia plasmática. Após tratamento da infecção e instituição de medidas para redução da produção e absorção intestinal de amônia, apresenta melhora progressiva do estado mental.

Considerando os mecanismos celulares e moleculares envolvidos na encefalopatia hepática associada à cirrose, assinale a afirmativa correta.

- (A) A hiperamonemia promove predominantemente lesão neuronal direta por inibição irreversível da Na⁺/K⁺ ATPase neuronal. A conversão astrocitária de glutamato em glutamina encontra-se reduzida, levando à depleção intracelular de glutamina e à redução da osmolaridade astrocitária.
- (B) A amônia que alcança o sistema nervoso central é metabolizada predominantemente nos neurônios pelo ciclo da ureia cerebral. O excesso de ureia intracelular aumenta a pressão osmótica neuronal e explica o edema cerebral característico da encefalopatia hepática crônica.
- (C) Na cirrose, a redução da depuração hepática e os desvios portossistêmicos aumentam a exposição cerebral à amônia. Nos astrócitos, a glutamina sintetase incorpora amônia ao glutamato, formando glutamina; o acúmulo de glutamina participa do estresse osmótico e mitocondrial. Paralelamente, hiperamonemia, inflamação sistêmica, ativação microglial, estresse oxidativo/nitrosativo e alterações da neurotransmissão atuam de maneira sinérgica, explicando por que a concentração plasmática de amônia isoladamente apresenta correlação imperfeita com a gravidade clínica.
- (D) O principal mecanismo da encefalopatia hepática na cirrose consiste na deficiência de neurotransmissão GABAérgica. A hiperamonemia reduz a atividade dos receptores GABA A, produzindo hiperexcitabilidade cortical, enquanto o aumento compensatório da neurotransmissão glutamatérgica determina a lentificação cognitiva e a asterixis.
- (E) O mecanismo fisiopatológico da encefalopatia hepática crônica é equivalente ao observado na insuficiência hepática aguda. Em ambas, a rápida expansão astrocitária determina edema cerebral citotóxico difuso e hipertensão intracraniana clinicamente significativa, não havendo mecanismos relevantes de adaptação osmótica no cérebro do paciente cirrótico.

31

Mulher de 61 anos, com diagnóstico de artrite reumatoide há 18 meses, apresenta poliartrite simétrica de pequenas articulações, fator reumatoide e anticorpos antipeptídeos citrulinados positivos em altos títulos e erosões marginais em metacarpofalângicas. Encontra-se em tratamento com metotrexato 25 mg/semana por via subcutânea, associado a ácido fólico, há 6 meses, com boa adesão e tolerabilidade.

Apesar da terapêutica, mantém 8 articulações dolorosas, 6 edemaciadas, proteína C reativa de 18 mg/L e DAS28 PCR (Disease Activity Score 28 + Proteína C reativa) compatível com alta atividade da doença. Apresenta hipertensão arterial controlada, dislipidemia em tratamento e antecedente de tabagismo de 35 anos maço, tendo interrompido o tabagismo há 3 anos. Não possui história de neoplasia, tromboembolismo venoso ou insuficiência cardíaca. Pesquisa para tuberculose latente e sorologias para hepatites B e C são negativas.

A paciente questiona especificamente sobre o uso de upadacitinibe, após ter lido que os inibidores JAK apresentam início rápido de ação e elevada eficácia no controle da artrite reumatoide.

Considerando a estratégia tratar o alvo (*treat to target*), as recomendações contemporâneas da EULAR (*European Alliance of Associations for Rheumatology*) e as evidências recentes relativas à segurança dos inibidores de JAK, a conduta terapêutica mais apropriada é

- (A) manter o metotrexato na dose atual por mais 6 meses, pois a introdução de terapia biológica ou sintética alvo específica somente deve ocorrer após pelo menos 12 meses de tratamento contínuo com medicamento antirreumático modificador da doença sintético convencional.
- (B) suspender o metotrexato e iniciar upadacitinibe em monoterapia, pois os inibidores de JAK apresentam eficácia superior aos medicamentos biológicos e sua associação com metotrexato aumenta de maneira clinicamente relevante o risco cardiovascular.
- (C) associar obrigatoriamente hidroxicloroquina e sulfassalazina ao metotrexato, pois a terapia tripla com medicamentos antirreumáticos modificadores da doença sintéticos convencionais deve preceder qualquer medicamento biológico ou sintético alvo específico.
- (D) acrescentar preferencialmente um medicamento antirreumático modificador da doença biológico ao metotrexato e reservar a possibilidade de um inibidor de JAK para decisão individualizada, após avaliação dos fatores de risco cardiovascular, neoplásico e tromboembólico da paciente.
- (E) associar imediatamente upadacitinibe ao metotrexato, pois os inibidores de JAK constituem atualmente a opção preferencial após resposta inadequada ao metotrexato, independentemente de idade, tabagismo ou fatores de risco cardiovascular.

32

Homem de 34 anos, vivendo com HIV diagnosticado há 4 anos, sem acompanhamento regular e sem uso prévio de terapia antirretroviral, procura atendimento por astenia, perda ponderal e redução progressiva do volume urinário nas últimas semanas. Nega diabetes *Mellitus* e uso recente de anti-inflamatórios. Ao exame, apresenta pressão arterial de 128 × 78 mmHg e edema discreto de membros inferiores.

Exames laboratoriais mostram creatinina sérica de 3,8 mg/dL, previamente 1,0 mg/dL há oito meses, albumina sérica de 2,7 g/dL, proteinúria de 5,6 g/24 horas e sedimento urinário com escassas hemácias, sem cilindros hemáticos. A contagem de linfócitos T CD4+ é de 82 células/mm³ e a carga viral do HIV é de 680.000 cópias/mL. Sorologias para hepatites B e C são negativas. Dosagens de C3 e C4 encontram-se dentro da normalidade. Ultrassonografia demonstra rins bilateralmente aumentados e hiperecogênicos.

Diante da principal hipótese diagnóstica, é realizada biópsia renal.

O seguinte conjunto de alterações histopatológicas é mais provável nesse paciente:

- (A) espessamento difuso da membrana basal glomerular, depósitos subepiteliais de IgG e C3 e formação de espículas à coloração pela prata.
- (B) proliferação mesangial e endocapilar, duplicação da membrana basal glomerular e depósitos subendoteliais contendo imunoglobulinas e complemento.
- (C) colapso segmentar ou global do tufo capilar glomerular, hipertrofia e hiperplasia de podócitos, dilatação tubular microcística e inflamação tubulointersticial.
- (D) proliferação mesangial difusa com depósitos mesangiais dominantes de IgA e C3, associada à formação de crescentes celulares.
- (E) glomérulos sem alterações significativas à microscopia óptica, imunofluorescência negativa e apagamento difuso dos processos podocitários à microscopia eletrônica.

33

Homem de 38 anos é levado ao serviço de emergência aproximadamente 50 minutos após ingestão voluntária de quantidade desconhecida de produto clandestino comercializado como “chumbinho”. Na admissão, encontra-se sonolento, Glasgow 10, intensamente sudoreico, com sialorreia profusa e episódios de vômitos. Apresenta PA 82/48 mmHg, FC 52 bpm, FR 30 irpm e SpO₂ 86% em ar ambiente.

Ao exame físico, observam-se miose puntiforme bilateral, lacrimejamento, fasciculações musculares difusas, roncospirais e sibilos bilaterais e broncorreia exuberante.

São imediatamente realizadas aspiração das secreções, oxigenoterapia, monitorização cardiorrespiratória e obtenção de acesso venoso. Diante do rebaixamento do nível de consciência, hipoxemia e incapacidade de proteção adequada da via aérea, procede-se à intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

Considerando a ingestão recente, potencialmente letal e ocorrida há menos de uma hora, é realizada lavagem gástrica após proteção definitiva da via aérea, seguida das demais medidas de descontaminação consideradas pertinentes.

É então iniciada atropina intravenosa. Após as doses iniciais, a frequência cardíaca aumenta para 118 bpm. Entretanto, o paciente permanece hipotenso e apresenta broncorreia importante e sibilância persistente, com necessidade de aspiração frequente de secreções pelo tubo orotraqueal.

Familiares apresentam posteriormente a embalagem do produto ingerido, cuja análise identifica aldicarbe, um carbamato inibidor da acetilcolinesterase, sem associação com organofosforados.

Considerando a fisiopatologia da intoxicação e os objetivos do tratamento antidotico, a conduta mais apropriada, neste momento, é

- (A) administrar novas doses intravenosas de atropina, com escalonamento rápido e titulação pela resposta clínica até controle da broncorreia e do broncoespasmo e obtenção de parâmetros hemodinâmicos adequados à perfusão, instituindo posteriormente infusão de manutenção conforme a necessidade; manter suporte ventilatório e, diante da confirmação de intoxicação isolada por carbamato, não administrar pralidoxima rotineiramente.
- (B) suspender novas doses de atropina devido à frequência cardíaca superior a 100 bpm, considerando a taquicardia marcador suficiente de atropinização, e iniciar pralidoxima para reversão das manifestações nicotínicas persistentes.
- (C) manter a atropina apenas em infusão contínua na dose inicialmente estabelecida, sem novos bolus, pois a taquicardia demonstra bloqueio muscarínico cardiovascular suficiente; a broncorreia residual deve ser manejada com ventilação mecânica e aspiração traqueal enquanto se aguarda a descarbamilização espontânea da acetilcolinesterase.
- (D) iniciar imediatamente pralidoxima em altas doses, associada à atropina, uma vez que a reativação farmacológica da acetilcolinesterase constitui componente obrigatório do tratamento das intoxicações graves tanto por organofosforados quanto por carbamatos.
- (E) suspender a atropina e manter exclusivamente ventilação mecânica e suporte hemodinâmico, pois, uma vez estabelecida taquicardia após o antimuscarínico, a persistência de manifestações respiratórias indica predominantemente estimulação nicotínica, não responsiva a doses adicionais de atropina.

34

Mulher de 24 anos procura atendimento por poliartalgia simétrica, fadiga, fotossensibilidade e lesões eritematosas em região malar há três meses. Refere piora recente dos sintomas após exposição solar intensa. Ao exame físico, apresenta discreto edema em pequenas articulações das mãos, sem deformidades. Os exames laboratoriais demonstram anemia normocítica, leucopenia, FAN reagente em alto título, anticorpos anti-DNA de dupla hélice positivos e redução das frações C3 e C4 do complemento.

Considerando os mecanismos envolvidos na perda da autotolerância e na perpetuação da resposta inflamatória no lúpus eritematoso sistêmico, assinale a opção que descreve mais adequadamente um mecanismo central da fisiopatologia dessa doença.

- (A) Predomínio da diferenciação de linfócitos T auxiliares para o perfil Th2, com produção excessiva de IL 4 e IL 5, síntese policlonal de IgE e formação subsequente de imunocomplexos contendo autoantígenos nucleares.
- (B) Aumento da eficiência da depuração de células apoptóticas, com processamento acelerado de antígenos nucleares por macrófagos e consequente ativação compensatória de clones de linfócitos B autorreativos.
- (C) Redução da produção de interferon tipo I por células da imunidade inata, comprometendo a eliminação de células infectadas e induzindo, secundariamente, hiperativação de linfócitos B e formação de anticorpos contra DNA.
- (D) Incapacidade de ativação da via clássica do complemento, impedindo a formação de imunocomplexos e favorecendo a deposição direta de anticorpos antinucleares nos tecidos como principal mecanismo responsável pela lesão orgânica.
- (E) Persistência de material nuclear proveniente de células apoptóticas, com reconhecimento de ácidos nucleicos próprios por receptores intracelulares da imunidade inata, particularmente TLR7 e outras vias de detecção de ácidos nucleicos, promovendo produção de interferon tipo I e amplificação da ativação de linfócitos B autorreativos.

35

Homem de 31 anos, com diagnóstico prévio de doença de Behçet, procura atendimento por dor e aumento de volume do membro inferior esquerdo há 5 dias. Apresenta história de úlceras orais recorrentes, episódios prévios de úlceras genitais cicatriciais e antecedente de uveíte posterior.

Ao exame físico, encontra-se hemodinamicamente estável. Observam-se cicatrizes hipocrômicas em região escrotal e lesões papulopustulosas no tronco. O membro inferior esquerdo apresenta edema assimétrico e dor à palpação da panturrilha.

Ultrassonografia com Doppler demonstra trombose venosa profunda femoropoplíteia esquerda.

Durante a investigação, o paciente relata dois episódios recentes de hemoptise de pequeno volume. Angiotomografia de tórax evidencia aneurisma sacular de 22 mm em ramo segmentar da artéria pulmonar direita, associado a espessamento parietal vascular.

Hemograma, função renal e exame de urina não apresentam alterações relevantes. PCR e velocidade de hemossedimentação estão elevadas.

Considerando a fisiopatologia do acometimento vascular da doença de Behçet e a manifestação arterial concomitante apresentada pelo paciente, assinale a conduta terapêutica inicial mais apropriada.

- (A) Iniciar anticoagulação plena imediata com heparina de baixo peso molecular, seguida de anticoagulante oral por tempo indeterminado, pois a trombose decorre predominantemente de estado sistêmico de hipercoagulabilidade.
- (B) Iniciar imunossupressão intensiva com glicocorticoide em altas doses associada a agente imunossupressor indicado para doença vascular grave, priorizando o controle da inflamação vascular, sem instituir anticoagulação rotineira diante do aneurisma pulmonar e da hemoptise.
- (C) Iniciar ácido acetilsalicílico associado à colchicina, reservando imunossupressão sistêmica para progressão do aneurisma ou recorrência da trombose apesar do tratamento antitrombótico.
- (D) Realizar correção cirúrgica imediata do aneurisma pulmonar, seguida de anticoagulação plena, pois a imunossupressão não modifica significativamente a evolução das manifestações arteriais da doença.
- (E) Iniciar anticoagulação plena associada à investigação de trombofilia hereditária e adquirida, reservando imunossupressão para pacientes com recorrência trombótica apesar de anticoagulação terapêutica.

36

Homem de 64 anos, com antecedente de infarto agudo do miocárdio há 3 anos, apresenta dispneia progressiva aos esforços, ortopneia e edema de membros inferiores. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 118/72 mmHg, frequência cardíaca de 84 bpm, turgência jugular, terceira bulha cardíaca e edema maleolar bilateral. O ecocardiograma evidencia dilatação do ventrículo esquerdo, fração de ejeção de 32% e insuficiência mitral funcional discreta.

Após tratamento da congestão, o paciente encontra-se clinicamente estável e inicia-se a otimização da terapia modificadora de prognóstico. Durante a discussão do caso, são abordadas a ativação neuro-hormonal associada à progressão da insuficiência cardíaca e as bases fisiopatológicas para utilização de sacubitril/valsartana e dapagliflozina.

Considerando a fisiopatologia da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e os mecanismos farmacológicos das terapias utilizadas nesse contexto, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na ICFer, a ativação persistente do sistema renina angiotensina aldosterona contribui para vasoconstrição e remodelamento; a inibição da neprilisina substitui o bloqueio do receptor AT1 ao potencializar os peptídeos natriuréticos, enquanto a dapagliflozina reduz a reabsorção tubular proximal de sódio e glicose.
- (B) Na ICFer, a ativação neuro-hormonal inicialmente auxilia na manutenção da perfusão, mas cronicamente favorece retenção hidrossalina e remodelamento; o sacubitril potencializa os peptídeos natriuréticos, dispensando o antagonismo concomitante do receptor AT1, enquanto a dapagliflozina reduz a reabsorção tubular proximal de sódio e glicose.
- (C) Na ICFer, o aumento dos peptídeos natriuréticos constitui resposta contrarregulatória à sobrecarga ventricular; o sacubitril reduz sua degradação pela inibição da neprilisina, enquanto a dapagliflozina reduz eventos de insuficiência cardíaca por mecanismo cujo benefício clínico requer a presença concomitante de diabetes *Mellitus*.
- (D) Na ICFer, a ativação neuro-hormonal inicialmente auxilia na manutenção da perfusão, mas cronicamente favorece retenção hidrossalina e remodelamento; o sacubitril/valsartana associa antagonismo AT1 à inibição da neprilisina, enquanto a dapagliflozina reduz eventos de insuficiência cardíaca independentemente da presença de diabetes.
- (E) Na ICFer, a ativação persistente dos sistemas simpático e renina angiotensina aldosterona contribui para o remodelamento; o sacubitril/valsartana modula o sistema renina angiotensina e os peptídeos natriuréticos, enquanto a dapagliflozina exerce seu benefício por antagonismo farmacológico direto da ativação simpática.

37

Mulher de 48 anos, com obesidade e diabetes *Mellitus* tipo 2, procura atendimento por dor epigástrica intensa e contínua há 18 horas, irradiada para o dorso, acompanhada de náuseas e vômitos. Há 4 meses iniciou semaglutida subcutânea, com aumento da dose há 3 semanas. Nega episódios prévios de pancreatite e refere consumo eventual de álcool.

Ao exame, está hemodinamicamente estável, afebril e apresenta dor à palpação do epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais mostram lipase de 1.480 U/L, aproximadamente seis vezes o limite superior da normalidade, bilirrubina total de 0,9 mg/dL, ALT 32 U/L, AST 29 U/L, triglicerídeos 168 mg/dL e cálcio total 9,2 mg/dL. Ultrassonografia abdominal evidencia vesícula biliar com dois cálculos móveis, medindo 4 e 5 mm, sem espessamento parietal; colédoco com 4 mm, sem cálculo identificado.

Considerando a abordagem diagnóstica e etiológica desse quadro, bem como o uso de semaglutida, assinale a opção correta.

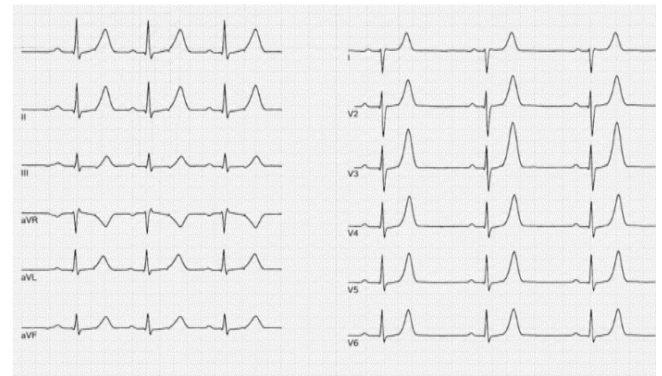
- (A) O diagnóstico de pancreatite aguda está estabelecido, e a colelitíase constitui etiologia concorrente relevante; a semaglutida deve ser suspensa diante da pancreatite, mas sua relação causal com o episódio não pode ser estabelecida apenas pela associação temporal.
- (B) O diagnóstico de pancreatite aguda está estabelecido, e a presença de colelitíase torna a etiologia biliar suficientemente provável para afastar participação da semaglutida, que pode ser mantida durante a investigação.
- (C) O diagnóstico de pancreatite aguda permanece provável, mas requer tomografia contrastada para confirmação; até a definição radiológica, não é possível atribuir o episódio à litíase biliar nem indicar suspensão da semaglutida.
- (D) O diagnóstico de pancreatite aguda está estabelecido, e a relação temporal após o aumento da dose torna a semaglutida a etiologia mais provável; a colelitíase incidental não modifica substancialmente essa atribuição causal.
- (E) O diagnóstico de pancreatite aguda está estabelecido, e a diferenciação entre etiologia biliar e medicamentosa depende inicialmente de colangiorressonância; a suspensão da semaglutida deve ser decidida após essa investigação.

38

Homem de 68 anos, com doença renal crônica avançada em tratamento conservador, procura atendimento de emergência por fraqueza muscular progressiva, náuseas e palpitações iniciadas nas últimas horas. É hipertenso e portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Faz uso regular de carvedilol, losartana, espironolactona e furosemida.

Ao exame, encontra-se lúcido e orientado, com PA 136/82 mmHg, FC 52 bpm, FR 18 irpm, SpO₂ 97% em ar ambiente e temperatura de 36,5 °C. A ausculta pulmonar não evidencia estertores e não há edema periférico.

O eletrocardiograma obtido na admissão é apresentado a seguir:



Considerando o contexto clínico e o padrão eletrocardiográfico apresentado, a conduta inicial mais apropriada é

- (A) administrar bicarbonato de sódio intravenoso, visando corrigir o distúrbio metabólico responsável pelas alterações eletrocardiográficas.
- (B) administrar insulina regular associada à glicose intravenosa, visando reduzir rapidamente a concentração extracelular do eletrólito responsável pelas alterações eletrocardiográficas.
- (C) administrar gluconato de cálcio intravenoso, seguido de medidas destinadas à redução da concentração extracelular de potássio.
- (D) suspender temporariamente losartana e espironolactona e administrar solução cristaloide intravenosa, com reavaliação clínica e eletrocardiográfica após expansão volêmica.
- (E) indicar terapia renal substitutiva emergencial como primeira intervenção, postergando medidas farmacológicas até o início do procedimento dialítico.

39

Mulher de 27 anos procura atendimento por episódios recorrentes de dispneia, sibilância, tosse seca e sensação de aperto torácico há aproximadamente 1 ano. Os sintomas apresentam intensidade variável, são mais frequentes após corrida ao ar livre e exposição a ar frio e desaparecem completamente entre os episódios. Refere rinite alérgica desde a adolescência. Nega tabagismo e nunca utilizou corticosteroide inalatório.

No momento da avaliação encontra-se assintomática, com SpO₂ de 98% em ar ambiente e ausculta pulmonar normal.

A espirometria realizada nesse período mostra: CVF: 96% do previsto; VEF1: 94% do previsto; VEF1/CVF: 0,82. Após administração de broncodilatador, ocorre aumento do VEF1 de 5% e 140 mL.

A contagem de eosinófilos no sangue periférico é de 520 células/mm³ e a fração exalada de óxido nítrico, FeNO, é de 52 ppb.

Considerando a hipótese diagnóstica principal e a interpretação conjunta dos achados, a conduta mais apropriada para obter confirmação objetiva do diagnóstico nessa paciente é

- (A) estabelecer o diagnóstico de asma tipo 2 com base na associação entre padrão clínico característico, eosinofilia periférica e FeNO superior a 50 ppb, dispensando investigação funcional adicional.
- (B) considerar o diagnóstico de asma pouco provável e investigar prioritariamente causas extrapulmonares de dispneia, pois a ausência de obstrução basal e de resposta broncodilatadora significativa reduz substancialmente a probabilidade da doença.
- (C) iniciar tratamento com corticosteroide inalatório e utilizar a melhora dos sintomas após quatro semanas como critério suficiente para confirmação diagnóstica, sem necessidade de documentação de alteração da função pulmonar.
- (D) realizar teste padronizado de provocação brônquica, buscando demonstrar hiper responsividade das vias aéreas, uma vez que a suspeita clínica permanece elevada apesar de a espirometria com broncodilatador não ter demonstrado variabilidade significativa do fluxo expiratório.
- (E) solicitar tomografia computadorizada de tórax de alta resolução para excluir doença estrutural das vias aéreas antes da realização de novos testes funcionais, considerando a discrepância entre a espirometria normal e os biomarcadores inflamatórios elevados.

40

Homem de 58 anos, com hipertensão arterial e sem prótese valvar, é internado por febre há 10 dias, astenia e dispneia progressiva. Três pares de hemoculturas coletados antes do início dos antimicrobianos apresentam crescimento de *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina. O ecocardiograma transesofágico inicial evidencia vegetação móvel de 11 mm na valva aórtica e insuficiência aórtica moderada.

É iniciado tratamento antimicrobiano direcionado. No quarto dia de internação, o paciente apresenta hemiparesia direita e disfasia de início súbito. A ressonância magnética de encéfalo demonstra pequeno infarto isquêmico cortical em território da artéria cerebral média esquerda, sem transformação hemorrágica. Nas 24 horas seguintes, permanece consciente, hemodinamicamente estável e com melhora parcial do déficit neurológico.

No quinto dia, desenvolve prolongamento progressivo do intervalo PR, seguido de bloqueio atrioventricular de segundo grau. Novo ecocardiograma transesofágico demonstra coleção perianular aórtica de 18 mm compatível com abscesso, além da vegetação previamente descrita.

Considerando o conjunto dos achados, a conduta mais adequada neste momento é

- (A) manter o tratamento antimicrobiano direcionado e programar novo ecocardiograma após completar pelo menos 7 dias de terapia, indicando cirurgia apenas se houver persistência da bacteremia.
- (B) manter o tratamento antimicrobiano e postergar a cirurgia cardíaca por pelo menos 4 semanas, em razão do risco de transformação hemorrágica relacionado ao infarto cerebral recente.
- (C) intensificar o tratamento antimicrobiano e indicar intervenção cirúrgica somente se houver progressão da insuficiência aórtica para repercussão hemodinâmica ou insuficiência cardíaca.
- (D) manter o tratamento antimicrobiano e iniciar anticoagulação terapêutica para reduzir o risco de novos eventos embólicos enquanto se aguarda a resolução do processo infeccioso antes da intervenção valvar.
- (E) manter o tratamento antimicrobiano e indicar avaliação cirúrgica urgente, pois o abscesso perianular associado ao novo distúrbio de condução caracteriza infecção localmente não controlada, sem necessidade de adiamento pela lesão cerebral isquêmica descrita.

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 esofagogástrica 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 limitrofe 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 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 ilíaca 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

