

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO
NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

PROVA OBJETIVA – TIPO 1

**SUA PROVA**

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

**TEMPO**

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

**NÃO SERÁ PERMITIDO**

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

**INFORMAÇÕES GERAIS**

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

Boa prova!

Cirurgia Geral

1

Na sessão clínica de seu serviço de cirurgia, você apresenta o caso de um paciente de 61 anos, tabagista e etilista de longa data, que apresenta disfagia progressiva para sólidos há cinco meses, evoluindo com dificuldade para alimentos pastosos e perda ponderal de 12 kg nos últimos três meses.

Realizou-se uma endoscopia digestiva alta que mostrou lesão ulceroinfiltrativa no terço médio do esôfago, cuja biópsia revelou carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

Após estadiamento completo, não são identificadas metástases à distância, e a doença é considerada potencialmente ressecável, mas com comprometimento da parede esofágica e linfonodos regionais. O paciente apresenta bom desempenho funcional – ECOG 0 e função cardiopulmonar preservada e é considerado apto para tratamento multimodal.

Com base nas evidências atuais, a conduta mais apropriada para esse paciente será

- (A) indicar quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia, visando aumentar a ressecabilidade, reduzir o estadiamento tumoral e melhorar os resultados oncológicos em doença localmente avançada.
- (B) realizar esofagectomia inicial, reservando quimioterapia e radioterapia apenas para doença residual, recorrência documentada ou comprometimento das margens cirúrgicas.
- (C) instituir quimioterapia neoadjuvante isolada, seguida de reestadiamento e cirurgia, por apresentar resultados equivalentes à associação com radioterapia pré-operatória.
- (D) optar por quimiorradioterapia definitiva, independentemente da ressecabilidade, utilizando a cirurgia apenas como tratamento de resgate nas complicações tardias.
- (E) iniciar tratamento endoscópico para alívio da disfagia, associado ao suporte nutricional, adiando a definição terapêutica definitiva após nova avaliação clínica.

2

Homem de 68 anos, usuário crônico de anti-inflamatórios não esteroidais, é admitido por hematêmese e melena iniciadas há seis horas. Após reposição volêmica, apresenta pressão arterial de 108 × 68 mmHg, frequência cardíaca de 92 bpm e hemoglobina de 8,9 g/dL. A endoscopia digestiva alta identifica úlcera de 18 mm na parede posterior do bulbo duodenal, com coágulo firmemente aderido ao leito. Após irrigação vigorosa com jato de água, o coágulo permanece aderido, sem exteriorização de sangramento ativo. Considerando exclusivamente o aspecto endoscópico descrito e a classificação de Forrest, essa lesão deve ser classificada como

- (A) Forrest Ia, por apresentar estigma endoscópico de hemorragia recente caracterizado pela presença de coágulo persistente sobre o leito ulceroso.
- (B) Forrest Ib, por apresentar estigma endoscópico de hemorragia recente caracterizado pela ausência de vaso identificável após irrigação do leito ulceroso.
- (C) Forrest IIa, por apresentar estigma endoscópico de hemorragia recente caracterizado pela persistência de material hemático sem sangramento em atividade.
- (D) Forrest IIb, por apresentar estigma endoscópico de hemorragia recente caracterizado pela presença de coágulo aderido sem sangramento em atividade.
- (E) Forrest IIc, por apresentar estigma endoscópico de hemorragia recente caracterizado pela presença de conteúdo hemático organizado sobre o leito ulceroso.

3

No seu ambulatório, você faz a consulta de um paciente encaminhado pelo sistema de regulação. Ele tem 64 anos, com história de emagrecimento de 9 kg nos últimos quatro meses, com alteração do hábito intestinal e episódios de hematoquezia. Traz laudo de uma colonoscopia, que identifica uma lesão vegetante estenosante no cólon sigmoide e um outro de histopatologia das biópsias realizadas que confirma adenocarcinoma. Traz também uma tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve, que não demonstra metástases à distância. O paciente é encaminhado para tratamento cirúrgico com intenção curativa.

Em relação ao emprego dos marcadores tumorais nesse cenário, assinale a opção que está mais de acordo com as recomendações atuais.

- (A) Dosar CEA no período pré-operatório para estabelecer um valor basal, auxiliar na avaliação prognóstica e utilizá-lo no seguimento após a ressecção, sem empregá-lo como método isolado de rastreamento ou diagnóstico.
- (B) Solicitar CA 19-9 e AFP como exames iniciais, pois ambos apresentam elevada sensibilidade para confirmação diagnóstica do adenocarcinoma colorretal localizado e definição do estadiamento.
- (C) Solicitar CEA apenas após a cirurgia, pois sua dosagem pré-operatória não apresenta utilidade clínica na estimativa prognóstica nem no acompanhamento evolutivo do paciente.
- (D) Solicitar painel completo de marcadores tumorais séricos antes da cirurgia, pois a associação entre diferentes marcadores substitui adequadamente os exames de estadiamento por imagem.
- (E) Evitar a dosagem de marcadores tumorais no período perioperatório, uma vez que seus níveis não apresentam relação com recorrência, resposta terapêutica ou sobrevida oncológica.

4

Você visita o leito de uma mulher de 69 anos que está no 6º dia de pós-operatório de uma hemicolectomia direita por adenocarcinoma do cólon. O exame físico detecta dispneia, que apareceu subitamente, dor torácica, distúrbio ventilatório, taquicardia com frequência de 122 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, saturação de oxigênio de 87% em ar ambiente e pressão arterial de 112/70 mmHg. A ausculta pulmonar é normal e uma radiografia de tórax não demonstra alterações relevantes. Não há sinais clínicos de choque.

Considerando a sua principal hipótese diagnóstica, a conduta mais adequada para o caso será

- (A) solicitar broncoscopia para afastar obstrução brônquica, iniciar antibioticoterapia empírica e indicar anticoagulação somente após confirmação microbiológica.
- (B) solicitar cintilografia pulmonar como exame inicial de rotina, manter observação clínica e iniciar anticoagulação apenas após laudo definitivo.
- (C) solicitar ecocardiograma como exame confirmatório, instituir trombólise sistêmica precoce e programar anticoagulação após estabilização clínica.
- (D) solicitar arteriografia pulmonar convencional como exame inicial, indicar embolectomia cirúrgica imediata e manter suporte intensivo durante a investigação.
- (E) estimar a probabilidade clínica, confirmar o diagnóstico por angiotomografia pulmonar e iniciar anticoagulação na ausência de contraindicações importantes.

5

Você é chamado(a) a dar um parecer cirúrgico, no serviço de ortopedia, para paciente de 74 anos que está no 5º dia de pós-operatório de uma artroplastia total de quadril. Ele evoluiu com distensão abdominal progressiva, náuseas e redução da eliminação de fezes e flatos nas últimas 72 horas. Refere discreto desconforto abdominal, porém nega dor em cólica.

Ao exame físico, apresenta abdome bastante distendido, hipertimpânico, peristalse diminuída e ausência de sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais mostram discreta alteração hidroeletrólítica com hipocalemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hiponatremia e leve alcalose metabólica. Realizou, hoje pela manhã, uma tomografia computadorizada que mostra dilatação importante do cólon, predominando em ceco e cólon direito, sem evidências de obstrução mecânica, pneumoperitônio ou isquemia intestinal.

Considerando o seu diagnóstico mais provável, a conduta mais adequada é

- (A) indicar laparotomia exploradora, realizar colectomia segmentar e manter antibioticoterapia, independentemente da ausência de sinais de isquemia ou perfuração intestinal.
- (B) solicitar colonoscopia diagnóstica com biópsias, iniciar preparo intestinal e definir o tratamento conforme o resultado anatomopatológico obtido.
- (C) prescrever dieta oral, administrar laxativos estimulantes, observar a evolução clínica e repetir os exames somente diante de piora progressiva.
- (D) realizar enema contrastado, manter medicamentos que reduzem a motilidade intestinal e indicar cirurgia apenas após nova avaliação radiológica.
- (E) suspender fatores predisponentes, corrigir distúrbios metabólicos, descomprimir o cólon quando indicado e reservar cirurgia para complicações ou insucesso terapêutico.

6

Os critérios-padrão para a ressecção endoscópica do câncer gástrico incluem os seguintes, exceto um. Assinale-o.

- (A) Adenocarcinoma do tipo intestinal.
- (B) Tumor não ulcerado.
- (C) Tumores que invadem até a submucosa.
- (D) Tumores menores que 2 cm.
- (E) Ausência de invasão linfovascular.

7

Assinale o fator de risco relacionado com o surgimento de colangiocarcinoma intra-hepático.

- (A) Tabagismo.
- (B) Colelitíase.
- (C) Deficiência de alfa-1 antitripsina.
- (D) Papilotomia prévia.
- (E) Aflatoxina.

8

Paciente apresentou episódio de pancreatite aguda de etiologia alcoólica. Cerca de 2 meses depois, realizou TC de controle que mostrou coleção peripancreática de baixa densidade de 3 cm próxima à transição do corpo e cauda pancreática. O paciente está assintomático, e os exames laboratoriais apresentam apenas aumento de amilase sérica.

Assinale a melhor conduta, entre as a seguir relacionadas.

- (A) Drenagem endoscópica transduodenal.
- (B) Cistojejuno anastomose (Puestow).
- (C) Drenagem percutânea guiada por T.
- (D) Drenagem transpapilar endoscópica.
- (E) Conduta expectante.

9

Você realiza a investigação diagnóstica de um paciente de 62 anos que, na história da doença atual, queixa-se de dor persistente no flanco esquerdo, emagrecimento de 8 kg e alteração recente do hábito intestinal. Foi realizada uma colonoscopia, que identifica uma lesão estenosante no cólon descendente, cuja biópsia mostra adenocarcinoma. No estadiamento por imagem, uma tomografia de tórax, abdome e pelve não demonstra metástases, mas evidencia tumor volumoso, com extensão além da parede colônica e perda do plano de clivagem com a parede abdominal posterior. Não há obstrução completa, perfuração ou sangramento significativo. A avaliação molecular demonstra proficiência do sistema de reparo do DNA - pMMR, com estabilidade de microssatélites.

Considerando o diagnóstico, o estadiamento e a sequência terapêutica, a conduta mais adequada para esse paciente será

- (A) realizar colectomia segmentar imediata, separando o tumor da estrutura aderida, e indicar quimioterapia adjuvante conforme o resultado anatomopatológico definitivo.
- (B) administrar radioterapia neoadjuvante isolada, reavaliar a resposta por colonoscopia e indicar colectomia somente diante de redução tumoral significativa.
- (C) instituir imunoterapia neoadjuvante independentemente do perfil molecular, realizar reavaliação radiológica e indicar cirurgia após resposta clínica ou radiológica satisfatória.
- (D) indicar quimioterapia neoadjuvante sistêmica, reavaliar a ressecabilidade e realizar colectomia oncológica em bloco, buscando margens cirúrgicas microscopicamente livres.
- (E) realizar derivação intestinal profilática, iniciar quimiorradioterapia concomitante e programar colectomia após completar todo o tratamento oncológico sistêmico proposto.

10

Você é o segundo auxiliar em uma cirurgia de uma paciente de 67 anos, que tem história clínica de episódios recorrentes de dor no hipocôndrio direito, que cursaram com icterícia intermitente e colúria nos últimos quatro meses.

Os exames laboratoriais pré-operatórios demonstraram padrão colestatístico, sem sinais de pancreatite biliar. A ultrassonografia evidenciava colelitíase e discreta dilatação da via biliar principal. Opta-se por colecistectomia videolaparoscópica. Agora, durante o inventário da cavidade, observa-se intensa reação inflamatória no triângulo hepatocístico, a vesícula biliar é escleroatrófica e o cálculo está impactado na bolsa de Hartmann, comprimindo externamente o ducto hepático comum. Não há evidência de fístula colecistobiliar.

A conduta técnica mais apropriada a ser adotada pelo cirurgião, nesse momento, é

- (A) realizar colecistectomia subtotal ou por fundo, retirar o cálculo impactado, utilizar colangiografia quando necessária e converter se a anatomia permanecer insegura.
- (B) prosseguir com dissecação convencional, obter a visão crítica de segurança, clipar o ducto cístico e concluir a colecistectomia totalmente laparoscópica.
- (C) abrir o colédoco, retirar o cálculo por coledocotomia, suturar a via biliar e manter drenagem em T ao término da operação.
- (D) seccionar inicialmente o ducto cístico, remover integralmente a vesícula, revisar cuidadosamente o leito hepático e realizar drenagem sub-hepática de rotina.
- (E) drenar a cavidade abdominal, interromper definitivamente a operação, manter antibioticoterapia venosa e indicar nova intervenção após regressão do processo inflamatório.

11

Homem de 27 anos procura atendimento após episódios recorrentes de hematoquezia. A colonoscopia demonstra aproximadamente 80 pólipos adenomatosos distribuídos pelo cólon, com predomínio proximal. A endoscopia digestiva alta identifica pequenos adenomas duodenais. O paciente apresenta ainda dois osteomas mandibulares e história de tumor desmóide de parede abdominal previamente ressecado.

Seu pai faleceu aos 44 anos por câncer colorretal, e uma tia paterna foi submetida à colectomia aos 38 anos por polipose colônica.

Considerando a apresentação clínica e o espectro das síndromes hereditárias associadas ao câncer colorretal, o diagnóstico mais provável é de

- (A) síndrome de Lynch.
- (B) síndrome de Peutz-Jeghers.
- (C) síndrome de Gardner.
- (D) síndrome de polipose juvenil.
- (E) síndrome de Turcot.

12

Mulher de 34 anos, com índice de massa corporal de 32,8 kg/m², apresenta obesidade há oito anos e apneia obstrutiva do sono grave, confirmada por polissonografia. Realizou tratamento clínico supervisionado, com orientação nutricional, atividade física e terapia medicamentosa, sem controle sustentado do peso ou da comorbidade. A avaliação psicológica não identifica transtorno psiquiátrico descompensado, abuso de substâncias ou incapacidade de adesão ao acompanhamento.

Considerando os critérios estabelecidos pela Resolução CFM nº 2.429/2025, a conduta mais adequada, quanto à indicação de cirurgia bariátrica e metabólica, é

- (A) indicar o procedimento, pois o IMC entre 30 e 35 kg/m² associado à apneia do sono grave permite a cirurgia após insucesso do tratamento clínico e avaliação multidisciplinar.
- (B) contraindicar o procedimento, pois o IMC entre 30 e 35 kg/m² permite a cirurgia apenas quando houver diabetes mellitus tipo 2 com controle metabólico inadequado.
- (C) adiar o procedimento, pois o IMC entre 30 e 35 kg/m² exige comprovação de acompanhamento endocrinológico contínuo por período mínimo de dois anos.
- (D) indicar o procedimento, pois qualquer comorbidade relacionada à obesidade permite a cirurgia em pacientes com IMC superior a 30 kg/m² e idade adulta.
- (E) contraindicar o procedimento, pois a cirurgia bariátrica permanece reservada aos pacientes com IMC superior a 35 kg/m², independentemente das doenças associadas.

Cirurgia do Aparelho Digestivo

13

Sua equipe de coleta de órgãos é chamada para um hospital, onde irá retirar órgãos de um homem de 35 anos que sofreu traumatismo craniocerebral grave após colisão automobilística. Após internação em unidade de terapia intensiva, evolui com diagnóstico de morte encefálica, confirmada conforme os critérios técnicos e legais vigentes. Não tem infecção sistêmica, neoplasia maligna conhecida ou contraindicações absolutas à doação. Após autorização familiar documentada, a equipe de captação organiza a retirada múltipla de órgãos. Durante o procedimento, o cirurgião responsável enfatiza que a preservação da viabilidade dos enxertos depende da sequência operatória, do controle hemodinâmico até o clampeamento vascular e da correta perfusão com solução preservadora.

Considerando os princípios técnicos universalmente aceitos para a coleta de múltiplos órgãos sólidos, assinale a opção que descreve a conduta mais adequada.

- (A) Realiza-se a laparotomia e esternotomia, em seguida, faz-se a inspeção criteriosa dos órgãos e a dissecação vascular, preservando estruturas nobres, heparinização sistêmica quando indicada, clampeamento da aorta, seguido de perfusão com solução fria, drenagem venosa adequada, resfriamento tópico e retirada dos órgãos respeitando sequência previamente coordenada entre as equipes.
- (B) Após confirmação da morte encefálica, procede-se imediatamente à retirada do fígado e dos rins antes da perfusão preservadora, reduzindo o tempo cirúrgico; a inspeção anatômica completa e a avaliação de lesões podem ser realizadas após a explantação dos órgãos.
- (C) A prioridade consiste em retirar rapidamente o coração antes de qualquer dissecação vascular extensa; a perfusão fria é realizada apenas após a remoção cardíaca, permitindo melhor exposição dos órgãos abdominais e menor risco de lesão vascular.
- (D) O controle da temperatura corporal do doador deixa de ser relevante após a confirmação da morte encefálica; por isso, a perfusão com solução preservadora pode ser realizada em temperatura ambiente, desde que o tempo de isquemia fria seja reduzido posteriormente.
- (E) A ligadura precoce da veia cava inferior e dos principais ramos arteriais abdominais, antes do clampeamento aórtico e da perfusão preservadora, reduz perdas sanguíneas e facilita a retirada sequencial dos órgãos sem comprometer significativamente sua viabilidade.

14

Você responde a um parecer da clínica médica para um paciente de 56 anos, portador de cirrose hepática por hepatite C previamente tratada, acompanhado em ambulatório especializado. Tem diagnóstico de hipertensão portal com varizes de esôfago com um episódio de sangramento. Nos últimos 8 meses, apresentou dois episódios de ascite com necessidade de paracentese de alívio, um episódio de encefalopatia hepática revertido com tratamento clínico. Uma tomografia computadorizada evidencia um nódulo hepático único de 3,8 cm, com hipervascularização arterial e *washout* venoso, sem trombose portal ou evidência de metástases.

Os exames laboratoriais mostram albumina de 2,8 g/dL, bilirrubina total de 2,9 mg/dL, INR de 1,9 e creatinina de 1,1 mg/dL.

Após discussão em sessão clínica multidisciplinar, a conduta mais apropriada para o caso será

- (A) indicar hepatectomia segmentar, pois o tumor é único e ressecável, mantendo seguimento da cirrose e tratamento clínico das complicações portais, sem necessidade de inclusão em lista para transplante.
- (B) indicar ablação por radiofrequência como tratamento definitivo, seguida de vigilância periódica, considerando que lesões únicas menores que 5 cm apresentam controle oncológico semelhante ao transplante hepático.
- (C) indicar quimioembolização transarterial como tratamento exclusivo, reservando o transplante apenas para eventual progressão da insuficiência hepática ou aparecimento de múltiplas lesões hepáticas.
- (D) indicar inclusão em lista para transplante hepático, pois apresenta cirrose descompensada associada a carcinoma hepatocelular dentro dos critérios aceitos para transplante, inexistindo contraindicações oncológicas evidentes.
- (E) manter tratamento clínico otimizado da cirrose e acompanhamento radiológico sem intervenção imediata, reavaliando a indicação de transplante apenas se houver aumento tumoral ou piora adicional da função hepática.

15

Uma paciente de 45 anos, que tem insuficiência hepática terminal e que está inscrita na lista única para transplante hepático, está em sua enfermaria. Seu irmão, de 43 anos, manifesta espontaneamente o desejo de doar parte do fígado. Durante a avaliação, ele demonstra plena capacidade civil, está ótimas condições clínicas, compatibilidade clínica e compreensão dos riscos do procedimento. Paralelamente, um potencial doador falecido é identificado em outro hospital, com diagnóstico de morte encefálica confirmada conforme a legislação vigente e autorização familiar para doação.

Em reunião, a equipe multiprofissional conclui que a seguinte afirmativa sobre a conduta está de acordo com os princípios éticos e legais que regem os transplantes de órgãos no Brasil:

- (A) a vontade do receptor deve prevalecer sobre a do doador vivo, desde que exista compatibilidade clínica e benefício esperado para o tratamento da doença hepática.
- (B) a autorização da família permite a retirada de órgãos do doador falecido, ainda que o protocolo de diagnóstico de morte encefálica não tenha sido integralmente concluído.
- (C) a existência de um doador vivo compatível permite dispensar a avaliação independente dos riscos ao doador, desde que ambos os familiares concordem com a realização do transplante.
- (D) o transplante somente deve prosseguir quando houver confirmação dos requisitos legais para o doador falecido e, no doador vivo, consentimento livre, esclarecido, ausência de coação e avaliação médica que demonstre risco aceitável.
- (E) a prioridade na distribuição de órgãos pode ser modificada pela equipe transplantadora quando considerar que determinado receptor apresenta maior benefício clínico imediato em relação aos demais candidatos.

16

Na sessão clínica do seu serviço de cirurgia, discute-se o caso clínico de um paciente de 38 anos, agricultor, natural de Jequitinhonha, que procurou atendimento ambulatorial para seguimento de hipertensão portal. Refere dois episódios de hematêmese nos últimos dois anos, ambos controlados por tratamento endoscópico com ligadura elástica das varizes esofágicas. Encontra-se em uso regular de propranolol. Ao exame físico apresenta bom estado geral, esplenomegalia volumosa, sem ascite, sem edema periférico ou icterícia. Os exames laboratoriais evidenciam bilirrubinas, albumina e INR dentro da normalidade, com plaquetopenia atribuída ao hiperesplenismo. Uma ultrassonografia Doppler mostra veia porta pérvia, aumento do calibre do sistema portal e fígado de contornos preservados. A endoscopia digestiva alta evidencia varizes esofágicas de grosso calibre.

Considerando o quadro clínico, a conduta cirúrgica mais apropriada será

- (A) indicar derivação esplenorrenal distal eletiva, visando reduzir definitivamente a pressão portal, por apresentar menor risco de recorrência hemorrágica e dispensar tratamento endoscópico posterior.
- (B) indicar desconexão ázigo-portal associada à esplenectomia, por apresentar hipertensão portal esquistossomótica com função hepática preservada e recorrência hemorrágica apesar do tratamento clínico e endoscópico.
- (C) manter exclusivamente tratamento medicamentoso e sessões periódicas de ligadura elástica, reservando o tratamento cirúrgico apenas para o desenvolvimento de insuficiência hepatocelular ou trombose portal.
- (D) indicar transplante hepático eletivo, considerando que episódios recorrentes de hemorragia varicosa representam indicação formal de substituição hepática, independentemente da função do órgão.
- (E) realizar derivação portocava total, com o objetivo de eliminar a hipertensão portal, mesmo diante de função hepática preservada e ausência de ascite ou encefalopatia.

17

Em relação aos tempos cirúrgicos fundamentais empregados nas principais operações bariátricas atualmente realizadas, assinale a opção que descreve corretamente a sequência técnica de um procedimento consagrado no tratamento da obesidade mórbida.

- (A) Confecção de gastrostomia ampla, exclusão do antro gástrico, anastomose gastrocólica em alça única e enteroenteroanastomose terminal, preservando integralmente o piloro e o duodeno.
- (B) Mobilização do fundo gástrico, funduplicatura posterior, secção parcial da pequena curvatura, gastrojejunostomia sem exclusão gástrica e enteroenteroanastomose distal, mantendo trânsito alimentar pelo duodeno.
- (C) Confecção de pequeno reservatório gástrico proximal, secção do jejuno, realização de gastrojejunostomia em alça alimentar e enteroenteroanastomose entre as alças alimentar e biliopancreática, configurando derivação em Y de Roux.
- (D) Ressecção completa do estômago distal, duodenectomia segmentar, reconstrução em Billroth II e anastomose jejunoileal, reduzindo a absorção intestinal por exclusão extensa do intestino delgado.
- (E) Gastrectomia subtotal horizontal, preservação integral do fundo gástrico, anastomose gastroduodenal término-terminal e derivação jejunoileal em alça única, sem reconstrução em Y de Roux.

18

Um paciente de 49 anos que procurou atendimento por apresentar diarreia aquosa intensa, com mais de dez evacuações ao dia, há oito meses, está internado em seu serviço. Refere perda ponderal de 12 kg, episódios recorrentes de fraqueza muscular, câibras, sede intensa e necessidade de múltiplas internações por desidratação. Os sintomas persistem mesmo durante o jejum e não melhoram com restrições alimentares.

Ao exame físico encontra-se desidratado, hipotenso e com redução da força muscular proximal. Os exames laboratoriais demonstram hipocalcemia importante e acidose metabólica, sem evidências de infecção intestinal. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia não revelam alterações capazes de justificar o quadro.

Considerando os achados clínicos, assinale a opção que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável, a propedêutica complementar e o tratamento mais adequado para o caso.

- (A) Gastrinoma pancreático; solicitar dosagem sérica de gastrina, pH gástrico e ecoendoscopia; iniciar inibidor da bomba de prótons e indicar ressecção apenas diante de metástases ressecáveis.
- (B) Glucagonoma pancreático; solicitar dosagem de glucagon, tomografia abdominal e cintilografia; iniciar suporte nutricional e quimioterapia, reservando a cirurgia para doença irremediável.
- (C) VIPoma pancreático; corrigir inicialmente os distúrbios hidroeletrólíticos, dosar o peptídeo intestinal vasoativo (VIP), localizar o tumor por tomografia ou ressonância associada a exame funcional, iniciar análogo da somatostatina e indicar ressecção cirúrgica quando a doença for ressecável.
- (D) Insulinoma pancreático; realizar teste de jejum prolongado, dosagem de insulina e peptídeo C; administrar glicose intravenosa e indicar enucleação pancreática após estabilização clínica.
- (E) Somatostatina pancreática; solicitar dosagem sérica de somatostatina e colangiopancreatografia, instituir enzimas pancreáticas e programar gastrectomia parcial para controle definitivo dos sintomas.

19

Paciente de 48 anos é internado com quadro de dor abdominal em faixa, náuseas e vômitos, com amilase e lipase séricas elevadas. O diagnóstico de pancreatite aguda é firmado. Nas primeiras 24 horas de internação, evolui com melhora progressiva dos sintomas sob tratamento clínico (hidratação, analgesia e jejum).

Diante da evolução clínica favorável, em relação à realização de tomografia computadorizada com contraste (TC), a conduta mais apropriada neste momento é

- (A) realizar a TC com contraste para avaliar a extensão do processo inflamatório pancreático, mesmo diante da melhora clínica.
- (B) não realizar a TC com contraste de rotina, diante da boa resposta ao tratamento clínico e da evolução favorável do paciente.
- (C) realizar a TC com contraste para confirmar o diagnóstico de pancreatite aguda, mesmo na presença de quadro clínico e alterações laboratoriais compatíveis.
- (D) realizar a TC com contraste para pesquisar necrose pancreática, independentemente da gravidade e da evolução clínica do paciente.
- (E) realizar a TC com contraste para definir a manutenção do tratamento clínico, mesmo na ausência de sinais de complicação ou de piora clínica.

20

Paciente de 52 anos é internado com pancreatite aguda biliar leve, confirmada por elevação de enzimas pancreáticas, transaminases e presença de colelitíase à ultrassonografia. Evolui bem com tratamento conservador nas primeiras 48 horas, sem sinais de colangite (afebril, sem icterícia progressiva) e sem evidência de obstrução persistente da via biliar em exames de imagem complementares.

Assinale a conduta mais apropriada nesse caso.

- (A) Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) de urgência está indicada em todos os casos de pancreatite biliar, independentemente da gravidade, para reduzir a lesão pancreática.
- (B) CPRE é indicada nesse cenário, após a resolução do quadro de pancreatite.
- (C) CPRE deve ser realizada apenas se o paciente evoluir para óbito, como medida de necropsia guiada.
- (D) A colecistectomia associada à colangiografia intraoperatória é indicada como alternativa à CPRE, na mesma internação.
- (E) CPRE deve substituir a colecistectomia como tratamento definitivo da pancreatite biliar em todos os pacientes.

21

Paciente de 45 anos é internado com pancreatite aguda biliar leve. Evolui com resolução completa dos sintomas em 3 dias, com normalização progressiva das enzimas pancreáticas, ainda durante a mesma internação hospitalar. O cirurgião considera o momento ideal para realizar a colecistectomia definitiva.

Com base em evidências atuais sobre o momento da colecistectomia em pacientes com pancreatite biliar aguda leve, assinale a afirmativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) A colecistectomia deve ser adiada por, pelo menos, 6 semanas após a alta hospitalar, independentemente da gravidade.
- (B) A colecistectomia videolaparoscópica precoce deve ser realizada ainda durante a internação inicial.
- (C) A colecistectomia está contraindicada em qualquer momento após episódio de pancreatite biliar, devendo-se optar por CPRE com papilotomia isolada como tratamento definitivo.
- (D) A colecistectomia deve ser realizada apenas em caráter de urgência, nas primeiras 24 horas de sintomas, independentemente da gravidade da pancreatite.
- (E) A colecistectomia aberta deve ser preferida à laparoscópica em todos os casos de pancreatite biliar leve.

22

Paciente de 50 anos, com pancreatite aguda grave de etiologia alcoólica, evolui no 21º dia de doença com febre persistente (39°C), leucocitose crescente e deterioração clínica progressiva.

A tomografia computadorizada com contraste evidencia necrose pancreática envolvendo aproximadamente 35% da glândula, com coleção necrótica organizada (*walled-off necrosis*). É realizada punção aspirativa guiada, cujo Gram revela bacilos Gram-negativos.

Diante da confirmação de necrose pancreática infectada, a abordagem terapêutica atualmente preferida é realizar

- (A) necrosectomia aberta imediata, independentemente do tempo de evolução da doença, pois é superior a qualquer abordagem minimamente invasiva.
- (B) abordagem "step-up" – drenagem percutânea inicial seguida de debridamento retroperitoneal minimamente invasivo videoassistido, se necessário.
- (C) antibioticoterapia isolada e definitiva, sem necessidade de qualquer intervenção de drenagem ou desbridamento.
- (D) necrosectomia aberta, o mais precocemente possível, idealmente nos primeiros 14 dias, para reduzir a mortalidade.
- (E) observação clínica isolada, já que a necrose infectada raramente requer intervenção quando o paciente já iniciou antibioticoterapia.

23

Um cirurgião está planejando o fechamento de uma incisão mediana em laparotomia eletiva e revisa a literatura sobre a técnica ideal de sutura fascial para reduzir o risco de deiscência e hérnia incisional.

Assinale a opção que apresenta o principal achado em relação à incidência de hérnia incisional e a razão entre sutura e comprimento de ferida (*SL: WL ratio*), recomendada para o fechamento fascial adequado, independentemente da técnica escolhida.

- (A) A técnica de *large bites* foi superior, com incidência de hérnia incisional de 13% versus 21% no grupo *small bites*; razão de sutura recomendada de 2:1.
- (B) Não houve diferença significativa entre as técnicas; razão de sutura recomendada de 1:1.
- (C) A técnica de *small bites* foi superior, com incidência de hérnia incisional de 13% versus 21% no grupo *large bites*, sugerindo superioridade técnica; razão de sutura: comprimento da ferida recomendada é maior que 4:1.
- (D) A técnica de *large bites* reduziu a incidência de hérnia incisional em comparação à técnica de *small bites*; a razão SL:WL recomendada é superior a 4:1.
- (E) A incidência de hérnia incisional não apresenta relação com a técnica de fechamento utilizada; a razão SL:WL recomendada é de 2:1.

24

Paciente de 68 anos, obeso, diabético descompensado, é submetido a laparotomia exploradora por peritonite secundária. No 5º dia pós-operatório, apresenta drenagem súbita de líquido serossanguinolento pela incisão, seguida de sensação de "rasgo" durante episódio de tosse vigorosa, com posterior exteriorização de alças intestinais pela ferida operatória.

Considerando a fisiopatologia da deiscência de ferida cirúrgica, assinale a afirmativa correta que mostra o principal determinante da resistência da parede abdominal, durante a primeira semana pós-operatória, período em que a deiscência é mais frequente.

- (A) A camada de tecido subcutâneo e gordura, que sustenta a maior parte da tensão da ferida.
- (B) A camada muscular, que se regenera completamente nos primeiros 5 dias.
- (C) O peritônio parietal, que é a camada de maior resistência tênsil em qualquer fase da cicatrização.
- (D) A pele, que oferece a maior resistência mecânica durante a fase inflamatória da cicatrização.
- (E) A camada fascial, cuja força nesse período inicial depende principalmente do material de sutura e da capacidade de retenção do nó cirúrgico.

Clínica Médica

25

Homem de 68 anos, tabagista de 55 anos-maço, com diagnóstico prévio de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), procura emergência por piora progressiva da dispnéia há 3 dias, associada a aumento do volume do escarro e mudança de sua coloração para amarelo-esverdeada. Faz uso regular de tiotrópio e formoterol. Nega febre, dor torácica ou hemoptise.

Ao exame: consciente e cooperativo, frequência respiratória de 32 irpm, frequência cardíaca de 108 bpm, pressão arterial de 138 × 82 mmHg, temperatura de 36,8 °C e SpO₂ de 84% em ar ambiente. Apresenta uso de musculatura acessória, tempo expiratório prolongado e sibilos difusos bilateralmente. Não há edema periférico.

Radiografia de tórax demonstra hiperinsuflação pulmonar, sem consolidações ou pneumotórax. Exames laboratoriais mostram: leucócitos 12.800/mm³, hemoglobina 15,1 g/dL, creatinina 0,9 mg/dL, sódio 138 mEq/L e potássio 4,0 mEq/L.

Após início de oxigenoterapia controlada, com SpO₂ de 90%, a gasometria arterial revela: pH 7,28 | PaCO₂ 68 mmHg | PaO₂ 61 mmHg | HCO₃⁻ 31 mEq/L.

Considerando o diagnóstico mais provável, os achados clínicos e gasométricos e os mecanismos farmacológicos envolvidos, assinale a opção que apresenta a conduta inicial mais adequada.

- (A) Iniciar ventilação não invasiva, associar β_2 -agonista de curta ação e antimuscarínico de curta ação, administrar corticosteroide sistêmico e antibioticoterapia; o β_2 -agonista promove broncodilatação por ativação de receptores β_2 acoplados à proteína Gs, com aumento intracelular de AMPc.
- (B) Manter oxigenoterapia até normalização da PaCO₂, associar corticosteroide inalatório e antibioticoterapia; o corticosteroide exerce seu efeito agudo principalmente por ativação de receptores de membrana, aumentando diretamente o AMPc na musculatura lisa brônquica.
- (C) Proceder imediatamente à intubação orotraqueal, associar β_2 -agonista inalatório e corticosteroide sistêmico; o β_2 -agonista reduz a concentração intracelular de AMPc por inibição da adenilato ciclase, diminuindo a disponibilidade de cálcio para contração muscular.
- (D) Iniciar ventilação não invasiva e corticosteroide sistêmico, mantendo a broncodilatação apenas com os fármacos de longa ação habituais; os antimuscarínicos de curta ação devem ser evitados porque o bloqueio dos receptores M3 intensifica a broncoconstrição colinérgica.
- (E) Iniciar ventilação não invasiva, antibioticoterapia e teofilina intravenosa como broncodilatador preferencial; a teofilina promove broncodilatação por ativação da fosfodiesterase, aumentando a degradação intracelular do AMPc.

26

Homem de 58 anos, 85 kg, é admitido no serviço de emergência com pneumonia comunitária grave, evoluindo nas últimas horas com piora progressiva da dispnéia e rebaixamento do nível de consciência. Na avaliação inicial, encontra-se sonolento, responde apenas a estímulos vigorosos, apresenta tosse ineficaz e acúmulo de secreções em orofaringe.

Ao exame: PA 118 × 72 mmHg, FC 112 bpm, FR 34 irpm, temperatura 38,6 °C e SpO₂ 82% apesar de máscara com reservatório a 15 L/min. À ausculta pulmonar, apresenta crepitações difusas, mais intensas no hemitórax direito.

A gasometria arterial demonstra: pH 7,24 | PaCO₂ 58 mmHg | PaO₂ 52 mmHg | HCO₃⁻ 24 mEq/L.

Exames laboratoriais: Hb 13,1 g/dL; leucócitos 18.400/mm³; plaquetas 212.000/mm³; Na⁺ 138 mEq/L; K⁺ 4,2 mEq/L; creatinina 1,0 mg/dL; glicemia 126 mg/dL.

Diante da insuficiência respiratória aguda, hipoxemia grave e incapacidade progressiva de proteção da via aérea, indica-se intubação orotraqueal por sequência rápida. Após pré-oxigenação adequada, não são identificados história de hipertermia maligna, doença neuromuscular, queimaduras extensas ou outros fatores que contraindiquem o emprego da succinilcolina.

Considerando os princípios farmacológicos e a sequência apropriada dos medicamentos durante a intubação por sequência rápida, assinale a afirmativa correta.

- (A) Administrar fentanil 2 µg/kg IV, seguido de succinilcolina 1,5 mg/kg IV e, após o aparecimento das fasciculações, etomidato 0,3 mg/kg IV, procedendo à laringoscopia após instalação do bloqueio neuromuscular.
- (B) Administrar lidocaína 1,5 mg/kg IV, seguida de etomidato 0,3 mg/kg IV; após a perda da consciência, proceder à laringoscopia e reservar a succinilcolina 1,5 mg/kg IV para eventual dificuldade de abertura mandibular.
- (C) Administrar etomidato 0,3 mg/kg IV, seguido imediatamente de succinilcolina 1–1,5 mg/kg IV; após instalação do bloqueio neuromuscular, proceder à laringoscopia e intubação, sem considerar lidocaína ou fentanil etapas obrigatórias da sequência.
- (D) Administrar fentanil 2 µg/kg IV e etomidato 0,3 mg/kg IV, seguidos de succinilcolina 0,5 mg/kg IV; após cessarem as fasciculações, proceder à laringoscopia, utilizando dose reduzida do bloqueador para minimizar o risco de hipercalemia.
- (E) Administrar etomidato 0,3 mg/kg IV, seguido de fentanil 2 µg/kg IV e succinilcolina 1–1,5 mg/kg IV; aguardar cerca de três minutos após o opioide antes da laringoscopia para assegurar adequada atenuação da resposta simpática à instrumentação.

27

Mulher de 21 anos retorna ao ambulatório seis meses após tratamento de carcinoma folicular da tireoide. Foi submetida à tireoidectomia total seguida de radioiodoterapia e encontra-se em uso de levotiroxina 150 µg/dia.

Nas últimas semanas, passou a apresentar palpitações, tremor fino das mãos e intolerância ao calor. Nega dor cervical, disfagia ou perda ponderal importante. Ao exame, apresenta PA 118 × 70 mmHg, FC 104 bpm, tremor fino distal e ausência de massas ou linfonodomegalias cervicais palpáveis.

A avaliação atual demonstra: TSH: 0,06 mUI/L; T4 livre: 1,9 ng/dL (VR: 0,8–1,8); Tireoglobulina sob levotiroxina: 0,08 ng/mL; Anticorpo antitireoglobulina: não detectável; Ultrassonografia cervical: ausência de lesões no leito tireoidiano ou linfonodos suspeitos.

Considerando a resposta ao tratamento, o acompanhamento do carcinoma diferenciado da tireoide e a farmacologia da levotiroxina, assinale a opção que indica a conduta mais apropriada neste momento.

- (A) Manter a dose atual de levotiroxina, pois a supressão do TSH abaixo de 0,1 mUI/L deve ser preservada após radioiodoterapia, mesmo diante de resposta bioquímica e estrutural favorável, desde que os sintomas sejam controlados com betabloqueador.
- (B) Suspender temporariamente a levotiroxina para obtenção de TSH elevado e dosar tireoglobulina estimulada, pois somente a Tg após estímulo permite estabelecer resposta excelente e autorizar redução posterior da intensidade da supressão hormonal.
- (C) Manter a levotiroxina e solicitar pesquisa de corpo inteiro com radioiodo antes de qualquer ajuste, pois tireoglobulina baixa durante supressão do TSH não exclui doença residual e requer confirmação funcional antes da redução da dose hormonal.
- (D) Reduzir a dose de levotiroxina, buscando TSH dentro do intervalo de referência, e manter seguimento com tireoglobulina acompanhada de anti-Tg e vigilância estrutural apropriada, pois os achados caracterizam resposta excelente e não justificam supressão prolongada do TSH.
- (E) Substituir parcialmente a levotiroxina por liotironina, mantendo o TSH abaixo do limite inferior da referência, pois o T3 possui maior afinidade pelos receptores nucleares e permite preservar o efeito antitumoral com menor risco de manifestações de tireotoxicose.

28

Homem de 52 anos, hipertenso e ex-tabagista, foi submetido a angioplastia coronariana com implante de stent após infarto agudo do miocárdio há 8 meses. Desde a alta, mantém boa adesão ao tratamento e às medidas não farmacológicas. Encontra-se assintomático e utiliza, entre outros medicamentos, atorvastatina 80 mg/dia.

Os exames laboratoriais atuais mostram: Colesterol total: 156 mg/dL; LDL-C: 78 mg/dL; HDL-C: 43 mg/dL; Triglicerídeos: 174 mg/dL; AST: 29 U/L; ALT: 32 U/L; CK: 104 U/L; Creatinina: 0,9 mg/dL; Glicemia de jejum: 96 mg/DL.

O paciente refere adesão regular à atorvastatina e não apresenta mialgia ou outros efeitos adversos. Considerando o risco cardiovascular, os resultados laboratoriais e os mecanismos farmacológicos dos agentes hipolipemiantes, a conduta mais apropriada neste momento é

- (A) substituir a atorvastatina por fenofibrato, agonista do receptor nuclear PPAR-α que aumenta a atividade da lipoproteína lipase, priorizando a redução dos triglicerídeos como estratégia de prevenção de novos eventos cardiovasculares.
- (B) associar niacina à atorvastatina, reduzindo a produção hepática de VLDL e aumentando o HDL-C, estratégia que proporciona redução adicional de eventos cardiovasculares em pacientes com doença aterosclerótica tratados com estatinas.
- (C) associar ezetimiba à atorvastatina, inibindo a absorção intestinal de colesterol e reduzindo o aporte de colesterol ao fígado, o que promove aumento compensatório da expressão hepática de receptores de LDL.
- (D) substituir a atorvastatina por evolocumabe, anticorpo monoclonal que bloqueia a PCSK9 e reduz a degradação dos receptores hepáticos de LDL, utilizando-o isoladamente como estratégia preferencial antes da associação de outro hipolipemiante.
- (E) manter apenas atorvastatina 80 mg/dia, pois a redução adicional do LDL-C abaixo de 70 mg/dL não apresenta benefício cardiovascular comprovado quando já se utiliza estatina na dose máxima tolerada.

29

Uma técnica de enfermagem de 29 anos, previamente hígida, sofre acidente durante coleta de sangue de um paciente internado. Ao tentar descartar o dispositivo, perfura profundamente a polpa digital com agulha oca recém-utilizada para punção venosa, com presença visível de sangue no lúmen. O acidente ocorreu há 50 minutos. O local foi imediatamente lavado com água e sabão.

A pessoa-fonte vive com HIV há 8 anos, encontra-se clinicamente estável, em uso regular de terapia antirretroviral e apresenta carga viral do HIV < 40 cópias/mL, de forma sustentada nos últimos 24 meses, sem registro de falha virológica recente.

Na avaliação inicial, o teste rápido para HIV da profissional exposta é não reagente. Os exames mostram: creatinina 0,72 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada > 90 mL/min/1,73 m², AST 21 U/L e ALT 19 U/L. Não há gestação nem uso de medicamentos com interações relevantes.

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, assinale a opção que indica a conduta mais adequada e o respectivo fundamento farmacológico.

- (A) Iniciar zidovudina e lamivudina por 28 dias, sem terceiro antirretroviral, pois a supressão virológica da pessoa-fonte permite reduzir a intensidade do esquema profilático e evitar exposição desnecessária a inibidores da integrase.
- (B) Não iniciar profilaxia antirretroviral, pois a carga viral sustentadamente indetectável da pessoa-fonte determina risco zero também na exposição percutânea; manter apenas seguimento sorológico da profissional exposta.
- (C) Iniciar tenofovir e lamivudina por 28 dias, reservando dolutegravir para situações em que a pessoa-fonte apresente carga viral detectável, pois dois inibidores da transcriptase reversa seriam suficientes diante de supressão virológica documentada.
- (D) Iniciar tenofovir/lamivudina associados a darunavir/ritonavir por 28 dias, pois a exposição percutânea proveniente de pessoa-fonte em tratamento antirretroviral exige preferencialmente um inibidor de protease para reduzir o risco de resistência transmitida.
- (E) Iniciar imediatamente tenofovir/lamivudina associados a dolutegravir e manter o esquema por 28 dias; tenofovir e lamivudina inibem a transcriptase reversa, enquanto o dolutegravir inibe a integrase viral, impedindo a integração do DNA viral ao genoma da célula hospedeira.

30

Mulher de 48 anos procura ambulatório de Clínica Médica para tratamento da obesidade. Apresenta ganho ponderal progressivo há aproximadamente 10 anos. Nos últimos 12 meses, realizou acompanhamento nutricional, redução da ingestão calórica e atividade física regular, porém obteve perda de apenas 2,5% do peso inicial, seguida de recuperação ponderal.

Tem hipertensão arterial controlada com losartana e dislipidemia. Nega diabetes mellitus, pancreatite prévia, colelitíase sintomática, doença cardiovascular estabelecida, transtorno convulsivo e história pessoal ou familiar de carcinoma medular da tireoide ou neoplasia endócrina múltipla tipo 2. Não utiliza opioides.

Ao exame: peso 101 kg; altura 1,66 m; IMC 36,7 kg/m²; circunferência abdominal 111 cm; PA 132 × 82 mmHg; FC 78 bpm.

Exames laboratoriais: glicemia de jejum: 112 mg/dL; HbA1c: 6,1%; triglicerídeos: 236 mg/dL; LDL-c: 146 mg/dL; HDL-c: 38 mg/dL; ALT: 48 U/L; AST: 32 U/L; creatinina: 0,81 mg/dL; TSH: 1,9 mUI/L.

A paciente deseja tratamento farmacológico e afirma que sua principal meta é obter perda ponderal clinicamente expressiva e sustentada, além de reduzir seu risco cardiometabólico.

Considerando as intervenções farmacológicas disponíveis para tratamento da obesidade, seus mecanismos de ação, eficácia relativa e o perfil clínico apresentado, assinale a opção que indica a conduta mais adequada para esse caso.

- (A) Iniciar naltrexona/bupropiona, cuja ação conjunta sobre neurônios POMC hipotalâmicos e circuitos mesolímbicos reduz fome e recompensa alimentar; diante da ausência de uso de opioides e de transtorno convulsivo, constitui opção possível e apresenta eficácia ponderal esperada semelhante à dos agonistas do receptor de GLP-1 de alta potência.
- (B) Iniciar semaglutida, agonista do receptor de GLP-1 de administração semanal, que reduz a ingestão energética por aumentar saciedade e reduzir fome, retarda o esvaziamento gástrico e potencializa a secreção de insulina de modo dependente da glicose; seu perfil de eficácia torna-a apropriada diante da magnitude de perda ponderal pretendida, associada à manutenção das intervenções sobre estilo de vida.
- (C) Iniciar orlistate, inibidor das lipases gastrointestinais que reduz a absorção da gordura alimentar; por atuar periféricamente e também reduzir LDL-c, constitui alternativa especialmente adequada neste caso, apresentando magnitude média de perda ponderal comparável à obtida com semaglutida em doses destinadas ao tratamento da obesidade.
- (D) Iniciar liraglutida, agonista do receptor de GLP-1 administrado por via subcutânea diariamente, que aumenta saciedade e reduz ingestão energética; por compartilhar o mesmo receptor farmacológico com a semaglutida, as duas medicações apresentam magnitude de perda ponderal aproximadamente equivalente quando empregadas nas doses aprovadas para obesidade.
- (E) Iniciar sibutramina, inibidor da recaptção de noradrenalina e serotonina com efeito sobre saciedade e ingestão alimentar; como a paciente não apresenta doença cardiovascular estabelecida e sua pressão arterial encontra-se controlada, essa opção apresenta relação benefício-risco favorável e eficácia ponderal esperada equivalente à semaglutida.

31

Homem de 34 anos, previamente hígido, procura uma unidade de pronto atendimento cerca de 8 horas após ser mordido por seu gato doméstico na mão direita, enquanto tentava contê-lo para colocá-lo em uma caixa de transporte. O animal é domiciliado, encontra-se aparentemente saudável e pode permanecer em observação.

Ao exame, apresenta duas perfurações puntiformes profundas no dorso da mão, uma delas com discreto sangramento, sem secreção purulenta, flutuação ou crepitação. Há dor local leve, sem limitação dos movimentos dos dedos e sem dor à mobilização passiva. Temperatura 36,7 °C, frequência cardíaca 78 bpm e pressão arterial 124 × 76 mmHg.

Radiografia da mão não demonstra fratura, gás em partes moles ou corpo estranho.

Exames laboratoriais mostram: leucócitos: 7.900/mm³; neutrófilos: 62%; hemoglobina: 14,6 g/dL; plaquetas: 248.000/mm³; proteína C reativa: 2,1 mg/L; creatinina: 0,9 mg/dL.

O paciente informa ter recebido esquema básico completo contra o tétano, com última dose há 3 anos, e nega alergias medicamentosas.

Considerando a localização e as características da lesão, a microbiologia das infecções relacionadas a mordeduras e os mecanismos farmacológicos dos antimicrobianos disponíveis, assinale a opção que indica a conduta mais adequada neste momento.

- (A) Realizar irrigação abundante e prescrever cefalexina, pois sua ligação às proteínas ligadoras de penicilina inibe a síntese da parede bacteriana e proporciona cobertura adequada para *Staphylococcus*, *Streptococcus* e *Pasteurella*; não realizar reforço antitetânico e iniciar vacinação antirrábica.
- (B) Realizar limpeza e irrigação da ferida e prescrever amoxicilina/clavulanato; a amoxicilina inibe a síntese da parede bacteriana por ligação às proteínas ligadoras de penicilina, enquanto o clavulanato inibe beta-lactamases, ampliando a cobertura da flora polimicrobiana; não indicar reforço antitetânico e manter o gato em observação por 10 dias.
- (C) Realizar irrigação e prescrever sulfametoxazol/trimetoprim isoladamente, cuja inibição sequencial da síntese de folato proporciona cobertura suficiente para *Pasteurella*, cocos Gram-positivos e anaeróbios; realizar reforço antitetânico e observar o animal por 10 dias.
- (D) Realizar irrigação, manter a ferida aberta e prescrever clindamicina isoladamente, que se liga à subunidade ribossômica 50S e cobre adequadamente os principais cocos Gram-positivos, anaeróbios e *Pasteurella*; não realizar reforço antitetânico e iniciar imediatamente vacina e imunoglobulina antirrábicas.
- (E) Realizar irrigação e apenas observação clínica, sem antibioticoprofilaxia, pois a ausência de leucocitose, elevação da proteína C reativa ou sinais locais de infecção indica baixo risco de complicações; não realizar reforço antitetânico e manter o animal em observação por 10 dias.

32

Homem de 32 anos, previamente hígido, retorna ao serviço de emergência por persistência de quadro iniciado há cinco dias com febre, dor abdominal em cólicas e diarreia, inicialmente aquosa, que evoluiu para aproximadamente oito evacuações diárias, algumas contendo sangue e muco. Há três dias, durante o primeiro atendimento, foram coletadas fezes para investigação microbiológica e instituída reposição hidroeletrólítica, sem antibioticoterapia. Refere ter consumido frango malcozido cerca de dois dias antes do início dos sintomas.

Na reavaliação, apresenta temperatura de 38,7 °C, frequência cardíaca de 106 bpm, pressão arterial de 108 × 68 mmHg e mucosas discretamente secas. O abdome é doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais mostram: hemoglobina 14,1 g/dL; leucócitos 15.800/mm³, com 84% de neutrófilos; plaquetas 238.000/mm³; creatinina 1,0 mg/dL; ureia 31 mg/dL; sódio 136 mEq/L; potássio 3,4 mEq/L e proteína C reativa 96 mg/L. Não há evidências laboratoriais de hemólise ou disfunção renal.

A cultura das fezes coletada no atendimento anterior, realizada em meio seletivo sob condições de microaerofilia, encontra-se agora disponível e identifica *Campylobacter jejuni*.

Considerando a persistência e a intensidade do quadro, o agente identificado e os princípios de uso racional de antimicrobianos, além da manutenção da reposição hidroeletrólítica, assinale a opção que indica a conduta farmacológica mais apropriada e o respectivo mecanismo de ação.

- (A) Administrar ceftriaxona, que se liga às proteínas ligadoras de penicilina e inibe a síntese da parede bacteriana, constituindo terapia preferencial para a enterite por *C. jejuni*.
- (B) Administrar ciprofloxacino, que inibe a DNA-girase e a topoisomerase IV, constituindo terapia preferencial mesmo sem demonstração de suscetibilidade do isolado.
- (C) Administrar sulfametoxazol-trimetoprim, que promove bloqueio sequencial da síntese bacteriana de folato, constituindo terapia de primeira escolha para a campilobacteriose intestinal.
- (D) Administrar azitromicina, que se liga à subunidade 50S do ribossomo bacteriano e inibe a síntese proteica, constituindo tratamento apropriado para a campilobacteriose clinicamente relevante.
- (E) Administrar loperamida para controle sintomático, que atua predominantemente em receptores μ -opioides periféricos e reduz a motilidade intestinal, sendo apropriada diante da persistência de febre e sangue nas fezes.

33

Homem de 54 anos, hipertenso e diabético, procura atendimento por palpitações, cansaço e dispneia aos esforços iniciados há cerca de cinco dias. Nega síncope ou dor torácica. Refere não utilizar anticoagulantes. Faz uso regular de losartana e metformina.

Ao exame, encontra-se consciente, orientado e bem perfundido, com pressão arterial de 126 × 74 mmHg, frequência cardíaca de 148 bpm, frequência respiratória de 18 irpm e SpO₂ de 97% em ar ambiente. A ausculta cardíaca revela ritmo regular e taquicárdico, sem sopros. Não há sinais de congestão pulmonar ou periférica.

O eletrocardiograma demonstra taquicardia regular de QRS estreito, frequência ventricular de aproximadamente 150 bpm e atividade atrial regular próxima de 300 bpm, com ondas em “dente de serra” mais evidentes nas derivações II, III e aVF, compatível com flutter atrial típico com condução atrioventricular 2:1.

Exames laboratoriais mostram: hemoglobina 14,0 g/dL; plaquetas 224.000/mm³; creatinina 0,9 mg/dL; sódio 139 mEq/L; potássio 4,2 mEq/L; magnésio 2,0 mg/dL; TSH 2,1 mUI/L e troponina cardíaca sem elevação significativa.

O ecocardiograma transtorácico mostra fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 58%, sem valvopatia significativa.

Considerando que a arritmia persiste há aproximadamente cinco dias e que se planeja estratégia de restauração do ritmo sinusal, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada e o mecanismo de ação do tratamento farmacológico relacionado à prevenção do principal evento adverso associado à cardioversão.

- (A) Iniciar apixabana e programar cardioversão após anticoagulação adequada, ou antecipá-la após exclusão de trombo atrial por ecocardiografia transesofágica; o fármaco inibe diretamente o fator Xa, reduzindo a geração de trombina.
- (B) Administrar ceftriaxona e realizar cardioversão após controle da frequência ventricular; o fármaco se liga às proteínas ligadoras de penicilina e reduz a formação de trombos atriais ao limitar a ativação endotelial.
- (C) Iniciar clopidogrel e programar cardioversão após adequada inibição plaquetária; o fármaco bloqueia irreversivelmente o receptor plaquetário P2Y₁₂, prevenindo o tromboembolismo relacionado ao flutter.
- (D) Iniciar varfarina e realizar cardioversão imediatamente após uma única determinação de INR terapêutico; o fármaco ativa a vitamina K epóxido redutase, aumentando a síntese dos fatores II, VII, IX e X.
- (E) Iniciar enoxaparina em dose profilática e realizar cardioversão após controle da frequência ventricular; o fármaco potencializa a antitrombina e apresenta atividade predominante contra o fator Xa, sendo a dose profilática suficiente nesse contexto.

34

Mulher de 38 anos, sem diagnóstico prévio de doença autoimune, procura atendimento por dor e edema progressivos no membro inferior esquerdo há 3 dias. Há quatro anos, apresentou trombose venosa profunda (TVP) proximal não provocada, tratada com anticoagulação durante seis meses. Dois anos depois, sofreu acidente vascular cerebral isquêmico, também sem fator desencadeante identificado. Nega uso de anticoncepcionais, tabagismo ou história familiar de trombofilia.

Ao exame, encontra-se hemodinamicamente estável, com edema assimétrico e dor à palpação da panturrilha esquerda. A ultrassonografia com Doppler demonstra nova TVP envolvendo as veias femoral e poplítea.

Os exames laboratoriais mostram: hemoglobina: 12,6 g/dL; leucócitos: 7.800/mm³; plaquetas: 108.000/mm³; creatinina: 0,8 mg/dL; TP/INR: 1,0; TTPa: 58 segundos (controle: 30 segundos); anticoagulante lúpico: positivo; anticardiolipina IgG: 92 GPL; anti-β₂-glicoproteína I IgG: fortemente positivo; FAN: negativo; anti-DNA de dupla hélice: negativo.

Os anticorpos antifosfolípidos permanecem positivos em nova determinação realizada 12 semanas depois.

Após o tratamento da fase aguda do evento trombótico com anticoagulação parenteral, deve-se definir a estratégia de prevenção secundária em longo prazo.

Considerando o diagnóstico mais provável, o significado dos achados laboratoriais e o mecanismo farmacológico do tratamento, assinale a afirmativa correta.

- (A) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide trombótica, mas o TTPa prolongado indica efeito anticoagulante sistêmico do anticorpo *in vivo*; por isso, após a fase aguda, deve-se priorizar ácido acetilsalicílico isoladamente para reduzir o risco hemorrágico associado à anticoagulação.
- (B) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide trombótica e deve receber apixabana em longo prazo, pois a inibição direta e reversível do fator Xa oferece proteção equivalente à varfarina em pacientes com tripla positividade, independentemente de eventos arteriais prévios.
- (C) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide associada à trombocitopenia imune, devendo-se priorizar corticosteroide sistêmico até normalização da contagem plaquetária e iniciar anticoagulação apenas após atingir valores superiores a 150.000/mm³.
- (D) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide provável, porém a persistência dos anticorpos por 12 semanas, na ausência de lúpus eritematoso sistêmico, não estabelece relevância clínica suficiente para anticoagulação prolongada; recomenda-se tratamento da TVP atual pelo período convencional de três a seis meses.
- (E) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide trombótica de alto risco; deve receber anticoagulação prolongada com varfarina, que reduz a síntese hepática funcional dos fatores II, VII, IX e X dependentes de vitamina K, sendo inadequada a substituição rotineira por anticoagulante oral direto nesse perfil.

35

Homem de 47 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, é internado por febre, calafrios e dor lombar. Duas hemoculturas obtidas na admissão isolam *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA), e a ressonância magnética demonstra espondilodiscite em L3–L4, sem coleção drenável. É iniciada antibioticoterapia intravenosa dirigida.

No 8º dia de internação, apesar da melhora da febre, apresenta edema de membros inferiores, oligúria e pressão arterial de 168 × 96 mmHg. A creatinina sérica, previamente 1,0 mg/dL, eleva-se para 2,8 mg/dL.

Os exames mostram: ureia: 92 mg/dL; potássio: 5,1 mEq/L; albumina: 3,0 g/dL; C3: 48 mg/dL (VR: 90–180); C4: 22 mg/dL (VR: 10–40); FAN: negativo; ANCA: negativo; proteinúria: 1,8 g/24 h; EAS: hematúria dismórfica, proteinúria e cilindros hemáticos.

Diante da piora da função renal, realiza-se biópsia renal, que demonstra glomerulonefrite proliferativa difusa, com depósitos granulares de imunoglobulinas e C3 no mesângio e ao longo das paredes capilares à imunofluorescência.

Considerando o diagnóstico, o mecanismo fisiopatológico da lesão glomerular e a estratégia terapêutica mais adequada, assinale a afirmativa correta.

- (A) O quadro é compatível com glomerulonefrite rapidamente progressiva pauci-imune desencadeada pela infecção, sendo indicada pulsoterapia com metilprednisolona associada à ciclofosfamida, mesmo diante da negatividade do ANCA.
- (B) O consumo predominante de C3 caracteriza glomerulopatia por C3 precipitada pela infecção, devendo-se completar o controle microbiológico e, diante da progressão da lesão renal, iniciar bloqueio farmacológico da via terminal do complemento.
- (C) O quadro é compatível com glomerulonefrite relacionada à infecção bacteriana ativa, mediada por imunocomplexos e ativação do complemento; deve-se manter antibioticoterapia dirigida ao foco infeccioso e instituir tratamento de suporte renal, sem indicação rotineira de corticosteroides.
- (D) O paciente apresenta glomerulonefrite pós-estreptocócica, pois o consumo predominante de C3 associado ao padrão proliferativo glomerular é característico dessa etiologia, sendo indicada antibioticoterapia específica contra estreptococos nefritogênicos.
- (E) O padrão histológico demonstra lesão glomerular predominantemente mediada por imunidade celular, justificando corticoterapia para reduzir a transcrição de mediadores inflamatórios, associada ao antimicrobiano enquanto persistir comprometimento da função renal.

36

Homem de 72 anos, com diabetes *Mellitus* tipo 2 e doença renal crônica estágio G3a, encontra-se internado há 12 dias para tratamento de pneumonia hospitalar. Recebeu inicialmente ceftriaxona e azitromicina e, após piora respiratória, o esquema foi substituído por piperacilina/tazobactam.

No décimo dia de internação, iniciou diarreia aquosa, inicialmente com oito evacuações em 24 horas, associada a dor abdominal difusa. Nas 48 horas seguintes, evoluiu com distensão abdominal progressiva, redução importante das evacuações, oligúria e hipotensão.

Ao exame: temperatura 38,1 °C, frequência cardíaca 118 bpm, pressão arterial 82 × 48 mmHg, mucosas secas e abdome distendido, difusamente doloroso, sem sinais de irritação peritoneal e com ruídos hidroaéreos muito diminuídos.

Exames laboratoriais mostram: leucócitos: 32.800/mm³, com 89% de neutrófilos; hemoglobina: 11,4 g/dL; creatinina: 2,4 mg/dL, sendo basal 1,2 mg/dL; albumina: 2,2 g/dL; lactato: 4,1 mmol/L; potássio: 3,1 mEq/L.

Pesquisa molecular nas fezes detecta gene toxigênico de *Clostridioides difficile*, com imunoensaio para toxinas A/B positivo. A tomografia computadorizada do abdome evidencia espessamento difuso da parede colônica e dilatação do cólon transverso de 6,5 cm, sem pneumoperitônio.

Após reposição volêmica inicial, considerando o diagnóstico, a gravidade da apresentação e os mecanismos farmacológicos envolvidos, a conduta antimicrobiana mais adequada neste momento é

- (A) fidaxomicina 200 mg por via oral a cada 12 horas, pois sua ligação à subunidade β da RNA-polimerase bacteriana inibe a transcrição e apresenta menor impacto sobre a microbiota intestinal, sendo preferível à vancomicina também nas formas fulminantes.
- (B) vancomicina 500 mg por via oral ou por sonda a cada 6 horas associada a metronidazol 500 mg intravenoso a cada 8 horas, considerando vancomicina por via retal se o íleo impedir adequada distribuição; a vancomicina liga-se aos terminais D-Ala-D-Ala dos precursores do peptidoglicano.
- (C) vancomicina 125 mg por via oral a cada 6 horas em monoterapia, pois sua ligação aos precursores do peptidoglicano determina elevada concentração intraluminal e torna desnecessária terapia sistêmica mesmo na presença de choque e íleo paralítico.
- (D) metronidazol 500 mg intravenoso a cada 8 horas em monoterapia, pois seus metabólitos reduzidos produzem espécies reativas que lesionam o DNA bacteriano e a administração parenteral assegura concentrações colônicas suficientes mesmo na doença fulminante com íleo.
- (E) vancomicina 500 mg intravenosa a cada 6 horas associada a metronidazol 500 mg intravenoso a cada 8 horas, pois a distribuição sistêmica da vancomicina permite concentrações adequadas no lúmen colônico e bloqueia a síntese da parede bacteriana durante o íleo.

Gastroenterologia

37

Paciente de 39 anos, sexo masculino, portador de doença de Crohn ileocolônica, encontra-se em remissão clínica com Ustekinumabe. Após consulta com outro profissional, passa a acreditar que sua doença decorre exclusivamente do consumo de glúten e lactose. Decide interromper espontaneamente o imunobiológico e solicita ao gastroenterologista apenas prescrições de suplementos e terapias alternativas, recusando qualquer tratamento com eficácia comprovada para sua doença. Após esclarecimento dos riscos da suspensão terapêutica, mantém sua decisão.

À luz dos princípios éticos da prática médica, a conduta mais apropriada do gastroenterologista é

- (A) prescrever o tratamento solicitado, respeitando integralmente a autonomia do paciente.
- (B) recusar qualquer assistência ao paciente em razão da discordância terapêutica.
- (C) prescrever simultaneamente o imunobiológico e a terapia solicitada, ainda que sem indicação clínica.
- (D) esclarecer os riscos, registrar a recusa informada e não prescrever tratamento sem respaldo técnico-científico.
- (E) comunicar obrigatoriamente o caso ao Conselho Regional de Medicina.

38

Paciente de 28 anos, sexo masculino, refere disfagia intermitente para alimentos sólidos há aproximadamente dois anos. Relata três episódios de impactação alimentar que necessitaram atendimento em serviço de emergência. Possui antecedente de rinite alérgica e asma. A endoscopia digestiva alta evidencia esôfago macroscopicamente normal, sem estenoses, exsudatos, sulcos longitudinais ou anéis. Estômago e duodeno sem alterações.

A conduta mais apropriada durante o exame é

- (A) encerrar o procedimento, pois a ausência de alterações endoscópicas exclui doença orgânica.
- (B) realizar biópsias apenas da transição esofagogástrica.
- (C) realizar biópsias seriadas do esôfago proximal e distal.
- (D) solicitar manometria esofágica de alta resolução antes da obtenção de biópsias.
- (E) iniciar inibidor da bomba de prótons e repetir a endoscopia após oito semanas.

39

Paciente de 46 anos, sexo masculino, portador de retocolite ulcerativa extensa, é internado por colite aguda grave. Após sete dias de tratamento com corticosteroide intravenoso, mantém oito evacuações sanguinolentas ao dia, dor abdominal e proteína C reativa persistentemente elevada. A tomografia computadorizada de abdome demonstra espessamento difuso do cólon esquerdo, sem dilatação colônica, pneumoperitônio, coleções ou outros sinais de complicação.

Foi submetido à retossigmoidoscopia flexível, que evidencia ulcerações profundas e extensas no reto e sigmoide. Durante o exame, são obtidas múltiplas biópsias das áreas ulceradas.

O exame anatomopatológico demonstra células aumentadas de volume contendo inclusões intranucleares eosinofílicas circundadas por halo claro, além de ocasionais inclusões citoplasmáticas.

O diagnóstico mais provável é

- (A) colite por herpes simples.
- (B) colite por adenovírus.
- (C) colite por *Clostridioides difficile*.
- (D) colite por citomegalovírus.
- (E) colite por *Histoplasma capsulatum*.

40

Paciente de 59 anos, sexo masculino, portador de cirrose compensada secundária à MASLD, encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Nega episódios prévios de ascite, encefalopatia ou hemorragia digestiva. Os exames mostram:

- Plaquetas: 168.000/mm³.
- Elastografia hepática (FibroScan®): 14,8 kPa.
- Bilirrubinas, INR e albumina compatíveis com função hepática preservada.

À luz do consenso de Baveno, a conduta mais apropriada em relação ao rastreamento de varizes esofagogástricas é

- (A) realizar endoscopia digestiva alta para rastreamento de varizes e repetir o exame periodicamente, independentemente da evolução dos parâmetros não invasivos.
- (B) iniciar Carvedilol para prevenção primária das complicações da hipertensão portal e postergar a realização da endoscopia digestiva alta.
- (C) repetir a elastografia hepática e a contagem de plaquetas em acompanhamento periódico, indicando endoscopia apenas se houver progressão dos parâmetros de risco.
- (D) dispensar a endoscopia digestiva alta neste momento, mantendo seguimento clínico com elastografia hepática e contagem de plaquetas em avaliações periódicas.
- (E) indicar ligadura elástica profilática das varizes esofágicas após confirmação endoscópica, mesmo na ausência de sinais de hipertensão portal clinicamente significativa.

41

Paciente de 15 anos, sexo masculino, é encaminhado ao gastroenterologista por episódios recorrentes de dor abdominal há aproximadamente oito meses. A dor é de forte intensidade, localizada ora em mesogástrio, ora em flanco esquerdo, surgindo de forma súbita e resolvendo espontaneamente após algumas horas. Entre os episódios permanece completamente assintomático. Nega alterações do hábito intestinal, perda ponderal, febre ou vômitos persistentes.

Já foi submetido a endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ultrassonografia abdominal e exames laboratoriais, todos sem alterações significativas. Durante um novo episódio de dor, realiza tomografia computadorizada de abdome, que demonstra massa sólida bem delimitada no abdome inferior esquerdo, ausência do baço em sua topografia habitual e pedículo vascular alongado com aspecto espiralado (*"whirl sign"*).

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) intussuscepção do intestino delgado.
- (B) torção de cisto mesentérico.
- (C) baço flutuante complicado por torção do pedículo vascular.
- (D) hérnia interna transmesentérica.
- (E) linfoma abdominal.

42

Médico residente de 27 anos, sem comorbidades, iniciou atividades em um serviço de endoscopia digestiva. Relata ter recebido corretamente as três doses da vacina contra hepatite B na infância. Como parte da avaliação ocupacional, realizou sorologia que evidenciou:

- HBsAg: negativo.
- Anti-HBc total: negativo.
- Anti-HBs: 4 mUI/mL.

Foi orientado a repetir o esquema vacinal completo. Um a dois meses após a terceira dose, nova sorologia demonstrou anti-HBs de 6 mUI/mL, permanecendo abaixo do nível considerado protetor.

A conduta mais apropriada é

- (A) considerar que a ausência de soroconversão decorre provavelmente de falha transitória da resposta imunológica e administrar uma dose adicional da vacina, repetindo a dosagem do anti-HBs após novo intervalo de acompanhamento.
- (B) prescrever esquema profilático com Tenofovir até que sejam obtidos títulos séricos de anti-HBs considerados protetores, mantendo acompanhamento sorológico periódico.
- (C) repetir um terceiro esquema completo de vacinação contra hepatite B, sem necessidade de novas avaliações sorológicas após o término das aplicações.
- (D) considerar o paciente não respondedor após dois esquemas completos, confirmar ausência de infecção pelo HBV e orientar profilaxia com imunoglobulina anti-hepatite B em caso de exposição ocupacional.
- (E) manter acompanhamento clínico periódico e reforçar as medidas de biossegurança, considerando desnecessária a utilização de imunoglobulina anti-hepatite B após acidentes ocupacionais.

43

Paciente de 43 anos, sexo masculino, é encaminhado ao ambulatório de gastroenterologia após rastreamento ocupacional evidenciar anti-HCV reagente. Encontra-se assintomático, sem antecedentes de hepatopatia conhecida e sem tratamento prévio para hepatite C. Ao exame físico, não apresenta sinais de doença hepática crônica.

O próximo passo mais apropriado para confirmar o diagnóstico é

- (A) solicitar pesquisa do HCV-RNA por técnica molecular (PCR/NAT).
- (B) repetir a sorologia para anti-HCV após seis meses para confirmar a persistência da positividade.
- (C) solicitar elastografia hepática para avaliar a presença de fibrose antes da confirmação da infecção ativa.
- (D) iniciar tratamento com antivirais de ação direta, considerando suficiente a positividade do anti-HCV.
- (E) solicitar genotipagem do HCV antes da confirmação da presença de viremia.

44

Paciente de 14 anos, sexo masculino, é levado ao pronto-socorro por episódio de hematoquezia volumosa e indolor iniciado há aproximadamente seis horas, associado à tontura e palidez. Nega febre, diarreia ou dor abdominal. Ao exame físico apresenta frequência cardíaca de 118 bpm, pressão arterial de 98 x 60 mmHg, palidez cutaneomucosa ++/4+ e abdome flácido, indolor e sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais demonstram hemoglobina 7,8 g/dL, hematócrito 24%, leucócitos 8.900/mm³ e proteína C reativa 0,5 mg/dL. Após estabilização clínica, a cintilografia com 99mTc-pertecnetato evidencia captação focal no quadrante inferior direito, compatível com divertículo de Meckel contendo mucosa gástrica ectópica.

O quadro clínico apresentado está relacionado à persistência embrionária da seguinte estrutura:

- (A) ducto onfalomesentérico, cuja involução incompleta origina divertículo verdadeiro localizado na borda antimesentérica do íleo distal.
- (B) ducto pancreático dorsal, cuja regressão incompleta favorece comunicação anômala entre o pâncreas e o intestino delgado.
- (C) úraco fetal, cuja persistência parcial mantém comunicação fibrosa entre a bexiga urinária e a cicatriz umbilical.
- (D) mesentério dorsal primitivo, cuja fusão incompleta determina defeitos congênitos da fixação intestinal durante o desenvolvimento embrionário.
- (E) alantoide embrionário, cuja obliteração inadequada resulta em persistência de remanescente localizado entre umbigo e bexiga.

45

Paciente de 43 anos, sexo feminino, procura o ambulatório com episódios recorrentes de dor em hipocôndrio direito iniciados cerca de 40 minutos após refeições ricas em gordura, acompanhados de náuseas e resolução espontânea em aproximadamente duas horas. Refere perda de 20 kg nos últimos cinco meses após dieta hipocalórica associada ao uso de agonista do receptor de GLP-1. Nega febre, icterícia ou alteração do hábito intestinal. Ao exame físico apresenta índice de massa corporal de 33 kg/m² e discreta dor à palpação profunda do hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. A ultrassonografia abdominal evidencia múltiplos cálculos hiperecogênicos móveis, com sombra acústica posterior, sem espessamento da parede vesicular, líquido perivesicular ou dilatação das vias biliares. Os exames laboratoriais demonstram hemograma, bilirrubinas, aminotransferases, fosfatase alcalina, gama-glutamiltransferase e amilase dentro dos valores de referência.

A seguinte alteração na composição da bile precede a nucleação dos cristais e representa o evento fisiopatológico inicial da doença apresentada:

- (A) aumento da secreção hepática de bilirrubina conjugada, promovendo precipitação progressiva de pigmentos biliares e crescimento dos cálculos vesiculares.
- (B) redução da concentração intraluminal de cálcio, favorecendo instabilidade coloidal da bile e cristalização de sais biliares insolúveis.
- (C) inflamação crônica da mucosa vesicular, induzindo hipersecreção de mucina como mecanismo primário para formação dos cálculos biliares.
- (D) supersaturação da bile por colesterol, favorecendo nucleação cristalina, estase biliar e crescimento progressivo dos cálculos vesiculares.
- (E) diminuição da circulação entero-hepática dos sais biliares, desencadeando precipitação predominante de bilirrubinato de cálcio na vesícula biliar.

46

Paciente masculino, 45 anos, procura o pronto atendimento com dor intensa em hipocôndrio direito há 12 horas, iniciada cerca de duas horas após ingestão abundante de alimentos gordurosos. Refere náuseas e múltiplos episódios de vômitos. É portador de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, em uso regular de Metformina e Losartana. Nega febre, diarreia, dor irradiada para o dorso e outros sintomas associados. Ao exame físico apresenta dor à palpação do hipocôndrio direito e sinal de Murphy inspiratório positivo, sem sinais de irritação peritoneal.

Assinale a opção compatível com a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Colecistite aguda calculosa.
- (B) Pancreatite aguda biliar com necrose pancreática extensa.
- (C) Hepatite viral aguda com colestase intra-hepática predominante.
- (D) Apendicite aguda perfurada com peritonite difusa estabelecida.
- (E) Úlcera duodenal perfurada com pneumoperitônio e peritonite química.

47

Paciente de 66 anos, sexo feminino, procura atendimento após identificação incidental de uma lesão cística pancreática em ultrassonografia realizada durante investigação de esteatose hepática. Nega dor abdominal, perda ponderal, icterícia ou episódios prévios de pancreatite. A ressonância magnética evidencia lesão cística unilocular de 3,8 cm localizada na cabeça do pâncreas, comunicando-se com o ducto pancreático principal, associada à presença de nódulo mural de 7 mm e dilatação do ducto pancreático principal para 9 mm. Os exames laboratoriais não demonstram alterações da função hepática.

Com base nos achados apresentados, a hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) neoplasia mucinosa papilar intraductal envolvendo o ducto pancreático principal, com estigmas de alto risco para malignidade.
- (B) pseudocisto pancreático relacionado à pancreatite crônica previamente não diagnosticada e assintomática.
- (C) cistoadenoma seroso pancreático sem potencial de transformação maligna e indicação apenas de seguimento.
- (D) cisto pancreático congênito simples sem comunicação ductal e sem necessidade de investigação complementar.
- (E) neoplasia cística sólida pseudopapilar típica, frequentemente diagnosticada em homens idosos assintomáticos.

Medicina Intensiva

48

Considerando a diretriz da Campanha Sobrevivendo à Sepse 2026 (*Surviving Sepsis Campaign 2026*), no que tange ao manejo da sepse e do choque séptico, assinale a opção que apresenta, respectivamente, o que é considerado de baixa evidência e de moderada evidência.

- (A) Lactato sérico e bólus inicial de cristalóide, seguido de vasopressor se a hipotensão persistir.
- (B) Início de vasopressor por via periférica sem esperar acesso central, além de corticosteroide endovenoso (EV) em choque séptico.
- (C) Lactato sérico e meta inicial de PAM de 65 mmHg (em vez de metas mais altas) em choque séptico.
- (D) Cristalóide balanceado em vez de salina 0,9% e coleta de hemoculturas antes do antimicrobiano.
- (E) Antimicrobiano em até 1h para sepse/choque séptico provável/definitivo e bólus inicial de cristalóide, seguido de vasopressor se a hipotensão persistir.

49

Um homem de 70 anos está na UTI com oligúria aguda e hipercalemia (K⁺ 7,2 mEq/L). Ele tem histórico de hipertensão, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica e gota, condições para as quais faz uso de medicamentos. Atualmente, apresenta hipotensão (PA 65/40 mmHg) e redução do turgor cutâneo.

Assinale a opção que contém a condição **não** associada à lesão renal aguda.

- (A) Lesão renal aguda pré-renal por hipoperfusão/hipovolemia.
- (B) Uropatia obstrutiva (hiperplasia prostática).
- (C) Necrose cortical renal bilateral.
- (D) Nefrite intersticial aguda por hipersensibilidade.
- (E) Glomerulonefrite rapidamente progressiva.

50

Paciente do sexo masculino, 60 anos de idade, interna-se para doar um rim para sua filha que tem diabetes *Mellitus* tipo 1 e faz hemodiálise há dois anos. Apresenta quadro de Parada Cardiorrespiratória em Atividade Elétrica sem Pulso (AESP), com diagnóstico de embolia pulmonar, sendo submetido à reanimação cardiopulmonar. A equipe de Circulação Extracorpórea (ECMO) é acionada e chega 30 minutos após ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

A embolectomia foi realizada, o paciente retorna à UTI e desmama facilmente da ECMO. Porém, torna-se irresponsivo e com sinais de morte encefálica.

Frente ao caso narrado, assinale a afirmativa correta quanto aos sinais de morte encefálica.

- (A) A presença de movimentos espontâneos de membros (automatismos medulares, como o sinal de Lázaro) exclui o diagnóstico.
- (B) O diagnóstico pode ser confirmado por um único exame clínico realizado por um médico, seguido de exame complementar.
- (C) Coma não perceptivo (arreativo), ausência de todos os reflexos de tronco encefálico e teste de apneia positivo, associados aos pré-requisitos clínicos obrigatórios e confirmados por exame complementar, definem a morte encefálica.
- (D) Midríase bilateral fixa isolada é, por si só, suficiente para confirmar o diagnóstico.
- (E) Coma não perceptivo, ausência de todos os reflexos de tronco encefálico e teste de apneia positivo, confirmados por dois exames clínicos consecutivos realizados pelo mesmo médico intensivista responsável pelo caso, associados a exame complementar comprobatório da ausência de atividade encefálica, preenchidos os pré-requisitos de tempo mínimo de observação e normotermia.

51

Uma paciente de 70 anos está em recuperação de procedimento de colocação de filtro em apêndice atrial esquerdo por via endovascular. Possui histórico recente de fibrilação atrial e acidente vascular encefálico agudo isquêmico. O pós-procedimento é na UTI e a paciente, após 12 horas, começa a queixar-se de dor torácica e falta de ar.

Aos exames, apresenta níveis tensionais arteriais de PA de 88 x 45mmHg; eletrocardiograma com baixa voltagem generalizada, sem alterações agudas do segmento ST.

Diante do cenário, assinale a conduta que deve ser realizada.

- (A) Radiografia de tórax portátil.
- (B) Angiotomografia de tórax, abdome e pelve.
- (C) Dosagem de enzimas cardíacas.
- (D) Ecocardiografia beira-leito.
- (E) Scan ventilação-perfusão de tórax.

52

Paciente em pós-operatório de cirurgia abdominal aberta complexa e demorada está internado na UTI. Apresenta, no primeiro dia de pós-operatório, evolução para Síndrome de Compartimento Abdominal.

Nesse caso, as alterações que ocorrem em função dessa evolução são:

- (A) aumento da pressão de resistência vascular pulmonar; aumento da pressão intrapleural; aumento da pressão intracraniana; diminuição do débito cardíaco.
- (B) aumento da pressão de resistência vascular pulmonar; aumento da pressão intrapleural; aumento da pressão intracraniana; aumento do débito cardíaco.
- (C) diminuição da pressão de resistência vascular pulmonar; diminuição da pressão intrapleural; aumento da pressão intracraniana; aumento do débito cardíaco.
- (D) diminuição da pressão de resistência vascular pulmonar; diminuição da pressão intrapleural; aumento da pressão intracraniana; diminuição do débito cardíaco.
- (E) diminuição da pressão de resistência vascular pulmonar; diminuição da pressão intrapleural; diminuição da pressão intracraniana; aumento do débito cardíaco.

53

Puérpera teve parto realizado e foi transferida para a UTI. O obstetra relatou ruptura de bolsa amniótica, parto realizado com instrumentos, além de alto risco de hemorragia no pós-parto.

Ao exame clínico, apresenta níveis tensionais arteriais (PA) de 90 x 45 mmHg; frequência cardíaca de 115 bpm.

É portadora de cateter peridural funcionante; útero contraído; sangramento vaginal de pequena monta no absorvente e sonda vesical de demora com 20 mL de urina clara.

O tratamento intensivo do choque obstétrico e da hemorragia pós-parto é indicado em caso de

- (A) valor do Índice de Choque (Shock Index) de aproximadamente 0,9.
- (B) alta probabilidade de hematoma puerperal expansivo.
- (C) retenção de restos placentários.
- (D) ressuscitação volêmica com 3000mL de cristaloides.
- (E) coagulação intravascular disseminada tardia.

54

Paciente do sexo feminino, 68 anos, internada na UTI, apresenta IMC de 40 Kg/m², é retrognata e necessita de ventilação mecânica invasiva. O seu quadro clínico impossibilita um exame detalhado da orofaringe e pescoço. A avaliação da via aérea superior por ultrassonografia beira-leito pode indicar uma possível dificuldade para intubá-la.

As medidas dos parâmetros de distância da pele a epiglote (DPE), distância hyomental (DHM) e espessura da língua(EL) que sugerem via aérea difícil são:

- (A) DPE (> 2,54cm); DHM (< 4 cm) e EL (> 6,1 cm).
- (B) DPE (< 2,54cm); DHM (< 4 cm) e EL (< 6,1 cm).
- (C) DPE (> 2,54cm); DHM (> 4 cm) e EL (> 6,1 cm).
- (D) DPE (< 2,54cm); DHM (> 4 cm) e EL (> 6,1 cm).
- (E) DPE (> 2,54cm); DHM (> 4 cm) e EL (< 6,1 cm).

55

Homem, 34 anos, com diabetes *Mellitus* tipo 1 há 20 anos, em uso de esquema basal-bólus (uso de insulina de ação prolongada combinado com insulina de ação rápida nas refeições), é admitido na UTI por cetoacidose diabética (CAD) grave secundária à pielonefrite aguda.

À admissão, apresenta: glicemia 582 mg/dL, pH arterial 7,04, bicarbonato sérico 6 mEq/L, ânion-gap 26, cetonúria 3+, potássio sérico 5,2 mEq/L, Glasgow 14 (sonolento, mas orientado).

Nesse caso, a sequência de tratamento proposta, para a fase inicial ressuscitativa da cetoacidose diabética, é:

- (A) cristalóide balanceado 15–20 mL/kg na primeira hora; insulina regular em infusão contínua de taxa fixa, 0,1 U/kg/h, após bólus inicial; antibiótico empírico.
- (B) cristalóide balanceado 15–20 mL/kg na primeira hora; insulina regular em infusão contínua de taxa fixa, 0,5 U/kg/h, após bólus inicial, antibiótico empírico.
- (C) antibiótico empírico; cristalóide balanceado 15–20 mL/kg na primeira hora; insulina regular em infusão contínua de taxa fixa, 0,5 U/kg/h, após bólus inicial.
- (D) monitorização cardíaca contínua (K⁺ ainda dentro da faixa segura para iniciar insulina); antibiótico empírico; após seis horas da fase inicial; programar a transição para insulina regular subcutânea e reconciliação ao esquema do paciente.
- (E) monitorização cardíaca contínua (K⁺ ainda dentro da faixa segura para iniciar insulina); antibiótico empírico; após dez horas da fase inicial; programar a transição para insulina regular subcutânea e reconciliação ao esquema do paciente.

56

A respeito da sedoanalgesia em UTI, são características de sedativos e analgésicos, respectivamente,

- (A) dexmedetomidine: pode causar bradicardia, hipotensão e febre medicamentosa; fentanil: opioide sintético altamente lipofílico.
- (B) propofol: monitorar os triglicerídeos na linha de base e a cada 48 a 72 horas; ketamina: causa depressão respiratória.
- (C) dexmedetomidine: pode causar bradicardia, hipotensão e febre medicamentosa; fentanil: tem metabólito ativo.
- (D) propofol: monitorar os triglicerídeos na linha de base e a cada 48 a 72 horas; ketamina: tem metabólito ativo.
- (E) dexmedetomidine: em *bolus* não aumenta o risco de bradicardia; fentanil: tem metabólito ativo.

57

Na Síndrome de Guillain-Barré, são critérios de diagnósticos e características clínicas:

- (A) reflexos tendinosos profundos ausentes ou diminuídos; sintomas sensoriais intensos (em comparação com os sintomas motores).
- (B) fraqueza progressiva dos membros superiores e inferiores; infecção gastrointestinal ou respiratória recente (<2 semanas).
- (C) fraqueza progressiva dos membros superiores e inferiores; envolvimento dos nervos cranianos (especialmente paralisia facial bilateral).
- (D) fraqueza progressiva dos membros superiores e inferiores; neuropatia assimétrica.
- (E) fraqueza progressiva dos membros superiores e inferiores; reflexos tendinosos profundos presentes ou aumentados.

58

Seguindo a Diretriz 2025 da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (*European Society of Intensive Care Medicine*) sobre Choque Circulatório e Monitorização Hemodinâmica, a recomendação sobre responsividade de fluidos com melhor evidência é o

- (A) uso da SVV (Variação do Volume Sistólico) para avaliar a responsividade a fluidos em pacientes sob ventilação mecânica em choque com atividade respiratória espontânea.
- (B) uso do teste de minidesafio de fluidos em pacientes com choque.
- (C) teste de elevação passiva das pernas (PLR) para avaliar a responsividade a fluidos em pacientes em choque sob ventilação mecânica, com e sem atividade respiratória espontânea.
- (D) uso isolado de alterações no diâmetro da VCI (Veia Cava Inferior) para avaliar a responsividade a fluidos em pacientes críticos.
- (E) uso da PPV (Variação de Pressão de Pulso) para avaliar a responsividade a fluidos em pacientes sob ventilação mecânica em choque com atividade respiratória espontânea.

Nutrologia

59

Paciente do sexo feminino, 78 anos, internada por fratura de fêmur. IMC de 19,8 kg/m², perda de peso involuntária de 8% em 3 meses, albumina de 2,9 g/dL e ingestão alimentar inferior a 50% das necessidades nos últimos 7 dias, cursando com redução de massa muscular em cintura escapular e panturrilha, edema de membros inferiores 1+/4+.

O diagnóstico nutrológico mais adequado é de

- (A) desnutrição leve, pois o IMC está dentro da faixa de normalidade para adultos jovens e a perda de peso é inferior a 10%.
- (B) desnutrição moderada a grave, com critérios conforme GLIM, com terapia nutricional imediata e reavaliação dos fatores de risco.
- (C) sarcopenia primária relacionada ao envelhecimento, sem necessidade de intervenção nutricional específica ou elaborada.
- (D) estado nutricional normal para a faixa etária, sendo o edema o principal achado a ser investigado, sem necessidade de maiores investigações.
- (E) desnutrição por deficiência isolada de micronutrientes (oligoelementos como minerais e vitaminas), sem comprometimento do estado proteico-energético.

60

Homem, 58 anos, diabético tipo 2 em uso de metformina, com TFG de 42 mL/min/1,73 m² (DRC estágio G3b), hemoglobina glicada de 8,4%, IMC de 31,2 kg/m² e proteinúria de 1,2 g/24 h. Relata dieta rica em proteína animal e uso esporádico de suplemento proteico.

A orientação nutrológica mais adequada para esse paciente é

- (A) aumentar a ingestão proteica para 1,5 g/kg/dia para preservar a massa muscular, independentemente da função renal e do grau de atividade física.
- (B) restringir proteínas para menos de 0,6 g/kg/dia com suplementação de aminoácidos essenciais para evitar desnutrição e complicações metabólicas.
- (C) manter proteínas entre 0,6 e 0,8 g/kg/dia com preferência por proteínas de alto valor biológico, com controle glicêmico com padrão alimentar de baixo índice glicêmico.
- (D) suspender metformina e iniciar dieta cetogênica para otimizar o controle glicêmico e a função renal, que deverá ser monitorada com dosagem seriada de microalbuminemia.
- (E) não há restrição proteica indicada em DRC não dialítica com diabetes do tipo 2; a ingestão deve ser de livre demanda, conforme a preferência do paciente, independentemente dos níveis de proteinúria.

61

Paciente de 34 anos, vegetariana estrita há 4 anos, cursando com parestesias, glossite intermitente e queda de cabelo. Ciclos menstruais intensos e uso irregular de suplementos. Hemoglobina de 11,2 g/dL, VCM de 99 fL e RDW aumentado. Ferritina é 12 ng/mL; vitamina B12 é 176 pg/mL; folato sérico é normal.

Assinale a interpretação nutrológica mais apropriada para a paciente.

- (A) Há deficiência isolada de ferro. VCM elevado deve ser ignorado porque ferritina baixa explica todos os achados clínicos e laboratoriais.
- (B) Há suspeita de deficiências combinadas de ferro e vitamina B12, devendo-se correlacionar dieta, perdas menstruais e exames confirmatórios antes de definir plano terapêutico.
- (C) Não há deficiência nutricional provável e nem comprovada, pois o folato normal exclui anemia por inadequação alimentar em dietas vegetarianas, sem necessidade de investigações.
- (D) A hipótese principal deve ser excesso proteico, porque queda de cabelo e parestesias são manifestações clínicas (sinais e sintomas) típicas de ingestão mais elevada de leguminosas.
- (E) Há deficiência isolada de vitamina B12, e a ferritina baixa provavelmente é representativa de um achado incidental sem relação com a queixa atual, podendo estar relacionada com o processo inflamatório sistêmico.

62

Mulher, 67 anos, obesidade grau II (IMC 37,1 kg/m²), HAS e DM2 controlados. Relata dificuldade em realizar atividades domésticas, fadiga e quedas frequentes no último ano. Força de preensão palmar de 16 kgf (percentil <10 para o sexo e idade). Densitometria óssea com Z-score de -1,8 em coluna lombar. Bioimpedância revela massa muscular esquelética apendicular (MEA) de 5,4 kg/m² (abaixo do ponto de corte).

O diagnóstico mais provável é de

- (A) desnutrição por ingestão inadequada de proteínas, sem relação com obesidade.
- (B) sarcopenia grave isolada, porque o IMC elevado exclui a possibilidade de diagnóstico de obesidade concomitante.
- (C) síndrome metabólica com sarcopenia secundária à doença crônica, sem a necessidade de avaliação da composição corporal por outros meios para diagnóstico definitivo.
- (D) obesidade sarcopênica, pela coexistência de excesso de adiposidade e baixa massa e função muscular, aumentando o risco cardiovascular e de incapacidade funcional e laboral.
- (E) dinapenia isolada, porque a baixa força muscular sem perda de massa caracteriza esse diagnóstico específico, e a massa muscular apendicular está dentro da normalidade esperada.

63

Mulher, 42 anos, IMC 36 kg/m², hipertensão arterial controlada e sedentarismo procura atendimento para tratamento da obesidade. Bioimpedância elétrica multifrequencial mostra percentual de gordura elevado, massa magra aparentemente preservada e água corporal total discretamente reduzida. Fez jejum prolongado, treino intenso na véspera e uso recente de diurético.

A interpretação e conduta mais adequada diante desse resultado é

- (A) confirmar obesidade sarcopênica, pois a bioimpedância é método diagnóstico definitivo para massa muscular em indivíduos com obesidade, independentemente do estado hídrico e nutricional.
- (B) interpretar o exame com cautela, pois alterações de hidratação podem modificar a estimativa de massa magra e gordura; correlacionar com clínica, medidas antropométricas e repetir em condições padronizadas.
- (C) desconsiderar o IMC, porque a bioimpedância substitui integralmente os critérios antropométricos na classificação diagnóstica da obesidade, independentemente da idade, do sexo e do estado nutricional no momento.
- (D) indicar cirurgia bariátrica com base no percentual de gordura corporal, porque a bioimpedância define isoladamente gravidade e prognóstico da obesidade, independentemente da idade, do sexo e do estado nutricional no momento.
- (E) prescrever restrição hídrica antes da próxima avaliação clínica nutricional, porque a menor quantidade de água corporal aumenta a precisão da estimativa de massa adiposa nos exames complementares disponíveis e previamente estabelecidos.

64

Homem, 68 anos, 5 dias de UTI por pneumonia grave, em ventilação mecânica. Com sonda nasoentérica já instalada, ele recebe nutrição enteral plena. Calorimetria indireta mostra gasto energético de repouso de 1.650 kcal/dia e quociente respiratório (QR) de 1,15. A prescrição atual fornece 2.250 kcal/dia, com alta proporção de carboidratos. O paciente apresenta hiperglicemia persistente e aumento de produção de CO₂.

Assinale a opção que apresenta a melhor interpretação e conduta para o caso.

- (A) O QR indica intolerância proteica; deve-se reduzir proteínas para menos de 0,5 g/kg/dia até normalização da glicemia.
- (B) O QR elevado confirma cetose por jejum, devendo-se suspender lipídios e aumentar a oferta de glicose e aminoácidos.
- (C) O QR acima de 1,0 é esperado em pacientes ventilados e não deve modificar a terapia nutricional empregada no decurso da internação.
- (D) O QR elevado indica predomínio de oxidação lipídica e subalimentação; deve-se aumentar a oferta calórica total às custas de maior oferta proteica.
- (E) O QR sugere superalimentação, excesso de carboidratos, devendo-se reduzir a oferta calórica para próxima ao gasto medido e reavaliar a distribuição de macronutrientes.

65

Homem, 79 anos, independente para atividades básicas, relata quedas recentes e perda de força. IMC 24 kg/m². Dinamometria mostra força de preensão palmar reduzida para sexo e idade. DEXA evidencia baixa massa magra apendicular ajustada pela altura. Não há edema ou doença aguda.

Assinale a interpretação mais adequada para o caso.

- (A) Baixa força e massa magra apendicular confirma sarcopenia, devendo-se avaliar a gravidade pela performance física e iniciar atenção nutricional e exercício.
- (B) A DEXA normalizaria o diagnóstico presuntivo, porque o IMC normal exclui sarcopenia clinicamente significativa nesse contexto apresentado no caso.
- (C) O diagnóstico é osteoporose sarcopênica, porque a DEXA avalia apenas a densidade mineral óssea e não fornece dados de massa magra com confiabilidade.
- (D) A baixa massa magra isoladamente define caquexia, mesmo sem sinais clínicos de inflamação sistêmica, doença crônica avançada ou perda ponderal involuntária.
- (E) A conduta inicial mais adequada deve ser a restrição calórico-proteica, visando a redução da sobrecarga renal clínica e fisiologicamente adaptativa do envelhecimento.

66

Paciente de 71 anos internado por acidente vascular cerebral isquêmico extenso. No 2 dia de internação, permanece sonolento, sem condições seguras de deglutição, mas hemodinamicamente estável, com trato gastrointestinal funcionando e sem sinais de obstrução ou isquemia intestinal. A conduta nutricional mais adequada é

- (A) manter apenas hidratação venosa por 7 a 10 dias; a nutrição enteral precoce aumenta mortalidade no AVC.
- (B) iniciar nutrição parenteral total, porque a disfagia neurológica é contraindicação absoluta à nutrição enteral.
- (C) adotar terapia nutricional enteral por sonda, de forma precoce, enquanto persistir impossibilidade de ingestão oral segura.
- (D) liberar dieta oral semilíquida ou pastosa, porque o risco de aspiração é menor que o risco de desnutrição clínica hospitalar.
- (E) indicar gastrostomia no segundo dia de hospitalização de forma obrigatória, porque sonda nasoentérica é contraindicada em AVC agudo.

67

Paciente de 60 anos, internado na UTI por sepse de foco pulmonar, recebe nutrição enteral contínua há 5 dias. Evolui com 5 evacuações líquidas nas 24 horas. Está em uso de antibiótico de amplo espectro, procinético e solução medicamentosa contendo sorbitol. Não há distensão abdominal importante, vômitos ou instabilidade hemodinâmica.

A melhor abordagem inicial é

- (A) reduzir proteína para menos de 0,6 g/kg/dia, pois a principal causa de diarreia enteral é excesso nitrogenado.
- (B) tratar empiricamente com loperamida em dose alta sem investigar causas infecciosas ou medicamentosas.
- (C) trocar imediatamente para fórmula elementar hiperosmolar, pois toda diarreia em UTI decorre de má absorção de proteínas intactas.
- (D) investigar causas não relacionadas à fórmula, como infecção, medicamentos e velocidade de infusão, ajustando a dieta apenas se persistirem fatores nutricionais envolvidos.
- (E) suspender definitivamente a nutrição enteral e iniciar nutrição parenteral total, pois diarreia é contraindicação absoluta à via enteral em paciente criticamente enfermo.

68

Mulher, 23 anos, com anorexia nervosa restritiva, IMC 14 kg/m², perda de 18% do peso em 4 meses e ingestão mínima nos últimos 10 dias, será internada para início de terapia nutricional enteral. Exames mostram fósforo no limite inferior, potássio discretamente reduzido e magnésio normal-baixo.

A seguinte estratégia reduz melhor o risco de síndrome de realimentação:

- (A) restringir proteína por 2 semanas, pois aminoácidos são o principal gatilho da hipofosfatemia da realimentação.
- (B) evitar qualquer carboidrato por 7 dias, pois a síndrome de realimentação ocorre apenas quando há glicose na dieta.
- (C) administrar tiamina, corrigir eletrólitos, iniciar oferta calórica baixa e progredir gradualmente com monitorização frequente de fósforo, potássio e magnésio.
- (D) iniciar dieta enteral plena imediatamente, com 35 kcal/kg/dia, pois a prioridade é recuperar peso rapidamente, em detrimento de qualquer outra situação.
- (E) iniciar nutrição parenteral total em vez de enteral, pois a via parenteral previne deslocamentos intracelulares de eletrólitos, eliminando os riscos da síndrome de realimentação.

69

Homem, 54 anos, 6 dias pós-operatório de enterectomia por isquemia mesentérica, apresenta fistula enteroatmosférica de alto débito (1.800 mL/dia), sepse controlada, íleo persistente e impossibilidade de uso seguro do trato gastrointestinal. A equipe estima que a impossibilidade de alimentação enteral adequada durará mais de 7 dias.

A conduta nutricional mais indicada é

- (A) prescrever dieta oral líquida restrita, porque a presença de fistula não interfere na absorção intestinal.
- (B) nutrição parenteral total, com monitorização metabólica e hidroeletrólítica, até que a via oral ou enteral seja viável.
- (C) manter jejum completo até fechamento espontâneo da fistula, porque qualquer terapia nutricional aumenta o débito.
- (D) utilizar apenas soro glicosado, porque a nutrição parenteral tem contraindicação relativa em pós-operatório de cirurgia abdominal.
- (E) iniciar nutrição enteral plena por sonda gástrica, independentemente do débito da fistula entérica e da presença de íleo metabólico.

Pediatria

70

Menino de 3 anos, é encaminhado pelo pediatra pois tem indicação de correção cirúrgica da fimose, após a não resolução com 8 semanas de corticosteroide tópico.

O cirurgião realiza anamnese completa e exame físico minucioso, e propõem a seguinte conduta:

- (A) mais 4 semanas de corticoide, pois 8 semanas é pouco para correção da fimose, pois apresenta fibrose cicatricial.
- (B) mesmo com relato de infecções urinárias de repetição, aguardar mais 1 ano para nova reavaliação, visto que 90% dos casos se resolvem espontaneamente por volta dos 3 anos.
- (C) devido à presença de parafimose, realizar cirurgia de urgência, pois não há manobras para se tentar a redução manual da glândula edemaciada.
- (D) a suspeita é de balanopostite, pênis apresenta vermelhidão, exsudato, irritação e edema, sendo indicado antibiótico, sem correção cirúrgica.
- (E) agendar cirurgia, pois o tratamento sempre é cirúrgico quando há fimose patológica, principalmente por suspeita de balanite xerótica.

71

Escolar de 6 anos com dermatite atópica desde os 6 meses, com lesões frequentes e infecções secundárias com uso de antibiótico 2x/ano, apresenta rinite, parcialmente controlada com corticoide nasal, e asma não controlada em uso de corticoide inalatório e broncodilatador de longa duração (altas doses). No último ano, teve 3 crises de asma com necessidade de corticoide sistêmico, sendo uma das vezes necessária a internação hospitalar por 7 dias. Ige 60 e 280 eosinófilos. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo leve e prova broncodilatadora negativa.

Por se tratar de uma asma grave com dermatite atópica grave, assinale a afirmativa correta. o menor teria indicação de

- (A) Está indicada imunoterapia para alérgenos específicos.
- (B) Deve-se intensificar hidratação de pele, e associar corticoide sistêmico dose alta diariamente e azitromicina profilática.
- (C) Não há indicação de tratamentos específicos imunobiológicos, pois a IgE é baixa.
- (D) Está indicada a avaliação imunobiológica para asma e dermatite atópica grave com eosinófilos altos.
- (E) Não há necessidade de afastar outros diagnósticos, já que tem história familiar positiva e outras atopias relacionadas.

72

Menina, 6 anos, apresenta manchas hipopigmentadas, de limites imprecisos e formato arredondado ou oval, sem descamação, na face, no pescoço, na parte superior do tronco e nas porções proximais dos braços. Há períodos de exacerbação quando a pele está ressecada e amenização das lesões com uso de emolientes.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) pitíriase alba.
- (B) pitíriase versicolor.
- (C) vitiligo.
- (D) tinea corporis.
- (E) eczema numular.

73

Menina, 2 anos, inicia na madrugada tosse metálica, respiração ruidosa e desconforto respiratório, e é levada imediatamente à emergência. Nega quadro gripal prévio ou febre associada.

Ao exame, apresenta-se assustada, com tosse semelhante a um latido de cachorro e estridor à ausculta.

Diante do quadro, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) larinotraqueobronquite viral.
- (B) crupe espasmódico.
- (C) laringite viral.
- (D) epigloteite.
- (E) traqueíte bacteriana.

74

Menino, 10 anos, apresenta queixa de “manchas pelo corpo”. Refere que há aproximadamente 10 dias percebeu uma lesão arredondada, de coloração rosa, com bordas elevadas em dorso, medindo 10 cm, e que ontem surgiram outras lesões menores, que se disseminaram pelo tronco e porção proximal dos membros. Nega febre associada.

Ao exame, está em bom estado geral, e no dorso, o eixo maior de cada lesão se alinha às linhas de clivagem cutânea, lembrando uma “árvore de Natal”.

Diante do quadro, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) pitíriase rósea.
- (B) eritema multiforme.
- (C) sarampo.
- (D) eczema numular.
- (E) psoríase.

75

Após a punção intraóssea em um lactente, de acordo com o recomendado no suporte avançado de vida pediátrico, para confirmar o posicionamento da agulha, é recomendado observar

- (A) sensação de “perda de resistência” ao atravessar o córtex, refluxo sanguíneo pelo *hub* da agulha, boa velocidade de infusão e radiografia mostrando ponta na cavidade medular.
- (B) refluxo espontâneo de medula óssea, resistência ao avanço da agulha e presença de crepitação óssea durante a inserção e bom fluxo intravenoso.
- (C) ausência de extravasamento de líquido nos tecidos moles adjacentes, frequência cardíaca acima de 100 bpm e melhora clínica imediata após infusão de 2 mL de salina fisiológica.
- (D) estabilidade da agulha no osso, capacidade de aspiração de medula óssea, capacidade de *flush* com solução salina fisiológica e não extravasamento ao redor.
- (E) inserção perpendicular ao osso a 10 mm distal à tuberosidade tibial com profundidade máxima de 5 mm abaixo da superfície cortical e observação de não extravasamento ao redor.

76

Lactente, 8 meses, internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital universitário há 14 dias, evolui com choque séptico refratário, disfunção de múltiplos órgãos e sinais clínicos e eletroencefalográficos de morte encefálica. Ele está acompanhado por sua mãe. O intensivista responsável conversa com os internos e residentes sobre o desfecho.

Considerando o quadro e a importância da comunicação à família, a forma que o médico intensivista responsável deve adotar durante o processo, dentre as opções abaixo, é:

- (A) convidar a família a sentar na sala de reuniões e iniciar a comunicação informando o estado de morte encefálica de maneira objetiva, otimizando o tempo da família, evitando falsas expectativas e ao final indagar sobre dúvidas.
- (B) convidar a família para conversa, em sala reservada, avaliar compreensão sobre a gravidade, explicar o quadro evolutivo, informar plano de cuidado atual, no ritmo de assimilação da família, dando espaço para dúvidas e legitimando as reações
- (C) informar ao médico residente sobre a responsabilidade de transmitir notícias difíceis como aprendizagem e solicitar que ele exerça essa habilidade, informando aos familiares sobre o estado da criança e em caso de dúvida o chame.
- (D) reunir família com equipe responsável pelo cuidado, em roda de conversa, detalhar os escores de gravidade e medidas adotadas com base científica, permitir que todos emitam suas impressões mitigando questões éticas e emocionais.
- (E) conversar com a responsável junto ao paciente, dando conforto, informar gravidade do quadro, medidas que foram adotadas, legitimar esperança para o quadro, reforçar que há crianças tão ou mais graves internadas e que não está sozinha.

77

Adolescente, pardo, 13 anos e 8 meses, está preocupado por ser mais baixo que os colegas. Nasceu a termo, sem intercorrências perinatais e saudável até o momento. Pai 1,72m, "cresceu tarde", com estatura final aos 18 anos. Mãe 1,60 m. Exame físico: Peso 42 kg, Estatura 1,48 m (percentil < 3 para idade) velocidade de crescimento 5,2 cm/ano; testículos 9 mL bilateralmente (orquidômetro de Prader), esparsos pelos pubianos e finos, localizados principalmente na base do pênis, ausência de pelos axilares e de pelos faciais. Idade óssea (radiografia dos punhos) 11,5 anos. Laboratório: IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1) normal para idade óssea; TSH (hormônio estimulante da tireoide) e T4 livre normais; hemograma e bioquímica sérica normais. Considerando esses dados, assinale a opção correta sobre o estágio de Tanner, o diagnóstico mais provável e a orientação na conduta.

- (A) G3 / P2. O diagnóstico mais provável é atraso constitucional do crescimento, variante fisiológica mais comum do atraso puberal em meninos. A conduta é seguimento clínico e da velocidade de crescimento e tranquilizar a família pois estatura alvo é favorável.
- (B) G2 / P2. O diagnóstico mais provável é deficiência do hormônio do crescimento (GH). A conduta indicada é a dosagem do GH basal, início imediato de reposição hormonal com somatotropina e atividade física regular.
- (C) G2 / P1. O diagnóstico mais provável é hipogonadismo hipogonadotrófico, pela idade óssea atrasada > 2 anos em relação à cronológica. A conduta é a realização de teste de estimulação com GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas) para confirmação diagnóstica.
- (D) G3 / P2. O diagnóstico mais provável é puberdade tardia secundária a doença sistêmica crônica. A conduta é a realização de rastreio de anemia, função renal, distúrbios metabólicos, doença celíaca e doença inflamatória intestinal, antes de qualquer investigação endócrina.
- (E) G4 / P3. A janela diagnóstica foi perdida visto estar em estágio avançado da puberdade. Não há indicação para investigação adicional de imagem e laboratorial para baixa estatura, cabendo orientação familiar e decisão compartilhada sobre avaliação especializada.

78

Recém-nascido a termo, sexo masculino, APGAR 6-9, apresenta desconforto respiratório progressivo iniciado ainda na sala de parto. As ultrassonografias obstétricas demonstravam polidramnia.

Na UTI neonatal, a hipótese diagnóstica mais provável foi da presença de

- (A) doença da membrana hialina.
- (B) taquipneia transitória do RN.
- (C) fístula traqueoesofágica.
- (D) cisto broncogênico.
- (E) eventração diafragmática.

79

Lactente, 9 meses, sexo masculino, ao nascer, apresentou eliminação de mecônio após 48 horas de nascido. Desde então, têm episódios de distensão abdominal, vômitos biliosos e constipação. A família procura atendimento médico, pois o paciente não está ganhando peso e crescendo de forma adequada, apesar do desenvolvimento cognitivo normal.

O diagnóstico mais provável para esse caso é

- (A) constipação funcional.
- (B) doença de Hirschprung.
- (C) atresia anorretal baixa.
- (D) gastroenterite eosinofílica.
- (E) hipopireoidismo congênito.

80

Lactente, 7 meses, sexo feminino, iniciou quadro de vômitos e placas avermelhadas pelo corpo após a segunda ingesta de leite integral.

Com base nesse quadro, é correto afirmar que

- (A) sintomas respiratórios isolados são bastante frequentes.
- (B) fórmulas à base de aminoácidos tem maior risco de urticária e anafilaxia.
- (C) em alguns casos, fórmulas extensamente hidrolizadas são toleradas.
- (D) deve haver suspensão de qualquer fórmula que contenha lactose.
- (E) fórmulas poliméricas à base de soro e caseína do leite de vaca são recomendadas.

Realização

