



SÍRIO-LIBANÊS

PROCESSO SELETIVO 2027 | RESIDÊNCIA MÉDICA SÍRIO-LIBANÊS

005. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA OU CIRURGIA GERAL OU PRÉ-REQUISITO EM ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA

Especialidade: **Endoscopia**
(OPÇÃO: 008)

- ▶ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 80 questões objetivas.
- ▶ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ▶ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição deste caderno.
- ▶ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ▶ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ▶ A duração da prova é de 4 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ▶ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 3 horas e 30 minutos do início da prova.
- ▶ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- ▶ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ▶ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

RG

Inscrição

Prédio

Sala

Carteira

FUNDAÇÃO

vunesp



QUESTÃO 01

Homem de 65 anos foi submetido a uma duodenopancreatotomia por adenocarcinoma de cabeça de pâncreas (lesão de 2,9 cm na cabeça do pâncreas, sem metástases à distância, sem invasão arterial do tronco celíaco, da artéria mesentérica superior ou da artéria hepática comum, e com contato inferior a 180° com a veia porta). No 5º dia pós-operatório ocorre aumento do débito do dreno, cujo líquido possui elevada concentração de amilase, mantendo estabilidade hemodinâmica e sem sinais de peritonite difusa.

Com relação ao quadro descrito, o diagnóstico do achado no pós-operatório é:

- (A) linforreia, pela lesão de vasos linfáticos peripancreáticos.
- (B) líquido peritoneal sem alterações patológicas.
- (C) fístula pancreática pós-operatória.
- (D) ascite residual.
- (E) coleperitônio.

QUESTÃO 02

Homem de 52 anos apresenta mal-estar, fadiga, anorexia, náuseas e icterícia iniciados há duas semanas, associados a discreto desconforto em hipocôndrio direito. Refere febre baixa; nega emagrecimento. Refere ter sido submetido a laparotomia exploradora há 5 meses por ferimento penetrante abdominal, tendo sido submetido a uma esplenectomia. Ao exame: icterícia evidente, Temperatura: 37,7 °C; estável hemodinamicamente, há presença de hepatomegalia e dor discreta à palpação do fígado. O médico solicitou exames laboratoriais, que detectaram bilirrubina total elevada, com predomínio da fração direta, AST e ALT superiores a dez vezes o limite da normalidade, fosfatase alcalina e GGT normais. Exames de imagem: ultrassom de abdome superior demonstrou hepatomegalia discreta, sem alterações da vesícula biliar e vias biliares normais.

Diante dos achados, o médico deverá solicitar na investigação diagnóstica do paciente:

- (A) investigação etiológica de hepatite aguda, pois o padrão laboratorial hepatocelular, associado à ausência de dilatação das vias biliares nos exames de imagem, torna improvável uma causa obstrutiva.
- (B) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para remoção de cálculo encravado em papila duodenal maior.
- (C) endoscopia digestiva alta com biópsia de tumor duodenal causando compressão extrínseca da via biliar principal.
- (D) videolaparoscopia com remoção cirúrgica de cálculos coleocianos, causadores do quadro de icterícia obstrutiva.
- (E) videolaparoscopia com biópsia hepática, tendo em vista que a hipótese de colangiocarcinoma deve ser considerada.

QUESTÃO 03

Um homem de 42 anos é admitido no pronto-socorro após politraumatismo decorrente de acidente automobilístico. Durante a internação, é diagnosticado com trombose venosa profunda extensa em membro inferior esquerdo. O paciente apresenta traumatismo cranioencefálico com hemorragia intracraniana em evolução, motivo pelo qual o uso de anticoagulantes está formalmente contraindicado. Diante desse quadro, a equipe assistente discute a profilaxia da embolia pulmonar.

Considerando o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) O filtro de veia cava inferior substitui definitivamente a anticoagulação, que não deverá ser iniciada mesmo após a resolução da contraindicação.
- (B) A inserção de filtro de veia cava inferior está indicada, pois o paciente apresenta trombose venosa profunda e contraindicação absoluta à anticoagulação.
- (C) O filtro de veia cava inferior está indicado em todos os pacientes com trombose venosa profunda, independentemente da possibilidade de anticoagulação.
- (D) A presença de trombose venosa profunda deve ser tratada apenas com compressão elástica até a resolução espontânea da hemorragia intracraniana.
- (E) O filtro de veia cava inferior tem como principal finalidade prevenir a formação de novos trombos nos membros inferiores.

QUESTÃO 04

Um homem de 63 anos, hipertenso e tabagista, apresenta episódio súbito de fraqueza em membro superior direito e dificuldade para falar, com resolução completa dos sintomas após 20 minutos. A ultrassonografia com Doppler das artérias carótidas evidencia estenose de 80% da artéria carótida interna esquerda. Após avaliação clínica e neurológica, o paciente é considerado apto para tratamento cirúrgico.

Com relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A presença de ataque isquêmico transitório não recomenda procedimento de revascularização carotídea.
- (B) A endarterectomia de carótida interna está indicada nas estenoses bilaterais, independentemente da presença de sintomas.
- (C) A angioplastia com implante de stent é o procedimento indicado nos pacientes com estenose carotídea importante.
- (D) O tratamento clínico isolado é obrigatório em todos os pacientes com estenose carotídea superior a 70%, independentemente da presença de sintomas.
- (E) A endarterectomia de carótida está indicada na situação apresentada, pois reduz o risco de acidente vascular cerebral em pacientes sintomáticos com estenose carotídea importante.

QUESTÃO 05

Um homem de 67 anos procura atendimento devido à alteração do hábito intestinal há quatro meses, associada à perda de peso e anemia ferropriva. A colonoscopia evidencia uma lesão estenosante de 5 cm no cólon ascendente, cuja biópsia confirma adenocarcinoma. A tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve demonstra doença restrita ao cólon direito, com linfonodos pericólicos suspeitos e ausência de metástases à distância. O paciente apresenta condições clínicas adequadas para cirurgia com intenção curativa.

Em relação aos princípios da ressecção oncológica desse tumor, assinale a alternativa correta.

- (A) A ressecção local apenas da lesão, sem retirada do mesocólon e dos linfonodos, é suficiente na maioria dos adenocarcinomas de cólon.
- (B) A ressecção oncológica do câncer de cólon deve incluir o segmento intestinal acometido com margens livres e linfadenectomia regional adequada.
- (C) A presença de anemia ferropriva contraindica o tratamento cirúrgico até sua completa correção.
- (D) A margem cirúrgica é considerada adequada apenas quando superior a 10 cm em todos os casos.
- (E) A colectomia deve ser realizada somente quando houver metástases hepáticas sincrônicas.

QUESTÃO 06

Um homem de 48 anos apresenta perda extensa de partes moles na região anterior da perna após trauma de alta energia. Após desbridamento adequado e controle da infecção, permanece um defeito de aproximadamente 8,0 cm, com exposição de tendão e segmento ósseo.

Considerando os princípios de reconstrução de partes moles, a necessidade de cobertura vascularizada e as características dos enxertos e retalhos musculocutâneos, assinale a alternativa correta.

- (A) O enxerto de pele parcial é a melhor opção para cobertura do defeito, pois apresenta vascularização própria e pode ser aplicado diretamente sobre tendão e osso expostos.
- (B) O enxerto de pele total é preferível ao retalho musculocutâneo, pois sua integração independe da vascularização do leito receptor.
- (C) O retalho musculocutâneo é uma opção adequada, pois transfere tecido com suprimento sanguíneo próprio e pode proporcionar cobertura de estruturas profundas expostas, especialmente quando é necessária a interposição de tecido vascularizado.
- (D) O enxerto de pele parcial deve ser utilizado como primeira escolha sempre que houver exposição óssea, pois sua vascularização é suficiente para manter a viabilidade do enxerto.
- (E) O retalho musculocutâneo deve ser evitado em defeitos com exposição de tendão ou osso, pois a inclusão do músculo aumenta obrigatoriamente a taxa de necrose em comparação aos enxertos cutâneos.

QUESTÃO 07

Uma mulher de 67 anos, obesa, diabética e tabagista, foi submetida à laparotomia exploradora há dois anos por perfuração diverticular complicada. Evolui atualmente com abaulamento progressivo em região mediana abdominal, associado a dor local aos esforços e limitação funcional importante. Ao exame físico, observa-se hérnia incisional mediana de aproximadamente 12 cm, parcialmente redutível, sem sinais flogísticos. A tomografia computadorizada evidencia defeito aponeurótico de 11 cm, com perda de domicílio inferior a 20% e diástase associada dos retos abdominais.

Considerando os princípios atuais da reconstrução da parede abdominal, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de tela sintética está contraindicado em hérnias incisionais de grande porte devido ao maior risco de infecção crônica e rejeição do material.
- (B) O fechamento do defeito herniário sem utilização de tela apresenta menores taxas de recorrência em comparação às técnicas com prótese.
- (C) A técnica de separação de componentes associada à colocação retromuscular de tela constitui opção adequada para reconstrução funcional da parede abdominal.
- (D) A abordagem laparoscópica intraperitoneal com tela em ponte, sem fechamento fascial, representa atualmente o padrão-ouro para hérnias incisionais complexas extensas.
- (E) A perda de domicílio descrita no caso apresentado contraindica uso de próteses devido ao risco elevado de aderências peritoneais e fistulização.

QUESTÃO 08

Um homem de 27 anos é levado ao pronto-socorro após colisão automobilística de alta energia. Na avaliação inicial, apresenta dispneia intensa, taquicardia, pressão arterial de 80 × 50 mmHg, frequência respiratória de 34 irpm, saturação de oxigênio de 84% em ar ambiente e distensão das veias jugulares. Ao exame físico, observa-se importante redução do murmúrio vesicular no hemitórax direito, hipertimpanismo à percussão e desvio da traqueia para a esquerda.

De acordo com os princípios do atendimento ao politraumatizado, assinale a alternativa correta.

- (A) A descompressão torácica imediata deve ser realizada, pois o quadro é compatível com pneumotórax hipertensivo.
- (B) Deve-se solicitar radiografia de tórax antes de qualquer intervenção para confirmação diagnóstica.
- (C) O tratamento inicial consiste apenas na administração de oxigênio suplementar e observação clínica.
- (D) A toracotomia exploradora é o tratamento inicial de escolha para esse quadro.
- (E) A presença de hipotensão contraindica a drenagem torácica até estabilização hemodinâmica.

QUESTÃO 09

Um homem de 52 anos, portador de cirrose hepática por etilismo, é admitido no pronto-socorro com hematêmese volumosa iniciada há duas horas. Ao exame físico, apresenta palidez cutaneomucosa, pressão arterial de 90 × 60 mmHg, frequência cardíaca de 112 bpm e estigmas de hepatopatia crônica. Após reposição volêmica inicial e coleta de exames laboratoriais, suspeita-se de hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofágicas.

Em relação ao tratamento inicial desse paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A utilização de terlipressina está indicada apenas após falha do tratamento endoscópico.
- (B) A terlipressina deve ser administrada somente após confirmação endoscópica do sangramento por varizes esofágicas.
- (C) A terlipressina substitui o tratamento endoscópico, tornando desnecessária a ligadura elástica das varizes.
- (D) A terlipressina deve ser iniciada o mais precocemente possível, ainda na suspeita de hemorragia varicosa, mesmo antes da realização da endoscopia digestiva alta.
- (E) A terlipressina é contraindicada em pacientes com cirrose hepática e sangramento digestivo alto.

QUESTÃO 10

Homem de 76 anos, hipertenso de longa data e em uso de ácido acetil salicílico (prevenção secundária), apresenta há cerca de 40 minutos antes da admissão na emergência quadro de eliminação súbita de grande volume de sangue vivo pelo reto (1º episódio). Sinais vitais: FC: 122 bpm; PA: 92/63 mmHg; FC: 24 mrpm; Sat. O₂: 93%. Hemoglobina aferida na entrada: 6,9 g/dL. Após as medidas iniciais realizadas pela equipe de plantonistas, o paciente permanece em choque hipovolêmico.

Qual a conduta diagnóstica/terapêutica mais apropriada no momento para localizar e controlar o sangramento ativo do paciente?

- (A) Ultrassonografia endoscópica contrastada abdomino-pélvica de rotina e observar se há extravasamento; tratar conservadoramente.
- (B) Realizar cintilografia com hemácias marcadas (SPECT) imediatamente, pois detecta sangramentos de baixo débito.
- (C) Iniciar terapia com vasopressores sistêmicos e indicar laparotomia exploradora para ressecção do seguimento hemorrágico.
- (D) Realizar colonoscopia após lavagem intestinal agressiva e preparo com polietilenoglicol; só intervir se fonte identificada.
- (E) Encaminhar para angiografia mesentérica seletiva para localizar a fonte de sangramento e abordá-la por embolização terapêutica.

QUESTÃO 11

Uma mulher de 78 anos, portadora de insuficiência cardíaca descompensada, diabetes mellitus e doença renal crônica, encontra-se internada em unidade de terapia intensiva por choque séptico. Apresenta dor em hipocôndrio direito, febre (38,9 °C), leucocitose (23.000), bilirrubina total de 2,2 mg/dL, creatinina de 2,8 mg/dL e necessidade de hemodiálise e nora-drenalina em baixa dose. A ultrassonografia evidencia sinais de colecistite aguda litiasica, ausência de dilatação da via biliar principal e ausência de coledocolitíase, como demonstrado na imagem a seguir:



(Disponível em: <https://www.primedicaleducation.com.br/>)

Com relação ao caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A colecistectomia videolaparoscópica imediata é obrigatória em todos os pacientes com colecistite aguda Tokyo III, independentemente do risco cirúrgico, pois é o único manejo indicado.
- (B) A colecistostomia percutânea guiada por imagem é opção terapêutica recomendada em pacientes graves com alto risco cirúrgico e disfunção orgânica associada.
- (C) A antibioticoterapia sistêmica combinada é suficiente na maioria dos pacientes classificados como Tokyo III, sendo desnecessário procedimento de drenagem biliar, o que seria arriscado para a paciente.
- (D) A colecistostomia percutânea está formalmente contraindicada nos pacientes sépticos em uso de drogas vasoativas, pelo risco elevado de coleperitônio e hemorragia hepática.
- (E) Nessa situação está indicada a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), para remoção endoscópica dos cálculos císticos e inserção de endoprótese para drenagem da via biliar.

QUESTÃO 12

Homem, 32 anos perde o controle da motocicleta, colide contra um muro e é conduzido ao pronto-socorro. Exame físico: sangue abundante em cavidade oral; FR: 32 irpm; oximetria de pulso (ar ambiente): 88%; Tórax: HTD sem alterações; HTE: diminuição da expansibilidade, palpação: sem alterações; percussão: macicez em base e ausculta: murmúrio vesicular diminuído em base; PA: 130 × 80 mmHg; FC: 102 bpm; Abdome e Pelve: sem alteração, Exame neurológico: abertura ocular ao estímulo de pressão, resposta verbal com gemidos incompreensíveis; resposta motora com flexão normal; reatividade pupilar bilateral. Raio-X pelve sem alterações; e-FAST evidencia líquido pleural à esquerda.

O Raio-X do tórax está demonstrado a seguir:



(Vitaly Dianov | Dreamstime.com)

A sequência adequada das condutas na avaliação primária do paciente deverá ser:

- (A) inserir cânula de Guedel; fornecer O₂ por cateter nasal a 3 L/minuto; proteger coluna cervical; toracocentese de alívio hemitórax direito; 2 acessos venosos calibrosos para reposição volêmica com hemocomponentes.
- (B) colocar colar cervical; fazer aspiração da cavidade oral; instalar máscara laríngea; O₂ em alto fluxo; acesso venoso central para reposição volêmica com soluções cristaloides e hemocomponentes.
- (C) proceder com via aérea definitiva após aspiração da cavidade oral com restrição dos movimentos da coluna cervical; ventilação e oxigenação em alto fluxo; drenagem torácica em hemitórax esquerdo; infusão de cristaloides.
- (D) aspiração da cavidade oral; acessos venosos por via central; colar cervical; ventilação assistida com máscara Venturi; tomografia tórax e abdome para elucidação diagnóstica.
- (E) toracoscopia à esquerda para drenagem hemotórax seguida de máscara laríngea para ventilação e oxigenação; acessos venosos para reposição volêmica agressiva com cristaloides.

QUESTÃO 13

Homem de 87 anos, vítima de trauma craniofacial contuso por espancamento, chega inconsciente ao pronto-socorro, hemodinamicamente estável, com Escala de Coma de Glasgow igual a 8.

Considerando a avaliação primária do trauma pelo protocolo ABCDE, qual deve ser a prioridade da equipe?

- (A) Realizar intubação orotraqueal para proteção definitiva da via aérea, com manutenção da estabilização cervical.
- (B) Realizar intubação nasotraqueal como método preferencial para o estabelecimento da via aérea definitiva.
- (C) Realizar imediatamente uma via aérea cirúrgica de emergência como primeira opção para o controle da via aérea.
- (D) Administrar oxigênio a 15 L/min por máscara com reservatório e manter essa estratégia como tratamento definitivo da via aérea.
- (E) Inserir máscara laríngea, oxigenar e ventilar o paciente e encaminhá-lo imediatamente para tomografia de crânio e face.

QUESTÃO 14

Homem de 38 anos sofre ferimento de arma de fogo de grosso calibre no membro inferior direito em ambiente pré-hospitalar; a equipe de suporte avançado do SAMU 192 chega ao local rapidamente e constata que o paciente apresenta uma grande fratura exposta no fêmur direito e apresenta hemorragia arterial abundante, que persiste após compressão direta da ferida. Está consciente, orientado, e falando normalmente. PA: 97/64 mmHg; FC: 112 bpm; Sat. O₂: 95%; FC: 20 mrpm.

A prioridade inicial no atendimento desse paciente, no ambiente pré-hospitalar, deverá ser:

- (A) administrar analgésicos por via intravenosa e antibióticos para profilaxia de osteomielite.
- (B) administrar máscara de O₂ em alto fluxo, reposição volêmica agressiva e redução da fratura.
- (C) pinçamento provisório dos vasos sangrantes, seguido de imobilização da fratura com talas moldáveis.
- (D) controlar a hemorragia externa com compressas e uso do torniquete, caso a compressão direta seja ineficaz.
- (E) proceder controle do sangramento com drogas vasoativas por via intramuscular e realizar analgesia potente.

QUESTÃO 15

Homem de 47 anos, vítima de acidente automobilístico, é admitido em unidade de emergência (Centro de Trauma) consciente, porém confuso. PA: 86 × 54 mmHg, FC: 132 bpm, FR: 26 irpm, Sat.O₂: 92%. Apresenta dor abdominal difusa à palpação, sem sinais claros de irritação peritoneal. Exame do tórax, pelve e extremidades sem alterações. Não há hemorragia externa evidente. Após a realização da avaliação primária conforme o ATLS®, incluindo ressuscitação hemostática, apresenta resposta hemodinâmica transitória.

Nessa situação, a conduta deverá ser

- (A) administrar analgésicos e antibióticos para profilaxia de peritonite secundária por lesões de vísceras ocas.
- (B) realizar uma tomografia computadorizada do abdome com triplo contraste para localização das lesões abdominais.
- (C) administrar 2500 mL de fluidos cristaloides por acessos venosos periféricos + hemoderivados.
- (D) indicar lavado peritoneal diagnóstico para certificação de que há hemorragia retroperitoneal volumosa, o que indicaria exploração cirúrgica.
- (E) realizar uma ultrassonografia abdominal focada para exame de trauma (FAST) e indicar laparotomia exploradora se positivo.

QUESTÃO 16

Um homem de 38 anos, previamente hígido, é vítima de colisão automobilística de alta energia. Na admissão, encontra-se consciente, agitado, com frequência respiratória de 32 incursões por minuto, frequência cardíaca de 118 bpm, pressão arterial de 128 × 78 mmHg e saturação periférica de oxigênio de 88% em máscara com reservatório a 15 L/min. Ao exame físico, apresenta dor intensa à inspiração, redução da expansibilidade do hemitórax direito e movimento paradoxal de um segmento da parede torácica durante a respiração. A tomografia computadorizada demonstra fraturas segmentares de quatro arcos costais consecutivos à direita, com instabilidade do segmento anterior, associadas a contusão pulmonar ipsilateral, sem pneumotórax ou hemotórax significativo. Após analgesia multimodal inicial, o paciente permanece hipoxêmico, taquipneico e com aumento do trabalho respiratório, mas mantém nível de consciência adequado, tosse eficaz e capacidade de proteger a via aérea.

Considerando a fisiopatologia do tórax instável e as estratégias atuais para prevenção e tratamento das complicações respiratórias, a conduta mais adequada no momento é

- (A) realizar intubação orotraqueal imediata e ventilação mecânica invasiva com volume corrente elevado, visando à estabilização interna do segmento instável e à correção da hipoxemia.
- (B) realizar fixação externa rígida do segmento instável com curativo compressivo e manter oxigenoterapia suplementar, evitando pressão positiva devido ao risco de desenvolvimento de pneumotórax hipertensivo.
- (C) instituir suporte ventilatório não invasivo com pressão positiva e PEEP, associado a analgesia multimodal eficaz, fisioterapia respiratória e monitorização clínica estreita, reservando a ventilação invasiva para deterioração clínica ou falha do suporte não invasivo.
- (D) indicar imediatamente estabilização cirúrgica das fraturas costais, independentemente da resposta ao tratamento clínico, pois a presença de tórax instável constitui indicação absoluta de osteossíntese precoce.
- (E) manter apenas oxigenoterapia suplementar e analgesia sistêmica com opioide em altas doses, evitando pressão positiva e bloqueios regionais até a resolução espontânea da contusão pulmonar.

QUESTÃO 17

Uma mulher de 44 anos, vítima de queda de escada, dá entrada na emergência conduzida por familiares. Na admissão, apresenta cefaleia intensa, náuseas e vômitos, além de ferimento extenso em região frontotemporal direita. Encontra-se hemodinamicamente estável, com Escala de Coma de Glasgow de 10 (AO:3; RV:3; RM:4), pupila direita com 5,0 mm e hiporreativa à luz e pupila esquerda com 3,0 mm e fotorreagente. Após a abordagem inicial do trauma, é realizada tomografia computadorizada de crânio, demonstrada na imagem, que evidencia coleção extra-axial hiperdensa, biconvexa, frontotemporal direita, com espessura máxima de 18,0 mm e desvio da linha média de 7,0 mm.

A tomografia está demonstrada a seguir:



(Disponível em: <https://radiopaedia.org/>)

Considerando os achados clínicos e tomográficos, a conduta neurocirúrgica mais adequada no momento é:

- (A) manter tratamento conservador em unidade de terapia intensiva, com monitorização neurológica e tomografia computadorizada de controle em 6 horas.
- (B) realizar intubação orotraqueal, instituir ventilação mecânica e tratamento clínico da hipertensão intracraniana, mantendo observação do hematoma.
- (C) realizar craniotomia descompressiva primária, sem evacuação do hematoma epidural, como medida inicial para controle da hipertensão intracraniana.
- (D) realizar drenagem ventricular externa como tratamento inicial e definitivo da lesão, reservando a abordagem do hematoma para eventual deterioração clínica.
- (E) realizar craniotomia de urgência para evacuação do hematoma epidural, devido ao seu efeito de massa e aos sinais clínicos de hipertensão intracraniana.

QUESTÃO 18

Um homem de 41 anos procura o pronto-socorro com dor em região periumbilical iniciada há 72 horas, posteriormente localizada na fossa ilíaca direita, associada a febre de 38,4 °C e inapetência. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 104 bpm, dor localizada na fossa ilíaca direita, defesa muscular localizada e massa palpável dolorosa, sem sinais de peritonite difusa. Os exames laboratoriais mostram leucocitose de 17.800/mm³ com desvio à esquerda e proteína C-reativa elevada. A tomografia computadorizada de abdome com contraste evidencia apendicite perforada, associada a abscesso periapendicular de 5,5 cm, bem delimitado, sem pneumoperitônio difuso ou líquido livre em grande quantidade. O hospital dispõe de radiologia intervencionista e equipe cirúrgica experiente em laparoscopia. Considerando o exame físico, o papel da tomografia computadorizada e o algoritmo contemporâneo de decisão terapêutica para apendicite complicada, assinale a alternativa mais adequada.

- (A) O tratamento inicial com antibioticoterapia e drenagem percutânea do abscesso, quando tecnicamente factível, constitui uma estratégia apropriada em pacientes selecionados, especialmente na ausência de peritonite difusa ou instabilidade hemodinâmica.
- (B) A tomografia computadorizada apenas confirma o diagnóstico de apendicite, não influenciando a escolha entre tratamento cirúrgico e conservador.
- (C) A presença de massa palpável contraindica qualquer tratamento conservador, sendo mandatória a apendicectomia laparoscópica imediata.
- (D) A ausência de sinal de Blumberg exclui apendicite complicada, tornando desnecessária a realização de tomografia computadorizada.
- (E) Todo paciente com abscesso periapendicular deve ser submetido obrigatoriamente à apendicectomia laparoscópica de urgência, independentemente dos achados clínicos e tomográficos.

QUESTÃO 19

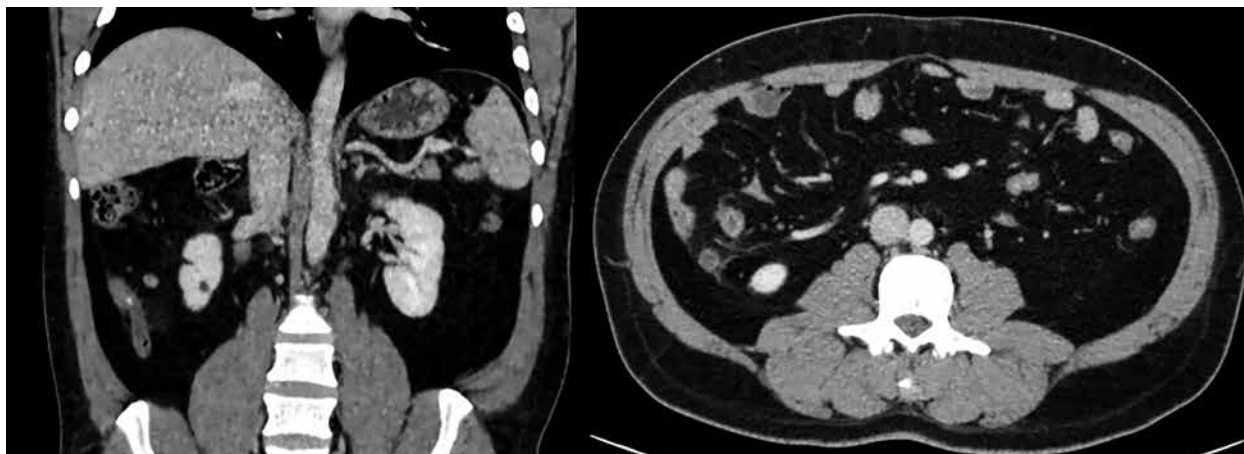
Um homem de 34 anos é admitido no departamento de emergência após colisão automobilística de alta energia. Apresenta extenso trauma maxilofacial, sangramento ativo em cavidade oral, múltiplas fraturas da face e importante edema facial. Durante a abordagem inicial, permanece consciente, porém com estridor inspiratório progressivo e queda da saturação de oxigênio, apesar da oferta de oxigênio suplementar. São realizadas duas tentativas de intubação orotraqueal por profissionais experientes, ambas sem sucesso, devido à impossibilidade de visualização da glote e ao sangramento intenso. A ventilação com máscara facial mostra-se ineficaz. Diante desse cenário de “não intuba, não ventila”, a equipe opta por estabelecer uma via aérea cirúrgica de emergência.

Considerando os princípios atuais do manejo da via aérea difícil, a anatomia cervical e as indicações dos diferentes acessos cirúrgicos, assinale a alternativa correta.

- (A) A traqueostomia convencional é o procedimento de escolha na situação descrita, pois proporciona via aérea definitiva com menor risco de complicações imediatas do que a cricotireoidostomia.
- (B) A cartilagem cricoide deve ser incisada longitudinalmente durante o procedimento de emergência, por representar a estrutura cartilaginosa mais superficial da região cervical anterior.
- (C) A membrana cricotireóidea localiza-se entre as cartilagens tireoide e cricoide, sendo o acesso cirúrgico recomendado para obtenção rápida da via aérea no cenário de falha de intubação associada à impossibilidade de ventilação.
- (D) A identificação anatômica da membrana cricotireóidea depende exclusivamente de exames de imagem, motivo pelo qual a via aérea cirúrgica deve ser postergada até a realização de ultrassonografia cervical.
- (E) Nos pacientes com trauma maxilofacial grave e sangramento difuso, novas tentativas repetidas de intubação orotraqueal devem ser priorizadas antes de qualquer abordagem cirúrgica da via aérea, independentemente da oxigenação do paciente.

QUESTÃO 20

Homem, 39 anos de idade, previamente hígido, deu entrada em pronto atendimento com queixa de dor abdominal em fossa ilíaca direita há dois dias, associada a inapetência, náuseas e vômitos. Nega migração da dor ou febre. Encontra-se em bom estado geral, afebril, FC: 98 bpm, PA: 128 × 73 mmHg, IMC: 32 kg/m². Abdome globoso, flácido, doloroso à palpação de fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais revelaram leucócitos em 21.500/mm³ sem desvio e PCR: 15,6 mg/dL (VR: < 5,0 mg/L), sem demais alterações. Tomografia abdominal demonstrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

A conduta a ser tomada para com relação ao paciente deverá ser:

- (A) tratamento exclusivamente com antibióticos por 7–10 dias (conservador).
- (B) apendicectomia laparoscópica.
- (C) drenagem percutânea da coleção intracavitária.
- (D) observação domiciliar sem medicamentos.
- (E) laparotomia exploradora por incisão mediana ampla.

QUESTÃO 21

Uma mulher de 70 anos, paraplégica há oito anos após trauma raquimedular, encontra-se institucionalizada e é encaminhada ao ambulatório de cirurgia plástica reconstrutiva para avaliação de lesão sacral crônica. Refere episódios recorrentes de drenagem seropurulenta e dificuldade para permanecer sentada. Ao exame físico observa-se úlcera sobre a proeminência óssea sacral com perda total da espessura da pele, exposição óssea, tecido de granulação nas bordas e ausência de sinais sistêmicos de infecção. Após desbridamentos seriados, otimização nutricional e controle da colonização bacteriana, a equipe programa tratamento cirúrgico definitivo.

Considerando a classificação atual das lesões por pressão, os princípios da reconstrução cirúrgica e as medidas de prevenção de recorrência, assinale a alternativa correta.

- (A) A exposição de osso caracteriza lesão por pressão em estágio 3, sendo suficiente o fechamento primário da pele após desbridamento adequado.
- (B) O emprego de retalhos fasciocutâneos robustos está indicado após adequado preparo do leito da ferida, permitindo cobertura de estruturas profundas, preenchimento do espaço morto e redução da tensão sobre a sutura.
- (C) A presença de tecido de granulação contraindica definitivamente o tratamento cirúrgico reconstrutivo, devendo a lesão permanecer em cicatrização por segunda intenção.
- (D) Após o fechamento cirúrgico, não há necessidade de medidas específicas de prevenção, desde que a cobertura cutânea tenha sido realizada com retalho bem vascularizado.
- (E) A classificação das lesões por pressão baseia-se exclusivamente na área superficial da ferida, independentemente da profundidade do comprometimento tecidual.

QUESTÃO 22

Um homem de 72 anos, hipertenso, diabético e ex-tabagista, procura atendimento após episódio de fraqueza transitória em membro superior direito e dificuldade para articular palavras, com resolução completa em aproximadamente 20 minutos. A angiotomografia cervical evidencia estenose de 78% da artéria carótida interna esquerda, segundo os critérios do NASCET, com placa aterosclerótica ulcerada. A tomografia computadorizada de crânio não demonstra áreas de infarto estabelecido ou hemorragia intracraniana. O paciente encontra-se neurologicamente assintomático no momento da avaliação, apresenta expectativa de vida superior a cinco anos e não possui contraindicações anestésicas ou cirúrgicas relevantes.

Considerando as evidências atuais sobre prevenção do acidente vascular cerebral, as indicações de endarterectomia carotídea (CEA) e de angioplastia carotídea com implante de *stent* (CAS), assinale a alternativa correta.

- (A) A angioplastia carotídea com implante de *stent* deve ser preferida em todos os pacientes sintomáticos, independentemente da idade ou do risco cirúrgico, por apresentar menor incidência de acidente vascular cerebral perioperatório.
- (B) O uso rotineiro de *shunt* intraluminal durante a endarterectomia carotídea é obrigatório em todos os pacientes, independentemente da monitorização cerebral ou da perfusão durante o clampeamento.
- (C) O tratamento clínico isolado é obrigatório em todos os pacientes com estenose carotídea inferior a 80%, mesmo na presença de sintomas neurológicos recentes.
- (D) A endarterectomia carotídea constitui a estratégia de escolha para pacientes sintomáticos com estenose carotídea significativa e baixo risco cirúrgico, desde que realizada em tempo oportuno por equipe experiente.
- (E) O fechamento primário da arteriotomia apresenta menor risco de reestenose do que o fechamento com *patch*, motivo pelo qual este último deixou de ser recomendado nas diretrizes atuais.

QUESTÃO 23

Mulher, 51 anos, submetida à colecistectomia videolaparoscópica há uma semana, sem colangiografia intraoperatória, retorna ao pronto-socorro com dor abdominal e icterícia. Nega febre e não apresenta sinais de peritonite. Exames laboratoriais mostram elevação expressiva das bilirrubinas total e direta e da fosfatase alcalina. Ultrassonografia demonstra imagem hiperecogênica de aproximadamente 1,2 cm no interior do colédoco, com sombra acústica posterior e dilatação da via biliar a montante. A tomografia não evidencia extravasamento de bile ou bilioma.

Diante do quadro, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) coledocolitíase residual.
- (B) fístula biliar.
- (C) hepatite medicamentosa.
- (D) clipagem inadvertida do colédoco.
- (E) pancreatite aguda.

QUESTÃO 24

Uma mulher de 46 anos é submetida à tireoidectomia total por carcinoma papilífero da tireoide. Durante a dissecação do polo superior, a equipe identifica e liga os vasos tireoidianos superiores próximos ao parênquima glandular. Na etapa seguinte, durante a dissecação do compartimento cervical central, o nervo laríngeo recorrente é identificado em seu trajeto habitual até a entrada na laringe, junto ao ligamento de Berry, sendo preservado macroscopicamente. No pós-operatório imediato, a paciente apresenta voz mais fraca, dificuldade para atingir notas agudas e fadiga vocal, porém a videolaringoscopia demonstra ambas as pregas vocais com mobilidade preservada.

Considerando a anatomia cirúrgica do compartimento cervical central, a função do nervo laríngeo recorrente e do ramo externo do nervo laríngeo superior, bem como as repercussões clínicas de suas lesões, assinale a alternativa correta.

- (A) O quadro clínico é mais compatível com lesão do nervo laríngeo recorrente, cuja principal manifestação é perda da capacidade de emitir sons agudos, mantendo-se a mobilidade normal das pregas vocais.
- (B) A preservação da mobilidade das pregas vocais praticamente exclui lesão neural relacionada à tireoidectomia, devendo a alteração vocal ser atribuída exclusivamente ao edema pós-intubação.
- (C) A lesão unilateral do nervo laríngeo recorrente determina invariavelmente obstrução respiratória grave, constituindo indicação obrigatória de traqueostomia de urgência.
- (D) O nervo laríngeo recorrente percorre habitualmente o polo superior da tireoide junto aos vasos tireoidianos superiores, razão pela qual sua principal área de risco cirúrgico corresponde à ligadura desse pedículo vascular.
- (E) A lesão do ramo externo do nervo laríngeo superior compromete a inervação do músculo cricotireoide, reduzindo a tensão da prega vocal e ocasionando dificuldade para emissão de sons agudos, apesar da mobilidade preservada das pregas vocais à videolaringoscopia.

QUESTÃO 25

Homem, 37 anos, previamente hígido, vítima de acidente automobilístico de alta energia, é admitido no pronto-socorro com múltiplas lesões traumáticas. Foi submetido à laparotomia exploradora devido a laceração hepática grau IV e lesão esplênica, evoluindo com necessidade de esplenectomia e empacotamento hepático. Após 24 horas em unidade de terapia intensiva, apresenta distensão abdominal progressiva, oligúria, aumento da pressão de vias aéreas, acidose metabólica e necessidade crescente de drogas vasoativas. Ao exame físico encontra-se sedado, intubado, com abdome tenso e pouco complacente. Os sinais vitais mostram pressão arterial média de 60 mmHg e saturação de oxigênio de 94% em ventilação mecânica. A pressão intra-abdominal aferida indiretamente por via vesical é de 25 mmHg.

Considerando o quadro clínico descrito e os conceitos atuais relacionados à síndrome compartimental abdominal, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente apresenta hipertensão intra-abdominal grau II e pressão de perfusão abdominal de 38 mmHg, sendo indicada apenas observação clínica e otimização volêmica.
- (B) O paciente apresenta síndrome compartimental abdominal, com pressão de perfusão abdominal de 35 mmHg, sendo indicada descompressão abdominal cirúrgica diante de falência orgânica refratária às medidas clínicas iniciais.
- (C) O paciente apresenta hipertensão intra-abdominal grau III, com pressão de perfusão abdominal de 62 mmHg, devendo-se priorizar aumento da pressão positiva expiratória final para melhora da perfusão visceral.
- (D) O paciente apresenta síndrome compartimental abdominal, com pressão de perfusão abdominal de 24 mmHg, sendo contraindicado tratamento cirúrgico devido ao risco de fístulas enterocutâneas.
- (E) O paciente apresenta hipertensão intra-abdominal grau IV, com pressão de perfusão abdominal de 54 mmHg, sendo indicada monitorização seriada da pressão intra-abdominal.

QUESTÃO 26

Um homem de 58 anos, diabético, procura o pronto-socorro com história de pneumonia há sete dias, apresentando febre persistente, dor torácica ventilatório-dependente, dispneia e piora do estado geral, apesar do uso de antibioticoterapia adequada. A tomografia computadorizada de tórax evidencia derrame pleural loculado à direita, associado a espessamento pleural. A toracocentese diagnóstica demonstra líquido pleural purulento.

Considerando os achados clínicos e radiológicos, qual é a conduta mais apropriada para o controle da infecção pleural?

- (A) Manter a antibioticoterapia intravenosa e realizar acompanhamento clínico e radiológico, reservando a intervenção pleural para os casos de deterioração clínica.
- (B) Realizar toracocentese terapêutica para evacuação da coleção pleural, com repetição do procedimento conforme a evolução clínica e radiológica.
- (C) Realizar drenagem pleural com dreno torácico, associada à antibioticoterapia, com o objetivo de promover a evacuação da coleção infectada e o controle do foco infeccioso.
- (D) Indicar abordagem cirúrgica por videotoracoscopia como tratamento inicial, com desbridamento da cavidade pleural, independentemente da resposta à drenagem pleural.
- (E) Realizar drenagem pleural associada à administração intrapleural de agente fibrinolítico como estratégia inicial, sem necessidade de considerar outras intervenções conforme a resposta ao tratamento.

QUESTÃO 27

Um homem de 33 anos, vítima de colisão automobilística de alta energia, é admitido na sala de trauma 40 minutos após o acidente. Apresenta palidez cutaneomucosa, extremidades frias, frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial de 78/46 mmHg, frequência respiratória de 28 irpm e escala de coma de Glasgow de 12. Ao exame, há dor e distensão abdominal, fratura fechada de fêmur e sinais clínicos de hemorragia ativa. O ultrassom abdominal focado no trauma (FAST) evidencia líquido livre intraperitoneal. Não há sinais clínicos de traumatismo cranioencefálico grave.

Considerando os princípios atuais de ressuscitação do trauma com hemorragia ativa, assinale a alternativa correta.

- (A) Administrar grandes volumes de cristaloides para normalizar rapidamente a pressão arterial e transfundir hemocomponentes apenas após queda da hemoglobina abaixo de 7 g/dL.
- (B) Transfundir inicialmente apenas concentrado de hemácias e aguardar os testes de coagulação para iniciar plasma e plaquetas.
- (C) Administrar ácido tranexâmico somente após confirmação de hiperfibrinólise por tromboelastografia ou tromboelastometria, devido ao risco de trombose.
- (D) Aplicar hipotensão permissiva, inclusive na presença de traumatismo cranioencefálico, mantendo pressão arterial sistólica entre 70 e 80 mmHg.
- (E) Ativar precocemente o protocolo de transfusão maciça, realizar ressuscitação hemostática, administrar ácido tranexâmico precocemente e evitar hipertensão antes do controle da hemorragia.

QUESTÃO 28

Mulher, 66 anos, bom estado geral, ECOG 1, KPS 100, queixou-se de sangramento retal. Foi realizada colonoscopia e biópsia, sendo diagnosticado adenocarcinoma do reto, distando 4,8 cm da margem anal e com 2,5 cm de extensão. Realizado estadiamento com tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve, além de ressonância nuclear magnética de pelve, detectando-se um tumor com invasão local até gordura mesorretal (T3), e presença de linfonodo suspeito no mesorreto (N1); ausência de envolvimento da fáscia mesorretal (CRM), invasão vascular extramural (EMVI) ou linfonodos laterais. Sem evidência de metástase à distância.

O melhor tratamento a ser proposto para esta paciente deverá ser

- (A) ressecção anterior baixa do reto com excisão total do mesorreto + preservação esfinteriana e quimioterapia adjuvante.
- (B) cirurgia de Miles, sem necessidade de tratamento adjuvante, pela ausência de metástases e linfonodos comprometidos à distância.
- (C) terapia Neoadjuvante Total e cirurgia com excisão total do mesorreto após 6 a 12 semanas.
- (D) radioterapia e quimioterapia terapêutica e repetir colonoscopia após 8 semanas para reavaliação da lesão.
- (E) cirurgia de Hartmann e reconstrução colorretal após 3 meses, sem necessidade de tratamento adjuvante.

QUESTÃO 29

Um homem de 34 anos é admitido após ferimento por arma branca na região precordial. Apresenta frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial de 78 × 52 mmHg, turgência jugular e bulhas cardíacas hipofonéticas. O ultrassom à beira-leito evidencia grande quantidade de líquido no saco pericárdico, com sinais de compressão das câmaras direitas. Apesar da reposição volêmica e transfusão de hemocomponentes, mantém instabilidade hemodinâmica.

Nesse contexto, assinale a alternativa correta.

- (A) O tamponamento reduz o enchimento ventricular e o débito cardíaco; a descompressão cirúrgica está indicada no trauma penetrante instável.
- (B) O tamponamento aumenta o retorno venoso e o enchimento ventricular, sendo improvável diante de hipotensão e turgência jugular.
- (C) A ausência da tríade de Beck exclui o tamponamento cardíaco e dispensa a avaliação ultrassonográfica.
- (D) A pericardiocentese é o tratamento definitivo do hemo-pericárdio traumático, pois controla a fonte do sangramento cardíaco.
- (E) A ventilação com pressão positiva aumenta o retorno venoso e deve preceder a drenagem pericárdica no paciente instável.

QUESTÃO 30

Homem, 57 anos, foi submetido à hemicolectomia direita por adenocarcinoma de cólon, com anastomose ileocólica primária. No quinto dia de pós-operatório, evoluiu com distensão abdominal progressiva, dor abdominal difusa, febre (38,8 °C), taquicardia (118 bpm), ausência de eliminação de flatos há 48 horas e débito de 250 mL/24 horas de secreção entérica pelo dreno abdominal. Ao exame físico, apresenta dor à palpação difusa, sem sinais evidentes de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais demonstram leucocitose de 19.800/mm³, PCR de 286 mg/L, creatinina de 1,8 mg/dL, sódio de 130 mEq/L e potássio de 3,1 mEq/L. A tomografia computadorizada evidencia coleção perianastomótica contendo pequenas bolhas gasosas, distensão de alças delgadas com ponto de transição adjacente à coleção e discreta quantidade de líquido livre.

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) O quadro é compatível com íleo adinâmico prolongado, devendo ser mantidas medidas conservadoras (reposição hidroeletrólítica e acidobásica), pois a presença de coleção perianastomótica não modifica a conduta inicial.
- (B) O principal diagnóstico é obstrução intestinal mecânica secundária a aderências pós-operatórias, sendo indicada laparotomia imediata para lise de aderências, preferencialmente por via laparoscópica.
- (C) A exteriorização de conteúdo entérico pelo dreno confirma que a deiscência está adequadamente drenada, tornando desnecessária antibioticoterapia ou investigação complementar. Deve-se aguardar até 72 horas; caso o débito permaneça, indica-se nutrição parenteral total.
- (D) O conjunto dos achados sugere deiscência da anastomose com formação de fístula intestinal e foco infeccioso intra-abdominal, sendo indicada abordagem clínica, controle do foco infeccioso por drenagem ou cirurgia e avaliação da viabilidade da anastomose.
- (E) A distensão das alças intestinais diferencia definitivamente obstrução mecânica de íleo prolongado, não havendo necessidade de correlação com os achados clínicos ou tomográficos.

QUESTÃO 31

Mulher de 69 anos (não obesa e sem alterações da coagulação), apresenta dor recorrente em flanco esquerdo há 3 meses. A tomografia sem contraste (protocolo para litíase urinária) evidencia cálculo de 7,0 mm localizado em cálice inferior esquerdo, densidade de 400 UH, distância pele-cálculo de 8,0 cm, infundíbulo curto (1,0 cm) e ângulo infundíbulo-piéllico de 95°. Ausência de malformações do trato urinário.

Considerando as características anatômicas apresentadas e as recomendações atuais da *European Association of Urology* (EAU), qual modalidade terapêutica inicial apresenta a melhor relação entre eficácia e menor invasividade para essa paciente?

- (A) Litotripsia Extracorpórea.
- (B) Passagem de cateter duplo J.
- (C) Passagem de cateter duplo J e terapia expulsiva.
- (D) Ureterorenoscopia flexível com litotripsia a laser (RIRS).
- (E) Nefrolitotomia percutânea (PCNL).

QUESTÃO 32

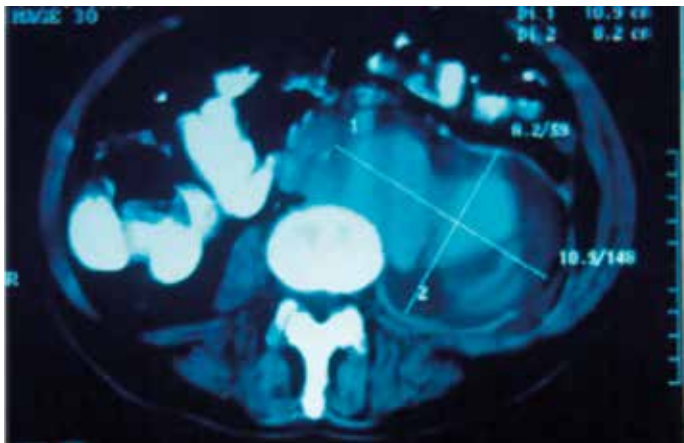
Homem de 72 anos, assintomático, é encaminhado ao urologista após exame periódico de rotina. Ao toque retal, identifica-se nódulo endurecido, irregular e indolor no lobo prostático esquerdo. O PSA total é de 0,5 ng/mL, a densidade do PSA é de 0,02 ng/mL/cm³ e não há história familiar de câncer de próstata.

Considerando as recomendações atuais da *European Association of Urology* (EAU) para o diagnóstico precoce do câncer de próstata, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

- (A) Repetir o toque retal e o PSA total após seis meses, pois o PSA encontra-se dentro da normalidade.
- (B) Solicitar ressonância magnética multiparamétrica da próstata e, caso seja identificada lesão suspeita (PI-RADS ≥ 3), realizar biópsia prostática dirigida, associada à biópsia sistemática, quando indicada.
- (C) Solicitar ultrassonografia transretal e, caso confirme o nódulo, indicar prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica.
- (D) Indicar prostatectomia radical imediatamente, pois o toque retal é suficiente para estabelecer o diagnóstico de câncer de próstata clinicamente significativo.
- (E) Realizar apenas acompanhamento anual com PSA e toque retal, pois valores baixos de PSA praticamente excluem neoplasia prostática.

QUESTÃO 33

Homem de 67 anos, hipertenso, dislipidêmico, tabagista (50 maços/ano) e obeso procura o pronto-socorro com dor abdominal súbita e intensa em flanco esquerdo, irradia-da para a região lombar, acompanhada de sudorese, pali-dez e síncope. Ao exame, apresenta PA: 70 x 40 mmHg, FC: 124 bpm, dor profunda em flanco esquerdo e dor à extensão passiva da coxa esquerda, sem sinais de irrita-ção peritoneal. Após reposição volêmica limitada, permane-ce hipotenso. A tomografia computadorizada é apresentada a seguir:



(Yogesh Kumar et al, Annals of Translational Medicine, 2017)

Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o diagnóstico e o tratamento.

- (A) Aneurisma sintomático não roto; tratamento clínico e reparo eletivo.
- (B) Dissecção aguda tipo B não complicada; tratamento clínico e observação em UTI.
- (C) Aneurisma de artéria renal roto; embolização seletiva como tratamento de escolha.
- (D) Hematoma espontâneo de iliopsoas; analgesia e obser-vação clínica.
- (E) Rotura de aneurisma da aorta abdominal infrarrenal; ressuscitação permissiva e reparo urgente, aberto ou endovascular.

QUESTÃO 34

Mulher de 64 anos é submetida à excisão cirúrgica de um carcinoma basocelular ulcerado, gerando um defeito, com 2,5 cm x 3,0 cm, abrangendo toda a espessura do dorso nasal. Devido ao grau de infiltração da lesão neoplásica, foi necessário ressecar o periósteo do osso nasal que, por sua vez, ficou exposto.

Qual o método de escolha recomendado para a reconstrução do defeito nesse caso clínico?

- (A) Curativos com pomadas a base de hidrogel + corticoides para promover cicatrização por 1ª intenção.
- (B) Curativos seriados, permitindo a cicatrização da ferida cirúrgica por segunda intenção.
- (C) Retalho cutâneo local ou à distância, por constituir o método de escolha na presença de osso nasal exposto sem periósteo.
- (D) Enxerto de pele de espessura parcial que, por ser mais fino, apresenta maior chance de integração sobre o osso.
- (E) Enxerto de pele de espessura total, a fim de garantir uma cobertura e proteção mais adequada para o osso nasal.

QUESTÃO 35

Homem, 55 anos, apresenta diagnóstico de cirrose alcoólica descompensada *Child-Pugh B*. No seguimento ambulatorial foi solicitada uma endoscopia de controle para avaliação de varizes de esôfago. A endoscopia evidencia varizes esofá-gicas de grosso calibre em terço médio e distal.

Assinale a alternativa que contempla as características que definem varizes de alto risco para primeiro episódio de hemorragia (que indicam profilaxia primária) e abordagem do paciente.

- (A) *Child-Pugh B*, calibre das varizes, presença de *red spots* (pontilhados vermelhos) – indicar profilaxia primária com betabloqueador não seletivo (preferencialmente carvedilol) ou ligadura elástica endoscópica.
- (B) Doença péptica associada, *Child-Pugh B* e presença de varizes duodenais – indicar escleroterapia das varizes esofágicas como terapia de 1ª escolha.
- (C) Etiologia alcoólica, *Child-Pugh B* e calibre das varizes – indicar terapia para cessação do etilismo, laserterapia para *red spots* e varizes esofágicas e cirurgia caso haja falha do tratamento endoscópico.
- (D) Sexo masculino, calibre das varizes e presença de *red spots* (pontilhados vermelhos) – indicar tamponamento com balão esofágico e drogas betabloqueadoras.
- (E) Idade de 55 anos, doença péptica associada e ingesta etílica – tratar a doença ulcerosa péptica pelo risco de perfuração e sangramento concomitante ao das varizes esofágicas.

QUESTÃO 36

Homem, 42 anos, com antecedente de doença ulcerosa péptica, há 18 dias passa a apresentar quadro de vômitos tardios em relação às refeições, ocorrendo 3 a 6 horas após a alimentação, cujo conteúdo é de restos alimentares e líquido, sem bile. Foi atendido em unidade de urgência com desidratação acentuada, oligúrico, pulso elevado e hipotenso. Qual o distúrbio ácido-base e hidroeletrólítico mais provável?

- (A) Acidose metabólica, normoclorêmica, normonatrêmica, hipocalêmica e urina com pH dentro dos valores normais.
- (B) Alcalose metabólica, hipoclorêmica, hiponatrêmica, hipocalêmica e alcalúria.
- (C) Acidose metabólica, hipoclorêmica, hiponatrêmica, hipocalêmica e acidúria.
- (D) Alcalose metabólica hipoclorêmica associada à hipocalcemia e acidúria paradoxal.
- (E) Acidose respiratória e metabólica, normocloremia, normocalemia e alcalúria.

QUESTÃO 37

Um homem de 73 anos, hipertenso, tabagista e com adenocarcinoma de reto alto foi submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica com anastomose colorretal primária. No sexto dia pós-operatório, evolui com febre de 38,8 °C, taquicardia de 118 bpm, dor hipogástrica e elevação progressiva da proteína C-reativa. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de peritonite difusa. A tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste evidencia coleção pélvica de 7,5 cm, contendo gás e contraste extraluminal, adjacente à anastomose colorretal, próxima à parede abdominal.

Considerando o quadro clínico e os achados de imagem, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e realizar drenagem percutânea da coleção, com acompanhamento clínico da evolução.
- (B) Indicar laparotomia exploradora imediata, com desmontagem da anastomose e confecção obrigatória de colostomia terminal.
- (C) Realizar antibioticoterapia exclusiva, pois a ausência de instabilidade hemodinâmica e de peritonite difusa indica que procedimentos invasivos devem ser evitados.
- (D) Realizar colonoscopia imediata para identificar e fechar o defeito anastomótico, independentemente do tamanho e da localização da coleção.
- (E) Realizar apenas drenagem percutânea da coleção, sem antibioticoterapia sistêmica, pois o controle mecânico do foco infeccioso é suficiente.

QUESTÃO 38

Homem de 28 anos é admitido no pronto-socorro após ferimento por arma branca em hemitórax esquerdo, na região paraesternal, ocorrido há aproximadamente 40 minutos. Encontra-se agitado, pálido, sudorético e com extremidades frias. Ao exame físico apresenta pressão arterial de 80/50 mmHg, frequência cardíaca de 128 bpm, turgência jugular, bulhas cardíacas hipofonéticas e redução da amplitude do pulso arterial durante a inspiração. A ausculta pulmonar evidencia murmúrio vesicular bilateralmente preservado. O exame ultrassonográfico à beira do leito pelo protocolo FAST demonstra presença de líquido anecoico no saco pericárdico. Após reposição inicial limitada com cristalóide, permanece hipotenso e com sinais de hipoperfusão.

Considerando o diagnóstico mais provável, sua fisiopatologia e o tratamento indicado, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente apresenta choque hemorrágico por lesão vascular intratorácica, sendo a toracostomia com dreno de tórax o tratamento inicial de escolha, pois o líquido pericárdico representa achado secundário frequente no trauma penetrante.
- (B) O paciente apresenta tamponamento cardíaco traumático, caracterizado pelo aumento da pressão intrapericárdica com restrição do enchimento ventricular, devendo ser realizada descompressão imediata por pericardiocentese, considerada o tratamento definitivo preferencial do tamponamento cardíaco traumático decorrente de lesão cardíaca penetrante.
- (C) O paciente apresenta tamponamento cardíaco traumático, caracterizado pela elevação da pressão intrapericárdica e redução do retorno venoso e débito cardíaco, sendo indicado tratamento definitivo por toracotomia de emergência em paciente instável com trauma penetrante e sinais de vida.
- (D) O paciente apresenta tamponamento cardíaco decorrente de contusão miocárdica, devendo ser tratado inicialmente com betabloqueadores e observação clínica, pois a drenagem pericárdica aumenta o risco de sangramento.
- (E) O paciente apresenta tamponamento cardíaco compensado, pois a presença de taquicardia e hipotensão ocorre apenas em fases avançadas, sendo indicada apenas monitorização e repetição do ecocardiograma após estabilização.

QUESTÃO 39

Homem de 65 anos é submetido à colectomia direita por neoplasia de cólon. No quinto dia de pós-operatório, evolui com febre de 39 °C, taquicardia (FC 122 bpm), leucocitose de 19.000/mm³ e aumento dos níveis de proteína C reativa. Está em uso de cateter venoso central desde o procedimento cirúrgico e recebeu antibioticoterapia profilática perioperatória. Ao exame físico apresenta dor abdominal discreta, sem sinais de peritonite, ausculta pulmonar com redução do murmúrio vesicular em base direita e refere aumento do número de evacuações líquidas nas últimas 48 horas (seis episódios ao dia). A radiografia de tórax demonstra infiltrado pulmonar em base direita. Hemoculturas foram coletadas e o cateter apresenta hiperemia e secreção purulenta no sítio de inserção.

Considerando o diagnóstico diferencial de febre no paciente cirúrgico e a abordagem inicial mais adequada, assinale a alternativa correta.

- (A) A febre no quinto dia pós-operatório é provavelmente decorrente de resposta inflamatória sistêmica estéril ao trauma cirúrgico, devendo-se manter conduta expectante, pois infecções nesse período são incomuns.
- (B) O achado de infiltrado pulmonar confirma pneumonia hospitalar como única causa da febre, não sendo necessária investigação de cateter ou trato gastrointestinal.
- (C) O diagnóstico mais provável é colite pseudomembranosa isolada, sendo indicada colonoscopia imediata com biópsia antes da introdução de antibioticoterapia.
- (D) A principal hipótese é infecção relacionada ao cateter venoso central, devendo-se remover o cateter, coletar culturas e iniciar antibioticoterapia empírica adequada, além de investigar outras fontes infecciosas presentes.
- (E) A febre pós-operatória associada à leucocitose e aumento de proteína C reativa indica obrigatoriamente síndrome inflamatória sistêmica não infecciosa, pois marcadores inflamatórios não diferenciam infecção.

QUESTÃO 40

Homem de 69 anos, tabagista de longa data, hipertenso e diabético, procura atendimento por dor em panturrilha direita desencadeada pela caminhada há aproximadamente 18 meses. A dor surge após percorrer cerca de 100 metros e desaparece após alguns minutos de repouso. Nega dor em repouso ou lesões cutâneas. Ao exame físico apresenta pulsos femorais palpáveis bilateralmente, porém pulsos poplíteo e tibial posterior direitos diminuídos. O índice tornozelo-braquial (ITB) é de 0,55 à direita e 0,95 à esquerda. O ecodoppler arterial evidencia estenose significativa da artéria femoral superficial direita. Após seis meses de tratamento clínico com cessação do tabagismo, controle rigoroso dos fatores de risco cardiovascular, uso de estatina, antiagregante plaquetário e programa estruturado de exercício supervisionado, o paciente permanece com limitação importante para suas atividades diárias devido à claudicação.

Considerando o diagnóstico e a abordagem terapêutica da doença arterial periférica, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento deve permanecer exclusivamente conservador, pois pacientes com doença arterial periférica nunca apresentam benefício de procedimentos de revascularização, independentemente da limitação funcional.
- (B) O tratamento inicial deve ser anticoagulação plena com heparina e trombólise arterial, pois a doença aterosclerótica crônica apresenta alto risco de embolização aguda.
- (C) A presença de ITB reduzido indica obrigatoriamente isquemia crítica do membro, sendo indicada amputação primária antes de qualquer tentativa de revascularização.
- (D) O paciente apresenta doença arterial periférica com claudicação intermitente incapacitante refratária ao tratamento clínico, podendo ser indicada revascularização endovascular ou cirúrgica após avaliação anatômica da lesão.
- (E) A única opção para pacientes com doença femoropoplítea é a cirurgia aberta com enxerto venoso, pois procedimentos endovasculares apresentam resultados inferiores em todos os cenários.

QUESTÃO 41

Homem de 62 anos comparece à consulta de seguimento de 12 meses pós-transplante renal. O paciente refere estar se sentindo bem e apresenta boa adesão ao regime imunossupressor atual, que inclui glicocorticoides. Ele possui antecedente de doença cardiovascular estável pós-implante de *stent*. Tem história familiar de diabetes tipo 2, mas não apresenta diagnóstico prévio de diabetes. O IMC é 27,4 kg/m² e a taxa de filtração glomerular estimada de 78 mL/min/1,73 m². O valor atual de hemoglobina glicada é de 7,6%.

Além das modificações no estilo de vida, qual a opção terapêutica que deve ser recomendada para o manejo do diabetes desse paciente?

- (A) Adicionar um inibidor da DPP-4 (dipeptidil-peptidase-4).
- (B) Adicionar uma sulfonilureia.
- (C) Adicionar uma tiazolidinediona.
- (D) Adicionar um inibidor do SGLT2 (cotransportador de sódio-glicose 2).
- (E) Iniciar insulinoterapia.

QUESTÃO 42

Homem de 37 anos é avaliado em consulta de rotina. Os resultados laboratoriais iniciais mostram AST (TGO) de 78 U/L e ALT (TGP) de 64 U/L. Os exames são repetidos após um mês, mantendo a elevação dessas enzimas. A creatina quinase (CK) é de 45 U/L. A investigação complementar com sorologias virais, ferro sérico, capacidade total de fixação de ferro, ferritina, ceruloplasmina e eletroforese de proteínas séricas é inteiramente normal. A ultrassonografia hepática revela aumento da ecogenicidade do órgão. O paciente não faz uso de medicações e relata consumo social de apenas 1 a 2 cervejas por semana. A biópsia hepática revela esteatose macrovesicular com vacúolos de gordura ocasionais circundados por infiltrado neutrofílico.

Diante do exposto, o que o exame físico desse paciente, provavelmente, também revelará?

- (A) Ausculta pulmonar com crepitações em bases.
- (B) Índice de massa corporal de 36 kg/m².
- (C) Pressão arterial diastólica reduzida.
- (D) Ruídos hidroaéreos hiperativos.
- (E) Reflexos tendinosos profundos diminuídos.

QUESTÃO 43

Mulher de 56 anos com diabetes mellitus tipo 2 busca orientação a respeito do desmame de prednisona. Recentemente, ela apresentou um episódio de exantema urticariforme grave de etiologia desconhecida. Seguindo as recomendações de seu dermatologista, ela iniciou o uso de prednisona na dose de 60 mg ao dia e, ao longo de 4 semanas, realizou o desmame até atingir 5 mg ao dia (dose que vem utilizando nos últimos 7 dias). Ela relata que seus valores de glicemia capilar estavam inicialmente um pouco elevados após o início da prednisona, mas agora se normalizaram. O dermatologista recomendou interromper a prednisona sem desmame adicional, porém ela está preocupada com a possibilidade de insuficiência adrenal.

Nesse momento, a melhor recomendação é

- (A) dosar o cortisol sérico, às 8h da manhã, antes de interromper o tratamento.
- (B) dosar o cortisol sérico e o ACTH, às 8h da manhã, antes de interromper o tratamento.
- (C) realizar o teste de estímulo com cosintropina (ACTH sintético) antes de interromper o tratamento.
- (D) alterar o esquema para hidrocortisona, 15 mg pela manhã e 5 mg no início da tarde, e reduzir a hidrocortisona em 5 mg, a cada 2 semanas, para suspender após 4 semanas.
- (E) orientar sobre os sinais e sintomas de insuficiência adrenal e pedir que ela entre em contato caso apresente qualquer sintoma após a interrupção da prednisona.

QUESTÃO 44

Homem de 66 anos refere episódios esporádicos de palpitações taquicárdicas associadas a cansaço moderado, com duração de 2 a 4 horas, iniciados há três semanas. Ele tem hipertensão arterial e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (FEVE: 55%), sem valvopatia, ambas as patologias compensadas clinicamente. Nega histórico de arritmias, etilismo ou tabagismo. Hemograma completo, coagulograma, hormônios da tireoide, glicemia, função renal, eletrólitos e perfil hepático estão todos normais. Ao exame físico: apresenta-se confortável, eupneico; pressão arterial: 130 x 80 mmHg; cardíaco: bulhas arritmicas, sem sopros; pulmonar normal; extremidades sem edema. O eletrocardiograma, realizado no momento da consulta, revela fibrilação atrial com resposta ventricular variando entre 90 e 100 batimentos por minuto, sem alterações isquêmicas agudas.

Nesse cenário, é correto afirmar:

- (A) a pontuação do risco tromboembólico do paciente justifica a prescrição de anticoagulantes orais de ação direta, preferindo-se agentes como a apixabana ou a rivaroxabana aos antagonistas da vitamina K, visando eficácia semelhante com menor risco de hemorragia intracraniana.
- (B) a avaliação do risco hemorrágico por meio do escore HAS-BLED atua como critério definidor para iniciar a terapia anticoagulante nesse paciente, uma vez que valores elevados contraindicam a anticoagulação medicamentosa e direcionam o tratamento para a oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo.
- (C) a administração de dabigatrana, em pacientes com o referido quadro clínico, demanda a associação de heparina de baixo peso molecular nos cinco dias iniciais do tratamento, já que a ponte farmacológica previne o estado de hipercoagulabilidade transitória induzida pela medicação oral inicial.
- (D) a terapia com dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e clopidogrel constitui a abordagem farmacológica de eleição para o caso descrito, oferecendo proteção embólica próxima ao dos anticoagulantes orais, com a vantagem de apresentar taxas significativamente menores de sangramento sistêmico.
- (E) o paciente deve ser encaminhado para o serviço de urgência, visando à monitorização e realização de ecocardiograma transesofágico, uma vez que o diagnóstico da arritmia aguda no eletrocardiograma exige a realização de cardioversão elétrica sincronizada nas primeiras 48 horas do atendimento médico.

QUESTÃO 45

Mulher de 26 anos queixa-se de facilidade para apresentar equimoses e refere quadro de menorragia. A palpação do baço não revela anormalidades e não há linfadenopatias. Exames séricos: hemácias: 5.106.000/mm³; hemoglobina: 13,5 g/dL; leucócitos: 8.120/mm³; plaquetas: 42.000/mm³; tempo de protrombina: 12 segundos (normal); tempo de tromboplastina parcial ativada: 30 segundos (normal); tempo de sangramento: 11 minutos (prolongado). Um painel de exames, consistindo em função renal, perfil hepático, hormônios da tireoide, anticorpo antinúcleo, complemento, sorologias infecciosas e urina tipo 1, são negativos ou normais.

Considerando as informações apresentadas, qual o autoanticorpo que, provavelmente, é responsável pela condição atual da paciente?

- (A) Anti-Rh.
- (B) Anti-fator de von Willebrand.
- (C) Anti-glicoproteína IIb-IIIa.
- (D) Anti-MHC de classe I.
- (E) Anti-molécula de adesão celular endotelial plaquetária (anti-PECAM-1).

QUESTÃO 46

Mulher de 55 anos é admitida na unidade de terapia intensiva após sofrer uma parada cardiorrespiratória presenciada, sendo submetida à desfibrilação com sucesso. O eletrocardiograma pós-desfibrilação demonstra supradesnivelamento de segmento ST em parede anterior. Ela é então submetida à intervenção coronária percutânea primária com implante de *stent* farmacológico na artéria coronária descendente anterior. À admissão na UTI: pressão arterial: 92 x 57 mmHg (PAM: 69 mmHg); frequência cardíaca: 88 bpm; temperatura central: 36 °C; ela encontra-se intubada e em ventilação mecânica, com fração inspirada de oxigênio de 60%, volume corrente de 6 mL/kg de peso corporal ideal, frequência respiratória de 18 irpm e pressão positiva ao final da expiração de 5 cmH₂O; cardíaco: sem alterações; pulmonar: sem sibilos ou estertores; as extremidades estão frias, sem edema e com tempo de enchimento capilar normal. A gasometria arterial revela: pH: 7,45; PO₂: 62 mmHg; PCO₂: 45 mmHg; bicarbonato: 28 mEq/L; SatO₂: 90%.

Nesse momento, a conduta inicial de escolha é

- (A) aumentar o volume corrente.
- (B) aumentar a pressão positiva ao final da expiração.
- (C) iniciar dobutamina.
- (D) mudar para a posição prona.
- (E) reduzir a fração inspirada de oxigênio.

QUESTÃO 47

Mulher de 18 anos é levada ao serviço de emergência com edema importante de lábios e língua. O histórico médico é relevante para a realização de exodontia de dente siso no início daquele mesmo dia. A paciente nega ingestão de alimentos incomuns ou uso de novos cosméticos/maquiagem. Os sinais vitais são normais e o exame físico revela edema subcutâneo de língua e lábios, sem prurido associado. Não há sinais adicionais de exantema ou urticária. Ao ser interrogada, a paciente relata que sentiu uma sensação de “formigamento” e plenitude nos lábios e na língua antes do início do edema, que evoluiu ao longo de 3 horas. O histórico familiar é positivo para sintomas semelhantes em sua mãe e seu avô paterno, com episódios semelhantes quando submetidos a procedimentos odontológicos.

Nessa circunstância, o tratamento apropriado para essa paciente é prescrever

- (A) anti-histamínicos/corticosteroides.
- (B) agonista do receptor beta-2 de bradicinina.
- (C) epinefrina.
- (D) inibidor de C1 esterase (C1-INH) recombinante.
- (E) inibidor de leucotrienos.

QUESTÃO 48

Mulher de 77 anos é avaliada por lesão renal aguda (LRA) após ter sido internada, há 2 dias, devido a choque séptico e síndrome do desconforto respiratório agudo secundários à pneumonia adquirida na comunidade. Ela foi intubada e recebeu suporte vasopressor. Nas primeiras 18 horas de internação, a paciente recebeu 3.600 mL de solução de ringer lactato. As medicações atuais incluem norepinefrina, ceftriaxona, claritromicina, vancomicina e dexmedetomidina. Ao exame físico: encontra-se sob ventilação mecânica; temperatura: 38,4 °C; pressão arterial: 88 x 52 mmHg; frequência cardíaca: 105 bpm; frequência respiratória: 16 irpm; SatO₂ de 90% com FiO₂ de 50%; o exame pulmonar evidencia estertores difusos. Há um cateter venoso central posicionado com medida da pressão venosa central de 14 mmHg. O débito urinário é de 30 mL/hora, sendo refratário a doses crescentes de furosemida intravenosa em *bolus*. Exames séricos atuais: creatinina: 3,4 mg/dL; sódio: 134 mEq/L; potássio: 6,4 mEq/L; cloreto: 100 mEq/L; bicarbonato: 12 mEq/L. A radiografia de tórax mostra infiltrado bilateral difuso e cefalização da trama vascular.

De acordo com os dados apresentados, a conduta terapêutica apropriada é

- (A) iniciar terapia de substituição renal contínua.
- (B) iniciar terapia de substituição renal intermitente.
- (C) prescrever bicarbonato de sódio em *bolus*.
- (D) prescrever *bolus* adicional de 1.000 mL com ringer lactato.
- (E) prescrever furosemida em bomba de infusão contínua.

QUESTÃO 49

Homem de 42 anos é atendido em consulta de retorno por alterações em exames hepáticos. Os exames séricos iniciais demonstram AST (TGO) de 78 U/L e ALT (TGP) de 64 U/L. Os exames foram repetidos um mês após, e a AST e a ALT permanecem elevadas. A creatina quinase é normal. As sorologias virais, ceruloplasmina e eletroforese de proteínas séricas não demonstram alterações. Os resultados de uma terceira rodada de exames evidenciam ferro sérico de 201 µg/dL (normal: 50 a 170), ferritina de 289 ng/mL (normal: 20 a 300) e saturação de transferrina de 53% (normal: 20 a 50). O paciente não faz uso de nenhuma medicação e relata consumir cerca de 1 a 2 cervejas, por semana, socialmente.

Qual exame é o indicado para confirmar o diagnóstico desse paciente?

- (A) Anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).
- (B) Anticorpo antimúsculo liso.
- (C) Anticorpo antimitocôndria.
- (D) Análise de mutação do gene HFE.
- (E) Pesquisa de mutação do gene da alfa-1-antitripsina.

QUESTÃO 50

Mulher de 45 anos é atendida em consulta de retorno com queixas de inquietação frequente durante o sono e sonolência diurna ao longo dos últimos meses. O histórico é relevante para cardiomiopatia não isquêmica, insuficiência cardíaca (IC) classe funcional II, hipertensão arterial e fibrilação atrial. Em relação à arritmia, houve falha a múltiplos medicamentos antiarrítmicos e a uma tentativa de ablação por cateter 4 meses antes. As medicações em uso regular incluem: rivaroxabana (20 mg/dia); sacubitril/valsartana (97/103 mg, 12/12 horas); metoprolol (100 mg/dia), furosemida (40 mg/dia) e espironolactona (25 mg/dia). Ao exame físico: frequência cardíaca: 92 bpm; pressão arterial: 118 x 78 mmHg; altura: 1,78 m; peso: 62,6 kg; cardíaco: ritmo irregular, com sopro holossistólico de grau 2/6 que se irradia para a axila, sem galopes; pulmonar: pulmões limpos; extremidades: sem edema. Ela é submetida a um estudo do sono e é diagnosticada com apneia central do sono.

Além de sua história de IC, constitui um fator de risco significativo para apneia central do sono, nessa paciente,

- (A) a fibrilação atrial.
- (B) a hipertensão arterial.
- (C) a idade.
- (D) o sexo.
- (E) o índice de massa corporal.

QUESTÃO 51

Homem de 47 anos com história de diabetes mellitus tipo 1, há 19 anos, não apresenta complicações relacionadas à doença e nenhuma queixa específica. Ele está em uso das insulinas degludeca e asparte. A pressão arterial é 129 x 68 mmHg e o IMC de 28 kg/m². Resultados dos exames séricos: hemoglobina glicada: 7,2%; colesterol total: 173 mg/dL; LDL: 92 mg/dL; HDL: 45 mg/dL; triglicerídeos: 178 mg/dL; creatinina sérica: 0,85 mg/dL. Relação albumina/creatinina urinária: 19 mg/g de creatinina (normal < 30 mg/g).

Em relação à conduta apropriada para reduzir o risco de doença cardiovascular, a orientação deve ser

- (A) intensificar o esquema terapêutico para atingir uma meta de hemoglobina glicada < 7,0%.
- (B) iniciar uma estatina.
- (C) iniciar um inibidor da ECA.
- (D) iniciar aspirina em baixa dose.
- (E) iniciar semaglutida.

QUESTÃO 52

Homem de 34 anos é admitido no hospital devido a um quadro de diarreia aquosa massiva e prolongada nos últimos três dias. O exame físico e os testes laboratoriais indicaram a presença de um tumor pancreático e o radioimunoensaio confirma o diagnóstico de VIPoma. O paciente recebe hidratação vigorosa por via intravenosa e é programado para cirurgia.

Nesse cenário, o medicamento apropriado para controlar a diarreia desse paciente é

- (A) cabergolina.
- (B) hormônio adrenocorticotrófico.
- (C) leuprolida.
- (D) octreotida.
- (E) somatotropina.

QUESTÃO 53

Homem de 55 anos é atendido em consulta de retorno com queixa de dor óssea que começou há algumas semanas. Ele é um paciente que faz hemodiálise crônica. Todavia, há 6 meses, a fim de controlar melhor sua hipertensão e sobrecarga de volume, ele foi transferido da hemodiálise três vezes por semana para hemodiálise noturna longa, cinco vezes por semana. Ele se exercita regularmente, no entanto, não tem conseguido fazê-lo ultimamente devido à dor óssea. Exames séricos (antes de uma sessão de diálise): cálcio corrigido: 8,4 mg/dL (normal: 8,8 a 10,4); fósforo: 1,55 mg/dL (normal: 2,48 a 4,50); paratormônio: 8,2 pmol/L (normal: 0,9 a 5,4); 25-OH-colecalciferol sérico: 39,8 ng/mL (normal: > 20).

De acordo com as informações apresentadas, qual é a causa provável de dores desse paciente?

- (A) Doença óssea adinâmica.
- (B) Fratura espontânea.
- (C) Hipofosfatemia.
- (D) Lesões ósseas metastáticas.
- (E) Osteodistrofia renal.

QUESTÃO 54

Homem de 35 anos está hospitalizado após um acidente automobilístico. Dois dias após a admissão, ele evolui com disúria e polaciúria. A temperatura é de 36,9 °C e os sinais vitais são normais. O hemograma não demonstra leucocitose. Uma amostra de urina de jato médio é coletada, apresentando sedimento positivo para esterase leucocitária e nitritos, e a urocultura revela o crescimento de 103.000 UFC/mL de *Escherichia coli*. O teste de sensibilidade antimicrobiana demonstra que o micro-organismo é produtor de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL).

É correto afirmar que a conduta adequada para esse paciente é

- (A) coletar uma amostra de urina por cateterismo para confirmar os resultados.
- (B) iniciar terapia antimicrobiana com cefepima.
- (C) iniciar terapia antimicrobiana com nitrofurantoína.
- (D) iniciar terapia antimicrobiana com piperacilina-tazobactam.
- (E) não realizar nenhuma conduta adicional; isso provavelmente indica contaminação.

QUESTÃO 55

Mulher de 72 anos, ex-tabagista, com histórico de câncer de mama tratado cirurgicamente, há 3 anos, é admitida no pronto-socorro com quadro de dispneia de início súbito e dor torácica à direita iniciadas há 4 horas. Nega síncope, episódios prévios semelhantes ou internações recentes. Faz uso regular apenas de inibidor da aromatase. Ao exame físico: taquipneica, acianótica; pressão arterial: 95 x 60 mmHg; frequência cardíaca: 112 bpm; frequência respiratória: 26 irpm; SatO_2 : 91% em ar ambiente; cardiopulmonar: normal; há turgência jugular a 45 graus 2+/4; extremidades sem edema. Escore PESI: 118 pontos (classe IV). Troponina T: 0,08 ng/mL (normal: < 0,01); peptídeo natriurético (BNP): 450 pg/mL (normal: < 100). Angiotomografia de tórax: presença de falha de enchimento intraluminal em artéria pulmonar principal direita, estendendo-se para ramos lobares inferiores; razão do diâmetro diastólico final VD/VE de 1,2.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, com base no manejo e nas categorias da estratificação de risco das diretrizes mais recentes, é correto afirmar:

- (A) a embolectomia cirúrgica configura uma modalidade terapêutica benéfica nessa situação clínica de disfunção ventricular direita, propiciando alívio da obstrução vascular e melhoria substancial dos sintomas, em comparação ao tratamento com anticoagulantes injetáveis convencionais.
- (B) a heparina não fracionada endovenosa é a opção terapêutica preferencial para o controle inicial da paciente, oferecendo maior previsibilidade farmacocinética e menor incidência de trombocitopenia induzida comparada aos compostos de baixo peso molecular subcutâneos.
- (C) a evidência de disfunção ventricular direita em conjunto com a elevação da troponina classifica o quadro da paciente na categoria D2, caracterizando um estado de choque normotensivo, com necessidade de suporte inotrópico.
- (D) a investigação de doenças oncológicas subjacentes ocultas demanda a realização de exames de imagem adicionais para guiar a extensão do período anticoagulante, como a tomografia por emissão de pósitrons, considerando a idade avançada da paciente.
- (E) o quadro clínico atual classifica a paciente na categoria C3 da diretriz internacional recente, recomendando-se a avaliação por uma equipe de resposta à embolia pulmonar para otimizar a entrega do cuidado clínico hospitalar.

QUESTÃO 56

Mulher de 18 anos portadora de anemia falciforme apresenta-se com história de febre, há 2 dias, e piora de dor na perna há 4 dias. Relata que, antes do início da dor na perna, já havia faltado à faculdade por alguns dias devido a uma "virose" (gastroenterite). Ao exame físico: temperatura: 38,8 °C; a região superior da perna direita encontra-se dolorosa à palpação e quente ao toque, com relutância em deambular. A radiografia mostra marcado edema de partes moles ao longo do fêmur. Os resultados laboratoriais relevantes demonstram: leucócitos de 15.700/mm³ e elevação moderada de proteína C reativa. Hemoculturas: gram-negativo em identificação.

Com base no exposto, é correto afirmar que o provável agente causador dessa condição é:

- (A) *Klebsiella*.
- (B) *Listeria monocytogenes*.
- (C) *Pseudomonas*.
- (D) *Salmonella*.
- (E) *Shigella*.

QUESTÃO 57

Mulher de 62 anos apresenta diarreia aquosa crônica há 7 meses. Relata que a diarreia persiste mesmo durante o jejum prolongado (noturna). A paciente refere que as fezes são de grande volume, sem sangue ou muco, e estão associadas a episódios de câibras musculares generalizadas. O histórico é relevante apenas para hipertensão em uso de enalapril e anlodipino. Nega viagens recentes, etilismo, tabagismo, uso de antibióticos ou cirurgia gastrointestinal prévia. Ao exame físico: hidratada; pressão arterial: 130 x 80 mmHg; abdome indolor com ruídos hidroaéreos audíveis em todos os quadrantes. Exames séricos: hemograma normal; potássio: 2,8 mEq/L; creatinina: 0,9 mg/dL. O hiato osmótico fecal calculado é de 30 mOsm/kg. A pesquisa de gordura fecal (Sudan III) é negativa e a calprotectina fecal é de 20 mcg/g (referência < 50).

Com base no mecanismo fisiopatológico da diarreia apresentada, assinale a alternativa correta.

- (A) A dosagem de hormônio tireoidiano é um teste de triagem para pacientes com diarreia crônica, pois o hipertireoidismo é a causa mais comum de diarreia em mulheres acima de 50 anos.
- (B) A diarreia é classificada como secretória, uma vez que o hiato osmótico calculado está abaixo de 50 mOsm/kg, indicando que a perda de água é secundária à secreção ativa de eletrólitos pela mucosa intestinal.
- (C) O diagnóstico de síndrome do intestino irritável pode ser assumido, uma vez que os exames laboratoriais básicos não demonstraram alterações inflamatórias ou infecciosas evidentes.
- (D) O hiato osmótico fecal indica que a diarreia é osmótica, resultado de uma absorção deficiente de solutos que retêm água na luz intestinal, exigindo exclusão de deficiência de dissacaridases.
- (E) O tratamento com antibióticos de amplo espectro deve ser iniciado para tratar a suspeita de sobre crescimento bacteriano do intestino delgado, visto que essa causa de diarreia é frequente em pessoas idosas.

QUESTÃO 58

Homem de 66 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2 mal controlado (hemoglobina glicada recente de 9,0%), obesidade e hipertensão arterial, apresenta-se à unidade de saúde com sintomas de dormência, formigamento e dor em queimação em ambos os pés, com progressão nos últimos 2 anos. Ele está em uso de metformina, glibenclamida e lisinopril. Para os sintomas da neuropatia, já realizou tentativas prévias sem sucesso com gabapentina e pregabalina (descontinuadas por falta de efeito terapêutico). Ao exame físico das extremidades inferiores, os pulsos periféricos estão mantidos, a força motora está preservada, há presença de hiperalgesia, teste do monofilamento 8/10 bilateralmente e não há feridas abertas, úlceras ou amputações prévias.

Para esse paciente, o tratamento farmacológico apropriado para o manejo dos sintomas da neuropatia periférica diabética é com

- (A) amitriptilina.
- (B) carbamazepina.
- (C) duloxetina.
- (D) lamotrigina.
- (E) sertralina.

QUESTÃO 59

Mulher de 74 anos, com histórico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE: 32%) secundária a cardiopatia isquêmica crônica e doença renal crônica estágio 3a (creatinina: 1,4 mg/dL), é admitida no departamento de emergência. Ela relata piora progressiva da dispneia, nos últimos cinco dias, ortopneia, episódios de dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Refere que abusou do consumo de alimentos industrializados ricos em sal recentemente. Ao exame físico: pressão arterial: 152 x 88 mmHg; frequência cardíaca: 112 bpm (irregular); frequência respiratória: 26 ipm; SatO₂ em ar ambiente: 88%; nota-se turgência venosa jugular evidente a 45 graus (3+/4+); cardíaco: bulhas arritmicas e terceira bulha (B3) em foco mitral; pulmonar: estertores crepitantes bilaterais que se estendem até os dois terços inferiores de ambos os campos pulmonares; edema simétrico importante (3+/4+) estendendo-se até os joelhos. Exames séricos: hemoglobina: 12,4 g/dL; creatinina: 1,7 mg/dL; potássio: 4,1 mEq/L; sódio: 132 mEq/L; bicarbonato: 28 mEq/L; troponina I: 0,08 ng/mL (normal: < 0,03); NT-proBNP: 4.800 pg/mL. Eletrocardiograma: fibrilação atrial com alta resposta ventricular e critérios de sobrecarga ventricular esquerda com alterações inespecíficas da repolarização ventricular. O paciente é colocado em ventilação não invasiva de 2 níveis (BiPAP) e tratado com medicações parenterais.

Segundo as informações apresentadas, é correto afirmar:

- (A) a ocorrência de pequenas elevações na creatinina sérica, durante a terapia diurética agressiva, pode refletir hemoconcentração e descongestão eficaz, não devendo motivar a suspensão rotineira do tratamento na ausência de outros sinais de injúria renal.
- (B) a infusão contínua de diuréticos de alça demonstra superioridade em termos de sobrevida global e redução de desfechos duros quando comparada à estratégia de administração em *bolus* na abordagem inicial da hipervolemia.
- (C) a suspensão imediata de inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT2) deve ser realizada na admissão de pacientes hipervolêmicos para evitar o bloqueio da diurese proximal.
- (D) a visualização de infiltrados pulmonares essencialmente periféricos com preservação da zona perihilar à radiografia de tórax representa um sinal clássico de edema pulmonar cardiogênico.
- (E) o desenvolvimento de alcalose metabólica induzida pela terapia diurética de alça decorre primariamente de um defeito adquirido na reabsorção de íons cloreto ao nível do túbulo contorcido distal.

QUESTÃO 60

Mulher de 55 anos está preocupada com o seu colesterol elevado. A menopausa ocorreu há 3 anos. Ela não apresenta diabetes ou doença cardiovascular estabelecida, no entanto, mostra-se preocupada porque seu pai sofreu um infarto do miocárdio aos 45 anos de idade. As dosagens de TSH e a glicemia de jejum estão normais. Seu risco de doença cardiovascular, em 10 anos, é estimado em 6,3%. Como a paciente não deseja iniciar o uso de estatinas, ela é submetida a uma tomografia para determinação do escore de cálcio coronário, cujo resultado foi zero. O resultado do perfil lipídico é: colesterol total: 252 mg/dL; LDL: 169 mg/dL; HDL: 47 mg/dL; triglicerídeos: 214 mg/dL. Ela decide seguir uma dieta vegana rica em azeite de oliva e pobre em gordura saturada. Seis meses após a mudança dietética, ela repete o perfil lipídico: colesterol total: 239 mg/dL; LDL: 123 mg/dL; HDL: 41 mg/dL; triglicerídeos: 374 mg/dL.

Nesse momento, com o objetivo de avaliar o risco de doença cardiovascular dessa paciente, o exame apropriado é

- (A) dosagem de apolipoproteína B.
- (B) dosagem de quilomícrons.
- (C) dosagem de lipoproteína (a).
- (D) determinação direta do colesterol não-HDL.
- (E) espectroscopia por ressonância magnética nuclear.

QUESTÃO 61

Mulher de 19 anos procura atendimento com queixa principal de “aperto no peito” ao ar livre. Relata que esteve assintomática durante todo o verão, mas os sintomas iniciaram no outono. O histórico médico é relevante para sintomas semelhantes no outono anterior, que remitiram no inverno, fazendo com que ela se esquecesse do ocorrido até o momento. A paciente nega sintomas em ambientes fechados, mas nota a opressão torácica ao sentar-se na área externa de sua casa ou ao andar de carro com as janelas abertas. Sinais vitais: temperatura: 36,9 °C; frequência cardíaca: 85 bpm; frequência respiratória: 21 irpm; o exame físico não apresenta alterações.

A partir do exposto, é correto afirmar que o manejo apropriado para essa paciente é o uso de

- (A) beclometasona.
- (B) budesonida/formoterol.
- (C) montelucaste.
- (D) salbutamol durante as crises.
- (E) salmeterol.

QUESTÃO 62

Mulher de 54 anos refere uma lesão cutânea dolorosa, eritematosa e com rápido crescimento em membro inferior esquerdo, nas últimas 36 horas, além de calafrios, prostração e episódios de náuseas. Ela tem diabetes mellitus tipo 2 mal controlado e obesidade grau II (IMC: 36 kg/m²). Ao exame físico: pressão arterial: 102 x 66 mmHg (PAM: 76 mmHg); frequência cardíaca: 112 bpm; frequência respiratória: 22 irpm; temperatura: 38,4 °C; SatO₂ em ar ambiente: 95%; cardiopulmonar: sem alteração relevante; membro inferior esquerdo: extensa área de eritema, calor, edema e presença de múltiplas bolhas hemáticas, associada à dor desproporcional aos achados locais e crepitação sutil à palpação profunda. Glicemia capilar: 210 mg/dL.

De acordo com as diretrizes de sepse (*Surviving Sepsis Campaign* de 2026), é correto afirmar:

- (A) a apresentação clínica impõe a classificação de sepse definitiva pela constatação de critérios de SIRS associados a uma lesão cutânea infecciosa evidente.
- (B) a indicação de abordagem para controle cirúrgico de fonte infecciosa deve ser avaliada de forma precoce, idealmente nas primeiras 24 horas do diagnóstico.
- (C) a nova meta inicial de pressão arterial média deve ser estabelecida em níveis superiores a oitenta mililitros de mercúrio para assegurar a perfusão renal adequada.
- (D) o cenário clínico é categorizado como sepse provável pela alta suspeição de infecção e menor probabilidade de diagnósticos alternativos.
- (E) o emprego de corticoterapia intravenosa está indicado, nessa fase do atendimento, para reduzir o risco de progressão da disfunção para choque séptico franco.

QUESTÃO 63

Mulher de 47 anos apresenta-se com história de perda ponderal (7 kg nas últimas semanas), dor abdominal e diarreia aquosa há um mês. Ela relata episódios frequentes de tenesmo e notou hematoquezia recentemente. Ela tem diagnóstico prévio de infecção pelo HIV, mas atualmente está sem acompanhamento médico ou uso de terapia antirretroviral. A contagem de linfócitos CD4 é de 38 células/mm³. A colonoscopia revela inflamação da mucosa colônica, com presença de úlceras e erosões. A biópsia enviada para exame histopatológico demonstra células aumentadas de tamanho com inclusões intranucleares basofílicas e excêntricas (aspecto em “olho de coruja”).

Nesse contexto, o tratamento de escolha é com

- (A) anfotericina lipossomal.
- (B) ceftriaxona e metronidazol.
- (C) ganciclovir.
- (D) itraconazol.
- (E) pirimetamina/sulfadiazina.

QUESTÃO 64

Mulher de 25 anos, com miocardiopatia dilatada não isquêmica e fração de ejeção de 20%, apresenta-se ao departamento de emergência com disúria, nos últimos 3 dias, além de vômitos e calafrios nas últimas 24 horas. Ao exame físico: ela está sonolenta e prostrada; temperatura: 39,6 °C; frequência cardíaca: 160 bpm; pressão arterial: 80 x 60 mmHg, frequência respiratória: 30 irpm; SatO₂ em ar ambiente: 96%; a pressão venosa jugular está plana; pulmões estão limpos; cardíaco: ritmo regular e taquicárdico, sem sopros; extremidades: aquecidas, sem edema. Exames séricos: leucometria de 20.000/mm³; bicarbonato: 14 mEq/L; creatinina: 1,6 mg/dL. Hemoculturas e urocultura foram coletadas. Ela recebe piperacilina-tazobactam e vancomicina. O cateter de artéria pulmonar é inserido e mostra: pressão de átrio direito (AD): 2 mmHg; pressão de artéria pulmonar (AP): 16 x 8 mmHg; pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP): 5 mmHg; índice cardíaco (IC): 3,5 L/min/m². Ela recebe 2 L de ringer lactato, nas 3 horas subsequentes, mas sua frequência cardíaca permanece em 160 bpm e a pressão arterial permanece em 80 x 60 mmHg. A repetição das medidas hemodinâmicas mostra AD de 4 mmHg, AP de 20 x 8 mmHg, POAP de 7 mmHg e IC de 3,4 L/min/m². Baseado no perfil do caso, a equipe médica não deseja usar noradrenalina.

Nessa circunstância, é correto afirmar que a medicação apropriada a ser iniciada é

- (A) dobutamina: 10 mcg/kg/min.
- (B) dopamina: 5 mcg/kg/min.
- (C) epinefrina: 15 mcg/min.
- (D) milrinona: 0,125 mcg/kg/min.
- (E) vasopressina: 0,04 U/min.

QUESTÃO 65

Mulher de 46 anos queixa-se de astenia intensa, cefaleia, febre, odinofagia e anorexia com evolução de uma semana. Relata preocupação após notar um exantema pelo corpo, o qual refere ser não pruriginoso. Ela é sexualmente ativa e mantém um relacionamento monogâmico. Ao exame físico: temperatura: 38,1 °C; orofaringe eritematosa, sem exsudatos; linfonodos cervicais aumentados de tamanho, de consistência firme, e indolores à palpação; nota-se exantema maculopapular difuso em tronco, dorso, palmas das mãos e plantas dos pés.

Durante a avaliação pélvica e ginecológica, o achado adicional que, provavelmente, pode ser observado é

- (A) dor à mobilização do colo uterino.
- (B) corrimento vaginal mucopurulento.
- (C) massa perianal verrucosa, com aspecto em couve-flor.
- (D) pápula perianal lisa e hipopigmentada.
- (E) úlcera vaginal vesicular e dolorosa.

QUESTÃO 66

Mulher de 38 anos, com diabetes mellitus tipo 2, há seis anos, e obesidade grau III (IMC: 46 kg/m²), comparece ao ambulatório para avaliação de rotina. Está em uso de metformina e iniciou semaglutida subcutânea há nove meses. Nesse período, apresentou uma expressiva perda ponderal de 18 kg e melhora do controle glicêmico, com redução da hemoglobina glicada (A1C) de 8,8% para 6,2%. Devido a isso, ela aventa a possibilidade de engravidar. Durante a consulta, relata que apresentou um episódio de gastroenterite aguda, há três semanas, caracterizado por diarreia e vômitos intensos, notando uma redução do volume urinário nessa ocasião. Menciona, ainda, o agendamento de uma cirurgia eletiva de colecistectomia para as próximas semanas, motivada por episódios recentes de cólica biliar. Ao exame físico: nota-se uma nova turvação visual e piora da acuidade no olho direito.

Considerando o caso apresentado, é correto afirmar:

- (A) a manutenção da semaglutida, durante o período gestacional, demonstra um perfil de segurança favorável, sendo a medicação de escolha para o controle do ganho de peso materno e da regulação glicêmica fetal.
- (B) a medicação possui indicação segura e validada para pacientes com histórico familiar de carcinoma medular de tireoide, visto que a proliferação das células C parafoliculares restringe-se aos modelos de experimentação laboratorial animal.
- (C) a neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica manifesta-se como uma complicação ocular de caráter transitório, cursando com reversão do déficit visual após a modificação da dose ou a troca do esquema terapêutico.
- (D) o achado laboratorial de elevação assintomática das enzimas amilase e lipase configura a evolução com pancreatite aguda medicamentosa, o que requer a descontinuação do fármaco para preservar a integridade do parênquima pancreático.
- (E) o retardo do esvaziamento gástrico intrínseco a essa classe farmacológica aumenta o risco de aspiração pulmonar durante a indução anestésica, motivando a orientação de reter a medicação antes de procedimentos cirúrgicos eletivos.

QUESTÃO 67

Homem de 68 anos procura o pronto atendimento com queixas de dor e empastamento em panturrilha esquerda surgidos há três dias. O histórico médico revela hipertensão arterial em uso de enalapril, diabetes mellitus tipo 2 controlado com linagliptina e acidente vascular cerebral isquêmico prévio ocorrido há dois anos, sem sequelas motoras residuais. Ao exame físico: pressão arterial: 138 x 84 mmHg; frequência cardíaca: 82 bpm; frequência respiratória: 16 ipm; SatO₂ em ar ambiente: 97%; peso: 118 kg; membro inferior esquerdo com edema assimétrico importante (2+/4+) estendendo-se até o terço proximal da coxa, com eritema discreto. Ultrassom: trombose venosa profunda (TVP) proximal extensa. Exames séricos: sódio: 138 mEq/L; potássio: 4,5 mEq/L; ureia: 51 mg/dL; creatinina: 1,6 mg/dL (clearance de 34 mL/min/1,73m²); hemograma completo, coagulograma, glicemia e perfil hepático: normais.

Nesse cenário clínico, é correto afirmar:

- (A) os inibidores diretos do fator Xa, como apixabana e rivaroxabana, atuam bloqueando o sítio ativo da forma livre e da fração ligada ao complexo protrombinase, reduzindo a geração de trombina sem afetar a atividade da trombina já circulante.
- (B) dabigatrana bloqueia a cascata de coagulação ligando-se reversivelmente ao fator Xa ativado, o que impede a clivagem do fibrinogênio em fibrina e atenua a ativação plaquetária mediada pelo receptor ativado por protease.
- (C) a instituição de esquemas terapêuticos baseados em inibidores diretos do fator Xa pode acarretar o acúmulo sistêmico deletério da maior parte da dose administrada nesse paciente, já que ele tem disfunção renal com clearance de 34 mL/min.
- (D) a transição do tratamento inicial da fase aguda da TVP para o uso de edoxabana pressupõe a administração concomitante com heparina de baixo peso molecular nos primeiros cinco dias de terapia combinada oral.
- (E) os inibidores diretos do fator Xa exercem seu efeito terapêutico principal acelerando a ação inibidora natural da antitrombina sobre a via comum da cascata de coagulação plasmática.

QUESTÃO 68

Homem de 20 anos é atendido no ambulatório após uma internação hospitalar recente, quando se apresentou com cefaleia e foi constatada hipertensão acelerada. A pressão arterial (PA) foi inicialmente estabilizada com agentes intravenosos e ele recebeu alta após sua PA ser estabilizada com anlodipino 10 mg/dia, ramipril 10 mg/dia e indapamida 2,5 mg/dia. No ambulatório, ele menciona que seu pai teve uma hemorragia intracraniana na faixa dos trinta anos e, desde então, faz uso de medicamentos anti-hipertensivos. O paciente nega etilismo, tabagismo, uso de drogas ou outros antecedentes. Ao exame físico de agora: PA: 154 x 97 mmHg. Exames séricos atuais: creatinina: 0,86 mg/dL; sódio: 142 mEq/L; potássio: 2,9 mEq/L; bicarbonato: 34 mEq/L; concentração de renina plasmática: baixa; aldosterona plasmática: alta.

Considerando o exposto, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) aldosteronismo remediável por glicocorticoides.
- (B) excesso aparente de mineralocorticoides.
- (C) síndrome de Gittelman.
- (D) síndrome de Gordon.
- (E) síndrome de Liddle.

QUESTÃO 69

Homem de 82 anos, com doença renal crônica estágio 4 estável, é admitido no serviço de urgência com um exantema cutâneo eritematoso bolhoso disseminado. O histórico também é relevante para hipertensão arterial e gota, para as quais faz uso regular de ramipril e alopurinol. Ao ser questionado, o paciente lembra que, há alguns dias, iniciou uma nova medicação para sua hipertensão, mas não se recorda do nome. Ao exame físico: temperatura: 38,3 °C; frequência cardíaca: 132 bpm; pressão arterial: 98 x 49 mmHg. Exames séricos: ureia: 105 mg/dL; creatinina: 3,8 mg/dL (de base: 2,3 mg/dL); contagem de eosinófilos: 1.300/mm³.

Assinale a alternativa que indica corretamente a medicação que, provavelmente, foi iniciada recentemente por esse paciente.

- (A) Anlodipino.
- (B) Espironolactona.
- (C) Hidroclorotiazida.
- (D) Furosemida.
- (E) Metoprolol.

QUESTÃO 70

Homem de 62 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, tabagismo e câncer de próstata, comparece para avaliação de risco cirúrgico cardiovascular perioperatório antes da realização de prostatectomia. O paciente tem boa capacidade funcional, sendo capaz de caminhar em terreno plano sem sintomas limitantes e subir dois lances de escada sem apresentar angina. Ao exame físico: frequência cardíaca: 80 bpm; pressão arterial: 145 x 90 mmHg; SatO₂ em ar ambiente: 98%; ausculta cardíaca: ritmo regular, com sopro sistólico de pico tardio (intensidade 2/6) em bordo esternal superior direito e hipofonese de segunda bulha (A2); pulmonar: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, sem estertores; abdome normal; extremidades sem edema, com pulsos tibiais posteriores palpáveis. Eletrocardiograma: ritmo sinusal; critérios para hipertrofia ventricular esquerda. Tomografia de tórax realizada recentemente evidencia calcificação coronariana moderada e calcificação da valva aórtica.

Nesse caso, além do estímulo à cessação do tabagismo, constitui recomendação apropriada:

- (A) solicitar uma angiocoronariografia coronariana percutânea.
- (B) solicitar uma angiotomografia computadorizada de artérias coronárias.
- (C) solicitar uma cintilografia miocárdica com estresse farmacológico.
- (D) solicitar um ecocardiograma transtorácico.
- (E) recomendar prosseguir com a cirurgia nesse momento.

QUESTÃO 71

Mulher de 32 anos, previamente hígida, procura atendimento com quadro de tosse de duas semanas de evolução, além de dor e sensação de pressão sinusal. Ela relata ter apresentado odinofagia há uma semana. A tosse inicialmente era seca (não produtiva), mas atualmente apresenta pequena quantidade de escarro amarelado. Nega contato com pessoas doentes ou viagens recentes. Ela trabalha no aviário do zoológico, cuidando de araras, papagaios e periquitos. Ao exame físico: temperatura: 37,8 °C; ausculta pulmonar com estertores crepitantes esparsos em base pulmonar esquerda. A radiografia de tórax revelou áreas esparsas de consolidação no lobo inferior esquerdo. A coloração de Gram e a cultura bacteriana de rotina do escarro em meios ágar sangue, ágar chocolate e ágar MacConkey foram negativas para micro-organismos.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o antimicrobiano de escolha para o agente causador dessa infecção é

- (A) amoxicilina-clavulanato.
- (B) doxiciclina.
- (C) itraconazol.
- (D) levofloxacino.
- (E) trimetoprima-sulfametoxazol.

QUESTÃO 72

Mulher de 37 anos procura atendimento médico em um serviço de pronto atendimento. Na última semana, refere que desenvolveu dor abdominal e notou icterícia, acompanhada de fadiga e mal-estar geral. O histórico médico inclui diagnóstico de tireoidite de Hashimoto, em uso de terapia de reposição hormonal. Seus sinais vitais revelam temperatura de 37 °C, frequência cardíaca de 74 bpm e pressão arterial de 101 x 67 mmHg. O exame físico evidencia hepatomegalia leve e comprova icterícia de escleras. Os exames laboratoriais demonstram: ALT (TGP): 430 U/L; AST (TGO): 389 U/L; bilirrubina total de 6,7 mg/dL e bilirrubina direta de 3,3 mg/dL; IgG sérica: 2.630 mg/dL (normal: até 1.600); sorologias virais: negativas. A paciente nega etilismo ou uso de drogas ilícitas.

Diante das informações apresentadas, o diagnóstico provável é

- (A) colangite biliar primária.
- (B) colangite esclerosante.
- (C) hepatite autoimune.
- (D) linfoma hepático.
- (E) síndrome de Budd-Chiari.

QUESTÃO 73

Mulher de 58 anos, assintomática, comparece em consulta de rotina. Nega fadiga, desconforto abdominal, icterícia ou sangramentos. Relata não ter o hábito de consumir bebidas alcoólicas, usar medicamentos hepatotóxicos ou formulações fitoterápicas. Ela tem antecedente de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado, há 8 anos (em uso de metformina, 1.000 mg/dia), além de obesidade grau I e dislipidemia (parou a medicação por conta própria). Ao exame físico: pressão arterial: 138 x 82 mmHg; frequência cardíaca: 76 bpm; IMC: 33,9 kg/m²; abdome: globoso, flácido, indolor à palpação; fígado palpável no rebordo costal direito, com borda romba e indolor; ausência de esplenomegalia, ascite, eritema palmar ou circulação colateral. Exames séricos: AST (TGO): 48 U/L; ALT (TGP): 52 U/L; plaquetas: 180.000/mm³; glicemia de jejum: 145 mg/dL; hemoglobina glicada (HbA1c): 7,6%; albumina: 4,1 g/dL; bilirrubinas normais. Ultrassom: fígado com ecogenicidade difusamente aumentada, atenuando o feixe sonoro nas porções profundas, padrão compatível com esteatose hepática de grau moderado; vias biliares normais. O escore não invasivo FIB-4 é de 2,14 (intermediário risco).

Em relação ao caso descrito, é correto afirmar:

- (A) a introdução de análogos do receptor de GLP-1, como a semaglutida, constitui uma intervenção terapêutica válida, nesse cenário, para promover perda ponderal e melhorar a histologia hepática.
- (B) a metformina atua de forma direta na reversão da esteatoepatite e na degradação das traves fibróticas intra-hepáticas, justificando o aumento de sua dosagem como estratégia para a resolução do quadro.
- (C) a suplementação em altas doses de vitamina E atua como medida para mitigar a progressão fibrótica, considerando sua alta eficácia validada no controle do estresse oxidativo em indivíduos portadores de esteatose hepática e diabetes.
- (D) a tomografia de abdome com fase de contraste venoso é o exame recomendado para solucionar a incerteza do escore FIB-4, permitindo maior precisão nas medidas da rigidez tecidual e em pacientes com excesso de adiposidade.
- (E) o escore de risco de fibrose da paciente utiliza fosfatase alcalina e gama-GT na fórmula que traduzem a magnitude da atividade necroinflamatória e a extensão do dano aos ductos biliares periféricos.

QUESTÃO 74

Homem de 45 anos dá entrada no serviço de emergência com queixa de dor e edema no braço, câibras musculares, calafrios, febre e vômitos. O paciente relata que estava movendo uma pilha de madeira quando foi picado por uma aranha preta com uma marcação alaranjada em forma de amputilha. Ele é tratado com soro antilatrofófico, recebendo alta após apresentar sinais vitais estáveis por duas horas. Dez dias depois, o paciente procura atendimento, queixando-se de febre e dor articular. Os sinais vitais revelam temperatura de 37,5 °C; frequência cardíaca de 75 bpm e frequência respiratória de 16 irpm.

Nesse momento, qual dos seguintes achados é esperado ao exame físico?

- (A) Conjuntivite.
- (B) Enduração no local da injeção.
- (C) Exantema não pruriginoso.
- (D) Icterícia.
- (E) Linfadenopatia.

QUESTÃO 75

Mulher de 55 anos apresenta quadro de rigidez matinal com duração de várias horas. Ela queixa-se de dor e edema nas articulações dos dedos e dos punhos, com sintomas de caráter intermitente. Ao exame físico, nota-se que a dor, o edema e a rigidez têm distribuição simétrica. A radiografia evidencia aumento de partes moles e redução do espaço articular. Os achados laboratoriais relevantes são: velocidade de hemossedimentação: 28 mm/h; anticorpo antinuclear: 1:320; fator reumatoide: 1:128; anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico: 62 U/mL.

Nesse caso, o tratamento inicial recomendado de maior impacto em longo prazo é:

- (A) etanercepte.
- (B) hidroxicloroquina.
- (C) leflunomida.
- (D) metotrexato.
- (E) rituximabe.

QUESTÃO 76

Homem de 65 anos é levado ao departamento de emergência com rebaixamento do nível de consciência e esforço respiratório acentuado. O histórico é relevante para acidente vascular cerebral isquêmico extenso, ocorrido há quatro meses, que resultou em hemiparesia à direita residual. Ao exame físico: o paciente encontra-se torporoso; pressão arterial: 80 x 45 mmHg; frequência cardíaca: 128 bpm; frequência respiratória: 32 irpm; temperatura: 39,2 °C; SatO₂ em ar ambiente: 84%; nota-se uso acentuado de musculatura acessória e estertores crepitantes difusos em base pulmonar direita à ausculta; tempo de enchimento capilar: 5 segundos. Dois acessos venosos periféricos são estabelecidos com ressuscitação volêmica inicial rápida com cristaloides. A intubação de sequência rápida é indicada.

Nessa circunstância, é correto afirmar:

- (A) a aplicação de pressão cricoide atua como a intervenção para reverter o colapso cardiovascular peri-intubação, devendo ser mantida para estimular os barorreceptores carotídeos e elevar mecanicamente a pressão arterial média.
- (B) a dose do etomidato deve ser substancialmente aumentada em pacientes com choque séptico, visando superar a resistência farmacológica induzida pelo estado hiperdinâmico e assegurar a inconsciência profunda antes do uso do laringoscópio.
- (C) a succinilcolina é considerada segura nesse caso, pois o intervalo de quatro meses desde o evento isquêmico cerebral garante a normalização estrutural dos receptores de acetilcolina periféricos e reduz substancialmente os riscos metabólicos.
- (D) o propofol é o hipnótico de escolha para essa apresentação clínica, pois sua farmacocinética promove aumento do tônus simpático e da resistência vascular sistêmica, compensando a hipotensão arterial observada no choque séptico.
- (E) o rocurônio constitui o bloqueador neuromuscular de escolha para esse paciente, sendo a dose de 1.5 mg/kg recomendada para garantir condições de intubação comparáveis às da succinilcolina no intervalo de quarenta a sessenta segundos.

QUESTÃO 77

Mulher de 25 anos, previamente hígida, refere história de febre, cólicas abdominais, diarreia e vômitos há 3 dias. Relata que, há cerca de 5 dias, consumiu uma porção inteira de massa de biscoito crua (contendo ovos crus). Não há hematoquezia ou antecedentes mórbidos relevantes. Ao exame físico: temperatura: 37,9 °C; pressão arterial: 127 x 83 mmHg; frequência cardíaca: 92 bpm; abdome: há dor leve à palpação difusa. A coprocultura demonstra crescimento de colônias negras em ágar Hektoen e o exame parasitológico de fezes é negativo.

Para essa paciente, a conduta apropriada é

- (A) prescrever azitromicina.
- (B) prescrever ciprofloxacino.
- (C) prescrever metronidazol.
- (D) prescrever trimetoprima-sulfametoxazol.
- (E) não prescrever terapia antimicrobiana.

QUESTÃO 78

Mulher de 29 anos é atendida em consulta de rotina para aconselhamento pré-concepcional, já que planeja constituir família muito em breve. Ela tem história de cardiopatia reumática, mas nega quaisquer sintomas cardíacos e diz caminhar três vezes por semana como exercício. A única medicação em uso é uma injeção mensal de penicilina benzatina. Ao exame físico: pressão arterial: 138 x 84 mmHg; frequência cardíaca: 60 bpm; SatO₂ em ar ambiente: 98%; não há turgência jugular; pulmões estão limpos à ausculta; cardíaco: ritmo regular, com B1 suave; nenhum sopro é auscultado; não há edema de membros inferiores. Eletrocardiograma: ritmo sinusal. Ecocardiograma transtorácico: fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 65%; há aumento do átrio esquerdo; os folhetos da valva mitral (VM) estão espessados, com fusão comissural; não há calcificação ou espessamento subvalvar; o tempo de meia-pressão (*pressure half-time*) da VM é de 170 ms.

Nesse momento, a melhor recomendação para essa paciente é

- (A) encaminhar para valvuloplastia por balão.
- (B) iniciar lisinopril.
- (C) iniciar metoprolol.
- (D) recomendar nunca tentar engravidar.
- (E) recomendar prosseguir com a tentativa de engravidar.

QUESTÃO 79

Homem de 66 anos é atendido com o relato de prurido, hipocolia fecal e fadiga. Ele recebeu recentemente o diagnóstico de linfoma folicular. O exame físico revela icterícia de escleras/conjuntivas. Os exames laboratoriais demonstram hemoglobina de 9,8 g/dL.

Diante do exposto, considerando o diagnóstico de base, qual exame, provavelmente, está alterado?

- (A) AST (TGO) elevado.
- (B) Gama-GT elevada.
- (C) Haptoglobina elevada.
- (D) Reticulócitos reduzidos.
- (E) Tempo de protrombina prolongado.

QUESTÃO 80

Mulher de 30 anos dá entrada no serviço de emergência com história de sangramento vaginal leve e dor abdominal há uma semana. A data da última menstruação foi há aproximadamente 7 semanas. Ela supôs que estivesse menstruada, mas as cólicas estão mais intensas do que o habitual. Ao exame físico: temperatura: 36,9 °C; frequência cardíaca: 120 bpm; há dor à palpação do quadrante inferior direito do abdome. O ultrassom mostra útero vazio e uma massa anexial direita. O exame de hCG urinário é positivo e os resultados de beta-hCG sérico estão pendentes.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, constitui o patógeno que essa paciente, provavelmente, já foi infectada no passado:

- (A) *Actinomyces israelii*.
- (B) *Chlamydia trachomatis*.
- (C) *Escherichia coli*.
- (D) *Listeria monocytogenes*.
- (E) *Mycobacterium tuberculosis*.

RASCUNHO

RASCUNHO

