



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo E05**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **6 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 16 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVest a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVest se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVest. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **120** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)
<p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto Ca²⁺ – Cálcio Cl⁻ – Cloro Cr – Creatinina DUM – Data da Última Menstruação ECG – Eletrocardiograma FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória FSH – Hormônio Foliculo Estimulante GGT – Gamaglutamiltransferase HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica HCO₃⁻ – Bicarbonato Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito IAM – Infarto Agudo do Miocárdio IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea irpm – Incursões Respiratórias por Minuto IST – Infecção Sexualmente Transmissível K⁺ – Potássio LH – Hormônio Luteinizante mEq – Miliequivalente Mg²⁺ – Magnésio mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MMSS – Membros Superiores MV – Murmúrios Vesiculares Na⁺ – Sódio PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PEP – Profilaxia Pós-Exposição PrEP – Profilaxia Pré-Exposição pO₂ – Pressão Parcial de Oxigênio POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RN – Recém-nascido SpO₂ – Saturação Percutânea de Oxigênio TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Amino transferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Amino transferase TSH – Hormônio Tireo-Estimulante UI – Unidades Internacionais Ur – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL mulheres = 15 a 149 µg/mL Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL mulheres = 50 a 170 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 136 a 145 mEq/L TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL PTH = 10 a 65 pg/mL Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL menopausa = até 5,5 ng/dL LH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 15 a 100 UI/L fase lútea = até 15 UI/L menopausa = acima de 15 UI/L FSH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 12 a 25 UI/L fase lútea = até 12 UI/L menopausa = acima de 30 UI/L Prolactina = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 UI/L Lipase = inferior a 60 UI/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens: 12 a 73 UI/L mulheres = 8 a 41 UI/L Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L mulheres = 35 a 104 UI/L Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm Vitamina D = > 20 ng/mL</p>
<p>VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL</p> <p>pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p>	<p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14% Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm³ Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm³ Eosinófilos = 20 a 420/mm³ Basófilos = 10 a 80/mm³ Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm³ Monócitos = 220 a 730/mm³ Segmentados = 1.500 a 5.000/mm³ Bastonetes = até 829/mm³ Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm³ Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>
<p>VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	

01

Homem, 58 anos de idade, morador de área rural, com astenia, dor e desconforto em hipocôndrio esquerdo há 6 meses. Exame clínico: fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito e abaixo a 12 cm do rebordo costal esquerdo. Sem adenomegalias.

• Exames laboratoriais:

Hb: 12 g/dL

Leucócitos: 25.000/mm³

Mieloblastos: 3%

Promielócitos: 3%

Mielócitos: 2%

Metamielócitos: 3%

Bastões: 3%

Neutrófilos: 60%

Basófilos: 5%

Eosinófilos: 5%

Monócitos: 5%

Plaquetas: 460 mil/mm³

Índices e morfologia normais

A hipótese diagnóstica mais provável é:

(A) Leucemia mielomonocítica crônica.

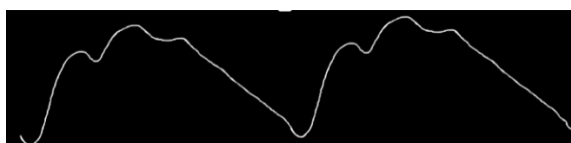
(B) Leucemia mieloide crônica.

(C) Leishmaniose visceral.

(D) Mielofibrose primária.

02

Mulher, 29 anos de idade, vítima de acidente de trânsito, com Escala de Coma de Glasgow de 7 na cena. Tomografia de crânio da admissão com contusões frontais bilaterais e edema cerebral difuso. Realizada monitorização com Cateter de Pressão Intracraniana (PIC), implante de derivação ventricular externa e foi transferida para a UTI. Nas primeiras 24 horas, a pressão intracraniana manteve-se controlada com medidas de primeira linha, mas evoluiu nas últimas horas com elevação da PIC e a seguinte curva no monitor:



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

(A) Manitol.

(B) Repetir TC de crânio.

(C) Doppler transcraniano.

(D) Coma com barbitúrico.

03

Mulher, 52 anos de idade, com diarreia crônica, aquosa, pior à noite, sem sintomas constitucionais. Antecedentes: colecistectomia. Calprotectina fecal e Proteína C Reativa normais. O tratamento mais adequado é:

(A) Amitríptilina.

(B) Colestiramina.

(C) Dieta sem glúten e sem lactose.

(D) Corticoide de liberação entérica.

04

Homem, 67 anos de idade, previamente hígido, apresenta prurido difuso há 4 meses. O sintoma é mais intenso à noite, e não respondeu a anti-histamínicos convencionais. Ao exame dermatológico, não há lesões primárias na pele, apenas escoriações pelo ato de coçar. O restante do exame clínico está normal. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose e eosinofilia discreta; funções hepática, renal e tireoidiana normais. Sorologias para HIV e hepatites negativas. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

(A) Linfoma.

(B) Escabiose nodular.

(C) Dermatite atópica.

(D) Prurido psicogênico.

05

Adolescente do sexo feminino, 17 anos de idade, nunca menstruou. Nega uso de medicações hormonais, casos semelhantes na família ou consanguinidade. Ao exame clínico, apresentou peso de 56 kg, altura de 148 cm. PA de 110×60 mmHg; FC de 72 bpm. Presença de lipomastia. Ausência de pelos axilares e pubianos. Genitália externa feminina normal. Ultrassonografia pélvica com imagem compatível com útero infantil (não foi possível visualizar a presença de gônadas durante o exame). Considerando o caso descrito, é mais provável que a paciente apresente

(A) cariótipo 45,X0.

(B) sinéquias uterinas.

(C) insensibilidade a andrógenos.

(D) hiperplasia adrenal congênita.

06

Homem, 18 anos de idade, sem comorbidades, comparece no pronto-socorro com queixa de epigastralgia e vômitos que melhoraram com metoclopramida e omeprazol. Evoluiu com dificuldade para fechar a boca e rigidez no pescoço, iniciadas há seis horas. Ao exame neurológico: distonia oromandibular, com abertura involuntária da mandíbula, além de distonia cervical, caracterizada por retrocolo e laterocolo. Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado.

(A) Levetiracetam.

(B) Fenitoína.

(C) Biperideno.

(D) Haloperidol.

07

Mulher, 40 anos de idade, com diagnóstico recente de câncer de mama luminal com metástases em sistema nervoso central. Assinale a alternativa que apresenta a melhor programação.

(A) Cirurgia.

(B) Radioterapia.

(C) Quimioterapia curativa.

(D) Quimioterapia paliativa.

08

Paciente, 72 anos de idade, portador de diabetes melito tipo 2 e doença arterial obstrutiva periférica, comparece ao pronto-socorro com queixa de dor torácica há cerca de 90 minutos com irradiação para ombro esquerdo e sudorese. Foi realizado eletrocardiograma que é apresentado na imagem a seguir. No passado, apresentou quadro de prurido intenso e eritema importante de face e pescoço associado ao uso de aspirina.



Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada quanto à antiagregação plaquetária.

- (A) Realizar ataque de dupla antiagregação plaquetária com AAS 300 e clopidogrel 600 mg.
- (B) Realizar dupla antiagregação com AAS 100 mg e clopidogrel 600 mg.
- (C) Omitir a dose de AAS e realizar ataque com clopidogrel 600 mg.
- (D) Realizar ataque com clopidogrel 600 mg e substituir AAS por tirofiban.

09

Homem, 66 anos de idade, tabagista e com DPOC, está internado por pneumonia grave, com necessidade de ventilação mecânica. O resultado da cultura de secreção traqueal é apresentado na tabela a seguir:

<i>Candida albicans</i>	
Fluconazol	Sensível
Anfotericina B	Resistente
Voriconazol	Resistente
Equinocandina	Sensível
<i>Staphylococcus aureus</i>	
Benzilpenicilina	Resistente
Clindamicina	Sensível
Ciprofloxacina	Resistente
Eritromicina	Resistente
Oxacilina	Sensível
Sulfametoxazol/trimetoprim	Sensível
Vancomicina	Sensível

Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta o tratamento antimicrobiano mais adequado.

- (A) Cefazolina.
- (B) Clindamicina.
- (C) Oxacilina e fluconazol.
- (D) Sulfametoxazol/trimetoprim e micafungina.

10

Mulher, 78 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito tipo 2 há 20 anos. Teve infarto agudo do miocárdio há cinco anos, tem doença renal crônica estágio 3b e retinopatia diabética não proliferativa leve. Além disso, relatou dois episódios de hipoglicemia que necessitaram de auxílio de terceiros no último ano. Seu tratamento atual consiste em metformina 500 mg/dia, sitagliptina 50 mg/dia e insulina NPH 20 unidades à noite, e 10 unidades pela manhã. A meta de HbA1c mais apropriada para esta paciente é:

- (A) 6,0% – 6,5%.
- (B) 6,5% – 7,0%.
- (C) 7,0% – 7,5%.
- (D) 7,5% – 8,5%.

11

Mulher, 45 anos de idade, submetida à ultrassonografia cervical por conta de nódulo tireoideano palpado durante a consulta de rotina. Seu médico a tranquilizou, pois os achados do exame não eram suspeitos para malignidade. O laudo mais provável deste exame é:

- (A) Nódulo isoecoico com microcalcificações.
- (B) Nódulo sólido-cístico com margens mal definidas.
- (C) Nódulo predominantemente cístico com focos hiperrefringentes.
- (D) Nódulo marcadamente hipoeicoico e mais alto do que largo.

12

Homem, 78 anos de idade, com astenia há quatro meses e dificuldade progressiva de realizar seus exercícios em academia. Refere hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito há cinco anos, controlados com losartana e metformina. Nega tabagismo e etilismo. Pai falecido de câncer de intestino e mãe falecida por infarto agudo do miocárdio. Três filhos com boa saúde. Ao exame clínico, apresenta-se descorado++/4+.

• Exames laboratoriais:

Hb: 7,5 g/dL

VCM: 108 fL

Leucócitos: 4.200/mm³

Neutrófilos: 2.100/mm³

Linfócitos: 1.680/mm³

Monócitos: 400/mm³

Eosinófilos: 20/mm³

Plaquetas: 152.000/mm³

Reticulócitos: 40.000/mm³

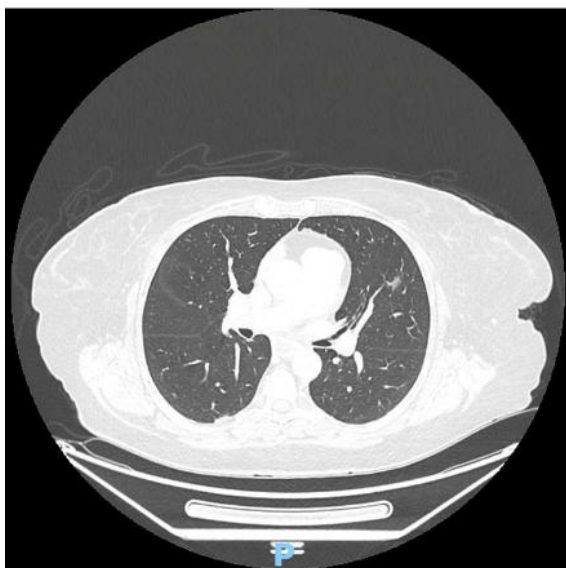
Presença de neutrófilos hipossegmentados e hipogranulares.

Em relação ao caso apresentado, o diagnóstico mais provável para a anemia é:

- (A) Síndrome mielodisplásica.
- (B) Anemia megaloblástica.
- (C) Deficiência de ferro.
- (D) Anemia hemolítica.

13

Paciente, 67 anos de idade, ex-tabagista de aprox. 40 anos-maço, com queixa de tosse seca há cerca de um mês. Apresenta lesão pulmonar em lobo superior esquerdo visto em tomografia de tórax realizada há um ano. Sem alterações ao exame clínico. Há uma semana, procurou o pronto-socorro com piora da tosse. A tomografia realizada nesta ocasião é mostrada na imagem a seguir:



A próxima conduta mais adequada, neste caso, é:

- (A) Ressecção do nódulo.
- (B) Broncoscopia com biópsia.
- (C) Ressonância magnética do tórax.
- (D) Corticoide inalatório e broncodilatador.

Texto para as questões de 14 a 16

Mulher, 58 anos de idade, em avaliação pré-operatória de gastroduodenopancreatectomia por neoplasia de cabeça de pâncreas. A cirurgia tem duração estimada de 8 horas, com perda sanguínea estimada de 500 a 1.000 mL e está programada para ser realizada em duas semanas. Tem antecedente de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2, dislipidemia mista e tabagismo de 35 anos-maço. Foi submetida à revascularização miocárdica com colocação de *stent* farmacológico há 8 meses. Relata dispneia aos moderados esforços. Nega angina, dispneia paroxística noturna, ortopneia e edema de membros inferiores. Está em uso de losartana, anlodipino, atenolol, metformina, dapagliflozina, rosuvastatina, Ácido Acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel. Exame clínico sem alterações. Eletrocardiograma (ECG) com alteração de repolarização difusa.

14

Os riscos cardiovascular e do procedimento são, respectivamente:

- (A) Moderado e moderado.
- (B) Moderado e alto.
- (C) Alto e moderado.
- (D) Alto e alto.

15

Os exames indicados no período perioperatório são:

- (A) ECG e troponina nos primeiros dois dias após a cirurgia.
- (B) Cintilografia de perfusão miocárdica antes da cirurgia.
- (C) NT-pro-BNP nos três primeiros dias após a cirurgia.
- (D) Ecocardiograma transtorácico em repouso antes da cirurgia.

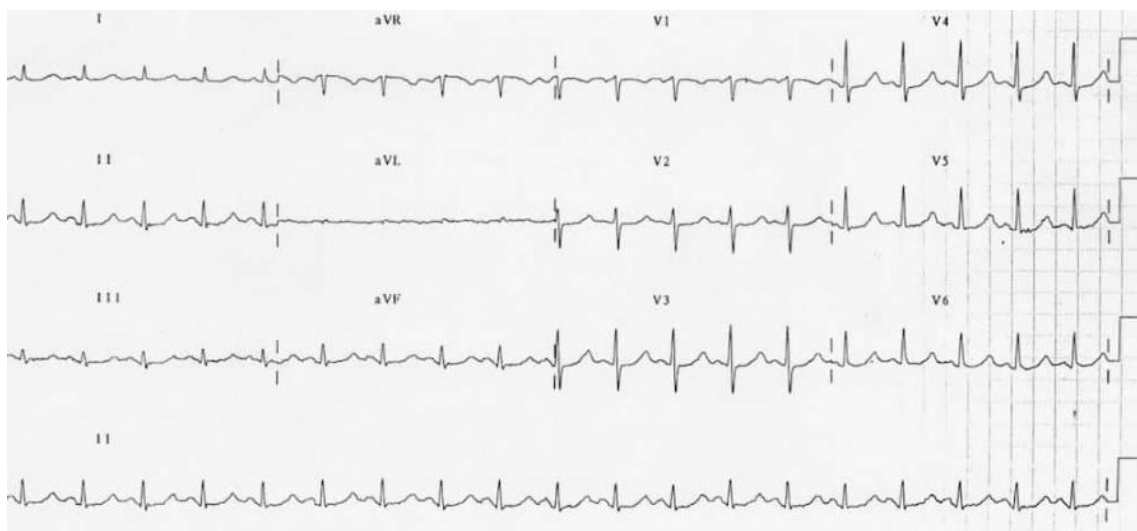
16

Além da manutenção de rosuvastatina, losartana, anlodipino e atenolol, deve-se

- (A) manter AAS e clopidogrel. Suspender dapagliflozina 3 dias antes do procedimento e metformina no dia do procedimento.
- (B) manter AAS e clopidogrel. Suspender dapagliflozina no dia e metformina 3 dias antes do procedimento.
- (C) suspender clopidogrel 5 dias antes do procedimento e manter o AAS. Suspender dapagliflozina 3 dias antes e metformina no dia do procedimento.
- (D) suspender clopidogrel 5 dias antes do procedimento e manter o AAS. Suspender dapagliflozina no dia e metformina 3 dias antes do procedimento.

17

Homem, 58 anos de idade, com diagnóstico recente de COVID-19, não vacinado. Tem insuficiência venosa e pré-diabetes e faz uso de metformina e furosemida quando nota piora do inchaço nas pernas. Há seis dias, relata episódios de desmaio, precedidos por mal-estar inespecífico. Para COVID-19, faz uso de ondansetrona, tramadol, azitromicina e hidroxycloquina. Ao exame clínico, apsenat PA de 100×60 mmHg, FC de 110 bpm, SpO₂ de 95% e temperatura de 37,4 °C. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Dermatite ocre e edema simétrico +/4+ em membros inferiores. O ECG está apresentado a seguir:



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável da queixa de seis dias.

- (A) Síncope neurogênica.
- (B) Torsades de Pointes.
- (C) Arritmia ventricular por miocardite.
- (D) Disautonomia relacionada à Covid-19.

18

Homem, 48 anos de idade, previamente hígido, há 6 meses recebeu diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (32%), de etiologia alcoólica e iniciou tratamento clínico. Compareceu à consulta médica relatando múltiplos episódios de hipotensão sintomática (90×50 mmHg) que correlacionou ao aumento recente da dose de enalapril para 20 mg 2x ao dia. Está abstêmio, em classe funcional II, em uso, além do enalapril, de espironolactona 12,5 mg 1x ao dia, carvedilol 6,25 mg 2x ao dia e furosemida 80 mg 1x ao dia. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para este paciente.

- (A) Suspender a espironolactona.
- (B) Transicionar carvedilol para ivabradina.
- (C) Reduzir a dose do enalapril.
- (D) Reduzir a dose de furosemida.

19

Homem, 25 anos de idade, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro após ingestão intencional de 35 g de paracetamol, durante uma tentativa de suicídio, há quatro horas. Está consciente, com PA de 120×80 mmHg, FC de 95 bpm, sem alterações neurológicas. A conduta mais adequada é:

- (A) Hemodiálise precoce.
- (B) Acetilcisteína e carvão ativado.
- (C) Dosagem sérica seriada de paracetamol.
- (D) Dosagem seriada de AST/ALT.

20

Mulher, 19 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito tipo 1 há cinco anos. É trazida no pronto-socorro, onde foi realizado diagnóstico de cetoacidose diabética. Exames iniciais apresentaram:

Glicemia capilar: 550 mg/dL
 pH: 7,10
 HCO₃⁻: 8 mEq/L
 Na⁺: 130 mEq/L
 K⁺: 5,8 mEq/L
 Ur: 60 mg/dL
 Cr: 1,5 mg/dL
 Cetonas séricas: +++/4+

Foi iniciada hidratação venosa com NaCl 0,9% e insulino terapia intravenosa contínua (0,1 U/kg/h). Após quatro horas de tratamento, a paciente está mais alerta, a glicemia é de 240 mg/dL, e os novos exames mostram:

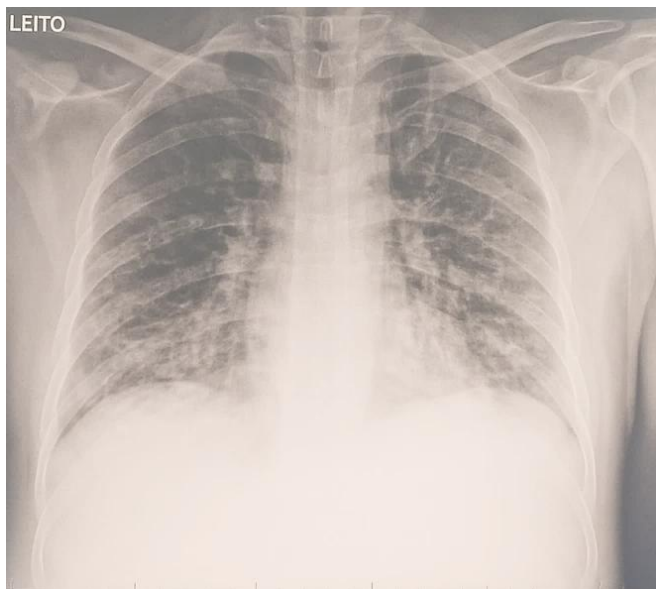
pH: 7,25
 HCO₃⁻: 15 mEq/L
 K⁺: 3,5 mEq/L

A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Manter a infusão de insulina e adicionar solução glicosada.
- (B) Administrar cloreto de potássio na solução de hidratação venosa.
- (C) Aumentar a taxa de infusão da solução salina isotônica.
- (D) Trocar a insulina por NPH subcutânea e oferecer dieta.

Texto para as questões de 21 a 23

Homem, 30 anos de idade, relata tosse e febre. Ao exame clínico, encontra-se confuso, com FR de 30 irpm e SpO₂ de 85%, em ar ambiente. Iniciada máscara não reinalante em *flush rate* e paciente manteve esforço respiratório com SpO₂ de 87%, com FR de 35 irpm, FC de 120 bpm e PA de 100×60 mmHg. A radiografia de tórax é apresentada na imagem a seguir:



21

Em relação ao caso descrito, a conduta mais adequada na intubação orotraqueal deste paciente é:

- (A) Intubação com paciente acordado.
- (B) Realizar resgate com máscara laríngea.
- (C) Pré-oxigenação com ventilação não invasiva.
- (D) Pré oxigenação e intubação com ventilação apneica com cateter nasal de alto fluxo.

22

Paciente no segundo dia de ventilação mecânica, em modo volume controlado, com volume corrente de 7 mL/kg, PEEP de 10 cmH₂O, pressão de platô de 27 cmH₂O, pressão de pico de 33 cmH₂O, FR de 30 irpm, FiO₂ de 70%, apresenta a seguinte gasometria:

pH: 7,19
PaCO₂: 55 mmHg
PaO₂: 112 mmHg
HCO₃⁻: 19 mEq/L
BE: -5

Neste momento, a conduta mais adequada é:

- (A) Aumentar a PEEP.
- (B) Bicarbonato de sódio 1 mEq/kg.
- (C) Reduzir volume corrente.
- (D) Reduzir o espaço morto do circuito.

23

No quarto dia de ventilação mecânica, o paciente está sedado com propofol 1,4 mg/kg/h e fentanil 2 µg/kg/h, e em uso de bloqueio neuromuscular com cisatracúrio 0,12 mg/kg/h. Apresenta PaO₂ de 76 mmHg, ventilando em modo volume controlado com volume corrente de 6 mL/kg, PEEP de 10 cmH₂O, pressão de platô de 22 cmH₂O e FiO₂ de 45%. No momento da avaliação, paciente apresenta pontuação na *Behavior Pain Scale* – BPS de 3 e a capnografia apresentada na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Manter sedação titulada para RASS -5.
- (B) Aumentar dose de opioide.
- (C) Suspender bloqueio neuromuscular.
- (D) Realizar teste de respiração espontânea.

24

Homem, 52 anos de idade, com hipertensão arterial mal controlada e histórico de infarto agudo do miocárdio há um ano, em uso de AAS 100 mg e enalapril 10 mg ao dia. Trazido para a emergência com relato de síncope e queda da própria altura. Realizou a tomografia de crânio apresentada a seguir:



Em relação ao caso apresentado, a próxima conduta mais adequada é:

- (A) Angiotomografia arterial.
- (B) Fenitoína endovenosa.
- (C) Transfusão de plaquetas.
- (D) Drenagem de hematoma intracraniano.

25

Mulher, 47 anos de idade, vegana, com sangramento genital há 15 dias e febre há dois dias. Nega doenças prévias. Exame clínico: regular estado geral, descorada++/4+, temperatura axilar de 38 °C, orofaringe hiperemiada e com petéquias em palato, fígado a 2 cm do rebordo costal direito.

• Exames laboratoriais:

Hb: 9,5 g/dL

VCM: 105 fL

Leucócitos: 800/mm³

Neutrófilos: 100/mm³

Linfócitos: 680/mm³

Monócitos: 20/mm³

Presença de algumas células anômalas, com nucléolos evidentes

Plaquetas: 12.000/mm³

TP: atividade 50%

TTPA: 1,3

TT: 27 s

Fibrinogênio: 150 mg/dL (ref.: 200 a 400 mg/dL)

βHCG: normal

Foi realizado raio-X de tórax, sem alterações. Em relação ao caso apresentado, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Leucemia aguda.
- (B) Anemia megaloblástica.
- (C) Aplasia medular.
- (D) Septicemia.

26

Mulher, 22 anos de idade, queixa-se de crises de falta de ar associadas à tosse e sibilância, sobretudo quando exposta a ambientes com muita poeira. Raramente acorda à noite com falta de ar. Nega tabagismo. Para confirmação diagnóstica foi solicitada uma prova de função pulmonar. Assinale a alternativa que apresenta o resultado mais compatível com o diagnóstico da paciente.

(A)	CVF = pré-BD: 2,60 (80%) → pós-BD: 2,70 (82%) VEF1 = pré-BD: 1,50 (65%) → pós-BD: 1,92 (85%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,57 → pós-BD: 0,71
(B)	CVF = pré-BD: 2,60 (80%) → pós-BD: 2,60 (80%) VEF1 = pré-BD: 1,50 (65%) → pós-BD: 1,60 (68%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,57 → pós-BD: 0,61
(C)	CVF = pré-BD: 2,60 (80%) → pós-BD: 2,70 (82%) VEF1 = pré-BD: 1,82 (80%) → pós-BD: 1,82 (80%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,70 → pós-BD: 0,67
(D)	CVF = pré-BD: 2,60 (70%) → pós-BD: 2,70 (80%) VEF1 = pré-BD: 1,82 (80%) → pós-BD: 2,02 (90%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,70 → pós-BD: 0,75

Note e adote:

CVF: Capacidade Vital Forçada;

VEF1: Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo;

BD: Broncodilatador

27

Homem, 61 anos de idade, com sobrepeso, trabalhador braçal, com queixas de dor em mãos, ombros e joelho esquerdo há 5 anos. Relata piora progressiva, principalmente ao final do dia, e rigidez matinal com duração de 30 minutos. Nega sintomas sistêmicos. Ao exame clínico, apresenta aumento de volume nas interfalangeanas proximais e distais, com nódulos palpáveis, além de crepitação nos ombros e nos joelhos. Há redução da mobilidade do joelho esquerdo. A radiografia do joelho esquerdo é apresentada na imagem a seguir:



A abordagem inicial mais adequada em relação ao joelho esquerdo é:

- (A) Medidas não farmacológicas.
- (B) Indicação de artroplastia.
- (C) Infiltração intra-articular com glicorticoide.
- (D) Glicocorticoide oral sistêmico.

28

Homem, 37 anos de idade, HIV confirmado, sem uso de antirretrovirais e CD4 40 células/μL. Queixa de cefaleia há três semanas, diplopia há cinco dias e dois episódios de vômitos. Tinta da China no líquido com leveduras encapsuladas. Não há flucitosina, nem formulações lipídicas de anfotericina B no hospital. Em relação ao caso apresentado, o tratamento mais adequado é:

- (A) Fluconazol 1.200 mg/dia em monoterapia, por 4 semanas.
- (B) Anfotericina B desoxicolato 0,7 mg/kg/dia + fluconazol 1.200 mg/dia, por 2 semanas.
- (C) Anfotericina B desoxicolato 1 mg/kg/dia + fluconazol 800 mg/dia, por 2 semanas.
- (D) Anfotericina B desoxicolato 5 mg/kg/dia + fluconazol 800 mg/dia, por 2 semanas.

29

Homem, 47 anos de idade, com quadro súbito de vertigem enquanto praticava atividade física na academia há seis horas. Também refere diplopia binocular, que melhora ao fechar um dos olhos, e sensação de que é empurrado para direita. Nega antecedentes médicos ou uso de medicações. Apresenta PA de 180×100 mmHg, FC de 110 bpm, glicemia capilar de 93 mg/dL. Ao exame neurológico, apresenta nistagmo horizontal para esquerda, desalinhamento vertical (com olho hipotrópico à direita) e pupila miótica à direita. Realizou tomografia de crânio sem contraste que não mostrou alterações. Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta mais adequada.

- (A) Executar as manobras de Dix-Hallpike e de Epley.
- (B) Administrar dimenidrato e nitroprussiato de sódio IV.
- (C) Trombólise com alteplase 0,9 mg/kg intravenosa.
- (D) Angiotomografia arterial cervical e intracraniana.

30

Mulher, 58 anos de idade, com hipertensão arterial e com histórico de cirurgia bariátrica (gastrectomia vertical tipo *sleeve* e *bypass* em Y de Roux), relata fratura vertebral após levantar o neto recém-nascido do chão. Possui os seguintes exames:

- Densitometria óssea:
T-score de fêmur total: -2,4
Colo de fêmur: -2,4
Coluna L1-L4: -2,7
- Exames laboratoriais:
Cr: 0,7 mg/dL
Ca²⁺ total: 8,7 mg/dL
Fósforo: 2,4 mg/dL
25-OH-vitamina D: 9 ng/mL
Albumina: 3,7 g/dL
Paratormônio: 103 pg/mL
TGO/AST: 30 U/L
TGP/ALT: 31 U/L
FA: 123 U/L
GGT:40 U/L

O tratamento inicial mais adequado para esta paciente deve incluir:

- (A) Citrato de cálcio + vitamina D.
- (B) Carbonato de cálcio + vitamina D + zoledrônico.
- (C) Citrato de cálcio + vitamina D + zoledrônico.
- (D) Carbonato de cálcio + vitamina D.

31

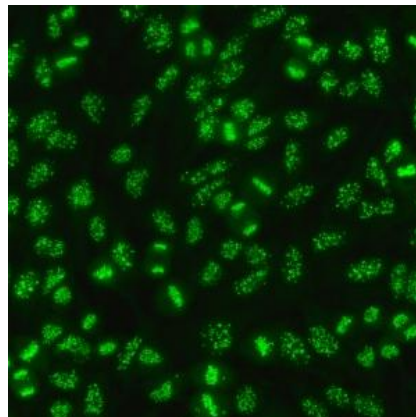
Mulher, 32 anos de idade, com artrite reumatoide em uso de metotrexato 25 mg/semana, em programação ambulatorial para troca por adalimumabe. Os imunizantes mais adequados para esta paciente, incluindo tanto os da rede pública como privada, são:

- (A) Febre amarela e herpes zoster.
- (B) Meningocócica ACWY e dengue.
- (C) Febre amarela e dengue.
- (D) Meningocócica ACWY e herpes zoster.

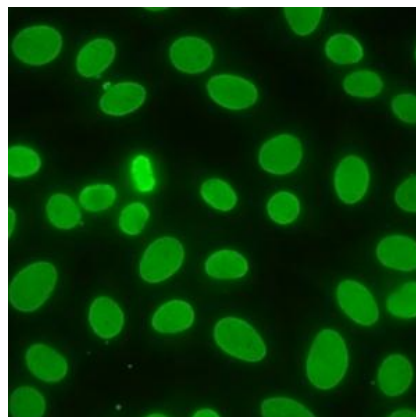
32

Mulher, 45 anos de idade, com sintomas constitucionais e sinusite de repetição há cinco meses. Nas últimas três semanas, passou a apresentar poliartralgias, redução da diurese, dispneia progressiva com tosse e escarros hemoptóicos. Não há evidências de infecção ou neoplasia. O padrão de imunofluorescência esperado para o diagnóstico mais provável é:

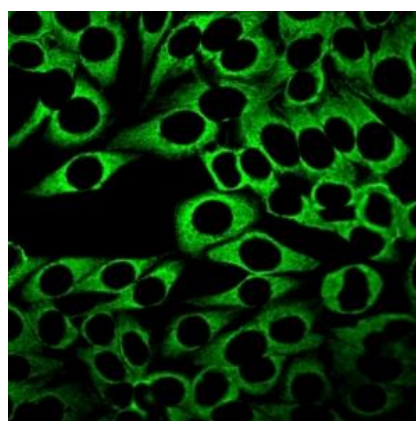
(A)



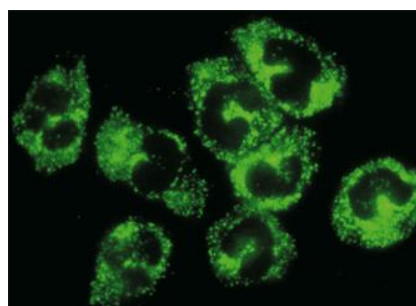
(B)



(C)

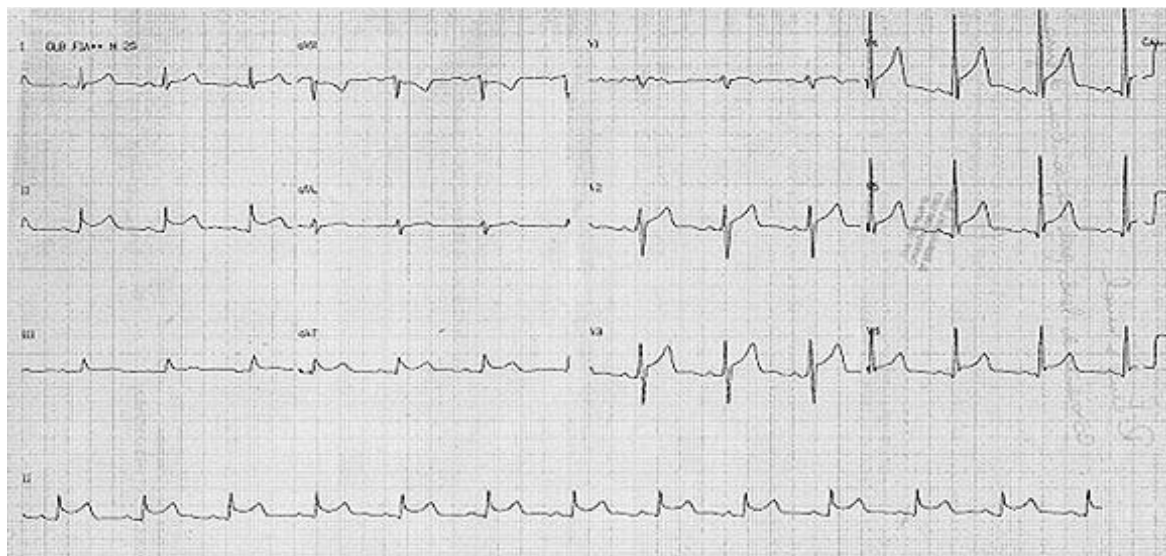


(D)



33

Homem, 62 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica mal controlada e tabagista de 20 cigarros/dia há 40 anos, procura a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de dor precordial de forte intensidade com irradiação para nuca e cefaleia associada à visão dupla e vertigem. Refere que o quadro se iniciou há cerca de 1 hora e 30 minutos. Ao exame físico, encontra-se lúcido, porém agitado, com PA de 200×100 mmHg, FC de 108 bpm, FR de 26 irpm, SpO₂ de 95% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, pulsos periféricos presentes e simétricos. No exame neurológico, apresenta-se com piora da diplopia agravada pela movimentação cefálica, nistagmo horizontal e marcha com instabilidade e tendência a queda para o lado esquerdo, sem outros déficits focais ou sinais meníngeos. Diante do quadro, foi solicitado um ECG na sala de emergência, demonstrado a seguir:



Em relação ao quadro apresentado, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada.

- (A) Caso a transferência a um centro de hemodinâmica seja maior que 120 minutos, deve-se prosseguir com administração de AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg, enoxaparina 30 mg EV e trombólise para infarto agudo do miocárdio.
- (B) Iniciar nitroprussiato de sódio imediatamente para controle rápido da pressão arterial visando redução de até 25% da PA inicial na primeira hora.
- (C) Encaminhar o paciente a uma tomografia computadorizada de crânio sem contraste e, na ausência de sangramento, prosseguir com trombólise pelo quadro de acidente vascular cerebral isquêmico.
- (D) Encaminhar o paciente para angiotomografia de aorta e, na presença de dissecção de aorta, iniciar controle de duplo produto com esmolol e nitroprussiato de sódio.

34

Mulher, 38 anos de idade, procura atendimento por astenia progressiva, perda de peso de 7 kg nos últimos 4 meses, hipotensão e hiperpigmentação da pele. Nega uso de medicamentos. Relata episódios de diarreia e tonturas ao levantar-se. Ao exame clínico, apresenta-se emagrecida, com PA de 90×60 mmHg e FC de 96 bpm.

• Exames laboratoriais:

Na⁺: 130 mEq/L

K⁺: 5,8 mEq/L

Glicose: 68 mg/dL

Cortisol sérico às 8h: 3,2 µg/dL (ref.: 5 a 25 µg/dL)

ACTH plasmático 180 pg/mL (ref.: 7 a 46 pg/mL)

A conduta mais adequada no manejo desta paciente é:

- (A) Repetir cortisol e ACTH e iniciar fludrocortisona.
- (B) Iniciar hidrocortisona e fludrocortisona.
- (C) Confirmar o diagnóstico com teste de estímulo.
- (D) Solicitar ressonância magnética de hipófise.

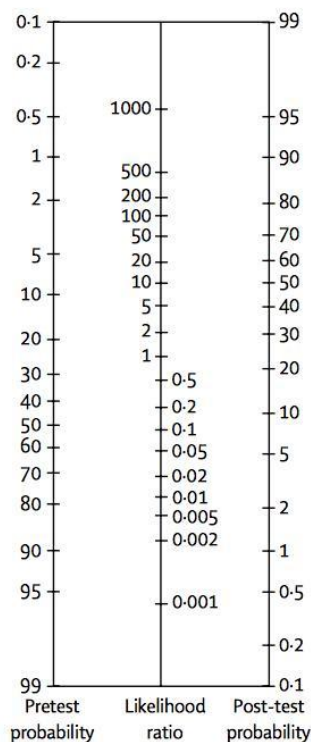
35

Um ensaio clínico randomizado de não inferioridade comparou o uso parcial de antibioticoterapia oral à terapia feita toda com antibioticoterapia intravenosa em pacientes com osteomielite crônica. A margem de não inferioridade foi definida em 0,80 para o risco relativo de resposta clínica completa. A análise por intenção de tratar (ITT) mostrou risco relativo de 0,95 (IC_{95%}: 0,82–1,07). A análise por protocolo mostrou risco relativo = 0,88 (IC_{95%}: 0,76–1,02). A interpretação mais adequada para o resultado é:

- (A) O resultado por ITT demonstra não inferioridade, independentemente da análise por protocolo.
- (B) A análise por protocolo deve ser evitada em ensaios de não inferioridade, pois sempre superestima o efeito da intervenção.
- (C) O estudo confirma a superioridade da estratégia com antibiótico oral sobre o intravenoso.
- (D) Como o IC da análise por protocolo cruza a margem de 0,80, não é possível confirmar não inferioridade.

36

Paciente, 50 anos de idade, sem comorbidades relevantes, apresenta dor torácica pleurítica e dispneia súbita. Pela avaliação clínica (escore de Wells), a probabilidade pré-teste de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é estimada em 20%. Foi solicitado um dímero-D, cujo desempenho em meta-análises é: sensibilidade de 95% e especificidade de 40%. O resultado foi negativo. Observe o gráfico a seguir:



Em relação às informações apresentadas, a probabilidade pós-teste aproximada de TEP nesse paciente é:

- (A) 2%.
- (B) 5%.
- (C) 7%.
- (D) 10%.

37

Homem, 63 anos de idade, com cirrose hepática, internado por infecção de trato urinário e aumento da ascite. Está recebendo ceftriaxone, recebeu dois dias de hidratação com cristaloides e diuréticos foram suspensos. Ao exame clínico, apresenta estado geral regular, PA de 100×50 mmHg, FC de 78 bpm, FR de 20 irpm, temperatura de 36,9 °C, SpO₂ de 97% em ar ambiente, bem perfundido, sem evidências de encefalopatia, ascite volumosa e depressível, com edema de membros inferiores +/4+. Ao longo dos três primeiros dias de internação, apresentou piora da creatinina de 1,1 mg/dL para 2,5 mg/dL. Sódio urinário <10 mEq/L. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Iniciar terlipressina e albumina.
- (B) Iniciar corticoide intravenoso.
- (C) Trocar antibioticoterapia.
- (D) Realizar paracentese de alívio.

38

Homem, 50 anos de idade, internado por pancreatite aguda por litíase biliar. No 12º dia de internação, evoluiu com piora clínica, apresentando PA de 96×52 mmHg, FC de 112 bpm e queda do hematócrito. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome contrastada apresentada na imagem a seguir:



Considerando o caso apresentado, a próxima conduta mais adequada é:

- (A) Necrosectomia aberta.
- (B) Antibioticoterapia de amplo espectro.
- (C) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- (D) Drenagem percutânea do cisto pancreático.

39

Mulher, 23 anos de idade, com anemia desde a infância, tratada diversas vezes com ferro oral. Nega consanguinidade familiar; mãe submetida à colecistectomia aos 32 anos de idade, avó materna esplenectomizada durante uma colecistectomia aos 52 anos de idade. Há seis meses, foi internada por pneumonia, necessitando de transfusão de sangue. Exame clínico: descorada 1+/4+, baço palpável a 6 cm do rebordo costal esquerdo.

• Exames laboratoriais:

Hb: 10,8 g/dL
 VCM: 83,5 fL (aguardando avaliação de sangue periférico)
 Leucócitos: 7.300/mm³ (diferencial normal)
 Plaquetas: 170.000/mm³
 Reticulócitos: 6,4% (192.000/mm³)
 Bilirrubina total: 2,1 mg/dL
 Bilirrubina indireta: 1,8 mg/dL
 DHL: 420 U/L (ref.: 240 UI/L)
 Haptoglobina sérica: 32 mg/dL (ref.: 30 a 100 mg/dL)
 Coombs direto: negativo

A alteração laboratorial com maior probabilidade de ser encontrada é:

- (A) Prova de falcização positiva.
- (B) CD55 negativo em 70% das hemácias.
- (C) Nível baixo de G6PD em eritrócitos.
- (D) Curva de resistência globular desviada para direita.

40

Homem, 62 anos de idade, tabagista de 60 anos-maço, procura o pronto atendimento com edema de face, de membros superiores, plethora facial, sudorese e circulação colateral no tórax. Ao exame clínico, apresenta-se consciente e orientado, com FC de 94 bpm, PA de 140×90 mmHg, FR de 21 irpm e SpO₂ de 95% em ar ambiente. A tomografia de tórax é mostrada nas imagens a seguir:



Em relação ao caso apresentado, a próxima conduta mais adequada é:

- (A) PET-CT.
- (B) Radioterapia.
- (C) Biópsia transtorácica.
- (D) Corticoterapia em altas doses.

41

Homem, 59 anos de idade, em tratamento de adenocarcinoma de pâncreas metastático para fígado com esquema FOLFIRINOX (5-Fluorouracil, irinotecano e oxaliplatina) a cada duas semanas. Apresentou melhora do quadro de dor e queda de antígeno CA 19.9, porém desde o último ciclo tem apresentado piora de náuseas e vômitos. Faz uso de ondansetrona, dexametasona e aprepitanto como profilaxia para êmese. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta o medicamento adicional mais adequado para profilaxia do sintoma.

- (A) Metoclopramida.
- (B) Haloperidol.
- (C) Dimenidrinato.
- (D) Olanzapina.

42

Homem, 45 anos de idade, em reabilitação após trauma raquimedular, em uso de paracetamol, codeína e carbamazepina há três semanas. Apresenta-se sem edemas, está alerta e com capacidade normal de se alimentar, sem restrição dietética em prescrição, com PA de 110×70 mmHg e FC de 85 bpm, afebril.

• Exames laboratoriais:

Cr: 0,88 mg/dL
 Ur: 40 mg/dL
 K⁺: 4,2 mEq/L
 Na⁺: 126 mEq/L
 pH: 7,37
 HCO₃⁻: 23,7 mmol/L
 TSH: 1,33 µUI/mL

• Urina tipo 1:

pH: 5,5 (ref.: 5,0 a 6,0)
 Densidade: 1,020 (ref.: 1,015 a 1,025)
 Glicose: ausente (ref.: ausente)
 Proteínas: < 0,05 g/L (ref.: < 0,05 g/L)
 Leucócitos: 2/campo (ref.: até 10/campo)
 Eritrócitos: 1/campo (ref.: até 3/campo)

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta os resultados mais prováveis e as condutas mais adequadas.

- (A) Osmolalidade urinária 95 mOsm/kg H₂O, sódio urinário 15 mmol/L; suspender a carbamazepina e prescrever restrição hídrica.
- (B) Osmolalidade urinária 95 mOsm/kg H₂O, sódio urinário 63 mmol/L; prescrever diurético de alça.
- (C) Osmolalidade urinária 794 mOsm/kg H₂O, sódio urinário 15 mmol/L; prescrever 100 mL de solução salina intravenosa 3% em 30 minutos.
- (D) Osmolalidade urinária 794 mOsm/Kg H₂O, sódio urinário 63 mmol/L; suspender a carbamazepina e prescrever restrição hídrica.

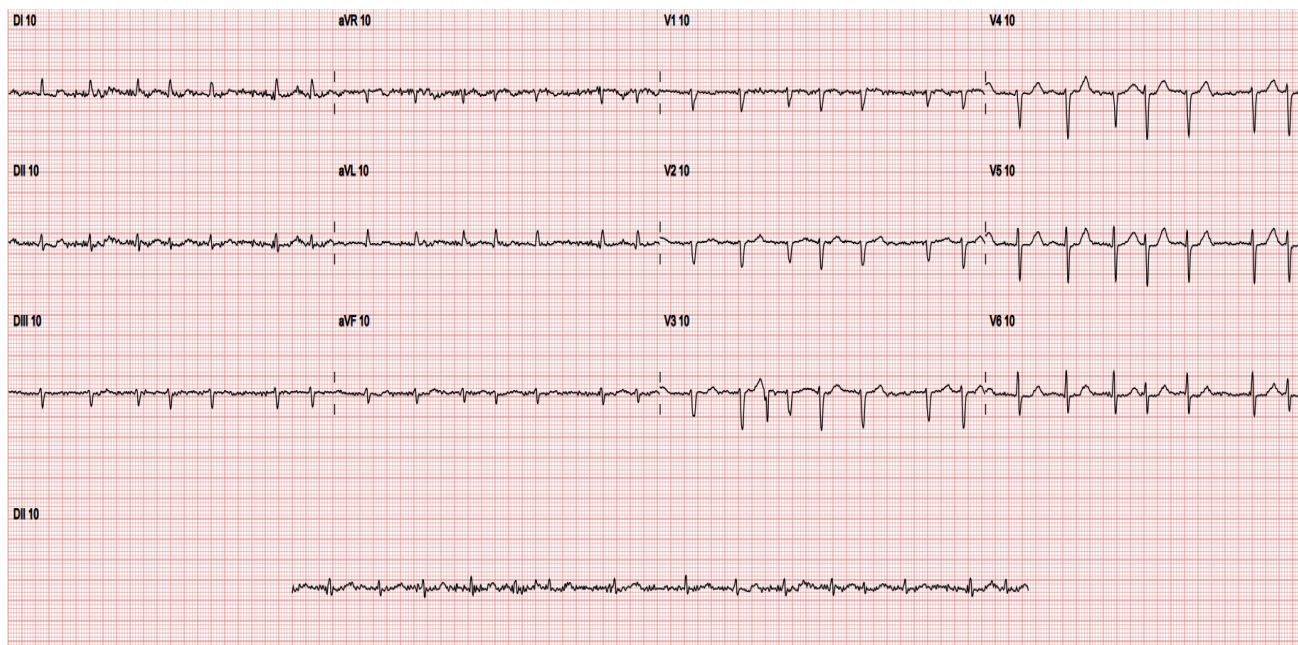
43

Homem, 64 anos de idade e 15 anos de escolaridade, possui diagnóstico de doença de Parkinson há 5 anos e está, atualmente, em uso de biperideno, pramipexol e levodopa com benserazida. Refere dificuldades de memória e de concentração nas tarefas. Ainda trabalha como comerciante, mas sente que, às vezes, se atrapalha com as contas. Outra queixa, é que passou a ver vultos e ter sensação de que há pessoas passando por trás dele. No mini exame do estado mental, o paciente fez 25 pontos, perdendo 03 pontos nas subtrações em série, 01 ponto na evocação das palavras e 01 ponto na cópia do desenho. Ao exame neurológico, apresenta bradicinesia, rigidez com roda denteadada, sem tremor de repouso. Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta mais adequada para o caso apresentado.

- (A) Suspender a levodopa.
- (B) Suspender o biperideno.
- (C) Prescrever a rivastigmina.
- (D) Prescrever a quetiapina.

44

Mulher, 67 anos de idade, atualmente tabagista 50 anos-maço com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica em uso de formoterol. Antecedentes cirúrgicos de colecistectomia, cesárea e abordagem de síndrome do túnel do carpo bilateral. Conta, ainda, rotura de tendão de bíceps enquanto pendurava roupas no varal há 2 anos, em tratamento conservador e sem limitação funcional em braços. Recentemente, suspendeu por conta própria enalapril que usava para hipertensão, pois notou a pressão mais baixa nos últimos meses. Procura atendimento em ambulatório de clínica médica com queixa de falta de ar aos esforços. Nega dor torácica. Ao exame físico, apresenta PA de 90×74 mmHg, FC de 90 bpm, SpO₂ de 93% em ar ambiente. Ausculta cardíaca com ritmo irregular, sem sopros, bem perfundida. Ausculta pulmonar com murmúrios globalmente reduzidos, sibilância expiratória e estertores bibasais. Membros com edema 1+ simétrico, pulsos pediosos amplos.



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o diagnóstico e manejo desta paciente.

- (A) Iniciar apixabana e furosemida, manter sem enalapril, solicitar BNP e ecocardiograma com *strain*.
- (B) Iniciar bisoprolol, sacubitril-valsartana e espironolactona, além de furosemida para alívio sintomático inicial e melhor controle volêmico. Solicitar ecocardiograma e BNP.
- (C) Reiniciar enalapril para controle pressórico e nefroproteção, além de apixabana. Solicitar MAPA 24h para avaliar controle pressórico em domicílio.
- (D) Associar segundo broncodilatador, solicitar prova de função pulmonar e ecocardiograma para avaliar doença pulmonar obstrutiva crônica e evolução para hipertensão pulmonar.

45

Homem, 52 anos de idade, com diabetes melito tipo 2, HAS e obesidade grau 1. Foi solicitado ultrassom de abdome após consulta de rotina, que mostrou fígado de dimensões normais, bordas finas, ecotextura discretamente heterogênea e esteatose de grau moderado.

- Exames laboratoriais:
HbA1c: 6,5%
LDL colesterol: 110 mg/dL
Triglicérides: 130 mg/dL
TGO/AST: 35 U/L
TGP/ALT: 38 U/L

Considerando o caso apresentado, o próximo passo mais adequado é:

- (A) Calcular FIB-4.
- (B) Realizar biópsia hepática.
- (C) Repetir transaminases em seis meses.
- (D) Repetir imagem em um ano.

46

Homem, 77 anos de idade, bancário aposentado, sedentário, hipertenso, diabético e tabagista, apresenta perda de iniciativa e diminuição da interação social. Ele nega tristeza ou falta de prazer nas atividades. A esposa relata lapsos de memória com piora no último ano. Tem dificuldades para controlar as suas finanças, precisando de ajuda ocasionalmente, mas é independente em suas atividades diárias. Testes cognitivos com alterações significativas nos domínios de atenção e de memória. Exames laboratoriais e de neuroimagem sem alterações. A conduta terapêutica mais adequada é:

- (A) Donepezila.
- (B) Memantina.
- (C) Reabilitação cognitiva.
- (D) Estimulação magnética transcraniana.

47

Paciente, 57 anos de idade, hospitalizada por quadro de adinamia e confusão nos últimos três dias. Encontra-se emagrecida, hidratada, com taquipneia e afebril. Familiares relatam inapetência há cerca de três meses, associada a luto recente pelo falecimento do marido.

• Exames laboratoriais:

Na⁺: 122 mEq/L

Cr: 1,1 mg/dL

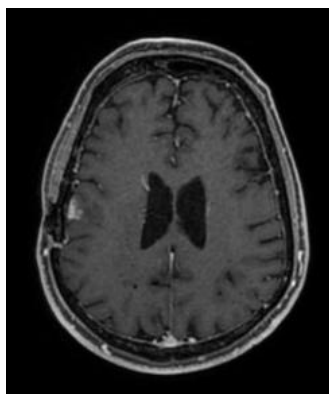
K⁺: 3,5 mEq/L

Cl⁻: 103 mEq/L

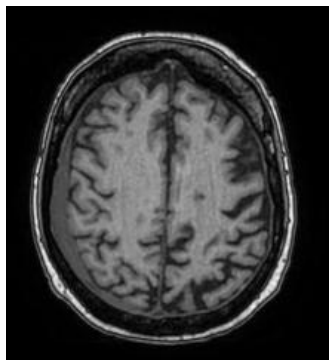
Urina tipo 1 com densidade de 1,030

Assinale a alternativa que apresenta o exame de imagem mais compatível com o caso clínico apresentado.

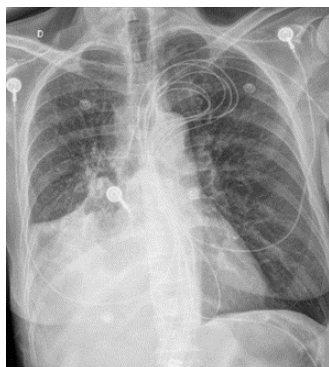
(A)



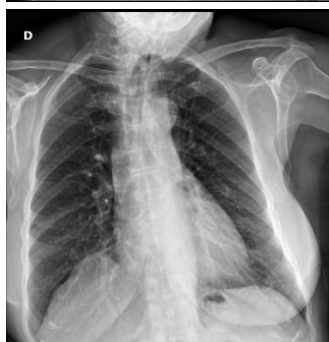
(B)



(C)



(D)



48

Em um estudo clínico, 889 pacientes submetidos a tratamento adjuvante para câncer colorretal foram aleatorizados para realizar atividade física estruturada ou receber materiais educativos sobre saúde. Após um seguimento de 7,9 anos, observou-se uma diferença em cinco anos de sobrevida livre de doença de 80,3% para o grupo que realizou atividade física e 73,9% para o grupo de educação em saúde. Isto correspondeu a um *hazard ratio* de 0,72 com IC_{95%} 0,55 a 0,94. É possível afirmar:

- (A) O desenho do estudo apresenta viés de seleção e, portanto, baixa validade externa.
- (B) O tempo de seguimento é inadequado para a proposta do estudo em questão.
- (C) A diferença absoluta de 6,4% é clinicamente e estatisticamente significativa.
- (D) Não é possível inferir a magnitude do ganho pelos dados apresentados.

49

Homem, 42 anos de idade, asmático, está em tratamento com beclometasona 500 µg, inalatória, 12/12 horas e salbutamol 100 µg de resgate. Apresentou melhora inicial dos sintomas, porém necessita de resgate quatro vezes por semana. Nos últimos três meses, teve uma crise em que necessitou de corticoterapia oral. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Manter corticoide inalatório e resgate com β₂-agonista de curta duração e associar antileucotrieno
- (B) Associar broncodilatador anticolinérgico ao corticoide inalatório e manter β₂-agonista de curta duração.
- (C) Aumentar dose do corticoide inalatório e manter resgate com β₂-agonista de curta duração.
- (D) Substituir terapia por β₂-agonista de longa duração associado a corticoide inalatório para manutenção e resgate.

50

Homem, 70 anos de idade, ex-tabagista com carga de 50 anos-maço e abstinência há 5 anos. Há 8 anos, com quadro de dispneia progressiva e tosse crônica. No último ano, apresentou duas idas ao pronto-socorro com necessidade de corticoide associada à antibioticoterapia oral. Espirometria com VEF1 38%, sem mudança após broncodilatador.

• Exames laboratoriais:

Hemoglobina: 16,5 g/dL

Leucócitos: 8.100/mm³

Eosinófilos: 380/mm³

Ur: 38 mg/dL

Cr: 1,2 mg/dL

Além de β₂ de longa duração, a terapia mais adequada para este paciente deve incluir:

- (A) Metilxantina e corticoide inalatório.
- (B) Metilxantina e corticoide oral.
- (C) Anticolinérgico de longa duração e corticoide oral.
- (D) Anticolinérgico.

51

Homem, 52 anos de idade, com história de regurgitação noturna importante, acompanhada de leve queimação há 6 meses. Refere que pela regurgitação estava comendo menos e perdeu 3 kg no período. Procurou atendimento médico, sendo solicitada endoscopia digestiva alta, a qual apresentou achado de esofagite erosiva grau A. Tentou tratamento com inibidor de bomba de prótons por 3 meses sem resposta clínica satisfatória. Foi indicado tratamento cirúrgico com funduplicatura total + hiato plastia para tratamento de refluxo refratário, o paciente evoluiu com disfagia importante no pós-operatório. Com base no caso apresentado, pode-se afirmar:

- (A) O paciente evoluiu com quadro de pseudoacalasia causada por possível hiato apertado.
- (B) A indicação cirúrgica foi precipitada, pois não foram afastados diagnósticos diferenciais para o quadro clínico.
- (C) A indicação está correta, pois trata-se de doença do refluxo refratária, sendo o tratamento cirúrgico a melhor opção.
- (D) A esofagite grau A afasta o diagnóstico de refluxo gastroesofágico, segundo os critérios do consenso de Lyon 2-0.

52

Uma das complicações da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é o esôfago de Barrett, quanto à essa complicação, pode-se afirmar:

- (A) A funduplicatura ideal no esôfago de Barrett é a funduplicatura parcial, uma vez que estes pacientes apresentam grande prevalência de dismotilidade esofágica.
- (B) O tratamento cirúrgico da doença do refluxo, em pacientes com esôfago de Barrett, pode estabilizar o epitélio colunar e reduzir o risco de desenvolvimento de adenocarcinoma, porém, o seguimento endoscópico dos pacientes operados deve ser mantido segundo protocolos específicos.
- (C) O tratamento cirúrgico do refluxo gastroesofágico, nos pacientes com esôfago de Barrett, libera esses pacientes do seguimento endoscópico, uma vez que, diminui a inflamação do epitélio e o risco de carcinogênese.
- (D) A pH-metria de 24 horas deve ser realizada em todos os pacientes com esôfago de Barrett para a programação do tratamento adequado.

53

Homem, 52 anos de idade, com história de etilismo crônico, apresenta dor epigástrica recorrente há vários anos, com episódios de piora pós-prandial e irradiação para o dorso. Refere perda de peso de 7 kg nos últimos 6 meses, com progressiva piora da dor, mesmo após suspender uso de álcool. Tomografia de abdome revela pâncreas atrofico, ducto pancreático principal dilatado (9 mm) e presença de calcificações intraductais. Não há lesão focal ou sinais de complicação aguda. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o paciente.

- (A) Pancreatoscopia e litotripsia.
- (B) Derivação pancreatojejunal.
- (C) Alcoolização do plexo celiaco.
- (D) Reposição de enzimas pancreáticas.

54

Homem, 45 anos de idade, referindo disfagia progressiva para sólidos há 2 anos e, recentemente, para alimentos pastosos, com dificuldade de tomar água por vezes, realizou endoscopia há 10 meses que veio normal. Nega ser de zona endêmica para Doença de Chagas, refere ter perdido 5 kg no último ano. Com relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se prosseguir a investigação diagnóstica com raio-X contrastado do esôfago e manometria esofágica.
- (B) Pela disfagia progressiva e perda de peso, deve tratar-se de um câncer de esôfago, sendo necessário repetir a endoscopia o mais rápido possível.
- (C) Confirmando-se o diagnóstico de acalasia pela manometria esofágica, deve-se encaminhar o paciente para uma cardiomiectomia endoscópica (POEM).
- (D) Com a endoscopia normal e a epidemiologia negativa para Chagas, fica afastada a hipótese de acalasia.

55

Homem, 63 anos de idade, realizou endoscopia digestiva alta devido a queixas dispépticas pós-prandiais. No exame, foi notada gastrite leve em antro e abaulamento subepitelial em pequena curvatura de corpo alto, medindo 1,7 cm. Na investigação, realizou ecoendoscopia que mostrou que a massa se originava na 4ª camada da parede gástrica e a punção com agulha fina revelou neoplasia fusocelular, com < 5 mitoses por 50 campos de alta potência. A imuno-histoquímica mostrou os seguintes marcadores positivos: actina de músculo liso, DOG-1, CD117. O diagnóstico e a conduta são, respectivamente:

- (A) Leiomioma gástrico, seguimento endoscópico.
- (B) Leiomioma gástrico, ressecção cirúrgica.
- (C) Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), ressecção cirúrgica.
- (D) Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), seguimento endoscópico.

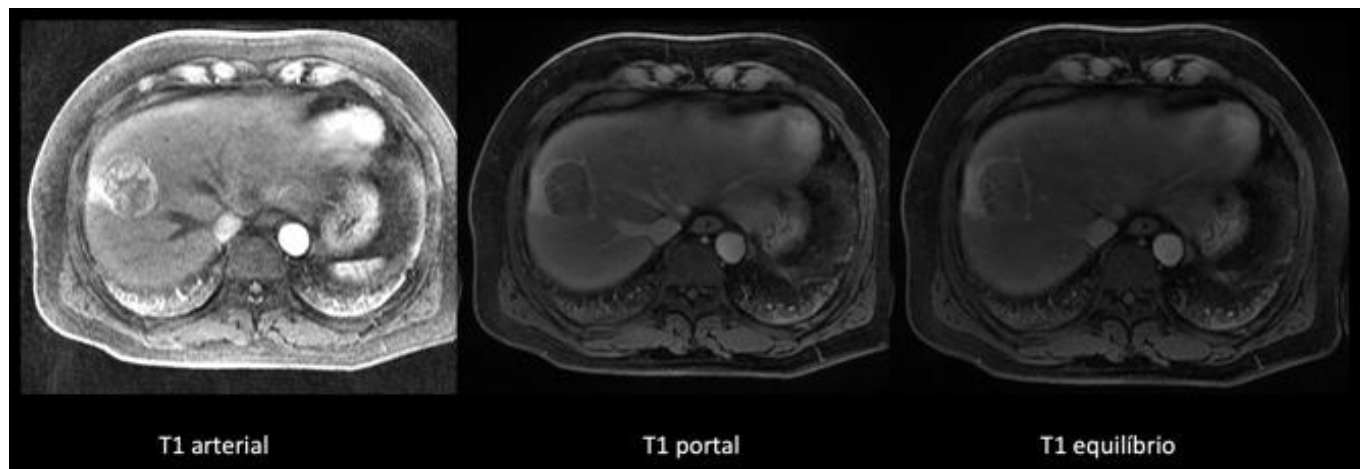
56

Homem, 66 anos de idade, portador de diabetes melito tipo 2 controlado (em uso de apenas um medicamento diário), dislipidêmico e sem hipertensão arterial. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, com índice de massa corpórea de 43 kg/m², sendo a restrição de mobilidade relacionada ao excesso de peso sua principal queixa, sem evidência de sarcopenia. A endoscopia pré-operatória mostrou esofagite grau C de Los Angeles. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta terapêutica para o paciente.

- (A) Gastrectomia vertical, por se tratar de um idoso.
- (B) Balão intragástrico, pois o paciente não tem indicação cirúrgica.
- (C) Bypass gástrico, se o paciente for clinicamente apto, pois irá se beneficiar com a cirurgia em vários aspectos.
- (D) Encaminhar para o endocrinologista acompanhar e fazer tratamento clínico, pois o paciente não preenche os critérios de inclusão ao tratamento cirúrgico, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS).

Texto para as questões 57 e 58

Homem, 61 anos de idade, com antecedente de hepatite C desde 2012, tratada com resposta virológica sustentada. Apresentou, em seguimento ambulatorial, nódulo em lobo hepático direito à ultrassonografia, medindo 4,5 cm. Nega ascite, episódios de confusão mental ou hemorragia digestiva. Child-Pugh A6, *Model for End-Stage Liver Disease* (MELD) = 7. Realizou ressonância magnética de abdome com contraste, apresentada na imagem a seguir:



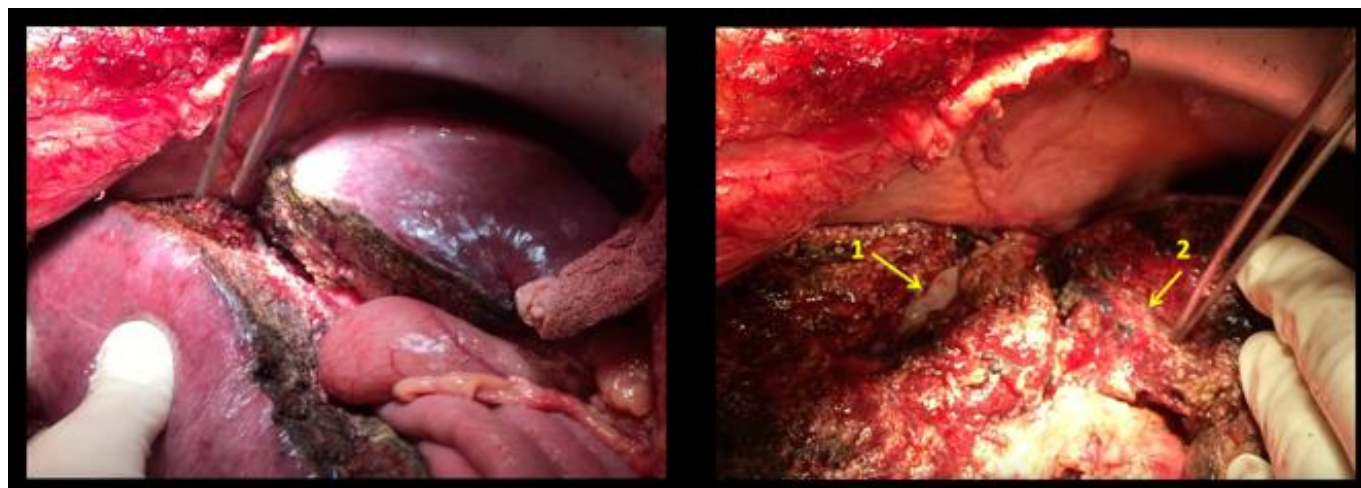
57

Baseado na imagem, qual o diagnóstico do paciente e em qual segmento hepático está localizada a lesão?

- (A) Carcinoma hepatocelular, segmento 4a.
- (B) Colangiocarcinoma intra-hepático, segmento 5.
- (C) Carcinoma hepatocelular, segmento 7.
- (D) Carcinoma hepatocelular, segmento 8.

58

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e optado pela abordagem cirúrgica do paciente, as imagens a seguir mostram o aspecto final da cirurgia.



Qual cirurgia foi realizada e quais estruturas são apontadas pelas setas 1 e 2, respectivamente?

- (A) Ressecção regrada do segmento 4, veia hepática média, veia hepática esquerda.
- (B) Mesohepatectomia não regrada, veia hepática média, veia hepática esquerda.
- (C) Setorectomia anterior direita, veia hepática direita, veia hepática média.
- (D) Setorectomia posterior direita, veia hepática média, veia hepática esquerda.

59

Homem, 67 anos de idade, com adenocarcinoma bem diferenciado de antro gástrico, com boa funcionalidade, estadiado clinicamente como cT2cN+ (lesão restrita à camada muscular e com 1 linfonodo suspeito perilesional). Assinale a alternativa que indica a melhor conduta para o paciente apresentado.

- (A) Quimioterapia perioperatória.
- (B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+.
- (C) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- (D) Gastrectomia total com linfadenectomia D2.

60

Mulher, 45 anos de idade, com antecedente de retocolite ulcerativa idiopática, apresenta episódios recorrentes de febre, calafrios, icterícia e hipocolia fecal. Colangiorressonância mostra estenoses multifocais e irregularidades, alternando com dilatações das vias biliares intra e extra-hepáticas. Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Coledocolitíase.
- (B) Colangiocarcinoma.
- (C) Cirrose biliar primária.
- (D) Colangite esclerosante primária.

61

Homem, 85 anos de idade, internado em UTI devido a infarto agudo do miocárdio com supra de ST, submetido à angioplastia com *stent* há 5 dias, evolui com dor em hipocôndrio direito. Apresenta frequência cardíaca de 130 bpm, PAM de 58 mmHg, Exames laboratoriais mostram alterações de transaminases, leucocitose lesão renal aguda e plaquetopenia ($45.000/\text{mm}^3$). A ultrassonografia de abdome identificou espessamento da parede da vesícula biliar e cálculo biliar impactado em infundíbulo. Realizada ressuscitação volêmica, iniciados vasopressores e antibioticoterapia. Assinale a alternativa que indica a conduta mais apropriada nesse momento.

- (A) Colecistostomia percutânea.
- (B) Colecistectomia laparoscópica.
- (C) Suporte intensivo e observação clínica.
- (D) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

62

Com relação à classificação molecular do adenoma hepático, é correto afirmar:

- (A) É baseada em achados encontrados em cortes histológicos corados com hematoxilina e eosina.
- (B) O subtipo *hepatocyte nuclear factor 1 alpha* (HNF1 alfa) inativado, também conhecido como “adenoma esteatótico”, tem baixo risco de desenvolver complicações.
- (C) O subtipo com presença de mutação da beta-catenina tem maior risco de ruptura e sangramento.
- (D) O subtipo inflamatório não tem associação com o uso de anticoncepcionais orais.

63

Com relação ao tratamento cirúrgico da doença inflamatória intestinal, pode-se afirmar:

- (A) A otimização pré-operatória do paciente geralmente não melhora as condições em que o paciente é operado.
- (B) Diferentes técnicas de anastomose devem ser consideradas com base na gravidade e na localização da Doença de Crohn.
- (C) A radicalidade cirúrgica com ressecção de todas as áreas acometidas é fundamental para diminuir a recidiva da Doença de Crohn.
- (D) Para obter-se os melhores resultados com menor taxa de recidiva, o momento ideal da cirurgia da Doença de Crohn do cólon é assim que o paciente começa a apresentar aumento do número de evacuações.

64

Assinale a alternativa correta quanto à neoplasia de cólon.

- (A) Os objetivos da ressecção são obter margens circunferenciais negativas e remover a região do mesentério com maior risco de disseminação linfática.
- (B) A quimiorradioterapia neoadjuvante total seguida de ressecção cirúrgica do adenocarcinoma de cólon esquerdo estágio III oferece a menor taxa de recidiva local e maior sobrevida.
- (C) A região do mesentério com maior risco de disseminação linfática a ser removida é pouco relacionada à sua embriologia, mas principalmente à fisiologia.
- (D) A extensão da colectomia é determinada pela profundidade, extensão e tamanho luminal do adenocarcinoma localmente avançado.

65

Quanto aos abscessos e fístulas perianais, assinale a alternativa correta.

- (A) Raramente (menos de 1/10 dos casos) os abscessos criptoglandulares evoluem para fístulas.
- (B) Para o tratamento cirúrgico eficaz da fístula perianal interesfícteriana, o exame sob anestesia na sala cirúrgica é de menor valia que a tomografia de pelve.
- (C) O abscesso anorretal deve ser tratado prioritariamente com drenagem cirúrgica, e não com antibioticoterapia.
- (D) As prioridades no manejo, geralmente, seguem a esta ordem de importância: cura sem recorrência, preservação da continência e por fim, controle da sepse.

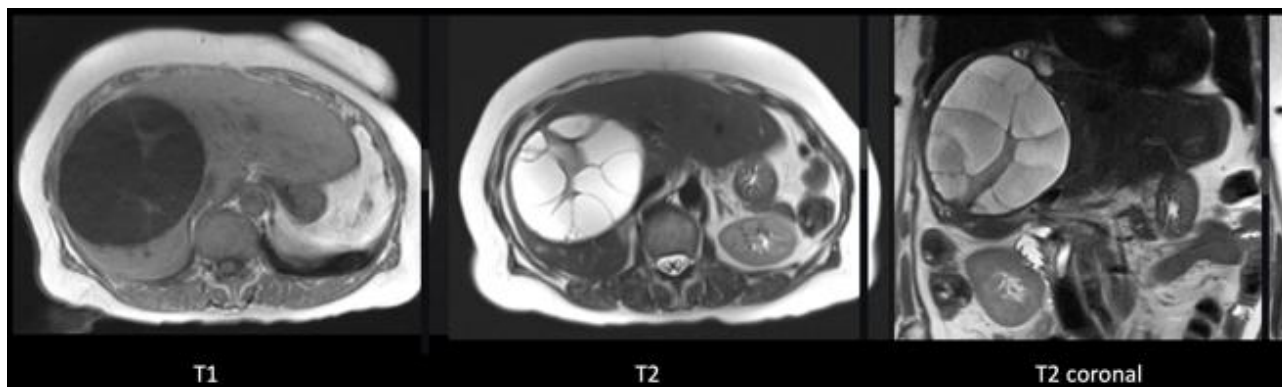
66

Mulher, 27 anos de idade, submetida à derivação gástrica em Y de Roux (*bypass* gástrico), apresenta, trinta dias após o procedimento, quadro de vômitos frequentes, evoluindo alguns dias depois com diplopia e confusão mental. Este quadro clínico pode indicar

- (A) fístula gástrica
- (B) deficiência de Zinco.
- (C) deficiência de vitamina A.
- (D) deficiência de vitamina B1.

67

Mulher, 37 anos de idade, proveniente da Bolívia, mora em São Paulo há 5 anos. Refere dor em região do hipocôndrio direito com piora progressiva há 3 anos, nega emagrecimento. Fez ultrassom de abdome total que evidenciou lesão cística complexa no lobo hepático direito medindo 15 cm, com paredes espessadas, septos grosseiros e “cistos filhos”. Foi solicitada ressonância magnética, a qual pode ser observada nas imagens a seguir:



Baseado nos dados clínicos e exame de imagem, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável e o melhor tratamento para essa paciente.

- (A) Cisto hidático (hidatidose) e pericistectomia.
- (B) Cisto hepático simples e “destelhamento” laparoscópico.
- (C) Abscesso hepático e drenagem por radiologia intervencionista.
- (D) Neoplasia cística mucinosa hepática (cistoadenoma biliar) e hepatectomia direita.

68

Mulher, 65 anos de idade, assintomática, com achado incidental em ultrassonografia de abdome de cisto em cauda do pâncreas. Realizou ressonância magnética de abdome superior que evidenciou lesão cística na cauda do pâncreas, medindo 2,7 cm, com comunicação com o ducto pancreático principal, o qual tem calibre de 0,5 cm, não foram visualizados nódulos ou vegetações dentro do cisto. Realizou ecoendoscopia que confirmou os achados da ressonância, sendo realizada punção do cisto para análise, a qual revelou presença de mucina e dosagem do Antígeno Carcinoembrionário (CEA) de 350 ng/mL. CA 19-9 sérico normal. O diagnóstico mais provável e a conduta para essa paciente são, respectivamente,

- (A) neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) de ductos secundários, pancreatocomia caudal com preservação esplênica.
- (B) neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) do tipo misto, pancreatocomia corpocaudal com preservação esplênica.
- (C) neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) de ductos secundários, seguimento com exames de imagem.
- (D) neoplasia cística mucinosa, pancreatocomia caudal + esplenectomia.

69

É etapa fundamental da cirurgia radical no tratamento do adenocarcinoma gástrico:

- (A) Bursectomia.
- (B) Omentectomia.
- (C) Coleta de citologia oncológica.
- (D) Margem de 2 cm nas lesões T1.

70

Considere uma paciente com Tumor Neuroendócrino (TNE) gástrico do tipo clínico 1, bem diferenciado (grau 1) da Organização Mundial de Saúde à biópsia. Pode-se esperar os seguintes achados endoscópicos e laboratoriais:

- (A) Gastrite atrófica, múltiplas lesões elevadas pequenas (< 1 cm), anticorpo anti-células parietais positivo.
- (B) Hiperplasia de pregas gástricas, múltiplas lesões elevadas pequenas (< 1 cm), gastrina sérica elevada.
- (C) Múltiplas lesões elevadas pequenas (< 1 cm), úlceras pépticas, gastrina sérica elevada.
- (D) Lesão vegetante única, tamanho > 1 cm, gastrina sérica normal.

71

Mulher, 38 anos de idade, no 43º dia pós-operatório de *bypass* gástrico. Admitida no pronto atendimento com queixa recente de disfagia progressiva. Relata estar seguindo corretamente a dieta orientada pela nutricionista, tendo iniciado dieta sólida há 1 semana, período em que iniciaram os sintomas. Refere piora com disfagia para sólidos nos últimos dias. Ao exame físico, encontra-se com sinais leves de desidratação e abdome inocente. A causa mais provável do quadro e seu tratamento são

- (A) hérnia interna, tratamento cirúrgico.
- (B) esofagite de refluxo, tratamento clínico.
- (C) distensão aguda do estômago excluído, tratamento cirúrgico.
- (D) estenose da gastroenteroanastomose, tratamento endoscópico.

72

Homem, 62 anos de idade, sem comorbidades, refere quadro de icterícia e colúria há 15 dias. Realizou exame de ressonância magnética de abdome superior que demonstrou dilatação das vias biliares intra-hepáticas e lesão compatível com colangiocarcinoma hilar Bismuth IIIa medindo 3,1 cm, com acometimento da artéria hepática direita. Tomografia de tórax sem evidência de doença à distância. Ao exame físico, bom estado geral, eutrófico, icterico ++/4+.

• Exames laboratoriais:

Bilirrubina total: 14 mg/dL (VR: 0,2 a 1,1 mg/dL)

Bilirrubina direta: 12,3 mg/dL (VR: 0,0 a 0,3 mg/dL)

CA 19-9: 5.330 U/mL (VR: < 37 U/mL)

O volume calculado do remanescente hepático foi de 30% do volume hepático total. Qual a melhor conduta para o paciente, neste momento?

- (A) Quimio e radioterapia de consolidação.
- (B) Trissectomia esquerda + linfadenectomia hilar + anastomose biliodigestiva.
- (C) Drenagem transparieto-hepática do lobo esquerdo e embolização por radiologia intervencionista do ramo portal direito.
- (D) Drenagem transparieto-hepática do lobo direito seguida de trissectomia direita + ressecção do segmento 1 + linfadenectomia hilar + anastomose biliodigestiva.

73

Adolescente do sexo feminino, 16 anos de idade, com histórico de obesidade desde a infância. Atualmente, apresenta índice de massa corpórea de 63 kg/m², hipertensão arterial sistêmica e resistência periférica à insulina. Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção terapêutica.

- (A) Derivação biliopancreática com desvio duodenal por se tratar da melhor cirurgia para super-obesos.
- (B) Bypass gástrico por se tratar de um procedimento seguro e levar à remissão das comorbidades.
- (C) Gastrectomia vertical por se tratar de uma adolescente.
- (D) Tratamento pré-operatório com balão intragástrico e medidas clínicas para perda de peso; integração com a equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica, sendo a técnica discutida com a participação da família.

74

Homem, 59 anos de idade, submetido à gastrectomia vertical, no 5º dia pós-operatório apresenta sinais de septicemia. O exame tomográfico confirmou o diagnóstico de extravasamento de grande quantidade de contraste para a cavidade abdominal. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Encaminhar para endoscopia para colocação de prótese.
- (B) Laparoscopia com limpeza da cavidade e colocação de dreno para direcionar a fístula e depois chamar o serviço de endoscopia para posicionar prótese, se necessário.
- (C) Como se trata de uma fístula precoce, o melhor procedimento é suturar o orifício e realizar a limpeza da cavidade.
- (D) Sutar uma alça de delgado sobre o orifício para ocluir a fístula e realizar a limpeza da cavidade.

75

Assinale a alternativa correta.

- (A) A altura da reflexão peritoneal anterior do reto é constante (12 cm) sendo importante reparo anatômico para o tratamento cirúrgico do prolapso retal por via perineal.
- (B) Os espaços isquioanais dividem-se em proximal e distal, e justificam a fístula em ferradura e seu tratamento cirúrgico.
- (C) A flexura esplênica do cólon é zona de risco de isquemia devido ao reduzido fluxo da artéria cólica média.
- (D) A linha pectínea (dentada) representa a verdadeira divisão entre o endoderma e o ectoderma embrionários, sendo as topografias originais do adenocarcinoma e carcinoma espinocelular, respectivamente.

76

Com relação aos pacientes portadores de doença hemorroidária com sangramento esporádico (anual) e indolor, com pequeno componente externo totalmente assintomático, assinale a alternativa correta.

- (A) Procedimentos ambulatoriais são eficazes para hemorroidas internas sintomáticas de grau III e IV.
- (B) São complicações da cirurgia hemorroidária: retenção urinária, sangramento, infecção, estenose, incontinência e recorrência.
- (C) Têm indicação cirúrgica de princípio: pacientes grávidas, Doença de Crohn, imunodeprimidos e hipertensão portal.
- (D) Minimizar o esforço evacuatório, melhorar a hidratação e aumentar a ingestão de fibras são pouco eficazes no controle de sintomas e indicados como paliativos.

77

Mulher, 78 anos de idade, apresenta quadro asmático de longa data. Foi encaminhada por médico pneumologista após apresentar, em tomografia de tórax, grande hérnia hiatal com migração de grande parte do estômago para o tórax. Paciente com obesidade grau I (IMC de 30,5 kg/m²), nega disfagia, vômitos ou dores. Refere leve empachamento quando se alimenta de forma exagerada. Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção para a condução do caso.

- (A) Programar tratamento cirúrgico com colocação de tela inabsorvível no hiato para evitar recidiva.
- (B) Programar tratamento cirúrgico com colocação de tela absorvível no hiato para diminuir a chance de recidiva e risco de obstrução gástrica pela hérnia.
- (C) Afastar complicações clínicas como anemia ou doenças esofágicas e gástricas, sendo que após isto, a conduta expectante pode ser realizada tendo em vista que a paciente é oligossintomática.
- (D) Manometria esofágica para programar cirurgia, uma vez que a paciente precisa de funduplicatura para completar a hiatoplastia.

78

Homem, 53 anos de idade, tabagista e etilista de longa data, desenvolveu lesão em base de língua, investigada e tratada pela oncologia como carcinoma espinocelular com quimioterapia e radioterapia. Na complementação diagnóstica, foi submetido à endoscopia digestiva alta, que evidenciou lesão elevada avançada e infiltrativa em região de esôfago médio a 23 cm da arcada dentária superior. A biópsia mostrou ser um carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. Durante o estadiamento, a tomografia de tórax evidenciou espessamento do esôfago médio com linfonodos adjacentes e enfisema pulmonar. Em seguida, foi realizada PET-CT com ^{18}F -FDG (fluorodesoxiglicose) com achado de hipercaptação na região do esôfago médio e em pequeno linfonodo adjacente. Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor opção de tratamento para o paciente.

- (A) O paciente deverá ser submetido à esofagectomia pela técnica de Ivor Lewis para evitar anastomose cervical em área irradiada.
- (B) O tratamento com quimioterapia e radioterapia definitivas se impõe, uma vez que este paciente já foi irradiado.
- (C) Realizar ecoendoscopia para avaliar possibilidade de tratamento endoscópico.
- (D) O caso do paciente deverá ser discutido em reunião multidisciplinar e, pelo estadiamento avançado, provavelmente deverá ser encaminhado para tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia.

79

Homem, 65 anos de idade, com achado incidental em ressonância magnética de abdome, de nódulo sólido na cauda do pâncreas. A lesão tem limites precisos, mede 4,0 cm e é hipervascularizada na fase arterial do exame, apresentando restrição à difusão na fase específica. Qual exame é mais adequado para complementar o estadiamento?

- (A) Laparoscopia diagnóstica.
- (B) PET-CT Ga^{68} DOTATATE.
- (C) PET-CT com ^{18}F -FDG (fluorodesoxiglicose).
- (D) Tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve.

80

Homem, 68 anos de idade, com hipertensão e diabetes melito controlados, sedentário, tabagista, com pontuação 1 pela escala de desempenho do *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG). Lesão ulcerada de 8 mm na grande curvatura, junto à transição entre corpo e antro gástrico foi observada na endoscopia digestiva alta. A biópsia demonstrou tratar-se de adenocarcinoma gástrico tipo difuso de Lauren. Ecoendoscopia estadiou a lesão como cT1b (submucosa) cN0 (sem linfonodos suspeitos). Tomografia computadorizada normal. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o caso descrito.

- (A) Ressecção endoscópica submucosa (ESD).
- (B) Gastrectomia em cunha sem linfadenectomia.
- (C) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D1+.
- (D) Gastrectomia total com linfadenectomia D2.

81

Homem, 51 anos de idade, comparece ao pronto-socorro referindo dor abdominal difusa súbita e o aparecimento de um abaulamento arredondado e doloroso na região inguinal direita. Relatou a presença de evacuação e de eliminações de gases. Ao exame clínico, foi identificado um abaulamento pseudotumoral na região inguinal direita, de consistência firme, dolorosa tanto espontaneamente quanto à palpação, sem aumento ao tossir, irredutível às manobras, e a pele apresentava coloração normal. O abdome não estava distendido e apresentava-se móvel às incursões respiratórias, embora doloroso tanto espontaneamente quanto à palpação profunda nos quadrantes inferiores, sem defesa ou contratura muscular. Toque retal normal. O paciente foi operado através de uma incisão inguinal. Dentro do saco herniário observou-se a presença de 50 mL de líquido sanguinolento e um divertículo de intestino delgado de 6 cm de comprimento com 2 cm de base isquêmico. Com base no caso apresentado, pode-se afirmar que se trata de uma hérnia

- (A) de Littre.
- (B) Amyand.
- (C) de Richter.
- (D) de Spiegel.

82

Homem, 20 anos de idade, vítima de ferimento penetrante por arma de fogo em hemitórax direito, com orifício de entrada na linha hemiclavicular na altura do 3º espaço intercostal direito e saída na linha axilar média no 4º espaço intercostal direito. IMC de 30 kg/m². Ao exame físico, apresentou PA de 70×50 mmHg, FC de 120 bpm, FR de 22 irpm, SpO₂ de 86%. Fala intercortada. Ausculta pulmonar com ausência de murmúrio vesicular do lado direito, som timpânico a percussão. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento indicado neste momento.

- (A) Intubação orotraqueal e ventilação mecânica.
- (B) Máscara não reinalante e drenagem torácica.
- (C) Máscara não reinalante e iniciar protocolo de transfusão maciça.
- (D) Drenagem torácica e iniciar protocolo de transfusão maciça.

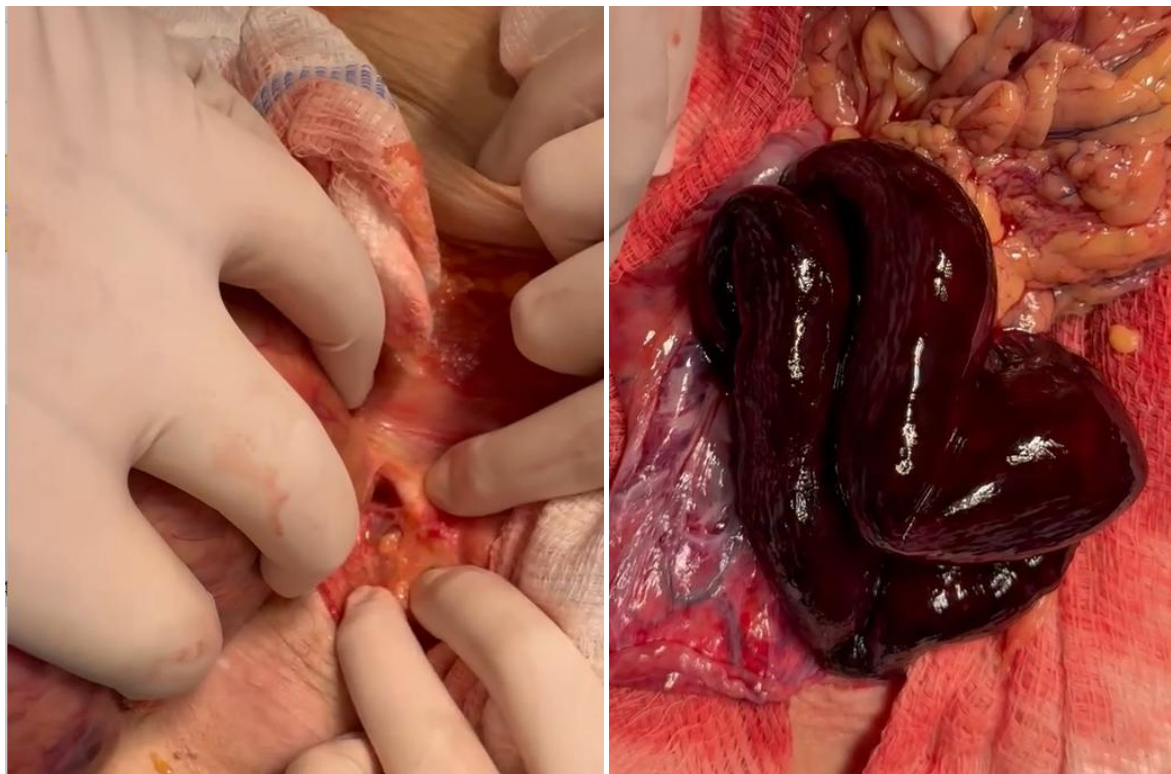
83

Homem, 65 anos de idade, submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio há 5 dias e apresentou distensão abdominal, parada eliminação de gases e fezes. Foi diagnosticado com pseudo-obstrução intestinal (Ogilvie), sendo realizada descompressão do colo através de colonoscopia. Após 24 horas, o paciente apresentou dor abdominal intensa e foi realizado um raio-X de abdome que identificou pneumoperitônio. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora e encontrado área de necrose no ceco com perfuração e somente distensão do colo. Qual a conduta cirúrgica recomendada?

- (A) Cecostomia.
- (B) Colectomia total.
- (C) Colectomia parcial direita com ileostomia e colostomia.
- (D) Colectomia parcial com anastomose ileocolica manual.

84

Mulher, 45 anos de idade, comparece ao pronto socorro referindo dor na região inguinal há 2 dias, nega náusea ou vômito, e relata ter evacuado ontem. Ao exame físico, apresenta abdome plano normotenso com um abaulamento na região inguinal de 15 cm de diâmetro irreduzível, apresenta pele hiperemiada na região do abaulamento não permitindo tocar nesta região. Foi indicada cirurgia por inguinal direita, onde observou-se o achado demonstrado nas imagens a seguir:

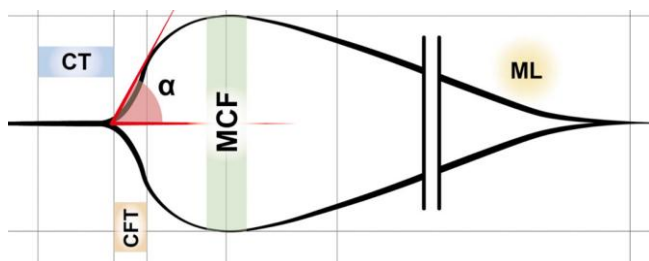


Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica o diagnóstico correto e o tratamento indicado.

- (A) Hérnia femoral estrangulada – laparotomia infra-umbelical e ressecção da alça intestinal e reparo da hérnia com tela.
 (B) Hérnia femoral estrangulada – ressecção da alça e reparo com tela pela incisão inguinal.
 (C) Hérnia inguinal estrangulada – ressecção da alça e correção com tela e realizar um vídeo laparoscopia para avaliar o restante da cavidade peritoneal.
 (D) Hérnia inguinal encarcerada – aumentar o anel herniário, aquecer a alça intestinal e reduzir o conteúdo e realizar reparo com tela.

85

Observe o gráfico de tromboelastograma apresentado a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta o segmento que, quando diminuído, representa a falta de plaquetas.

- (A) ML.
 (B) CT.
 (C) CFT.
 (D) MCF.

86

Paciente vítima de ferimento por arma de fogo no flanco esquerdo é admitido na unidade de emergência consciente e referindo dor abdominal. Ao exame abdominal, observa-se um orifício em flanco esquerdo, com saída na região dorsal esquerda, na altura de L2 a 5 cm da coluna. Foi indicada laparotomia exploradora, onde foram identificadas três lesões transfixantes de intestino delgado há 20, 30 e 35 cm do ligamento de Treitz, visualiza-se um hematoma na zona dois à esquerda não pulsátil e que durante a cirurgia não estava em expansão. A conduta cirúrgica recomendada é:

- (A) Somente a ressecção e anastomose primária do intestino delgado.
 (B) Somente o desbridamento e sutura dos ferimentos de delgado e drenagem da cavidade.
 (C) Ressecção e anastomose primária do intestino delgado e exploração do hematoma de zona II.
 (D) Grampeamento das lesões de delgado, colocação de compressas na zona dois e peritoneostomia.

87

Mulher, 78 anos de idade, procura o pronto-socorro referindo dor abdominal intermitente, localizada em baixo ventre há 2 semanas. Refere ser constipada, mas está a duas semanas sem evacuar e está eliminado gases. Refere calafrios, nega náusea, vômitos, nega sangramento. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, eupneica, afebril, corada. Abdome globoso, flácido com plastrão palpável em hipogástrio doloroso à palpação sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal sem massas tocáveis e sem fezes na ampola retal. Tomografia mostrou coleção de contornos irregulares e paredes espessas no mesogástrio/hipogástrio, com realce periférico e focos gasosos de permeio com densificação dos planos adiposos adjacentes, medindo cerca de 8,0 x 7,0 x 5,0 cm (volume aproximado de 150 mL). Determina aderências entre alças ileais adjacentes e mantém contato com o cólon sigmoide. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e tratamento inicial adequado.

- (A) Perfuração intestinal por corpo estranho – antibiótico terapia e colonoscopia.
- (B) Tumor de colo – colonoscopia para diagnóstico e tratamento.
- (C) Videolaparoscopia diagnostica e drenagem da coleção.
- (D) Diverticulite complicada – antibiótico terapia e drenagem da coleção por rádio intervenção.

88

Homem, 34 anos de idade, comparece ao pronto-socorro com quadro desconforto abdominal. Ao exame físico, apresentava ascite. O médico assistente realizou paracentese diagnóstica por suspeita de peritonite bacteriana primária. O aspecto do líquido era amarelo citrino. Após 1 hora, o doente refere dor intensa abdominal. Foi realizada uma tomografia abdominal apresentada na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que indica o diagnóstico e o tratamento correto.

- (A) Lesão da artéria epigástrica – angio-embolização.
- (B) Lesão de veia umbilical – laparotomia e ligadura.
- (C) Hematoma muscular – drenagem cirúrgica.
- (D) Tumor de parede abdominal com necrose – realizar uma biópsia.

89

Homem, 53 anos de idade, refere que durante um jogo de futebol colidiu contra outro jogador, apresentando dor abdominal intensa, tontura, sudorese e palidez. Foi atendido em um pronto-socorro próximo ao local. Neste atendimento, apresentou FC de 128 bpm, FR de 22 irpm; PA sistólica de 88 mmHg. Glasgow coma score de 14. Recebeu 1.750 mL de Ringer lactato e 1 g de transamin. Foi transferido para um pronto-socorro terciário, onde, na sala de emergência, apresentava FC de 133 bpm, FR de 25 irpm, PA de 53x34 mmHg. Tempo de enchimento capilar: > 5 segundos. Glasgow coma score de 13. Agitado, descorado, sudorético e FAST positivo em espaço hepatorenal. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada neste momento.

- (A) Intubação orotraqueal com sequência rápida, iniciar o protocolo de transfusão maciça, noradrenalina em acesso periférico, e realizar uma tomografia abdominal
- (B) Intubação orotraqueal com sequência retardada, acesso venoso calibroso, iniciar transfusão de concentrados de hemácia, e realizar uma angiotomografia toracoabdominal.
- (C) Intubação orotraqueal com sequência retardada, acesso venoso calibroso, iniciar droga vaso ativa em veia periférica, solicitar eletrocardiograma e coleta de exames para curva CKMB e troponina.
- (D) Iniciar o protocolo de transfusão maciça, iniciar noradrenalina em acesso periférico, e realizar laparotomia exploradora.

90

Mulher, 75 anos de idade, comparece ao serviço de urgência referindo dor em hipocôndrio direito há 3 dias, temperatura em casa de 38 °C, náusea e vômitos. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, eupneica, com temperatura de 37,5 °C, apresentava sinal de Murphy, FC de 112 bpm, FR de 14 irpm, PA de 100x75 mmHg.

- Exames laboratoriais:
Leucócitos: 23,000/mm³ (Bastonetes: 5% e segmentados: 75%)
Glicemia: 240 mg/dL
Amilase: 120 U/L
Bilirrubina total: 2,0mg/dL
Bilirrubina direta 1,2 mg/dL

Foi realizado um ultrassom de abdome que evidenciou uma vesícula biliar com cálculos em seu interior, paredes espessadas e delaminadas. Via biliar sem sinais de dilatação. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado.

- (A) Antibioticoterapia e colecistectomia eletiva.
- (B) Antibioticoterapia e colecistectomia em até 72 horas.
- (C) Drenagem percutânea biliar e cirurgia em 24 – 48 horas após a drenagem.
- (D) Estabilização clínica e antibioticoterapia para realização da colecistectomia em 3 meses.

91

Mulher, 24 anos de idade, refere dor abdominal mais acentuada em fossa ilíaca direita, náusea, vômitos e diarreia há 4 dias. Data da última menstruação há 4 dias. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, afebril, eupneica. Pulmões com murmúrio vesicular presente bilateralmente. Abdome plano, normotenso com dor a palpação e dor à descompressão. PA de 110×90 mmHg, FC de 110 bpm; FR de 16 irpm

• Exames laboratoriais:

Hb: 13,6 g/dL

Ht: 40,6%

Leucócitos: 26.500/mm³

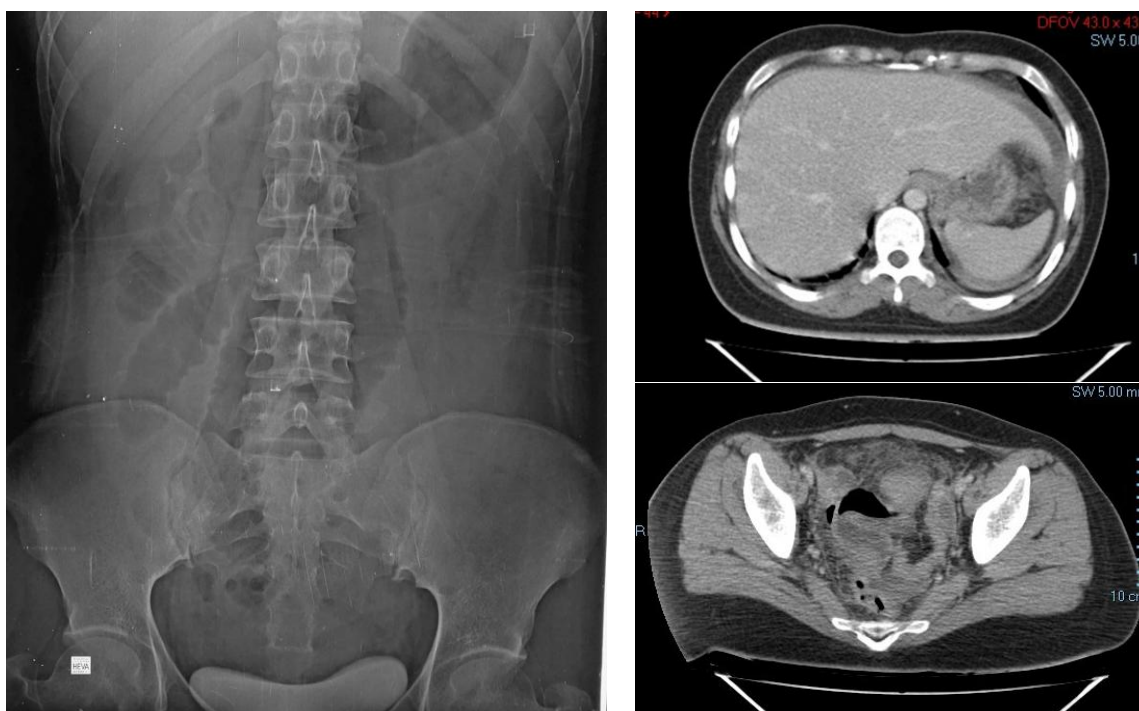
Proteína C reativa: 38,30 ng/dL

Ureia: 54 mg/dL

Creatinina: 0,50 mg/dL

Amilase: 38 U/L

Os exames de imagem realizados podem ser observados nas figuras a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a sequência de tratamento adequada para este paciente.

(A) Videolaparoscopia diagnóstica/terapêutica, antibioticoterapia profilática.

(B) Laparotomia exploradora.

(C) Antibioticoterapia – tratamento para moléstia inflamatória pélvica.

(D) Reposição volêmica, antibiótico terapia, videolaparoscopia.

92

Hemotórax retido é:

(A) Presença de 100 mL de coágulos diagnosticados por tomografia após drenagem torácica.

(B) Presença de 300 mL de sangue presentes na cavidade pleural após 24 horas de observação diagnosticados por tomografia.

(C) Sangue que ocupa um terço do espaço pleural e que não consegue ser removido por um dreno de tórax com < 24 horas.

(D) Sangue que ocupa um terço do espaço pleural e que não consegue ser removido por um dreno de tórax após 72 horas.

93

Paciente, 20 anos de idade, vítima de ferimento penetrante na cavidade abdominal. Estável hemodinamicamente. Foi submetido à laparotomia exploradora e não foi identificada nenhuma lesão relacionada ao trauma. Na revisão das alças, foi encontrado um divertículo de Meckel com um nódulo de 1 cm de diâmetro no ápice. Qual é a lesão mais frequente?

(A) Leiomioma.

(B) Carcinoide.

(C) Adenocarcinoma.

(D) Tecido gástrico ectópico.

94

Mulher, 70 anos de idade, hipertensa, refere dor abdominal epigástrica e no hipocôndrio direito há 5 dias, acompanhada de náuseas, anorexia, nega vômitos ou febre. Antecedente de AVC há 6 anos. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, eupneica, afebril. Abdome globoso, flácido, com dor à palpação em epigástrico, flanco direito sem sinais de irritação peritoneal.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13 g/dL

Leucócitos: 23.190/mm³; Segmentados: 20.546/mm³

Bilirrubina total: 1,6 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,8 mg/dL

Proteína C reativa: 61,4 mg/dL

Glicemia: 162 mg/dL

Foi realizada uma tomografia computadorizada, que pode ser observada nas imagens a seguir:



Com base no caso apresentado, a suspeita clínica é de

- (A) colangite aguda supurativa.
- (B) colecistite aguda enfisematosa.
- (C) obstrução intestinal por íleo biliar.
- (D) trombose mesentérica.

95

Observe a imagem a seguir:



Assinale a alternativa que indica corretamente o nome da manobra cirúrgica apresentada.

- (A) Kocher.
- (B) Mattox.
- (C) Catell.
- (D) Catell-Braasch.

96

Paciente, 26 anos de idade, refere dor abdominal de forte intensidade em cólica, localizada em hipogástrio e fossa ilíaca direita há 1 dia, refere temperatura de 38,5 °C, anorexia e astenia. Ao exame físico, apresenta abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação em fossa ilíaca direita. Sem sinais de irritação peritoneal. A imagem da tomografia realizada pode ser observada a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta o tratamento adequado.

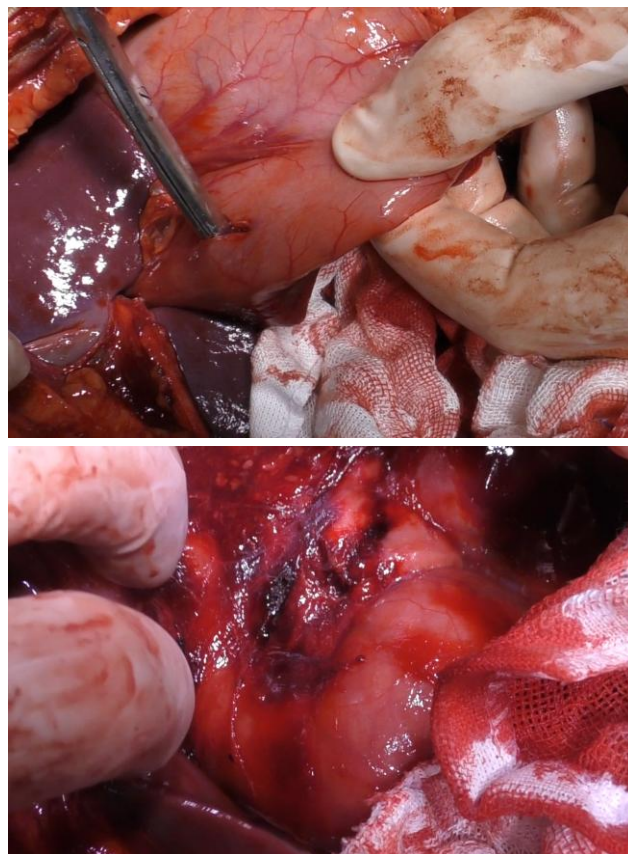
- (A) Colonoscopia.
- (B) Colectomia parcial com anastomose primária.
- (C) Apendicectomia por videolaparoscopia.
- (D) Apendicectomia por laparotomia.

97

Homem, 19 anos de idade, vítima de ferimento por arma branca na região epigástrica. Ao exame físico, apresentou PA de 124×71 mmHg, FC de 71 bpm, FR de 12 irpm, SpO₂ de 97%. Apresentou abdome plano, doloroso à palpação, conforme imagem a seguir:



Foi indicado laparotomia, onde foram encontrados os achados apresentados nas imagens a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta o tratamento cirúrgico recomendado.

- (A) Realizar gastroduodenopancreatectomia cefálica.
- (B) Sutura do ferimento gástrico anterior, procura e sutura do ferimento gástrico e colecistectomia com colangiografia intraoperatória.
- (C) Sutura do ferimento gástrico anterior, procura e sutura do ferimento gástrico posterior e drenagem do pâncreas.
- (D) Gastrectomia (diverticulação duodenal), colecistectomia, colocação de um dreno de Kher e drenagem pancreática.

98

Homem, 30 anos de idade, portador de retocolite ulcerativa em tratamento com mesalazina há 5 anos. Comparece ao pronto-socorro referindo diarreia com sangue há 3 dias (8 episódios por dia). Foi internado, realizado hidratação endovenosa e antibioticoterapia. Após 4 horas de internação, começou a apresentar enterorragia em grande quantidade, PA de:90×70 mmHg, FC de 120 bpm. A hemoglobina inicial, que era de 10 g/dL, caiu para 7,0 g/dL. Após a reanimação volêmica, continuava apresentando enterorragia, sendo então indicada cirurgia. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Colectomia subtotal e ileostomia.
- (B) Colectomia subtotal e ileoreto anastomose.
- (C) Protocolectomia total com ileostomia.
- (D) Protocolectomia total com pouch-anal anastomose.

99

Homem, 45 anos de idade, comparece à unidade de emergência referindo dor abdominal epigástrica, seguida por vômitos com sangue e melena há 24 horas. Refere uso de diclofenaco por lombalgia há 3 dias. Ao exame físico, apresenta-se desidratado, decorado 4x/4, anictérico, afebril. Abdome plano, flácido sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal com presença de melena. PA de 90x70 mmHg, FC de 120 bpm, FR de 20 irpm, SpO₂ de 94%.

• Exames laboratoriais:

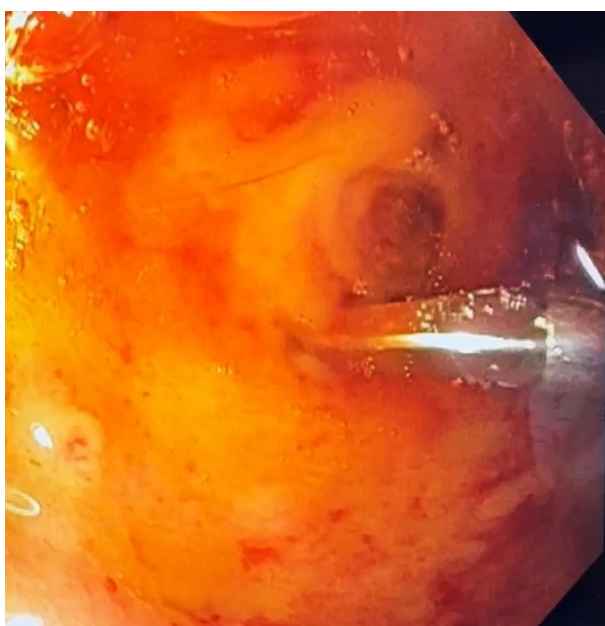
Hb: 5,0 g/dL

Ht: 20%

Plaquetas: 170.000/mm³

INR: 1, P

Após a reposição volêmica, foi realizada endoscopia que visualizou no bulbo duodenal a lesão apresentada na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que classifica, corretamente, a lesão observada e o tratamento indicado.

- (A) Forrest 1B – tratamento endoscópico com esclerose e bloqueador H2 em dose plena + profilaxia de peritonite bacteriana espontânea.
- (B) Forrest 2B – remoção endoscópica do coágulo e esclerose se necessário – bloqueador H2 em dose plena.
- (C) Forrest 2A – tratamento endoscópico com duas técnicas e bloqueador H2 em dose plena.
- (D) Forrest 2A – tratamento endoscópico e endovascular para embolização do vaso e bloqueador H2 em dose plena.

100

O hemotórax tardio pode ocorrer em qualquer paciente vítima de trauma, em geral, pode ser detectado entre 2 e 40 dias após o trauma. Qual é origem mais provável relacionada a este hemotórax?

- (A) Fratura de costela.
- (B) Fratura de esterno.
- (C) Lesão pulmonar.
- (D) Lesão da artéria intercostal.

101

Paciente com histórico de doença de Crohn estenosante, em tratamento irregular, foi submetido à cirurgia de urgência devido ao quadro de suboclusão por atividade da doença em íleo terminal. Após a laparotomia exploradora, o paciente teve alta com ileostomia terminal e orientação de dieta branda pobre em resíduos. O paciente não seguiu a orientação dietética e apresentou alto débito pela ileostomia (maior que 2 litros em 24 horas). Trinta dias após a alta, o paciente procurou o pronto-socorro com queixas de boca seca, náusea, sonolência, fraqueza e perda ponderal de 6 quilos. O ECG na admissão mostrou alargamento do complexo QRS. Qual distúrbio hidroeletrólítico espera-se encontrar e qual a correção recomendada?

- (A) Hipomagnesemia grave, reposição endovenosa.
- (B) Hiponatremia grave, hidratação oral.
- (C) Hipercalemia leve, reposição oral.
- (D) Ausência de distúrbio hidroeletrólítico.

102

Mulher, 34 anos de idade, 60 kg e 1,60 m de altura, foi vítima de ferimento por arma branca no abdome, e submetida à laparotomia exploradora, na qual foi realizada ressecção de cólon direito, rafia de lesão em duodeno, lavagem da cavidade abdominal e peritomeostomia. A paciente foi encaminhada para unidade de terapia intensiva, em uso de noradrenalina 0,6 µg/kg/min, vasopressina 0,02 UI/min, sedada, em ventilação mecânica, com tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos e lactato sérico aumentado. Estava em jejum, com sonda nasogástrica aberta, apresentando débito de 800 mL em 24 horas (aspecto bilioso). Devido à perspectiva de jejum prolongado, no 2º dia de pós-operatório, a equipe multiprofissional de terapia nutricional foi chamada para introdução de terapia nutricional. Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Jejum oral e introdução de terapia nutricional parenteral plena via cateter venoso central.
- (B) Jejum oral e introdução de terapia nutricional enteral via sonda nasoenteral.
- (C) A terapia nutricional está contraindicada neste momento.
- (D) Dieta oral líquida sem resíduos.

103

Homem, 82 anos de idade, apresenta queixa de fraqueza muscular progressiva, fadiga e dificuldade para levantar-se da cadeira. Realizou exame físico, com medida da circunferência de panturrilha de 32 cm. Segundo os critérios do *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP2), após suspeita clínica, qual o próximo passo recomendado para o diagnóstico de sarcopenia?

- (A) Avaliação da função pulmonar.
- (B) Avaliação do equilíbrio postural.
- (C) Exame de sangue para dosagem de creatinina.
- (D) Avaliação da força muscular, por exemplo, teste de prensão manual.

Texto para as questões 104 e 105

Mulher, 47 anos de idade, previamente hígida, comparece ao pronto-socorro com dor abdominal intensa há 36 horas, localizada em epigástrio, irradiada para o dorso, acompanhada de vômitos. Ao exame físico, apresenta FC de 110 bpm, PA de 98×60 mmHg, FR de 24 irpm, febre de 38,3 °C e Glasgow 15. A dosagem de lipase está 3 vezes acima do valor de referência. Hemograma revela leucocitose. Gasometria com PaO₂ de 68 mmHg (FiO₂ de 21%). BUN de 30 mg/dL. PCR de 120 mg/dL.

104

Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente tem pancreatite leve e pode ser liberada após hidratação e analgesia.
- (B) A gravidade da pancreatite deve ser avaliada somente após 72 horas, com TC contrastada obrigatória.
- (C) O diagnóstico de pancreatite aguda é incerto sem tomografia abdominal.
- (D) A presença de critérios de SIRS e hipoxemia indicam gravidade aumentada e necessidade de monitoramento intensivo.

105

Em relação à terapia nutricional em pacientes com pancreatite aguda, assinale a alternativa correta.

- (A) A nutrição parenteral total deve ser iniciada até 24h em todos os pacientes.
- (B) A via enteral, quando tolerada, deve ser preferida, por reduzir complicações infecciosas e mortalidade.
- (C) A nutrição parenteral precoce é preferida à nutrição enteral, pois reduz o risco de infecção em pacientes com necrose.
- (D) A alimentação oral deve ser postergada até a resolução completa da dor e normalização dos exames laboratoriais.

106

Homem, 55 anos de idade, com história de diabetes melito tipo 2, foi admitido na UTI devido a choque séptico secundário à uma pneumonia bacteriana. Durante sua estadia na UTI, foi necessário inserir um cateter venoso central de curta permanência para administração de antibióticos e suporte hemodinâmico. Após 10 dias de internação, começou a apresentar febre persistente e calafrios, apesar da melhora da pneumonia. O exame físico revelou sinais de eritema e dor no sítio de inserção do cateter. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada para o manejo da possível Infecção de Corrente Sanguínea Associada ao Cateter (CRBSI).

- (A) Continuar com a terapia antibiótica atual e monitorar a febre e os sinais locais de infecção.
- (B) Manter o cateter e observar a evolução clínica do paciente.
- (C) Trocar o cateter de lugar e observar a evolução clínica do paciente.
- (D) Remover o cateter imediatamente, coletar hemoculturas pareadas e iniciar antibioticoterapia empírica.

107

A Falência Intestinal (FI) é uma condição grave e complexa, caracterizada pela incapacidade do intestino de absorver adequadamente nutrientes e líquidos, comprometendo o crescimento e o desenvolvimento de crianças e prejudicando a manutenção de um organismo saudável em adultos. Nessa condição, a suplementação intravenosa se faz necessária. Alguns pacientes têm FI crônica e necessitam receber Terapia Nutricional Parenteral (TNP) por meses ou anos. Nesses casos, a TNP prolongada leva a complicações metabólicas. Assinale a alternativa que corresponde à complicação metabólica associada ao uso prolongado de TNP.

- (A) Hipertensão intracraniana.
- (B) Doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (C) Artrite de grandes e pequenas articulações.
- (D) Esteatose hepática / doença colestática hepática.

108

Homem, 25 anos de idade, com diagnóstico de doença de Crohn foi transferido de outro hospital para tratar fistula enterocutânea com drenagem em torno de 700 mL/dia de aspecto bilioso. Ele apresentou esta fistula digestiva como consequência de deiscência parcial da anastomose jejunojejunal a 30 cm do ângulo de Treitz. Assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial recomendada para este paciente.

- (A) Jejum associada à terapia nutricional parenteral.
- (B) Terapia nutricional enteral associada à oral com dieta polimérica.
- (C) Terapia nutricional enteral associada à oral com dieta pobre em resíduos.
- (D) Somente jejum.

109

Mulher, 58 anos de idade, peso de 70 kg, altura de 1,65 m, no 10º dia pós-transplante alogênico de medula óssea, internada em leito de terapia intensiva com doença do enxerto contra o hospedeiro hepática grave (grau III), cursando com bilirrubinas elevadas, hipoalbuminemia, INR prolongado e choque séptico de origem pulmonar. Encontra-se no terceiro dia de ventilação mecânica e sedação contínua com propofol a 25 mL/h (em solução a 1%). Está em terapia renal substitutiva contínua com anticoagulação regional com citrato há 2 dias. Recebe nutrição enteral de baixo aporte por sonda alimentar em posição gástrica. Considerando o contexto completo do caso, é correto afirmar:

- (A) A infusão de propofol deve ser criteriosa no cenário de metabolização hepática prejudicada.
- (B) O uso de citrato como anticoagulante regional pode piorar o risco de hiperglicemia de estresse, mesmo que não tenha valor calórico.
- (C) O uso do citrato como anticoagulante regional aumenta o risco de isquemia mesentérica.
- (D) Ainda que o impacto calórico do propofol 1% seja muito pequeno, a disfunção renal pode prejudicar a metabolização e meia-vida do fármaco.

Texto para as questões de 110 a 112

Homem, 65 anos de idade, procurou atendimento médico por epigastralgia, disfagia baixa para sólidos, soluços recorrentes e perda ponderal de 13 kg nos últimos cinco meses, sem causa aparente. Foi submetido à endoscopia digestiva alta, que evidenciou lesão ulcerada e infiltrativa, classificada como Siewert II, localizada na região da cárdia, a 38 cm da Arcada Dentária Superior (ADS). A biopsia confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invasivo, em topografia de transição esofagogástrica. Portador de diabetes melito tipo 2, dislipidemia e ex- tabagista e etilista crônico.

Avaliação nutricional inicial:

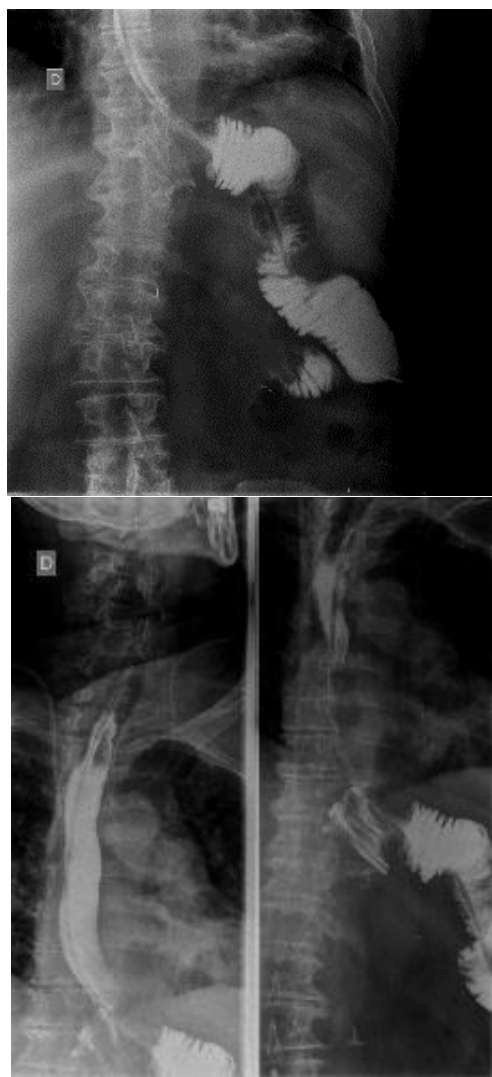
Altura: 1,71 m

Peso habitual: 102 kg (IMC de 34,8 kg/m²)

Peso atual: 87,6 kg (IMC de 29,8 kg/m²)

Classificação pela Avaliação Subjetiva Global (ASG): moderadamente desnutrido.

Exames de imagem de três semanas de pós-operatório:



110

A qual exame de imagem referem-se as imagens apresentadas?

- (A) Fistulografia.
- (B) Deglutograma.
- (C) Cintilografia esôfago-duodeno.
- (D) Raio-X contrastado esôfago-estômago-duodeno.

111

Foi realizada uma endoscopia digestiva alta, que indicou esofagite erosiva grau C de Los Angeles, conforme imagem a seguir:



Considerando a evolução do paciente, assinale a alternativa que apresenta o principal fator de risco para complicações nutricionais graves no pós-operatório tardio de gastrectomia total com linfadenectomia à D2 com reconstrução a Y de Roux.

- (A) Uso de sonda nasointestinal no intraoperatório.
- (B) História pregressa de ex-tabagista e etilista crônico.
- (C) Desnutrição proteico-calórica progressiva com perda > 10% do peso corporal total em 6 meses.
- (D) Realização da anastomose esofagojejunal em Y de Roux.

112

Considerando a gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux, assinale a alternativa que apresenta a deficiência nutricional mais frequentemente observada e que exige monitoramento regular.

- (A) Hipervitaminose A, pelo aumento da absorção intestinal de retinol no jejuno proximal.
- (B) Deficiência de vitamina B12, devido à ausência do fator intrínseco e comprometimento da absorção no íleo terminal.
- (C) Deficiência de vitamina C, pela ausência de acidez gástrica e maior perda urinária.
- (D) Hiperferritinemia, pelo aumento da absorção de ferro no intestino delgado distal.

113

Assinale a alternativa que apresenta uma contraindicação à passagem de sonda nasointestinal.

- (A) Disfagia.
- (B) Trauma maxilofacial grave.
- (C) Baixa aceitação de dieta oral.
- (D) Risco para broncoaspiração.

114

Homem, 25 anos de idade, etilista crônico e cirrótico, trazido para o hospital por familiares com presença de ascite e edema dos membros inferiores. A albumina sérica apresentou valor de 2,5 mg/dL. Assinale a alternativa correta quanto à alteração laboratorial apresentada.

- (A) É o melhor marcador de avaliação do estado nutricional.
- (B) É o marcador laboratorial sérico mais sensível de estado nutricional em relação aos outros marcadores, com vida média de 21 dias.
- (C) Não é considerado um bom marcador de avaliação do estado nutricional, pois pode indicar piora da doença hepática.
- (D) É preditora de morbidade e mortalidade

115

Homem, 43 anos de idade, morador de rua, com histórico de etilismo crônico e sem alimentação adequada há pelo menos 12 dias. Foi admitido no pronto-socorro com quadro de confusão mental, fraqueza muscular generalizada e edema de membros inferiores. Na admissão, seus sinais vitais estavam estáveis. Foi iniciado suporte nutricional com dieta enteral hiper calórica de forma progressiva, mas com aporte calórico pleno em 48 horas. No terceiro dia de internação, apresentou taquicardia, dispneia, hiporreflexia e queda significativa nos níveis séricos de fósforo, potássio e magnésio. Foram realizados exames laboratoriais que retornaram com os resultados apresentados a seguir:

Hb: 13,4 g/dL
Fósforo: 0,8 mg/dL
K⁺: 2,9 mEq/L
Mg²⁺: 1,3 mg/dL

Com base nos resultados dos exames laboratoriais e nos dados clínicos apresentados, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Síndrome hepatorenal.
- (B) Síndrome da realimentação.
- (C) Acidose tubular renal tipo II.
- (D) Hipotireoidismo grave.

116

Homem, 49 anos de idade, com IMC 24 kg/m², sem comorbidades, será submetido à colectomia eletiva por videolaparoscopia em hospital cujo protocolo segue as diretrizes do Projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória) e ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*). Considerando tais diretrizes, é correto afirmar:

- (A) Deve-se iniciar água, chá e líquidos sem resíduos quando o paciente estiver acordado e estável, mas dieta com resíduos apenas após peristalse evidente.
- (B) A abreviação do jejum com soluções comerciais contendo imunonutrientes até 2 horas antes do procedimento pode ser considerada para o caso.
- (C) O jejum pré-operatório deve ser de pelo menos 8 horas para sólidos e 4 horas para líquidos
- (D) A dieta oral pode ser reiniciada nas primeiras 24 horas se não houver complicações, auxiliando a prevenção de dismotilidade pós-operatória.

117

Homem, 19 anos de idade, jogador de futebol de base, com treinos diários e partidas aos fins de semana, busca orientação sobre suplementos que possam melhorar sua performance, retardar a fadiga e auxiliar na recuperação muscular. Relata boa adesão alimentar, sono adequado e ausência de comorbidades. Com base nas diretrizes atuais de nutrição esportiva, assinale a alternativa que apresenta a orientação recomendada para o objetivo do paciente.

- (A) A creatina monohidratada, na dose de 3 a 5 g/dia, pode contribuir para melhora de performance em *sprints*, aceleração e explosão muscular, sendo segura e eficaz em longo prazo em esportes intermitentes como o futebol.
- (B) A beta-alanina, na dose de 0,5 g antes do treino, tem efeito ergogênico imediato e melhora a performance em exercícios aeróbicos prolongados, sendo ideal para treinos táticos de baixa intensidade.
- (C) A ingestão de carboidratos, de 1 a 2 g/kg antes do treino (1 a 4h antes), é contraindicada, pois pode causar hipoglicemia reativa. O ideal é treinar em jejum para favorecer adaptação metabólica e uso de gordura como fonte energética.
- (D) A cafeína, quando usada em doses superiores a 9 mg/kg, apresenta os maiores benefícios de performance, com baixos riscos de efeitos adversos. Seu uso deve ser diário para manter tolerância estável.

118

Mulher, 37 anos de idade, IMC de 30,9 kg/m² (obesidade grau I), sem comorbidades, com dificuldade de perder peso há mais de 2 anos apesar de restrição calórica e exercício físico supervisionado. A paciente possui indicação para iniciar tratamento medicamentoso para obesidade?

- (A) Sim, pois apresenta IMC ≥ 30 kg/m² e história de falha do tratamento não farmacológico.
- (B) Sim, pois apresenta IMC acima de 30 kg/m². Não havendo necessidade de falha do tratamento não farmacológico.
- (C) Não, pois a indicação é somente para pacientes com IMC ≥ 30 kg/m² associado a comorbidades como HAS e diabetes.
- (D) Não, pois a indicação é somente para pacientes com IMC ≥ 35 kg/m², independente das comorbidades.

119

Homem, 67 anos de idade, em situação de rua, com desnutrição grave, disfagia grave e contraindicação à dieta oral. Será colocado sonda transnasal em posição gástrica para dieta enteral. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada antes de se iniciar a dieta por sonda.

- (A) Colocar a parte distal da sonda em um copo com água; se não borbulhar, liberar dieta.
- (B) Autorizar início da dieta sem confirmação radiológica, pois a enfermeira é experiente.
- (C) Solicitar radiografia abdominal para confirmação do posicionamento da sonda antes do início da dieta.
- (D) Fazer teste de ausculta e pH gástrico e dispensar confirmação radiológica.

120

Paciente obesa, sedentária, motivada para aderir ao tratamento, já eliminou refrigerante há 1 ano e questiona qual a melhor dieta para emagrecimento. Relata não ter tempo para exercícios físicos e considera pouca efetividade para perda de peso. Assinale a alternativa que apresenta a orientação recomendada sobre a dieta indicada para o tratamento da obesidade.

- (A) A dieta cetogênica, que restringe o consumo de carboidratos a 50 g ou menos ao dia, é a dieta mais indicada para a paciente, devido à sua praticidade e maior adesão a longo prazo.
- (B) A dieta do mediterrâneo, baseada no consumo de peixes, azeite de oliva e nozes, ou qualquer outra dieta com diferentes proporções de macronutrientes, desde que haja déficit calórico, pode ser utilizada.
- (C) A dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), baseada no consumo exclusivo de sal rosa do Himalaia, é a melhor opção de dieta para tratamento da obesidade.
- (D) A dieta *Low FODMAP*, baseada no consumo de frutanos e galactooligossacarídeos, é a melhor opção de dieta para o tratamento da obesidade.

RASCUNHO

