

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA- 2026

A Comissão Coordenadora do Processo Seletivo – ProSel apresenta o resultado das contestações ao gabarito, de acordo com os critérios do Edital do Processo Seletivo para Residência Médica - 2026.

Contestações ao Gabarito Preliminar dos Programas com Acesso Direto:

- Questão 01 – Medicina Preventiva e Social: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 02 – Medicina Preventiva e Social: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 03 – Medicina Preventiva e Social: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 05 – Medicina Preventiva e Social: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 06 – Medicina Preventiva e Social: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 07 – Medicina Preventiva e Social: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 08 – Medicina Preventiva e Social: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 10 – Medicina Preventiva e Social: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 12 – Ginecologia e Obstetrícia: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 13 – Ginecologia e Obstetrícia: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 14 – Ginecologia e Obstetrícia: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 17 – Ginecologia e Obstetrícia: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 20 – Ginecologia e Obstetrícia: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 21 – Pediatria: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 22 – Pediatria: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 23 – Pediatria: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 24 – Pediatria: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 26 – Pediatria: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 27 – Pediatria: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 28 – Pediatria: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 29 – Pediatria: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 30 – Pediatria: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 31 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 35 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 38 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 40 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 41 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 43 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 44 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 46 – Cirurgia Geral: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.

A Comissão Coordenadora comunica que não cabem novas contestações ao gabarito.

Colatina/ES, 14 de outubro de 2025.

Coordenação do Processo Seletivo 2026



RESIDÊNCIAS UNESC 2026/1

Médicas

ANESTESIOLOGIA | CIRURGIA GERAL | CLÍNICA MÉDICA
GINECOLOGIA E OBTETRÍCIA | MEDICINA INTENSIVA
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE | PEDIATRIA

Inscrição nº:



MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Questão 01

Em relação a profilaxia da raiva humana, qual a melhor conduta em caso de adentramento de morcego?

- a) Em caso de contato físico do animal com a pele humana verificar se existe lesão, no caso de ser profunda aplicar soro antirrábico e se for superficial aplicar a vacina antirrábica isolada.
- b) Em caso de dúvida quanto ao risco de exposição do paciente aplicar vacina e soro antirrábico humano considerando o tipo do animal.
- c) Caso exista a possibilidade, matar o animal e providenciar que seja imediatamente encaminhado ao laboratório para exame.
- d) Isolar o animal em uma caixa, se possível, e observá-lo por 10 dias informando ao serviço de profilaxia da raiva caso ele venha a morrer.
- e) Morcego em área urbana são frugívoros (alimentarem-se de frutos) e não atacam humanos, sendo desnecessária a aplicação de vacina ou soro antirrábico.

Questão 02

Em relação ao soro heterólogo antirrábico humano marque “V” para a alternativa verdadeira e “F” para a alternativa falsa.

- () É uma solução concentrada e purificada de anticorpos, preparada em equídeos imunizados contra o vírus da raiva.
- () O soro deve ser conservado em geladeira, entre +2°C e +8°C, observando-se o prazo de validade do fabricante.
- () A dose indicada é de 40 UI/kg de peso do paciente.
- () Deve-se infiltrar na(s) lesão(ões) a maior quantidade possível da dose do soro. Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas, a dose pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico, para que todas as lesões sejam infiltradas.
- () Caso a região anatômica não permita a infiltração de toda a dose, a quantidade restante, a menor possível, deve ser aplicada por via intramuscular, na região glútea.

- a) V, V, V, V, V
- b) V, V, F, V, F
- c) F, V, F, F, F
- d) F, V, F, F, V
- e) V, F, V, F, V

Questão 03

Nas Américas, a hantavirose manifesta-se sob diferentes formas, desde doença febril aguda inespecífica até quadros pulmonares e cardiovasculares mais severos e característicos, podendo evoluir para a síndrome da angústia respiratória (SARA). Em relação a Hantavírus é correto afirmar:

- a) A doença é autolimitada e na maioria das vezes não necessitando de assistência hospitalar.
- b) No Brasil, até o momento não há variantes associadas a casos da síndrome cardiopulmonar por hantavírus (SCPH).
- c) Os equídeos, roedores como a capivara (*Hydrochaeris hydrochaeris*), e marsupiais, como o gambá, possuem importante participação no ciclo de transmissão da hantavirose.
- d) A infecção humana ocorre mais frequentemente pela inalação de aerossóis, formados a partir da urina, das fezes e da saliva de roedores infectados.
- e) O período de transmissibilidade do hantavírus no homem é bem conhecido, sendo que o período de maior viremia seria alguns dias após o aparecimento dos sinais e dos sintomas.

Questão 04

Perda auditiva induzida por ruído (PAIR) caracteriza-se pela perda da audição por exposição prolongada a ruídos, que pode estar associada ou não, a substâncias químicas no ambiente de trabalho. Marque a alternativa correta em relação a PAIR.

- a) A exposição contínua a ruídos é de menor risco do que a intermitente devido a maior resistência do nervo coclear.
- b) A PAIR é reversível, e uma vez cessada a exposição, não há progressão e ocorre melhora da perda auditiva.
- c) Todo caso de perda auditiva em que não foi identificado fator ou situação de risco em ambiente ou processo de trabalho após investigação epidemiológica também devem ser considerados como PAIR.
- d) Sintomas concomitantes a perda auditiva induzida por ruído são incomuns e raros.
- e) O risco de ocorrência da PAIR aumenta consideravelmente quando a média da exposição ao ruído está acima de 85 dB (A) por oito horas diárias.

Questão 05

Ao considerarmos as vacinações humanas e sua utilização com outros imunobiológicos, é correto afirmar:

- a) Para fins de imunização, doses de vacinas administradas até seis dias antes do intervalo mínimo ou da idade mínima indicada para a vacinação são consideradas válidas.
- b) A norma técnica sobre imunização publicada em 05 de maio de 2025 preconiza o início de vacinação do recém-nascido a partir de 1 ano de vida, exceto a BCG.
- c) Em estudos realizados, observou-se que as crianças que receberam antitérmico profilático apresentaram redução nos títulos de anticorpos das vacinas administradas.
- d) A imunização passiva (utilização de imunoglobulinas) não interfere na resposta imune às vacinas atenuadas.
- e) É necessário que as crianças sejam vacinadas nos primeiros meses de vida, ou na falta da vacina, que sejam expostas ao agravo para primeiro contato com o antígeno vacinal e posterior proteção.

Questão 06

Uma boa técnica de aplicação, segundo as vias de administração dos imunobiológicos, é imprescindível para melhor resultado. Assim sendo, é correto afirmar:

- a) Na utilização da via intradérmica, a vacina é introduzida na hipoderme, que é a camada superficial da pele, cujo aporte sanguíneo é reduzido, proporcionando lenta absorção do imunobiológico administrado.
- b) Na utilização da via subcutânea, a vacina é introduzida na derme, um tecido com menor vascularização e, consequentemente, absorção mais lenta do imunobiológico.
- c) As regiões anatômicas selecionadas para a injeção intramuscular devem estar distantes dos grandes nervos e próximos aos vasos sanguíneos maiores para melhor absorção.
- d) A aspiração no momento da administração do imunobiológico em tecido muscular está indicada para verificar se foi atingido vaso sanguíneo, com exceção da região dorsoglútea.
- e) A região ventroglútea é a melhor opção quanto à via de administração intramuscular, pois oferece a melhor espessura de músculo.

Questão 07

O capítulo III da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que trata da Organização, da Direção e da Gestão do Sistema Único de Saúde-SUS, define que...

- a) as comissões intergestores bipartite e tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).
- b) as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sejam unicamente e diretamente organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente dentro do sistema sem participação complementar por ser financiamento público.
- c) os municípios não poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam, devido a responsabilidade expressa em lei de que as ações de saúde devem ser executadas no âmbito de seu território devido ao financiamento público.
- d) as comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, antes previstas no artigo 14 da Lei nº 8080, foram revogadas por decreto em 2024 e criados os financiamentos diretos entre as partes envolvidas por serem mais ágeis.
- e) as ações de maior porte a serem realizadas no âmbito do SUS pelos municípios necessitam de autorização do Palácio do Planalto em Brasília-DF, devido ao alto custo a ser executado, sendo que, os recursos serão distribuídos por área de prioridade definidas pelo Ministério da Saúde e publicadas no diário oficial da união.

Questão 08

Com base na legislação e nos conceitos relacionados a acidente de trabalho e saúde do trabalhador, analise as situações abaixo e marque “V” para as alternativas verdadeiras e “F” para as falsas.

- () Agressões ou violências sofridas durante a atividade ou no ambiente de trabalho.
- () Lesões sofridas por familiar, filho menor de idade, no percurso casa até escola, quando está acompanhado do pai ou mãe trabalhadora – Acidente Integrado ou por Associação de Risco.
- () Assaltos e homicídios no ambiente de trabalho onde o trabalhador esteja desenvolvendo suas atividades laborais.
- () O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional tem como objetivo acompanhar, mediante visita domiciliar, o trabalhador acidentado.
- () Acidente com lesão em trabalhador durante atividade lúdica desde que o mesmo seja portador de agravo ocupacional concorrente ou que deu causa.
- () Suicídios que ocorrem no local de trabalho ou durante as atividades laborais, independentemente das causas, é considerado acidente de trabalho.
- () Agressões sofridas pelo trabalhador ocorridas no trajeto do trabalho até sua residência.
- () Lesão ou perturbação funcional sofrida pelo trabalhador causada por fenômenos da natureza como enchentes e terremotos que ocorrem enquanto o(a) trabalhador(a) está executando suas atividades laborais.

- a) F, V, F, F, F, V, V
- b) F, F, F, V, V, F, V, F
- c) V, F, V, V, F, F, V, V
- d) V, V, V, V, F, F, V, V
- e) V, F, V, F, F, V, V, V

Questão 09

Qual lei brasileira define que os estados e municípios devem ter um Fundo de Saúde, um Conselho de Saúde com composição paritária (representantes do governo e da sociedade civil), um Plano de Saúde e relatórios de gestão para receberem os recursos federais?

- a) Lei nº 3665, de 10 de outubro de 1990.
- b) Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.
- c) Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.
- d) Lei nº 8292, de 27 de março de 1992.
- e) Lei nº 13979, de 06 de fevereiro de 2020.

Questão 10

Para a confirmação do diagnóstico da leptospirose, qual exame laboratorial é considerado “padrão-ouro”, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)?

- a) Teste de ELISA-IgM.
- b) Reação de Microaglutinação.
- c) Reação de Montenegro.
- d) Exame da Gota Espessa.
- e) Imunofluorescência Indireta.

GABARITO FINAL 2026/1

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Questão 11

Gestante de 28 anos, G1P0, com 36 semanas de gestação, chega ao pronto atendimento obstétrico referindo cefaleia intensa, turvação visual e dor epigástrica leve, há cerca de 3 horas.

Ao exame físico: PA = 160x100 mmHg, FC = 92 bpm, proteinúria 3+, BCF 142 bpm, vitalidade fetal preservada. O quadro clínico é compatível com pré-eclâmpsia grave, em iminência de eclâmpsia, sendo iniciada profilaxia anticonvulsivante com sulfato de magnésio e controle pressórico adequado.

Considerando o caso descrito e as evidências atuais sobre predição e prevenção da pré-eclâmpsia, é correto afirmar que:

- A suplementação de vitaminas antioxidantes (C e E) e o uso de óleo de peixe demonstraram eficácia na prevenção primária da doença.
- A ocorrência desse evento poderia ter sido prevista com segurança por meio de testes bioquímicos isolados, como ácido úrico e fibronectina plasmática, aplicados no segundo trimestre.
- A restrição de sal e a dieta hipossódica são medidas de prevenção primária comprovadamente eficazes contra o desenvolvimento da pré-eclâmpsia.
- A suplementação de cálcio não exerce papel algum na prevenção da doença, mesmo em populações com baixa ingestão dietética.
- O rastreamento combinado do primeiro trimestre (dados clínicos, pressão arterial média, Doppler de artérias uterinas e marcadores placentários) identifica gestantes de alto risco, permitindo prevenção com ácido acetilsalicílico em baixa dose e suplementação de cálcio.

Questão 12

Gestante de 32 anos, G2P1, com diagnóstico prévio de diabetes mellitus tipo 2 há 3 anos, fazia uso de metformina 850 mg, 2x/dia, mas suspendeu a medicação ao descobrir a gestação. Encontra-se com 10 semanas, em acompanhamento pré-natal, relatando boa adesão a dieta fracionada e que realiza atividade física regularmente. Apresenta o seguinte perfil glicêmico capilar (mg/dL) nos últimos 10 dias:

Data	Jejum	2h pós-café	2h pós-almoço	2h pós-jantar
01/10	101	118	134	142
02/10	98	112	125	138
03/10	104	120	132	145
04/10	95	110	117	128
05/10	102	122	138	149
06/10	99	118	115	124
07/10	97	119	136	140
08/10	103	121	128	133
09/10	105	126	134	146
10/10	100	123	130	144

Com base nesses dados, qual é a conduta mais apropriada neste momento?

- Reiniciar metformina oral.
- Iniciar insulina NPH associada à insulina regular.
- Iniciar insulina NPH em dose noturna isolada.
- Reorientar dieta e manter vigilância semanal.
- Iniciar insulina NPH isolada dividida em três doses diárias

Questão 13

Mulher de 25 anos, G1P0, comparece ao pronto atendimento referindo sangramento vaginal moderado há 2 dias, associado a cólicas em hipogástrio. Relata atraso menstrual de aproximadamente 9 semanas e teste de gravidez positivo há 3 semanas.

Ao exame: paciente em bom estado geral, pressão arterial 110x70 mmHg, pulso 88 bpm.

Ao exame especular, observa-se sangramento vaginal moderado com coágulos e restos ovulares no canal cervical. O colo encontra-se entreaberto.

A ultrassonografia transvaginal evidencia útero contendo material ecogênico heterogêneo no interior da cavidade endometrial, sem saco gestacional identificado.

O exame laboratorial mostra hemoglobina 11,5 g/dL e beta-hCG 8.000 mUI/mL.

Com base nesses achados, qual é a conduta mais adequada neste caso?

- Expectante, com reavaliação clínica em 7 dias.
- Curetagem uterina instrumental com anestesia geral.
- Esvaziamento uterino por aspiração manual intrauterina (AMIU) sob anestesia.**
- Internação e uso de ocitocina endovenosa.
- Antibióticoterapia e acompanhamento ambulatorial.

Questão 14

Paciente de 29 anos, primigesta, sem comorbidades, encontra-se com 26 semanas de gestação. Em acompanhamento pré-natal, apresenta os seguintes resultados laboratoriais:

- Hb: 11,8 g/dL
- Ht: 36%
- Glicemia: 86 mg/dL
- Tipagem sanguínea: O positivo
- Pesquisa de anticorpos irregulares: negativa
- Toxoplasmose: IgG positivo e IgM positivo
- Avidade de IgG para toxoplasmose: baixa
- Demais sorologias: negativas

A ultrassonografia mostra feto único, vivo, com ventriculomegalia leve bilateral, ascite discreta e espessamento placentário difuso. O Doppler da artéria cerebral média e da artéria umbilical é normal para a idade gestacional.

Com base nos achados laboratoriais e ultrassonográficos, a conduta terapêutica mais adequada é:

- Iniciar pirimetamina + sulfadiazina + ácido folínico, após confirmação da infecção fetal.**
- Iniciar espiramicina 3 g/dia até o parto.
- Iniciar antibiótico de amplo espectro e corticoterapia fetal.
- Suspender o acompanhamento e repetir sorologia em 4 semanas.
- Realizar exsanguíneotransfusão intrauterina imediata.

Questão 15

Mulher de 24 anos procura atendimento por aumento da secreção vaginal há 10 dias, associada a odor desagradável, principalmente após o coito. Refere ausência de prurido e dor. Ao exame especular, nota-se secreção acinzentada, fluida e aderente às paredes vaginais. O pH vaginal é 5,5 e, à bacterioscopia (Gram), observam-se células-guia (clue cells), ausência de lactobacilos e escassez de leucócitos. Teste das aminas com KOH a 10% é positivo.

Qual é o tratamento vaginal mais adequado para essa condição?

- Clotrimazol.
- Metronidazol.**
- Nistatina.
- Ácido acético.
- Probiótico vaginal.

Questão 16

Gestante de 28 anos, G2P1, com 30 semanas de gestação, chega ao pronto atendimento com queixa de contrações uterinas regulares a cada 5 minutos há 2 horas. Nega perda de líquido amniótico ou sangramento vaginal.

Ao exame:

- Pressão arterial: 110x70 mmHg
- Frequência cardíaca: 88 bpm
- Temperatura: 36,7 °C
- Altura uterina: 30 cm
- Dilatação cervical: 2 cm, colo parcialmente apagado
- Membranas íntegras, batimentos cardíacos fetais presentes e regulares.

Foram descartadas infecção urinária e corioamnionite.

A paciente encontra-se em bom estado geral e sem contraindicações materno-fetais à inibição das contrações.

Com base nas recomendações atuais para o manejo do trabalho de parto prematuro, assinale a alternativa correta quanto ao uso de tocolíticos:

- a) Os agonistas beta-adrenérgicos, como a terbutalina, são as drogas de escolha por apresentarem o melhor perfil de segurança cardiovascular.
- b) A indometacina é segura para uso em qualquer idade gestacional, sendo preferida por sua baixa taxa de efeitos adversos maternos e fetais.
- c) A atosibana está contraindicada em razão de seu elevado risco de hipotensão e broncoespasmo materno.
- d) A nifedipina, bloqueadora dos canais de cálcio, é considerada tocolítico de primeira escolha, devendo ser usada por até 48 horas para permitir a ação dos corticosteroides e/ou a transferência materna.
- e) A tocolise deve ser mantida até o termo (37 semanas), pois sua interrupção precoce aumenta a morbimortalidade neonatal.

Questão 17

Mulher de 45 anos, G2P2, comparece ao ambulatório de ginecologia para avaliação de resultado de exame citopatológico realizado durante o rastreamento de rotina. O laudo citológico evidencia:

“Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor.”

A paciente está assintomática, com exame especular mostrando colo de aspecto normal e orifício externo pérvio.

De acordo com as diretrizes brasileiras, a conduta mais apropriada neste momento é:

- a) Encaminhar para colposcopia com biópsia dirigida conforme achado colposcópico.
- b) Realizar conização diagnóstica imediata.
- c) Repetir a citologia em 6 meses para confirmar o resultado.
- d) Indicar histerectomia total, pois há suspeita de invasão.
- e) Solicitar teste de HPV oncogênico antes de definir conduta.

Questão 18

Adolescente de 16 anos procura atendimento por ausência de menstruação. Refere desenvolvimento normal das mamas e nega história de dor pélvica cíclica. Ao exame físico, apresenta mamas em Tanner 5, ausência de pelos pubianos e axilares, genitália externa feminina com introito vaginal curto e fundo de saco cego. O exame ultrassonográfico não identifica útero nem ovários, mas evidencia estruturas ovaladas na topografia inguinal.

Qual é o cariótipo compatível com o diagnóstico mais provável?

- a) 45,X.
- b) 46,XX,+21.
- c) 46,XX.
- d) 46,XY.
- e) 47,XXY.

Questão 19

Mulher de 48 anos, G3P3, comparece ao pronto atendimento ginecológico referindo sangramento uterino intenso há 10 dias, associado a dor pélvica contínua e sensação de peso no baixo ventre. Relata episódios semelhantes nos últimos meses, com menstruações prolongadas e coágulos volumosos, não responsivos a tratamento clínico prévio com anti-inflamatórios e anticoncepcionais hormonais. Apresenta fadiga e tontura aos esforços. Antecedentes: hipertensão controlada, prole constituída, laqueadura tubária há 15 anos.

Ao exame físico:

- Bom estado geral, pálida ++/4+
- PA: 110x70 mmHg, FC: 96 bpm
- Abdome: palpação hipogástrica dolorosa com massa endurecida e irregular, que se eleva até 4 cm abaixo da cicatriz umbilical.
- Ao toque bimanual: útero aumentado de volume, superfície irregular, consistência firme, móvel e indolor.
- Colo uterino sem lesões, sangramento moderado pelo orifício externo.

Exames complementares:

- Hemoglobina: 9,4 g/dL
- Hematócrito: 29%
- Beta-hCG: negativo
- Ultrassonografia transvaginal: útero aumentado (volume 420 cm³), múltiplos nódulos hipoeoicos intramurais e submucosos, o maior medindo 6,2 cm, endométrio afilado e anexos sem alterações.

Considerando o quadro clínico e os achados dos exames complementares, a conduta mais adequada é:

- a) Inserir dispositivo intrauterino com levonorgestrel para controle do sangramento.
- b) Programar miomectomia por via laparoscópica para preservação uterina.
- c) Iniciar antifibrinolítico (ácido tranexâmico) e reavaliar em 30 dias.
- d) Realizar ablação endometrial por histeroscopia para controle do sangramento.
- e) Indicar histerectomia total devido à miomatose sintomática e prole constituída.

Questão 20

Mulher de 28 anos, nuligesta, procura consulta ginecológica relatando dismenorreia intensa desde a adolescência e episódios de menorragia que interferem em suas atividades diárias. Refere acne leve de difícil controle e histórico familiar de câncer de ovário em mãe e tia materna, ambas diagnosticadas antes dos 50 anos. Relata não possuir contraindicações médicas para o uso de hormônios.

Com base na avaliação clínica e nas evidências sobre os efeitos não contraceptivos dos anticoncepcionais orais combinados (ACO), é correto afirmar que:

- a) O uso de ACO aumenta o risco de câncer de ovário em portadoras de mutação BRCA.
- b) Os ACOs são indicados para o tratamento de cistos ovarianos volumosos e septados já formados.
- c) O ACO reduz o risco de câncer de endométrio e de ovário, inclusive em mulheres com histórico familiar.
- d) O uso prolongado de ACO não interfere na acne, pois eleva os níveis circulantes de androgênios.
- e) O efeito dos ACOs sobre o fluxo menstrual é neutro, não havendo impacto em quadros de menorragia.

PEDIATRIA

Questão 21

Recém-nascido, 39 semanas de idade gestacional, Peso Nascimento: 3035g, APGAR 9\10, não apresentou necessidade de reanimação neonatal ao nascimento. Bolsa rota de 22 horas, pesquisa para estreptococo do grupo B negativa. Sem relato de febre materna. Exame: FR: 55irpm, FC 145bpm, eupneico, ativo, corado, hidratado, SatO₂ 98%. Ausculta cardiorrespiratória normal, TEC menor 2 segundos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, está indicado como boa prática:

- a) Devido ao risco infeccioso, o recém-nascido deve ser encaminhado a UCINCO com reavaliação frequente dos sinais vitais e coleta de hemograma, PCR e hemocultura.
- b) Devido risco infeccioso, o recém-nascido deve ser encaminhado a UTIN e iniciado antibiótico terapia: ampicilina e gentamicina e reavaliação frequente dos sinais vitais.
- c) Recém-nascido deve ser colocado em contado pele-pele e estimulado aleitamento materno na primeira hora de vida e iniciado antibióticoterapia (ampicilina e gentamicina) e reavaliação frequente dos sinais vitais em alojamento conjunto.
- d) Recém-nascido deve ser colocado em contado pele-pele e estimulado aleitamento materno na primeira hora de vida, encaminhado ao alojamento conjunto e reavaliado por 24 horas.
- e) Recém-nascido deve ser colocado em contado pele-pele e estimulado aleitamento materno na primeira hora de vida, encaminhado ao alojamento conjunto e reavaliado por 48 horas.

Questão 22

Recém-nascido (RN) de mãe com VDRL 1:8 no momento do parto, sem registro de tratamento na gestação. VDRL do RN coletado no alojamento conjunto= 1:8; hemograma normal; radiografia de ossos longos normal; duas tentativas de coleta de líquido sem sucesso. Qual é a conduta a ser adotada?

- a) Tratar o RN com uma dose de penicilina G Benzatina.
- b) Iniciar o tratamento do RN com penicilina G cristalina.
- c) Iniciar o tratamento do RN com penicilina G procaína.
- d) Acompanhar a sorologia do RN para decidir o tratamento.
- e) Descartar sífilis neonatal, VDRL igual ao materno.

Questão 23

Menina com 9 dias de vida, vem com a mãe à primeira consulta de Puericultura. Recém-nascida de 40 semanas, de parto cesáreo, com peso adequado para a idade gestacional, Apgar 9/9 (primeiro e quinto minuto), encaminhada para alojamento conjunto, após o nascimento. A mãe não relata intercorrências e mostra-se aparentemente apática durante toda a consulta, relatando estar amamentando por livre demanda e referindo dificuldades na amamentação. Relata, ainda, choro intenso e constante do bebê desde a alta hospitalar. O exame físico da lactente não mostra alterações, já em ganho ponderal. A mãe não apresenta alterações dos mamilos e as mamas parecem normais.

Qual é a conduta a ser tomada, inicialmente, nessa situação?

- a) Observar a amamentação, encorajar a mãe e corrigir pega e posição adequadas.
- b) Interromper a amamentação e prescrever fórmula infantil de partida.
- c) Manter a amamentação e fazer compressas mornas na mama para ajudar na descida do leite.
- d) Manter a amamentação e complementar com fórmula infantil.
- e) Encaminhar mãe para consultora de amamentação e prescrever fórmula de partida para complementação.

Questão 24

Gestante dá à luz de parto vaginal, com 39 semanas e quatro dias. Está tratando tuberculose (forma pulmonar) há um mês, com escarro negativo há três semanas. A amamentação ao seio deverá ser realizada:

- a) utilizando máscara.
- b) após realizar a BCG.
- c) após o recém-nascido iniciar isoniazida.
- d) sem restrições.
- e) amamentação contraindicada.

Leia com atenção o caso clínico abaixo e responda às questões de números 25, 26 e 27:

Questão 25

Escolar, sete anos, previamente saudável, residente em área rural, é internado com relato materno de há quatro meses com febre intermitente, emagrecimento e adinamia. Exame físico: emagrecido, hipocorado ++/4+, anictérico, eupneico, perfusão capilar algo lentificada. ACV e AR sem alterações. Abdome: globoso, edema de parede, fígado: 8 cm do RCD, baço: 10 cm do RCE. Edema de MMII ++/4+. Exames laboratoriais de internação: pancitopenia, enzimas hepáticas elevadas, albumina diminuída, hiperglobulinemia, principalmente às custas da imunoglobulina G. A sorologia e o mielograma confirmam o diagnóstico de leishmaniose visceral. O tratamento indicado é:

- a) Fluconazol.
- b) Albendazol.
- c) Anfotericina.
- d) Vancomicina.
- e) Metronidazol.

Questão 26

Na abordagem terapêutica, faz-se necessária a correção da hipoalbuminemia em virtude do resultado de laboratório, assim como da presença de ascite e edema de membros inferiores. Neste caso, deve-se administrar:

- a) albumina 5% + soro glicosado 5%.
- b) albumina a 5% - 0,5 - 1 g / kg.
- c) albumina 5% + ringer com lactato.
- d) albumina 20% + soro fisiológico.
- e) albumina a 20% - 0,5 - 1 g /kg.

Questão 27

É indicada antibioticoterapia por via venosa, uma vez que o paciente apresenta quadro febril com neutropenia grave. Sabe-se que a infecção bacteriana secundária é uma das causas de óbito nos quadros graves de leishmaniose visceral. Assim, o pediatra deve indicar:

- a) Cefepime.
- b) Clindamicina.
- c) Vancomicina.
- d) Metronidazol.
- e) Amoxicilina.

Questão 28

Lactente de quatro meses é levado por sua mãe ao ambulatório para consulta de puericultura. Neste caso, o pediatra deve orientar à mãe:

- a) evitar aplicar vacinas se o bebe estiver resfriado ou com febre baixa.
- b) iniciar papa de frutas, pois nessa idade o aleitamento exclusivo não é mais suficiente.
- c) que o crescimento dele vai acelerar, pois passou dos três meses de idade.
- d) que o lugar seguro para o bebe dormir é o berço e não na cama dos pais.
- e) que a criança deve começar a sentar sem apoio nesta idade.

Questão 29

Em relação à reanimação cardiopulmonar em crianças, podemos afirmar que:

- a) em crianças em PCR, deve-se tentar dois acessos venosos periféricos rapidamente antes de tentar uma via intraóssea.
- b) o uso de desfibrilador externo automático (DEA) em ambientes públicos somente está indicado para pacientes adultos.
- c) as características das compressões torácicas adequadas durante a RCP incluem: compressões rápidas e fortes, mínimas interrupções entre as compressões, permitir uma completa reexpansão do tórax.
- d) a abordagem do paciente em parada cardiorrespiratória deve seguir a ordem ABC (abertura de vias aéreas, boa respiração e compressões torácicas).
- e) sempre devemos iniciar a PCR com uma dose de adrenalina intra-traqueal e massagem cardíaca com compressões adequadas e de forma ininterruptas.

Questão 30

Recém-nascido, sexo masculino, iniciou ao final da terceira semana de vida, quadro de vômitos em jato após mamadas ao seio materno. A mãe procurou serviço de emergência, sendo prescrito antiemético e recomendada elevação da cabeceira do berço. Os vômitos persistiram e se agravaram nos três dias subsequentes. A criança passou a perder peso e a apresentar pouca atividade, além de diminuição do débito urinário. Foi, então, novamente levado à emergência e os exames laboratoriais iniciais mostraram: Cloro: 90 mEq/L, Potássio: 3,3 mEq/L, Sódio: 130 mEq/L. A gasometria colhida evidenciou alcalose metabólica.

Frente ao quadro apresentado, o diagnóstico mais provável é:

- a) galactosemia.
- b) estenose hipertrófica do piloro.
- c) refluxo gastroesofágico.
- d) hiperplasia congênita de supra-renal.
- e) síndrome de hipertensão intracraniana.

CLÍNICA MÉDICA

Questão 31

Paciente de 58 anos com quadro de infarto agudo do miocárdio com supra de ST em parede anterior, com delta T de 2 h, candidato a angioplastia primária. Escolha de antiagregação/antitrombótico mais adequada:

- a) AAS + clopidogrel; heparina não fracionada é contraindicada.
- b) Evitar anticoagulação se houver *stent* farmacológico.
- c) AAS + inibidor seletivo P2Y12 + anticoagulação parenteral durante a intervenção coronária percutânea.
- d) Usar dupla antiagregação apenas após angiografia – aguardar definição da anatomia coronariana.
- e) Fibrinolítico deve preceder angioplastia sempre que disponível.

Questão 32

Homem, 23 anos, previamente hígido, refere faringoamigdalite há 3 semanas, sem antibiótico. Procura o serviço por edema palpebral matinal, urina escura e redução do volume urinário há 2 dias.

Exame físico: PA 160/95 mmHg, FC 94 bpm, edema +/4+, sem dor lombar.

Laboratório: ureia 60 mg/dL, creatinina 1,6 mg/dL (basal desconhecido), EAS: hematúria com hemácias dismórficas e cilindros hemáticos, proteinúria 1,2 g/24h; C3 reduzido, C4 normal; ASO 800 UI.

Qual a melhor combinação de diagnóstico e conduta inicial?

- a) Nefropatia por IgA (doença de Berger); iniciar corticoide oral por 6–8 semanas.
- b) Nefrite lúpica proliferativa; iniciar pulsoterapia com metilprednisolona seguida de ciclofosfamida.
- c) Doença por anti-MB (Goodpasture); iniciar plasmáfese associada a corticoide e ciclofosfamida.
- d) Glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica; restrição de sal e água, controle pressórico e penicilina benzatina para erradicação do estreptococo.
- e) Glomerulonefrite rapidamente progressiva pauci-imune (ANCA+); iniciar rituximabe e corticoide em altas doses.

Questão 33

Mulher, 58 anos, DM2 e história de nefrolitíase, chega com febre, calafrios e dor lombar direita há 24 h, evoluindo com confusão.

Exame: PA 82/50 mmHg, FC 122 bpm, FR 28 ipm, T 39,1 °C, SpO₂ 93% AA.

Laboratório: leucócitos 21.000/mm³ (12% bastões), creatinina 3,2 mg/dL (prévia 1,1), plaquetas 110.000/mm³, lactato 5,7 mmol/L, pH 7,25, HCO₃⁻ 18 mEq/L, diurese 0,2 mL/kg/h.

Condutas já realizadas nas primeiras 60–90 min: hemoculturas, lactato (planejada redosagem), piperacilina-tazobactam EV, 30 mL/kg de cristalóide, início de norepinefrina (0,2 µg/kg/min) para PAM alvo ≥ 65 mmHg (atual PAM 62 mmHg).

Ultrassom point-of-care: hidronefrose direita. USG de beira-leito com cálculo hiperecogênico de ~10 mm em ureter proximal.

Teste de elevação passiva das pernas: variação do VTI < 10% (não responsivo a mais volume).

Qual é a melhor próxima conduta?

- a) Solicitar descompressão urinária emergente com manutenção de antibiótico e suporte hemodinâmico.
- b) Administrar novo bolus de 30 mL/kg de cristalóide visando redução do lactato.
- c) Trocar norepinefrina por dopamina para tentar aumentar o débito urinário.
- d) Indicar hemodiálise de urgência para correção da acidose láctica como medida inicial.
- e) Adicionar hidrocortisona em altas doses e postergar a intervenção urológica até estabilização completa.

Questão 34

Homem, 52 anos, LMA no D+10 pós-indução (7+3), em profilaxia com levofloxacino. Chega ao PS com Tax 38,9 °C, calafrios e odinofagia por mucosite grau 4. Exame: PA 84/52 mmHg, FC 110 bpm, FR 22 ipm, SpO₂ 96% AA, sem foco clínico evidente; CVC tunelizado pérvio, sem hiperemia no orifício.

Laboratório: ANC 80/mm³, Hb 8,7 g/dL, Plaq 22.000/mm³, Cr 1,5 mg/dL, bilirrubinas normais. Radiografia de tórax sem infiltrados. Estimativa de MASCC = 19.

Qual a melhor conduta inicial nos próximos 60 minutos?

- Optar por tratamento ambulatorial VO com ciprofloxacino + amoxicilina/clavulanato e alta, pois está hemodinamicamente “estável”.
- Iniciar vancomicina EV como esquema inicial, mesmo sem sinais de infecção por Gram-positivo resistente.
- Aguardar o resultado das culturas para definir o antibiótico, mantendo hidratação venosa e antitérmicos.
- Iniciar meropenem + anidulafungina EV imediatamente para cobrir bactérias e fungos desde o início.
- Coletar hemoculturas e urocultura, e iniciar piperacilina-tazobactam + Vancomicina EV com internação.

Questão 35

Homem, 74 anos, previamente independente (mRS 1), hipertenso e diabético (metformina), em uso de AAS 100 mg/dia. Início súbito de afasia e hemiparesia direita às 08h10 (LKW). Chega ao PS às 09h25; triado às 09h30 com PA 198/112 mmHg, FC 92 bpm, FR 16 irpm, SpO₂ 96% AA, glicemia capilar 118 mg/dL. NIHSS 12. TC de crânio sem contraste às 09h50: sem hemorragia, sinais isquêmicos precoces discretos (ASPECTS 9). Sem uso de anticoagulantes e sem história de sangramento recente. Exames laboratoriais foram coletados e estão pendentes. Qual a melhor conduta nas próximas etapas?

- Solicitar RM com difusão para confirmar extensão do infarto antes de decidir pela trombólise, postergando a medicação.
- Reduzir a PA para <185/110 mmHg e, em seguida, iniciar alteplase EV 0,9 mg/kg, sem aguardar exames laboratoriais se não há suspeita de coagulopatia.
- Repetir a TC em 1–2 horas para reavaliar e então decidir pela trombólise se não surgirem sinais de hemorragia.
- Iniciar dupla antiagregação (AAS + clopidogrel) imediatamente e evitar trombólise pela idade e pelo uso prévio de AAS.
- Encaminhar diretamente para trombectomia mecânica, sem trombólise, mesmo sem confirmação de oclusão de grande vaso.

Questão 36

Homem, 72 anos, previamente independente, tabagista cessado há 10 anos, HAS. Há 24 h com tosse produtiva, febre e dispneia. Ao dar entrada no PS: T 38,3°C, FR 32 irpm, FC 104 bpm, PA 118/68 mmHg, SpO₂ 90% em ar ambiente. Está lúcido e orientado. Radiografia de tórax: consolidação no lobo inferior direito. Exames: ureia 58 mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL, Na 134 mEq/L, leucócitos 13.200/mm³.

Com base no CURB-65, qual a melhor conduta quanto ao local de tratamento?

- CURB-65 = 2 (idade e FR): liberar para tratamento ambulatorial com antibiótico VO e reavaliação em 48h.
- CURB-65 = 4: necessidade de intubação orotraqueal imediata e UTI, independentemente da gasometria.
- CURB-65 = 3: indicar internação hospitalar com início de antibiótico EV e avaliar necessidade de UTI conforme evolução.
- CURB-65 = 1 (apenas idade): alta com azitromicina VO por 5 dias.
- CURB-65 = 3, porém sem hipotensão ou confusão, podendo tratar em observação na UPA com antibiótico VO.

Questão 37

Mulher, 46 anos, professora, com 8 meses de xerostomia (sede constante, necessidade de água para engolir alimentos secos) e xeroftalmia (areia nos olhos). Dois episódios de cárie no último ano e aumento intermitente das parótidas. Nega doenças reumatológicas conhecidas, febre, perda ponderal, púrpura ou dispneia. Exame físico: fissuras labiais, saliva espessa, sem sinovite. Exames: FAN 1:160 pontilhado fino; anti-Ro/SSA positivo, anti-La/SSB negativo; FR baixo positivo; PCR normal; função renal normal. Sorologias: HBsAg, anti-HCV e HIV negativos. Oftalmologia: Schirmer 3 mm/5 min OD e 4 mm/5 min OE; teste com lissamina: escore 6. Qual a melhor conduta inicial para esta paciente?

- a) Prescrever prednisona 1 mg/kg/dia por 4–6 semanas, com redução gradual, para controle dos sintomas sicca.
- b) Indicar rituximabe por evidências de autoimunidade (anti-Ro positivo), mesmo sem acometimento extraglandular.
- c) Iniciar medidas não farmacológicas, lágrimas artificiais, higiene oral com flúor e pilocarpina VO para estímulo salivar, com seguimento odontológico e oftalmológico.
- d) Iniciar ciclosporina sistêmica visando melhora da xeroftalmia e xerostomia.
- e) Tratar com amoxicilina por 10 dias e programar sialoadenectomia eletiva devido às parotidomegalias intermitentes.

Questão 38

Homem de 54 anos, obeso (IMC 33), etilista, dá entrada com dor epigástrica intensa e PCR 290 mg/L. TC contrastada no quinto dia de internação mostra coleção pancreática com parede parcialmente organizada e bolhas de gás. Hemodinâmica estável, porém, febril (38,8 °C), leucócitos 22.000/mm³, bilirrubina 1,4 mg/dL, creatinina 1,3 mg/dL. Sem colangite. Recebeu dieta enteral por sonda nasojejunal desde o terceiro dia de internação. Qual a melhor próxima conduta?

- a) Laparotomia com necrosectomia aberta imediata.
- b) Antibiótico profilático + nutrição parenteral total; adiar qualquer intervenção por 4–6 semanas.
- c) CPRE terapêutica com papilotomia precoce.
- d) Antifúngico empírico + vigilância expectante.
- e) Iniciar carbapenem EV e indicar drenagem percutânea/endo guiada.

Questão 39

Um homem de 78 anos, previamente autônomo, é avaliado em ambulatório de Geriatria após episódios de quedas recorrentes. No último ano, perdeu 7 kg não intencionais, passando de 70 kg para 63 kg (10% do peso corporal). Refere fadiga frequente, relatando que se sente exausto em grande parte dos dias da semana. No teste de velocidade de marcha em percurso de 4 metros, apresentou 0,65 m/s. A dinamometria manual revelou força de preensão de 18 kg (abaixo do ponto de corte para homens da sua idade). Relata ainda baixo nível de atividade física, limitando-se a caminhadas ocasionais menores que 1 vez por semana. Segundo o fenótipo de Fried, qual a classificação mais adequada para esse paciente?

- a) Frágil.
- b) Pré-frágil.
- c) Robusto.
- d) Idoso vulnerável (sem preenchimento de critérios).
- e) Declínio funcional por comorbidades não relacionadas à fragilidade.

Questão 40

Homem de 62 anos, tabagista prévio e etilista social, apresenta histórico de carcinoma de pulmão tratado há 5 anos, atualmente em acompanhamento oncológico por neoplasia de próstata com metástases ósseas documentadas em coluna lombar e fêmur direito. É levado ao pronto-socorro pela família devido a quadro de fadiga intensa, inapetência, náuseas e episódios de vômitos nas últimas três semanas, associados a constipação e dor óssea difusa. Ao exame físico, encontra-se emagrecido, discretamente desidratado e com dor à palpação em quadril e coluna lombar.

Exames laboratoriais:

Potássio (K): 4,6 (VR 3,5–5,5)

Sódio (Na): 141 (VR 135–145)

Cálcio iônico (Ca^{2+}): 1,57 (VR 1,12–1,32)

Fósforo (P): 2,7 (VR 3,5–4,5)

Hemoglobina (Hb): 13,1 (VR 13–15)

Leucócitos: 8.200 (VR 4.500–10.000)

TGO: 40 (VR até 45)

TGP: 38 (VR até 40)

PTH: 225 (VR 15–65)

Albumina: 3,3 (VR 3,5–5,0)

A hipercalcemia foi confirmada em nova coleta.

Qual o mecanismo responsável pela hipercalcemia e sua provável etiologia?

- a) **Secreção excessiva de paratormônio por adenoma de paratireoide.**
- b) Ativação osteoclástica decorrente de metástases ósseas.
- c) Produção aumentada de 1,25-hidroxivitamina D em recidiva linfomatosa.
- d) Produção de PTH-relacionado (PTHrP) associada a carcinoma espinocelular.
- e) Síndrome de lise tumoral com liberação de cálcio intracelular.

CIRURGIA GERAL

Questão 41

Homem de 58 anos, portador de fibrilação atrial em uso de varfarina (INR 3,1), vítima de queda de moto a 60 km/h, dá entrada consciente, Glasgow 14, PA 80/40 mmHg, FC 142 bpm, FR 32 irpm, SatO₂ 89% em O₂. Ao exame: murmúrio vesicular diminuído à direita, dor abdominal difusa, jugulares colabadas. FAST: líquido livre em quadrante superior direito. Não há fraturas pélvicas. Após acesso venoso calibroso, recebeu 500 mL de cristalóide aquecido. Qual deve ser a próxima conduta imediata?

- a) Administrar plasma fresco congelado e vitamina K para reversão do INR antes da abordagem cirúrgica.
- b) Solicitar TC de abdome com contraste para avaliar extensão da lesão abdominal.
- c) Realizar toracostomia em selo d'água à direita antes da laparotomia exploradora.
- d) Proceder laparotomia exploradora imediata, com correção de coagulopatia durante o ato operatório.**
- e) Iniciar ressuscitação com protocolo de transfusão maciça e encaminhar à UTI para estabilização antes da cirurgia.

Questão 42

Homem de 42 anos, vítima de colisão carro–moto a 80 km/h, chega consciente (Escala de Coma de Glasgow 15), pálido e sudoreico. Sinais vitais: FC 150 bpm, PA 78/46 mmHg, FR 28 irpm, SatO₂ 94% em O₂. FAST negativo em todos os quadrantes; Rx de pelve mostra fratura em “livro aberto” (diástase sacroilíaca). Após 500 mL de cristalóide aquecido, mantém choque. Centro com sala de trauma, ortopedia de plantão e hemodinâmica não imediata (intervencionista chega em 90 min). Qual a próxima conduta imediata mais adequada?

- a) Angioembolização seletiva das artérias ilíacas internas.
- b) REBOA (Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aort) em zona I e encaminhamento à TC total.
- c) Aplicação imediata de cinta pélvica, empacotamento pré-peritoneal e fixação externa, associando ressuscitação hemostática.**
- d) Laparotomia exploradora para pesquisa de sangramento oculto.
- e) Observação em UTI com hipotensão permissiva até disponibilidade do radiologista intervencionista.

Questão 43

Homem de 68 anos, emagrecido, chega ao pronto-socorro com distensão abdominal importante, vômitos fecaloides e dor contínua. Exame físico: abdome distendido, doloroso difusamente, sinais de irritação peritoneal. Sinais vitais: FC 128 bpm, PA 84/52 mmHg, lactato 4,2 mmol/L, febre 38,5 °C. Tomografia abdominal mostra obstrução em sigmoide compatível com neoplasia, grande distensão colônica, pneumatose parietal no ceco, pequeno pneumoperitônio e líquido livre turvo. Qual a conduta cirúrgica inicial mais apropriada?

- a) Colectomia segmentar com anastomose primária e ileostomia de proteção.
- b) Colectomia subtotal com ileostomia terminal.**
- c) Endoprótese colônica como ponte para cirurgia eletiva.
- d) Colectomia à Hartmann de urgência.
- e) Cecostomia de descompressão associada a antibiótico, adiando ressecção.

Questão 44

Homem de 73 anos, diabético, febre alta e icterícia há 48 h. À admissão: rebaixamento do sensório, PA 78/46 mmHg (noradrenalina 0,2 µg/kg/min), FC 128 bpm, FR 26 irpm. BT 8,4 mg/dL, leucócitos 22.000, lactato 4,6 mmol/L. USG: dilatação de vias biliares e cálculo em colédoco distal. Qual a conduta prioritária?

- a) Realizar colecistectomia laparoscópica imediata com exploração do colédoco.
- b) Indicar descompressão biliar urgente por CPRE, associada a antibiótico e suporte clínico.**
- c) Instituir antibiótico e observação na UTI, reservando a CPRE apenas em caso de piora.
- d) Optar por colecistostomia percutânea como tratamento definitivo nesta fase.
- e) Proceder laparotomia imediata com coledocotomia e drenagem biliar por Kehr.

Questão 45

Mulher de 52 anos, no terceiro dia após bypass gástrico em Y de Roux, apresenta taquicardia de 132 bpm, febre de 38,3 °C, dor abdominal difusa e defesa à palpação. Exame laboratorial mostra lactato de 3,8 mmol/L. Tomografia com contraste não está disponível no momento. Qual deve ser a conduta inicial?

- a) Indicar cirurgia imediata para identificar e tratar possível deiscência anastomótica.
- b) Manter jejum, iniciar antibióticos de amplo espectro e reavaliar após exames de imagem.
- c) Tentar fechamento endoscópico da fístula com cliques ou prótese.
- d) Realizar drenagem percutânea guiada por imagem e manter suporte clínico.
- e) Encaminhar à UTI para monitorização intensiva e testes diagnósticos adicionais.

Questão 46

Homem de 69 anos, portador de fibrilação atrial crônica, apresenta dor abdominal súbita há 8 horas, vômitos e evolução para choque. Ao exame físico, o abdome mostra defesa generalizada e sinais de peritonite. Exames revelam lactato de 5,9 mmol/L. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

- a) Iniciar anticoagulação plena e analgesia, aguardando realização de angiotomografia.
- b) Indicar trombólise seletiva após estabilização hemodinâmica.
- c) Realizar laparotomia imediata com trombectomia e ressecção do segmento necrótico.
- d) Instituir antibioticoterapia e observação clínica por 12 horas.
- e) Optar por abordagem endovascular primária sem exploração cirúrgica do intestino

Questão 47

Mulher de 54 anos apresenta dor intensa e desproporcional no membro inferior direito, febre, rápida progressão de edema e equimoses, bolhas hemorrágicas e odor fétido. Exames revelam lactato de 4,1 mmol/L e hipotensão relativa. Tomografia do membro mostra presença de gás nos planos fasciais. Qual deve ser a conduta prioritária?

- a) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e manter observação clínica por 6–12 horas antes de qualquer intervenção.
- b) Realizar desbridamento cirúrgico imediato e extenso, associado a antibioticoterapia de amplo espectro e suporte hemodinâmico.
- c) Instituir oxigenoterapia hiperbárica, postergando o desbridamento cirúrgico para após 24 horas.
- d) Executar apenas fasciotomias de alívio, aguardando posterior demarcação da área necrosada.
- e) Administrar antitoxina para estreptococo e manter vigilância clínica, indicando cirurgia apenas em caso de deterioração.

Questão 48

Homem de 62 anos, submetido a laparotomia por peritonite perforativa, evoluiu com abdome aberto devido a edema visceral. No décimo dia de pós-operatório, apresenta fístula enteroatmosférica de alto débito, perda ponderal, hipoalbuminemia e erosão cutânea ao redor do trajeto. Qual a estratégia global mais adequada nesta fase?

- a) Indicar reconstrução imediata da parede abdominal com separação de componentes e colocação de tela definitiva.
- b) Priorizar controle da sepse, proteção da pele com curativo a vácuo, otimização nutricional com referência para nutrição parenteral ou enteral distal, e adiar a reconstrução definitiva para fase tardia.
- c) Ressecar o segmento intestinal fistuloso neste momento e realizar fechamento do abdome mesmo sob tensão.
- d) Introduzir apenas agentes antissecretores, mantendo observação clínica por duas semanas.
- e) Realizar cobertura simples com gaze seca trocada frequentemente, aguardando fechamento espontâneo da fístula.

Questão 49

Mulher de 64 anos, oito meses após hernioplastia incisional com tela de polipropileno em posição retromuscular, apresenta fístula entero-cutânea de alto débito drenando próximo ao sítio da prótese. A tomografia evidencia coleção periprotética com trajeto fistuloso para alça delgada. Já recebeu múltiplos esquemas antibióticos e passou por duas drenagens percutâneas, com recidiva do quadro. Qual a estratégia mais adequada?

- a) Realizar desbridamento local com curativo a vácuo, tentando manter a tela no leito e evitando nova cirurgia maior.
- b) Indicar nova drenagem percutânea dirigida por imagem, associada a antibioticoterapia de longo prazo como tratamento principal.
- c) Proceder à retirada completa da tela, ressecção do segmento intestinal fistuloso e fechamento temporário, com reconstrução definitiva apenas em fase tardia.
- d) Optar por antibioticoterapia supressiva de forma contínua, mantendo acompanhamento clínico ambulatorial prolongado.
- e) Executar separação de componentes imediatamente, associando colocação de nova tela definitiva no mesmo ato cirúrgico.

Questão 50

Homem de 84 anos, portador de DPOC grave (oxigenoterapia domiciliar), fração de ejeção de 30% e internado em UTI por choque séptico secundário a colecistite aguda calculosa. Exame físico: Murphy positivo, dor em hipocôndrio direito. TC: vesícula distendida com cálculos, espessamento parietal e coleções perivesiculares iniciais, sem sinais de perfuração livre. Em uso de antibiótico de amplo espectro e noradrenalina em dose moderada. Qual a conduta inicial mais apropriada neste contexto?

- a) Colecistectomia laparoscópica imediata, para controle definitivo da fonte.
- b) Colecistostomia percutânea, associada a antibiótico, com planejamento de colecistectomia definitiva quando otimizado.
- c) Antibióticoterapia exclusiva por 7–10 dias, sem drenagem inicial, visto que não há perfuração franca.
- d) Drenagem biliar endoscópica transmural (EUS–guiada) como primeira opção, por ser menos invasiva que o acesso percutâneo.
- e) Observação clínica em UTI por 24 horas para avaliar estabilidade antes de qualquer intervenção.