



ENAMED

GABARITO | 2026 | DF | 100 Questões



Gabarito: ENAMED

2026 | DF

1 - A	40 - B	79 - B
2 - B	41 - C	80 - A
3 - A	42 - D	81 - D
4 - D	43 - D	82 - D
5 - C	44 - B	83 - B
6 - B	45 - B	84 - C
7 - A	46 - C	85 - B
8 - B	47 - C	86 - D
9 - B	48 - D	87 - B
10 - C	49 - B	88 - D
11 - B	50 - C	89 - A
12 - D	51 - C	90 - C
13 - C	52 - A	91 - B
14 - B	53 - C	92 - A
15 - A	54 - C	93 - C
16 - B	55 - A	94 - A
17 - D	56 - D	95 - B
18 - D	57 - D	96 - D
19 - D	58 - A	97 - C
20 - C	59 - B	98 - C
21 - A	60 - C	99 - A
22 - A	61 - A	100 - C
23 - B	62 - B	
24 - D	63 - B	
25 - A	64 - D	
26 - C	65 - A	
27 - D	66 - A	
28 - B	67 - C	
29 - A	68 - B	
30 - C	69 - C	
31 - B	70 - B	
32 - D	71 - B	
33 - C	72 - A	
34 - B	73 - C	
35 - D	74 - A	
36 - C	75 - A	
37 - D	76 - A	
38 - D	77 - B	
39 - D	78 - D	

Comentários e Explicações

Questão 1

Esta questão aborda o manejo terapêutico da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), secundária à cardiopatia hipertensiva. A paciente apresenta sinais clínicos claros de descompensação e congestão (B3, B4, crepitações pulmonares, dispneia e fadiga), corroborados por um ecocardiograma que mostra fração de ejeção de 38% e BNP elevado.

O ponto central para resolver a questão é identificar qual medicamento, além do inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) já em uso, possui evidência sólida de redução de mortalidade e melhora do prognóstico em pacientes com ICFER.

Alternativa (a) Correta: A espironolactona é um antagonista do receptor mineralocorticoide. Grandes estudos clínicos, como o RALES, demonstraram que a adição de espironolactona ao tratamento padrão (que inclui IECA e betabloqueador) reduz significativamente a mortalidade e a taxa de hospitalização em pacientes com fração de ejeção reduzida. Por ser um dos pilares do tratamento medicamentoso da ICFER que modifica o desfecho clínico, é a escolha correta para melhorar o prognóstico de sobrevida.

Alternativa (b) Incorreta: A clortalidona é um diurético tiazídico (semelhante aos tiazídicos clássicos). Embora seja uma excelente droga para o controle da pressão arterial sistêmica, ela não possui evidência de redução de mortalidade na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Sua utilidade na IC se restringe ao controle de sintomas congestivos, mas não ao impacto no prognóstico de sobrevida a longo prazo.

Alternativa (c) Incorreta: A hidralazina, geralmente associada ao nitrato de isossorbida, pode ser utilizada na ICFER em casos específicos, como em pacientes que não toleram IECA/BRA ou em pacientes autodeclarados negros que permanecem sintomáticos apesar da terapia tripla otimizada (conforme o estudo A-HeFT). No entanto, não é a droga de escolha inicial para associação ao IECA visando ao prognóstico antes de se considerar os antagonistas de mineralocorticoide ou betabloqueadores.

Alternativa (d) Incorreta: A clonidina é um agonista alfa-2 de ação central utilizado principalmente para hipertensão arterial de difícil controle. Não há indicação para o uso de clonidina no tratamento da insuficiência cardíaca, e ela não possui qualquer impacto positivo na sobrevida desses pacientes. Em alguns casos, seu uso pode até ser prejudicial pela depressão da função cardíaca ou bradicardia.

Portanto, diante de uma paciente com ICFe sintomática (fração de ejeção de 38%), a espironolactona é o fármaco indicado entre as opções para compor a terapia que comprovadamente reduz a mortalidade.

Questão 2

O quadro clínico descrito — lactente com déficit de crescimento, poliúria, desidratação, vômitos e raquitismo resistente à vitamina D — é altamente sugestivo de uma tubulopatia, especificamente a Síndrome de Fanconi ou uma Acidose Tubular Renal (ATR).

Na Síndrome de Fanconi, ocorre uma disfunção global do túbulo proximal, levando à perda urinária de bicarbonato, glicose, aminoácidos, fosfato e potássio. A perda de fosfato justifica o raquitismo e a osteopenia, enquanto a perda de bicarbonato e a incapacidade de acidificação urinária levam ao distúrbio ácido-básico característico das doenças tubulares renais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A alcalose respiratória decorre da hiperventilação (queda do CO_2), o que não condiz com a patologia renal apresentada. Além disso, a hipocloremia é geralmente associada a perdas gástricas (vômitos por estenose hipertrófica do piloro, por exemplo), resultando em alcalose metabólica, não respiratória.

b) Correta. As Acidoses Tubulares Renais (ATRs) são causas clássicas de acidose metabólica com hiato aniônico (anion gap) normal. Para manter a eletroneutralidade do plasma diante da perda de bicarbonato ou retenção de H^+ , o organismo retém cloreto, resultando em uma acidose metabólica hiperclorêmica. Este é o achado laboratorial típico de crianças com falha de crescimento e raquitismo por causas renais.

c) Incorreta. Embora pacientes com tubulopatias proximais ou distais possam apresentar hipocalemia (baixa de potássio) devido às perdas urinárias, o distúrbio primário é uma acidose metabólica, e não uma alcalose respiratória.

d) Incorreta. Apesar de ser uma acidose metabólica, as formas de ATR que cursam com raquitismo e perda de crescimento (Tipos 1 e 2) estão associadas à hipocalemia ou normocalemia. A acidose metabólica hiperclorêmica (ATR Tipo 4) está ligada ao hipoadosteronismo e não costuma cursar com as alterações ósseas descritas no caso.

Questão 3

Esta questão aborda a conduta inicial em um paciente vítima de trauma multissistêmico (queda de altura) com perda de consciência. Para resolver o caso, devemos aplicar os protocolos de Trauma Cranioencefálico (TCE) e de avaliação da coluna cervical.

Análise clínica do caso:

O paciente apresenta um mecanismo de trauma de moderada energia (queda de escada), perda de consciência inicial (tempo indeterminado) e amnésia pós-traumática. Além disso, apresenta sinais físicos de trauma na face (equimose orbital), pescoço (escoriações cervicais posteriores) e membros, sem ter recebido imobilização adequada no transporte.

Justificativa das condutas:

1. Tomografia (TC) de Crânio e Face: A perda de consciência seguida de amnésia e a presença de sinais sugestivos de fratura de base de crânio ou face (equimose orbital) são indicações formais de tomografia de crânio, conforme as regras de decisão clínica (como o Canadian CT Head Rule). A radiografia de crânio é um exame obsoleto para avaliar lesões intracranianas em pacientes com TCE.
2. Tomografia de Coluna Cervical: O paciente foi transportado sem colar cervical, apresenta escoriações na região cervical posterior e teve alteração do nível de consciência. Pelo protocolo NEXUS ou Canadian C-Spine Rule, ele não pode ter a coluna cervical liberada apenas pelo exame físico. A TC é o padrão-ouro para descartar fraturas em pacientes de risco.
3. Radiografia de Membros: Indicada pela presença de escoriações e pelo mecanismo de queda, visando descartar fraturas ósseas.
4. Observação Clínica: Pacientes que sofreram TCE com perda de consciência e amnésia devem permanecer sob vigilância neurológica hospitalar, geralmente por um período mínimo de 12 a 24 horas, para monitorar possíveis complicações tardias (como hematomas expansivos), mesmo que a TC inicial seja normal.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Contempla a investigação completa das áreas atingidas (crânio, face e coluna) utilizando os exames de maior sensibilidade (tomografia) e garante o tempo necessário de observação clínica para segurança do paciente.

Alternativa B (Incorreta): A radiografia de crânio não é o exame adequado para

avaliar um paciente com perda de consciência; a tomografia é necessária para descartar lesões agudas como hematomas e contusões.

Alternativa C (Incorreta): Embora indique a TC de crânio, falha ao ignorar a avaliação da coluna cervical (o paciente tem sinais de trauma no pescoço e não foi imobilizado) e ao sugerir alta imediata para observação domiciliar em um paciente que ainda apresenta amnésia e teve perda de consciência prolongada.

Alternativa D (Incorreta): Novamente, o erro principal é a utilização de radiografia para avaliar crânio e face em um contexto de trauma com déficit neurológico e sinais de fratura, além de ignorar a coluna cervical.

Questão 4

A questão apresenta um quadro clínico clássico de uma paciente em idade reprodutiva com sintomas de dor pélvica crônica. A principal hipótese diagnóstica é a endometriose, baseada na tríade de dismenorreia progressiva, dispareunia de profundidade e dor à mobilização do colo uterino.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) geralmente se manifesta como um quadro agudo ou subagudo, acompanhado de febre, corrimento vaginal purulento e dor à palpação de anexos. Embora a dor à mobilização do colo seja um critério para DIP, a história de dismenorreia progressiva (que piora com o tempo) e a ausência de sinais infecciosos direcionam o diagnóstico para uma patologia crônica.

b) Incorreta. A miomatose uterina costuma cursar com aumento do volume uterino e alterações no fluxo menstrual (hipermenorreia ou menorragia). No caso descrito, o útero possui volume normal, o que torna essa hipótese menos provável. Além disso, a dispareunia de profundidade não é o sintoma cardinal dos miomas, a menos que sejam volumosos ou estejam localizados em regiões específicas.

c) Incorreta. O cisto hemorrágico é uma intercorrência aguda, resultante da ruptura ou sangramento interno de um cisto funcional (geralmente de corpo lúteo). Causa dor pélvica súbita e autolimitada, não explicando sintomas crônicos e progressivos como a dismenorreia relatada pela paciente.

d) Correta. A endometriose é definida pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Os sintomas de dismenorreia progressiva (dor que aumenta a cada ciclo) e dispareunia de profundidade (dor no fundo da vagina durante o coito) são marcos da doença. O achado de útero retroversofletido e dor à mobilização do colo

sugere a presença de focos de endometriose e aderências no compartimento posterior da pelve (fundo de saco de Douglas e ligamentos uterossacrais), que são locais frequentes de implantes da doença. O volume uterino normal ajuda a diferenciar a endometriose da adenomiose ou da miomatose.

Questão 5

Análise do Caso Clínico:

O quadro apresenta um paciente com uma lesão ulcerada no dorso da mão e nodulações próximas que seguem um trajeto linear, caracterizando o chamado padrão de disseminação linfocutânea ou esporotricóide. O antecedente epidemiológico de arranhadura por gato de rua é o principal gatilho diagnóstico no Brasil para a esporotricose, especialmente em áreas urbanas onde a transmissão zoonótica pelo fungo *Sporothrix brasiliensis* é prevalente.

Histopatologia e Imagem:

A biópsia revelou dermatite granulomatosa e a presença de corpos asteroides. O corpo asteroide é um achado histológico clássico da esporotricose, representando o fenômeno de Splendore-Hoeppli (material eosinofílico composto por imunocomplexos ao redor da levedura). A imagem que acompanha a questão corrobora o diagnóstico ao mostrar uma lesão ulcerada central com crostas e a formação de nódulos satélites ascendentes.

Análise das Alternativas:

- a) Incorreta. A furunculose é uma infecção bacteriana aguda do folículo piloso, geralmente causada por *Staphylococcus aureus*. Apresenta-se como nódulos inflamatórios, dolorosos e purulentos (carbúnculo), sem o padrão de disseminação linfática crônica ou os achados de corpos asteroides na histopatologia.
- b) Incorreta. O herpes-zoster é causado pela reativação do vírus varicela-zoster e se manifesta como vesículas sobre base eritematosa que seguem estritamente um dermatomo, cursando com dor neuropática. Não guarda relação com arranhadura de animais ou formação de granulomas com corpos asteroides.
- c) Correta. A esporotricose é a principal hipótese devido à combinação de: exposição a gato (zoonose), lesão ulcerada com nódulos linfangíticos e achado histopatológico de corpos asteroides. O tratamento de primeira escolha para as formas cutâneas é o antifúngico itraconazol, geralmente na dose de 100 a 200 mg/dia, mantido até a remissão completa das lesões (o que pode levar de 3 a 6 meses, justificando os 120

dias citados).

d) Incorreta. A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica relacionada à atividade agrícola (inalação do fungo no solo). Embora possa ter manifestações cutâneas, o quadro típico envolve acometimento pulmonar e de mucosas (estomatite moriforme). A anfotericina B é uma droga de alta toxicidade reservada para casos graves e disseminados, não sendo a conduta inicial para uma lesão cutânea localizada em paciente imunocompetente.

Questão 6

Esta questão exige o conhecimento sobre os níveis de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e os conceitos de níveis de prevenção em saúde.

Para definir o nível de atenção:

O paciente está sendo encaminhado de um médico de família (atenção primária) para um cardiologista (especialista focal). O atendimento especializado, geralmente realizado em ambulatórios de especialidades ou clínicas específicas, caracteriza o nível secundário de atenção. O nível terciário seria reservado para atendimentos de alta complexidade, como internações hospitalares em centros de referência ou cirurgias cardíacas.

Para definir o nível de prevenção:

A prevenção secundária consiste em ações realizadas para detectar precocemente uma doença ou para tratar uma patologia já instalada, visando evitar sua progressão ou recorrência. Como o paciente já sofreu um infarto agudo do miocárdio (doença manifesta) e a conduta solicitada (antiagregação plaquetária) visa prevenir um novo evento isquêmico, estamos diante de uma prevenção secundária.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O atendimento pelo cardiologista não é nível primário. A atenção primária é a porta de entrada, representada pelo médico de família no posto de saúde.

Alternativa b) Correta. O cardiologista representa o nível secundário de atenção (especialidade) e o tratamento de um paciente que já teve um infarto para evitar recorrência é classificado como prevenção secundária.

Alternativa c) Incorreta. O nível terciário de atenção refere-se a cuidados hospitalares de alta complexidade. Já a prevenção terciária foca na reabilitação do paciente para reduzir incapacidades após a doença ter causado danos (como fisioterapia ou

reabilitação cardíaca pós-sequela), o que não é o foco principal do ajuste medicamentoso solicitado.

Alternativa d) Incorreta. O nível quaternário de atenção envolve procedimentos de altíssima complexidade e tecnologia, muitas vezes experimentais ou de raridade extrema. A prevenção terciária, como dito acima, foca na reabilitação. Além disso, existe o conceito de prevenção quaternária, que visa evitar o excesso de intervenções médicas desnecessárias (iatrogenia), o que não se aplica ao caso de um paciente com indicação clara de terapia pós-infarto.

Questão 7

O quadro clínico descreve um paciente jovem que iniciou recentemente o uso de haloperidol, um antipsicótico típico de alta potência e forte antagonista dos receptores D2 de dopamina. A apresentação de contração muscular involuntária e súbita na região cervical (torcicolo) e fâcies de dor, ocorrendo poucos dias após a introdução da medicação, é o cenário clássico da distonia aguda.

Alternativa A: Correta. A distonia aguda é um efeito colateral extrapiramidal que ocorre tipicamente nos primeiros cinco dias de tratamento com antipsicóticos de primeira geração. Afeta mais frequentemente homens jovens e manifesta-se por espasmos musculares sustentados no pescoço, face e tronco. O tratamento de escolha é a administração de um agente anticolinérgico, como o biperideno, por via intramuscular ou intravenosa, o que promove o reequilíbrio entre a via dopaminérgica e a colinérgica no corpo estriado, revertendo os sintomas rapidamente.

Alternativa B: Incorreta. A acatisia é caracterizada por uma sensação subjetiva de inquietação motora e necessidade imperiosa de movimentar as pernas, e não por contraturas musculares dolorosas. Além disso, administrar haloperidol (causador do sintoma) pioraria drasticamente o quadro.

Alternativa C: Incorreta. A discinesia tardia é uma complicação que surge após meses ou anos de uso crônico de antipsicóticos, manifestando-se por movimentos involuntários repetitivos, como caretas e movimentos de mastigação. O tempo de cinco dias de troca de medicação exclui esse diagnóstico. O diazepam também não é o tratamento padrão para discinesia.

Alternativa D: Incorreta. Embora a distonia seja um dos componentes da síndrome extrapiramidal, o termo é genérico e abrange outras condições (como parkinsonismo e acatisia). A alternativa A é superior por ser específica. Quanto à conduta, embora a prometazina possua efeito anticolinérgico e possa ser utilizada em cenários de

exceção, o biperideno é o fármaco de referência na literatura médica e nas provas de residência para o tratamento específico da distonia aguda.

Questão 8

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma mulher jovem com poliartrite simétrica crônica (3 meses de evolução), acometendo pequenas articulações (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas e punhos) e grandes articulações (cotovelos, joelhos e tornozelos). A presença de rigidez matinal prolongada (superior a 1 hora, no caso, 2 horas) e o edema articular são sinais cardinais de uma artropatia inflamatória. A palidez mucocutânea sugere anemia, achado comum em doenças inflamatórias crônicas. Esse quadro é a apresentação clássica da Artrite Reumatoide (AR).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A esclerose sistêmica tem como marco clínico o espessamento cutâneo e o fenômeno de Raynaud. Embora possa haver queixas articulares, a poliartrite inflamatória exuberante com rigidez matinal de 2 horas não é a apresentação típica. Além disso, a creatina quinase (CK) é um marcador de lesão muscular (miosite), não sendo o achado laboratorial esperado para definir a doença de base no contexto descrito.

Alternativa B (Correta): O quadro clínico preenche os critérios classificatórios para Artrite Reumatoide (envolvimento de diversas articulações, duração superior a 6 semanas e caráter inflamatório). O Fator Reumatoide (FR) é um marcador laboratorial clássico, presente em cerca de 70 a 80% dos pacientes. O Metotrexato é considerado o padrão-ouro e a primeira linha de tratamento como droga modificadora do curso da doença (MMCD ou DMARD).

Alternativa C (Incorreta): O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) pode cursar com poliartrite, mas esta costuma ser transitória e menos agressiva do que a descrita. O FAN com padrão nuclear pontilhado fino denso (anti-DFS70) é um achado que, na ausência de outros anticorpos, frequentemente ajuda a excluir doenças autoimunes sistêmicas, não sendo o achado esperado para confirmar o diagnóstico. A cloroquina é usada no LES, mas a questão descreve melhor uma AR.

Alternativa D (Incorreta): A Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC) exige a sobreposição de características de lúpus, esclerodermia e polimiosite, além da presença obrigatória do anticorpo anti-U1RNP. O quadro apresentado é puramente articular. A azatioprina não é a primeira linha de tratamento para poliartrite inflamatória isolada; o metotrexato ocupa esse posto.

RESUMO

Diante de uma poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações com rigidez matinal prolongada em mulher jovem, a principal hipótese é Artrite Reumatoide. O Fator Reumatoide é o exame laboratorial inicial a ser solicitado e o Metotrexato é a terapia de primeira escolha.

Questão 9

Para compreender esta questão, é necessário aplicar os critérios de sepse e choque séptico em pediatria, que diferem em alguns pontos da definição utilizada em adultos (Sepsis-3).

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta uma provável pneumonia (tosse, dispneia, crepitações e murmúrio diminuído) no contexto de uma imunossupressão (quimioterapia para leucemia). Ele manifesta sinais de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS): febre (39°C), taquicardia (130 bpm), taquipneia (36 irpm) e leucocitose com desvio à esquerda.

Por que a alternativa (b) é a correta?

O choque séptico em pediatria é definido pela presença de sepse associada à disfunção cardiovascular. Diferentemente dos adultos, o diagnóstico de choque em crianças não exige a presença de hipotensão arterial, uma vez que a criança possui mecanismos compensatórios (como a taquicardia e a vasoconstrição) muito eficientes, mantendo a pressão arterial normal até estágios avançados (choque compensado).

Nesta questão, o diagnóstico de choque é confirmado pela evidência de hipoperfusão tecidual e disfunção celular, manifestadas pelo lactato aumentado e pela acidose metabólica. Segundo o Consenso Internacional de Sepse Pediátrica, a presença de acidose metabólica inexplicada ou lactato elevado em um paciente com sepse é critério para disfunção cardiovascular, caracterizando o choque séptico.

Análise das alternativas incorretas:

a) sepse: Embora o paciente tenha sepse (infecção suspeita + critérios de SIRS), o quadro já evoluiu com sinais de hipoperfusão tecidual (lactato alto e acidose). Quando há evidência de disfunção cardiovascular ou metabólica decorrente da infecção, o diagnóstico mais específico e grave é o de choque séptico.

c) disfunção de múltiplos órgãos: Esta condição é definida pela falência simultânea de dois ou mais órgãos ou sistemas (como renal, hepático, hematológico, respiratório

e neurológico). Embora o paciente apresente sinais respiratórios e metabólicos, o termo "choque séptico" descreve de forma mais precisa o estado fisiopatológico atual de hipoperfusão sistêmica que está gerando essas alterações.

d) síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS): O paciente preenche critérios para SIRS (febre, taquicardia, taquipneia e leucocitose). No entanto, a SIRS é apenas uma descrição de um estado inflamatório que pode ocorrer por causas não infecciosas (como trauma ou pancreatite). Como há um foco infeccioso claro e evidência de falência circulatória/metabólica, o diagnóstico deve ser o de choque séptico, que é muito mais específico.

Questão 10

Análise do caso: A paciente é uma idosa de 78 anos que apresenta um quadro clínico de obstrução intestinal (vômitos e diminuição da eliminação de flatos) associado a um achado crucial no exame físico: um abaulamento não redutível, doloroso e com hiperemia na região inguinal direita. Em mulheres idosas com este perfil, a principal suspeita deve ser uma hérnia da região crural/inguinal complicada.

Alternativa a: Incorreta. A isquemia mesentérica aguda costuma cursar com dor abdominal súbita e muito intensa, classicamente descrita como desproporcional aos achados do exame físico (o abdome costuma estar depressível e sem sinais de irritação peritoneal inicialmente). Embora a paciente possua fatores de risco como diabetes e tabagismo, o achado de uma massa inguinal não redutível direciona o diagnóstico para uma patologia herniária.

Alternativa b: Incorreta. A hérnia inguinal indireta é comum em ambos os sexos, mas a hérnia femoral é muito mais frequente em mulheres idosas do que em homens. Além disso, a hérnia femoral apresenta um risco de encarceramento e estrangulamento significativamente maior (cerca de 40%) devido à rigidez e estreiteza do canal femoral, o que explica a apresentação aguda e obstrutiva desta paciente.

Alternativa c: Correta. A hérnia femoral ocorre quando o conteúdo abdominal protrui através do canal femoral, localizado abaixo do ligamento inguinal e medialmente aos vasos femorais. É o diagnóstico mais provável para uma paciente idosa, do sexo feminino, com abaulamento inguinal doloroso e sinais de obstrução intestinal. A hiperemia local citada no exame físico é um sinal de alerta para sofrimento isquêmico (estrangulamento) do conteúdo herniado, o que caracteriza uma emergência cirúrgica.

Alternativa d: Incorreta. Uma neoplasia de cólon obstrutiva é uma causa importante

de abdome agudo em idosos, mas o quadro seria de uma obstrução intestinal sem uma massa inguinal inflamatória associada. O abaulamento inguinal com sinais flogísticos (dor e hiperemia) é o marcador que define a etiologia herniária como a causa da obstrução.

Exames laboratoriais: A tabela mostra uma hemoglobina de 13 g/dL e leucócitos de 10.300/mL, ambos dentro da normalidade. O dado relevante é a creatinina elevada de 1,8 mg/dL (valor de referência até 1,3 mg/dL). Esse aumento sugere uma lesão renal aguda, provavelmente de etiologia pré-renal, causada pela desidratação decorrente dos episódios de vômitos e do sequestro de líquidos para o lúmen intestinal devido ao quadro obstrutivo.

Questão 11

Esta questão aborda o manejo e o seguimento da sífilis na gestação, um tema frequente em provas de residência devido à sua importância na saúde pública e na prevenção da sífilis congênita. A paciente em questão possui um diagnóstico de sífilis de duração ignorada, uma vez que não tem diagnóstico prévio e está assintomática.

Alternativa a: Incorreta. Para casos de sífilis de duração ignorada ou latente tardia, o tratamento adequado consiste em três doses de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina (total de 7,2 milhões), com intervalo semanal entre elas. A aplicação de apenas uma dose é insuficiente para garantir a cura materna e a prevenção da sífilis congênita nesses casos. Além disso, embora o tratamento correto reduza drasticamente os riscos, não se pode afirmar categoricamente que não haverá sequelas, pois danos fetais já estabelecidos antes do tratamento podem não ser totalmente revertidos.

Alternativa b: Correta. A cicatriz sorológica é definida pela permanência de testes não treponemais (como o VDRL) reagentes em títulos baixos após o tratamento adequado. Segundo os protocolos do Ministério da Saúde, titulações estáveis e baixas, geralmente menores ou iguais a 1:4 (um para quatro), em pacientes que completaram o tratamento e apresentaram a queda inicial esperada da titulação, indicam que a infecção foi controlada, permanecendo apenas a memória imunológica não treponemal.

Alternativa c: Incorreta. O critério para considerar o tratamento efetivo no acompanhamento da sífilis é a queda da titulação em duas diluições (e não "duas titulações") em um período determinado. Na prática, uma queda de duas diluições significa uma redução de quatro vezes no título numérico; por exemplo, de 1:32 para 1:8, ou de 1:16 para 1:4. A terminologia técnica correta e exigida em provas é "diluições". Na gestante, o monitoramento deve ser mensal.

Alternativa d: Incorreta. O FTA-Abs é um teste treponemal. Esses testes são os primeiros a se tornarem reagentes e, na maioria dos indivíduos, permanecem reagentes pelo resto da vida, mesmo após a cura clínica e laboratorial (memória imunológica). Portanto, um resultado reagente no FTA-Abs não serve para diagnosticar doença ativa ou recidiva em quem já teve contato com o *Treponema pallidum*; para isso, utilizamos os testes não treponemais, como o VDRL.

Questão 12

A análise desta questão exige conhecimento sobre as diretrizes de rastreamento (*screening*) em adultos na Atenção Primária à Saúde, baseando-se principalmente nas recomendações do Ministério da Saúde do Brasil e da USPSTF (*U.S. Preventive Services Task Force*).

O paciente em questão é um homem de 52 anos, tabagista (carga tabágica de 42 maços-ano) e assintomático. Vamos analisar as alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O rastreamento de câncer de próstata por meio de PSA e toque retal não é recomendado de forma rotineira pelo Ministério da Saúde e pelo INCA para pacientes assintomáticos, devido ao risco de sobrediagnóstico e sobretratamento. Além disso, a radiografia de tórax não é um exame de rastreamento para câncer de pulmão (o exame indicado para grupos de alto risco seria a tomografia de baixa dose). Hemograma e creatinina também não fazem parte dos protocolos de rastreamento para pacientes assintomáticos sem comorbidades prévias.

Alternativa b) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o erro principal reside na solicitação rotineira de PSA e toque retal para rastreamento de câncer de próstata. Embora a abordagem do tabagismo e o rastreamento de câncer colorretal estejam corretos, a inclusão do rastreamento prostático invalida a alternativa frente aos protocolos de saúde pública vigentes.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa peca pela omissão. O paciente já possui 52 anos, idade em que diversos rastreamentos já estão indicados, como o de câncer colorretal (que deve iniciar aos 50 anos pelo Ministério da Saúde ou aos 45 anos por diretrizes internacionais), dislipidemias e diabetes melito. Afirmar que ele deve aguardar faixas etárias futuras para investigações adicionais é negligenciar o cuidado preventivo atual.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa contempla as principais ações de saúde preventiva para um homem desta faixa etária na Unidade Básica de Saúde:

1. Cardiovascular e Metabólico: O rastreamento de dislipidemia (colesterol e frações) é indicado para homens acima de 35-40 anos. A glicemia de jejum é indicada para rastreio de diabetes melito tipo 2 em adultos acima de 35 ou 45 anos (dependendo da diretriz) ou antes, se houver fatores de risco.
2. Câncer Colorretal: A pesquisa de sangue oculto nas fezes é o método de rastreamento inicial preconizado pelo Ministério da Saúde para pessoas entre 50 e 75 anos.
3. Doenças Infectocontagiosas: A oferta de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C é uma recomendação de rotina na Atenção Primária para adultos sexualmente ativos, independentemente da idade.
4. Tabagismo: A abordagem para cessação do tabagismo é obrigatória, dada a alta carga tabágica do paciente (42 maços-ano), visando reduzir o risco cardiovascular e de neoplasias.

Resumo dos rastreamentos indicados para este paciente:

- Câncer Colorretal: Sim (52 anos).
- Dislipidemia e Diabetes: Sim (pela idade e histórico familiar).
- ISTs e Hepatites: Sim (oferta de rotina).
- Tabagismo: Intervenção comportamental/clínica imediata.
- Câncer de Próstata: Não recomendado como rastreio populacional (decisão compartilhada apenas se o paciente manifestar o desejo após esclarecimento de riscos).

Questão 13

Essa questão aborda a conduta médica diante de um caso de suspeita de intoxicação aguda por agrotóxicos em uma trabalhadora rural, integrando clínica médica, saúde do trabalhador e vigilância epidemiológica.

Alternativa a) Incorreta. Embora o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) seja uma unidade de apoio especializado, o médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) deve realizar o atendimento inicial e as notificações pertinentes. A denúncia ao Ministério Público do Trabalho não é uma conduta assistencial imediata do médico assistente; o foco inicial deve ser a assistência à paciente e a notificação nos sistemas de saúde.

Alternativa b) Incorreta. Na suspeita de intoxicação por agrotóxicos, a notificação deve ser feita precocemente, não sendo necessário aguardar a confirmação por exames complementares ou a certeza donexo causal. A notificação compulsória no Brasil deve ocorrer diante da suspeita do agravo, para que as medidas de vigilância no território sejam disparadas o quanto antes.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve a conduta integral e adequada no nível de atenção primária:

1. Assistência Clínica: Tratar os sintomas da paciente e solicitar exames complementares para suporte diagnóstico e avaliação de gravidade (como a dosagem de colinesterases, se indicada).
2. Vigilância Epidemiológica: A intoxicação por agrotóxicos é um agravo de notificação compulsória. O preenchimento da ficha no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é obrigatório para todo profissional de saúde.
3. Proteção Social e Previdenciária: Conceder o atestado médico é essencial para o afastamento da exposição e recuperação da paciente.
4. Articulação em Rede: O matriciamento junto à Vigilância em Saúde do Trabalhador permite que a equipe da UBS receba suporte técnico para investigar o ambiente de trabalho e intervir na fonte de exposição, visando proteger outros trabalhadores (como a colega citada no relato).

Alternativa d) Incorreta. É um erro comum acreditar que a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é atribuição exclusiva do médico do trabalho ou do CEREST. Conforme a legislação brasileira e resoluções do Conselho Federal de Medicina, qualquer médico que preste assistência ao trabalhador, ao constatar indícios de doença profissional ou acidente de trabalho, deve preencher o laudo médico da CAT e orientar o paciente. Além disso, o médico assistente tem a responsabilidade de registrar o nexos causal no prontuário.

Questão 14

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um menino de 10 anos com um padrão persistente de comportamento que envolve humor irritável, comportamento questionador/desafiante e índole vingativa. Os pontos-chave são: desobediência a figuras de autoridade, recusa em seguir regras, deliberadamente aborrecer os outros, não assumir responsabilidade pelos erros (atribuindo a culpa a terceiros) e irritabilidade quando contrariado.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) na infância é caracterizado por episódios distintos de alteração do humor (mania/hipomania e depressão). Embora a irritabilidade possa estar presente, o TAB envolve mudanças cíclicas no nível de energia, sono e pensamento, que não dependem necessariamente de um gatilho externo (como ser contrariado). No caso em questão, o comportamento é reativo e crônico, sem a ciclicidade típica do TAB.

b) CORRETA. O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) é o diagnóstico mais provável. Segundo o DSM-5, o TOD se caracteriza por um padrão de humor colérico/irritável, comportamento desafiante/argumentativo ou índole vingativa que dura pelo menos seis meses. O paciente preenche vários critérios: discute com adultos, desafia regras, aborrece os outros deliberadamente e responsabiliza terceiros por seus erros. Um ponto fundamental para o diagnóstico de TOD é que os sintomas frequentemente surgem na interação com figuras de autoridade ou familiares.

c) INCORRETA. O Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH) também cursa com irritabilidade e explosões de temperamento. No entanto, a característica diferencial do TDDH é que a irritabilidade é crônica e grave, estando presente na maior parte do tempo, inclusive entre as explosões de raiva. No caso descrito, o menino fica "feliz e agradável novamente" assim que consegue o que quer, o que descaracteriza a irritabilidade persistente e o humor basal persistentemente negativo exigidos para o TDDH.

d) INCORRETA. O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foca em sintomas de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade e impulsividade motora. Embora crianças com TDAH possam ter dificuldades em seguir regras por distração ou impulsividade, elas não apresentam, primariamente, o componente de desafio deliberado, o desejo de aborrecer os outros ou a recusa sistemática em assumir culpas, que são a marca do comportamento opositor descrito no enunciado. O TDAH e o TOD são frequentemente comórbidos, mas a descrição clínica foca exclusivamente nos sintomas de oposição e desafio.

Questão 15

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clínico de edema importante de membros inferiores e perda ponderal significativa. No contexto de um homem de 50 anos com alteração do hábito intestinal (fezes em fita) e emagrecimento, o médico deve suspeitar de uma síndrome nefrótica secundária, possivelmente como um fenômeno paraneoplásico de uma neoplasia oculta (como câncer colorretal).

Para o diagnóstico da síndrome nefrótica em adultos, são necessários obrigatoriamente dois critérios laboratoriais fundamentais:

1. Proteinúria em faixa nefrótica: definida como a excreção urinária de proteínas superior a 3,5 gramas em 24 horas.

2. Hipoalbuminemia: caracterizada por níveis baixos de albumina no sangue (geralmente abaixo de 3,0 g/dL).

Outros achados como edema, dislipidemia (aumento de colesterol e triglicerídeos) e lipidúria são frequentes, mas a definição da síndrome baseia-se na perda proteica maciça e na queda da albumina sérica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Correta. De acordo com a tabela de exames fornecida, o paciente apresenta proteína urinária de 24 horas de 3,6 gramas (acima do ponto de corte de 3,5 g) e albumina sérica de 1,8 g/dL (muito abaixo do valor de referência de 3,8 a 4,8 g/dL). Esses dois parâmetros são os pilares necessários para definir a síndrome nefrótica.

Alternativa b) Incorreta. Embora a tabela mostre triglicerídeos elevados (200 mg/dL), a dislipidemia é um achado secundário e não é um critério obrigatório para a definição da síndrome nefrótica, ao contrário da hipoalbuminemia.

Alternativa c) Incorreta. A hematúria (presença de 5 hemácias por campo no sedimento urinário da imagem) é um achado clássico da síndrome nefrítica, não da nefrótica. Embora possa ocorrer hematúria microscópica em certas doenças nefróticas, ela não é um critério definidor. Os triglicerídeos também não definem a síndrome.

Alternativa d) Incorreta. Como mencionado, a hematúria não compõe os critérios diagnósticos da síndrome nefrótica. Apesar de a albumina sérica estar corretamente identificada como baixa, a associação com hematúria invalida a alternativa como resposta para a definição da síndrome.

ASSOCIAÇÃO COM A IMAGEM

Os dados da tabela de exames corroboram diretamente o diagnóstico de síndrome nefrótica ao destacar a proteinúria de 3,6 g/24h (valor de referência < 100 mg) e a hipoalbuminemia de 1,8 g/dL. Estes são exatamente os valores citados na alternativa A.

Questão 16

Para o acompanhamento adequado de uma criança com síndrome de Down (Trissomia do 21), é fundamental compreender que essa condição genética altera o potencial de crescimento e desenvolvimento pômbero-estatural. Crianças com síndrome de Down tendem a apresentar menor estatura e padrões de ganho de peso distintos quando comparadas à população geral.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. As curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) são baseadas em crianças sem alterações genéticas ou condições crônicas que impactem o crescimento. Se utilizarmos essas curvas para um paciente com síndrome de Down, a maioria deles ficará abaixo dos percentis mínimos, o que pode levar a diagnósticos equivocados de desnutrição ou déficit de crescimento, quando, na verdade, a criança pode estar crescendo dentro do esperado para a sua condição.

b) Correta. Existem curvas de crescimento específicas desenvolvidas para crianças com síndrome de Down. No Brasil, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam o uso dessas curvas específicas desde o nascimento. Elas permitem que o médico monitore se a criança está seguindo o padrão esperado para outros pacientes com a mesma síndrome, facilitando a identificação de problemas reais de saúde que fujam desse padrão específico.

c) Incorreta. Não existe um cálculo ou fator de correção padronizado que possa ser aplicado às curvas da OMS para adaptá-las à síndrome de Down. A prática recomendada é a utilização de gráficos construídos a partir de dados coletados especificamente nessa população.

d) Incorreta. O acompanhamento diferenciado deve começar no nascimento, e não apenas aos dois anos. O crescimento nos primeiros meses de vida é um indicador crítico de saúde, especialmente em crianças com síndrome de Down, que podem apresentar comorbidades associadas, como cardiopatias congênitas, que impactam o ganho de peso precocemente.

Em resumo, o uso de curvas específicas para síndrome de Down (como as de Cronk ou as adotadas pelo Ministério da Saúde) é a conduta padrão-ouro na puericultura desses pacientes para garantir um acompanhamento fidedigno e evitar intervenções desnecessárias.

Questão 17

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de choque obstrutivo decorrente de um trauma torácico grave. Os principais achados são: hipotensão (90/50 mmHg), turgência de veias jugulares, desvio da traqueia para a direita e diminuição acentuada do murmúrio vesicular à esquerda. Este conjunto de sinais é patognomônico de pneumotórax hipertensivo à esquerda.

Embora a hipofonese das bulhas cardíacas seja mencionada (o que comporia a tríade de Beck para tamponamento cardíaco), o desvio de traqueia e a ausência de sons respiratórios à esquerda confirmam que a patologia primária é o pneumotórax hipertensivo. Em provas de trauma, quando há sinais conflitantes, a presença de desvio de traqueia e de murmúrio abolido direciona obrigatoriamente para o pneumotórax. No atendimento pré-hospitalar, essa é uma emergência médica que exige descompressão imediata.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A reposição volêmica é a conduta para o choque hipovolêmico. No caso em questão, o choque é obstrutivo. O aumento da pressão intratorácica impede o retorno venoso ao coração; portanto, infundir líquidos não resolverá a causa-base da instabilidade hemodinâmica enquanto a pressão no tórax não for aliviada.

Alternativa b) Incorreta. A cricotireoidostomia é um procedimento de via aérea cirúrgica indicado em casos de obstrução das vias aéreas superiores ou impossibilidade de intubação orotraqueal (via aérea difícil). O paciente apresenta insuficiência respiratória por um problema mecânico no espaço pleural (ventilação), e não por obstrução da passagem de ar na laringe.

Alternativa c) Incorreta. A pericardiocentese é o tratamento de emergência para o tamponamento cardíaco. Embora o paciente apresente turgência jugular e hipofonese de bulhas, a presença de desvio de traqueia e a abolição do murmúrio vesicular indicam que o diagnóstico prioritário e a causa do choque é o pneumotórax hipertensivo.

Alternativa d) Correta. A toracocentese de alívio (também conhecida como descompressão torácica por agulha) é a conduta imediata para o pneumotórax hipertensivo no ambiente pré-hospitalar. O procedimento consiste na inserção de uma agulha de grosso calibre no espaço pleural para permitir a saída do ar retido sob pressão, transformando um pneumotórax hipertensivo em um pneumotórax simples

e estabilizando o paciente até que ele chegue ao hospital para a realização da drenagem torácica definitiva em selo d'água. De acordo com os protocolos atuais (ATLS), a descompressão em adultos deve ser feita preferencialmente no quinto espaço intercostal, entre as linhas axilares anterior e média.

Questão 18

A questão aborda um caso clássico de amenorreia primária em uma paciente com fenótipo feminino, mas genótipo masculino (46, XY). Para resolver essa questão, devemos analisar sistematicamente os achados clínicos e laboratoriais: o cariótipo 46, XY indica que a paciente possui testículos; a ausência de útero confirma que houve ação do Hormônio Anti-Mülleriano (AMH), produzido pelos testículos fetais; os níveis de testosterona masculinos mostram que as gônadas são funcionais; e os pelos esparsos indicam uma falha na ação dos androgênios nos tecidos periféricos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na disgenesia gonadal (como na Síndrome de Swyer, que também apresenta cariótipo 46, XY), as gônadas não se desenvolvem adequadamente e são chamadas de gônadas em fita. Como não há produção de Hormônio Anti-Mülleriano, essas pacientes possuem útero e tubas uterinas. Além disso, os níveis de testosterona seriam baixos e o FSH estaria elevado devido à ausência de feedback negativo das gônadas.

b) Incorreta. A malformação Mülleriana mais comum é a Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Embora também curse com ausência de útero e amenorreia primária, o cariótipo nessas pacientes é 46, XX. Os níveis de testosterona são femininos e os caracteres sexuais secundários (incluindo pelos pubianos) desenvolvem-se normalmente, pois a função ovariana é preservada.

c) Incorreta. Obstruções do trato genital, como hímen imperfurado ou septo vaginal transversal, ocorrem em pacientes com cariótipo 46, XX. Nessas condições, o útero está presente e é funcional; o problema é apenas a saída do fluxo menstrual. O exame físico e a ultrassonografia revelariam a presença do órgão, muitas vezes com acúmulo de sangue (hematocolpos/hematometra).

d) Correta. A Síndrome de Insensibilidade Androgênica (ou Síndrome de Morris) explica perfeitamente o quadro. O indivíduo possui cariótipo 46, XY e testículos que produzem testosterona e AMH. O AMH promove a regressão dos ductos de Müller, por isso não há útero. A testosterona é produzida em níveis masculinos, mas, como os receptores de androgênio não funcionam, o corpo não se viriliza, resultando em genitália externa feminina e ausência ou escassez de pelos axilares e pubianos (que

dependem da ação androgênica). A testosterona acaba sendo convertida periféricamente em estrogênio, o que promove o desenvolvimento das mamas.

Questão 19

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão é uma idosa de 82 anos (muito idosa ou octogenária) que apresenta medidas de pressão arterial sistólica entre 144 e 148 mmHg e diastólica entre 86 e 88 mmHg. Não há relato de comorbidades, lesões de órgão-alvo ou sintomas. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), o manejo de pacientes com mais de 80 anos possui critérios específicos para o início do tratamento medicamentoso.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

Para pacientes octogenários (mais de 80 anos), o limiar para início de tratamento farmacológico é diferente da população geral. O consenso é que a terapia medicamentosa deve ser iniciada apenas quando a Pressão Arterial Sistólica (PAS) for maior ou igual a 160 mmHg. Como a paciente apresenta valores de PAS consistentemente abaixo de 150 mmHg (144, 146 e 148), a conduta inicial correta é a observação, o monitoramento e a orientação de medidas não farmacológicas (estilo de vida). O objetivo nessa faixa etária é manter a PAS entre 130 e 139 mmHg, desde que bem tolerado, mas o início precoce de fármacos com níveis pressóricos de estágio 1 (140-159 mmHg) em octogenários aumenta o risco de efeitos adversos, como hipotensão postural, quedas e insuficiência renal, sem um benefício cardiovascular robusto comprovado.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O manejo da hipertensão arterial sistêmica em estágio inicial e sem complicações deve ser realizado preferencialmente na Atenção Primária à Saúde. Não há necessidade de encaminhamento ao especialista (cardiologista) neste momento, já que não há sinais de hipertensão resistente, lesão de órgão-alvo grave ou suspeita de hipertensão secundária.

Alternativa B: O Holter de 24 horas é um exame utilizado para avaliar arritmias cardíacas e variações do ritmo cardíaco, não sendo o exame indicado para diagnóstico ou acompanhamento de hipertensão arterial (o exame correto para pressão seria o MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial). O ecocardiograma também não é um exame de primeira linha para uma paciente assintomática e sem diagnóstico firmado de hipertensão estabelecida que justifique a

busca por hipertrofia ventricular esquerda imediata.

Alternativa C: A prescrição de losartana ou qualquer outro anti-hipertensivo é considerada precoce para esta paciente. Como mencionado, em pacientes com mais de 80 anos, o tratamento medicamentoso é recomendado apenas quando a PAS ultrapassa 160 mmHg. Iniciar medicamentos em uma idosa com níveis de 144-148 mmHg poderia causar iatrogenia (danos causados pelo tratamento), como quedas por hipotensão, o que é um grave fator de risco para fraturas nessa idade.

RESUMO DIDÁTICO

Em idosos com 80 anos ou mais:

1. Início do tratamento medicamentoso: Apenas se PAS maior ou igual a 160 mmHg.
2. Alvo terapêutico: PAS entre 130 e 139 mmHg (se tolerado).
3. Conduta para PAS entre 140-159 mmHg: Mudanças no estilo de vida e monitoramento clínico, evitando a polifarmácia e os riscos de quedas.

Questão 20

Esta questão aborda o manejo das estratégias de prevenção combinada ao HIV, especificamente a transição entre a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) em uma paciente com exposição de risco recente e comportamento de risco crônico.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A alternativa inverte a prioridade clínica. Diante de uma relação sexual desprotegida ocorrida há 2 dias (dentro da janela de 72 horas), a prioridade imediata é a PEP para tentar evitar a infecção decorrente desse evento específico. A PrEP é uma estratégia para exposições futuras e não substitui a PEP em casos de urgência. Além disso, a indicação de PEP após o tratamento inicial não faz sentido lógico no fluxo de prevenção.

Alternativa (b) Incorreta. Embora o rastreamento de ISTs e a vacinação sejam condutas corretas na atenção integral, prescrever PrEP de início imediato ignorando a exposição ocorrida há 48 horas é um erro técnico. A PrEP (composta por dois antirretrovirais) não é o esquema profilático indicado para uma exposição de alto risco já ocorrida; para isso, deve-se utilizar o esquema de PEP (composto por três antirretrovirais).

Alternativa (c) Correta. Esta é a conduta preconizada pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Primeiro, realiza-se a testagem rápida para verificar o

status sorológico atual. Como a exposição ocorreu há 2 dias, a paciente está dentro do prazo de até 72 horas para início da PEP. Após os 28 dias de uso da PEP, se a sorologia permanecer não reagente, a paciente tem indicação clara de iniciar a PrEP imediatamente (transição PEP-PrEP), dado seu histórico de parcerias múltiplas, uso inconsistente de preservativos e vulnerabilidade social/profissional.

Alternativa (d) Incorreta. Não se prescreve PEP e PrEP de forma concomitante. O esquema da PEP brasileira atual consiste em Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir por 28 dias. O esquema da PrEP utiliza apenas Tenofovir + Emtricitabina (ou Lamivudina). Como a PEP já contém os medicamentos da PrEP somados a um terceiro fármaco mais potente, o uso simultâneo causaria sobreposição desnecessária de medicação e aumento de toxicidade sem benefício clínico. A PrEP deve ser iniciada logo após o término do ciclo da PEP.

Resumo do raciocínio: Exposição de risco < 72 horas + Teste rápido negativo = Iniciar PEP por 28 dias. Devido ao risco contínuo (profissional do sexo, uso inconsistente de preservativo) = Programar início da PrEP imediatamente após o fim da PEP.

Questão 21

Esta questão aborda o manejo clínico de uma paciente com quadro clássico de anorexia nervosa e sinais de instabilidade clínica grave.

O diagnóstico de anorexia nervosa é sugerido pela perda ponderal acentuada (30 kg em 10 meses), IMC muito baixo (14,7 kg/m²), amenorreia secundária e distorção da imagem corporal ou desejo persistente de perder peso, mesmo em estado de desnutrição grave.

A decisão pela internação imediata baseia-se nos seguintes critérios de gravidade apresentados pela paciente:

1. Instabilidade hemodinâmica: hipotensão arterial (80/60 mmHg) e bradicardia (55 bpm).
2. Complicações cardíacas: relato de síncope (desmaio) e alterações no ECG (segmento ST e onda T), que sugerem distúrbios eletrolíticos (como hipocalcemia) ou atrofia miocárdica.
3. Desnutrição grave: IMC inferior a 15 kg/m².
4. Fator social: a paciente mora sozinha e não possui rede de apoio local, o que dificulta o acompanhamento ambulatorial seguro.

Análise das alternativas:

a) Correta. A paciente apresenta critérios de urgência clínica. A internação em enfermaria de clínica médica é a prioridade para estabilização hemodinâmica, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, monitorização cardíaca e início cauteloso da realimentação (para evitar a síndrome de realimentação). O tratamento psiquiátrico deve ocorrer de forma conjunta, mas o risco de morte imediata é de origem clínica/cardiológica.

b) Incorreta. Embora a base da doença seja um transtorno mental, as enfermarias de saúde mental geralmente não possuem estrutura para monitorização cardíaca contínua ou suporte clínico intensivo necessários para tratar uma hipotensão sintomática e alterações eletrocardiográficas graves. A estabilização clínica deve preceder ou ocorrer simultaneamente em ambiente clínico.

c) Incorreta. A causa da amenorreia é evidente (hipogonadismo hipogonadotrófico funcional devido à desnutrição severa). Retardar a internação para realizar a propedêutica da amenorreia em nível primário coloca a vida da paciente em risco, dada a instabilidade cardiovascular.

d) Incorreta. O acompanhamento em regime ambulatorial (CAPS ou ambulatórios especializados) é indicado para pacientes estáveis. No caso em questão, a gravidade da desnutrição e os sinais vitais alterados contraídicam o tratamento puramente ambulatorial neste momento.

Questão 22

O quadro clínico descrito é clássico para o diagnóstico de Doença de Parkinson (DP). A paciente apresenta a tríade fundamental do parkinsonismo: bradicinesia (lentidão de movimentos, dificuldade com tarefas motoras finas e fácies em máscara), tremor de repouso (caracteristicamente assimétrico) e rigidez muscular do tipo plástica (hipertonia em roda dentada). Além disso, há sinais de instabilidade postural e alteração de marcha (passos curtos), que são comuns com a progressão da doença. A ausência de déficit cognitivo e a ressonância magnética sem alterações estruturais específicas reforçam o diagnóstico de DP idiopática.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: A associação de levodopa com um inibidor da dopa-descarboxilase periférica (como a carbidopa ou a benserazida) é o tratamento padrão-ouro para a Doença de Parkinson. Em pacientes com 65 anos ou mais, ou naqueles que já apresentam impacto funcional significativo, a levodopa é a droga de escolha inicial por ser a mais eficaz no controle dos sintomas motores. A carbidopa é essencial para evitar a conversão periférica da levodopa em dopamina, o que reduz

efeitos colaterais sistêmicos (náuseas e vômitos) e aumenta a quantidade da droga que atinge o sistema nervoso central.

Alternativa (b) Incorreta: A donepezila (inibidor da acetilcolinesterase) e a memantina (antagonista de receptores NMDA) são fármacos utilizados no tratamento de demências, como a Doença de Alzheimer. Como a paciente nega alterações de memória e o exame físico não aponta declínio cognitivo, essas medicações não possuem indicação no caso.

Alternativa (c) Incorreta: O propranolol é um betabloqueador frequentemente utilizado para tratar o Tremor Essencial, que é um tremor de atitude/postural e cinético, diferente do tremor de repouso observado na Doença de Parkinson. A amantadina é um agente que aumenta a liberação de dopamina e tem propriedades antiglutamatérgicas; embora possa ser usada na DP, sua principal indicação atual é para o manejo de discinesias induzidas pela levodopa ou como terapia adjuvante leve, não sendo o tratamento inicial de escolha para uma paciente com sintomas motores evidentes.

Alternativa (d) Incorreta: A atorvastatina é uma estatina indicada para o controle da dislipidemia e redução de risco cardiovascular, não possuindo ação sobre o sistema extrapiramidal. O baclofeno é um relaxante muscular de ação central indicado para o tratamento da espasticidade (decorrente de lesões no sistema piramidal/neurônio motor superior), que é um tipo de hipertonia diferente da rigidez em roda dentada (extrapiramidal) da paciente.

Gabarito: Letra (a).

Questão 23

A questão aborda a identificação de sinais sugestivos de violência contra adolescentes e a obrigatoriedade da notificação ao Conselho Tutelar, conforme estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Alternativa (a) Incorreta. Manuel apresenta um quadro clínico clássico de meningite meningocócica ou meningococemia (febre, vômitos, rigidez de nuca e lesões purpúricas). Embora seja uma doença de notificação compulsória às autoridades de vigilância epidemiológica por se tratar de uma patologia infectocontagiosa grave, não há, no relato, indícios de maus-tratos, negligência ou violência que justifiquem o acionamento do Conselho Tutelar neste momento.

Alternativa (b) Correta. Michele apresenta equimoses em diversas partes do corpo e, fundamentalmente, em diferentes estágios de evolução (o que indica que as

agressões ocorrem em momentos distintos, de forma crônica). O comportamento de evitar falar sobre o assunto é um sinal psicossocial comum em vítimas de violência doméstica. Perante a suspeita de maus-tratos físicos, o profissional de saúde tem o dever legal de notificar o Conselho Tutelar, conforme o artigo 13 do ECA.

Alternativa (c) Incorreta. Felipe apresenta sintomas compatíveis com um quadro de arbovirose, muito provavelmente dengue (febre, dor retro-orbitária, mialgia, petéquias e sangramento gengival). Apesar de ele estar em uma instituição de acolhimento, o quadro é estritamente clínico/infeccioso, não havendo sinais de violência ou omissão de socorro que exijam a intervenção do Conselho Tutelar.

Alternativa (d) Incorreta. Edilene apresenta sintomas sistêmicos graves: febre, perda de peso, suores noturnos e linfonodopatia generalizada (incluindo a região supraclavicular, que é um sinal de alerta oncológico). As equimoses, neste contexto, provavelmente decorrem de uma plaquetopenia ou infiltração medular. O quadro clínico sugere fortemente uma neoplasia hematológica, como linfoma ou leucemia. É uma emergência médica diagnóstica, mas não uma situação de violência.

Em resumo, a alternativa (b) é a única que descreve sinais físicos (lesões em vários estágios) e comportamentais (evitação) que formam o conjunto de evidências de suspeita de abuso físico, tornando a notificação obrigatória.

Questão 24

O quadro clínico apresentado é clássico de apendicite aguda. A sequência de dor que se inicia no epigástrio e migra para a fossa ilíaca direita (sinal de Kocher), acompanhada de anorexia, náuseas, febre e sinal de Blumberg positivo (descompressão brusca dolorosa), aponta fortemente para essa patologia. O hemograma confirma um processo infeccioso/inflamatório por meio da leucocitose com desvio à esquerda (presença de 7% de bastonetes).

A presença de leucócitos e hemácias na urina, em um contexto de dor em fossa ilíaca direita, pode ocorrer pela proximidade do apêndice inflamado com o ureter ou a bexiga, causando uma inflamação reacional do trato urinário, o que não confirma necessariamente uma infecção urinária. O Beta-hCG negativo exclui gravidez ectópica, um importante diagnóstico diferencial em mulheres jovens.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora existam alterações no exame de urina, a clínica de dor migratória com sinais de irritação peritoneal é soberana para o diagnóstico de apendicite. Tratar apenas como infecção urinária retardaria o diagnóstico de uma

urgência cirúrgica, podendo levar à perfuração e à peritonite.

Alternativa b) Incorreta. O uso de metotrexato é indicado para o tratamento medicamentoso da gravidez ectópica íntegra em casos selecionados. Como o Beta-hCG da paciente é negativo, essa hipótese está descartada.

Alternativa c) Incorreta. Diante de um quadro de abdome agudo inflamatório com sinais de peritonite (descompressão brusca dolorosa), o acompanhamento ambulatorial é contraindicado devido ao alto risco de complicações graves. O tratamento requer internação e, na maioria das vezes, intervenção cirúrgica.

Alternativa d) Correta. Em mulheres em idade fértil, a realização de exames de imagem é recomendada para confirmar o diagnóstico e excluir diagnósticos diferenciais ginecológicos (como cistos ovarianos ou doença inflamatória pélvica). A ultrassonografia é frequentemente o exame inicial. Uma vez confirmada a suspeita de apendicite aguda, a avaliação da equipe de cirurgia é o passo definitivo para o tratamento, que consiste na apendicectomia.

Questão 25

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma condição caracterizada pelo aumento da resistência periférica à insulina, causada principalmente por hormônios produzidos pela placenta, como o lactogênio placentário humano, o cortisol e a progesterona.

Com a ocorrência do parto e a consequente saída da placenta (dequitação), os níveis desses hormônios diabetogênicos caem abruptamente. Isso resulta em uma restauração imediata da sensibilidade à insulina da paciente aos níveis anteriores à gestação.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): No Diabetes Mellitus Gestacional, o fator desencadeante da hiperglicemia é a placenta. Uma vez removida, a necessidade de insulina exógena geralmente desaparece de imediato. Portanto, a conduta correta é suspender a insulino-terapia e monitorar a glicemia capilar nas primeiras 24 a 48 horas para confirmar a normalização.

Alternativa B (Incorreta): Não há indicação para o início de hipoglicemiantes orais no puerpério imediato de pacientes com DMG. A conduta é a observação. Essas pacientes devem ser reavaliadas apenas 6 a 12 semanas após o parto, preferencialmente com um novo teste de tolerância oral à glicose (TOTG 75g), para verificar se o diabetes foi resolvido ou se a paciente permanece com alterações no

metabolismo da glicose.

Alternativa C (Incorreta): Manter a insulina em um terço ou metade da dose é a estratégia frequentemente utilizada para pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1 (pré-gestacional), que possuem deficiência absoluta de insulina e precisam de uma dose basal mínima para evitar cetoacidose. Não se aplica ao DMG.

Alternativa D (Incorreta): Manter a dosagem do pré-natal é uma conduta de alto risco. Como a resistência insulínica cai drasticamente após o parto, a manutenção de doses elevadas de insulina (que eram necessárias para vencer o bloqueio placentário) causaria hipoglicemia grave na paciente.

Resumo:

Pacientes com Diabetes Gestacional devem ter a insulina suspensa no pós-parto imediato.

Pacientes com Diabetes Pré-gestacional devem ter suas doses de insulina reduzidas drasticamente e reajustadas conforme a glicemia capilar.

Questão 26

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro febril agudo acompanhado de mialgia e exantema, o que levanta a suspeita de Dengue. O ponto crucial para a resolução da questão é a identificação dos Sinais de Alarme. No terceiro dia de doença, o paciente iniciou com dores abdominais e vômitos incontroláveis. Segundo o fluxograma de manejo da Dengue do Ministério da Saúde, a presença de dor abdominal (mesmo que leve à palpação, se associada a outros sintomas) e, principalmente, vômitos persistentes/incontroláveis são critérios para classificar o caso como Dengue Grupo C.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A presença de sinais de alarme exclui a classificação no Grupo B. O Grupo B é destinado a pacientes com sangramentos de pele espontâneos (petéquias) ou condições clínicas e sociais especiais, mas sem sinais de alarme. O manejo do Grupo C deve ser obrigatoriamente realizado em unidade de saúde com hidratação venosa, e não apenas domiciliar.

Alternativa b) Incorreta. Embora a classificação Grupo C esteja correta nesta alternativa, o manejo proposto está equivocado. Pacientes classificados no Grupo C requerem hidratação parenteral (venosa) imediata para evitar a progressão para o

choque. O acompanhamento ambulatorial só é permitido após a estabilização e ausência de sinais de alarme.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa correlaciona corretamente a classificação e a conduta. Pacientes do Grupo C são aqueles que apresentam sinais de alarme (neste caso, dor abdominal e vômitos incontroláveis), mas ainda não estão em choque. A conduta preconizada é a hidratação venosa imediata (fase de expansão), solicitação de exames laboratoriais (hemograma completo e plaquetas são obrigatórios) e realização de diagnóstico etiológico. Como o paciente está no terceiro dia de sintomas, a pesquisa do antígeno NS1 é o método adequado (indicado até o 5º dia). O paciente deve permanecer em observação hospitalar por, no mínimo, 48 horas.

Alternativa d) Incorreta. O manejo descrito nesta alternativa (hidratação parenteral e observação) é o tratamento indicado para o Grupo C. No entanto, a alternativa classifica o paciente erroneamente como Grupo B. A presença dos sinais de alarme mencionados no enunciado obriga a classificação como Grupo C.

Resumo dos Sinais de Alarme presentes no caso:

1. Dor abdominal à palpação.
2. Vômitos incontroláveis.

Qualquer um desses sinais já seria suficiente para classificar o paciente no Grupo C e indicar a internação para hidratação venosa.

Questão 27

Este caso clínico descreve um quadro de lombalgia aguda (duração inferior a 4 semanas) de características mecânicas e sem sinais de alerta (red flags). O paciente é um trabalhador braçal, a dor melhora com o repouso e não há sinais de comprometimento neurológico, perda ponderal ou febre. Nesses casos, a conduta inicial deve ser conservadora e baseada em evidências que desencorajam a investigação por imagem imediata e o repouso prolongado.

A alternativa (d) está correta porque a maioria dos casos de lombalgia aguda é de natureza inespecífica e autolimitada. A conduta padrão envolve tranquilizar o paciente sobre o prognóstico favorável, prescrever analgésicos comuns ou anti-inflamatórios para controle sintomático e, fundamentalmente, recomendar que o paciente permaneça ativo. O repouso absoluto é contraindicado, pois pode retardar a recuperação. A reavaliação em 4 a 6 semanas é o prazo adequado para observar a evolução antes de considerar exames complementares.

A alternativa (a) está incorreta porque exames de imagem avançados, como a

ressonância magnética, não são indicados para lombalgia aguda sem sinais de alerta. O uso indiscriminado de imagem aumenta custos e pode levar a diagnósticos de achados incidentais sem correlação clínica, gerando iatrogenia. O encaminhamento ao especialista também não se justifica nesta fase inicial de atenção primária.

A alternativa (b) está incorreta, pois a radiografia simples tem baixo valor diagnóstico em quadros de dor mecânica sem história de trauma ou suspeita de malignidade/infecção. Além disso, o uso de corticoides orais não é recomendado como primeira linha para lombalgia inespecífica, apresentando mais riscos de efeitos colaterais do que benefícios comprovados nesse cenário.

A alternativa (c) está incorreta porque o repouso prolongado (atestado de 7 dias com orientação de repouso) é prejudicial e está associado a uma cronificação da dor e maior tempo de afastamento do trabalho. O uso de antidepressivos tricíclicos pode ser uma opção para dor crônica ou neuropática, mas não é a escolha inicial para uma lombalgia aguda de 3 semanas de evolução.

Questão 28

A questão aborda os aspectos legais das internações psiquiátricas e de dependentes químicos no Brasil, fundamentadas principalmente pela Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e atualizadas pela Lei 13.840/2019 (Nova Lei de Drogas). Para responder corretamente, é preciso diferenciar os três tipos de internação previstos no ordenamento jurídico brasileiro.

Alternativa (a) Incorreta: A internação determinada pela Justiça é classificada como internação compulsória. Na modalidade involuntária, o paciente é internado sem o seu consentimento, porém a pedido de um familiar, responsável legal ou, na falta destes, de um servidor público da área da saúde ou assistência social, dispensando a ordem judicial prévia.

Alternativa (b) Correta: Conforme o Artigo 6º da Lei 10.216/2001 e reforçado pela Lei 13.840/2019, qualquer internação psiquiátrica, seja ela voluntária ou involuntária, só pode ser realizada mediante laudo médico circunstanciado que a caracterize. Portanto, é obrigatória a autorização de um médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), que atestará a necessidade do tratamento em regime fechado devido aos riscos para o paciente ou para terceiros.

Alternativa (c) Incorreta: A legislação determina que a internação involuntária deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual (e não Federal) no prazo máximo de 72 horas. O prazo de 15 dias citado na alternativa não encontra amparo legal para esse tipo de comunicação obrigatória.

Alternativa (d) Incorreta: O término da internação involuntária ocorre por solicitação do responsável legal ou por decisão do médico assistente (alta médica). O Ministério Público exerce um papel de fiscalização da legalidade da internação, mas o ato da alta é uma decisão técnica baseada na evolução clínica do paciente, e não uma solicitação administrativa do Ministério Público Municipal.

Questão 29

Essa questão aborda as contraindicações para a trombólise endovenosa no Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico agudo. O ponto central é identificar qual dado clínico ou radiológico impede o uso do trombolítico (rtPA) neste paciente.

Alternativa (a) Correta:

A tomografia computadorizada (TC) de crânio realizada precocemente revelou uma área de hipodensidade (atenuação de densidade) ocupando cerca de 40 por cento do território da artéria cerebral média (ACM). De acordo com as diretrizes nacionais e internacionais, a presença de sinais radiológicos de infarto extenso, definidos como uma hipodensidade que acomete mais de um terço (33 por cento) do território da ACM, é uma contraindicação clássica à trombólise. Nesses casos, o tecido cerebral já sofreu lesão irreversível e o risco de transformação hemorrágica grave após o uso do trombolítico supera qualquer benefício potencial da reperfusão.

Alternativa (b) Incorreta:

O limite de tempo (janela terapêutica) para a trombólise endovenosa é de até 4,5 horas (270 minutos) a partir do momento em que o paciente foi visto pela última vez sem sintomas ("last known well"). No caso relatado, o paciente foi visto bem há 90 minutos, foi encontrado 30 minutos depois e o laudo da TC saiu cerca de 3 horas (180 minutos) após o último momento bem. Portanto, ele ainda se encontra dentro da janela de 4,5 horas, não sendo o tempo o fator impeditivo.

Alternativa (c) Incorreta:

A glicemia do paciente é de 285 mg/dL. Embora a hiperglicemia deva ser controlada no manejo do AVE agudo (geralmente mantendo entre 140 e 180 mg/dL), ela não é uma contraindicação para a trombólise. As diretrizes recomendam apenas cautela ou correção se a glicemia estiver abaixo de 50 mg/dL (hipoglicemia que pode simular déficit focal) ou acima de 400 mg/dL, mas o valor de 285 mg/dL por si só não impede o procedimento.

Alternativa (d) Incorreta:

Para iniciar a infusão de trombolítico, a pressão arterial (PA) deve estar abaixo de 185/110 mmHg. O paciente apresenta PA de 170/100 mmHg, o que está dentro do

limite permitido para a terapia. Caso a pressão estivesse acima desse patamar, ela deveria ser reduzida com anti-hipertensivos parenterais antes de se iniciar o fármaco, mas não seria uma contraindicação absoluta se houvesse resposta ao tratamento pressórico.

Resumo Didático:

Apesar de o paciente estar dentro da janela de tempo e com níveis pressóricos adequados, a extensão do dano isquêmico já visível na tomografia (40 por cento do território da ACM) torna o procedimento perigoso devido ao alto risco de sangramento intracraniano, o que justifica a contraindicação apontada pela alternativa A. Vale notar que, clinicamente, uma lesão na artéria cerebral média esquerda costuma causar déficits no lado direito do corpo; no entanto, o erro de lateralidade no enunciado não invalida a regra radiológica cobrada pela questão.

Questão 30

Análise do Caso Clínico:

O paciente é um menino de 6 anos com um quadro de fimose patológica. O diagnóstico é sustentado pela idade da criança (fase em que a maioria das fimoses fisiológicas já se resolveu), pelo histórico de balanopostites de repetição (infecções da glândula e do prepúcio) e, fundamentalmente, pelo achado de exame físico que descreve um anel fibrótico prepucial. A presença de fibrose indica que o tecido perdeu sua elasticidade natural, geralmente devido a processos inflamatórios prévios.

Alternativa A: Incorreta. A fimose fisiológica é caracterizada pela aderência natural do prepúcio à glândula, comum em recém-nascidos e lactentes, e costuma regredir espontaneamente com o tempo. No caso em questão, a presença do anel fibrótico e as infecções recorrentes definem a fimose como patológica. Além disso, exercícios de redução (massagens ou trações forçadas) são formalmente contraindicados na prática pediátrica atual, pois podem causar microfissuras que, ao cicatrizarem, geram ainda mais fibrose e agravam a estenose prepucial.

Alternativa B: Incorreta. Não se deve aguardar a adolescência para intervir em um quadro de fimose patológica com complicações. A indicação cirúrgica é imediata (eletiva) diante de balanopostites de repetição ou da presença de anel cicatricial, independentemente da exposição parcial do meato uretral. O objetivo da cirurgia é prevenir novas infecções e complicações futuras.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve as indicações clássicas para a postectomia (cirurgia de fimose). A recorrência de balanopostites causa desconforto, dor e aumenta o risco de complicações. A presença de fibrose prepucial (fimose

cicatricial) é uma indicação definitiva, pois esse tecido fibrótico raramente responde a tratamentos conservadores e tende a piorar com o tempo.

Alternativa D: Incorreta. O uso de corticoides tópicos (como a betametasona isolada ou associada à hialuronidase) é uma excelente opção terapêutica para fimoses que não apresentam fibrose acentuada. No entanto, em casos de fimose patológica com anel fibrótico cicatricial estabelecido e histórico de múltiplas infecções, a taxa de sucesso do tratamento clínico é muito baixa. Nesses cenários, a cirurgia é considerada o padrão-ouro. Além disso, a simples exposição do meato não afasta a necessidade de correção se o restante do prepúcio for fibrótico e doente.

Questão 31

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta uma síndrome colestática (icterícia, colúria e prurido) de caráter progressivo, associada a sintomas constitucionais (emagrecimento) e dor abdominal que irradia para o dorso. O achado físico fundamental é a massa de consistência cística e indolor palpável no hipocôndrio direito, que corresponde à vesícula biliar distendida. Este achado é conhecido como Sinal de Courvoisier-Terrier. De acordo com a Lei de Courvoisier, em um paciente icterico, a presença de vesícula biliar palpável e indolor sugere que a obstrução do ducto biliar comum é causada por uma neoplasia (como câncer de cabeça de pâncreas ou tumor de ampola de Vater) e não por cálculos, já que na doença calculosa a vesícula costuma estar fibrosada e incapaz de se distender.

Alternativa a: Incorreta. A colecistite crônica calculosa não costuma causar icterícia obstrutiva persistente nem emagrecimento acentuado. Além disso, em quadros de colelitíase crônica, a vesícula geralmente se torna atrofiada e fibrótica, o que impede que ela seja palpável ao exame físico, mesmo na presença de obstrução biliar.

Alternativa b: Correta. Diante da principal suspeita diagnóstica (neoplasia periampular ou de cabeça de pâncreas), a tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste é o exame inicial mais adequado. A TC permite visualizar a massa pancreática, avaliar a dilatação dos ductos biliar e pancreático, identificar a causa da obstrução e, principalmente, realizar o estadiamento vascular (verificar o envolvimento de vasos como a artéria mesentérica superior e veia porta) para definir a conduta cirúrgica.

Alternativa c: Incorreta. A colangiorressonância é um excelente exame para avaliar a anatomia das vias biliares e é muito sensível para detectar coledocolitíase (cálculos). No entanto, a apresentação clínica (idade avançada, emagrecimento e sinal de

Courvoisier) aponta fortemente para malignidade, e a tomografia é superior para o estadiamento oncológico inicial e avaliação de ressecabilidade vascular em comparação à ressonância focada apenas em vias biliares.

Alternativa d: Incorreta. A biópsia percutânea de uma massa abdominal com suspeita de neoplasia pancreática não deve ser realizada de rotina se a lesão for considerada ressecável pelos exames de imagem. Existe um risco real de disseminação de células tumorais no trajeto da agulha (seeding peritoneal). Se os exames de imagem sugerem neoplasia e o paciente tem condições clínicas, a conduta costuma ser a ressecção cirúrgica direta, reservando a biópsia para casos de doença avançada/metastática onde será necessária quimioterapia paliativa.

Questão 32

Esta questão aborda o manejo da hipertensão arterial crônica durante a gestação e as medidas profiláticas para a pré-eclâmpsia.

Análise do quadro clínico:

A paciente é portadora de Hipertensão Arterial Crônica (HAC), pois já utilizava Enalapril antes ou no início da gestação e apresenta níveis pressóricos alterados antes das 20 semanas de idade gestacional. Ela possui dois fatores de risco importantes para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia sobreposta: a própria hipertensão crônica e o antecedente pessoal de pré-eclâmpsia em gestação anterior.

Conduta medicamentosa:

1. Substituição do anti-hipertensivo: O Enalapril é um Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA). Medicamentos desta classe, assim como os Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (como a Losartana), são contraindicados na gestação devido ao risco de malformações fetais, toxicidade renal fetal e oligodramnia. A medicação de escolha para o controle pressórico inicial na gestação é a Alfa-metildopa.

2. Profilaxia de pré-eclâmpsia: Devido ao alto risco (HAC e pré-eclâmpsia anterior), está indicado o uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS) em baixas doses (100 a 150 mg/dia), preferencialmente iniciado antes das 16 semanas. Também é indicada a suplementação de Carbonato de Cálcio (1,5 a 2,0 g/dia), que demonstra redução no risco de pré-eclâmpsia, especialmente em populações com baixa ingestão dietética de cálcio.

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O Captopril é um IECA e, portanto, contraindicado na gestação. A Varfarina é um anticoagulante oral que atravessa a placenta e possui potencial teratogênico (síndrome varfarínica fetal), além de risco de hemorragia fetal.

Alternativa b: Incorreta. A Furosemida não é droga de primeira linha na gestação, sendo reservada para quadros de insuficiência cardíaca ou edema agudo de pulmão, pois pode reduzir o volume plasmático e comprometer a perfusão placentária. A Varfarina é contraindicada.

Alternativa c: Incorreta. A Losartana é um bloqueador do receptor de angiotensina (BRA) e é contraindicada pelos mesmos motivos dos IECAs. A Enoxaparina (heparina de baixo peso molecular) é utilizada em casos de trombofilias ou histórico de eventos tromboembólicos, o que não foi descrito no enunciado.

Alternativa d: Correta. A Alfa-metildopa é o anti-hipertensivo de escolha para uso crônico na gestação por sua segurança comprovada. O Ácido Acetilsalicílico e o Carbonato de Cálcio compõem o esquema padrão para prevenção de pré-eclâmpsia em gestantes de alto risco, como é o caso da paciente.

Questão 33

Texto Original:

O caso clínico descreve um paciente que retorna após abandono de tratamento da tuberculose (definido como interrupção por 30 dias ou mais). Em situações de retratamento, as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil estabelecem fluxos específicos para o diagnóstico e manejo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Em pacientes que realizaram tratamento para tuberculose nos últimos dois anos, o TRM-TB (Teste Rápido Molecular) pode detectar DNA de bacilos mortos remanescentes do tratamento anterior. Por isso, um TRM-TB positivo com baciloscopia negativa, neste contexto de retratamento, não confirma obrigatoriamente doença ativa. O diagnóstico precisaria de confirmação por cultura ou avaliação clínica/radiológica criteriosa antes de reiniciar o esquema.

Alternativa b) Incorreta. Existe uma inconsistência técnica nesta opção. Se o TRM-TB for negativo, significa que o teste não detectou o DNA do complexo *Mycobacterium tuberculosis*; portanto, ele não teria como informar que a resistência à rifampicina é positiva. Além disso, se houvesse resistência comprovada, o esquema básico (RIPE) não seria a conduta correta.

Alternativa c) Correta. A baciloscopia positiva em um paciente sintomático confirma a presença de bacilos íntegros e, conseqüentemente, a atividade da doença. Como se trata de um caso de retratamento por abandono, a realização de cultura com teste de sensibilidade (TS) é obrigatória para identificar possíveis resistências adquiridas. Enquanto o resultado da cultura (que é mais demorada) não fica pronto, o médico deve reiniciar o esquema básico (RIPE) para tratar o paciente e interromper a cadeia de transmissão, ajustando o tratamento posteriormente se o teste de sensibilidade mostrar alguma resistência.

Alternativa d) Incorreta. Se o TRM-TB for positivo e indicar resistência à rifampicina, o paciente é classificado como um caso de tuberculose drogarresistente (TB-DR). Nestes casos, é contraindicado iniciar o esquema básico. O paciente deve ser encaminhado para uma unidade de referência secundária ou terciária para iniciar um esquema especial (como o esquema para TB resistente), baseado no perfil de sensibilidade.

Resumo da conduta no retorno após abandono:

Sempre solicitar Baciloscopia + TRM-TB + Cultura com Teste de Sensibilidade. Se a baciloscopia for positiva, inicia-se o tratamento imediatamente. O TRM-TB serve primordialmente para triagem rápida de resistência à rifampicina. Se houver resistência detectada no TRM-TB, não se usa o esquema básico. Se não houver resistência detectada e a doença for confirmada, inicia-se o esquema básico enquanto se aguarda o resultado da cultura.

Questão 34

Para compreender esta questão, é fundamental dominar os conceitos de acurácia diagnóstica (sensibilidade e especificidade) e a influência da prevalência nos valores preditivos.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A afirmação descreve um Valor Preditivo Positivo (VPP) alto. No entanto, a sensibilidade alta, isoladamente, não garante que um teste positivo seja um caso verdadeiro. O VPP é fortemente influenciado pela prevalência da doença. Em populações com baixa prevalência, mesmo testes sensíveis apresentam um VPP baixo, o que significa que muitos resultados positivos serão, na verdade, falsos-positivos.

Alternativa (b) Correta: O número de falsos-positivos é determinado pela especificidade e pela prevalência. A especificidade de 65% é considerada moderada a baixa para um teste de triagem, o que significa que 35% das pessoas saudáveis

testarão positivo erroneamente. Somado a isso, como a prevalência da hanseníase na população citada é baixa, a grande maioria das pessoas testadas é saudável. Aplicar um teste com especificidade de apenas 65% em uma massa de pessoas saudáveis resultará em um volume absoluto muito grande de resultados falsos-positivos.

Alternativa (c) Incorreta: O número de falsos-negativos está diretamente relacionado à sensibilidade. Como o teste possui uma sensibilidade elevada (92%), a taxa de falsos-negativos será baixa (apenas 8%). Portanto, o teste é eficiente em detectar a maioria dos casos reais, ao contrário do que afirma a alternativa.

Alternativa (d) Incorreta: Na prática médica, testes com alta sensibilidade são ideais para a triagem (rastreamento), pois sua principal utilidade é "afastar" a doença quando o resultado é negativo (regra do SnNout). Para a confirmação diagnóstica, são necessários testes com alta especificidade, que minimizam os falsos-positivos e garantem que o paciente realmente possui a patologia (regra do SpPIn).

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 35

Essa questão aborda o manejo do luto agudo no contexto da Atenção Primária à Saúde. A paciente apresenta sintomas intensos de sofrimento emocional, mas que são perfeitamente compatíveis com uma perda traumática ocorrida há apenas 3 dias.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A prescrição de antidepressivos (como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina) não é indicada para o luto normal ou agudo. O luto é um processo fisiológico de adaptação à perda, não uma patologia química inicial. Além disso, essas medicações levam de duas a quatro semanas para iniciar seu efeito terapêutico e não devem ser usadas para "anestésiar" uma reação emocional esperada. A medicalização precoce pode, inclusive, dificultar a elaboração saudável do luto.

Alternativa b) Incorreta. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é destinado ao atendimento de transtornos mentais graves e persistentes ou situações de crise moderada a grave que exijam cuidado intensivo e multiprofissional. O caso em tela descreve uma reação de luto agudo sem ideiação suicida ou histórico psiquiátrico prévio, devendo ser manejado preferencialmente na própria Unidade Básica de Saúde (UBS).

Alternativa c) Incorreta. Embora o suporte psicológico seja benéfico, o encaminhamento imediato para a atenção secundária (especializada) não é a conduta prioritária. A maioria dos processos de luto é resolvida com suporte social, familiar e acompanhamento pela equipe de saúde da família. O foco inicial deve ser o acolhimento e a escuta qualificada na unidade de origem.

Alternativa d) Correta. O luto é um processo natural. Diante de uma perda tão recente (3 dias), a conduta médica adequada baseia-se no acolhimento, na validação do sofrimento da paciente e na oferta de escuta. O acompanhamento longitudinal permite observar se esses sintomas evoluirão para um luto patológico ou transtorno depressivo ao longo do tempo. A equipe da UBS deve monitorar a paciente, oferecer suporte emocional e garantir que ela tenha um espaço seguro para expressar sua dor, sem necessariamente intervir com fármacos ou encaminhamentos desnecessários neste momento inicial.

Gabarito: Letra (d).

Questão 36

Esta questão aborda um tema central na Geriatria e na Clínica Médica: a síndrome das quedas no idoso, frequentemente associada à polifarmácia e à hipotensão ortostática.

A paciente em questão apresenta diversos fatores de risco para quedas, como idade avançada (86 anos), diagnóstico de déficit cognitivo, sarcopenia e o uso de nove medicamentos simultâneos (polifarmácia). O dado clínico mais relevante para a resolução do caso é a medição da pressão arterial: há uma queda de 28 mmHg na pressão sistólica (de 138 para 110 mmHg) e de 22 mmHg na diastólica (de 92 para 70 mmHg) ao mudar da posição deitada para sentada. Esse achado define o diagnóstico de hipotensão ortostática (queda maior ou igual a 20 mmHg na sistólica ou maior ou igual a 10 mmHg na diastólica).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a catarata e outros déficits visuais sejam fatores de risco importantes para quedas em idosos e a avaliação oftalmológica faça parte da triagem diagnóstica, ela não é a prioridade nem a conduta mais adequada diante de uma hipotensão ortostática claramente documentada no exame físico.

Alternativa (b) Incorreta: A disautonomia é uma causa de hipotensão ortostática, mas em uma paciente em uso de três classes de anti-hipertensivos (diurético tiazídico, bloqueador do receptor de angiotensina e betabloqueador), além de antidepressivo e

inibidor da acetilcolinesterase, a causa farmacológica é a mais provável e deve ser a primeira a ser abordada antes de encaminhamentos para subespecialidades.

Alternativa (c) Correta: O plano terapêutico deve focar na desprescrição ou ajuste de doses. A paciente apresenta hipotensão ortostática sintomática (quedas ao se levantar à noite). Medicamentos como hidroclorotiazida (redução de volume), atenolol (prejudica a resposta taquicárdica compensatória) e losartana contribuem diretamente para o quadro. Além disso, o escitalopram e a donepezila também podem estar associados a tonturas e alterações hemodinâmicas. Rever a polifarmácia é a medida inicial mais eficaz para reduzir o risco de novas quedas e complicações.

Alternativa (d) Incorreta: Adicionar a fludrocortisona (um mineralocorticoide) seria um exemplo de cascata iatrogênica, que ocorre quando um novo fármaco é prescrito para tratar o efeito colateral de medicamentos já em uso. O manejo correto da hipotensão ortostática induzida por fármacos é a suspensão ou redução das substâncias agressoras, e não a adição de mais uma droga que possui efeitos colaterais próprios, como edema e hipocalemia.

Questão 37

O quadro clínico apresentado é clássico de febre reumática (FR). Os pontos-chave para o diagnóstico são: paciente em idade escolar (10 anos), história de dor de garganta há 3 semanas (período de latência), febre e artrite com característica migratória (acometeu sucessivamente joelho, tornozelo e cotovelo). Além disso, a presença de sopro sistólico e taquicardia sugere o diagnóstico de cardite reumática. De acordo com os Critérios de Jones, a poliartrite migratória e a cardite são critérios maiores, o que, somado à febre (critério menor) e ao antecedente de faringite, confirma a patologia.

Alternativa a: Incorreta. A *Borrelia burgdorferi** é o agente causador da doença de Lyme. Embora possa causar artrite, esta costuma ser episódica, geralmente monoarticular (focada no joelho) ou oligoarticular, e ocorre em pacientes com histórico de exposição a carrapatos em áreas endêmicas, não apresentando relação com faringite prévia ou o padrão migratório típico da FR.

Alternativa b: Incorreta. O *Staphylococcus aureus** é o principal agente da artrite séptica. No entanto, a artrite séptica é tipicamente monoarticular (acomete apenas uma articulação), apresenta sinais inflamatórios locais muito intensos e não possui caráter migratório; ou seja, a articulação não apresenta melhora espontânea em dois a quatro dias para que outra comece a doer.

Alternativa c: Incorreta. O *Treponema pallidum* é o agente da sífilis. A sífilis pode cursar com manifestações articulares (como a articulação de Clutton na forma congênita tardia), mas não se manifesta como uma poliartrite migratória aguda pós-faringite associada a sopro cardíaco novo em uma criança.

Alternativa d: Correta. O *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A) é o agente etiológico da faringoamigdalite que, em indivíduos geneticamente predispostos, desencadeia a resposta autoimune responsável pelos sintomas da febre reumática. O tratamento de escolha para erradicar o agente da orofaringe (prevenção primária tardia) e instituir a profilaxia secundária é a penicilina G benzatina.

Gabarito: Letra d.

Questão 38

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de dor epigástrica com irradiação para as costas, de caráter pós-prandial e recorrente (há um ano), em um contexto de etilismo pesado (8 doses de destilado/dia por 33 anos) e tabagismo. O ponto fundamental para a resolução desta questão está na interpretação da história clínica somada aos exames laboratoriais apresentados na tabela.

Análise das alternativas:

a) Colangite aguda: Incorreta. A colangite aguda manifesta-se tipicamente pela Tríade de Charcot (dor abdominal, icterícia e febre). O paciente está afebril (37 graus Celsius), anictérico e os exames laboratoriais na imagem mostram Bilirrubina Total (1,2 mg/dL) e Fosfatase Alcalina (81 U/L) dentro da normalidade, o que afasta a hipótese de obstrução biliar aguda com infecção.

b) Colecistite aguda: Incorreta. Embora cause dor em abdome superior, a colecistite geralmente se localiza no hipocôndrio direito, apresenta sinal de Murphy positivo ao exame físico e costuma cursar com febre. O histórico de 33 anos de etilismo e a irradiação da dor para as costas direcionam o raciocínio para a etiologia pancreática.

c) Doença ulcerosa péptica: Incorreta. Úlceras podem causar dor epigástrica e o álcool é um fator de risco. No entanto, a irradiação para o dorso e o histórico de episódios semelhantes que sugerem cronicidade em paciente etilista pesado tornam a pancreatite crônica a hipótese mais provável. Além disso, a glicose levemente alterada (120 mg/dL) sugere disfunção endócrina do pâncreas.

d) Pancreatite crônica: Correta. O etilismo crônico é a principal causa de pancreatite crônica. O paciente apresenta surtos recorrentes de dor (dor "agudizada" sobre uma base crônica). Um detalhe crucial nos exames laboratoriais da imagem é que a Amilase (35 U/L) e a Lipase (12 U/L) estão normais. Na pancreatite crônica, devido à fibrose e atrofia do parênquima glandular (pâncreas "queimado"), o órgão perde a capacidade de elevar as enzimas pancreáticas mesmo durante episódios de dor aguda. A glicemia de jejum elevada (120 mg/dL) corrobora a perda da função endócrina do pâncreas.

Em resumo, a combinação de etilismo crônico, dor abdominal recorrente com irradiação para o dorso e exames de amilase/lipase normais é a apresentação clássica da pancreatite crônica em provas de residência.

Questão 39

Esta questão aborda o manejo da gestação prolongada, especificamente no período classificado como termo tardio (entre 41 semanas e 41 semanas e 6 dias). O objetivo principal nessa fase é equilibrar o desejo pelo parto espontâneo com a prevenção das complicações associadas à pós-maturidade, como insuficiência placentária, oligodramnia e aspiração de mecônio.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Aguardar até após 42 semanas para planejar a indução aumenta significativamente os riscos de morbimortalidade perinatal. Atualmente, a recomendação é que a gestação seja resolvida, preferencialmente por indução do parto, antes de completar 42 semanas (ou seja, até 41 semanas e 6 dias), para evitar que a gravidez se torne tecnicamente pós-termo.

Alternativa (b) Incorreta: A dopplervelocimetria é uma ferramenta essencial para avaliar a vitalidade fetal em casos de restrição de crescimento intrauterino ou síndromes hipertensivas. No entanto, para o acompanhamento de rotina da gestação de 41 semanas em pacientes de baixo risco, os exames de escolha para vigilância antenatal são o perfil biofísico fetal (PBF), a cardiocotografia (CTG) e a avaliação do volume do líquido amniótico.

Alternativa (c) Incorreta: A amnioscopia consiste na visualização direta do líquido amniótico através do colo uterino. É um método invasivo, com utilidade limitada e que caiu em desuso na prática moderna frente à disponibilidade da ultrassonografia para avaliação do índice de líquido amniótico e do perfil biofísico fetal, que são mais precisos e menos invasivos.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa reflete os protocolos atuais da FEBRASGO e do Ministério da Saúde. A partir de 41 semanas, a vigilância do bem-estar fetal deve ser intensificada, geralmente com a realização de exames (como cardiocotografia e perfil biofísico fetal) a cada 2 ou 3 dias. Além disso, o planejamento da interrupção da gestação (indução do parto) deve ocorrer de modo que o nascimento aconteça até, no máximo, 41 semanas e 6 dias, prevenindo os riscos da gestação que ultrapassa 42 semanas.

Resumo do raciocínio:

Diante de uma gestante de 41 semanas com exames normais, a conduta é manter uma vigilância rigorosa no curto prazo e programar o parto para antes do limite de 42 semanas, garantindo a segurança do binômio mãe-feto.

Questão 40

A questão aborda a escolha da quimioprofilaxia para a malária em uma profissional que atuará em uma área endêmica na Amazônia (distrito Yanomami), onde há alta prevalência de *Plasmodium falciparum* e *Plasmodium vivax*, com conhecido padrão de resistência medicamentosa.

Alternativa A: Incorreta. O artesunato é um derivado da artemisinina utilizado estritamente para o tratamento da malária, sendo a droga de escolha para casos graves e complicados (via intravenosa) ou como parte da terapia combinada (ACT) em casos leves. Não é utilizado como quimioprofilaxia devido à sua meia-vida curta e para evitar a indução de resistência a essa classe de medicamentos.

Alternativa B: Correta. A doxiciclina é uma das opções recomendadas para quimioprofilaxia em áreas com presença de *Plasmodium falciparum* resistente à cloroquina, o que inclui a região amazônica. Ela deve ser iniciada um a dois dias antes da entrada na área endêmica, mantida diariamente durante toda a permanência e continuada por quatro semanas após a saída da região. É uma droga eficaz contra as formas eritrocitárias de todas as espécies de plasmódio.

Alternativa C: Incorreta. Embora a primaquina possa ser utilizada em protocolos específicos de quimioprofilaxia (agindo contra formas hepáticas), ela não é a primeira escolha para profilaxia de rotina na Amazônia. Além disso, seu uso exige a testagem prévia da enzima glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), pois pode causar hemólise grave em indivíduos deficientes. No Brasil, seu uso principal é no tratamento para a cura radical do *P. vivax*.

Alternativa D: Incorreta. A cloroquina não é mais indicada para profilaxia na região

amazônica brasileira devido à resistência generalizada do *Plasmodium falciparum* a esse fármaco. Utilizá-la como profilaxia deixaria a médica desprotegida contra a forma mais grave da doença (malária *falciparum*), embora a droga ainda seja utilizada no tratamento das formas sanguíneas do *P. vivax*.

Informação adicional: Vale ressaltar que o Ministério da Saúde do Brasil, em geral, não recomenda a quimioprofilaxia sistemática para pessoas que residirão por longos períodos em áreas endêmicas, focando em medidas de proteção individual (repelentes, mosquiteiros) e diagnóstico precoce. No entanto, em contextos de provas de residência e seguindo protocolos internacionais para viajantes ou missões específicas em áreas de alto risco e resistência, a doxiciclina é a resposta tecnicamente correta entre as opções apresentadas.

Questão 41

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente é um jovem com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) que interrompeu o uso de insulina, evoluindo com a tríade clássica da cetoacidose diabética (CAD): hiperglicemia, acidose metabólica e cetose.

Os dados clínicos e laboratoriais confirmam o diagnóstico:

1. Glicemia de 472 mg/dL (valor de referência até 100 mg/dL): confirma a hiperglicemia (critério > 250 mg/dL).
2. Gasometria com pH de 7,2 e bicarbonato de 10 mEq/L: confirmam uma acidose metabólica com consumo de base (critérios: pH < 7,3 e bicarbonato < 18 mEq/L).
3. Hálito cetótico e dor abdominal: sugerem a presença de corpos cetônicos.
4. Frequência respiratória de 38 ipm: indica a respiração de Kussmaul, uma compensação respiratória para a acidose metabólica.

Quanto à conduta, o primeiro passo no tratamento da CAD é a reposição volêmica com solução isotônica (soro fisiológico 0,9%) para restaurar a perfusão tecidual e reduzir os hormônios contrarreguladores. Um detalhe fundamental neste caso é o potássio sérico de 3,0 mEq/L. Em pacientes com potássio abaixo de 3,3 mEq/L, a insulino-terapia deve ser adiada até que a reposição de potássio seja iniciada, para evitar arritmias graves.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Embora a CAD possa cursar com dor abdominal intensa e náuseas (podendo mimetizar um abdome agudo), o quadro laboratorial de acidose e hiperglicemia em paciente com DM1 aponta diretamente para cetoacidose. A amilase

e a lipase podem estar elevadas na CAD mesmo sem pancreatite.

Alternativa B: Incorreta. O estado hiperosmolar hiperglicêmico é mais comum em pacientes com DM tipo 2, geralmente apresenta glicemias muito mais elevadas (acima de 600 mg/dL) e, por definição, não apresenta acidose importante (pH costuma ser maior que 7,3 e bicarbonato maior que 18). Além disso, a conduta inicial prioritária é a hidratação, e neste caso específico, a insulina não deve ser a primeira medida devido ao potássio baixo (3,0 mEq/L).

Alternativa C: Correta. O diagnóstico é cetoacidose diabética pelos critérios já expostos. A conduta inicial padrão-ouro é a expansão volêmica com solução fisiológica a 0,9%.

Alternativa D: Incorreta. A elevação da creatinina (1,6 mg/dL) é reflexo da desidratação grave (insuficiência renal pré-renal), e não a causa primária do quadro. O uso de bicarbonato de sódio na CAD é restrito a casos raros e gravíssimos, geralmente apenas se o pH estiver abaixo de 6,9, o que não é o caso deste paciente (pH 7,2).

Questão 42

Análise do Caso Clínico:

Estamos diante de um recém-nascido de 14 dias com um quadro clínico grave de choque. Os pontos fundamentais para o diagnóstico são:

1. Antecedentes: Ausência de pré-natal e parto domiciliar, fatores que aumentam drasticamente o risco de infecções neonatais.
2. Sinais de Choque: Pulsos débeis, tempo de perfusão capilar prolongado (5 segundos), hipotonia, cianose e taquicardia.
3. Foco Infecioso: A presença de halo de hiperemia e edema em torno do coto umbilical caracteriza uma onfalite, uma porta de entrada clássica para sepse neonatal.
4. Desconforto Respiratório e Hepatomegalia: São sinais frequentes na sepse neonatal grave, refletindo a resposta inflamatória sistêmica e a disfunção de múltiplos órgãos.

Diagnóstico e Conduta:

O quadro é compatível com choque séptico, que se classifica inicialmente como um choque distributivo (embora no neonato possa haver componentes cardiogênicos e hipovolêmicos associados). A conduta imediata baseia-se no suporte de vida (ABC): garantir oxigenação/ventilação, restauração da volemia com cristaloides isotônicos e tratamento da causa-base com antibioticoterapia urgente, além de suporte

inotrópico/vasoativo, se necessário.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O choque cardiogênico em recém-nascidos geralmente levanta a suspeita de cardiopatias congênitas dependentes de canal arterial (que costumam manifestar-se mais precocemente, na primeira semana de vida) ou miocardites. Embora a hepatomegalia e os pulsos débeis possam ocorrer, a presença clara de onfalite (infecção umbilical) direciona o diagnóstico para sepse. O uso de prostaglandina E1 seria indicado apenas em cardiopatias ducto-dependentes suspeitas.

b) Incorreta. O choque neurogênico é extremamente raro nesta faixa etária e geralmente está associado a traumas graves de coluna cervical com lesão medular, o que não é relatado no caso. Além disso, o choque neurogênico costuma cursar com bradicardia e vasodilatação extrema, divergindo da taquicardia apresentada.

c) Incorreta. O choque obstrutivo no período neonatal poderia ser causado por pneumotórax hipertensivo ou tamponamento cardíaco. Não há história de ventilação por pressão positiva prévia ou trauma que sugira pneumotórax, e o murmúrio vesicular está diminuído bilateralmente, e não ausente unilateralmente com desvio de traqueia. A descompressão torácica não tem indicação clínica neste cenário de infecção evidente.

d) Correta. O quadro de onfalite associado a sinais de má perfusão sistêmica define o choque séptico, classificado como choque distributivo. O manejo preconizado pelas diretrizes de suporte avançado de vida em pediatria (PALS) e neonatologia inclui: estabilização respiratória, expansão volêmica imediata com cristalóide (soro fisiológico 0,9%), início precoce de antibióticos de amplo espectro para cobrir os focos infecciosos e uso de drogas vasoativas para manter a pressão de perfusão e o débito cardíaco após a reposição volêmica inicial.

Questão 43

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de diverticulite aguda, sugerido pela dor no quadrante inferior esquerdo, febre e presença de massa palpável. A tomografia de abdome confirmou o diagnóstico ao demonstrar densificação da gordura adjacente ao sigmoide e uma coleção de 100 ml.

Baseado na Classificação de Hinchey modificada, este quadro é classificado como

Hinchey II (abscesso pélvico, abdominal ou à distância). O manejo de abscessos na diverticulite é determinado pelo tamanho da coleção e pelas condições clínicas do paciente:

1. Abscessos pequenos (geralmente menores que 3 ou 4 cm) podem ser tratados inicialmente apenas com antibioticoterapia.
2. Abscessos grandes (maiores que 3 ou 4 cm) requerem drenagem associada ao uso de antibióticos.

Como o paciente possui uma coleção volumosa (100 ml equivale a 100 cm³) e encontra-se hemodinamicamente estável, a conduta correta é a drenagem para controle da fonte de infecção.

Alternativa a) Incorreta. A laparotomia para drenagem ou ressecção (como a cirurgia de Hartmann) é indicada prioritariamente em casos de peritonite generalizada (Hinchey III e IV) ou quando o paciente apresenta instabilidade clínica e falha no tratamento minimamente invasivo. O paciente em questão está estável e possui uma coleção passível de drenagem percutânea, que é menos mórbida.

Alternativa b) Incorreta. O tratamento conservador exclusivo com antibióticos é indicado para diverticulite não complicada ou com pequenos abscessos pericólicos (Hinchey Ia e Ib). Para uma coleção de 100 ml, o tratamento conservador isolado apresenta altos índices de falha e risco de rotura para a cavidade abdominal.

Alternativa c) Incorreta. A drenagem por colonoscopia não é uma conduta padronizada para abscessos diverticulares. Além disso, a realização de colonoscopia na fase aguda da diverticulite é evitada devido ao risco de perfuração da alça intestinal inflamada e fragilizada.

Alternativa d) Correta. A drenagem percutânea guiada por tomografia é o procedimento de escolha para abscessos diverticulares volumosos em pacientes estáveis. Esta técnica é minimamente invasiva, eficaz no controle do foco infeccioso e permite que, caso uma cirurgia de ressecção segmentar seja necessária futuramente, ela possa ser realizada de forma eletiva, o que aumenta as chances de sucesso de uma anastomose primária sem necessidade de estomia.

Questão 44

Esta questão aborda a assistência ao terceiro estágio do parto (dequitação ou secundamento). O ponto central é identificar a conduta recomendada para a saída da placenta em uma paciente estável e dentro do tempo fisiológico.

O "Manejo Ativo do Terceiro Estágio" é a conduta padrão-ouro recomendada pela

Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela FEBRASGO para reduzir o risco de hemorragia pós-parto. Ele consiste em três pilares: administração de ocitocina (preferencialmente 10 UI, IM ou IV, logo após o nascimento), tração controlada do cordão e avaliação do tônus uterino (massagem).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Aguardar a expulsão espontânea sem intervenção caracteriza a conduta expectante (fisiológica). Embora possível, os estudos demonstram que o manejo ativo (interventivo) é superior na redução da perda sanguínea e na prevenção de hemorragias graves em comparação à conduta puramente expectante.

Alternativa b) Correta. A tração controlada do cordão umbilical associada à estabilização do útero (manobra de Brandt-Andrews) é um dos componentes fundamentais do manejo ativo. A mão suprapúbica exerce uma pressão no sentido cranial (para cima) enquanto o cordão é tracionado suavemente para baixo. Isso previne a inversão uterina e facilita a descida da placenta que já iniciou o descolamento. No caso da questão, 10 minutos ainda é um tempo normal, e essa manobra é a conduta indicada.

Alternativa c) Incorreta. A curagem (remoção manual da placenta) é um procedimento invasivo e doloroso, indicado apenas em casos de placenta retida (geralmente definida após 30 minutos no manejo ativo ou 60 minutos no manejo expectante) ou em vigência de hemorragia imediata que não cessa. Com apenas 10 minutos e paciente estável, a conduta é prematura e desnecessária.

Alternativa d) Incorreta. A administração de uterotônico "adicional" e massagem uterina vigorosa são condutas típicas do protocolo de tratamento da hipotonia/atonia uterina (hemorragia pós-parto). Como a paciente está estável e sem sangramento, deve-se realizar apenas o manejo ativo padrão, e não medidas de tratamento de hemorragia estabelecida.

Conclusão: Diante de um terceiro estágio em curso, o manejo ativo com tração controlada do cordão e contrapressão suprapúbica é a melhor prática para garantir uma dequitação segura e prevenir complicações hemorrágicas.

Questão 45

Essa questão aborda o manejo da tuberculose (TB) em grupos de alta vulnerabilidade, especificamente na População Privada de Liberdade (PPL). O ponto central para a resolução é o conceito de "sintomático respiratório" e as recomendações do Ministério da Saúde para o rastreio em ambientes confinados.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A tuberculose é uma doença de manejo majoritariamente ambulatorial, dentro da Atenção Primária à Saúde ou por meio das equipes de saúde prisional. A internação clínica é reservada apenas para casos com critérios de gravidade, intolerância medicamentosa grave ou complicações que exijam suporte hospitalar. O diagnóstico e o tratamento devem ocorrer onde o paciente se encontra, garantindo a continuidade do cuidado sem sobrecarregar o sistema hospitalar desnecessariamente.

b) Correta. Pacientes em regime prisional compõem um grupo de altíssimo risco devido ao confinamento e às condições de superlotação, que facilitam a transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*. Para essa população, o Ministério da Saúde recomenda uma busca ativa constante. Diferentemente da população geral (onde se considera sintomático respiratório quem tem tosse por 3 semanas ou mais), para a PPL qualquer tempo de tosse deve ser valorizado e investigado. A conduta correta é solicitar a investigação laboratorial (preferencialmente o Teste Rápido Molecular para Tuberculose — TRM-TB) e a radiografia de tórax, que é um método sensível para triagem, assegurando o início do tratamento e a adesão.

c) Incorreta. O termo "internação social" não se aplica ao tratamento da tuberculose por 6 meses. O que se preconiza é o Tratamento Diretamente Observado (TDO), em que um profissional de saúde ou pessoa treinada acompanha a ingestão diária dos medicamentos. No caso da PPL, o TDO deve ser realizado pela equipe de saúde da própria unidade prisional, não sendo necessária ou indicada a internação para esse fim.

d) Incorreta. O critério de aguardar 3 semanas de tosse para iniciar a investigação aplica-se apenas à população geral com baixo risco de contágio. Em populações vulneráveis (PPL, pessoas em situação de rua, indígenas e portadores de HIV), a investigação deve ser imediata ou a partir de qualquer tempo de tosse (ou 2 semanas, dependendo do protocolo local específico, mas nunca aguardando 3 semanas). Esperar mais tempo em um ambiente carcerário aumenta drasticamente o risco de um surto local.

Questão 46

O quadro clínico apresenta um homem jovem com dor lombar de padrão inflamatório. As características fundamentais da dor inflamatória estão descritas no enunciado: início insidioso, duração superior a 3 meses (6 meses no caso), melhora com o exercício físico, ausência de melhora com o repouso e rigidez matinal significativa (superior a 30 minutos). O envolvimento das articulações sacroilíacas é um marcador típico das espondiloartrites.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A artrite reativa é uma espondiloartrite que geralmente se manifesta como uma oligoartrite assimétrica, acometendo preferencialmente grandes articulações dos membros inferiores. Costuma ser precedida por um quadro de infecção gastrointestinal ou urogenital (como diarreia ou uretrite) semanas antes do início dos sintomas articulares, o que não é mencionado na história do paciente.

b) Incorreta. A artrite psoriática pode apresentar um padrão axial semelhante à espondilite anquilosante e também está associada ao HLA-B27. No entanto, para esse diagnóstico, seria esperada a presença de lesões cutâneas de psoríase (placas eritemato-descamativas), alterações nas unhas ou história de dactilite (dedo em salsicha), elementos ausentes no caso clínico.

c) Correta. A espondilite anquilosante é a principal hipótese diagnóstica. O perfil epidemiológico (homem jovem), a natureza inflamatória da dor lombar crônica e a sacroileíte clínica são altamente sugestivos. A imagem da tabela laboratorial confirma a presença do antígeno leucocitário humano B27 (HLA-B27 positivo), que possui uma forte associação epidemiológica com esta doença (presente em cerca de 90% dos casos). A negatividade do Fator Reumatoide e do Anti-CCP, também mostrada na imagem, ajuda a excluir a artrite reumatoide.

d) Incorreta. O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) tipicamente apresenta um quadro de poliartrite simétrica periférica, além de manifestações sistêmicas como fotossensibilidade, eritema malar e alterações hematológicas. Embora a tabela mostre um Anticorpo Antinuclear (ANA/FAN) positivo, o título é baixo (1:80), o que pode ocorrer em pessoas saudáveis ou de forma inespecífica. Além disso, o anticorpo anti-DNA dupla hélice, que é marcador específico para LES, consta como negativo nos exames laboratoriais apresentados.

Em resumo, a combinação de dor axial inflamatória crônica em paciente jovem com a presença do HLA-B27, conforme evidenciado no painel laboratorial da imagem, direciona o diagnóstico para Espondilite Anquilosante.

Questão 47

Para resolver essa questão, devemos analisar o Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde para o período de 2024-2025, focando na faixa etária da adolescência e nas atualizações recentes.

Análise da paciente: 12 anos, sexo feminino. Histórico de vacinação completo até os 8 anos, tendo recebido apenas uma dose de febre amarela aos 9 meses de idade.

Alternativa A: Incorreta. Não existe recomendação de reforço de rotina para a vacina contra hepatite B em adolescentes que já completaram o esquema primário na infância. A vacina dT (difteria e tétano) deve ter o reforço atualizado a cada 10 anos; como a criança completou o calendário até os 8 anos, ela provavelmente recebeu o reforço da DTP aos 4 anos; logo, a próxima dose de dT seria necessária apenas por volta dos 14 anos.

Alternativa B: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o reforço contra hepatite B não é indicado. Além disso, a vacina SCR (sarampo, caxumba e rubéola) já deve ter sido completada na infância com duas doses (uma aos 12 meses e outra aos 15 meses de idade), não sendo rotina aos 12 anos se o esquema estiver completo.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa contempla as atualizações e necessidades atuais da paciente:

1. HPV: Em 2024, o Ministério da Saúde passou a adotar a dose única para a vacina contra o HPV, voltada para meninos e meninas de 9 a 14 anos. Portanto, a paciente deve recebê-la.
2. Meningocócica ACWY: Esta vacina é indicada em dose única ou reforço para adolescentes de 11 a 14 anos de idade.
3. Febre Amarela: De acordo com a norma atual, crianças que receberam a primeira dose da vacina antes de completarem 5 anos de idade devem receber uma dose de reforço em qualquer momento da vida, independentemente da idade. Como a paciente tomou apenas a dose aos 9 meses, ela precisa do reforço agora.

Alternativa D: Incorreta. Embora a meningocócica ACWY e a febre amarela estejam indicadas, a vacina SCR não faz parte das vacinas de rotina para um adolescente de 12 anos que já possui o esquema de infância completo (duas doses feitas antes dos 8 anos).

Resumo: Aos 12 anos, a paciente deve atualizar a proteção contra o HPV (dose única), receber a proteção contra quatro sorotipos de meningite (ACWY) e completar o esquema de febre amarela com o reforço que ficou pendente após a dose inicial aos 9 meses.

Questão 48

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clínico sugestivo de Síndrome de Derrame Pleural. Os sinais de murmúrio vesicular diminuído e, principalmente, a percussão maciça na base do tórax são achados clássicos que indicam a presença de líquido no espaço pleural. Além disso, os sintomas constitucionais (febre vespertina, emagrecimento, tosse por mais de 3 semanas e dor torácica) em um paciente jovem, no contexto epidemiológico brasileiro, tornam a Tuberculose Pleural a principal hipótese diagnóstica.

Diante de um derrame pleural de etiologia a esclarecer, o objetivo imediato é confirmar a presença do líquido e realizar a análise desse material para determinar sua natureza (exsudato ou transudato) e buscar o agente etiológico.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A Ressonância Magnética (RM) não é o exame inicial de escolha para avaliação de derrame pleural, pois possui custo elevado e não traz benefícios adicionais significativos em relação a métodos mais simples nesta fase. A programação cirúrgica é precoce, uma vez que o diagnóstico ainda não foi estabelecido.

b) Incorreta. Embora a Tomografia de Tórax seja útil para avaliar o parênquima pulmonar e a pleura com detalhes, ela não é o procedimento de escolha para a conduta imediata. A lobectomia segmentar é uma ressecção cirúrgica de parte do pulmão, indicada para patologias como neoplasias ou malformações, e não para o manejo inicial de um derrame pleural.

c) Incorreta. A Tomografia de Tórax pode ser solicitada em etapas posteriores, mas a conduta de "drenagem de tórax" (inserção de dreno tubular) é reservada para situações específicas, como empiema pleural (pus), hemotórax ou derrames volumosos com instabilidade. No caso de uma investigação diagnóstica inicial, o procedimento correto é a punção de alívio e diagnóstico.

d) Correta. A Ultrassonografia (USG) de tórax é uma ferramenta excelente e cada vez mais utilizada à beira do leito para confirmar o derrame pleural, estimar o volume e identificar a presença de septações. A conduta adequada é a Toracocentese, que consiste na punção do espaço pleural para coleta de líquido. A análise desse líquido (bioquímica, citometria, citologia oncológica, dosagem de ADA e culturas) é fundamental para confirmar a suspeita de tuberculose ou investigar outras causas.

Questão 49

A análise desta questão exige o conhecimento dos Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Anticoncepcionais (OMS/FEBRASGO) e das características clínicas de cada método. A paciente apresenta dois desafios: um risco de segurança (história de trombose venosa e lúpus) e uma demanda terapêutica (controle de sangramento intenso e cólicas).

Alternativa a) Incorreta. O DIU de cobre é um método não hormonal, sendo classificado como Categoria 1 (sem restrição) para pacientes com histórico de trombose. No entanto, seu principal efeito colateral é o aumento do volume do fluxo menstrual e a exacerbação de cólicas (dismenorreia). Como a paciente já apresenta ciclos de 8 a 10 dias com sangramento intenso e dor forte, o DIU de cobre agravaria os seus sintomas, sendo uma escolha clinicamente inadequada para este perfil.

Alternativa b) Correta. O DIU de levonorgestrel (SIU-LNG) é a melhor opção porque atende a ambas as necessidades da paciente. Primeiro, em termos de segurança, métodos contendo apenas progestagênios são permitidos para mulheres com histórico de trombose venosa (Categoria 2), enquanto o estrogênio é proibido. Segundo, o levonorgestrel promove a atrofia do endométrio, sendo o tratamento padrão-ouro para o controle do sangramento uterino anormal e redução da dismenorreia, o que resolveria as queixas clínicas da paciente.

Alternativa c) Incorreta. O anticoncepcional injetável mensal é um método combinado, o que significa que contém estrogênio em sua formulação. O uso de estrogênio é formalmente contraindicado (Categoria 4 - risco inaceitável) para mulheres com antecedente de trombose venosa ou portadoras de lúpus eritematoso sistêmico com anticorpos antifosfolípidos (pelo risco aumentado de novos eventos vasculares).

Alternativa d) Incorreta. A pílula anticoncepcional combinada, mesmo se utilizada de forma contínua, contém estrogênio. Assim como no caso do injetável mensal, a presença do estrogênio representa uma contraindicação absoluta (Categoria 4) devido ao histórico de trombose venosa da paciente. O fato de ser contínua ajudaria nos sintomas menstruais, mas o risco de um novo evento tromboembólico fatal contraindica o método.

Questão 50

O caso apresenta um paciente com diabetes mellitus tipo 2 que, apesar do uso de terapia dupla (metformina em dose plena e gliclazida em dose baixa) há mais de seis meses, mantém um controle glicêmico inadequado, evidenciado por uma hemoglobina glicada (HbA1c) de 9,5%. O objetivo terapêutico na maioria dos adultos é uma HbA1c abaixo de 7%.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não se recomenda a suspensão dos medicamentos orais, especialmente a metformina, ao iniciar a insulinoterapia basal. A metformina ajuda a reduzir a resistência insulínica, auxilia no controle do peso e permite o uso de doses menores de insulina. Além disso, iniciar diretamente com duas doses de NPH (esquema basal) e doses fixas relativamente altas (30 unidades totais) sem antes tentar a estratégia de insulina basal (*bedtime*) é uma conduta mais agressiva do que o necessário para este momento inicial de falha da terapia oral.

b) Incorreta. Embora a dose de gliclazida pudesse ser aumentada, um valor de HbA1c de 9,5% sob terapia dupla dificilmente será controlado apenas com o ajuste de doses de antidiabéticos orais. Adiar a insulinização e solicitar novos exames em um mês configura inércia clínica, uma vez que o paciente já está fora da meta terapêutica há tempo suficiente para uma intervenção mais eficaz.

c) Correta. Esta é a conduta preconizada pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da ADA (*American Diabetes Association*) para falha da terapia oral dupla. A estratégia consiste em manter os sensibilizadores de insulina (metformina) e adicionar uma dose de insulina basal (NPH) ao deitar (*bedtime*). A dose inicial de 10 unidades (ou 0,1 a 0,2 UI/kg) é segura para evitar hipoglicemias. O ajuste fino (titulação) deve ser feito pelo próprio paciente ou equipe, aumentando duas unidades a cada dois ou três dias com base na glicemia de jejum, até atingir o alvo (geralmente entre 80 e 130 mg/dL).

d) Incorreta. A troca de uma sulfonilureia por outra (gliclazida por glibenclamida) não promove uma redução significativa na HbA1c que justifique a mudança, especialmente quando o paciente já apresenta níveis tão elevados. Além disso, a gliclazida (especialmente na formulação MR) é preferível à glibenclamida por apresentar menor risco de hipoglicemia. Assim como na alternativa B, esta conduta atrasa a introdução necessária da insulina.

Resumo do caso: Paciente com HbA1c maior que 9% em uso de terapia oral dupla deve progredir para terapia combinada com insulina basal. A manutenção da metformina é fundamental para o sucesso do tratamento, e a titulação gradual da

NPH garante o alcance da meta com segurança.

Questão 51

O quadro clínico apresenta um paciente com Retocolite Ulcerativa (RCU) e um padrão laboratorial de colestase (elevação importante de fosfatase alcalina e gama-GT). Em provas de residência, a associação entre RCU e colestase deve levar imediatamente à suspeita de Colangite Esclerosante Primária (CEP). Cerca de 70% a 80% dos pacientes com CEP possuem Doença Inflamatória Intestinal associada, sendo a RCU a principal delas.

Alternativa A: Incorreta. A tomografia de abdome não é o exame de escolha para avaliar a árvore biliar com os detalhes necessários para o diagnóstico de CEP. Além disso, a presença de uma lesão tumoral (como o colangiocarcinoma) é uma complicação possível da CEP a longo prazo, mas não é o achado esperado para o diagnóstico inicial da doença biliar associada à RCU neste contexto.

Alternativa B: Incorreta. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é um procedimento invasivo com riscos de complicações graves, como a pancreatite. Atualmente, seu uso é reservado para intervenções terapêuticas (como dilatação de estenoses dominantes ou biópsias suspeitas) e não mais como primeira linha para diagnóstico. Além disso, a litíase biliar (cálculos) não é a patologia tipicamente associada à RCU.

Alternativa C: Correta. A colangiorressonância (colangiopancreatografia por ressonância magnética) é o exame padrão-ouro não invasivo para o diagnóstico de CEP. O achado patognomônico descrito na alternativa é o aspecto de "contas de rosário" ou "colar de pérolas", caracterizado por múltiplas estenoses multifocais e curtas, intercaladas com segmentos de ductos normais ou levemente dilatados, acometendo tanto as vias biliares intra-hepáticas quanto as extra-hepáticas.

Alternativa D: Incorreta. A ultrassonografia é um exame inicial comum, mas possui baixa sensibilidade para detectar as alterações ductais típicas da CEP. O espessamento da parede da vesícula com nodulação sugeriria pólipos ou neoplasia da vesícula biliar. Embora pacientes com CEP tenham um risco aumentado para pólipos e câncer de vesícula, esse achado isolado não explica o quadro de colestase biliar difusa provocado pela destruição dos ductos biliares.

Questão 52

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer o cronograma de integração (desaparecimento) dos reflexos primitivos. Esses reflexos são respostas motoras involuntárias mediadas pelo tronco encefálico e pela medula espinal que, com a maturação do sistema nervoso central e a corticalização do movimento, devem desaparecer para dar lugar aos movimentos voluntários e ao desenvolvimento motor adequado.

A alternativa (a) está correta. O reflexo de preensão plantar é o reflexo primitivo que por mais tempo permanece presente no lactente. Ele consiste na flexão dos dedos do pé quando a região plantar (próxima à base dos dedos) é estimulada. Sua integração ocorre geralmente entre os 9 e 12 meses de vida, podendo se estender até os 15 meses em alguns casos, coincidindo justamente com o período em que a criança começa a sustentar o peso nas pernas e a iniciar a marcha independente. Como a paciente da questão tem 11 meses, este é o único reflexo da lista que ainda pode ser fisiologicamente encontrado.

A alternativa (b) está incorreta. O reflexo de Moro é um dos primeiros a desaparecer. Ele é caracterizado pela abdução e extensão dos membros superiores, seguidas de adução (gesto de abraço) e choro, após um estímulo de queda súbita ou ruído forte. Ele deve estar integrado (desaparecido) entre o 3º e o 6º meses de vida. Sua persistência aos 11 meses seria um sinal de alerta para atraso no desenvolvimento neurológico.

A alternativa (c) está incorreta. O reflexo de procura (também chamado de reflexo de busca ou de pontos cardeais) é essencial para a amamentação nos primeiros meses, fazendo com que o bebê vire a face em direção ao estímulo tátil na região perioral. Esse reflexo costuma desaparecer por volta do 3º ou 4º mês de idade.

A alternativa (d) está incorreta. O reflexo tônico cervical assimétrico (também conhecido como posição de esgrimista) ocorre quando a rotação da cabeça para um lado provoca a extensão do braço do mesmo lado e a flexão do braço oposto. Este reflexo integra-se normalmente entre o 4º e o 6º meses de vida. Se ele persistisse até os 11 meses, a criança teria extrema dificuldade para rolar, sentar ou levar objetos à linha média com as duas mãos.

Questão 53

O quadro clínico descrito é clássico de um hematoma epidural (ou extradural). O paciente apresenta o chamado intervalo lúcido: inicialmente estava consciente após o trauma, seguido de uma rápida deterioração neurológica (rebaixamento do nível de consciência e anisocoria). A anisocoria com pupila esquerda dilatada (midríase) indica uma herniação uncal ipsilateral ao hematoma, que comprime o III par craniano (nervo oculomotor) à esquerda.

Análise da imagem:

A tomografia computadorizada de crânio revela uma coleção hiperdensa (branca) com formato biconvexo ou lenticular na região temporoparietal esquerda. Este achado é característico do hematoma epidural, que ocorre no espaço entre a dura-máter e o osso, geralmente resultante da ruptura da artéria meníngea média após fratura óssea. Note que a massa exerce importante efeito expansivo, empurrando o parênquima cerebral.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O hematoma subdural agudo apresenta-se na tomografia com formato de lua crescente (côncavo-convexo) e costuma ultrapassar as suturas cranianas. Além disso, a conduta de aguardar melhora clínica diante de um paciente com sinais de herniação e rebaixamento do nível de consciência é contraindicada; trata-se de uma emergência neurológica que exige intervenção.

b) Incorreta. A contusão cerebral é uma lesão dentro do tecido cerebral (intraparenquimatosa) que geralmente apresenta aspecto de "sal e pimenta" (pontos de hemorragia e edema misturados), não correspondendo à imagem de coleção extra-axial biconvexa visualizada.

c) Correta. O diagnóstico de hematoma epidural é confirmado pela imagem biconvexa e pela história clínica de intervalo lúcido seguido de deterioração rápida. Diante de um hematoma volumoso com sinais de hipertensão intracraniana grave e herniação (anisocoria), a cirurgia de emergência para evacuação do sangue e descompressão é a conduta obrigatória para salvar a vida do paciente.

d) Incorreta. O hematoma intraparenquimatoso localiza-se no interior do cérebro. A hidantalização (uso de fenitoína) serve apenas para profilaxia de crises convulsivas e não trata a causa base do rebaixamento de consciência. Aguardar melhora clínica em um paciente com este volume de sangramento e sinais de compressão do tronco encefálico levaria ao óbito.

Questão 54

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O ponto central desta questão é o reconhecimento dos Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o uso de métodos contraceptivos. A paciente em questão apresenta uma contraindicação absoluta (Categoria 4 da OMS) ao uso de contraceptivos combinados (que contêm estrogênio e progesterona): a enxaqueca com aura.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Ter uma avó materna com câncer de mama representa um antecedente familiar de segundo grau. De acordo com os critérios da OMS, o histórico familiar de câncer de mama, mesmo em parentes de primeiro grau, não contraindica o uso de métodos hormonais combinados (é classificado como Categoria 1). O uso seria contraindicado apenas se a própria paciente tivesse o diagnóstico atual ou progresso da doença.

Alternativa b) Incorreta. O fato de a irmã da paciente ter diabetes não impede o uso do contraceptivo. Para a paciente, o histórico familiar de diabetes é Categoria 1. Mesmo que a paciente fosse diabética, o uso de combinados só seria contraindicado (Categoria 3 ou 4) se ela apresentasse nefropatia, retinopatia, neuropatia ou doença vascular estabelecida.

Alternativa c) CORRETA. A presença de enxaqueca com aura em qualquer idade é uma contraindicação absoluta (Categoria 4) ao uso de estrogênios. Isso ocorre porque o estrogênio, presente nos contraceptivos combinados, aumenta significativamente o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico nessas pacientes. A aura já sinaliza um distúrbio na microcirculação cerebral que, somado aos efeitos pró-trombóticos e vasoconstritores do etinilestradiol, eleva o risco vascular a níveis inaceitáveis.

Alternativa d) Incorreta. Ter uma mãe hipertensa não é contraindicação para o uso do método (Categoria 1). A hipertensão arterial só seria um impedimento se a própria paciente fosse hipertensa com níveis pressóricos elevados (sistólica maior ou igual a 140 mmHg ou diastólica maior ou igual a 90 mmHg), o que configuraria Categoria 3 ou 4, dependendo da gravidade.

Resumo didático: Sempre que uma questão de prova citar "enxaqueca com aura" e "contraceptivo combinado", o risco associado que impede o uso é o de AVC isquêmico. Para essa paciente, as opções seguras seriam métodos de progesterona isolada (pílula, injetável trimestral, implante ou DIU de levonorgestrel) ou métodos

não hormonais (DIU de cobre).

Questão 55

Esta questão aborda dois temas centrais na prática de Medicina de Família e Comunidade: o Calendário Nacional de Vacinação do Idoso (definido pelo PNI — Programa Nacional de Imunizações) e a abordagem ética e comunicacional frente à hesitação vacinal.

Para resolver a questão, devemos identificar quais vacinas são oferecidas gratuitamente pelo SUS para esse perfil de paciente e qual a conduta mais adequada para mediar o conflito com a cuidadora.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve corretamente as vacinas do PNI para o idoso.

1. Influenza e Covid-19: Recomendação de doses anuais (ou conforme informes epidemiológicos vigentes).
2. Dupla Adulto (dT): Protege contra difteria e tétano, com reforço a cada 10 anos.
3. Hepatite B: Esquema de 3 doses para idosos que não possuem comprovação vacinal prévia.
4. Pneumocócica 23-valente (VPP23): No SUS, esta vacina é indicada especificamente para idosos acamados ou institucionalizados, com uma dose inicial e um reforço após 5 anos.

Quanto à abordagem, o agendamento de uma nova visita para dialogar com mais familiares é a conduta mais adequada. O papel do médico é realizar a educação em saúde, desmistificar medos (como o receio de efeitos colaterais por fragilidade) e buscar uma decisão compartilhada, fortalecendo o vínculo em vez de adotar posturas punitivas imediatas.

Alternativa B (Incorreta): A vacina contra herpes-zóster, embora recomendada por sociedades médicas (como a SBlm), não faz parte do calendário de rotina do PNI (sistema público), estando disponível apenas na rede privada ou em situações muito específicas. Além disso, a denúncia imediata ao Conselho Municipal do Idoso é uma medida extrema que deve ser reservada para casos de negligência grave após esgotadas as tentativas de diálogo e orientação.

Alternativa C (Incorreta): O erro técnico principal aqui é a menção à vacina pneumocócica 10-valente. Esta vacina é destinada ao calendário infantil (crianças até 5 anos). Para idosos nas condições descritas, a indicação correta é a 23-valente. Sobre a conduta, a solicitação de um "termo de responsabilidade" é uma prática de

medicina defensiva que não substitui a necessidade de educação em saúde e pode prejudicar a relação médico-família.

Alternativa D (Incorreta): Novamente, cita incorretamente a pneumocócica 10-valente e a vacina contra herpes-zóster (fora do PNI). Do ponto de vista ético, "respeitar a autonomia" da cuidadora de forma passiva, quando ela baseia sua decisão em conceitos errôneos (como achar que o idoso não corre risco por estar em casa ou que a fragilidade impede a vacina), configura omissão de cuidado. O idoso é um grupo vulnerável, e o médico deve atuar para garantir seu direito à prevenção.

Gabarito: Alternativa A.

Questão 56

Esta questão aborda o Manejo Integrado de Vetores (MIV), uma estratégia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde para o controle do *Aedes aegypti** e *Aedes albopictus**. O MIV busca a otimização de recursos e a sustentabilidade das ações por meio de um processo de tomada de decisão fundamentado em evidências.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O levantamento de índices larvários (como o LIRAA) e a avaliação de indicadores são partes fundamentais da vigilância. No entanto, a notificação de vetores infectados não é uma prática de rotina das equipes de vigilância do território no manejo do *Aedes**. Além disso, esta alternativa cita componentes isolados, não descrevendo o processo cíclico de gestão solicitado pelo enunciado.

b) Incorreta. Embora o treinamento, mutirões e tratamento de pontos estratégicos façam parte das ações de controle, o "uso intensivo de inseticidas" contraria os princípios do manejo integrado, que prioriza o controle mecânico e o uso racional/seletivo de substâncias químicas para evitar a resistência dos vetores. Esta alternativa foca em ações operacionais e não no processo de gestão.

c) Incorreta. Esta alternativa descreve ações de vigilância epidemiológica (notificação de casos) e virológica (identificação do vírus circulante), que são essenciais para entender a doença na população humana, mas o comando da questão foca especificamente nas ações voltadas para o controle do vetor (*Aedes** sp.).

d) Correta. Esta alternativa descreve com precisão as etapas do ciclo de gestão do Manejo Integrado de Vetores (MIV). Para que o controle seja eficiente, o processo deve ser cíclico e composto por: 1) Análise situacional (cruzamento de dados

epidemiológicos e entomológicos para identificar áreas de risco); 2) Planejamento/Desenho das operações (definição de quais estratégias serão usadas em cada local); 3) Implementação (execução das ações); 4) Monitoramento e Avaliação (verificação se as ações reduziram os índices de infestação e de doentes, realimentando o ciclo).

Portanto, a alternativa (d) é a que melhor define o processo cíclico de planejamento e execução exigido para o manejo integrado de vetores no território.

Questão 57

O uso do metilfenidato, um estimulante do sistema nervoso central, exige um acompanhamento clínico rigoroso, especialmente em crianças em fase de crescimento. A alternativa (d) está correta porque aborda os principais pontos de segurança e eficácia no manejo a longo prazo do TDAH.

Alternativa (d) CORRETA: O metilfenidato pode causar efeitos adversos como redução do apetite e retardo na velocidade de crescimento, o que torna obrigatório o monitoramento periódico do peso e da estatura por meio de curvas de crescimento. Além disso, por ser um simpatomimético, pode elevar a frequência cardíaca e a pressão arterial, exigindo monitoramento cardiovascular. A recomendação de reavaliar a necessidade da medicação periodicamente (geralmente a cada ano) serve para verificar se os sintomas ainda persistem com intensidade que justifique o tratamento farmacológico e para permitir períodos de "washout" ou férias terapêuticas, se indicados.

Alternativa (a) INCORRETA: Diferentemente do que afirma a alternativa, o uso de psicoestimulantes como o metilfenidato está associado à perda de peso (hiporexia) e não ao ganho de peso. Além disso, o medicamento não possui relação direta com o desenvolvimento de dislipidemia, não sendo este um parâmetro de monitoramento de rotina.

Alternativa (b) INCORRETA: O monitoramento da eficácia do tratamento é feito prioritariamente de forma clínica, por meio de escalas validadas (como o SNAP-IV), relatos de pais e professores e observação do comportamento. Testes psicodinâmicos não são ferramentas adequadas ou padrão-ouro para avaliar o desempenho escolar ou a efetividade da estimulação farmacológica no TDAH.

Alternativa (c) INCORRETA: Não há indicação clínica baseada em evidências para a coleta rotineira de hemograma ou dosagem de hormônios tireoidianos para pacientes em uso isolado de metilfenidato, pois a droga não possui toxicidade hematológica ou tireoidiana comum. O uso de antipsicóticos para combater efeitos colaterais de

estimulantes não é uma prática recomendada; se os efeitos colaterais forem graves, deve-se ajustar a dose ou trocar a medicação.

Questão 58

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma mulher de 45 anos com dor na região cervical anterior que irradia para a mandíbula e as orelhas, precedida por uma infecção viral respiratória há duas semanas. Ela apresenta sinais sistêmicos de inflamação (febre, aumento de VHS e PCR) e sintomas de tireotoxicose (palpitações, tremores e taquicardia desproporcional à febre). Ao exame físico, a tireoide é dolorosa e firme.

Essas características são patognomônicas da tireoidite subaguda de de Quervain (ou tireoidite granulomatosa). Nesta patologia, ocorre uma inflamação da glândula após um gatilho viral, levando à destruição dos folículos tireoidianos e à liberação inadvertida de hormônios pré-formados na circulação (fase de tireotoxicose por liberação, e não por hiperprodução).

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

Na tireoidite de de Quervain, as células foliculares estão inflamadas e lesionadas, perdendo a capacidade de captar iodo para a síntese hormonal. Portanto, o exame de captação de iodo radioativo (RAIU) mostrará valores muito baixos (geralmente menores que 5% em 24 horas), o que diferencia esta condição de outras causas de tireotoxicose, como a doença de Graves, onde a captação é elevada.

O tratamento é voltado para o controle dos sintomas e da inflamação. Como não há excesso de produção hormonal (as células estão "vazando" o que já tinham estocado), não se usam antitireoidianos de síntese. Utilizam-se anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) ou corticosteroides para a dor e inflamação, e beta-bloqueadores (como o propranolol ou atenolol) para controlar os sintomas adrenérgicos da tireotoxicose (tremores e taquicardia).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): A detecção de nódulo quente à cintilografia e a tireoidectomia subtotal referem-se ao bócio multinodular tóxico ou adenoma tóxico (doença de Plummer). Nessas doenças, a glândula não costuma ser dolorosa, não há relação com infecção viral prévia e o VHS geralmente é normal.

Alternativa (c): O TRAb é o anticorpo específico da doença de Graves. Na doença de

Graves, a tireoide é indolor, o VHS é normal e a captação de iodo radioativo estaria aumentada, e não reduzida. Além disso, o TSH estaria suprimido (baixo), e não aumentado.

Alternativa (d): Embora o uso de atenolol esteja correto para os sintomas, o metimazol (antitireoidiano) não tem eficácia na tireoidite subaguda, pois o problema não é a síntese aumentada de hormônio, mas sim a sua liberação por lesão tecidual. Além disso, em quadros de tireotoxicose, o TSH sérico deve estar suprimido (baixo), e não aumentado como sugere a alternativa. O oseltamivir é um antiviral para influenza e não é o tratamento indicado para a tireoidite em si.

Questão 59

A questão descreve um quadro clínico clássico de Esclerose Tuberosa, uma facomatose (doença neurocutânea) de herança autossômica dominante. O diagnóstico baseia-se na combinação de achados dermatológicos, neurológicos e radiológicos específicos.

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) apresenta como marcos principais as manchas café com leite, sardas axilares e inguinais (sinal de Crowe), nódulos de Lisch na íris e neurofibromas cutâneos. Embora possa causar convulsões, as manchas hipomelanóticas e o achado de astrocitoma de células gigantes subependimário não fazem parte do espectro clínico desta patologia.

b) CORRETA. O paciente apresenta a tríade diagnóstica da Esclerose Tuberosa evidente no enunciado:

1. Manifestações Neurológicas: Crises epilépticas caracterizadas como espasmos em flexão, típicos da Síndrome de West, que é frequentemente a primeira manifestação neurológica da doença em lactentes. O atraso no desenvolvimento (não sentar aos 9 meses) reforça o comprometimento neurológico.

2. Manifestações Cutâneas: As manchas hipomelanóticas (conhecidas como manchas em folha de freixo) são as lesões de pele mais precoces e comuns da doença.

3. Achado de Imagem: O Astrocitoma de Células Gigantes Subependimário (SEGA) é um tumor cerebral de crescimento lento, localizado próximo ao forame de Monro, e é considerado um critério maior e patognomônico para o diagnóstico de Esclerose Tuberosa.

c) INCORRETA. A Síndrome de Sturge-Weber é caracterizada pela mancha vinho do porto na face (geralmente no território do nervo trigêmeo), angiomatose leptomeníngea e glaucoma. O caso descrito não apresenta a característica mancha

vascular facial, nem os achados radiológicos típicos de calcificações corticais em "trilho de trem" da Sturge-Weber.

d) INCORRETA. A doença de von Hippel-Lindau manifesta-se principalmente por hemangioblastomas na retina e no sistema nervoso central (especialmente cerebelo e medula), além de carcinomas de células renais e feocromocitomas. Não há associação com manchas hipomelanóticas ou com o tipo de astrocitoma descrito no exame de imagem do lactente.

Questão 60

O quadro clínico apresentado pelo paciente, caracterizado por dor em fossa ilíaca esquerda, febre, leucocitose com desvio à esquerda e a presença de uma massa palpável (plastrão) em um paciente obeso, é altamente sugestivo de diverticulite aguda complicada.

Alternativa a: Incorreta. A radiografia de abdome em três posições (rotina de abdome agudo) é útil para identificar pneumoperitônio em casos de perfuração livre ou sinais de obstrução intestinal. No entanto, ela não possui sensibilidade ou especificidade para confirmar o diagnóstico de diverticulite, nem consegue caracterizar a extensão da inflamação ou a presença de abscessos.

Alternativa b: Incorreta. A colonoscopia é contraindicada na fase aguda da diverticulite. A insuflação de ar necessária para o exame aumenta significativamente o risco de perfuração de um cólon que já se encontra fragilizado pelo processo inflamatório. A colonoscopia deve ser realizada apenas de 6 a 8 semanas após a resolução dos sintomas para excluir a possibilidade de neoplasia colorretal.

Alternativa c: Correta. A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste intravenoso é o padrão-ouro e o exame de maior acurácia para o diagnóstico de diverticulite aguda. Ela apresenta sensibilidade e especificidade superiores a 90 por cento, permite o estadiamento da doença por meio da classificação de Hinchey, identifica complicações como abscessos e fístulas, e é fundamental para guiar a conduta terapêutica. No caso deste paciente, a TC é o melhor método para avaliar o plastrão palpável.

Alternativa d: Incorreta. Embora a ultrassonografia possa identificar sinais de diverticulite em mãos experientes, ela é um exame operador-dependente e possui limitações técnicas. A precisão do exame é prejudicada pela presença de gases intestinais e pela obesidade do paciente (IMC de 30,5 quilogramas por metro quadrado), o que torna a tomografia uma escolha muito mais confiável e precisa neste cenário.

Questão 61

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico apresentado é clássico de candidíase vulvovaginal. A paciente apresenta fatores de risco determinantes: diabetes mellitus (que favorece o crescimento fúngico devido ao ambiente glicêmico) e uso recente de antibióticos para abscesso dental (que reduz a flora de lactobacilos protetores, permitindo a proliferação de *Candida* sp.).

Os sinais e sintomas relatados confirmam a hipótese: prurido intenso, fissuras vulvares, edema, hiperemia e corrimento esbranquiçado (geralmente descrito como grumoso ou com aspecto de "nata de leite"). O teste das aminas (*whiff test*) negativo é fundamental para descartar a vaginose bacteriana, na qual o teste seria positivo devido à liberação de voláteis de odor fétido. A disúria terminal, neste caso, é classificada como disúria externa, causada pelo contato da urina com a mucosa vulvar inflamada.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O tratamento da candidíase vulvovaginal é realizado com antifúngicos. O miconazol é um derivado imidazólico de uso tópico (vaginal), considerado tratamento de primeira linha. O uso de um aplicador por 7 noites é um esquema terapêutico eficaz para a resolução do quadro e controle dos sintomas.

Alternativa B (Incorreta): A cefalexina é um antibiótico da classe das cefalosporinas de primeira geração. É indicada para infecções bacterianas de pele, tecidos moles ou trato urinário, não possuindo nenhuma atividade contra fungos como a *Candida*.

Alternativa C (Incorreta): A azitromicina é um antibiótico macrolídeo utilizado principalmente no tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a clamídia (cervicite e uretrite). Não tem indicação no manejo da candidíase.

Alternativa D (Incorreta): O metronidazol é o tratamento de escolha para vaginose bacteriana (*Gardnerella vaginalis*) e tricomoníase. Embora seja um medicamento de uso vaginal ou oral, ele não possui ação antifúngica. Na vaginose bacteriana, o teste das aminas seria obrigatoriamente positivo e não haveria sinais inflamatórios tão intensos (como fissuras e edema) quanto os descritos na questão.

Questão 62

O preenchimento da Declaração de Óbito (DO) é uma das atribuições do médico e deve seguir as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina. Para resolver essa questão, é necessário compreender quem é o responsável pela emissão do documento e a lógica de preenchimento das causas de morte.

1. Responsabilidade pela emissão:

Em casos de morte natural (causada por doenças), a responsabilidade de preencher a DO é do médico que prestava assistência ao paciente. No enunciado, a médica de família e comunidade acompanhava o paciente regularmente. Portanto, ela é a profissional indicada para atestar o óbito. O IML (Instituto Médico Legal) deve ser acionado apenas em casos de morte por causas externas (acidentes, homicídios, suicídios) ou mortes suspeitas. O SVO (Serviço de Verificação de Óbitos) é indicado para mortes naturais de causa desconhecida ou sem assistência médica.

2. Preenchimento da Parte I (Causas Diretas e Antecedentes):

A Parte I destina-se à causa terminal e à sucessão de eventos que levaram diretamente ao óbito. O preenchimento deve ser feito da causa mais recente (causa imediata) para a causa mais antiga (causa básica):

- Linha (a): Causa terminal ou imediata (o evento final que interrompeu a vida).
- Linhas (b) e (c): Causas intermediárias ou antecedentes que levaram à causa terminal.
- Última linha preenchida: Causa básica (a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos).

3. Preenchimento da Parte II (Causas Contribuintes):

Neste campo, devem ser anotadas outras doenças preexistentes e significativas que contribuíram para a morte, mas que não entraram na cadeia causal direta descrita na Parte I.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: O IML não preenche DO de morte natural. Além disso, a Hipertensão Arterial não foi a causa básica que iniciou o quadro respiratório agudo neste episódio.

Alternativa (b) CORRETA: A médica assistente deve emitir o documento. A Parte I descreve a sequência lógica e cronológica: a Síndrome Gripal (causa básica) evoluiu para uma Pneumonia (causa intermediária), que resultou em Insuficiência Respiratória Aguda (causa terminal). Na Parte II, estão corretamente listadas as comorbidades crônicas (AVE e Hipertensão) que, embora não tenham causado a

gripe, contribuíram para a fragilidade do paciente.

Alternativa (c) INCORRETA: O SAMU não é o responsável prioritário pelo preenchimento de DO de pacientes crônicos acompanhados por médico assistente em domicílio. Na Parte I, a ordem das causas está invertida (a Síndrome Gripal nunca deve aparecer na linha "a" se houver uma consequência posterior a ela).

Alternativa (d) INCORRETA: O SVO é desnecessário neste caso, pois a médica assistente conhece o histórico, e o quadro clínico atual permite estabelecer a causa da morte. A sequência da Parte I também carece de lógica clínica, pois tenta vincular a Hipertensão de 30 anos atrás como causa direta da insuficiência respiratória aguda causada por um vírus ou infecção atual.

Questão 63

Para resolver essa questão, é fundamental identificar a natureza da ação proposta pela equipe de saúde. Trata-se de uma intervenção ativa (projeto de avaliação nutricional e de atividade física) em um grupo específico, com o objetivo de observar o efeito dessa mudança na saúde dos pacientes.

Alternativa (a) Incorreta: O estudo de caso-controle aninhado é um desenho observacional realizado dentro de uma coorte já existente. Nele, identificam-se os casos (quem desenvolveu o desfecho) e selecionam-se os controles (quem não o desenvolveu) entre os membros daquela coorte para analisar exposições prévias. Não se aplica aqui, pois o objetivo é avaliar o efeito de uma intervenção nova, e não apenas observar associações passadas.

Alternativa (b) Correta: Um ensaio clínico é um estudo de intervenção em que o pesquisador manipula um fator (neste caso, as orientações nutricionais e os exercícios). Como o projeto será aplicado à coletividade acompanhada pela equipe, sem que haja uma divisão aleatória (sorteio) dos pacientes em grupos de intervenção e controle, o desenho é classificado como um ensaio clínico não randomizado (também chamado de estudo quase-experimental). É o modelo clássico para avaliar o impacto de políticas ou programas de saúde em comunidades reais.

Alternativa (c) Incorreta: O estudo de coorte retrospectivo é observacional. Ele analisa dados do passado para verificar como a exposição a determinados fatores influenciou o surgimento de doenças ao longo do tempo. Na questão, a equipe quer implementar algo novo para observar o que acontecerá no futuro, o que descaracteriza um estudo retrospectivo e puramente observacional.

Alternativa (d) Incorreta: O ensaio clínico randomizado exige que os participantes

sejam alocados nos grupos de intervenção ou controle de forma aleatória (por sorteio). Isso serve para garantir que ambos os grupos sejam comparáveis e para reduzir vieses. No cenário descrito, a intervenção é feita de forma coletiva na rotina da unidade de saúde para os pacientes cadastrados, sem menção a esse processo de randomização rigoroso, o que torna a alternativa (b) mais precisa para a prática de intervenção em saúde coletiva descrita.

Questão 64

A análise deste caso clínico revela um paciente com um quadro compatível com Episódio Depressivo Grave e, fundamentalmente, com Alto Risco de Suicídio. Para definir a conduta, o médico deve avaliar os fatores de risco e a rede de suporte do paciente. Neste caso, os sinais de alerta são claros: planejamento suicida (pesquisa sobre o método e posse dos medicamentos), desesperança acentuada (sentimento de falta de propósito), isolamento social, sintomas biológicos (insônia e perda de apetite) e, crucialmente, a ausência de rede de apoio familiar próxima, já que os familiares residem em outro estado.

ALTERNATIVA A: Incorreta. O acompanhamento exclusivo na Unidade Básica de Saúde (UBS) é indicado para transtornos mentais leves ou casos estáveis de moderada gravidade. Diante de um paciente com ideação suicida estruturada e plano de ação, a UBS não oferece o suporte e a vigilância necessários para garantir a segurança do indivíduo.

ALTERNATIVA B: Incorreta. A psicoterapia é um componente essencial do tratamento a longo prazo para a depressão, mas não é a conduta prioritária em uma crise aguda com risco de vida. Além disso, o paciente já demonstrou baixa adesão prévia ao abandonar a terapia após duas sessões. No momento da crise, a prioridade é a proteção e a estabilização, não o trabalho psicoterapêutico ambulatorial.

ALTERNATIVA C: Incorreta. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) atendem casos graves e persistentes, mas o encaminhamento para avaliação ambulatorial é insuficiente quando o risco de suicídio é iminente e não há suporte familiar para supervisão 24 horas. O paciente precisa de monitoramento constante, o que o regime ambulatorial não proporciona.

ALTERNATIVA D: Correta. A internação em enfermaria de saúde mental em hospital geral (ou serviço de urgência psiquiátrica equivalente) é a conduta indicada. Os critérios que justificam essa decisão são: 1) Alto risco de suicídio com planejamento estruturado; 2) Falta de rede de apoio sociofamiliar (paciente mora sozinho e família está longe), o que impede o tratamento domiciliar seguro; 3) Necessidade de observação rigorosa para prevenir a autolesão e iniciar a terapêutica farmacológica

de forma supervisionada. A internação visa proteger a vida do paciente até que o risco agudo seja mitigado e uma rede de cuidado possa ser estabelecida.

Questão 65

A questão descreve uma paciente jovem com histórico pessoal de trombose venosa profunda (TVP) e uma história familiar fortemente positiva para eventos tromboembólicos (pai e irmã). Esse cenário é clássico para a investigação de trombofilias hereditárias, também chamadas de estados de hipercoagulabilidade primária.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) CORRETA: A presença do Fator V de Leiden é a causa mais comum de trombofilia hereditária em populações de origem europeia. Trata-se de uma mutação genética no gene do Fator V da coagulação, que torna essa proteína resistente à inativação pela proteína C ativada. Como o Fator V permanece ativo por mais tempo no sistema, há uma maior geração de trombina e, conseqüentemente, um estado pró-trombótico. É o achado laboratorial que melhor se correlaciona com a suspeita de doença hereditária no caso clínico.

Alternativa (b) INCORRETA: A proteína S é um anticoagulante natural do organismo, servindo como cofator para a proteína C. Para que houvesse um estado de hipercoagulabilidade (trombofilia), seria necessário que os níveis de proteína S estivessem reduzidos (deficiência de proteína S), e não aumentados. Níveis aumentados de proteína S não possuem significado clínico associado ao aumento do risco de trombose.

Alternativa (c) INCORRETA: A antitrombina III (ou simplesmente antitrombina) é um potente inibidor natural da coagulação, agindo sobre a trombina e o fator Xa. Assim como no caso da proteína S, o que causa predisposição à trombose é a sua deficiência (níveis reduzidos). Níveis aumentados de antitrombina III não estão associados a quadros de hipercoagulabilidade.

Alternativa (d) INCORRETA: O fator de von Willebrand (FVW) atua na adesão plaquetária e no transporte do Fator VIII. A redução dos níveis ou a deficiência qualitativa do FVW leva à doença de von Willebrand, que é um distúrbio hemorrágico (sangramentos), e não uma condição de hipercoagulabilidade. Níveis elevados de FVW podem ser observados em situações de estresse ou inflamação, mas a sua redução não explicaria o quadro de trombose da paciente.

Questão 66

O quadro clínico descrito — queda do estado geral, dor abdominal, desidratação, hálito cetônico, hiperglicemia (410 mg/dL), acidose metabólica (pH de 7,15 e bicarbonato de 13 mEq/L) e cetonúria — confirma o diagnóstico de Cetoacidose Diabética (CAD), uma emergência endócrina comum na pediatria.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Na cetoacidose diabética, ocorre uma depleção do potássio corporal total devido à diurese osmótica provocada pela glicose. No entanto, o potássio sérico (no sangue) pode estar normal ou até elevado no momento inicial, pois a acidose retira o potássio de dentro das células. Assim que o tratamento com insulina é iniciado, o potássio retorna rapidamente para o meio intracelular, o que pode causar uma queda súbita e perigosa (hipocalemia), levando a arritmias cardíacas. Por isso, após a fase inicial de expansão volêmica, a reposição de potássio deve ser iniciada precocemente, assim que a diurese for confirmada e antes do início da insulina ou simultaneamente a ele.

Alternativa (b) Incorreta: A glicemia não deve ser corrigida de forma imediata ou excessivamente rápida. Uma queda brusca da osmolaridade plasmática, causada pela redução rápida da glicose, está diretamente associada ao risco de edema cerebral, que é a principal causa de mortalidade por CAD em crianças. O objetivo é uma queda gradual de 50 a 100 mg/dL por hora.

Alternativa (c) Incorreta: A reposição de bicarbonato de sódio não é recomendada de rotina na CAD. Ela está associada a diversos riscos, como hipocalemia grave, acidose paradoxal do sistema nervoso central e aumento do risco de edema cerebral. O uso só é considerado em situações de acidose extrema (geralmente pH menor que 6,9) que comprometa a contratilidade miocárdica. O pH da paciente é 7,15, o que não justifica essa medida.

Alternativa (d) Incorreta: O manitol é uma medida terapêutica para o edema cerebral já instalado. Embora seja uma complicação temida, a paciente não apresenta sinais clínicos de hipertensão intracraniana no momento (como cefaleia intensa, bradicardia, alteração do ritmo respiratório ou rebaixamento súbito do nível de consciência) que autorizem o seu uso.

Conclusão: O manejo da CAD segue uma sequência lógica: estabilização hemodinâmica com fluidos, correção de distúrbios eletrolíticos (especialmente o potássio) e, por fim, a insulinoterapia para reverter a cetose. Portanto, a reposição de potássio é o passo crítico seguinte à fluidoterapia inicial.

Questão 67

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro de choque hipovolêmico classe III (frequência cardíaca de 120 bpm e hipotensão de 90/50 mmHg) decorrente de uma hemorragia externa arterial (pulsátil) no membro superior direito após ferimento por arma de fogo. No atendimento pré-hospitalar, a prioridade absoluta é o controle da hemorragia exsanguinante (o "X" do protocolo XABCDE).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A dissecação de tecidos e a tentativa de hemostasia com pinças no meio da rua (via pública) são contraindicadas. Esse procedimento exige ambiente cirúrgico estéril, iluminação adequada e materiais apropriados. Além disso, o uso de albumina não é recomendado na reposição volêmica inicial do trauma, sendo preferíveis os cristaloides ou hemoderivados.

Alternativa B: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a dissecação em via pública é um erro técnico grave. O uso de soro glicofisiológico também é inadequado para a ressuscitação volêmica no choque hemorrágico, pois o objetivo é a expansão intravascular e não o aporte de glicose.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve a conduta padrão atualizada para o controle de hemorragias em extremidades no ambiente pré-hospitalar. O primeiro passo é a compressão direta da ferida. Caso a compressão não seja suficiente para conter o sangramento maciço, deve-se aplicar o torniquete. O torniquete deve ser posicionado proximalmente ao ferimento, evitando articulações para garantir a oclusão arterial efetiva. Quanto à reposição volêmica, na ausência de hemoderivados, o soro fisiológico (cristaloide) é a solução indicada para manter a perfusão de órgãos vitais até a chegada ao hospital.

Alternativa D: Incorreta. Embora a parte sobre o controle da hemorragia (compressão e torniquete) esteja correta, a alternativa peca ao sugerir o uso de albumina. A albumina é um coloide caro e que não demonstrou superioridade em relação aos cristaloides na fase aguda do trauma, não fazendo parte dos protocolos de atendimento pré-hospitalar para choque hemorrágico.

Resumo do raciocínio:

No trauma de extremidade com sangramento vultoso, o controle deve ser escalonado: compressão direta e, se necessário, torniquete. A reposição volêmica inicial, quando necessária e na ausência de sangue, deve ser feita com cristaloides isotônicos (Soro Fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato).

Questão 68

O laudo citopatológico de ASC-H (atipias celulares escamosas de significado indeterminado, em que não se pode afastar lesão de alto grau) indica que, embora as alterações celulares não sejam conclusivas para uma lesão de alto grau, existe um risco elevado de haver uma neoplasia intraepitelial cervical (NIC 2 ou 3) subjacente. Por esse motivo, o manejo é mais rigoroso do que em casos de atipias menos graves.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A conização é um procedimento cirúrgico excisional que serve tanto para diagnóstico quanto para tratamento. Ela está indicada em situações específicas, como discrepância entre a citologia e a biópsia, suspeita de invasão ou quando o diagnóstico histopatológico já confirmou uma lesão de alto grau em que não se visualiza o limite da lesão. Não é a primeira conduta após uma citologia.

b) Correta. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA/Ministério da Saúde), qualquer paciente que receba um laudo de ASC-H na citologia deve ser encaminhada imediatamente para colposcopia, independentemente da idade. A colposcopia permitirá a avaliação detalhada do colo uterino e a realização de biópsia dirigida caso sejam encontradas áreas suspeitas.

c) Incorreta. A cirurgia de alta frequência (CAF) é uma modalidade de tratamento e não deve ser realizada de forma primária apenas com base no resultado de ASC-H. É necessário, primeiro, realizar a colposcopia para localizar a lesão e, se possível, obter uma confirmação por biópsia, a menos que se utilize o protocolo de "ver e tratar", que geralmente exige citologia de alto grau (HSIL) e achados colposcópicos concordantes.

d) Incorreta. A repetição da citologia em 6 meses é a conduta preconizada para casos de ASC-US (atipias de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas) em mulheres com 30 anos ou mais. Para o ASC-H, o risco de uma lesão grave é alto demais para permitir a conduta de observação e repetição do exame citológico.

Questão 69

A questão aborda os critérios diagnósticos para o Transtorno por Uso de Substância de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). O DSM-5 unificou as categorias de abuso e dependência em um único espectro, estabelecendo 11 critérios para o diagnóstico.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A intolerância cruzada ou a tolerância entre diferentes substâncias não é um critério diagnóstico primário do DSM-5. Embora a tolerância (necessidade de doses progressivamente maiores para atingir o efeito desejado) seja um dos critérios, a investigação de "intolerância cruzada" entre a substância de uso e outras não faz parte da definição do padrão de dependência/uso problemático proposta pelo manual.

Alternativa B (Incorreta): A aceitação e a adesão à proposta de abstinência são elementos fundamentais para o sucesso do tratamento e do acompanhamento clínico, mas não servem para definir o diagnóstico ou o padrão de uso da substância. O diagnóstico foca no comportamento do paciente em relação ao uso antes da intervenção.

Alternativa C (Correta): Este é um dos 11 critérios oficiais do DSM-5 para o Transtorno por Uso de Substância. O critério estabelece que o indivíduo gasta uma quantidade significativa de tempo em atividades necessárias para obter a substância, para usá-la ou para se recuperar de seus efeitos. No caso clínico apresentado, o paciente já demonstra perda de controle e prejuízo funcional (faltas ao trabalho), e a investigação do tempo dedicado ao ciclo de uso reforça o diagnóstico de um transtorno moderado a grave.

Alternativa D (Incorreta): O diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância independe da classificação legal da droga (se é lícita, como o álcool e o tabaco, ou ilícita, como a cocaína). Os critérios diagnósticos são comportamentais, fisiológicos e cognitivos, aplicados de forma semelhante para as diversas classes de substâncias, sem que a distinção entre lícita ou ilícita altere a definição do padrão de dependência.

Em resumo, para fechar o diagnóstico conforme o DSM-5, o médico deve verificar a presença de pelo menos dois dos 11 critérios em um período de 12 meses, sendo o gasto excessivo de tempo um dos pontos fundamentais na avaliação da gravidade e do impacto na vida do paciente.

Questão 70

O cenário descrito aponta claramente para um surto de escabiose (sarna), condição comum em ambientes de confinamento e superlotação como o sistema prisional. Com 75 pessoas em um espaço projetado para 35, o contato interpessoal é íntimo e constante, facilitando a transmissão do ácaro *Sarcoptes scabiei*.

Alternativa A: Incorreta. Em um contexto de superlotação extrema, o isolamento dos sintomáticos é muitas vezes impossível do ponto de vista estrutural. Além disso,

tratar apenas os casos individuais não interrompe a cadeia de transmissão, pois os indivíduos assintomáticos podem estar no período de incubação e continuarão transmitindo o parasita após o tratamento dos sintomáticos.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa descreve as diretrizes de saúde pública para o controle de surtos em comunidades fechadas. O bloqueio coletivo com tratamento simultâneo (geralmente com ivermectina oral e/ou permetrina tópica) é a medida mais eficaz para eliminar o reservatório do ácaro de uma vez só, evitando que as pessoas se reinfestem mutuamente. A notificação à vigilância e a articulação com a administração para medidas estruturais e educativas são fundamentais para o manejo epidemiológico e preventivo a longo prazo.

Alternativa C: Incorreta. Restringir a medicação apenas aos casos confirmados e priorizar o tratamento individualizado é um erro técnico em situações de surto em massa. O manejo de escabiose em instituições exige o tratamento de todos os contatos diretos, independentemente da presença de sintomas, para evitar a recidiva do surto.

Alternativa D: Incorreta. A transferência de casos graves não resolve o foco da infestação na unidade e pode até disseminar a doença para outras alas ou unidades. Medidas educativas como folhetos são complementares, mas totalmente insuficientes para conter um surto ativo em um ambiente com as condições de higiene e densidade populacional descritas.

Resumo do raciocínio: Em ambientes prisionais com superlotação, a abordagem deve ser populacional (saúde coletiva) e não apenas individual. O tratamento simultâneo de todos os residentes da cela ou ala é a intervenção padrão-ouro para o controle de escabiose nesses cenários.

Questão 71

O quadro clínico descrito apresenta os elementos clássicos de um Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), focando especificamente na psicopatologia do pensamento. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O delírio é uma alteração do conteúdo do pensamento caracterizada por uma crença falsa, inabalável e sem base na realidade, na qual o paciente não possui crítica (ele acredita piamente naquilo). No caso clínico, o paciente enfatiza que tem o entendimento de que não há fundamento nessas ideias e que não faz sentido sofrer com isso, o que demonstra que sua capacidade de julgamento e crítica está preservada, descartando o delírio.

Alternativa b) Correta. A obsessão é definida por pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados (egodistônicos). O paciente do caso apresenta exatamente essas características: pensamentos de temática violenta que invadem sua cabeça contra a sua vontade, gerando angústia e prejuízo funcional, além do reconhecimento de que tais pensamentos são irracionais.

Alternativa c) Incorreta. A hipertimia é uma alteração do afeto e do humor, caracterizada por uma exaltação ou aceleração das funções psíquicas, comumente observada em episódios de mania ou hipomania no transtorno bipolar. Não se refere a pensamentos intrusivos ou conteúdo de violência, mas sim a um estado de euforia ou alegria patológica.

Alternativa d) Incorreta. Embora as compulsões frequentemente acompanhem as obsessões, elas se referem aos comportamentos repetitivos (rituais) ou atos mentais que o indivíduo se sente compelido a realizar para reduzir a ansiedade gerada pela obsessão ou para evitar que algo ruim aconteça. A questão descreve apenas os pensamentos invasivos (o fenômeno mental) e não a execução de rituais ou comportamentos de alívio; portanto, o termo correto para o que foi descrito é obsessão.

Questão 72

DIAGNÓSTICO: Supercrescimento Bacteriano no Intestino Delgado (SCBID).

O quadro clínico descreve um paciente com síndrome disabsortiva grave (perda de 10 kg em um mês e IMC de 15), caracterizada por diarreia, flatulência e desconforto abdominal. O ponto-chave para a resolução da questão é a normalidade dos exames macroscópicos (endoscopias) e microscópicos (histopatológico), o que afasta doenças estruturais ou inflamatórias importantes, como Doença de Crohn, Doença Celíaca ou Doença de Whipple. O teste respiratório com lactulose positivo é o padrão para o diagnóstico de Supercrescimento Bacteriano no Intestino Delgado (SCBID). Nessa condição, bactérias que deveriam estar no cólon colonizam o intestino delgado, fermentando carboidratos precocemente e causando má absorção e gases.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) CORRETA. O tratamento do SCBID baseia-se na erradicação do excesso de bactérias por meio do uso de antibióticos. A rifaximina é o antibiótico de escolha por ser não absorvível, atuando diretamente no lúmen intestinal com poucos efeitos colaterais sistêmicos. A neomicina é frequentemente associada ou utilizada como alternativa, especialmente em casos nos quais há suspeita de produção de metano,

sendo uma conduta terapêutica clássica e eficaz para a remissão do quadro.

Alternativa b) INCORRETA. A loperamida é um agente que lentifica a motilidade intestinal. No SCBID, a estase intestinal é um dos principais fatores de risco, pois permite que as bactérias se proliferem. Portanto, reduzir ainda mais a motilidade poderia agravar a proliferação bacteriana. A escopolamina trata apenas o sintoma de cólica, sem atuar na etiologia da doença.

Alternativa c) INCORRETA. A dieta sem glúten seria o tratamento para a Doença Celíaca, porém o enunciado afirma que o estudo histopatológico (biópsia) do intestino delgado foi normal, o que exclui esse diagnóstico. Embora a restrição de lactose possa ajudar nos sintomas de flatulência, ela não resolveria a causa-base nem a desnutrição grave provocada pelo supercrescimento bacteriano.

Alternativa d) INCORRETA. Os inibidores da bomba de prótons (IBPs), como o omeprazol, diminuem a acidez gástrica. O ácido gástrico é uma barreira natural contra a entrada de bactérias no intestino. O uso crônico de IBP é, na verdade, um dos fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento do SCBID. Já os probióticos têm papel incerto e secundário, não sendo a terapia de primeira linha para um paciente com perda ponderal tão acentuada.

Questão 73

O caso clínico descreve uma crise febril simples em uma criança de 2 anos. Os critérios para essa classificação são: idade entre 6 meses e 5 anos, crise do tipo tônico-clônica generalizada, duração curta (menor de 15 minutos), ocorrência única em um período de 24 horas e ausência de infecção do sistema nervoso central ou insultos metabólicos. No caso em questão, a criança teve uma crise de 2 minutos, generalizada, sem recorrência e com exame neurológico normal, confirmando o diagnóstico de crise febril simples.

Alternativa a) Incorreta. O eletroencefalograma (EEG) não é indicado na avaliação de uma crise febril simples. Ele não tem valor preditivo para a recorrência de novas crises febris nem para o desenvolvimento futuro de epilepsia, além de poder apresentar alterações inespecíficas que geram ansiedade desnecessária aos pais.

Alternativa b) Incorreta. O uso de medicações profiláticas, como barbitúricos (fenobarbital) ou benzodiazepínicos, não é recomendado para crises febris simples. O prognóstico é excelente e os efeitos colaterais dessas medicações (como sonolência, irritabilidade e alterações cognitivas) superam largamente os possíveis benefícios.

Alternativa c) Correta. A conduta na crise febril simples é baseada na orientação e

tranquilização da família. Deve-se explicar a natureza benigna do evento, informar que a crise não causa lesão cerebral ou déficit intelectual e que o risco de desenvolver epilepsia no futuro é apenas discretamente superior ao da população geral. O seguimento deve ser mantido na puericultura de rotina.

Alternativa d) Incorreta. Exames laboratoriais e de imagem (como tomografia ou ressonância) não são necessários quando a história clínica é clara e o exame neurológico está normal. Exames de imagem só seriam solicitados em casos de crises focais, sinais de hipertensão intracraniana ou déficit neurológico persistente após a crise, o que não ocorreu neste paciente.

Questão 74

A tireoidectomia e a manipulação cirúrgica da glândula tireoide apresentam riscos anatômicos importantes devido à proximidade de estruturas nervosas vitais. O sintoma de rouquidão pós-operatória é um sinal clássico de lesão nervosa específica relacionada ao controle das pregas vocais.

Alternativa (a) Laríngeo recorrente: Esta é a alternativa correta. O nervo laríngeo recorrente, ramo do nervo vago, caminha no sulco traqueoesofágico, passando muito próximo aos lobos da tireoide e aos vasos tireoideos inferiores. Ele é responsável pela inervação motora de quase todos os músculos intrínsecos da laringe (com exceção do músculo cricotireoideo). A lesão unilateral desse nervo resulta na paralisia da prega vocal ipsilateral, o que clinicamente se manifesta como rouquidão persistente, exatamente como descrito no caso clínico.

Alternativa (b) Glossofaríngeo: Esta alternativa está incorreta. O nervo glossofaríngeo (IX par craniano) é responsável pela sensibilidade da faringe, pelo paladar no terço posterior da língua e pela inervação da glândula parótida. Ele está localizado em uma região anatômica muito superior ao sítio cirúrgico da tireoidectomia e sua lesão não provoca rouquidão.

Alternativa (c) Hipoglosso: Esta alternativa está incorreta. O nervo hipoglosso (XII par craniano) fornece a inervação motora para os músculos da língua. Uma eventual lesão desse nervo causaria desvio da língua para o lado lesionado e dificuldade na fala articulada (disartria) ou deglutição, mas não alteração na qualidade vocal (rouquidão) por paralisia de pregas vocais.

Alternativa (d) Vago: Esta alternativa está incorreta. Embora o nervo laríngeo recorrente seja um ramo do nervo vago (X par craniano), a lesão do tronco principal do vago no pescoço é muito menos comum em uma tireoidectomia convencional do que a lesão de seu ramo distal. Uma lesão alta do vago causaria não apenas a

rouquidão, mas também disfunção do palato mole e da faringe (disfagia). Como a cirurgia foi focada na glândula tireoide, o nervo laríngeo recorrente é a estrutura especificamente vulnerável no campo operatório.

Questão 75

Análise do caso clínico:

A paciente é uma mulher jovem com obesidade grau III (IMC de 41,5) e ciclos menstruais irregulares, o que sugere um quadro de anovulação crônica. Em pacientes obesas e anovuladoras, há uma produção excessiva de estrogênio (por conversão periférica no tecido adiposo) sem a contraposição da progesterona, o que aumenta significativamente o risco de hiperplasia e câncer de endométrio. Além disso, ela realizará cirurgia bariátrica em breve, o que exige um método contraceptivo de alta eficácia, pois a gestação é contraindicada durante a fase de perda ponderal rápida (primeiros 12 a 18 meses) devido aos riscos nutricionais ao feto.

Explicação das alternativas:

Alternativa A (Correta): O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (endoceptivo) é uma excelente escolha para esta paciente. Ele oferece contracepção de longa duração e alta eficácia (LARC), que não é afetada pela má absorção intestinal comum após certas técnicas de cirurgia bariátrica. Além disso, o levonorgestrel promove a atrofia endometrial, oferecendo a proteção necessária contra a hiperplasia endometrial decorrente da anovulação crônica e da obesidade.

Alternativa B (Incorreta): O risco aumentado de tromboembolismo venoso em pacientes obesas contraindica especificamente os métodos hormonais combinados (que contêm estrogênio). Os métodos contendo apenas progestagênio, como o endoceptivo de levonorgestrel, o implante subdérmico ou a injeção trimestral, podem ser utilizados com segurança, pois não apresentam o mesmo risco trombótico.

Alternativa C (Incorreta): Embora a anovulação reduza a fertilidade, ela não a extingue, e a paciente ainda corre risco de gravidez indesejada. O uso isolado do preservativo masculino apresenta taxas de falha na prática clínica (uso típico) muito elevadas para uma paciente que passará por cirurgia bariátrica e não deve engravidar no curto prazo. Além disso, o preservativo não trata a questão da proteção endometrial.

Alternativa D (Incorreta): O adesivo anticoncepcional é um método combinado (contém estrogênio e progestagênio), sendo contraindicado pelo risco de tromboembolismo em pacientes com IMC elevado. Além disso, a eficácia do adesivo é

reduzida em mulheres com peso superior a 90 kg, o que torna o método inseguro para esta paciente específica.

Questão 76

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão teve uma exposição sexual desprotegida com um parceiro sabidamente HIV-reagente (teste rápido positivo) e com histórico recente de úlcera genital (sugestivo de sífilis primária). O último contato ocorreu há 2 dias (48 horas), o que a coloca dentro da janela de oportunidade para a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, que deve ser iniciada em até 72 horas após o evento. Além disso, há necessidade de rastreio para outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) CORRETA.

Esta alternativa segue rigorosamente os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. O manejo inicial correto envolve:

1. Rastreio: Solicitação de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C para avaliar o status sorológico basal da paciente.
2. Tratamento de sífilis: Caso o teste para sífilis seja reagente, o tratamento de escolha para sífilis primária, secundária ou latente recente é a penicilina G benzatina.
3. PEP para HIV: Como o contato ocorreu há menos de 72 horas e o parceiro é HIV-positivo, a PEP está indicada. O esquema preferencial atual é a combinação de tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) em comprimido único, associado ao dolutegravir (DTG), totalizando 28 dias de uso.

Alternativa b) INCORRETA.

O foco desta alternativa está em uma possível infecção urinária (sumário de urina, nitrito e fosfomicina), o que não é a prioridade ou a queixa da paciente. Além disso, a azitromicina em dose única poderia tratar clamídia, mas ignora completamente a necessidade de profilaxia para HIV (PEP) e o rastreio de hepatites. Aguardar a vinda do namorado para "confirmar" o HIV atrasaria o início da PEP, que é uma urgência médica.

Alternativa c) INCORRETA.

Embora solicite exames para sífilis e HIV, o esquema terapêutico proposto está errado. A doxiciclina é uma alternativa à penicilina, mas não a primeira escolha no manejo inicial básico da sífilis em pacientes não alérgicos. Quanto ao HIV, a combinação TDF + FTC (entricitabina) por 3 meses descreve um esquema de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) em desuso ou regimes de tratamento prolongado

inadequados para PEP. A PEP deve durar exatamente 28 dias e o esquema preferencial no Brasil utiliza o dolutegravir.

Alternativa d) INCORRETA.

Esta alternativa sugere exames de rotina (colpocitologia/Papanicolau) e tratamento para uma possível vaginose bacteriana ou infecção urinária (ciprofloxacino e metronidazol), que não guardam relação com a urgência da exposição ao HIV e à sífilis relatada. Ignora completamente a necessidade de PEP e o risco de transmissão de vírus de hepatites e HIV após a relação sexual desprotegida com parceiro infectado.

RESUMO DIDÁTICO

Diante de exposição sexual de risco (parceiro HIV-positivo ou de status desconhecido) em até 72 horas:

1. Avaliar indicação de PEP (idealmente nas primeiras 2 horas, limite de 72 horas).
2. Esquema PEP: TDF/3TC (300/300 mg) + DTG (50 mg) por 28 dias.
3. Testar para: HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C.
4. Vacinar para hepatite B e HPV, se necessário.
5. Tratar ISTs diagnosticadas conforme os sintomas ou resultados de testes rápidos.

Questão 77

Análise do tema: Competência Cultural e Saúde de Populações Específicas

Esta questão aborda os desafios da assistência à saúde em contextos de grande diversidade cultural, como ocorre na Região Amazônica com populações ribeirinhas e indígenas. O ponto central é a aplicação dos princípios da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Alternativa a) Incorreta. A busca por uma comunicação puramente técnica e objetiva ignora as nuances culturais e os diferentes modos de expressão dessas populações. A padronização excessiva de rotinas clínicas pode criar barreiras de acesso, pois não considera a subjetividade e os códigos de conduta locais, como o silêncio ou o evitar do contato visual, que em muitas culturas são sinais de respeito e não de falta de colaboração.

Alternativa b) Correta. A abordagem adequada em saúde coletiva e interculturalidade pressupõe que a equipe de saúde reconheça e respeite a diversidade de saberes. Promover espaços formativos permite que os profissionais compreendam as especificidades culturais, como o papel das lideranças espirituais (pajés) e as formas de comunicação não verbais. O diálogo entre a medicina ocidental e as práticas

tradicionais é fundamental para a construção de vínculo, confiança e adesão aos cuidados de saúde.

Alternativa c) Incorreta. Embora a prática baseada em evidências e a autonomia profissional sejam importantes, elas não devem ser utilizadas de forma isolada para ignorar o contexto cultural do paciente. A imposição de condutas sem considerar o universo simbólico do indivíduo pode levar ao afastamento da comunidade e ao fracasso das ações de saúde. A autonomia do profissional deve caminhar junto com a autonomia e o protagonismo do paciente e de sua comunidade.

Alternativa d) Incorreta. Estabelecer rotinas uniformes fere o princípio da equidade do SUS. Populações ribeirinhas e diferentes etnias indígenas (como os Tikuna) possuem necessidades, línguas, crenças e organizações sociais distintas. O atendimento deve ser singular e adaptado à realidade de cada grupo, e não padronizado como se todos fizessem parte de um bloco cultural único.

Questão 78

Esta questão aborda o atendimento à população trans na Atenção Primária à Saúde, focando nos princípios de acolhimento, despatologização e integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

A alternativa (d) está correta porque está em plena consonância com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que na CID-11 retirou a transexualidade da categoria de transtornos mentais, reclassificando-a como uma condição relativa à saúde sexual. No contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS), a conduta do médico deve ser pautada no acolhimento, no reconhecimento da identidade de gênero autodeterminada pelo paciente e na manutenção do vínculo para o cuidado integral. Isso inclui orientações sobre o uso seguro do *binder* (para evitar complicações respiratórias ou dermatológicas) e a realização de exames preventivos pertinentes à biologia do paciente, independentemente da sua identidade de gênero.

A alternativa (a) está incorreta, pois a exigência de um diagnóstico psiquiátrico de disforia de gênero para iniciar o atendimento ou o acompanhamento na UBS é uma prática ultrapassada e estigmatizante. A identidade de gênero não deve ser tratada como uma patologia que necessita de "validação" psiquiátrica para que o direito à saúde seja garantido.

A alternativa (b) está incorreta porque, embora o médico de família e comunidade possa participar do processo de hormonioterapia, o início imediato de hormônios na primeira consulta, sem a realização de exames laboratoriais prévios, avaliação de riscos cardiovasculares ou discussão aprofundada sobre os efeitos desejados e

colaterais, é clinicamente inadequado. Além disso, o paciente mencionou que apenas cogita a terapia hormonal para o futuro, não sendo uma demanda imediata.

A alternativa (c) está incorreta porque o encaminhamento exclusivo para o serviço especializado fere o princípio da resolutividade e da coordenação do cuidado pela Atenção Primária. A UBS deve ser capaz de realizar o acompanhamento longitudinal do paciente trans. O serviço especializado (Ambulatório Trans) deve atuar de forma complementar, em um modelo de matriciamento, e não como o único local de atendimento para esses indivíduos. O médico generalista deve estar apto a manejar as demandas de saúde geral e o acolhimento inicial.

Questão 79

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro sugestivo de urosepse. Trata-se de uma mulher idosa e diabética (fatores de risco para infecção grave) com sinais de resposta inflamatória sistêmica: febre (38 graus Celsius), taquicardia (106 bpm) e taquipneia (25 irpm). O hemograma confirma o processo infeccioso agudo através da leucocitose com desvio à esquerda (12 por cento de bastonetes). Mesmo que a pressão arterial esteja preservada no momento, a presença de disfunções orgânicas ou sinais de alerta em pacientes com foco infeccioso exige ação imediata.

Alternativa (a) Incorreta: Apenas hidratação oral e antitérmicos são condutas insuficientes para uma paciente com sinais sistêmicos de infecção e comorbidades. O quadro demanda antibioticoterapia intravenosa e monitorização rigorosa, dada a alta probabilidade de progressão para choque séptico caso não seja tratada agressivamente.

Alternativa (b) Correta: De acordo com as diretrizes da Surviving Sepsis Campaign (Campanha de Sobrevivência à Sepse), a administração de antibióticos de amplo espectro deve ser realizada o mais precocemente possível, idealmente na primeira hora (Golden Hour) após a suspeita clínica de sepse. O atraso no início do tratamento antimicrobiano está associado ao aumento progressivo da mortalidade.

Alternativa (c) Incorreta: Embora pacientes diabéticos tenham maior risco de colonização por fungos, as bactérias Gram-negativas (especialmente a *Escherichia coli*) continuam sendo os agentes etiológicos mais comuns em infecções urinárias, mesmo em casos de repetição ou complicados. A terapia empírica inicial deve focar em bactérias, e não em fungos, a menos que haja forte evidência clínica ou laboratorial de candidíase sistêmica.

Alternativa (d) Incorreta: O conceito de uso racional de antimicrobianos exige o

desescalamento terapêutico. Assim que os resultados das culturas e do antibiograma forem liberados, o médico deve ajustar o esquema para um antibiótico de espectro mais estreito e específico para o agente isolado. Manter amplo espectro desnecessariamente contribui para a resistência bacteriana e aumenta o risco de toxicidade.

Questão 80

ANÁLISE CLÍNICA:

O quadro clínico apresentado é clássico de Hérnia Diafragmática Congênita (HDC). Os sinais que levam a esse diagnóstico são: recém-nascido com desconforto respiratório grave (apneia), abdome escavado (vazio, pois as vísceras migraram para o tórax), desvio do ictus cordis para a direita (o que indica que o conteúdo abdominal está empurrando o mediastino para o lado oposto) e a presença de ruídos hidroaéreos no hemitórax esquerdo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) CORRETA: Diante de uma suspeita de Hérnia Diafragmática Congênita na sala de parto, a regra de ouro é evitar a ventilação com balão e máscara (VPP). Isso ocorre porque a ventilação por máscara envia ar também para o esôfago e estômago; como essas estruturas estão dentro do tórax, elas se distendem e comprimem ainda mais os pulmões, piorando drasticamente a insuficiência respiratória. Assim, a intubação traqueal imediata é o procedimento correto para estabilizar a via aérea sem distender o trato gastrointestinal. A massagem cardíaca externa é indicada conforme o protocolo de reanimação neonatal, uma vez que o paciente apresenta bradicardia persistente (frequência cardíaca inferior a 60 bpm) mesmo após as manobras iniciais de ventilação.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora o cateterismo umbilical possa ser útil para a monitorização posterior e infusão de líquidos, ele não é a prioridade na reanimação imediata. A drenagem do hemitórax esquerdo é um erro grave neste contexto, pois o que se ouve no tórax são alças intestinais e não ar (pneumotórax). A inserção de um dreno de tórax causaria a perfuração do intestino.

Alternativa (c) INCORRETA: O óxido nítrico é um vasodilatador pulmonar usado para tratar a hipertensão pulmonar persistente, que frequentemente acompanha a HDC, e o surfactante pode ser indicado em casos de prematuridade ou inativação do surfactante nativo. No entanto, essas são terapias de suporte avançado realizadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e não procedimentos de primeira linha para um recém-nascido em apneia e bradicardia no primeiro minuto de vida em sala de parto.

Alternativa (d) INCORRETA: Como mencionado, o uso de balão autoinflável (VPP com máscara) é formalmente contraindicado na Hérnia Diafragmática Congênita. A pressão positiva exercida pela máscara infla o estômago e as alças intestinais que estão localizadas no tórax, aumentando a compressão sobre o pulmão hipoplásico e desviando ainda mais o mediastino, o que pode levar ao colapso cardiovascular imediato.

Questão 81

Diagnóstico: Fissura anal.

A fissura anal consiste em uma pequena laceração ou úlcera linear no revestimento do canal anal, geralmente localizada na linha média posterior. O quadro clínico apresentado é clássico: dor anal intensa (descrita como ardor ou sensação de "rasgar") que ocorre durante a passagem das fezes, podendo persistir por minutos ou horas após a evacuação. O sangramento costuma ser de pequena quantidade e de cor viva (rutilante), observado no papel higiênico ou na superfície das fezes. A história de constipação crônica e fezes endurecidas é o principal fator desencadeante, pois o trauma mecânico rompe a mucosa. A menção à Doença de Crohn é relevante, pois pacientes com essa condição têm maior predisposição a lesões perianais, incluindo fissuras que podem ser atípicas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O abscesso perianal manifesta-se com dor contínua, latejante e progressiva, que não ocorre apenas ao evacuar. Ao exame físico, apresenta obrigatoriamente sinais flogísticos como edema, calor, rubor e a presença de uma tumoração (massa) dolorosa e flutuante, o que foi expressamente negado na descrição do caso.

b) Incorreta. A fístula perianal é uma comunicação anormal entre o canal anal e a pele perianal, geralmente sequela de um abscesso prévio. Seu sintoma principal é a saída intermitente ou contínua de secreção purulenta, serosanguinolenta ou fecal por um orifício externo. Embora comum na Doença de Crohn, não costuma causar a dor aguda e dilacerante associada à evacuação de fezes duras descrita no enunciado.

c) Incorreta. O cisto pilonidal localiza-se na região sacrococcígea (no final da coluna vertebral, entre as nádegas) e não no ânus. Os sintomas envolvem dor, inchaço e drenagem de secreção naquela região específica, sem relação direta com o esforço evacuatório ou sangramento anal intracanal.

d) Correta. A tríade de dor ao evacuar, sangramento rutilante e constipação, na ausência de massas palpáveis, define o diagnóstico clínico mais provável de fissura anal. O tratamento inicial costuma ser conservador, com foco na correção da constipação, banhos de assento e uso de pomadas para reduzir a hipertonia do esfíncter anal.

Questão 82

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta dois grandes fatores de risco para o parto prematuro: um antecedente de parto prematuro espontâneo (ocorrido com 28 semanas) e um achado atual de colo curto (1,5 cm ou 15 mm) identificado na ultrassonografia transvaginal realizada com 23 semanas. Na obstetrícia, considera-se colo curto quando a medida é inferior a 25 mm antes de 24 semanas de gestação.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA:

A administração de progesterona micronizada por via vaginal (200 mg ao dia) é a conduta de escolha para gestantes que apresentam colo curto na ultrassonografia, com o objetivo de reduzir o risco de parto prematuro espontâneo e a morbimortalidade neonatal. Como a paciente já possui um histórico de parto prematuro anterior, ela já teria indicação de progesterona desde o início do segundo trimestre, mas o achado atual de colo com 15 mm torna a intervenção ainda mais obrigatória. O tratamento é mantido até a 36ª ou 37ª semana de gestação.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

Alternativa a: A pesquisa de estreptococo do Grupo B (*Streptococcus agalactiae*) é um exame de rastreio universal realizado rotineiramente entre a 35ª e a 37ª semana de gestação (ou 36ª a 38ª, dependendo do protocolo). Solicitá-la na 28ª semana é precoce e não trata o risco iminente de parto prematuro causado pelo colo curto.

Alternativa b: O atosiban é um antagonista da ocitocina utilizado como tocolítico em situações de trabalho de parto prematuro já instalado (fase aguda), visando postergar o parto por 48 a 72 horas para a administração de corticoterapia para maturidade pulmonar. Não há indicação de internação prolongada para uso de tocolíticos venosos como terapia de manutenção profilática.

Alternativa c: A nifedipina é um bloqueador de canal de cálcio usado para a tocolise aguda (frenagem do trabalho de parto prematuro). Não existe evidência científica que sustente o uso de tocolíticos orais para manutenção ou prevenção do parto

prematureo em pacientes assintomáticas, mesmo com colo curto. A progesterona é a medicação indicada para esse fim, não a nifedipina.

Questão 83

A questão aborda o manejo de um resultado citopatológico de Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL) em uma paciente de 32 anos. Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA/Ministério da Saúde), a conduta diante desse achado é determinada primordialmente pela idade da paciente.

Análise da alternativa A: Esta alternativa está incorreta. A ultrassonografia transvaginal é um exame de imagem indicado para a avaliação da morfologia uterina (miométrio e endométrio) e dos anexos (ovários e tubas). Ela não possui indicação no rastreamento ou na investigação de lesões precursoras do câncer do colo do útero, as quais são avaliadas por meio da citologia oncótica e da colposcopia.

Análise da alternativa B: Esta alternativa está correta. De acordo com o protocolo vigente, mulheres com 25 anos ou mais que apresentam um resultado de LSIL devem repetir o exame citopatológico em 6 meses. O LSIL reflete a manifestação citológica da infecção pelo HPV, que, em grande parte das vezes, é transitória e regride espontaneamente. Se o resultado alterado (LSIL ou superior) persistir na reavaliação de 6 meses, a paciente deverá, então, ser encaminhada para a colposcopia.

Análise da alternativa C: Esta alternativa está incorreta. O encaminhamento imediato para a colposcopia está indicado em situações de maior gravidade, como na Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL) ou na presença de células atípicas em que não se pode excluir lesão de alto grau (ASC-H). Para o primeiro achado de LSIL em mulheres acima de 25 anos, a conduta inicial é a repetição da citologia antes de proceder a um exame invasivo.

Análise da alternativa D: Esta alternativa está incorreta. A repetição imediata da citologia oncótica é reservada para casos em que a amostra coletada foi considerada insatisfatória para análise (por exemplo, devido a sangramento excessivo, processo inflamatório intenso que prejudica a visualização das células ou dessecação do material). No caso de um resultado de LSIL, deve-se aguardar o intervalo de 6 meses para observar a evolução biológica da lesão.

Em resumo, como a paciente tem 32 anos e este é o seu primeiro exame com resultado de LSIL, a conduta correta é a repetição do exame em 6 meses. Vale lembrar que, se a paciente tivesse menos de 25 anos, a recomendação seria repetir o exame apenas em 3 anos. Portanto, a alternativa B é a resposta adequada.

Questão 84

Esta questão aborda a atuação da Atenção Primária à Saúde diante de suspeitas de violência e negligência em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). O cenário descrito apresenta múltiplos sinais de alerta: isolamento social, agressões físicas, uso inadequado de contenção mecânica e lesões por pressão (que sugerem negligência no cuidado).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Embora a denúncia ao Conselho Municipal do Idoso seja pertinente, a alternativa peca gravemente ao afirmar que contenção física e lesões por pressão não requerem intervenção clínica imediata. Ambas são condições que geram sofrimento, risco de infecções e perda de funcionalidade, exigindo avaliação médica e de enfermagem urgente. Além disso, a conduta deve ir além da formalização administrativa.

Alternativa (b) Incorreta. Oferecer apenas apoio clínico e "respeitar a autonomia da ILPI" diante de um quadro de agressões e maus-tratos é uma conduta omissiva. Quando há violação de direitos fundamentais e violência institucional, a autonomia da instituição é secundária ao dever do Estado (e dos profissionais de saúde) de proteger a integridade do idoso. É necessário acionar os órgãos de controle.

Alternativa (c) Correta. Esta é a conduta completa e preconizada pelo Estatuto do Idoso e pelas diretrizes de vigilância em saúde. A notificação de suspeita de violência é compulsória para profissionais de saúde. A articulação intersetorial (envolvendo Ministério Público, Vigilância Sanitária e Conselhos de Direitos) é essencial em casos de violência institucional. O plano de ação conjunta visa intervir tecnicamente na qualidade do cuidado prestado pela ILPI para cessar os danos.

Alternativa (d) Incorreta. Reuniões de educação permanente sobre cuidados paliativos são ferramentas de gestão interessantes, mas absolutamente insuficientes para interromper um ciclo de agressões físicas e negligência. Omissão perante instâncias legais ou sociais em casos de violência configura infração ética e legal por parte dos profissionais de saúde.

Gabarito: Letra (c).

Questão 85

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de intoxicação aguda por benzodiazepínicos (clonazepam). Os sinais principais são a depressão do nível de consciência (sonolência, lentificação, coma) e a depressão respiratória que exigiu suporte ventilatório. O foco da questão é identificar o antídoto específico para essa classe de fármacos.

Alternativa A - Incorreta. A N-acetilcisteína é o antídoto indicado para a intoxicação por paracetamol (acetaminofeno). Ela atua restaurando os níveis de glutatona hepática, prevenindo a necrose do fígado causada pelo metabólito tóxico NAPQI. Não possui ação sobre os receptores do sistema nervoso central afetados pelo clonazepam.

Alternativa B - Correta. O flumazenil é um antagonista competitivo de alta afinidade que atua nos receptores de benzodiazepínicos no sistema nervoso central. Ele é o medicamento de escolha para reverter a sedação profunda e a depressão respiratória induzidas por fármacos dessa classe, como o clonazepam. Na prática médica, seu uso deve ser cuidadoso em pacientes que fazem uso crônico de benzodiazepínicos, devido ao risco de desencadear síndrome de abstinência e crises convulsivas.

Alternativa C - Incorreta. A naloxona é o antídoto utilizado para reverter os efeitos de opioides (como morfina, fentanil e heroína). Embora a intoxicação por opioides também cause coma e depressão respiratória, ela é tipicamente acompanhada de miose (pupilas puntiformes), característica que não foi descrita no caso clínico apresentado.

Alternativa D - Incorreta. A atropina é um agente anticolinérgico. Sua principal indicação em toxicologia é no tratamento da síndrome colinérgica, comumente causada por inseticidas (organofosforados e carbamatos), que cursa com bradicardia, miose e excesso de secreções (sialorreia e broncorreia). Não tem utilidade na reversão de sedativos benzodiazepínicos.

Questão 86

ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta uma cefaleia de início recente em idade madura (55 anos), o que, por si só, já é considerado um sinal de alerta (red flag) na prática clínica. O quadro é acompanhado por sintomas sistêmicos (perda de peso, cansaço e artralgias), dor no couro cabeludo e queixas visuais graves (amaurose fugaz e diplopia). Esse conjunto de achados é altamente sugestivo de uma vasculite

sistêmica.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A - INCORRETA: A cefaleia tensional é uma condição primária e benigna. Embora possa ser bilateral, ela não justifica sintomas constitucionais como perda de peso, nem sinais neurológicos como amaurose ou dor no couro cabeludo. Além disso, a cefaleia tensional raramente se inicia aos 55 anos sem um histórico prévio de episódios semelhantes.

Alternativa B - INCORRETA: A hemorragia subaracnoidea é uma emergência neurológica de instalação súbita e aguda, tipicamente descrita como a pior dor de cabeça da vida (cefaleia em trovoada). O relato da paciente descreve uma evolução persistente e subaguda de dois meses, associada a artralrias e emagrecimento, o que é incompatível com um evento hemorrágico agudo.

Alternativa C - INCORRETA: A migrânea (enxaqueca) é uma cefaleia primária que tipicamente cursa com sintomas autonômicos como náuseas, fotofobia e fonofobia, sintomas que foram expressamente negados pela paciente. Além disso, o diagnóstico de migrânea é clínico, e a tomografia do encéfalo não é o exame de investigação para este caso, pois os sinais de alerta indicam uma patologia vascular inflamatória.

Alternativa D - CORRETA: O diagnóstico é Arterite Temporal (também chamada de Arterite de Células Gigantes). Esta é uma vasculite de vasos de médio e grande calibre que acomete indivíduos acima de 50 anos. Os sinais clínicos clássicos presentes no caso são: cefaleia persistente, hipersensibilidade do couro cabeludo (dor ao pentear o cabelo ou tocar a região temporal) e alterações visuais por isquemia (amaurose fugaz e diplopia), que representam um risco real de cegueira irreversível. A presença de artralgia e cansaço sugere a associação com Polimialgia Reumática, condição frequentemente ligada à Arterite Temporal. O exame preliminar de escolha é a Velocidade de Hemossedimentação (VHS), que costuma estar marcadamente elevada (frequentemente acima de 50 mm na primeira hora), sendo um marcador de triagem altamente sensível para esta patologia.

Questão 87

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de obesidade (definido pelo Z-escore entre +2 e +3) associado a sinais clínicos de resistência insulínica e adiposidade visceral (relação circunferência abdominal/estatura aumentada). A presença de acantose nigricans — caracterizada por manchas hiperocrômicas e de aspecto aveludado em

áreas de dobras, como pescoço, axilas e virilhas — é um marcador cutâneo clássico de hiperinsulinemia.

Diante desse cenário em um adolescente, a prioridade clínica, além da mudança do estilo de vida, é o rastreamento de comorbidades metabólicas associadas à obesidade.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

O perfil lipídico é fundamental para identificar dislipidemias, que frequentemente acompanham o excesso de peso e aumentam o risco cardiovascular. A ultrassonografia de abdome é o exame de escolha para o rastreamento inicial da Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA), também conhecida como esteatose hepática. A DHGNA é extremamente comum em adolescentes com obesidade central e resistência à insulina, sendo necessária sua investigação sistemática nesse grupo de risco.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A acantose nigricans é um diagnóstico clínico e visual. A biópsia das lesões é desnecessária e não traz benefícios para o manejo do paciente. Embora a hemoglobina glicada possa ser solicitada para triagem de diabetes, o erro da alternativa reside na indicação da biópsia.

Alternativa (c): O corticoide tópico não tem indicação no tratamento da acantose nigricans. Esta não é uma patologia inflamatória da pele, mas sim uma manifestação sistêmica do excesso de insulina circulante, que estimula a proliferação de queratinócitos e fibroblastos. A exposição solar também não é a causa das lesões.

Alternativa (d): As lesões descritas não são compatíveis com infecções fúngicas (como as micoses de dobra ou intertrigos). O uso de antifúngicos seria ineficaz. O teste de tolerância oral à glicose pode ser indicado em casos específicos de alto risco para diabetes, mas a conduta dermatológica proposta está errada.

RESUMO DIDÁTICO

A conduta em adolescentes obesos com acantose nigricans deve focar no rastreio da Síndrome Metabólica. Isso inclui a avaliação de:

1. Metabolismo glicídico (glicemia de jejum e/ou HbA1c).
2. Perfil lipídico (colesterol total e frações, triglicerídeos).
3. Função hepática e integridade do fígado (transaminases e ultrassonografia de abdome para avaliar esteatose).

4. Pressão arterial.

Questão 88

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente idoso (72 anos) com sintomas clássicos de síndrome coleostática obstrutiva (icterícia, colúria, acolia fecal e prurido) associada a sinais de alarme para neoplasia (perda ponderal significativa e dor epigástrica com irradiação para o dorso). Os fatores de risco são marcantes: tabagismo pesado, etilismo, obesidade e diabetes mellitus de longa data.

Diante dessa apresentação, a principal hipótese diagnóstica é o adenocarcinoma de pâncreas (especificamente na cabeça do pâncreas, dada a icterícia precoce). Em provas de residência, o binômio "Icterícia obstrutiva + Emagrecimento + Idoso" deve sempre direcionar o raciocínio para neoplasias periampulares.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora a ultrassonografia de abdome seja frequentemente o primeiro exame solicitado em casos de icterícia na prática clínica geral para diferenciar causas obstrutivas de não obstrutivas, a questão pede os exames iniciais com base na principal hipótese diagnóstica (neoplasia de pâncreas). Além disso, a dosagem de sorologias para hepatites visa investigar causas parenquimatosas, o que não condiz com o quadro de emagrecimento e dor dorsal sugestivos de massa sólida.

Alternativa b) Incorreta. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) é um procedimento invasivo e com riscos (como pancreatite pós-CPER). Atualmente, sua indicação principal é terapêutica (descompressão biliar com colocação de stent ou retirada de cálculos) e não puramente diagnóstica. Para o diagnóstico e estadiamento da neoplasia, exames de imagem não invasivos são preferenciais.

Alternativa c) Incorreta. A ressonância magnética (ou colangiopressonância) é um excelente exame para avaliar a via biliar, mas a tomografia computadorizada (TC) de abdome com protocolo para pâncreas ainda é o padrão-ouro inicial para o diagnóstico e avaliação de ressecabilidade. As dosagens de amilase e lipase são úteis na suspeita de pancreatite aguda, e o cálcio para avaliar causas metabólicas, o que não é o foco diante da suspeita de câncer.

Alternativa d) Correta. A tomografia de abdome com contraste (especialmente a TC multislice com protocolo pancreático) é o melhor exame inicial para confirmar a presença de massa pancreática, avaliar a relação do tumor com vasos importantes

(estadiamento) e detectar metástases. O CA 19.9 é o marcador tumoral de escolha para o adenocarcinoma de pâncreas; embora não seja usado isoladamente para diagnóstico (devido a falsos negativos em pacientes Lewis negativos), ele possui grande valor prognóstico e de seguimento após o tratamento.

GABARITO: ALTERNATIVA D.

Questão 89

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP). Os principais sinais indicativos relatados são o sangramento vaginal de início súbito, a hipertonia uterina (também chamada de útero lenhoso) e o sofrimento fetal agudo evidenciado pela bradicardia (90 batimentos por minuto). O uso de cocaína é um fator de risco clássico para o DPP devido ao seu potente efeito vasoconstritor, que provoca picos hipertensivos e instabilidade na perfusão placentária. A pressão arterial de 130 por 90 mmHg pode sugerir uma pré-eclâmpsia subjacente ou estar em níveis aparentemente normais apenas devido à perda sanguínea importante.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O diagnóstico é descolamento prematuro de placenta. Como o feto está vivo, mas apresenta sinais de sofrimento agudo (bradicardia), e o colo uterino está fechado (impérvio), o parto vaginal não é iminente. Portanto, a conduta de urgência é a cesárea. O útero de Couvelaire, ou apoplexia uteroplacentária, é uma complicação do DPP na qual ocorre infiltração de sangue no miométrio, podendo comprometer a contratilidade uterina após o parto.

Alternativa b) Incorreta. A rotura de vasa prévia causa sangramento de origem fetal, geralmente após a ruptura das membranas, e cursa com sofrimento fetal rápido, mas não apresenta hipertonia uterina. A amniotomia é contraindicada na suspeita de vasa prévia e não é o tratamento para sangramentos graves com sofrimento fetal.

Alternativa c) Incorreta. A hipertonia uterina e o sangramento intenso são sinais patológicos e não de um trabalho de parto normal. A inibição (tocólise) é absolutamente contraindicada em casos de suspeita de descolamento de placenta e em qualquer situação de instabilidade hemodinâmica ou sofrimento fetal.

Alternativa d) Incorreta. Embora a hipertensão possa estar presente, o evento agudo que explica a dor (hipertonia) e o sangramento é o DPP. A rotura uterina geralmente cursa com hipotonia (parada das contrações), subida da apresentação fetal e

palpação de partes fetais fora do útero, o que difere totalmente do quadro de útero rígido descrito.

Questão 90

Análise do caso clínico:

O paciente sofreu uma mordedura de gato em uma extremidade (dedos da mão esquerda). De acordo com as normas do Ministério da Saúde do Brasil, acidentes com cães e gatos são classificados como graves quando envolvem ferimentos na cabeça, face, pescoço, mãos, polpas digitais ou plantas dos pés, ou ainda em ferimentos profundos, múltiplos ou extensos. Como o animal fugiu e não pode ser observado, e a região tem confirmação de circulação do vírus da raiva em felinos, o protocolo exige profilaxia completa com vacina e soro (ou imunoglobulina).

Por que a alternativa (c) é a correta:

A primeira medida em qualquer acidente por mordedura é a limpeza local com água corrente e sabão, pois isso reduz a carga viral e o risco de infecções secundárias. Pela classificação de acidente grave com animal não passível de observação, a conduta indicada é o esquema de 4 doses de vacina antirrábica (administradas nos dias 0, 3, 7 e 14) associado obrigatoriamente à aplicação de Imunoglobulina Humana Antirrábica (IGHAR) ou soro antirrábico.

Por que as outras alternativas estão incorretas:

a) Incorreta. A sutura de feridas por mordedura de animais deve ser evitada. Se for estritamente necessária por razões estéticas ou funcionais, deve ser feita de forma frouxa e somente após a infiltração do soro/imunoglobulina. Quanto à antibioticoterapia, a penicilina benzatina não é a primeira escolha para mordeduras de gatos; o esquema preferencial é a amoxicilina com clavulanato para cobertura de *Pasteurella multocida* e outros germes da cavidade oral do animal.

b) Incorreta. Diante de um animal que fugiu (desaparecido) em uma área com circulação viral confirmada, a profilaxia deve ser iniciada imediatamente. Não se deve aguardar a busca ativa ou captura do animal, pois o vírus da raiva tem alta letalidade e o tratamento precoce é fundamental. Além disso, o reforço da vacina dT é importante, mas a prioridade imediata aqui descrita é a profilaxia antirrábica.

d) Incorreta. Reações adversas comuns e leves à vacina antirrábica não contraídicam as doses subsequentes. Apenas reações graves e comprovadamente associadas à vacina exigem avaliação para troca de fabricante ou esquema, mas nunca a interrupção da profilaxia em um caso de exposição real, dado o risco de morte. A higienização apenas com antisséptico é insuficiente comparada à lavagem

mecânica com água e sabão.

Questão 91

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento do Segmento ST (SCASSST). O diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra de ST (IAMssST) é confirmado pela dor torácica anginosa, alterações eletrocardiográficas dinâmicas (infradesnivelamento de ST e inversão de onda T) e, fundamentalmente, pela elevação de troponina (curva enzimática positiva).

Para definir a conduta (estratégia invasiva imediata, precoce ou retardada), utilizamos escores de risco e critérios clínicos:

1. Escore GRACE: 152 pontos (considerado alto risco quando > 140).
2. Escore TIMI: 5 pontos (considerado alto risco).
3. Alterações no ECG: Presença de infradesnivelamento de ST aumenta o risco isquêmico.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da European Society of Cardiology (ESC), pacientes com diagnóstico de IAMssST que apresentam critérios de alto risco (como o GRACE > 140 ou alteração dinâmica de ST) devem ser submetidos à estratégia invasiva precoce, ou seja, cineangiocoronariografia (cateterismo) em até 24 horas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A angiotomografia de artérias coronárias é indicada principalmente para pacientes de baixo risco, com probabilidade pré-teste intermediária e quando há dúvida diagnóstica. Neste caso, o diagnóstico de infarto já está firmado pela troponina e pelo ECG, sendo necessário o cateterismo para avaliar a anatomia e intervir (angioplastia).

Alternativa b) Correta. O paciente preenche critérios de alto risco pelo escore GRACE de 152 (acima de 140) e pela positividade da troponina. Nessas situações, a recomendação das diretrizes é a realização de cateterismo cardíaco nas primeiras 24 horas de internação.

Alternativa c) Incorreta. O cateterismo em até 3 dias (72 horas) é reservado para pacientes de risco intermediário, como aqueles com escore GRACE entre 109 e 140, diabéticos ou com insuficiência renal crônica, mas que não possuem os critérios de

alto risco imediato. Como o GRACE do paciente é 152, a indicação é de antecipar para as primeiras 24 horas.

Alternativa d) Incorreta. O ecocardiograma de estresse é um teste funcional para avaliação de isquemia. Em um paciente com infarto agudo em curso (troponina positiva), os testes de estresse são contraindicados na fase aguda pelo risco de complicações. O paciente necessita de estratificação invasiva (cateterismo) para avaliar a necessidade de revascularização.

Questão 92

Análise do caso clínico:

Trata-se de uma lactente de 1 ano e 10 meses com quadro de crise de asma/sibilância grave. Os sinais de alerta que indicam gravidade e necessidade de hospitalização são: sonolência (sinal de exaustão respiratória ou hipercapnia), uso de musculatura acessória, choro entrecortado e falta de resposta ao tratamento ambulatorial prévio (salbutamol e prednisolona).

Alternativa (a): Correta. O uso de corticoide sistêmico é mandatório no manejo da asma aguda moderada a grave para reduzir a inflamação das vias aéreas. Em pacientes com sinais de gravidade, risco de falha terapêutica por via oral ou alteração do nível de consciência (sonolência), a via intravenosa com metilprednisolona é a conduta de escolha inicial no ambiente hospitalar.

Alternativa (b): Incorreta. A ventilação não invasiva (VNI) é contraindicada em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou sonolência importante, pelo risco de aspiração e falha do método. Além disso, o uso de sedação em um paciente com desconforto respiratório grave sem via aérea definitiva é extremamente perigoso, pois pode levar à parada respiratória.

Alternativa (c): Incorreta. O salbutamol intravenoso em infusão contínua é uma terapia de resgate de terceira linha, reservada para casos de asma quase fatal ou refratários ao tratamento inicial intensivo (que inclui oxigênio, broncodilatadores inalatórios e corticoide sistêmico). Não é a conduta imediata junto à internação.

Alternativa (d): Incorreta. O sulfato de magnésio é uma opção terapêutica para crises graves que não respondem aos broncodilatadores e corticoides iniciais. Entretanto, sua administração padrão é feita em dose única (bolus lento de 20 a 30 minutos) e não em infusão intravenosa contínua como rotina inicial.

Questão 93

As queimaduras químicas oculares representam uma das poucas emergências verdadeiras na oftalmologia, nas quais o tempo decorrido entre o acidente e o início do tratamento é o principal determinante do prognóstico visual. O alvejante doméstico é geralmente uma substância alcalina. Substâncias alcalinas são particularmente perigosas porque promovem a necrose por liquefação, o que facilita a penetração profunda do produto nos tecidos oculares.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Prescrever apenas analgésicos e lubrificantes foca apenas no alívio de sintomas e ignora a necessidade crítica de interromper o dano tecidual causado pelo agente químico. Sem a lavagem adequada, a substância continua reagindo com o tecido ocular, agravando a lesão.

Alternativa b: Incorreta. A lavagem com água boricada não é o padrão recomendado e não oferece vantagens sobre o soro fisiológico ou água limpa. Além disso, o curativo oclusivo é contraindicado no manejo inicial de queimaduras por substâncias cáusticas, pois pode aprisionar resíduos do produto contra o globo ocular e dificultar a reepitelização.

Alternativa c: Correta. O primeiro passo no manejo de qualquer queimadura química ocular, seja no ambiente pré-hospitalar, seja na unidade de saúde, é a lavagem ocular copiosa e contínua com solução fisiológica (ou água corrente na falta desta). O objetivo é diluir a substância e normalizar o pH da superfície ocular. Como a paciente já apresenta sinais de gravidade, como opacidade da córnea (que sugere dano estromal ou isquemia) e queimadura palpebral, a avaliação imediata por um oftalmologista é indispensável para condutas avançadas e prevenção de sequelas graves.

Alternativa d: Incorreta. Embora corticoides tópicos possam ser usados no tratamento especializado para controlar a inflamação e evitar simbléfaro, eles não são a conduta prioritária na atenção básica. A prioridade absoluta é a descontaminação por meio da lavagem. Além disso, o termo "avaliação precoce" é vago, enquanto o quadro de opacidade corneana exige urgência imediata.

Questão 94

A paciente em questão apresenta um quadro clássico de sangramento uterino anormal na pós-menopausa. O ponto central para a elucidação do diagnóstico reside na combinação dos fatores de risco da paciente com os achados da ultrassonografia transvaginal.

Fatores de risco e espessura endometrial:

A paciente possui 72 anos, é obesa, nulípara e teve menopausa tardia (53 anos). Todos esses são fatores de risco clássicos para o excesso de estrogênio sem oposição da progesterona, o que predispõe ao desenvolvimento de hiperplasia endometrial e câncer de endométrio. Na ultrassonografia, o endométrio mede 8 milímetros. Em mulheres na pós-menopausa que não utilizam reposição hormonal, o limite de normalidade para a espessura endometrial é de 4 a 5 milímetros. Qualquer valor acima disso, especialmente na presença de sangramento, exige investigação para afastar malignidade ou lesões precursoras.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A hiperplasia endometrial é a principal hipótese diagnóstica devido ao espessamento endometrial (8 mm) em uma paciente com múltiplos fatores de risco para proliferação endometrial (obesidade e nuliparidade). O sangramento vaginal aos 72 anos é o sinal de alerta que obriga a investigação dessa camada uterina.

Alternativa b) Incorreta. Embora o exame especular tenha mostrado uma lesão polipoide exteriorizando-se pelo orifício externo do colo, a ectocérvice (parte externa do colo) foi descrita como sem alterações. O câncer do colo do útero habitualmente se apresenta como uma lesão vegetante, friável ou ulcerada na ectocérvice. Além disso, o achado ultrassonográfico de endométrio espessado direciona a suspeita para o corpo uterino.

Alternativa c) Incorreta. A ultrassonografia, de fato, identificou três nódulos compatíveis com leiomiomas, incluindo um submucoso de 1,5 cm. No entanto, os leiomiomas são tumores benignos dependentes de estrogênio que tendem a sofrer involução e calcificação após a menopausa. É muito pouco provável que um mioma comece a causar sintomas clínicos novos em uma paciente de 72 anos. O espessamento endometrial de 8 mm é um achado muito mais preocupante e relevante nesta faixa etária.

Alternativa d) Incorreta. A atrofia endometrial é a causa mais comum de sangramento na pós-menopausa, resultante da fragilidade capilar em um endométrio muito fino. Contudo, para que o diagnóstico seja atrofia, a ultrassonografia deveria

mostrar um endométrio obrigatoriamente fino, geralmente menor que 4 milímetros. O valor de 8 milímetros encontrado no exame da paciente exclui a hipótese de atrofia.

Questão 95

O quadro clínico e laboratorial da paciente aponta para um diagnóstico clássico de anemia ferropriva. A hemoglobina de 8,4 g/dL confirma a anemia, enquanto o VCM de 62 fL indica microcitose e o HCM de 24 pg indica hipocromia. O RDW elevado (22%) demonstra anisocitose (variação no tamanho das hemácias), achado típico da carência de ferro.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A classificação quanto ao tamanho das hemácias (normocítica, microcítica ou macrocítica) é dada pelo VCM (Volume Corpuscular Médio) e não pelo HCM. Com um VCM de 62 fL (referência 80 a 98 fL), a anemia é classificada como microcítica. O HCM (Hemoglobina Corpuscular Média) avalia a cor (hipocromia ou normocromia).

b) Correta. O tratamento da anemia ferropriva em crianças é realizado com a reposição de ferro elementar, em doses que variam de 3 a 6 mg/kg/dia. Portanto, 4 mg/kg/dia é uma conduta adequada. A resposta terapêutica inicial mais fidedigna é o aumento dos reticulócitos (reticulocitose), que ocorre precocemente, atingindo seu pico entre o 5º e o 10º dia após o início do tratamento (o intervalo de 4 a 7 dias citado na alternativa é aceito na literatura como o início dessa subida).

c) Incorreta. O ferro sérico não é um bom exame para o diagnóstico isolado de deficiência de ferro, pois possui baixa sensibilidade e especificidade, sofrendo grandes variações diárias e por estados inflamatórios. O exame padrão-ouro para avaliar a reserva de ferro é a ferritina. Embora o ferro sérico realmente apresente um ritmo circadiano (mais alto pela manhã), essa característica não o torna o exame de escolha para o diagnóstico inicial.

d) Incorreta. A trombocitose (plaquetas de 480.000/mm³) é um achado reativo extremamente comum na anemia ferropriva. A eosinofilia (10%) em uma criança atendida em UBS sugere a possibilidade de parasitoses intestinais (helminthíases), que são causas frequentes de perda crônica de sangue e ferro. Esses achados devem ser conduzidos pelo médico generalista ou pediatra na própria UBS, por meio do tratamento da anemia e da investigação de verminoses (exame parasitológico de fezes), não justificando o encaminhamento imediato ao hematologista.

Associação com a imagem:

Os dados da tabela corroboram a anemia ferropriva: hemoglobina e hematócrito reduzidos; VCM, HCM e CHCM baixos (microcitose e hipocromia); e RDW significativamente elevado (anisocitose). A presença de eosinofilia e discreta trombocitose complementam o raciocínio clínico de uma causa espoliativa (provável parasitose) levando à ferropenia.

Questão 96

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um homem com uma úlcera genital dolorosa, de base mole e bordas elevadas, acompanhada de linfonomegalia inguinal com sinais inflamatórios. Essas características são clássicas do Cancro Mole (também conhecido como cancroide), uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*. Embora o paciente apresente sintomas sistêmicos crônicos (emagrecimento e febre há 3 meses), que sugerem a necessidade de investigar coinfeções como HIV ou outras doenças crônicas, a questão solicita especificamente a conduta em relação à úlcera peniana.

ASSOCIAÇÃO COM A IMAGEM

A imagem mostra uma lesão ulcerada única, de tamanho considerável (cerca de 3 cm conforme o enunciado), localizada no corpo do pênis logo abaixo da glândula. A aparência da borda e a profundidade rasa da lesão, associadas à queixa de dor, reforçam a hipótese diagnóstica de Cancro Mole.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa descreve a investigação e o tratamento para o Linfogrânulo Venéreo (LGV), causado pela *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3). No LGV, a úlcera costuma ser pequena, indolor e transitória, muitas vezes passando despercebida pelo paciente. O sinal principal é o bubão inguinal doloroso que tende à fistulização por orifícios múltiplos. O tratamento padrão para LGV é a doxiciclina por 21 dias, e não apenas 7 dias.

Alternativa b) Incorreta. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e o uso de rifampicina, isoniazida e pirazinamida referem-se ao tratamento da Tuberculose. Embora o emagrecimento importante e a febre possam levantar suspeita de tuberculose sistêmica em um paciente possivelmente imunossuprimido, a apresentação da úlcera genital aguda e dolorosa não é característica da tuberculose cutânea/genital.

Alternativa c) Incorreta. Esta opção refere-se à Sífilis Primária (cancro duro). No entanto, o cancro sífilítico é classicamente indolor, possui base endurecida e fundo limpo. O paciente do caso apresenta uma úlcera dolorosa e de base mole, o que afasta o diagnóstico de sífilis como causa primária daquela lesão específica.

Alternativa d) Correta. O diagnóstico de Cancro Mole é eminentemente clínico, mas pode ser auxiliado pela microscopia do esfregaço do fundo da úlcera. O achado característico do *Haemophilus ducreyi* são cocobacilos Gram-negativos agrupados em correntes ou fileiras, assemelhando-se a um "cardume de peixes" ou "trilho de trem". O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde para o Cancro Mole é a Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos via oral em dose única (totalizando 1 grama).

GABARITO: Letra (d).

Questão 97

Para analisar esta questão, devemos observar os dados antropométricos e o histórico da paciente. A menina apresenta uma estatura atual de 1,07 metro, o que a coloca entre os escores Z -2 e -3. O dado fundamental é o seu alvo genético (estatura-alvo) de 1,50 metro, que corresponde exatamente ao escore Z -2. Isso indica que a criança está crescendo dentro ou muito próxima do seu potencial familiar.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Incorreta. A acondroplasia é a causa mais comum de nanismo desproporcional. Ela se caracteriza pelo encurtamento dos membros (rizomelia) em relação ao tronco. No caso descrito, a relação entre os segmentos superior e inferior é de 1,02, o que é considerado normal para a idade de 7 anos (referência de 1 a 1,3). Portanto, o crescimento é proporcional, o que afasta displasias ósseas como a acondroplasia.

b) Incorreta. A síndrome de Turner deve sempre ser considerada em meninas com baixa estatura, mas geralmente apresenta uma velocidade de crescimento nitidamente deficitária e pode vir acompanhada de estigmas físicos (como pescoço alado, tórax em escudo ou implantação baixa das orelhas), que estão ausentes nesta paciente. Além disso, a estatura da menina é compatível com o canal de crescimento da família.

c) Correta. A baixa estatura familiar é a hipótese diagnóstica principal quando a criança apresenta estatura abaixo do percentil 3 (escore Z -2), mas mantém uma velocidade de crescimento normal e sua altura é condizente com o alvo genético dos pais. Embora a idade óssea possa ser ocasionalmente um pouco atrasada, a

característica marcante é que a curva de crescimento da criança acompanha o padrão familiar desde cedo. O fato de a estatura da paciente (entre Z -2 e Z -3) estar muito próxima do seu alvo genético (Z -2) ratifica essa alternativa.

d) Incorreta. O atraso constitucional do crescimento e da puberdade (ACCP) caracteriza-se por um atraso mais significativo da idade óssea (geralmente superior a 2 anos de diferença em relação à idade cronológica) e por uma desaceleração do crescimento nos primeiros anos de vida, com posterior normalização da velocidade. No ACCP, a criança costuma estar temporariamente abaixo do seu alvo genético, "recuperando" a altura durante uma puberdade que também ocorre mais tarde do que a média. Nesta questão, o atraso da idade óssea é leve (apenas 10 meses) e a estatura já está alinhada ao potencial genético familiar.

Questão 98

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta icterícia, colúria (urina escura) e acolia (fezes claras), o que caracteriza classicamente uma síndrome colestática. O exame físico confirma a icterícia (3+/4+) e dor no hipocôndrio direito. A ultrassonografia revela cálculos na vesícula biliar (coletíase) e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, sugerindo que um cálculo pode ter migrado para o colédoco (coledocolitíase), causando a obstrução.

Análise dos exames laboratoriais (imagem):

Os resultados reforçam o diagnóstico de síndrome colestática devido à elevação importante da Bilirubina Direta (5,1 mg/dL), da Fosfatase Alcalina (760 U/L) e da Gama GT (900 U/L). Não há sinais de colangite aguda (infecção das vias biliares), pois a paciente está afebril (37,4 graus Celsius), hemodinamicamente estável e os exames laboratoriais mostram leucócitos totais (9.000/mL) e bastões (3%) dentro da normalidade, sem evidência de resposta inflamatória sistêmica.

Escolha do exame complementar:

Embora a ultrassonografia tenha mostrado a dilatação das vias biliares, ela não visualizou o cálculo no colédoco. Como a paciente não tem colangite, o próximo passo deve ser um exame de imagem não invasivo com alta sensibilidade para confirmar a coledocolitíase. A Ressonância Nuclear Magnética (Colangiorressonância) é o padrão-ouro para essa investigação diagnóstica, pois permite visualizar toda a árvore biliar com precisão.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o diagnóstico sindrômico de síndrome colestática

sem colangite esteja correto, a tomografia de abdome tem sensibilidade inferior à ressonância para identificar cálculos pequenos nas vias biliares, não sendo o exame de escolha para essa investigação.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico de colangite está incorreto porque a paciente não apresenta a Tríade de Charcot completa (falta febre com calafrios) e não possui leucocitose ou desvio à esquerda nos exames laboratoriais.

Alternativa c) Correta. A paciente apresenta síndrome colestática (icterícia obstrutiva) sem sinais clínicos ou laboratoriais de colangite (infecção). O exame mais indicado para prosseguir a investigação e confirmar o local e a causa da obstrução de forma não invasiva é a ressonância nuclear magnética de vias biliares (colangiressonância).

Alternativa d) Incorreta. Como mencionado, não há critérios para colangite. Além disso, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é um procedimento invasivo e com riscos (como pancreatite), devendo ser reservado para casos com diagnóstico confirmado ou quando há necessidade de intervenção terapêutica imediata, como na colangite grave.

Questão 99

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO), também conhecida como amniorrexe prematura, em uma gestante com 33 semanas (pré-termo). A paciente está clinicamente estável, sem sinais de infecção (corioamnionite), sem contrações uterinas e com vitalidade fetal preservada.

A conduta padrão na RPMO entre 24 e 34 semanas de gestação, na ausência de complicações, é o manejo conservador (expectante). O objetivo é prolongar a gestação para reduzir as complicações da prematuridade, especialmente a síndrome do desconforto respiratório neonatal. Para isso, são utilizados corticosteroides (para maturação pulmonar) e antibioticoterapia (para aumentar o período de latência e prevenir infecções).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: A internação hospitalar é obrigatória para gestantes com RPMO pré-termo. O monitoramento materno-fetal diário é essencial para a detecção precoce de sinais de infecção (como febre, taquicardia materna, sensibilidade uterina ou odor fétido no líquido amniótico) e de sofrimento fetal. O manejo expectante é

mantido, preferencialmente, até as 34 semanas, quando o risco da prematuridade se torna menor que o risco de infecção.

Alternativa (b) INCORRETA: A indução imediata do parto às 33 semanas só seria indicada se houvesse evidência de corioamnionite, descolamento prematuro de placenta ou sofrimento fetal agudo. Como a paciente e o feto estão estáveis, deve-se aguardar o ciclo do corticoide e tentar atingir as 34 semanas sob vigilância.

Alternativa (c) INCORRETA: A alta hospitalar e o repouso domiciliar não são recomendados na RPMO pré-termo. O risco de complicações graves e súbitas, como o prolapso de cordão umbilical e a evolução rápida para sepse materna/fetal, exige vigilância contínua que só é possível em ambiente hospitalar.

Alternativa (d) INCORRETA: Assim como na alternativa anterior, o manejo ambulatorial é contraindicado. Além disso, o monitoramento semanal seria insuficiente para detectar as complicações agudas relacionadas à ruptura de membranas.

GABARITO: Alternativa (a).

Questão 100

CONCEITO GERAL

O Ministério da Saúde define critérios específicos para diferenciar o acompanhamento da gestante de risco habitual (Atenção Primária) daquelas que necessitam de acompanhamento em centros de referência (Pré-natal de Alto Risco). O objetivo é garantir a segurança materno-fetal diante de condições que aumentam a morbimortalidade.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: A malária é uma doença infecciosa aguda que exige tratamento imediato e acompanhamento rigoroso, muitas vezes em regime hospitalar durante a fase aguda. No entanto, ela não é classificada como uma condição de acompanhamento crônico ou conjunto obrigatório no centro de alto risco apenas por ter ocorrido no terceiro trimestre. O foco é o tratamento da infecção e a vigilância de complicações agudas.

Alternativa (b) Incorreta: A anemia na gestação é definida por níveis de hemoglobina (Hb) abaixo de 11 g/dL. De acordo com os protocolos da Atenção Primária, anemias leves a moderadas (Hb entre 8 e 11 g/dL) devem ser tratadas na própria Unidade Básica de Saúde com doses terapêuticas de ferro oral e reavaliação em 30 a 60 dias.

O encaminhamento para o pré-natal de alto risco é indicado apenas em casos de anemia grave (Hb inferior a 8 g/dL) ou quando não há resposta ao tratamento inicial. (Nota: o enunciado utiliza “miligramas por decilitro”, o que é um erro de unidade, sendo o correto gramas por decilitro).

Alternativa (c) Correta: A gestação múltipla (gemelaridade) é, por definição, uma condição de alto risco obstétrico. Independentemente da corionicidade (seja ela dicoriônica ou monocoriônica), essas gestações apresentam um risco significativamente maior de complicações, como prematuridade, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal e descolamento prematuro de placenta. Por exigir vigilância clínica e ultrassonográfica mais frequente e especializada, o encaminhamento para o pré-natal de alto risco é mandatório.

Alternativa (d) Incorreta: O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) que apresenta bom controle glicêmico apenas com medidas não farmacológicas (dieta e exercícios físicos) pode ser acompanhado na Atenção Primária à Saúde, desde que o crescimento fetal e o volume de líquido amniótico estejam normais. O encaminhamento para o centro especializado torna-se necessário quando há falha no controle dietético, necessidade de introdução de insulina ou sinais de repercussão fetal (como macrossomia).

CONCLUSÃO

A alternativa (c) é a resposta correta, pois a gestação gemelar é listada em todos os protocolos nacionais como critério de encaminhamento para o serviço de pré-natal de alto risco, devido à sua complexidade intrínseca.
