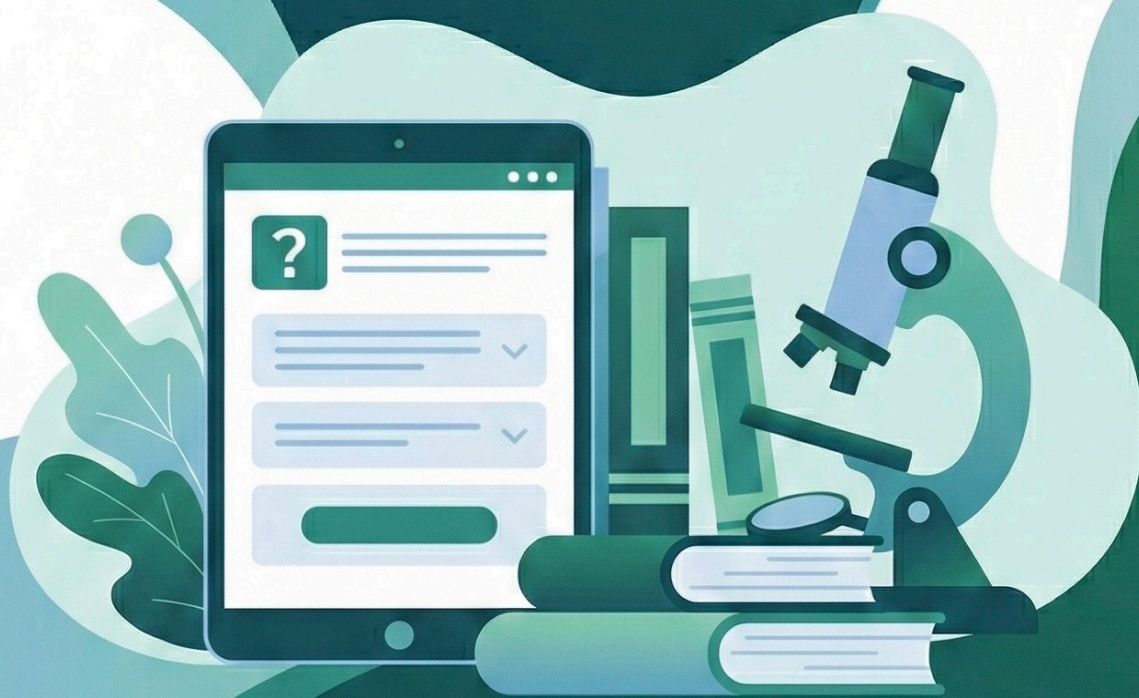




# UNIFESP

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



## Gabarito: UNIFESP

2026 | SP

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

A paciente em questão apresenta Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) classificada como GOLD II (obstrução moderada), estando clinicamente estável, sem exacerbações nos últimos seis meses e com exames básicos (raio X e ECG) normais. Para uma cirurgia eletiva de grande porte em membros inferiores, como a artroplastia de quadril, a estratégia principal é a manutenção da otimização clínica já estabelecida.

Alternativa a: Correta. Como a paciente está compensada e faz uso regular de medicação (tiotrópio), não há necessidade de adiar a cirurgia ou solicitar exames complexos. A preferência por técnicas de anestesia regional (como raqui-anestesia ou anestesia peridural) em pacientes com DPOC é fundamentada na redução do risco de complicações pulmonares pós-operatórias, evitando a manipulação da via aérea e os efeitos da ventilação mecânica, que podem causar aprisionamento de ar e barotrauma.

Alternativa b: Incorreta. Não há justificativa clínica para postergar a cirurgia, já que a paciente não apresenta sinais de descompensação. O uso de corticoide sistêmico profilático não é recomendado para pacientes estáveis no pré-operatório, pois aumenta o risco de infecções de sítio cirúrgico e distúrbios glicêmicos sem reduzir o risco respiratório em casos GOLD II. Uma nova espirometria também não mudaria a conduta, visto que a função pulmonar já é conhecida.

Alternativa c: Incorreta. Embora a anestesia geral possa ser realizada se necessário, ela não é a prioridade nem a escolha mais segura para este perfil de paciente. A intubação e a ventilação mecânica estão associadas a um maior risco de broncoespasmo e complicações respiratórias no pós-operatório imediato em pacientes com DPOC, em comparação com o bloqueio regional.

Alternativa d: Incorreta. A tomografia de alta resolução e a gasometria arterial são exames desnecessários para esta avaliação pré-operatória. A saturação de 93% em ar ambiente é aceitável para um paciente com DPOC e a radiografia de tórax normal afasta complicações agudas. A avaliação com pneumologista deve ser reservada para casos graves (GOLD III ou IV), pacientes muito sintomáticos ou com exacerbações frequentes, o que não é o caso.

---

## Questão 2

DIAGNÓSTICO: Persistência de conduto onfalomesentérico.

### COMENTÁRIO:

O quadro clínico descrito foca em uma malformação congênita da região umbilical. O ponto fundamental para a resolução da questão é a característica da secreção: achocolatada e aerada. Isso indica a saída de conteúdo entérico (fezes e gases) pelo umbigo, o que aponta para uma comunicação direta entre o intestino e o meio externo.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Persistência de úraco: Incorreta. O úraco é uma estrutura embriológica que conecta a bexiga ao umbigo. Se houver persistência total de sua luz (úraco patente), o recém-nascido apresentará saída de urina pelo umbigo, e não de secreção aerada ou fecaloide. A urina costuma ser clara e sem odor de fezes.

b) Onfalite: Incorreta. A onfalite é uma infecção bacteriana da região umbilical e tecidos circundantes. Manifesta-se com sinais flogísticos clássicos: edema, eritema periumbilical, calor local e saída de secreção purulenta (pus) com odor fétido. O paciente da questão não apresenta sinais inflamatórios agudos ou febre, mas sim uma drenagem crônica de material com características intestinais.

c) Persistência de conduto onfalomesentérico: Correta. Também conhecido como conduto vitelino, essa estrutura comunica o íleo terminal ao saco vitelino durante a vida embrionária e deve se obliterar entre a 5ª e a 9ª semana de gestação. Quando a obliteração falha e o conduto permanece totalmente patente, ocorre a drenagem de conteúdo ileal (gases e fezes) pelo umbigo. A secreção "achocolatada" é uma descrição para o conteúdo fecaloide de um lactente, e a característica "aerada" confirma a presença de gases intestinais. Além disso, o atraso na queda do coto umbilical ou a má cicatrização são achados frequentes nessas malformações.

d) Granuloma piogênico umbilical: Incorreta. O granuloma umbilical (que é a forma correta do termo, sendo o granuloma piogênico uma lesão vascular distinta, embora de aparência similar) é uma das causas mais comuns de umbigo úmido no lactente. Ele se caracteriza por uma pequena massa de tecido de granulação, avermelhada e friável, que surge após a queda do coto. A secreção típica é serossanguinolenta ou levemente amarelada, em pequena quantidade, nunca apresentando saída de gases ou fezes.

### Questão 3

O caso clínico apresenta um lactente de um ano com a tríade clássica da invaginação intestinal (ou intussuscepção): dor abdominal em cólica, vômitos e presença de sangue no toque retal (frequentemente descrito como fezes em geleia de morango). A invaginação ocorre quando um segmento intestinal desliza para dentro do segmento adjacente, causando obstrução e, se não tratada, isquemia.

Alternativa (a) Incorreta. O raio X contrastado (enema opaco ou baritado) já foi considerado o padrão-ouro no passado, pois permite tanto o diagnóstico quanto o tratamento por meio da redução hidrostática. No entanto, ele não é mais o exame inicial de escolha por ser invasivo e envolver radiação ionizante.

Alternativa (b) Incorreta. A tomografia de abdome é um exame altamente sensível, mas, em pediatria, deve ser evitada como primeira linha devido à alta dose de radiação. Ela é reservada para casos de dúvida diagnóstica persistente ou quando se suspeita de complicações mais graves que não foram esclarecidas por outros métodos.

Alternativa (c) Incorreta. A colonoscopia não tem indicação no manejo de urgência da invaginação intestinal. Trata-se de um procedimento invasivo, que exige preparo intestinal e sedação, sendo totalmente inadequado para o diagnóstico de uma obstrução intestinal aguda nesta faixa etária.

Alternativa (d) Correta. A ultrassonografia de abdome é atualmente o exame de escolha e padrão-ouro para o diagnóstico de invaginação intestinal. É um método não invasivo, que não utiliza radiação e apresenta sensibilidade e especificidade próximas a 100% quando realizada por radiologista experiente. Os achados clássicos que confirmam a patologia são o sinal do alvo (ou sinal da rosquinha) no corte transversal e o sinal do pseudorrim no corte longitudinal, que representam as camadas das alças intestinais invaginadas. Além do diagnóstico, a ultrassonografia também ajuda a identificar possíveis fatores anatômicos desencadeantes (como divertículo de Meckel ou pólipos).

---

### Questão 4

#### DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de carcinoma basocelular (CBC), que é o câncer de pele mais frequente na população idosa com histórico de exposição solar crônica (agricultor). As características descritas no exame físico, como as bordas elevadas e peroladas (brilhantes) com ulceração central e sangramento esporádico, são típicas do CBC do tipo nódulo-ulcerativo.

#### POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

O tratamento de escolha para o carcinoma basocelular é a excisão cirúrgica completa. A biópsia excisional consiste na retirada de toda a lesão com uma margem de segurança de tecido saudável ao redor para garantir que não restem células tumorais. Para tumores primários e bem delimitados, margens de 4 a 5 mm (0,5 cm) são o padrão recomendado pela literatura dermatológica para assegurar o controle oncológico e minimizar o risco de recidiva. No caso de uma lesão de 1,5 cm no nariz, a retirada total com margens é a conduta definitiva mais adequada.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Incorreta. A corticoterapia é utilizada para tratar processos inflamatórios ou doenças autoimunes. Em uma lesão com características neoplásicas claras, o uso de corticoides não tem efeito terapêutico e retarda o diagnóstico e o tratamento correto, permitindo a progressão do tumor.

Alternativa (b): Incorreta. A biópsia incisional remove apenas um fragmento da lesão para diagnóstico. Ela costuma ser reservada para lesões muito extensas ou localizadas em áreas onde a cirurgia definitiva causaria grande deformidade, necessitando de confirmação prévia para planejamento de retalhos complexos. Para uma lesão de 1,5 cm com diagnóstico clínico evidente de CBC, a conduta preferencial é a retirada completa (excisional).

Alternativa (c): Incorreta. A biópsia por shaving (raspagem tangencial) é superficial e inadequada para lesões ulceradas ou suspeitas de invasão dérmica como o CBC. Essa técnica não permite a avaliação correta das margens profundas e apresenta altas taxas de persistência tumoral na base da cicatriz.

#### FOTOPROTEÇÃO E PREVENÇÃO

A questão ressalta a importância da fotoproteção, que é essencial para evitar o surgimento de novos carcinomas (efeito da carcinogênese de campo), visto que o paciente já apresenta dano solar crônico acumulado. No entanto, para a lesão instalada, a cirurgia com margem de 0,5 cm é o padrão-ouro.

---

### Questão 5

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de pneumotórax espontâneo primário bilateral sequencial. Ele teve um primeiro episódio à direita, tratado conservadoramente com drenagem, e agora apresenta o primeiro episódio à esquerda. No manejo do pneumotórax espontâneo, existem indicações clássicas para intervenção cirúrgica

definitiva (normalmente por videotoracoscopia para realização de bulectomia e pleurodese).

As indicações cirúrgicas são:

1. Segundo episódio ipsilateral (mesmo lado).
2. Primeiro episódio contralateral (pneumotórax bilateral sequencial), que é exatamente o caso deste paciente.
3. Pneumotórax bilateral simultâneo.
4. Escape aéreo persistente pelo dreno (geralmente por mais de 3 a 5 dias).
5. Profissões de risco (pilotos, mergulhadores).
6. Hemopneumotórax ou pneumotórax hipertensivo no primeiro episódio.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O paciente já possui indicação cirúrgica. Aguardar um segundo episódio no pulmão esquerdo (ou um terceiro evento no total) é perigoso, pois o paciente demonstrou tendência a recidivas em ambos os pulmões. O risco de um futuro episódio bilateral simultâneo é uma emergência potencialmente fatal que deve ser prevenida agora.

Alternativa b) Correta. Como o paciente já apresentou a patologia em ambos os pulmões em momentos diferentes (caracterizando o pneumotórax bilateral sequencial), a conduta mais adequada é a intervenção definitiva em ambos os lados. A bulectomia retira as pequenas bolhas (\*blebs\*) que costumam ser a causa do escape de ar, e a pleurodese promove a sínfise pleural (adesão entre as pleuras) para evitar que o pulmão colapse novamente.

Alternativa c) Incorreta. A drenagem isolada trata apenas o evento agudo, mas não resolve a causa-base nem previne futuras recidivas com a mesma eficácia da cirurgia. Além disso, focar apenas no lado esquerdo ignora que o lado direito já falhou anteriormente e permanece sob risco.

Alternativa d) Incorreta. Não há lógica técnica em realizar a pleurodese no lado direito (lado do episódio antigo) e apenas drenar o lado esquerdo (lado do episódio atual). O tratamento cirúrgico deve englobar o lado afetado no momento e o lado previamente afetado para garantir a segurança respiratória do paciente a longo prazo.

## Questão 6

O caso clínico apresenta um paciente com carcinoma espinocelular de pulmão com 4 cm (T2) e uma suspeita de acometimento linfonodal mediastinal (N2) pela tomografia de tórax (linfonodomegalia na cadeia 4). O desafio diagnóstico reside na divergência entre os exames: a tomografia sugere doença no mediastino, mas o PET scan e a biópsia por EBUS (ultrassonografia endobrônquica) foram negativos.

A estratégia de estadiamento mediastinal segue diretrizes rigorosas. Quando há linfonodos aumentados na tomografia (geralmente > 10 mm no menor eixo), mesmo que o PET seja negativo ou que o EBUS não identifique células neoplásicas, recomenda-se a confirmação cirúrgica. Isso ocorre porque o EBUS, apesar de ter alta sensibilidade, possui um valor preditivo negativo que pode não ser suficiente para excluir metástases ocultas em linfonodos visivelmente aumentados na imagem anatômica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Realizar a lobectomia diretamente, sem a confirmação definitiva do status do mediastino, é arriscado. Se o paciente for realmente N2 (estágio IIIA), o tratamento cirúrgico imediato pode não ser a melhor conduta inicial ou o paciente pode necessitar de uma estratégia multimodal (quimioterapia e radioterapia) que seria comprometida por um estadiamento incompleto.

b) Correta. A mediastinoscopia é o padrão-ouro para o estadiamento cirúrgico do mediastino. Ela está indicada para confirmar os achados negativos do EBUS em casos em que a suspeita clínica ou radiológica (linfonodomegalia na TC) é alta. Garantir que o mediastino seja realmente negativo (N0 ou N1) é o passo fundamental antes de proceder com a ressecção pulmonar curativa.

c) Incorreta. A quimioterapia neoadjuvante só deve ser considerada se houver comprovação histológica de acometimento de linfonodos mediastinais ipsilaterais (N2). Como o EBUS foi negativo, não há, até o momento, prova de doença que justifique o tratamento sistêmico pré-operatório.

d) Incorreta. A radioterapia isolada não é o tratamento padrão para um tumor de 4 cm em um paciente que, a princípio, apresenta condições cirúrgicas e doença potencialmente ressecável. Ela seria uma opção para casos inoperáveis ou como parte do tratamento definitivo em estágios mais avançados (IIIB).

## Questão 7

Esta questão descreve um quadro clássico de fratura por explosão da órbita, conhecida tecnicamente como fratura em blow-out. O mecanismo de trauma (objeto de diâmetro menor ou igual à abertura da órbita, como uma bola de tênis) aumenta a pressão intraorbitária subitamente, causando a fratura da parede mais frágil (geralmente o assoalho da órbita ou a parede medial), enquanto preserva o rebordo orbitário, que é uma estrutura óssea mais resistente.

Análise das características clínicas:

1. Enoftalmia: Ocorre devido ao aumento do volume da cavidade orbitária após a ruptura de uma de suas paredes, fazendo com que o conteúdo orbitário (gordura e globo ocular) sofra um deslocamento posterior ou inferior.
2. Imobilidade do globo ocular: Acontece pelo aprisionamento dos músculos extraoculares (principalmente o reto inferior) ou de tecidos adjacentes nos fragmentos ósseos da fratura, impedindo a movimentação do olho.
3. Rebordo orbitário íntegro: Característica fundamental da fratura isolada das paredes internas da órbita, diferenciando-a de fraturas complexas da face.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Uma fratura isolada da maxila geralmente se refere a fraturas do corpo do osso ou fraturas do tipo Le Fort. Embora o assoalho da órbita seja parte da maxila, o termo "fratura isolada da maxila" não descreve adequadamente o mecanismo de blow-out e costuma cursar com outras deformidades faciais ou instabilidade do arco dentário superior.

b) Incorreta. A fratura do arco zigomático ocorre tipicamente por traumas laterais na face. Os principais sinais são o afundamento da região geniana (maçã do rosto) e, às vezes, limitação da abertura bucal por compressão do processo coronoide da mandíbula, não causando enoftalmia ou aprisionamento muscular ocular de forma isolada.

c) Incorreta. A fratura do osso frontal atingiria a parte superior da órbita e a testa. O rebordo orbitário superior estaria comprometido e seria palpável uma solução de continuidade ou degrau ósseo, o que contradiz o exame físico da questão.

d) Correta. A fratura isolada da órbita interna (especificamente do assoalho ou parede medial) explica perfeitamente o quadro. O impacto da bola de tênis transmitiu pressão para o conteúdo orbitário, que "explodiu" a parede óssea mais fina para dentro do seio maxilar ou etmoidal. Isso gera o aprisionamento muscular (causando a imobilidade) e o aumento do espaço orbitário (causando a enoftalmia), mantendo o rebordo externo intacto.

## Questão 8

O quadro clínico descrito aponta para uma lesão traumática da aorta, uma emergência médica gravíssima decorrente de desaceleração brusca em traumas de alta energia.

Análise das alternativas:

a) Lesão de aorta: Alternativa correta. O alargamento do mediastino (geralmente definido como maior que 8 cm ou perda do contorno do botão aórtico) é o sinal radiológico mais comum da ruptura traumática da aorta. O rebaixamento do brônquio principal esquerdo ocorre devido ao efeito de massa do hematoma periaórtico, que se localiza tipicamente no istmo aórtico (logo após a emergência da artéria subclávia esquerda). Além disso, a fratura dos primeiros arcos costais é um marcador de trauma de altíssima energia, frequentemente associado a lesões de grandes vasos e do plexo braquial.

b) Lesão de esôfago: Alternativa incorreta. Lesões esofágicas em traumas contusos são raras. Quando ocorrem, os achados radiológicos mais comuns são o pneumomediastino (ar no mediastino), enfisema subcutâneo ou derrame pleural, não sendo típica a apresentação de rebaixamento brônquico ou alargamento mediastinal isolado sem a presença de ar extra-alveolar.

c) Lesão cardíaca: Alternativa incorreta. O trauma cardíaco pode se manifestar como contusão miocárdica ou tamponamento cardíaco (hemopericárdio). Radiologicamente, o tamponamento pode causar um aumento da silhueta cardíaca (coração em forma de moringa), mas não costuma causar o alargamento do mediastino superior ou o deslocamento inferior do brônquio principal esquerdo, que são sinais de patologia vascular da base.

d) Lesão de hilo pulmonar: Alternativa incorreta. Lesões nas estruturas do hilo pulmonar (artérias pulmonares ou brônquios principais) geralmente se manifestam com hemotórax maciço, pneumotórax persistente ou fístulas broncopleurais de alto débito. Embora possam causar opacidades na região hilar, o conjunto de sinais descrito (especialmente o rebaixamento do brônquio esquerdo associado ao mecanismo de desaceleração) é clássico e patognomônico para o hematoma de aorta.

### Questão 9

O quadro clínico descrito é clássico de Doença Arterial Periférica (DAP) manifestando-se como claudicação intermitente. O paciente apresenta dor muscular desencadeada pelo exercício (caminhada de 100 metros) e aliviada pelo repouso, o que caracteriza o estágio II da classificação de Fontaine ou categorias 1 a 3 de Rutherford. O Índice Tornozelo-Braquial (ITB) de 0,6 corrobora o diagnóstico de obstrução arterial (valores abaixo de 0,9 são diagnósticos).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

a) Tratamento clínico: Esta é a alternativa correta. Para pacientes com claudicação intermitente estável, sem dor de repouso ou lesões tróficas (isquemia crítica), a conduta inicial deve ser sempre o tratamento clínico conservador. Este baseia-se em três pilares: 1) Controle rigoroso dos fatores de risco, especialmente a cessação do tabagismo e controle da dislipidemia (uso de estatinas); 2) Antiagregação plaquetária (Aspirina ou Clopidogrel) para redução de eventos cardiovasculares; e 3) Programa de exercícios físicos supervisionados, que é a medida mais eficaz para aumentar a distância de caminhada. O uso de medicamentos como o Cilostazol também pode ser considerado nesta fase.

b) Revascularização endovascular: Incorreta. A intervenção endovascular (como a angioplastia) está indicada na claudicação intermitente apenas se houver falha documentada do tratamento clínico inicial ou se os sintomas forem incapacitantes para a atividade laboral/cotidiana do paciente. Ela também é indicada em casos de isquemia crítica, o que não é o caso deste paciente.

c) Amputação primária: Incorreta. A amputação é considerada apenas em casos de isquemia irreversível, necrose extensa, infecção grave sem controle ou dor intratável em membros sem possibilidade de revascularização. O paciente em questão tem um membro viável e sintomas apenas ao esforço.

d) Revascularização convencional: Incorreta. Assim como a via endovascular, a revascularização convencional (cirurgia de bypass ou derivação) não é a conduta de primeira linha para claudicação intermitente leve a moderada. Reservamos as intervenções cirúrgicas para casos refratários ao tratamento clínico ou quando há ameaça iminente de perda do membro (isquemia crítica com dor de repouso ou lesão tecidual).

## Questão 10

Esta questão aborda o manejo inicial do trauma vascular periférico, um tema recorrente em provas de residência médica.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um ferimento penetrante (arma branca) em trajeto vascular (face medial da coxa) acompanhado de sinais de certeza (sinais "duros") de lesão arterial: sangramento ativo, ausência de pulso distal e extremidade fria (isquemia aguda).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A angiotomografia é um excelente exame diagnóstico para casos de suspeita de lesão vascular em pacientes estáveis e com sinais "suaves" (como hematoma não expansível ou proximidade do ferimento com vasos). Diante de sinais de certeza de lesão arterial e isquemia de membro, o diagnóstico é clínico e o paciente deve ser levado imediatamente para intervenção, sem atrasos para exames de imagem.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta preconizada. O controle imediato da hemorragia externa no trauma deve ser feito por compressão manual direta. Como há sinais claros de lesão vascular (ausência de pulso e isquemia), a indicação de exploração cirúrgica é imediata para revascularização do membro e controle definitivo do dano. O tempo é um fator crítico para salvar o membro.

Alternativa (c) Incorreta: Embora o paciente use anticoagulante, a prioridade absoluta é a interrupção do sangramento mecânico e a restauração do fluxo sanguíneo. A reposição de fatores ou reversão da anticoagulação pode ser um adjunto no perioperatório, mas "observar a evolução" em um paciente com isquemia crítica é erro grave, pois levará à necrose do membro e perda da extremidade.

Alternativa (d) Incorreta: A arteriografia com subtração digital é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de lesões vasculares complexas, mas, assim como a angiotomografia, não deve ser realizada se houver sinais claros de lesão arterial que demandem cirurgia urgente. O exame em ambiente de radiologia vascular retardaria o tratamento definitivo (reparo cirúrgico), aumentando o tempo de isquemia.

Resumo: Diante de ferimentos penetrantes em extremidades com sinais de certeza de lesão vascular (hemorragia pulsátil, hematoma expansível, frêmito, sopro ou sinais de isquemia distal), a conduta é compressão local para controle de sangramento e encaminhamento imediato ao centro cirúrgico.

## Questão 11

Análise do caso:

Estamos diante de uma paciente jovem com quadro clínico altamente sugestivo de apendicite aguda, caracterizado por dor migratória para a fossa ilíaca direita, sinais de irritação peritoneal (defesa) e marcadores inflamatórios elevados (leucocitose e PCR). O principal desafio em mulheres nessa faixa etária são os diagnósticos diferenciais ginecológicos, como cisto de ovário roto, doença inflamatória pélvica ou gravidez ectópica. Quando a tomografia computadorizada é inconclusiva em um cenário de abdome agudo com sinais físicos claros, a conduta deve evoluir para a investigação invasiva.

Alternativa (a) Incorreta: A ressonância magnética é um excelente exame de imagem, sendo a escolha preferencial em gestantes para evitar a radiação da tomografia. Contudo, em uma paciente não gestante que já realizou uma tomografia e apresenta sinais de defesa abdominal, aguardar uma RM apenas retardaria o tratamento definitivo. O gadolínio, especificamente, não é o contraste de escolha para a avaliação de apendicite aguda.

Alternativa (b) Incorreta: Iniciar antibioticoterapia e apenas reavaliar em 12 horas é uma conduta arriscada em um abdome agudo com irritação peritoneal. Os antibióticos podem mascarar a evolução dos sintomas e retardar a intervenção cirúrgica necessária, favorecendo complicações como a perfuração do apêndice e peritonite generalizada.

Alternativa (c) Incorreta: A observação ambulatorial jamais deve ser indicada para uma paciente com dor abdominal aguda associada a sinais de defesa e exames laboratoriais alterados. O quadro exige monitorização hospitalar e definição diagnóstica célere. Aguardar 24 horas fora do ambiente hospitalar coloca a paciente em risco de sepse e choque.

Alternativa (d) Correta: A videolaparoscopia diagnóstica é considerada o padrão-ouro em mulheres jovens com dúvida diagnóstica no abdome agudo inflamatório. O procedimento permite a visualização direta tanto do apêndice quanto do útero e anexos, resolvendo o dilema entre causas cirúrgicas e ginecológicas. Se o apêndice estiver inflamado, a apendicectomia é realizada no mesmo ato. Se o apêndice parecer macroscopicamente normal, mas não houver outra doença que justifique a dor, a apendicectomia ainda assim é recomendada pela maioria dos protocolos, pois pode haver inflamação apenas na mucosa (fase inicial) não visível externamente.

## Questão 12

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de câncer de próstata metastático em tratamento hormonal (bloqueio androgênico com leuprorrelina e enzalutamida). Embora a doença esteja sistemicamente controlada, com PSA baixo (1,4 ng/dL) e estabilidade nos últimos 18 meses, ele desenvolveu uma complicação local: uropatia obstrutiva infravesical. Isso é evidenciado pelo aumento de ureia e creatinina (insuficiência renal pós-renal), resíduo pós-miccional elevado (330 mL) e piora dos sintomas obstrutivos, apesar do uso de tansulosina. O volume prostático é de 30 g, o que permite uma abordagem cirúrgica transuretral.

Por que a alternativa (c) está correta:

A Ressecção Transuretral da Próstata (RTU de próstata) é a conduta mais adequada neste momento. Ela tem finalidade paliativa e desobstrutiva. Em pacientes com câncer de próstata avançado que apresentam retenção urinária ou deterioração da função renal por obstrução infravesical que não responde ao tratamento medicamentoso, a RTU permite a desobstrução do fluxo urinário, melhora dos sintomas e proteção da função renal. O volume de 30 g é perfeitamente compatível com a técnica.

Por que as outras alternativas estão incorretas:

a) Prostatectomia Radical: Esta cirurgia é indicada para o tratamento curativo do câncer de próstata localizado. Em um paciente de 75 anos com doença metastática já estabelecida, a retirada radical da próstata com intuito curativo não se aplica. O objetivo aqui é desobstrução urinária, e não a cura da neoplasia.

b) Radioterapia Externa: A radioterapia não é o tratamento de escolha para resolver uma obstrução mecânica aguda ou subaguda que já está causando repercussão renal. Além disso, a radioterapia pode causar inflamação (actinite) e edema local, o que poderia, inicialmente, piorar ainda mais os sintomas obstrutivos e a função renal do paciente.

d) Braquiterapia: Trata-se de uma forma de radioterapia interna indicada para casos selecionados de câncer de próstata de baixo risco e localizado. Além de não ser indicada para doença metastática, a braquiterapia é contraindicada em pacientes com sintomas urinários obstrutivos importantes ou grande resíduo pós-miccional, pois o procedimento costuma agravar a obstrução urinária.

### Questão 13

A questão descreve um paciente de 55 anos com hemorroidas grau IV, mas que apresenta sinais de alerta (\*red flags\*) fundamentais: alteração do hábito intestinal recente (há 6 meses), episódios de diarreia e sangramento retal. Em pacientes nessa faixa etária, a prioridade clínica é descartar neoplasias colorretais antes de tratar a patologia orifical, mesmo que esta seja evidente.

Alternativa a: Incorreta. A hemorroidectomia pela técnica de Milligan-Morgan (técnica aberta) é, de fato, o tratamento cirúrgico indicado para hemorroidas de grau IV. No entanto, realizar a cirurgia sem antes investigar a mudança no hábito intestinal é uma conduta incompleta e perigosa, pois o sangramento e a diarreia podem ser sintomas de um tumor de cólon ou reto proximal, e não apenas das hemorroidas.

Alternativa b: Correta. A colonoscopia é o exame de escolha e a conduta mais adequada neste caso. Ela permite a visualização direta de todo o cólon e reto, possibilitando o diagnóstico de pólipos (importante pelo histórico familiar) ou câncer colorretal, que são diagnósticos diferenciais obrigatórios diante de alteração do hábito intestinal e sangramento em pacientes acima de 45-50 anos. A presença de marca-passo exige precauções técnicas (como o uso de bisturi bipolar ou ajuste do aparelho pelo cardiologista se houver necessidade de polipectomia), mas não contraindica o exame.

Alternativa c: Incorreta. A ligadura elástica é um tratamento de consultório indicado prioritariamente para hemorroidas de graus I, II e, ocasionalmente, grau III. Não é o tratamento padrão para o grau IV (prolapso persistente não redutível) e, assim como a cirurgia, não resolve a necessidade de investigação do trato intestinal superior ao canal anal.

Alternativa d: Incorreta. A pesquisa de sangue oculto nas fezes é um teste de rastreamento (\*screening\*) para pacientes assintomáticos. Como o paciente já apresenta sintomas claros (sangramento retal visível e alteração do hábito), ele deve ser submetido diretamente a um exame diagnóstico e de visualização, como a colonoscopia, sendo a pesquisa de sangue oculto redundante e insuficiente neste cenário.

---

### Questão 14

Para definir a melhor conduta no tratamento da litíase renal, os dois principais fatores a serem considerados são o tamanho do cálculo e sua localização. No caso clínico, temos um cálculo de 2 cm (20 mm) situado no polo inferior do rim esquerdo.

Análise das alternativas:

a) Correta. A nefrolitotripsia percutânea (NLPC) é o tratamento padrão-ouro para cálculos renais maiores que 2 cm. Ela oferece as maiores taxas de fragmentação e retirada total dos cálculos (taxa de "stone-free") em um único procedimento. A indicação é ainda mais precisa quando o cálculo está no polo inferior, pois a anatomia local (ângulo infundibulopélvico) dificulta a saída de fragmentos por métodos menos invasivos.

b) Incorreta. A litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) não é recomendada como primeira linha para cálculos maiores que 2 cm. Além do tamanho, a localização no polo inferior é um fator preditor de falha na LECO, pois a gravidade dificulta a eliminação dos fragmentos após a quebra.

c) Incorreta. A ureterorenoscopia flexível é uma excelente opção para cálculos renais, mas é preferencialmente indicada para cálculos menores que 2 cm. Para cálculos de exatos 2 cm ou maiores, a capacidade de carga de massa do cálculo costuma exceder a eficiência da fibra de laser na ureteroscopia, tornando a técnica percutânea (alternativa A) superior em termos de eficácia.

d) Incorreta. A alcalinização da urina é uma terapia de dissolução química indicada exclusivamente para cálculos de ácido úrico (que são radiotransparentes). A questão não fornece dados que sugiram essa composição e, mesmo que fosse o caso, um cálculo de 2 cm no polo inferior geralmente exige intervenção cirúrgica devido ao risco de obstrução e baixa taxa de dissolução completa apenas com medicamentos.

---

### Questão 15

O caso clínico descreve um paciente de 56 anos com uma hérnia inguinal que estava encarcerada há 6 horas e que sofreu redução espontânea durante o exame físico. O principal desafio clínico nessa situação é que o conteúdo herniário (geralmente uma alça intestinal), que estava sob risco de sofrimento isquêmico, retornou para a cavidade abdominal sem que sua viabilidade fosse verificada.

Alternativa a) Incorreta. A hernioplastia por via aberta tem como objetivo principal a correção do defeito anatômico na região inguinal. No entanto, ela não oferece acesso visual adequado à cavidade abdominal. Se a alça intestinal que foi reduzida estiver necrótica ou com isquemia irreversível, essa condição não será detectada pela via aberta, o que pode levar a uma peritonite grave no período pós-operatório.

Alternativa b) Correta. A abordagem laparoscópica é a conduta mais adequada e moderna para este cenário. Ela permite que o cirurgião inspecione diretamente a cavidade peritoneal e localize a alça intestinal que estava encarcerada. Através da

visualização direta, avaliam-se a cor, o brilho, a presença de peristalse e a pulsação dos vasos do mesentério. Se a alça estiver saudável, o cirurgião procede à correção da hérnia (hernioplastia) por vídeo. Se a alça estiver inviável, o tratamento da necrose pode ser realizado de forma assistida ou por conversão.

Alternativa c) Incorreta. A observação clínica isolada é considerada uma conduta de risco. O paciente apresentou dor súbita e permaneceu 6 horas com a hérnia encarcerada, tempo suficiente para a ocorrência de sofrimento vascular. Aguardar 24 horas pode mascarar uma perfuração intestinal iminente e atrasar uma intervenção necessária, elevando a morbimortalidade do paciente.

Alternativa d) Incorreta. A laparotomia exploradora (abertura ampla do abdome) é uma conduta excessivamente agressiva para um paciente que não apresenta sinais de peritonite generalizada ou instabilidade hemodinâmica. A laparoscopia cumpre o mesmo objetivo diagnóstico de inspeção de forma muito menos invasiva e com recuperação mais rápida.

Em resumo, diante da redução espontânea de uma hérnia inguinal com sinais de encarceramento prolongado, a inspeção da viabilidade do conteúdo é obrigatória, e a laparoscopia é a ferramenta de escolha por unir diagnóstico e tratamento em um único procedimento minimamente invasivo.

---

## Questão 16

O caso clínico descreve uma paciente idosa com dor torácica e epigástrica súbita, sinais de choque obstrutivo/distributivo (hipotensão e taquicardia) e um achado radiológico clássico: massa com nível hidroaéreo no mediastino posterior. Diante do histórico de hérnia de hiato, a principal suspeita diagnóstica é de uma hérnia paraesofágica complicada, possivelmente com volvo gástrico agudo. O volvo gástrico ocorre quando o estômago gira sobre seu próprio eixo, podendo levar a estrangulamento, isquemia e perfuração.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O ecocardiograma seria útil se a suspeita fosse de tamponamento cardíaco, disfunção ventricular aguda ou complicações de um infarto. Embora a paciente esteja instável, o eletrocardiograma normal e a imagem radiológica com nível hidroaéreo no mediastino direcionam o diagnóstico para uma etiologia gastrointestinal, e não primariamente cardíaca.

b) Correta. Após a estabilização hemodinâmica inicial (reposição volêmica e descompressão gástrica, se possível), a endoscopia digestiva alta (EDA) é o próximo

passo fundamental. A EDA possui papel diagnóstico e, por vezes, terapêutico. Ela permite avaliar a viabilidade da mucosa gástrica (identificando sinais de isquemia ou necrose), confirmar a rotação do estômago e, em alguns casos, realizar a descompressão e distensão do órgão, embora o tratamento definitivo para hérnias volumosas complicadas costume ser cirúrgico.

c) Incorreta. A broncoscopia é utilizada para avaliar a árvore traqueobrônquica. Não há indicação neste caso, pois a patologia está localizada no espaço mediastinal posterior (esôfago/estômago) e não nas vias aéreas.

d) Incorreta. O ultrassom FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) é uma ferramenta desenhada para a detecção de líquido livre (sangue) na cavidade abdominal e pericárdica em pacientes vítimas de trauma. No cenário de abdome agudo não traumático com achados radiológicos torácicos específicos, o FAST não oferece informações diagnósticas relevantes para a patologia gástrica suspeita.

Em resumo, o quadro de uma grande hérnia de hiato com sinais de sofrimento de alça (vômitos e choque) exige a visualização direta da mucosa via endoscopia para planejar a urgência da intervenção cirúrgica.

---

### Questão 17

Para resolver esta questão, é fundamental analisar a localização da lesão e o estadiamento clínico fornecido. O paciente possui um adenocarcinoma no reto médio (7 cm da borda anal) e o estadiamento inicial aponta a ausência de comprometimento linfonodal (N0) e de metástases (M0).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A amputação abdominoperineal do reto (cirurgia de Miles) é indicada para tumores localizados no reto baixo, muito próximos ao esfíncter anal (geralmente abaixo de 5 cm da borda anal), onde não é possível obter margem de segurança cirúrgica com preservação esfinteriana. Como a lesão está a 7 cm, é perfeitamente possível realizar uma cirurgia com preservação dos esfíncteres e manutenção do trânsito intestinal fisiológico.

b) Incorreta. A quimioterapia isolada não é a conduta padrão de neoadjuvância para o câncer de reto. Quando a neoadjuvância é indicada (geralmente em tumores T3/T4 ou com linfonodos positivos — N+), utiliza-se preferencialmente a quimiorradioterapia combinada. Além disso, o enunciado descreve um caso sem evidência de comprometimento linfonodal.

c) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a radioterapia isolada raramente é utilizada como neoadjuvância exclusiva sem a associação com quimioterapia ou sem uma indicação precisa de estadiamento avançado local (T3/T4 ou N+). Em tumores precoces ou intermediários sem linfonodos comprometidos (N0), a cirurgia inicial pode ser considerada.

d) Correta. A conduta padrão para um adenocarcinoma de reto médio (entre 5 e 10 cm da borda anal) é a ressecção anterior do reto (retossigmoidectomia) com a Excisão Total do Mesorreto (ETM). A ETM é o padrão-ouro cirúrgico, pois consiste na retirada da gordura perirretal que contém os linfonodos e vasos, reduzindo drasticamente as taxas de recidiva local. A localização a 7 cm permite a realização de uma anastomose colorretal, preservando o esfíncter anal e evitando a colostomia definitiva. Portanto, diante de um tumor N0 M0 nessa altura, a cirurgia com ETM é a conduta mais adequada.

---

### Questão 18

Análise do caso: O paciente apresenta um quadro clássico de síndrome aórtica aguda. A Síndrome de Marfan é um fator de risco importante para o enfraquecimento da parede arterial devido à fragilidade do tecido conjuntivo. A dor intensa no dorso, irradiando para o abdômen, associada à hipertensão (180 x 100 mmHg) e taquicardia (120 bpm), direciona o raciocínio clínico para a dissecação de aorta.

Análise da imagem: A angiotomografia computadorizada de tórax revela uma lâmina de íntima (flap intimal) dividindo a aorta descendente em duas luzes (falsa e verdadeira). Como a aorta ascendente e o arco aórtico (visíveis na imagem) não apresentam sinais de dissecação, o diagnóstico é de Dissecação Aórtica de Stanford tipo B.

Conduta e justificativa: As dissecações do tipo B são inicialmente tratadas de forma clínica (controle rigoroso da frequência cardíaca e pressão arterial). Entretanto, o exame físico descreve macicez à percussão no terço inferior do hemitórax esquerdo, o que sugere a presença de hemotórax. Em um contexto de dissecação aguda, o hemotórax é um sinal de ruptura ou vazamento, o que caracteriza uma dissecação tipo B complicada. Outros sinais de complicação seriam isquemia de órgãos (mesentérica, renal), isquemia de membros, dor refratária ou expansão aneurismática rápida. Para casos complicados, a intervenção é obrigatória.

Alternativa a: Correta. O tratamento endovascular (TEVAR - Thoracic Endovascular Aortic Repair) é a conduta de escolha para a dissecação de aorta tipo B complicada. Ele visa selar o orifício de entrada da dissecação na íntima, direcionando o fluxo apenas para a luz verdadeira e estabilizando a parede aórtica com menor

morbimortalidade que a cirurgia aberta.

Alternativa b: Incorreta. A cirurgia de emergência aberta é o tratamento padrão para a dissecação tipo A (que envolve a aorta ascendente). Na tipo B, a cirurgia aberta possui taxas de mortalidade e complicações (como paraplegia) significativamente maiores que o tratamento endovascular, sendo reservada para exceções.

Alternativa c: Incorreta. O tratamento clínico isolado é indicado para dissecações tipo B não complicadas. A evidência de comprometimento pleural (provável hemotórax) indica que o tratamento conservador não é mais suficiente para garantir a sobrevivência do paciente.

Alternativa d: Incorreta. A drenagem pleural em um paciente com suspeita de hemotórax por ruptura de aorta pode ser catastrófica se realizada antes da correção do defeito aórtico. A retirada do líquido pode reduzir o efeito de tamponamento do espaço pleural, levando a uma hemorragia maciça e choque hipovolêmico fatal. O foco deve ser o reparo da aorta.

---

### Questão 19

O caso clínico descreve um paciente jovem, vítima de trauma de alta energia (colisão moto x auto), caracterizado como um politraumatizado. Ele apresenta lesões sistêmicas graves (traumatismo cranioencefálico e hemopneumotórax) associadas a múltiplas fraturas instáveis no mesmo membro (fêmur, planalto tibial, tornozelo e úmero).

Nesse cenário, a estratégia ortopédica fundamental é o Controle de Danos Ortopédicos (Damage Control Orthopedics). O objetivo é estabilizar as fraturas de forma rápida e minimamente invasiva para evitar o chamado "segundo hit" (segundo golpe), que seria a resposta inflamatória sistêmica adicional causada por uma cirurgia longa e agressiva em um paciente ainda fisiologicamente instável ou limítrofe.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A imobilização gessada é insuficiente para fraturas de alta energia e instáveis, como as da diáfise do fêmur e do planalto tibial. O gesso não oferece estabilidade adequada para o manejo da dor, dificulta os cuidados de enfermagem, impede a avaliação adequada das partes moles (risco de síndrome compartimental) e não auxilia na prevenção de embolia gordurosa.

Alternativa b) Incorreta. A redução e fixação interna definitiva (com placas, parafusos

e hastes) no momento inicial é conhecida como Early Total Care. Embora seja o tratamento final, realizá-la na fase aguda em um paciente politraumatizado com TCE e lesão torácica aumenta significativamente o risco de complicações graves, como insuficiência respiratória (SDRA), falência de múltiplos órgãos e morte, devido ao longo tempo cirúrgico e sangramento adicional.

Alternativa c) Incorreta. O método de Ilizarov (fixação externa circular) é uma técnica complexa, demorada e geralmente reservada para reconstruções ósseas, correções de deformidades ou casos específicos de fraturas expostas com perda óssea. Não é a conduta de escolha na urgência para estabilização rápida de um paciente politraumatizado.

Alternativa d) Correta. A fixação externa transarticular é a base do Controle de Danos Ortopédicos. É um procedimento rápido, que causa pouco sangramento e pouco trauma cirúrgico adicional. Ela permite estabilizar as fraturas e as luxações, aliviar a dor, facilitar o manejo clínico no CTI, proteger as partes moles e prevenir complicações sistêmicas. Após a estabilização das funções vitais e melhora do quadro clínico (geralmente entre o 5º e o 10º dia), o paciente poderá ser submetido à conversão da fixação externa para a fixação interna definitiva com segurança.

---

## Questão 20

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso clínico descreve uma paciente de 78 anos com uma fratura desviada e instável do colo do fêmur (fratura intracapsular). A escolha do tratamento depende da idade da paciente, do nível de atividade prévia, da qualidade óssea e das comorbidades.

Na fratura do colo do fêmur em idosos, o desvio do fragmento rompe a vascularização da cabeça femoral, o que gera um alto risco de necrose avascular e pseudoartrose (não consolidação). Por isso, a tendência nesses casos é a substituição protética (artroplastia) em vez da fixação.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Redução e fixação percutânea com parafusos canulados.

Incorreta. A fixação interna está indicada para fraturas do colo do fêmur sem desvio (Garden I e II) em idosos ou fraturas em pacientes jovens (na tentativa de preservar a cabeça femoral). Em idosos com fratura desviada e instável, o índice de falha da fixação e a necessidade de reoperação são muito elevados.

b) Artroplastia total do quadril.

Incorreta. Embora seja uma opção para idosos com fratura do colo femoral, a artroplastia total (que substitui a cabeça femoral e o acetábulo) é preferencialmente indicada para pacientes hígidos, ativos, com boa expectativa de vida e que já deambulavam fora de casa sem auxílio, ou naqueles que já apresentam osteoartrose prévia. No caso da paciente, a presença de demência, a dependência de cuidadores e a baixa demanda funcional tornam o procedimento mais complexo e com maior risco de luxação, sem benefícios funcionais claros sobre a parcial.

c) Artroplastia parcial do quadril.

Correta. A artroplastia parcial (hemiartroplastia) é o tratamento de escolha para idosos com baixa demanda funcional, dependentes ou com comprometimento cognitivo (como demência) que sofrem fraturas desviadas do colo do fêmur. É uma cirurgia tecnicamente mais simples, mais rápida, com menor perda sanguínea e menor risco de luxação em comparação à artroplastia total, sendo suficiente para permitir que a paciente retorne à sua mobilidade básica (sentar e realizar transferências).

d) Redução e fixação com haste cefalomedular.

Incorreta. As hastas cefalomedulares são o padrão-ouro para o tratamento de fraturas extracapsulares (transtrocantéricas e subtrocantéricas). Para fraturas do colo do fêmur (intracapsulares), o seu uso não é a conduta de escolha, especialmente em idosos, em que a substituição protética é preferível.

Resumo da conduta:

- Idoso ativo/independente: Artroplastia Total.
- Idoso com baixa demanda/demência/dependente: Artroplastia Parcial.
- Jovem ou fratura sem desvio no idoso: Fixação interna (parafusos ou DHS).

---

## Questão 21

Análise do quadro clínico:

O paciente em questão apresenta dor e perda de força especificamente na rotação lateral do ombro direito após um trauma (queda ao solo). Como as radiografias estão normais, o foco do diagnóstico deve ser em lesões de partes moles, especialmente nos tendões que compõem o manguito rotador e músculos adjacentes. A chave para a resposta reside em conhecer a ação biomecânica de cada músculo citado.

Alternativa a) Incorreta. O músculo subescapular é o principal rotador medial (interno) do ombro. Caso houvesse uma lesão desse tendão, o paciente apresentaria dor ou fraqueza ao tentar rodar o braço para dentro (encostar a mão nas costas, por exemplo), o que é o oposto do quadro descrito.

Alternativa b) Incorreta. O peitoral maior é um potente adutor e rotador medial do ombro. Sua lesão é menos comum em quedas simples, sendo mais associada a exercícios de musculação (supino), e não resultaria em perda de força na rotação lateral.

Alternativa c) Correta. O músculo infraespinhal é, juntamente com o redondo menor, o principal responsável pela rotação lateral (externa) do ombro. Diante de um trauma com perda de força documentada para esse movimento específico, a hipótese diagnóstica mais provável é a lesão do tendão do infraespinhal. O fato de o paciente ter 40 anos e apresentar perda de força sugere uma lesão aguda ou a exacerbação de uma lesão prévia do manguito rotador decorrente do trauma.

Alternativa d) Incorreta. O tendão da cabeça longa do bíceps braquial atua principalmente na estabilização da cabeça umeral e auxilia na flexão do ombro. Sua patologia costuma gerar dor na face anterior do ombro, que piora com a flexão do braço e supinação do antebraço, mas não é responsável pela rotação lateral.

Conclusão: A correlação entre o achado de exame físico (fraqueza na rotação lateral) e a anatomia funcional aponta diretamente para o músculo infraespinhal.

---

## Questão 22

### ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descrito é uma apresentação clássica de pelagra, uma doença causada pela deficiência de niacina (vitamina B3). A pelagra é tradicionalmente caracterizada pela tríade dos três Ds: Dermatite, Diarreia e Demência (ou confusão mental).

No caso apresentado, o paciente possui os três componentes:

1. Diarreia: Relato de fezes aquosas e urgência.
2. Demência/Confusão: Desorientação no tempo e no espaço.
3. Dermatite: Erupção cutânea eritematosa, simétrica e fotossensível, localizada em áreas expostas ao sol (face, pescoço, mãos e antebraços). O envolvimento do pescoço é conhecido como colar de Casal.

O histórico de etilismo crônico (100 mL de destilado/dia) e a situação de vulnerabilidade social (morador de área livre) são fatores de risco determinantes para deficiências nutricionais múltiplas, sendo a pelagra uma das mais marcantes nesse contexto.

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Cianocobalamina (B12): Incorreta. A deficiência de B12 causa anemia megaloblástica e sintomas neurológicos, como a degeneração combinada subaguda da medula (perda de sensibilidade vibratória e propriocepção, parestesias e ataxia). Embora possa causar irritabilidade ou demência em estágios avançados, não apresenta a dermatite fotossensível característica descrita na questão.

b) Piridoxina (B6): Incorreta. A deficiência de vitamina B6 pode causar anemia sideroblástica, neuropatia periférica e queilite angular. Embora possa haver alterações cutâneas, como a dermatite seborreica, elas não seguem o padrão simétrico e fotossensível da pelagra, nem costumam cursar com o quadro sistêmico de diarreia e confusão mental grave simultâneas.

c) Niacina (B3): Correta. A deficiência de niacina resulta no quadro de pelagra. A descrição da erupção cutânea (eritematosa, simétrica, em áreas expostas) associada a sintomas gastrointestinais (diarreia) e neuropsiquiátricos (confusão mental) é o marcador diagnóstico clássico desta deficiência vitamínica.

d) Tiamina (B1): Incorreta. A deficiência de tiamina em alcoólatras costuma levar à encefalopatia de Wernicke, que se manifesta pela tríade de confusão mental, ataxia e alterações oculares (nistagmo ou oftalmoplegia). O examinador foi cuidadoso ao informar que o exame neurológico era normal e que não havia nistagmo ou oftalmoplegia, justamente para afastar a hipótese de deficiência de B1.

GABARITO: A alternativa correta é a letra (c).

---

### Questão 23

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta sinais e sintomas clássicos de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). A dispneia, ortopneia, turgência jugular e estertores crepitantes indicam congestão sistêmica e pulmonar. A presença da terceira bulha (B3) é um sinal de sobrecarga de volume e disfunção ventricular. O dado fundamental para a questão é o ictus cordis deslocado (sexto espaço intercostal na linha axilar anterior), o que comprova que o ventrículo esquerdo está dilatado (cardiomegalia).

Análise do Sopro:

O sopro descrito é sistólico, do tipo regurgitativo, localizado no foco mitral (ápice) e com irradiação para a axila. Estas características são típicas da Insuficiência Mitral.

Justificativa da alternativa correta:

Alternativa (c): Insuficiência mitral funcional. Em pacientes com insuficiência cardíaca e dilatação do ventrículo esquerdo, a arquitetura cardíaca sofre mudanças. O aumento da cavidade ventricular provoca o alargamento do anel da valva mitral e o deslocamento lateral dos músculos papilares. Isso gera uma tração (tethering) nas cordoalhas tendíneas, impedindo que os folhetos da valva se fechem completamente durante a sístole. Portanto, a valva em si não possui uma doença estrutural primária, mas torna-se insuficiente devido à dilatação do coração. Esse mecanismo é chamado de insuficiência mitral funcional ou secundária.

Análise das alternativas incorretas:

a) Insuficiência aórtica primária: Esta condição gera um sopro diastólico, aspirativo, melhor auscultado no foco aórtico ou aórtico acessório (borda esternal esquerda). O sopro relatado no enunciado é sistólico e de localização mitral.

b) Prolapso de valva mitral: É uma causa primária de insuficiência mitral decorrente de degeneração mixomatosa dos folhetos. Tipicamente apresenta um clique mesossistólico seguido de um sopro telessistólico (no final da sístole). Embora possa evoluir para uma insuficiência mitral importante, o contexto de dilatação ventricular e falência cardíaca evidente torna a causa funcional muito mais provável nesta questão.

d) Abscesso de valva mitral esquerda: O abscesso é uma complicação supurativa da endocardite infecciosa. Para ser a resposta correta, o quadro clínico deveria incluir sinais de infecção sistêmica, como febre, calafrios, prostração, além de possivelmente fenômenos embólicos ou vasculares, o que não é descrito no paciente de 62 anos com quadro crônico de 6 meses.

---

## Questão 24

O caso clínico apresenta um paciente com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) em parede anterior, evoluindo com choque cardiogênico. A pressão arterial está criticamente baixa (70/45 mmHg) e há sinais evidentes de hipoperfusão tecidual (extremidades frias e tempo de enchimento capilar de 6 segundos). A prioridade hemodinâmica imediata, enquanto se aguarda a terapia de reperfusão, é restaurar a pressão de perfusão coronariana e sistêmica.

Alternativa a: Correta. A noradrenalina é atualmente o vasopressor de primeira escolha no choque cardiogênico acompanhado de hipotensão severa. Ela atua predominantemente em receptores alfa-1-adrenérgicos, promovendo vasoconstrição e aumento rápido da pressão arterial, o que é fundamental para manter o fluxo sanguíneo nos órgãos vitais e nas próprias artérias coronárias. Em comparação com a dopamina, a noradrenalina apresenta menor risco de induzir arritmias e está

associada a melhores desfechos em estados de choque.

Alternativa b: Incorreta. A dobutamina é um agente inotrópico que aumenta a contratilidade cardíaca (efeito beta-1), mas possui uma ação vasodilatadora periférica (efeito beta-2). Em um paciente com pressão sistólica de apenas 70 mmHg, a introdução da dobutamina isoladamente pode causar uma queda ainda maior da pressão arterial, agravando o estado de choque. Ela costuma ser associada à noradrenalina apenas após a estabilização da pressão arterial mínima, caso persistam sinais de baixo débito.

Alternativa c: Incorreta. A dopamina já foi muito utilizada no passado, mas diretrizes atuais baseadas no estudo SOAP II desaconselham seu uso como primeira linha no choque cardiogênico. O estudo demonstrou que, comparada à noradrenalina, a dopamina causa significativamente mais taquiarritmias e está relacionada a um aumento na mortalidade especificamente em pacientes com choque de origem cardíaca.

Alternativa d: Incorreta. A vasopressina é um potente vasoconstritor que atua em receptores V1. Seu uso é mais comum no choque séptico refratário. No contexto do choque cardiogênico, o aumento isolado e intenso da pós-carga (resistência contra a qual o coração precisa bombear) sem qualquer suporte à contratilidade pode sobrecarregar o ventrículo esquerdo infartado e piorar o desempenho cardíaco, não sendo a droga de escolha inicial.

---

## Questão 25

O caso clínico apresenta um paciente jovem com hipercalcemia grave (cálcio total de 15,1 mg/dL) associada a sintomas de polidipsia e poliúria (decorrentes do diabetes insípido nefrogênico induzido pelo excesso de cálcio). O ponto-chave para o diagnóstico diferencial das hipercalcemias é a dosagem do PTH. Neste paciente, o PTH está em 10 pg/mL, o que representa um valor no limite inferior da normalidade, estando, portanto, apropriadamente suprimido diante de uma hipercalcemia tão importante. Isso caracteriza uma hipercalcemia PTH-independente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O carcinoma de paratireoide é uma causa de hipercalcemia PTH-dependente. Nesses casos, encontraríamos níveis de PTH extremamente elevados (geralmente várias vezes acima do limite superior da normalidade), o que é o oposto do que o exame do paciente demonstra.

b) Incorreta. O uso de lítio (comum no tratamento do transtorno bipolar) pode causar

hipercalcemia por elevar o \*set-point\* do sensor de cálcio nas paratireoides, simulando um hiperparatireoidismo primário. Contudo, nessa condição, o PTH estaria elevado ou seria "inapropriadamente normal" (alto para o nível de cálcio), e não suprimido como no caso clínico. Além disso, a hipercalcemia pelo lítio costuma ser leve a moderada.

c) Incorreta. A mutação inativadora do sensor de cálcio (CaSR) está relacionada à Hipercalcemia Hipocalciúrica Familiar (FHH). Nesta doença, o cálcio é levemente elevado e o PTH costuma ser normal ou levemente aumentado, pois as paratireoides não "percebem" o cálcio sérico adequadamente. Um valor de 15,1 mg/dL de cálcio é muito atípico para essa condição.

d) Correta. A intoxicação por vitamina D leva a uma absorção intestinal excessiva de cálcio e ao aumento da reabsorção óssea, resultando em hipercalcemia grave. Esse excesso de cálcio circulante exerce um \*feedback\* negativo nas glândulas paratireoides, suprimindo a secreção de PTH. Portanto, níveis elevados de cálcio com PTH baixo/suprimido sugerem causas não relacionadas à paratireoide, sendo a intoxicação por vitamina D a alternativa que melhor se encaixa no perfil laboratorial de hipercalcemia PTH-independente. No caso clínico, o fósforo está normal, o que pode ocorrer dependendo da fase da intoxicação ou do aporte dietético, mas o parâmetro decisivo é a supressão do PTH.

---

## Questão 26

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta a tríade clássica da Encefalopatia de Wernicke, composta por: 1) Alteração do estado mental (confusão e desorientação); 2) Ataxia (dificuldade para caminhar e alteração do equilíbrio); e 3) Alterações oculomotoras (visão dupla e nistagmo multidirecional). O antecedente de cirurgia bariátrica há 3 anos, associado ao aspecto físico de emagrecimento acentuado (excesso de pele), são fatores de risco cruciais, pois indicam uma provável deficiência nutricional grave de tiamina (vitamina B1), essencial para o metabolismo cerebral.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Encefalite Viral por Herpes Simples tipo 1 costuma apresentar-se com febre alta, cefaleia progressiva e crises convulsivas, além de sinais de focalidade neurológica, já que o vírus tem predileção pelos lobos temporais. Embora cause confusão mental, não explicaria a tríade típica no contexto de uma paciente pós-bariátrica.

b) Incorreta. A deficiência de vitamina A manifesta-se primordialmente por

xeroftalmia (olho seco) e cegueira noturna. Embora possa causar alterações na pele, não causa o quadro neurológico agudo de ataxia e nistagmo descrito na questão.

c) Correta. O quadro é uma apresentação típica da Encefalopatia de Wernicke. Esta condição é causada pela carência de tiamina (B1). Apesar de ser muito lembrada no etilismo crônico, qualquer estado de desnutrição ou má absorção, como ocorre após cirurgias bariátricas, pode desencadear a doença. A presença da tríade completa (confusão, ataxia e nistagmo/oftalmoplegia) ocorre em cerca de um terço dos pacientes, tornando o diagnóstico altamente provável neste cenário.

d) Incorreta. A Encefalite anti-NMDAR é uma condição autoimune que afeta frequentemente mulheres jovens, mas o quadro clínico típico envolve sintomas psiquiátricos agudos, discinesias orofaciais (movimentos involuntários da face e língua), crises epiléticas e instabilidade autonômica. O histórico de cirurgia bariátrica e o exame físico da paciente direcionam o examinador especificamente para uma causa nutricional.

Conclusão:

O diagnóstico é Encefalopatia de Wernicke. O tratamento deve ser iniciado imediatamente com reposição de tiamina intravenosa, preferencialmente antes de qualquer administração de glicose, para evitar o agravamento das lesões neurológicas.

---

## Questão 27

O quadro clínico descreve um paciente com insuficiência respiratória hipoxêmica grave decorrente de sepse pulmonar, o que configura um cenário de alto risco para o desenvolvimento de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). Nesses casos, a ventilação mecânica deve seguir rigorosamente a estratégia de proteção pulmonar para evitar a Lesão Induzida pelo Ventilador (VILI).

Os principais parâmetros para a ventilação protetora são:

1. Volume Corrente (VC): Deve ser calculado com base no PESO PREDITO (baseado na altura e sexo do paciente) e não no peso real. Isso ocorre porque o volume pulmonar não aumenta com o ganho de gordura corporal. O alvo inicial é de 6 mL/kg de peso predito para evitar o volutrauma.
2. Fração Inspirada de Oxigênio (FiO<sub>2</sub>): No ajuste inicial, logo após a intubação de um paciente hipoxêmico, utiliza-se FiO<sub>2</sub> de 100%. Após a estabilização, esse valor deve ser reduzido progressivamente para o menor valor possível que mantenha uma saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) segura (geralmente entre 92-96% ou 88-92%

em casos graves de SDRA).

3. Frequência Respiratória (FR): Deve ser ajustada para manter uma ventilação-minuto adequada, geralmente entre 12 e 20 incursões respiratórias por minuto (irpm). Em pacientes sépticos com provável acidose metabólica, frequências mais baixas (como 10 irpm) podem agravar a acidose por não permitirem a compensação respiratória.

4. PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final): Utilizada para manter os alvéolos abertos e melhorar a oxigenação. Valores iniciais entre 5 e 10 cmH<sub>2</sub>O são comuns para estabilização.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Apresenta o ajuste clássico de proteção pulmonar. Utiliza o peso predito para o cálculo do volume, adota 6 mL/kg (volume protetor), garante oxigenação máxima inicial com FiO<sub>2</sub> de 100% e mantém uma frequência respiratória e PEEP adequadas para o perfil do paciente.

Alternativa (b) Incorreta: Comete dois erros fundamentais ao sugerir o uso do peso real e um volume corrente de 8 mL/kg, o que aumenta o risco de lesão alveolar. Além disso, a FiO<sub>2</sub> de 50% é insuficiente para um paciente que já não estava saturando bem em máscara com reservatório, e a FR de 10 irpm é insuficiente para a demanda metabólica da sepse.

Alternativa (c) Incorreta: O volume corrente de 10 mL/kg de peso predito é considerado excessivo para qualquer paciente em ventilação mecânica atual, especialmente naqueles com pneumonia/sepse, gerando alto risco de volutrauma. A FiO<sub>2</sub> de 50% também é baixa para a estabilização inicial.

Alternativa (d) Incorreta: Embora utilize 6 mL/kg, o cálculo é baseado erroneamente no peso real. A frequência respiratória de 10 irpm é considerada baixa para o manejo inicial de um paciente crítico e séptico, podendo gerar acúmulo de CO<sub>2</sub> e piora da acidemia.

---

## Questão 28

Diagnóstico: A paciente apresenta um quadro de Insuficiência Cardíaca Agudamente Descompensada (ICAD) com fenótipo de Edema Agudo de Pulmão (EAP) hipertensivo. Os achados clínicos principais são dispneia grave, ortopneia, taquipneia (35 irpm), hipoxemia (SpO<sub>2</sub> 85%), hipertensão arterial importante (180/120 mmHg) e presença de estertores crepitantes em campos médios e inferiores. O ritmo de fibrilação atrial

com alta resposta ventricular (155 bpm) é o provável fator desencadeante da descompensação.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A ventilação invasiva (intubação orotraqueal) não é a primeira escolha terapêutica, devendo ser reservada para casos de falha da ventilação não invasiva ou instabilidade extrema com rebaixamento do nível de consciência. A dobutamina é um inotrópico indicado para estados de baixo débito com hipotensão (choque cardiogênico), o que é o oposto do quadro desta paciente, que está hipertensa. O uso de inotrópicos em pacientes hipertensos e taquicárdicos aumenta perigosamente o consumo de oxigênio miocárdico e a pressão arterial.

Alternativa b: Incorreta. Embora a ventilação não invasiva (VNI) esteja indicada, a dobutamina é contraindicada pelo perfil hipertensivo e taquicárdico, como explicado anteriormente. O uso de captopril por via oral não é adequado para o manejo de emergência do edema agudo de pulmão, pois a absorção pode ser lenta e errática em quadros críticos; a preferência é por medicações endovenosas que permitam titulação rápida.

Alternativa c: Incorreta. A ventilação invasiva não é a conduta inicial. O uso de betabloqueadores endovenosos (metoprolol) é contraindicado na fase aguda de uma insuficiência cardíaca descompensada com sinais de congestão pulmonar importante. O efeito inotrópico negativo do betabloqueador pode reduzir ainda mais a contratilidade miocárdica e piorar agudamente o edema pulmonar e a troca gasosa.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve o tratamento padrão para o Edema Agudo de Pulmão hipertensivo. A ventilação não invasiva (VNI) é fundamental para melhorar a oxigenação, reduzir o trabalho respiratório e diminuir a pré-carga e a pós-carga cardíacas, reduzindo a taxa de intubação. O nitrato endovenoso (como nitroglicerina ou nitroprussiato) promove vasodilatação rápida, reduzindo a pós-carga (facilitando o trabalho do ventrículo esquerdo) e a pré-carga. A furosemida endovenosa auxilia na redução da congestão pulmonar por meio de seu efeito diurético e sua ação vasodilatadora venosa inicial.

---

## Questão 29

O quadro clínico descreve uma intoxicação grave por magnésio (hipermagnesemia), evidenciada pelo nível sérico de 8,6 mg/dL e pelas manifestações clássicas: bradicardia, hipotensão, sonolência e hiporreflexia (a perda de reflexos tendinosos profundos ocorre geralmente com níveis acima de 5-7 mg/dL). O paciente possui Doença Renal Crônica (DRC) estágio 5, o que é o principal fator de risco, pois a

excreção de magnésio é quase exclusivamente renal.

Alternativa (a): Correta. Em casos de hipermagnesemia grave com sintomas cardíacos ou neurológicos, a conduta imediata é a administração de cálcio intravenoso (gluconato ou cloreto de cálcio). O cálcio atua como um antagonista direto dos efeitos do magnésio na membrana miocárdica e na junção neuromuscular, revertendo temporariamente a toxicidade. Como o paciente tem DRC estágio 5 (TFG de 9 mL/min), ele não consegue eliminar o magnésio pela urina, tornando a hemodiálise a terapia definitiva necessária para a remoção da substância.

Alternativa (b): Incorreta. A expansão volêmica com solução salina isotônica associada ao uso de diuréticos de alça (furosemida) é a conduta de escolha para pacientes que possuem função renal preservada, visando aumentar a excreção urinária de magnésio. No entanto, para um paciente com TFG de 9 mL/min, essa estratégia é ineficaz e pode causar sobrecarga volumétrica e edema agudo de pulmão.

Alternativa (c): Incorreta. As resinas de troca iônica associadas ao sorbitol são utilizadas no tratamento da hiperpotassemia (excesso de potássio), não possuindo indicação ou eficácia no manejo da hipermagnesemia.

Alternativa (d): Incorreta. O bicarbonato de sódio é utilizado em situações específicas de acidose metabólica ou para auxiliar no manejo da hiperpotassemia. Ele não antagoniza os efeitos do magnésio no coração ou no sistema nervoso, sendo o cálcio o agente essencial para essa finalidade antes do início da diálise.

---

### Questão 30

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de tireotoxicose, evidenciado pela perda de peso significativa (10 kg em 3 meses), intolerância ao calor, sudorese, tremores de extremidades e palpitações. O relato de pescoço inchado indica a presença de bócio. O dado fundamental para o diagnóstico diferencial é a queixa ocular (olhos vermelhos), que sugere a orbitopatia endócrina. A combinação de hipertireoidismo, bócio difuso e orbitopatia é característica da Doença de Graves.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A tireoidite subaguda (como a de Quervain) apresenta-se tipicamente com dor cervical intensa, muitas vezes irradiada para a mandíbula ou ouvidos, acompanhada de febre e sintomas de tireotoxicose transitória. Ela não

evolui com orbitopatia (comprometimento ocular).

Alternativa (b) CORRETA: A Doença de Graves é uma patologia autoimune causada pela produção de anticorpos estimuladores do receptor de TSH (TRAb). Esses anticorpos promovem a hiperfunção da glândula tireoide e também agem nos tecidos retro-orbitários e na pele. É a causa mais comum de hipertireoidismo e a única que explica o bócio associado à queixa ocular (orbitopatia), confirmando a origem autoimune do quadro.

Alternativa (c) INCORRETA: O tumor produtor de TSH (adenoma hipofisário) é uma causa rara de hipertireoidismo central. Nele, os níveis de TSH estariam altos ou inadequadamente normais para níveis elevados de T4 livre. Embora possa causar bócio, não está associado à orbitopatia de Graves, que depende da presença de autoanticorpos.

Alternativa (d) INCORRETA: Esta alternativa está errada tanto na fisiopatologia quanto na definição do diagnóstico. A orbitopatia de Graves é causada pela ação de anticorpos (TRAb) que ativam receptores de TSH nos fibroblastos e adipócitos da órbita, e não pelo hormônio TSH propriamente dito. Além disso, o enunciado pede o diagnóstico mais provável para o quadro sistêmico da paciente, e não apenas uma explicação para o sintoma ocular.

---

### Questão 31

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de dano actínico crônico. Mulheres idosas com fototipo baixo (pele clara) são o grupo de maior risco para o desenvolvimento de queratoses actínicas, descritas no exame físico como pápulas eritematosas de superfície áspera e descamativa em áreas fotoexpostas (face, colo e braços). O eritema difuso nessas áreas reforça a presença de fotossensibilidade ou dano solar acentuado.

Diagnóstico e Conduta:

O diagnóstico principal é de múltiplas queratoses actínicas, que são lesões pré-malignas decorrentes da exposição solar acumulada. O ponto-chave da questão é identificar qual dos medicamentos em uso pela paciente pode estar contribuindo para essa sensibilidade excessiva à radiação ultravioleta ou para o aumento do risco de lesões cutâneas induzidas pelo sol.

Explicação das Alternativas:

a) Paracetamol: É um analgésico e antipirético de uso comum que não possui

associação documentada com reações de fotossensibilidade ou aumento do risco de lesões pré-neoplásicas cutâneas. Portanto, não há indicação clínica para sua substituição neste contexto.

b) Hidroclorotiazida (Correta): Este diurético tiazídico é amplamente conhecido na literatura médica por suas propriedades fotossensibilizantes. Estudos epidemiológicos robustos demonstraram que o uso crônico de hidroclorotiazida está associado a um risco aumentado de desenvolvimento de câncer de pele não melanoma (carcinoma espinocelular e carcinoma basocelular) e de suas lesões precursoras, as queratoses actínicas. A droga sensibiliza a pele à radiação ultravioleta, potencializando o dano actínico. Diante de uma paciente com fototipo I e múltiplas lesões actínicas, a substituição da hidroclorotiazida por outra classe de anti-hipertensivo (como um inibidor da ECA ou bloqueador de receptor de angiotensina) é uma medida preventiva recomendada.

c) Metoprolol: Trata-se de um betabloqueador. Embora os betabloqueadores possam, raramente, causar erupções psoriasiformes ou exantemas, eles não são agentes fotossensibilizantes típicos e não estão relacionados ao surgimento de queratoses actínicas.

d) Sinvastatina: As estatinas podem, em casos muito raros, estar associadas a quadros de dermatomiosite induzida por drogas ou erupções liquenoides, mas não são a causa principal de fotossensibilidade crônica que leve ao desenvolvimento de queratoses actínicas como as descritas no caso.

Conclusão:

A hidroclorotiazida é o medicamento que deve ser substituído devido ao seu potencial de fotossensibilização e relação direta com o aumento do risco de carcinogênese cutânea em pacientes predispostos.

---

### Questão 32

O quadro clínico descrito aponta para uma alteração aguda do estado mental em uma paciente idosa, o que é a marca registrada do delirium.

A alternativa (c) está correta porque a paciente apresenta um início agudo (há 5 dias) de flutuação do nível de consciência e do comportamento, com piora no fim da tarde (fenômeno conhecido como sundowning ou "entardecer"), inversão do ciclo sono-vigília e agitação psicomotora evidente (levantar-se, retirar as roupas e recusar exames). O delirium hiperativo é caracterizado justamente por esse estado de alerta aumentado, inquietação e agitação, sendo muito comum em idosos hospitalizados ou com alterações agudas de saúde. As quedas frequentes e o início de novas

medicações há um mês são fatores de risco e possíveis gatilhos para o quadro.

A alternativa (a) está incorreta porque, embora a quetiapina possa causar efeitos colaterais como hipotensão ortostática (contribuindo para as quedas), o quadro de agitação psicomotora súbita e flutuante é mais bem definido pela síndrome clínica do delirium. A medicação pode ser um fator precipitante do delirium, mas o diagnóstico da condição atual é a síndrome neuropsiquiátrica em si.

A alternativa (b) está incorreta porque, apesar de pacientes com demência terem maior risco de delirium, a descrição foca na mudança aguda ocorrida nos últimos 5 dias. Uma descompensação de demência sem um fator intercorrente não costuma ser tão súbita. O termo correto para uma descompensação aguda com flutuação de consciência e agitação em um idoso é delirium (frequentemente sobreposto a uma demência prévia).

A alternativa (d) está incorreta porque os transtornos do sono primários do envelhecimento não explicam a agitação psicomotora vespertina, a desorientação comportamental (retirar as roupas) nem o caráter agudo da mudança de comportamento. O prejuízo no sono aqui é um sintoma componente do delirium, e não a causa primária.

---

### Questão 33

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro de infecção de sítio cirúrgico (coleção subfrênica) surgido 10 dias após uma laparotomia exploradora por colecistite perfurada. O resultado da cultura do líquido drenado identifica *Pseudomonas aeruginosa* com um perfil de multirresistência, sendo resistente a quase todas as classes testadas, exceto pela sensibilidade intermediária (I) ao meropenem e à piperacilina/tazobactam.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A *Pseudomonas aeruginosa* com esse perfil de resistência, isolada em um paciente internado há 10 dias e submetido a cirurgia abdominal prévia, é um agente típico de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) e não uma infecção domiciliar/comunitária.

Alternativa (b) Incorreta: O termo ESBL (Beta-lactamase de Espectro Estendido) é utilizado quase exclusivamente para descrever um mecanismo de resistência em enterobactérias (como *E. coli* e *Klebsiella*). A resistência da *Pseudomonas aeruginosa* é multifatorial, envolvendo frequentemente bombas de efluxo, impermeabilidade de membrana (perda de porinas como a OprD) e produção de AmpC ou

carbapenemases, mas não é classificada como fenótipo ESBL no contexto clínico usual.

Alternativa (c) Correta: O diagnóstico é de infecção de sítio cirúrgico (tipo órgão/espaco). De acordo com as normas atuais do BrCAST/EUCAST, a classificação "I" (Intermediário) foi redefinida para significar "Sensível aumentando a exposição". Isso significa que o microrganismo pode ser tratado com a droga, desde que se utilize a dose máxima permitida e estratégias para otimizar a farmacodinâmica, como a infusão prolongada (geralmente por 3 a 4 horas). Como o meropenem (MIC 4,0) e a piperacilina/tazobactam (MIC 16,0) estão nessa categoria no antibiograma da imagem, ambos são opções terapêuticas válidas sob essas condições.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a ceftazidima-avibactam seja uma opção para *Pseudomonas* multirresistentes, o antibiograma ainda apresenta opções na categoria "I" que podem ser utilizadas com otimização de dose e tempo de infusão. Portanto, não se pode afirmar que o tratamento "requer" obrigatoriamente essa droga de reserva, sendo possível tentar o tratamento com meropenem ou piperacilina/tazobactam conforme orientado na alternativa C.

---

### Questão 34

CONCEITO-CHAVE: O \*DIP\* DA CREATININA COM INIBIDORES DA SGLT2

O ponto fundamental desta questão é o reconhecimento de uma alteração fisiológica esperada ao iniciar os inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2), como a dapagliflozina. Essas drogas promovem o aumento da oferta de sódio ao túbulo distal, o que ativa o \*feedback\* tubuloglomerular, levando à vasoconstrição da arteríola aferente. O resultado é uma redução da pressão intraglomerular, o que clinicamente se manifesta como uma queda inicial da Taxa de Filtração Glomerular (TFGe) e um leve aumento da creatinina sérica, fenômeno conhecido como \*creatinine dip\*.

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresentou um aumento da creatinina de 1,50 mg/dL para 1,67 mg/dL após 4 semanas de uso de dapagliflozina. Isso representa um aumento de aproximadamente 11,3%. Na prática nefrológica e cardiológica, considera-se aceitável um aumento de até 30% na creatinina sérica (ou uma queda de até 30% na TFGe) após o início de iSGLT2 ou de inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (IECA/BRA), desde que o paciente esteja assintomático e com níveis de potássio controlados.

Como o paciente está assintomático, o potássio permaneceu estável em 4,2 mEq/L e o aumento da creatinina foi bem inferior ao limite de 30%, a conduta correta é manter o tratamento, pois esse efeito hemodinâmico está diretamente relacionado à nefroproteção a longo prazo.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

**Alternativa A (CORRETA):** Manter todas as medicações em uso atual e reavaliar na próxima consulta. Como o aumento da creatinina foi de apenas 11%, dentro da faixa de tolerância de 30%, e o paciente não apresenta distúrbios eletrolíticos (potássio normal) ou sintomas de depleção de volume, a conduta é manter a terapia. O benefício de redução da albuminúria e da progressão da doença renal crônica supera essa oscilação laboratorial inicial.

**Alternativa B (INCORRETA):** Manter as medicações em uso prévio e suspender dapagliflozina. A suspensão seria um erro, pois o aumento da creatinina observado não caracteriza lesão renal aguda, mas sim um ajuste hemodinâmico protetor. Retirar a droga privaria o paciente de um tratamento com comprovado benefício em reduzir a mortalidade e a falência renal em diabéticos com albuminúria.

**Alternativa C (INCORRETA):** Suspender a metformina e manter a dapagliflozina. As diretrizes recomendam cautela com a metformina quando a TFG<sub>e</sub> cai abaixo de 45 mL/min, geralmente sugerindo redução da dose pela metade (máximo 1000 mg/dia) e suspensão apenas se a TFG<sub>e</sub> for inferior a 30 mL/min. Embora a TFG<sub>e</sub> do paciente tenha atingido 44 mL/min, a questão foca na resposta aguda ao iSGLT2. Manter a medicação glicêmica atual enquanto se monitora o \*dip\* inicial é a conduta mais adequada para este momento de reavaliação de 4 semanas.

**Alternativa D (INCORRETA):** Suspender o enalapril e manter a dapagliflozina. O enalapril (IECA) é peça-chave no tratamento da doença renal diabética por reduzir a pressão intraglomerular (via vasodilatação da arteríola eferente). Não há motivo para suspendê-lo, já que o potássio está normal e o aumento da creatinina foi discreto. A combinação de IECA e iSGLT2 é a base da terapia de nefroproteção atual.

#### RESUMO DA CONDUTA

Se a creatinina subir menos de 30% e o potássio estiver normal: Manter a conduta e reavaliar.

Se a creatinina subir mais de 30% ou houver hipercalemia: Investigar causas secundárias (hipovolemia, uso de anti-inflamatórios, estenose de artéria renal) e considerar ajuste de dose.

### Questão 35

O quadro clínico de um homem de 52 anos com monoartrite aguda no tornozelo, história prévia de dor recorrente no hálux (quadro clássico de podagra) e uso de diurético tiazídico é altamente sugestivo de Artrite Gotosa (Gota). O manejo adequado envolve o tratamento da inflamação aguda e a identificação de fatores desencadeantes.

Alternativa a: Incorreta. Esta conduta seria indicada para Artrite Séptica. Embora a infecção seja um diagnóstico diferencial importante em monoartrites agudas, a história de crises recorrentes no hálux e a ausência de febre tornam o diagnóstico de gota muito mais provável. A lavagem articular é um procedimento invasivo desnecessário neste caso inicial.

Alternativa b: Incorreta. O alopurinol é uma droga hipouricemiante utilizada para o controle crônico da uricemia. Ele não deve ser iniciado durante uma crise aguda de gota, pois a redução brusca dos níveis séricos de ácido úrico pode causar a mobilização de cristais de urato dos tecidos para a articulação, agravando ou prolongando o processo inflamatório. Além disso, a sinvastatina não possui relação direta com a gênese da crise.

Alternativa c: Incorreta. Os opioides podem ser utilizados para controle da dor em casos refratários, mas não atuam na fisiopatologia inflamatória da doença. Embora os corticoides (como a betametasona) sejam opções válidas para tratar a crise de gota, a conduta descrita na alternativa d é mais completa e correta ao abordar o fator farmacológico desencadeante.

Alternativa d: Correta. A colchicina é um dos fármacos de primeira linha para o tratamento da crise aguda de gota, atuando na inibição da quimiotaxia de neutrófilos para a articulação. Além do tratamento medicamentoso da crise, é fundamental suspender o uso da hidroclorotiazida. Os diuréticos tiazídicos aumentam a reabsorção de ácido úrico nos túbulos renais, sendo uma causa clássica de hiperuricemia secundária e fator precipitante de crises em pacientes predispostos.

---

### Questão 36

Esta questão aborda o protocolo de rastreamento de Infecção Latente por Tuberculose (ILTb) em pacientes que iniciarão terapia com medicamentos biológicos, especificamente os inibidores do TNF-alfa (como o adalimumabe). Esses medicamentos aumentam significativamente o risco de reativação de focos latentes de *Mycobacterium tuberculosis*.

Análise da Imagem:

A radiografia de tórax apresentada nas incidências em PA (póstero-anterior) e perfil encontra-se normal. Não há evidências de opacidades parenquimatosas, linfonodomegalias hilares, derrames pleurais ou, crucialmente, sinais de sequelas de tuberculose (como granulomas calcificados ou fibrose apical).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento preventivo da tuberculose (antigamente chamado de quimioprofilaxia) não deve ser iniciado de forma empírica apenas pelo uso do biológico. É necessário primeiro comprovar a infecção latente por meio de testes imunológicos, já que a radiografia de tórax é normal.

Alternativa b) Incorreta. Liberar o uso do adalimumabe sem completar o rastreamento de ILTB é uma conduta insegura. O risco de reativação de tuberculose grave e disseminada em pacientes usando anti-TNF sem a devida profilaxia é elevado.

Alternativa c) Incorreta. A tomografia de tórax não é o exame de escolha para rastreamento de ILTB em pacientes assintomáticos com radiografia de tórax normal. Ela seria reservada para casos em que a radiografia fosse duvidosa ou houvesse sintomas respiratórios sugestivos de doença ativa.

Alternativa d) Correta. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e das sociedades brasileiras de Reumatologia e Pneumologia, o rastreamento de ILTB consiste em: avaliação clínica (ausência de sintomas), radiografia de tórax e a realização de um teste imunológico, que pode ser a Prova Tuberculínica (PPD) ou o IGRA (Ensaio de Liberação de Interferon-gama). Como a paciente é assintomática e tem radiografia normal, o próximo passo indispensável é verificar a positividade de um desses testes. Se o PPD for maior ou igual a 5 mm (ponto de corte para imunossuprimidos ou candidatos a biológicos) ou o IGRA for positivo, o tratamento preventivo estará indicado antes ou simultaneamente ao início do adalimumabe.

Resumo da conduta: Diante de uma candidata ao uso de anti-TNF com radiografia de tórax normal e sem sintomas, deve-se realizar o PPD ou IGRA para definir a necessidade de tratamento preventivo.

---

### Questão 37

DIAGNÓSTICO: POLIMIALGIA REUMÁTICA (PMR)

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO:

O caso apresenta uma paciente de 67 anos com dor e rigidez matinal prolongada (mais de 1 hora) localizadas nas cinturas escapular (ombros) e pélvica (quadril). Este é o cenário clássico da polimialgia reumática. A presença de marcadores inflamatórios elevados (VHS 75 mm e PCR 63 mg/L), anemia de doença crônica e a exclusão de neoplasias e infecções reforçam o diagnóstico. Outro ponto fundamental é o achado ultrassonográfico de bursite subacromial bilateral e bursite glútea, que são marcadores de imagem altamente sugestivos de PMR, segundo os critérios classificatórios EULAR/ACR 2012.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Osteoartrite de ombros e quadril: A osteoartrite é uma condição mecânico-degenerativa. Nela, a rigidez matinal costuma ser curta (geralmente menos de 30 minutos), a dor piora com o esforço e melhora com o repouso, e não há elevação significativa de provas inflamatórias (VHS e PCR), nem sintomas sistêmicos como febre e perda ponderal.

b) Artrite reumatoide: Embora a artrite reumatoide possa começar em grandes articulações no idoso, ela tipicamente envolve pequenas articulações das mãos e pés de forma simétrica e erosiva. Na questão, o fator reumatoide e o FAN são negativos. Além disso, o padrão de imagem revelou bursites (inflamações em tecidos moles/anexos) e não sinovite articular franca, o que direciona para a PMR.

c) Artropatia microcristalina: Condições como a gota ou a pseudogota manifestam-se geralmente como crises agudas de artrite, muitas vezes monoarticulares ou oligoarticulares (como no joelho ou hálux). Embora a pseudogota possa, em casos raros, mimetizar a PMR no idoso, a simetria das bursites e o quadro clínico de três meses com marcadores inflamatórios tão altos favorecem amplamente o diagnóstico de polimialgia reumática.

d) Polimialgia reumática: Esta é a alternativa correta. A doença acomete obrigatoriamente indivíduos acima de 50 anos, manifestando-se com dor proximal simétrica e rigidez matinal superior a 45-60 minutos. A ausência de autoanticorpos (fator reumatoide e FAN) é o esperado na maioria dos casos. O achado ultrassonográfico de bursite subacromial bilateral e bursite glútea/trocantérica é extremamente característico e faz parte dos critérios diagnósticos atuais.

Gabarito: Letra (d).

### Questão 38

O diagnóstico principal para este caso é Abscesso Pulmonar Primário. A história clínica apresenta elementos clássicos: o paciente teve uma crise convulsiva há dois meses, o que representa um evento de risco para aspiração de conteúdo orofaríngeo. O alcoolismo crônico e o mau estado de conservação dentária (que aumenta a carga de bactérias anaeróbias na boca) reforçam essa hipótese. O sintoma de expelir grande quantidade de secreção purulenta (mais de 100 mL), conhecido como vômita, ocorre quando o abscesso pulmonar se rompe para o interior de um brônquio. O exame físico demonstra sinais de consolidação pulmonar na base direita, local mais comum de aspiração devido à anatomia do brônquio fonte direito.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o paciente seja tabagista e apresente perda de peso, o quadro clínico atual está diretamente relacionado a um evento agudo/subagudo após a perda de consciência (aspiração). O câncer de pulmão pode sofrer necrose central e formar cavidades (abscedado), mas a história de convulsão e a vômita sugerem fortemente a etiologia infecciosa aspirativa. Além disso, a tomografia de alta resolução é indicada para doenças do interstício pulmonar, não sendo o exame inicial de escolha para investigar abscesso.

b) Incorreta. A tuberculose pulmonar é um diagnóstico diferencial importante em casos de febre, tosse e emagrecimento. No entanto, a tuberculose costuma ter um curso mais insidioso e não costuma estar vinculada a um episódio de convulsão recente com vômita volumosa. O exame inicial para qualquer suspeita de doença pulmonar cavitária é a radiografia de tórax, e não a tomografia convencional de imediato.

c) Correta. O quadro é típico de abscesso pulmonar primário, cuja principal causa é a aspiração de secreções de vias aéreas superiores contendo bactérias anaeróbias. O diagnóstico é clínico-radiológico, sendo a radiografia de tórax nas incidências PA (póstero-anterior) e perfil o exame mais adequado para a investigação inicial. Na radiografia, espera-se encontrar uma imagem cavitária, frequentemente com nível hidroaéreo em seu interior.

d) Incorreta. Bronquiectasias são dilatações permanentes e anormais dos brônquios que causam tosse produtiva crônica por meses ou anos, geralmente com períodos de exacerbação. O paciente em questão estava bem até dois meses atrás, indicando um processo agudo ou subagudo iniciado após a convulsão, o que aponta para abscesso e não para uma doença estrutural crônica como a bronquiectasia.

### Questão 39

A questão apresenta um quadro clínico clássico de uma farmacodermia grave. O paciente iniciou o uso de carbamazepina há 40 dias e apresenta febre, exantema, edema facial e linfonodomegalia generalizada.

A alternativa (a) está correta. A Síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) é uma reação de hipersensibilidade tardia a drogas, ocorrendo tipicamente entre 2 e 8 semanas após o início da medicação (período compatível com os 40 dias do caso). Os critérios diagnósticos incluem o uso de medicação suspeita (carbamazepina é uma das principais causas), febre, exantema morbiliforme (ou rubeoliforme), linfonodomegalia e o edema de face, que é um sinal clínico muito característico e sugestivo desta síndrome. Laboratorialmente, costuma cursar com eosinofilia e alteração de transaminases, embora a questão foque nos achados clínicos e epidemiológicos.

A alternativa (b) está incorreta. A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) caracteriza-se clinicamente por lesões cutâneas que evoluem com descolamento epidérmico (menos de 10 por cento da superfície corporal) e, obrigatoriamente, acometimento de mucosas (oral, ocular ou genital) com formação de crostas hemorrágicas. O quadro descrito não menciona acometimento mucoso nem sinal de Nikolsky positivo ou descolamento de pele.

A alternativa (c) está incorreta. O Eritema Polimorfo Minor é geralmente desencadeado por infecções (como o vírus Herpes Simplex) e apresenta lesões em alvo ou íris localizadas, preferencialmente em extremidades, sem o componente sistêmico grave, como a linfonodomegalia generalizada e o edema facial descritos.

A alternativa (d) está incorreta. A Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) é a forma mais grave do espectro SSJ, envolvendo descolamento de mais de 30 por cento da superfície corporal. É um quadro de falência cutânea aguda com grande instabilidade hemodinâmica, diferente do exantema rubeoliforme e da linfonodomegalia apresentados pelo paciente.

---

### Questão 40

Análise do caso clínico:

O paciente é um idoso fumante com diagnóstico de DPOC e sintomas persistentes (dispneia progressiva e tosse), apesar do uso de uma combinação de LABA e corticoide inalatório (formoterol e budesonida). A espirometria apresentada na tabela confirma o diagnóstico e a gravidade da doença. A relação VEF1/CVF pós-broncodilatador de 0,41 (abaixo de 0,70) define a presença de obstrução fixa ao

fluxo aéreo. O VEF1 pós-broncodilatador de 1,50 L representa 48% do valor previsto, o que classifica o paciente, segundo os critérios GOLD, como tendo uma limitação ao fluxo aéreo grave (GOLD 3).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. De acordo com as diretrizes atuais (GOLD), a base do tratamento da DPOC é a broncodilatação. Para pacientes que permanecem sintomáticos em uso de monoterapia ou na associação de LABA com corticoide inalatório, a conduta preferencial é a transição para a dupla broncodilatação com LAMA (antagonista muscarínico de longa duração) e LABA (agonista beta-2 de longa duração). A associação LAMA/LABA é superior ao uso de corticoide inalatório para o controle de sintomas e redução da hiperinsuflação na DPOC. O salbutamol (SABA) deve ser mantido como medicação de alívio para uso conforme a necessidade.

Alternativa b) Incorreta. Manter o tratamento atual não é adequado, pois o paciente não apresentou melhora clínica após três meses de uso correto. Na DPOC, o corticoide inalatório (budesonida) deve ser utilizado de forma criteriosa, sendo geralmente reservado para pacientes com histórico de asma, exacerbações frequentes ou contagem de eosinófilos elevada, o que não foi destacado no caso.

Alternativa c) Incorreta. A terapia tripla (LAMA/LABA/corticoide) é um passo posterior, indicado para pacientes que mantêm exacerbações ou sintomas graves mesmo em uso de dupla terapia (especialmente se houver indicação para o corticoide). Além disso, a oxigenoterapia domiciliar é incorreta para este paciente, pois sua saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) em repouso é de 92%. Os critérios para oxigenoterapia domiciliar prolongada exigem SpO<sub>2</sub> menor ou igual a 88% ou PaO<sub>2</sub> menor ou igual a 55 mmHg (ou entre 56-59 mmHg se houver cor pulmonale ou policitemia).

Alternativa d) Incorreta. Embora a troca para LAMA/LABA esteja correta para otimizar a função pulmonar, a associação com oxigenoterapia domiciliar não tem indicação clínica neste momento, conforme explicado anteriormente, devido aos níveis de oxigenação do paciente (SpO<sub>2</sub> de 92%).

---

### Questão 41

O caso clínico apresenta um paciente idoso (70 anos) com um quadro de evolução subaguda (cinco semanas), caracterizado por cefaleia persistente e alterações neuropsiquiátricas (apatia e lentificação), culminando em um déficit motor focal (hemiparesia à direita).

O ponto-chave para a localização neuroanatômica é o déficit motor: se o paciente

apresenta hemiparesia e sinais de liberação piramidal (reflexos vivos e sinal de Babinski) no lado direito, a lesão obrigatoriamente encontra-se no hemisfério cerebral esquerdo.

A hipótese diagnóstica principal para um idoso com cefaleia de início recente, mudança de comportamento e déficit focal de instalação gradual é o Hematoma Subdural Crônico (HSDC). O HSDC ocorre frequentemente após traumas leves (muitas vezes esquecidos pelo paciente) devido à fragilidade das veias em ponte e ao espaço aumentado pela atrofia cerebral senil.

Análise das alternativas:

a) Correta. O déficit à direita indica lesão no hemisfério esquerdo. O quadro de evolução em cinco semanas com cefaleia e alteração de comportamento é clássico do hematoma subdural crônico no idoso. A tomografia de crânio é o exame de escolha inicial pela rapidez, disponibilidade e alta sensibilidade para detectar coleções extra-axiais.

b) Incorreta. Embora um meningioma (tumor benigno) pudesse causar sintomas compressivos à esquerda, o quadro de cinco semanas com rápida progressão para apatia e déficit motor em um idoso torna o hematoma subdural uma hipótese muito mais provável e comum na prática de pronto-socorro. Além disso, a alternativa A descreve a patologia que melhor se correlaciona com o quadro clínico típico de "pseudodemência" ou flutuação do nível de consciência no idoso.

c) Incorreta. Existe um erro de localização anatômica. Se o déficit motor (hemiparesia) é no hemicorpo direito, a lesão não pode estar no lado direito do cérebro, mas sim no lado esquerdo (contralateral).

d) Incorreta. Novamente, há erro de localização (a lesão deve ser à esquerda). Além disso, um "hematoma cerebral" (intraparenquimatoso) costuma ter uma instalação súbita (quadro de AVC hemorrágico), e não uma evolução arrastada de cinco semanas como descrito no enunciado. A ressonância magnética, embora excelente, não é o primeiro exame indicado na urgência se a tomografia estiver disponível.

Conclusão: Diante de um idoso com déficit focal contralateral e sintomas de hipertensão intracraniana de evolução subaguda, o diagnóstico de Hematoma Subdural Esquerdo deve ser a primeira suspeita, sendo a Tomografia de Crânio o exame indicado para confirmação.

## Questão 42

Diagnóstico e raciocínio clínico:

A paciente de 63 anos apresenta um quadro clássico de Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM). A queda dos níveis de estrogênio após a menopausa leva à atrofia do epitélio vaginal, redução da vascularização e da lubrificação, resultando em dispareunia e secura. Quando o uso de lubrificantes e hidratantes vaginais não é suficiente para o alívio dos sintomas, a terapia hormonal local é a conduta padrão.

Alternativa a: Incorreta. A laserterapia (como o laser de CO2 ou Erbium:YAG) é uma tecnologia que tem sido utilizada para melhorar o trofismo vaginal ao estimular a produção de colágeno. No entanto, ela ainda é considerada uma opção de segunda linha ou alternativa para pacientes que possuem contraindicações absolutas ao uso de estrogênio (como histórico de câncer de mama sensível a hormônios). O estrogênio tópico continua sendo o padrão-ouro e a primeira escolha em diretrizes clínicas.

Alternativa b: Correta. O uso de estrogênio por via vaginal (seja na forma de estriol, promestrieno ou estradiol em doses ultrabaixas) é o tratamento farmacológico de primeira linha para a atrofia vulvovaginal moderada a grave. O estriol tópico age restaurando a integridade do epitélio e a flora vaginal com uma absorção sistêmica mínima, o que o torna seguro e eficaz para mulheres na pós-menopausa, mesmo aquelas com idade mais avançada.

Alternativa c: Incorreta. A tibolona é uma terapia hormonal sistêmica que possui ação estrogênica, progestogênica e androgênica. Embora ajude nos sintomas de secura vaginal, não é a conduta mais adequada para sintomas puramente locais. Além disso, a paciente tem 63 anos e parou a terapia hormonal há 5 anos; iniciar terapia sistêmica após os 60 anos ou após 10 anos de menopausa aumenta os riscos cardiovasculares, ultrapassando a chamada janela de oportunidade.

Alternativa d: Incorreta. A terapia estroprogestativa transdérmica é uma forma de terapia hormonal sistêmica. Sua principal indicação é o tratamento de sintomas vasomotores (fogachos) e prevenção de osteoporose em mulheres na pós-menopausa. Para o tratamento isolado de secura vaginal, a via vaginal é preferível por ser mais eficaz no tecido-alvo e apresentar menor risco de efeitos colaterais sistêmicos e tromboembólicos.

### Questão 43

O ponto central desta questão é a interação farmacológica entre a lamotrigina, um estabilizador de humor e anticonvulsivante, e os hormônios contraceptivos, especificamente os estrogênios.

Alternativa (a): CORRETA. A medroxiprogesterona trimestral é um método contraceptivo composto exclusivamente por progestagênio. Ao contrário dos estrogênios, os métodos contendo apenas progestagênio não induzem de forma significativa o metabolismo da lamotrigina. Assim, este método é seguro para a paciente, pois não reduz os níveis séricos do medicamento, garantindo a manutenção da estabilidade do tratamento do transtorno bipolar.

Alternativa (b): INCORRETA. O etinilestradiol, presente na maioria dos anticoncepcionais combinados, é um potente indutor das enzimas de glicuronidação (especialmente a UGT1A4) que metabolizam a lamotrigina. O uso de contraceptivos combinados pode reduzir os níveis plasmáticos de lamotrigina em até 50%, o que aumenta significativamente o risco de recaídas psiquiátricas ou crises convulsivas.

Alternativa (c): INCORRETA. Embora o estradiol seja quimicamente diferente do etinilestradiol, ele também promove a indução do metabolismo da lamotrigina, levando à redução de sua eficácia terapêutica. Portanto, qualquer método hormonal combinado (estrogênio + progestagênio) deve ser evitado nesta paciente.

Alternativa (d): INCORRETA. O diafragma é um método de barreira e não apresenta interações medicamentosas. Contudo, possui uma eficácia contraceptiva menor (maior taxa de falha no uso típico) quando comparado aos métodos hormonais injetáveis ou de longa duração. Em questões de prova, busca-se o método que ofereça o melhor equilíbrio entre segurança (ausência de interação) e alta eficácia, o que torna a medroxiprogesterona a escolha mais adequada.

Em resumo: O estrogênio reduz os níveis de lamotrigina no sangue. Por isso, em pacientes que usam lamotrigina, deve-se priorizar métodos sem estrogênio, como progestagênios isolados (injetável trimestral, implante, minipílula), DIU de cobre ou DIU de levonorgestrel.

---

### Questão 44

Análise do caso: Mulher de 34 anos com infertilidade primária (18 meses), parceiro com espermograma normal e ciclos ovulatórios. O diagnóstico principal é endometriose profunda com distorção anatômica evidenciada por ressonância magnética.

Alternativa (a) Incorreta: A inseminação intrauterina (IIU) é uma técnica de baixa complexidade que exige, obrigatoriamente, integridade anatômica e funcional das tubas uterinas. A presença de endometriose profunda com distorção anatômica sugere um comprometimento mecânico e inflamatório grave (estágios III ou IV), o que torna a IIU pouco eficaz. Além disso, a técnica não resolve o problema estrutural causado pela doença.

Alternativa (b) Incorreta: O tratamento medicamentoso da endometriose, incluindo o uso de análogos do GnRH, é eficaz para o manejo da dor, mas não possui benefício comprovado na melhora das taxas de fertilidade. O uso dessas medicações suspende a ovulação e "desperdiça" tempo reprodutivo da paciente, sem remover as lesões ou corrigir a distorção anatômica que impede a gestação.

Alternativa (c) Correta: Diante de uma paciente jovem com distorção anatômica pélvica e fator masculino normal, a conduta mais adequada é a cirurgia conservadora (preferencialmente por laparoscopia). O objetivo é realizar a exérese dos focos de endometriose profunda, a lise de aderências e a restauração da anatomia pélvica e da relação entre as tubas e os ovários. Esse procedimento aumenta as chances de concepção espontânea e melhora os resultados de futuras técnicas de reprodução assistida, caso venham a ser necessárias.

Alternativa (d) Incorreta: Não há motivo para contraindicar a gestação espontânea, uma vez que a correção cirúrgica da doença pode restaurar a fertilidade da paciente. A preservação de óvulos para fertilização in vitro (FIV) é uma estratégia válida para a preservação da reserva ovariana antes de cirurgias que possam comprometer o parênquima ovariano, mas a alternativa coloca isso como uma proibição à gestação espontânea, o que está incorreto para este cenário.

---

### Questão 45

O caso apresenta uma paciente idosa com Carcinoma de Células Escamosas (CCE) de vulva de 3 cm de extensão, localizado lateralmente (grande lábio esquerdo). O estudo imuno-histoquímico (p16 negativo e p53 anormal) confirma que se trata de um tumor não relacionado ao HPV, associado à linhagem da neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada (dVIN), comum em mulheres mais velhas.

Para o tratamento do câncer de vulva, a conduta é baseada no estadiamento e na localização da lesão. O objetivo atual é realizar uma cirurgia o menos mutilante possível, desde que garanta margens oncológicas (geralmente 1 a 2 cm).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A vulvectomy radical (retirada de toda a vulva) é uma cirurgia extremamente agressiva e está em desuso para lesões unifocais e localizadas, sendo preferida a ressecção radical local ou hemivulvectomy. Além disso, a linfadenectomy bilateral só é obrigatória se a lesão for central (clitóris, uretra, períneo) ou ultrapassar a linha média, o que não ocorre neste caso (lesão lateral no grande lábio).

b) Incorreta. A "skinning" vulvectomy consiste na retirada apenas da pele da vulva com preservação do tecido subcutâneo. É um procedimento indicado para lesões pré-neoplásicas extensas (VIN), mas é absolutamente contraindicado para o carcinoma invasor, que exige margens profundas e avaliação linfonodal.

c) Incorreta. A quimiorradioterapia primária é reservada para casos de doença localmente avançada (estádios III ou IV), nos quais a cirurgia inicial exigiria a exenteração de órgãos vizinhos (reto, bexiga ou uretra), ou para pacientes sem condições clínicas cirúrgicas. O tumor de 3 cm nesta localização é passível de tratamento cirúrgico inicial.

d) Correta. A hemivulvectomy radical (ou exérese radical local) é a conduta padrão para tumores localizados lateralmente, permitindo a retirada da lesão com margem de segurança e menor morbidade psicossocial e física. Como a lesão tem 3 cm (maior que 2 cm ou com invasão profunda > 1 mm), a avaliação linfonodal é obrigatória. Por ser uma lesão unifocal, menor que 4 cm e lateralizada, a biópsia de linfonodo sentinela é a técnica de escolha para avaliar a disseminação inguinal de forma menos invasiva que a linfadenectomy completa.

Resumo do raciocínio: Tumor > 2 cm (T2) + Lateralizado + Sem invasão de órgãos vizinhos = Cirurgia radical local (hemivulvectomy) + Pesquisa de linfonodo sentinela ipsilateral.

---

### Questão 46

Esta questão aborda a prevenção de quedas e fraturas em idosos, um tema fundamental na geriatria e ginecologia preventiva. A paciente apresenta osteopenia, o que aumenta o risco de fraturas caso ocorra um evento traumático. As intervenções preventivas devem focar simultaneamente no fortalecimento do sistema musculoesquelético, na melhora do controle motor e na segurança ambiental e do vestuário.

Alternativa (b) - Correta: O treinamento resistido (musculação) é a intervenção mais eficaz para combater a sarcopenia e manter a saúde óssea, aumentando a força necessária para a estabilização postural. Os exercícios proprioceptivos treinam o

equilíbrio e a coordenação, permitindo que a paciente reaja melhor a desníveis e evite quedas. Além disso, o uso de calçados apropriados (fechados, com solado antiderrapante e bem ajustados aos pés) é uma medida comportamental básica e altamente eficaz para garantir a segurança durante a marcha.

Alternativa (a) - Incorreta: Atividades físicas passivas não promovem ganho de massa muscular nem melhora do equilíbrio dinâmico. Caminhar descalça ou apenas com meias (mesmo as aderentes) não é recomendado para idosos com risco de queda, pois esses hábitos não oferecem o suporte lateral e a estabilidade de um calçado fechado, além de aumentarem o risco de lesões em caso de impacto.

Alternativa (c) - Incorreta: Exercícios sem impacto (como alongamentos leves) não são os mais indicados para quem tem osteopenia, pois o tecido ósseo necessita de carga e estímulo mecânico (impacto controlado ou resistência) para a sua remodelação e manutenção. As órteses são dispositivos de auxílio para correções de deformidades ou suporte pós-lesão, não sendo consideradas uma medida comportamental preventiva primária para uma paciente sem déficit funcional específico.

Alternativa (d) - Incorreta: Atividades aquáticas são excelentes para condicionamento cardiovascular e para pacientes com osteoartrite grave, mas têm menos eficácia no ganho de densidade mineral óssea e no treino de equilíbrio terrestre quando comparadas aos exercícios de solo. Embora a reorganização do ambiente doméstico (retirar tapetes, instalar barras e melhorar a iluminação) seja uma recomendação vital, a alternativa (b) é considerada mais completa ao focar diretamente na capacidade física da paciente (força e equilíbrio) e no uso de equipamentos de proteção individual (calçados).

Conclusão: Para prevenir quedas em idosos, a combinação de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e uso de calçados firmes constitui o padrão-ouro das orientações comportamentais.

---

## Questão 47

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma adolescente com dismenorreia secundária (ou primária grave) que não respondeu às terapias de primeira linha (anti-inflamatórios e anticoncepcionais orais combinados cíclicos). Diante de uma paciente jovem, sem atividade sexual iniciada e com exames de imagem iniciais normais, o objetivo principal é o controle da dor e a melhoria da qualidade de vida, esgotando as opções clínicas antes de partir para métodos invasivos.

## EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: O tratamento da dismenorrea que não responde ao uso cíclico de anticoncepcionais deve ser escalonado para o uso de hormônios de forma contínua. O objetivo é estabelecer a amenorrea (ausência de menstruação), o que reduz drasticamente a produção de prostaglandinas e o processo inflamatório endometrial, principais causas da dor. O uso de progestagênios isolados de forma contínua é uma excelente opção para bloquear o eixo hormonal e tratar a dor pélvica crônica e a suspeita de endometriose inicial, que é frequente em casos de dor refratária, mesmo com ultrassonografia normal.

Alternativa (b) INCORRETA: A ressonância magnética (RM) de pelve é um excelente exame para o diagnóstico de endometriose profunda. No entanto, em adolescentes, a forma mais comum de endometriose é a peritoneal superficial, que muitas vezes não é detectada nem pela ultrassonografia nem pela ressonância. Portanto, um exame de imagem normal não exclui a patologia, e a conduta deve ser baseada na clínica. Solicitar a RM neste momento, antes de tentar a supressão hormonal contínua, não alteraria a conduta imediata.

Alternativa (c) INCORRETA: A videolaparoscopia é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de endometriose. Contudo, por ser um procedimento cirúrgico invasivo, deve ser reservada para casos em que houver falha completa do tratamento clínico otimizado (incluindo o uso contínuo de hormônios por pelo menos 3 a 6 meses) ou quando houver massas anexiais suspeitas. Na paciente do caso, ainda há opções clínicas a serem exploradas antes da cirurgia.

Alternativa (d) INCORRETA: A tomografia computadorizada (TC) tem um papel muito limitado na avaliação de dor pélvica crônica de origem ginecológica. Ela possui baixa sensibilidade para identificar implantes de endometriose, adeniose ou outras alterações uterinas e ovarianas finas, sendo muito inferior à ultrassonografia especializada e à ressonância magnética. Além disso, submeteria a adolescente a uma radiação desnecessária.

## RESUMO DA CONDUTA

Em adolescentes com dismenorrea incapacitante e exames de imagem normais, a suspeita de endometriose é alta. O manejo inicial é clínico:

1. Anti-inflamatórios e Anticoncepcionais Combinados Cíclicos.
2. Se houver falha: Passar para regime contínuo (seja com pílula combinada ou progestagênio isolado) para induzir amenorrea.
3. Videolaparoscopia: Reservada para falha do tratamento clínico otimizado.

### Questão 48

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de incontinência urinária mista, caracterizado pelo relato de perda urinária ao esforço (corrida) associado a sintomas de urgência miccional. O exame físico confirma a incontinência urinária de esforço (perda à manobra de Valsalva) e identifica um prolapso de parede vaginal anterior estágio II (POP-Q IIA), que é considerado um prolapso leve.

Alternativa a) Incorreta. A solifenacina é um fármaco anticolinérgico indicado para o tratamento da bexiga hiperativa e incontinência de urgência. Embora a paciente apresente urgência ocasional, a medicação não trata o componente de esforço (que foi confirmado no exame físico) e não é a conduta inicial de escolha para quadros mistos antes da terapia comportamental e física.

Alternativa b) Correta. A fisioterapia do assoalho pélvico, por meio do treinamento dos músculos do assoalho pélvico, é a conduta de primeira linha recomendada para todos os tipos de incontinência urinária (esforço, urgência ou mista). Por ser um tratamento não invasivo e com alta eficácia em pacientes jovens e com sintomas recentes, deve sempre ser tentada antes de intervenções farmacológicas ou cirúrgicas.

Alternativa c) Incorreta. O sling retropúbico é considerado o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço. Contudo, em uma paciente de 35 anos com sintomas há apenas 6 meses, a cirurgia não deve ser a primeira opção. O tratamento cirúrgico é geralmente reservado para casos de falha do tratamento conservador ou quando há um impacto severo na qualidade de vida.

Alternativa d) Incorreta. A perineoplastia é um procedimento cirúrgico destinado à correção de defeitos do corpo perineal e do compartimento posterior (como a retocele). Essa cirurgia não possui indicação para o tratamento da incontinência urinária nem para a correção de prolapso da parede anterior (estádio IIA).

---

### Questão 49

Esta é uma questão clássica que aborda a avaliação da vitalidade gestacional inicial e a conduta diante de uma Gestação de Localização Indeterminada (GLI).

Para definir o diagnóstico, devemos analisar o quadro clínico, a propedêutica armada (ultrassonografia) e, principalmente, a cinética do beta-hCG.

1. Análise da Cinética do beta-hCG: A paciente apresenta um valor inicial de 750 mUI/mL e, após 48 horas, o valor sobe para 937 mUI/mL. Isso representa um

aumento de apenas 25%. Em uma gestação intrauterina viável, espera-se que o beta-hCG apresente uma ascensão mínima de 35% a 53% em 48 horas (sendo o dobro do valor inicial o padrão mais clássico). Um aumento subótimo (menor que 35%) é um forte marcador de gestação inviável, seja ela uma gestação ectópica ou um abortamento incompleto/retido.

2. Achados Ultrassonográficos: O eco endometrial de 8 mm é fino para uma gestação intrauterina evolutiva. O cisto em ovário direito com conteúdo anecoico e halo vascular (sinal do anel de fogo) é uma descrição típica de corpo lúteo, mas, no contexto de uma gestação sem saco gestacional visível no útero, também levanta a suspeita de gestação ectópica.

Análise das alternativas:

a) Gravidez incipiente: Incorreta. Uma gravidez incipiente (inicial) e saudável deveria apresentar uma progressão muito mais vigorosa do beta-hCG no intervalo de 48 horas. O aumento de apenas 25% descarta a normalidade evolutiva do quadro.

b) Gravidez inviável: Correta. O termo "gravidez inviável" engloba tanto as gestações ectópicas (que não têm potencial de viabilidade fetal e trazem risco materno) quanto os processos de falha precoce da gestação intrauterina (abortamento). Como a curva de hCG está alterada (ascensão insuficiente) e não há evidência de saco gestacional intrauterino com 6 semanas de atraso menstrual, o diagnóstico de inviabilidade é o mais preciso.

c) Tumor de sítio placentário: Incorreta. É uma forma rara de doença trofoblástica gestacional que geralmente ocorre após uma gravidez a termo, aborto ou gestação molar. Apresenta-se com níveis de beta-hCG persistentemente baixos e massas miometriais invasivas, o que não condiz com o quadro de atraso menstrual agudo e imagem anexial descrita.

d) Teratoma ovariano: Incorreta. O teratoma é um tumor de células germinativas que geralmente apresenta componentes sólidos, sebáceos ou calcificações à ultrassonografia. A descrição de conteúdo anecoico com halo vascular é característica de corpo lúteo ou saco gestacional ectópico, e não de um teratoma. Além disso, o teratoma não justificaria a elevação do beta-hCG.

## Questão 50

A questão descreve um quadro clássico de Hemorragia Pós-Parto (HPP) secundária à atonia uterina, que é a principal causa de sangramento excessivo após o parto (representando cerca de 80% dos casos). A paciente apresenta útero amolecido e acima da cicatriz umbilical, além de sinais de choque compensado (taquicardia de 120 bpm e PA no limite inferior). Um dado crucial é o diagnóstico de pré-eclâmpsia em uso de metildopa, o que restringe o uso de certas medicações.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a massagem uterina (Manobra de Hamilton) e a ocitocina façam parte do protocolo inicial, a via de administração preferencial do misoprostol na vigência de sangramento ativo é a retal. A via vaginal é prejudicada pelo fluxo de sangue, que pode "lavar" o comprimido e impedir sua absorção. Além disso, a dose de 10 UI de ocitocina via intramuscular é mais utilizada na prevenção (terceiro estágio), enquanto no tratamento da atonia instalada, doses maiores e por via endovenosa são preconizadas.

b) Incorreta. O erro fatal desta alternativa é a indicação de metilergometrina. Este derivado do ergot é um potente vasoconstritor e possui contraindicação absoluta em pacientes com hipertensão arterial ou pré-eclâmpsia, como é o caso da paciente, devido ao risco de crise hipertensiva grave e acidente vascular cerebral.

c) Correta. Esta alternativa contempla os pilares modernos do tratamento da atonia uterina. O ácido tranexâmico (1 g EV) deve ser administrado o mais precocemente possível (idealmente nas primeiras 3 horas) para reduzir a mortalidade por sangramento. A ocitocina em dose de ataque/manutenção (40 UI em infusão venosa) é a droga de primeira escolha para promover a contração uterina. O misoprostol (análogo da prostaglandina E1) na dose de 800 mcg por via retal é um excelente adjunto, com boa absorção e menos interferência do sangramento local. Note que esta alternativa evita o uso de derivados do ergot, respeitando a contraindicação pela pré-eclâmpsia.

d) Incorreta. O enunciado informa que a paciente está no quarto período do parto (período de Greenberg), que compreende a primeira hora após a saída da placenta. Portanto, a tração controlada da placenta não faz sentido, pois o secundamento já ocorreu. Esta manobra é realizada no terceiro estágio do parto.

Em resumo, diante de uma atonia uterina em paciente hipertensa, o tratamento deve envolver massagem uterina, ocitocina venosa, ácido tranexâmico e misoprostol (via retal), evitando-se rigorosamente a metilergometrina.

## Questão 51

Esta paciente apresenta um quadro de infertilidade, definida pela ausência de gravidez após um ano de relações sexuais frequentes sem uso de métodos contraceptivos (neste caso, ela tenta há 3 anos e tem 32 anos). A investigação básica da infertilidade deve avaliar os quatro pilares principais: fator masculino, fator ovulatório, fator tuboperitoneal e fator uterino.

Considerando que a paciente tem ciclos menstruais regulares, há um forte indício de que ela seja ovulatória. Além disso, a frequência de relações sexuais (3 a 4 vezes por semana) afasta a possibilidade de erro na identificação do período fértil como causa principal.

Análise das alternativas:

a) Histerossalpingografia: Esta é a alternativa correta. A histerossalpingografia é o exame padrão-ouro inicial para a avaliação do fator tuboperitoneal. Como a paciente já possui indícios de ovulação normal (ciclos regulares) e o exame físico não sugere alterações uterinas grosseiras ou endometriose profunda (ausência de dismenorreia), a investigação da permeabilidade tubária é um passo fundamental na propedêutica básica.

b) Dosagem de hormônios sexuais e tireoidianos: Embora façam parte da triagem em muitos protocolos, essas dosagens são indicadas prioritariamente quando há irregularidade menstrual ou sinais clínicos de endocrinopatias (como distúrbios da tireoide ou hiperprolactinemia). Em uma mulher com ciclos regulares, a probabilidade de anovulação crônica é baixa, tornando este passo menos prioritário que a avaliação tubária no momento.

c) Ultrassonografia transvaginal: É um exame fundamental para avaliar a anatomia uterina (presença de miomas, pólipos) e os ovários (contagem de folículos antrais, cistos). No entanto, a ultrassonografia convencional não consegue avaliar a permeabilidade das trompas de Falópio. Como o exame físico da paciente é normal e o objetivo é avançar na investigação da infertilidade, a histerossalpingografia oferece informações adicionais críticas que o ultrassom comum não provê.

d) Teste de ovulação domiciliar: Este teste detecta o pico do hormônio luteinizante (LH) na urina. Para este casal, o teste é desnecessário e não aumentaria as chances de concepção, pois a frequência das relações sexuais já cobre amplamente a janela fértil, e a regularidade do ciclo sugere que a ovulação já ocorre.

**Conclusão:** Diante de uma mulher jovem com ciclos regulares e exame físico normal, a investigação deve prosseguir para a avaliação da integridade anatômica e funcional

das trompas e da cavidade uterina, sendo a histerossalpingografia a conduta mais adequada entre as opções apresentadas. Vale lembrar que o estudo do sêmen do parceiro (espermograma) também seria uma conduta inicial essencial, embora não conste nas alternativas.

## Questão 52

Para resolver essa questão, devemos analisar as duas condições principais da paciente: a trombofilia hereditária (Fator V de Leiden em heterozigose) e a endometriose profunda, além do período de pós-parto (30 dias).

### Análise do Fator V de Leiden e Contraceção:

A presença de uma mutação trombogênica conhecida, como o Fator V de Leiden, mesmo em heterozigose e sem histórico de trombose, classifica os métodos que contêm estrogênio como Categoria 4 da Organização Mundial da Saúde (risco inaceitável à saúde). Isso ocorre pelo risco aumentado de fenômenos tromboembólicos. Métodos apenas com progestagênio ou métodos não hormonais são seguros (geralmente Categoria 2 ou 1).

### Análise da Endometriose e Contraceção:

A paciente possui endometriose profunda. O tratamento de escolha para o controle dos sintomas e da progressão da doença envolve a supressão hormonal, preferencialmente com progestagênios. O uso de métodos que aumentem o fluxo menstrual ou a cólica é contraproducente.

### Análise das Alternativas:

a) Métodos de barreira: Embora sejam seguros do ponto de vista vascular (não oferecem risco de trombose), apresentam taxas de falha (índice de Pearl) mais altas em comparação aos métodos de longa duração. Além disso, não oferecem nenhum benefício terapêutico para a endometriose profunda da paciente.

b) Anticoncepcional hormonal combinado: Incorreta. Como mencionado, o estrogênio é formalmente contraindicado para portadoras de mutações trombogênicas como o Fator V de Leiden (Categoria 4 da OMS), devido ao alto risco de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar.

c) DIU de cobre: Incorreta. Apesar de ser um método seguro para quem tem trombofilia (não possui hormônios), o DIU de cobre pode aumentar o volume do fluxo menstrual e a intensidade das cólicas (dismenorreia) em algumas mulheres. Para uma paciente com endometriose profunda, esse efeito colateral é indesejado, e o método não trata a patologia de base.

d) DIU hormonal (Sistema Intrauterino de Levonorgestrel): Correta. É a melhor opção por dois motivos principais: primeiro, por conter apenas progestagênio, é seguro para pacientes com trombofilia (Categoria 2 da OMS - os benefícios superam os riscos). Segundo, o levonorgestrel liberado localmente promove a atrofia endometrial e é uma excelente terapia para o controle da dor e dos sintomas associados à endometriose profunda, sendo superior aos métodos não hormonais para esta paciente específica. O fato de ela estar com 30 dias de pós-parto permite a inserção segura do dispositivo (após 4 semanas do parto).

### Questão 53

Esta questão aborda o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, exigindo conhecimento sobre as diretrizes do Ministério da Saúde e as recentes atualizações tecnológicas incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O intervalo de três anos para o exame citopatológico (Papanicolau) é a recomendação padrão para mulheres entre 25 e 64 anos, após dois exames anuais consecutivos negativos. A paciente em questão possui 66 anos, situando-se fora da faixa etária em que esse intervalo de rotina é aplicado.

Alternativa (b) Correta: Recentemente, o Ministério da Saúde, fundamentado em decisões da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) e formalizado pela Portaria GM/MS nº 3.488 de 2024, incorporou o teste de DNA-HPV como a tecnologia de escolha para o rastreio do câncer do colo do útero. Este teste possui maior sensibilidade e um valor preditivo negativo superior à citologia. Embora as diretrizes de 2016 sugiram cessar o rastreio aos 64 anos se os exames anteriores forem normais, o fato de a paciente ter um novo parceiro sexual e estar em boas condições de saúde justifica a utilização da tecnologia mais precisa agora disponível no sistema público antes de uma eventual alta do programa de rastreamento.

Alternativa (c) Incorreta: A realização anual do exame citológico é indicada apenas no início do rastreamento (nos dois primeiros anos) ou em situações de acompanhamento de lesões precursoras. Não há indicação de manter periodicidade anual para uma paciente com histórico de exames normais.

Alternativa (d) Incorreta: Segundo as diretrizes do INCA de 2016, o rastreio poderia ser interrompido aos 64 anos em mulheres com pelo menos dois exames negativos nos últimos cinco anos. No entanto, a questão enfatiza que a paciente iniciou um

novo relacionamento e permanece sexualmente ativa. Diante da transição para os testes moleculares (DNA-HPV) e da nova exposição ao risco, o entendimento atual é de que se deve priorizar o teste de maior eficácia diagnóstica antes da interrupção, validando a alternativa (b) como a conduta mais atualizada e segura.

### Questão 54

Para resolver questões sobre variedades de posição fetal, é fundamental identificar o ponto de referência da apresentação. Na apresentação cefálica fletida, o ponto de referência é o occipital, representado pela fontanela menor (também chamada de lambda ou fontanela posterior, que possui formato triangular).

A questão informa que a fontanela maior (bregma, de formato quadrangular) está localizada à esquerda e próxima à sínfise púbica (região anterior). Conseqüentemente, a fontanela menor (lambda) está situada no lado oposto: à direita e na região posterior (perto do sacro).

Como a nomenclatura da variedade de posição é definida pela localização do occipital (fontanela menor) em relação à bacia materna, temos o occipital na porção posterior e à direita. Portanto, a posição é occipitoposterior direita (OPD).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Occipitoposterior direita. Correta. Esta alternativa descreve exatamente o achado do toque vaginal, onde o ponto de referência (lambda/occipital) está posicionado no quadrante posterior direito da pelve materna.

Alternativa b) Occipitoanterior esquerda. Incorreta. Se o feto estivesse em OAE, a fontanela menor estaria posicionada anteriormente (próxima à sínfise púbica) e à esquerda, enquanto a fontanela maior estaria posterior e à direita.

Alternativa c) Occipitotransversa direita. Incorreta. Na posição transversa, a sutura sagital está alinhada com o diâmetro transverso da bacia. A fontanela menor estaria apontando diretamente para o lado direito da mãe, no ponto médio entre a sínfise púbica e o sacro.

Alternativa d) Occipitotransversa esquerda. Incorreta. Nesta posição, a fontanela menor estaria apontando diretamente para o lado esquerdo da mãe, sem inclinação anterior ou posterior.

Dica didática: Em provas de residência, sempre localize primeiro a fontanela menor. Onde ela estiver apontando (Direita ou Esquerda; Anterior, Transversa ou Posterior)

será o nome da variedade de posição. Se o enunciado descreve a fontanela maior em uma posição, a menor estará obrigatoriamente no lado diametralmente oposto.

## Questão 55

### DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO QUADRO

A paciente apresenta um quadro de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. Embora a pressão arterial no momento do exame esteja controlada (130 x 80 mmHg) sob o uso de metildopa, ela apresenta critérios que classificam a gravidade da doença: cefaleia (sintoma neurológico) e elevação de transaminases (TGO 75 UI/L, acima do limite de duas vezes o valor de referência ou > 70 UI/L).

Além disso, a paciente está em trabalho de parto prematuro (33 semanas de idade gestacional), evidenciado pela dinâmica uterina de 3 contrações em 10 minutos e modificação cervical (apagamento e dilatação), apesar de o colo ainda estar grosso e posterior.

### POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA

Em gestantes com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, a conduta prioritária é a estabilização materna e a prevenção de convulsões. O uso do sulfato de magnésio é obrigatório para a profilaxia da eclâmpsia. Quanto ao aspecto obstétrico, a inibição do trabalho de parto (tocólise) é contraindicada em casos de pré-eclâmpsia grave, mesmo em prematuros, devido ao risco de deterioração clínica materna e fetal. Como a paciente já se encontra em trabalho de parto espontâneo e a vitalidade fetal está preservada (cardiotocografia categoria I), a conduta mais adequada é permitir a evolução do parto e prestar assistência ao trabalho de parto, sob vigilância rigorosa.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa (a): O parto cesáreo não está indicado de imediato apenas pelo diagnóstico de pré-eclâmpsia grave. A via de parto deve ser decidida por critérios obstétricos. Como a cardiotocografia é normal (Categoria I) e a paciente já apresenta dinâmica uterina, pode-se tentar o parto vaginal.

Alternativa (c): A inibição do trabalho de parto (tocólise) com nifedipino está contraindicada na presença de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. O risco de manter a gestação supera os benefícios da corticoterapia para maturidade pulmonar isolada neste cenário de instabilidade materna latente.

Alternativa (d): Da mesma forma que a alternativa anterior, a inibição do parto é

contraindicada. Além disso, embora o sulfato de magnésio tenha uma ação relaxante na musculatura uterina, sua indicação principal aqui é a profilaxia da eclâmpsia e neuroproteção fetal, não sendo utilizado como agente tocolítico primário.

---

### Questão 56

Análise do caso clínico:

A paciente tem 37 semanas e está em trabalho de parto ativo (4 cm de dilatação e contrações regulares). O ponto crucial para a decisão terapêutica é o histórico de infecção urinária por *Streptococcus B* (SGB) no segundo trimestre.

Segundo os protocolos nacionais e internacionais (Febrasgo e CDC), existem situações em que a profilaxia intraparto para SGB é obrigatória, independentemente do resultado do swab vaginal/anal realizado ao final da gestação. Uma dessas situações é a presença de bacteriúria por SGB em qualquer fase da gestação atual. Mesmo que a infecção tenha sido tratada e que a cultura de rastreio com 35 semanas tenha vindo negativa, a paciente é considerada colonizada de forma persistente e o risco de transmissão vertical exige a profilaxia.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta. Não se deve apenas observar a evolução. O histórico de bacteriúria por SGB torna a profilaxia indispensável para reduzir o risco de sepse neonatal precoce.

Alternativa b: Está correta. A Penicilina G Cristalina é o padrão-ouro para a profilaxia intraparto. O esquema consiste em uma dose de ataque de 5 milhões de UI, por via intravenosa, seguida de doses de manutenção de 2,5 milhões de UI a cada 4 horas até o nascimento.

Alternativa c: Está incorreta. Embora a Ampicilina seja uma droga alternativa aceitável, a dosagem apresentada na alternativa está errada. O esquema correto para a Ampicilina na profilaxia de SGB seria 2 gramas de ataque e 1 grama a cada 4 horas de manutenção.

Alternativa d: Está incorreta. A Cefazolina é uma opção para gestantes alérgicas à penicilina (em casos de baixo risco para anafilaxia). Além disso, o critério de 18 horas de rotura de membranas é um fator de risco usado para indicar profilaxia apenas em pacientes com status de SGB desconhecido. Como esta paciente já tem indicação formal pela bacteriúria prévia, a profilaxia deve ser iniciada com o início do trabalho de parto, sem aguardar completar 18 horas.

---

## Questão 57

Esta é uma questão que aborda as complicações metabólicas e o momento do parto no Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). O ponto central para a resolução está na interpretação clínica dos episódios de hipoglicemia relatados pela paciente.

Análise do caso clínico:

A paciente é uma gestante a termo (37 semanas) com DMG insulínica. O dado clínico mais alarmante é a ocorrência de hipoglicemias frequentes com a mesma dose de insulina que vinha sendo utilizada. Na gestação avançada, isso é um sinal clássico de insuficiência placentária (senescência placentária). À medida que a placenta envelhece e falha, ocorre uma redução na produção de hormônios contrainsulínicos (como o lactogênio placentário humano), o que diminui a resistência à insulina e leva à queda súbita da glicemia materna. Além disso, há sinais de macrosomia fetal (circunferência abdominal no percentil 95) e polidrâmnio (maior bolsa de 9,0 cm), o que reforça o ambiente metabólico alterado.

Por que a alternativa (c) está correta?

Diante de um sinal de insuficiência placentária (hipoglicemia materna inexplicada) em uma gestação de 37 semanas (termo), a conduta indicada é a interrupção da gestação. Como não há evidências de sofrimento fetal agudo no momento (Doppler normal) ou contra-indicação absoluta ao parto vaginal, a indução do parto é a conduta mais adequada e segura.

Explicação das alternativas incorretas:

a) Parto cesáreo imediato: Incorreto. Embora a interrupção seja necessária, a via de parto deve ser decidida com base na avaliação obstétrica. Não há indicação de cesárea de emergência, pois o Doppler está normal e não há sinais de descompensação fetal aguda que impeçam a tentativa de indução. A macrosomia isolada (p95) sem estimativa de peso superior a 4.000 g - 4.500 g não obriga a realização de cesárea em primigestas.

b) Controle de vitalidade por cardiotocografia e parto com 39 semanas: Incorreto. Aguardar até as 39 semanas em uma paciente com sinais clínicos de falência placentária (hipoglicemia) aumenta drasticamente o risco de óbito fetal intrauterino. O controle de vitalidade não reverte o processo de insuficiência placentária já instalado.

d) Controle de vitalidade do perfil biofísico fetal e parto com 39 semanas: Incorreto. Segue a mesma lógica da alternativa anterior. A presença de hipoglicemia em diabéticas insulínica no final da gestação é uma indicação clássica de que o parto deve ser antecipado, não sendo prudente aguardar o termo tardio (39

semanas).

## Questão 58

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão é uma gestante de 12 semanas que apresenta um risco contínuo e elevado de infecção pelo HIV, devido ao fato de seu parceiro estar em privação de liberdade (população com alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis) e não aceitar o uso de preservativo. O objetivo principal da conduta é prevenir a infecção materna e, conseqüentemente, evitar a transmissão vertical do HIV, que é significativamente mais alta se a soroconversão ocorrer durante a gestação.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A profilaxia pré-exposição (PrEP) sob demanda (esquema 2-1-1) consiste na tomada de comprimidos antes e após a relação sexual. No entanto, essa modalidade só é validada e recomendada para homens cisgêneros que fazem sexo com homens e pessoas trans, devido à farmacocinética das drogas nos tecidos retais. Para mulheres cisgêneras e pessoas com exposição vaginal, a PrEP sob demanda não é eficaz, pois as drogas levam mais tempo para atingir concentrações protetoras no trato genital feminino.

b) INCORRETA. A profilaxia pós-exposição (PEP) é indicada para situações de exposição esporádica e excepcional ao vírus (como violência sexual, ruptura de preservativo ou acidentes biológicos). No caso descrito, a paciente possui uma exposição crônica e recorrente, o que torna a PEP insuficiente e inadequada como estratégia de prevenção a longo prazo.

c) INCORRETA. A terapia antirretroviral (TARV) refere-se ao tratamento de pessoas que já vivem com o HIV (soropositivas). Como a paciente possui teste rápido negativo, o objetivo é a prevenção (profilaxia) e não o tratamento.

d) CORRETA. A PrEP de uso contínuo (um comprimido diário de Tenofovir + Entricitabina) é a conduta mais adequada. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, a gestação e a amamentação não são contra-indicações para o uso da PrEP; ao contrário, são consideradas situações prioritárias quando há risco de infecção. A proteção eficaz para tecidos vaginais só é alcançada com o uso diário e contínuo, garantindo que, em caso de exposição, o vírus não consiga se replicar no organismo da gestante.

## JUSTIFICATIVA DO GABARITO

A indicação da PrEP contínua baseia-se na vulnerabilidade da paciente e na necessidade de manter níveis terapêuticos constantes da medicação para proteger o binômio mãe-feto, sendo o uso diário a única forma recomendada para mulheres cisgêneras devido à dinâmica de distribuição do medicamento no trato reprodutor feminino.

### Questão 59

A questão aborda o diagnóstico pré-natal diante de uma malformação fetal estrutural identificada no primeiro trimestre. A onfalocele é um defeito de fechamento da parede abdominal que apresenta uma forte associação com aneuploidias (alterações cromossômicas), ocorrendo em cerca de 30% a 50% dos casos, especialmente as trissomias do 18 (síndrome de Edwards) e do 13 (síndrome de Patau). Diante de uma malformação maior, o objetivo é realizar um diagnóstico genético definitivo.

Análise das alternativas:

a) Amniocentese: É um método diagnóstico invasivo que consiste na coleta de líquido amniótico. Embora forneça o cariótipo fetal, sua realização é recomendada preferencialmente a partir da 15ª ou 16ª semana de gestação. Como a paciente está com 13 semanas, não é o exame de escolha imediata para este momento.

b) Biópsia de vilo corial: É o procedimento de escolha para o diagnóstico citogenético no primeiro trimestre, podendo ser realizado entre a 10ª e a 13ª semana e 6 dias de gestação. Como a paciente apresenta uma malformação fetal importante (onfalocele) identificada com 13 semanas, a biópsia de vilo corial é a conduta mais adequada para obter o diagnóstico definitivo de forma rápida.

c) Microarray não invasivo: Esta alternativa está tecnicamente incorreta. O microarray (hibridização genômica comparativa) é uma técnica de análise genética de alta resolução que requer material genético obtido obrigatoriamente por métodos invasivos (biópsia de vilo corial ou amniocentese). Não existe microarray não invasivo para diagnóstico fetal de rotina.

d) Teste pré-natal não invasivo (NIPT): O NIPT é um teste de triagem que analisa o DNA fetal livre no sangue materno. Embora tenha alta sensibilidade para as principais trissomias, ele não é um teste diagnóstico. Quando uma malformação estrutural como a onfalocele é detectada ao ultrassom, o risco de cromossomopatia é elevado o suficiente para indicar diretamente um teste invasivo diagnóstico (padrão-ouro), e não um teste de rastreamento.

Portanto, a alternativa (b) é a correta, pois a biópsia de vilo corial permite o diagnóstico definitivo das alterações cromossômicas associadas à onfalocele ainda no primeiro trimestre gestacional.

---

### **Questão 60**

A imagem de ultrassonografia da vesícula biliar apresenta os achados clássicos da colelitíase (presença de cálculos biliares). Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Correta: As setas apontam para uma estrutura no interior da vesícula biliar que se apresenta como uma imagem hiperecogênica (branca/brilhante), indicando que a estrutura é densa o suficiente para refletir a maior parte das ondas sonoras. Como o som não consegue atravessar o cálculo, forma-se uma zona de ausência de ecos logo atrás dele, denominada sombra acústica posterior (a faixa escura vertical visível abaixo do cálculo). Este é o sinal patognomônico de cálculo biliar ao ultrassom.

Alternativa (b) Incorreta: Embora os pólipos da vesícula biliar apareçam como estruturas ecogênicas presas à parede, eles tipicamente NÃO produzem sombra acústica posterior. A presença da sombra é o que diferencia fundamentalmente o cálculo de um pólipo ou de barro biliar no exame de imagem.

Alternativa (c) Incorreta: O cálculo é hiperecogênico (claro) e não hipoecogênico (escuro). Além disso, o reforço acústico posterior é um artefato que ocorre atrás de estruturas líquidas (como a própria bile dentro da vesícula), onde o som passa com facilidade e chega com mais força aos tecidos posteriores, e não atrás de estruturas sólidas densas.

Alternativa (d) Incorreta: Conforme explicado, os pólipos não costumam ser hipoecogênicos e não apresentam reforço acústico posterior. O reforço é uma característica de coleções líquidas ou cistos. Além disso, a imagem mostra claramente a sombra acústica, o que exclui o diagnóstico de pólipo.

Em resumo, a tríade clássica do cálculo biliar no ultrassom é: imagem hiperecogênica, móvel à mudança de decúbito (embora a mobilidade não possa ser vista em uma imagem estática) e com sombra acústica posterior.

---

## Questão 61

Análise das imagens:

As imagens apresentadas são de uma ressonância magnética (RM) da coluna lombossacra. No corte sagital (imagem à esquerda), observa-se uma ponderação em T2, identificada pelo líquido brilhante (hiperintenso) dentro do canal vertebral. É possível notar que alguns discos intervertebrais estão mais escuros (hipointensos), o que indica perda de hidratação e caracteriza a doença degenerativa discal. No nível L4-L5, nota-se uma volumosa hérnia discal que ultrapassa os limites do espaço discal, comprimindo o saco tecal. O corte axial (imagem à direita) confirma a presença de material discal ocupando o canal e deslocando as raízes nervosas, típico de uma hérnia extrusa.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória que geralmente apresenta sinais de sacroilíte, formação de sindesmófitos (pontes ósseas entre as vértebras) e fusão vertebral (coluna em bambu). As imagens em questão mostram patologia discal focal e degenerativa, não uma doença inflamatória sistêmica da coluna.

Alternativa b: Incorreta. O exame apresentado não é uma tomografia computadorizada (TC). Na TC, o osso cortical aparece com um branco muito intenso e denso, e não há uma definição tão clara entre o líquido e as estruturas neurais como a observada nesta ressonância magnética.

Alternativa c: Correta. O método de imagem é a ressonância magnética, padrão-ouro para avaliação de tecidos moles e discos. Os achados de discos com sinal reduzido confirmam a doença degenerativa, e a morfologia da hérnia, que se estende de forma volumosa para o canal vertebral, caracteriza a hérnia discal extrusa.

Alternativa d: Incorreta. O exame é uma RM e não uma TC. Além disso, a espondilodiscite infecciosa apresenta-se tipicamente com destruição das placas terminais das vértebras, edema ósseo difuso e, frequentemente, coleções líquidas (abscessos) nos tecidos adjacentes, achados que não estão presentes nestas imagens.

## Questão 62

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito apresenta um paciente jovem (35 anos) com câncer colorretal e uma história familiar significativa: mãe com câncer de endométrio aos 40 anos e avô materno com câncer do trato urotelial aos 50 anos. Essa tríade de tumores (colorretal, endométrio e urotelial) ocorrendo em idade jovem e em diferentes gerações é característica da Síndrome de Lynch, também conhecida como Câncer Colorretal Hereditário Não Poliposo (HNPCC).

### POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA

A Síndrome de Lynch é causada por variantes germinativas patogênicas em genes de reparo de pareamento incorreto do DNA (genes MMR, como MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2). A herança é autossômica dominante, o que significa que a presença de apenas um alelo mutado (heterozigose) herdado de um dos pais é suficiente para conferir a predisposição ao câncer. A transmissão vertical (geração após geração) observada no relato (avô, mãe e filho) confirma esse padrão de herança dominante.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa a: A herança autossômica recessiva exigiria que o indivíduo herdasse duas cópias mutadas do gene (homozigose) para manifestar a predisposição, o que geralmente não apresenta um padrão de transmissão vertical em todas as gerações como visto no caso. Embora exista a Deficiência Constitucional de Reparo de Pareamento (CMMRD), que é recessiva, ela se manifesta com tumores na infância e manchas café com leite, o que não condiz com a idade dos pacientes citados.

Alternativa b: A herança ligada ao X implicaria uma distribuição diferente entre os sexos na árvore genealógica (por exemplo, homens afetados transmitindo para filhas portadoras, mas não para filhos homens). Além disso, as variantes que causam síndromes de câncer hereditário são germinativas (presentes em todas as células do corpo desde o nascimento) e não apenas somáticas (restritas ao tumor).

Alternativa d: A herança multifatorial refere-se a doenças causadas pela combinação de múltiplos fatores genéticos e ambientais, sem um padrão de herança mendeliana clara. O caso em questão aponta fortemente para uma síndrome de gene único devido à precocidade e especificidade dos tumores. A heterozigose composta ocorre quando há duas mutações diferentes no mesmo locus gênico, o que é típico de doenças recessivas, não se aplicando ao padrão dominante da Síndrome de Lynch.

### Questão 63

Para resolver essa questão, devemos entender que a incidência detectada (24%) é a incidência aparente, composta tanto pelos verdadeiros positivos quanto pelos falsos positivos. O objetivo é isolar a incidência real da doença.

Dados fornecidos:

Incidência observada (aparente) = 24% ou 0,24.

Sensibilidade (S) = 100% ou 1,0.

Especificidade (E) = 80% ou 0,8.

Lógica do cálculo:

A incidência observada é o resultado da soma de:

1. Doentes que testaram positivo (verdadeiros positivos). Como a sensibilidade é 100%, todos os doentes testam positivo.
2. Não doentes que testaram positivo (falsos positivos). Como a especificidade é 80%, a taxa de falsos positivos é de 20% (100% menos 80%).

Se chamarmos a incidência real de P:

$$0,24 = (P \text{ vezes sensibilidade}) + ((1 - P) \text{ vezes taxa de falsos positivos})$$

$$0,24 = (P \text{ vezes } 1,0) + ((1 - P) \text{ vezes } 0,20)$$

$$0,24 = P + 0,20 - 0,20P$$

$$0,24 - 0,20 = P - 0,20P$$

$$0,04 = 0,80P$$

$$P = 0,04 / 0,80$$

$$P = 0,05 \text{ ou } 5\%$$

Análise das alternativas:

a) Correta. Se a incidência real for de 5%, em um grupo de 100 pessoas, 5 estão doentes. Com sensibilidade de 100%, todas as 5 testam positivo. As outras 95 pessoas são saudáveis; com especificidade de 80%, 20% delas (19 pessoas) terão resultados falsos positivos. Somando os 5 verdadeiros positivos com os 19 falsos positivos, obtemos 24 positivos, o que corresponde à incidência de 24% detectada no estudo.

b) Incorreta. Este valor não decorre da aplicação correta das fórmulas de prevalência/incidência real baseada em sensibilidade e especificidade. Poderia surgir de erros matemáticos ao tentar subtrair diretamente a especificidade do valor observado.

c) Incorreta. 24,0% é a incidência aparente (o que o teste mostrou). Como o teste não é perfeitamente específico (80%), sabemos que ele superestimou a doença ao

incluir pessoas saudáveis no grupo dos "positivos". A incidência real deve ser necessariamente menor que a observada.

d) Incorreta. Uma incidência real de 31,6% é impossível neste cenário. Se a sensibilidade é de 100%, o teste detectaria no mínimo todos os 31,6% doentes, resultando em uma incidência observada maior do que a relatada de 24%.

## Questão 64

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro clássico de Delirium Tremens (DT), a forma mais grave da síndrome de abstinência do álcool. Os elementos diagnósticos presentes no enunciado são:

1. Histórico de etilismo crônico pesado.
2. Janela temporal: os sintomas iniciaram 48 horas após a internação (interrupção do consumo).
3. Instabilidade autonômica: taquicardia (130 bpm), hipertensão (170/100 mmHg) e sudorese profusa.
4. Alteração do sensorio: desorientação temporoespacial e agitação.
5. Alucinações visuais: presença de zoopsia (alucinação com insetos ou pequenos animais).

O Delirium Tremens é uma emergência médica com risco de morte, decorrente da hiperexcitabilidade do sistema nervoso central após a retirada do álcool, que é um depressor do sistema nervoso central.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Haloperidol: Incorreta. Embora seja um potente antipsicótico, o haloperidol não deve ser utilizado como monoterapia inicial na abstinência alcoólica. Ele reduz o limiar convulsivo, aumentando o risco de crises epiléticas, que já é elevado nesses pacientes. Pode ser usado apenas como adjuvante em casos de agitação psicomotora ou alucinações refratárias ao uso de benzodiazepínicos.

Alternativa b) Diazepam: Correta. Os benzodiazepínicos são o padrão-ouro para o tratamento da síndrome de abstinência do álcool e do Delirium Tremens. Eles agem nos receptores GABA-A, substituindo o efeito inibitório que o álcool exercia no cérebro. O diazepam, especificamente, é muito utilizado por ter uma meia-vida longa, o que proporciona um desmame mais suave e uma proteção mais prolongada contra convulsões e instabilidade autonômica. Em pacientes com cirrose grave ou insuficiência hepática, o lorazepam seria uma opção preferível por não possuir

metabolismo hepático oxidativo, mas, de forma geral, o diazepam é a escolha inicial correta.

Alternativa c) Clozapina: Incorreta. A clozapina é um antipsicótico atípico reservado para esquizofrenia refratária. É formalmente contraindicada neste cenário devido ao seu alto potencial de causar agranulocitose e por reduzir drasticamente o limiar convulsivo, o que poderia levar o paciente ao estado de mal epilético.

Alternativa d) Risperidona: Incorreta. Assim como outros antipsicóticos, a risperidona não trata a causa fisiopatológica da abstinência (o desequilíbrio entre os sistemas GABAérgico e glutamatérgico) e não previne as complicações autonômicas ou convulsivas da síndrome de retirada.

GABARITO: LETRA B.

---

### Questão 65

Para diagnosticar corretamente os transtornos do humor, devemos analisar a intensidade e a duração dos sintomas, bem como o impacto funcional na vida do paciente.

O caso clínico descreve uma paciente com um episódio atual de mania. Os critérios para mania incluem um período de humor anormalmente e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com aumento da energia, durando pelo menos uma semana e causando prejuízo social ou ocupacional acentuado (neste caso, conflitos familiares e afastamento do trabalho). Os sintomas apresentados, como autoestima grandiosa, redução da necessidade de sono, pressão de fala e comportamento de risco, confirmam esse quadro. Além disso, há um relato de episódio depressivo prévio.

Análise das alternativas:

a) Transtorno depressivo recorrente: Essa alternativa está incorreta, pois o transtorno depressivo recorrente (ou unipolar) é caracterizado exclusivamente por episódios depressivos ao longo da vida, sem nunca ter ocorrido um episódio de mania ou hipomania. A presença de sintomas maníacos exclui esse diagnóstico.

b) Transtorno ciclotímico: Incorreta. A ciclotimia é um quadro crônico (pelo menos 2 anos de duração) marcado por oscilações entre sintomas hipomaníacos e sintomas depressivos que não atingem os critérios completos para um Episódio Depressivo Maior ou para um Episódio Maníaco. A paciente da questão apresentou um episódio depressivo de longa duração no passado e um episódio maníaco pleno agora.

c) Transtorno bipolar tipo II: Incorreta. O Transtorno Bipolar Tipo II exige a ocorrência de pelo menos um episódio depressivo maior e pelo menos um episódio hipomaníaco. A hipomania diferencia-se da mania por ser menos grave, durar pelo menos 4 dias e, fundamentalmente, não causar prejuízo funcional grave, não exigir hospitalização e não possuir sintomas psicóticos. Como a paciente apresenta prejuízo funcional importante (afastamento do trabalho), o quadro é classificado como mania, e não hipomania.

d) Transtorno bipolar tipo I: Correta. O diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I é estabelecido pela presença de pelo menos um Episódio Maníaco na vida do paciente. Embora episódios depressivos sejam extremamente comuns e façam parte da história natural da doença (como visto nesta paciente), eles não são obrigatórios para o diagnóstico do Tipo I, sendo a ocorrência da mania o fator definidor. Portanto, o quadro de euforia grave com impacto funcional caracteriza a mania e define o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I.

---

### Questão 66

Para resolver essa questão, é necessário dominar a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, atualmente regida pela Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023. O foco é distinguir os agravos que exigem notificação imediata (em até 24 horas) daqueles que permitem notificação semanal.

Alternativa (a) - Correta. De acordo com os protocolos de Vigilância em Saúde do Trabalhador, os acidentes de trabalho são notificados de formas diferentes, dependendo da gravidade. Acidentes de trabalho graves (que resultam em mutilação, como a amputação descrita, ou que exigem internação hospitalar), acidentes fatais e aqueles ocorridos com crianças ou adolescentes devem ser notificados de forma imediata (em até 24 horas) ao gestor municipal de saúde.

Alternativa (b) - Incorreta. A dengue é uma doença de notificação compulsória semanal para os casos confirmados ou suspeitos sem sinais de gravidade. A notificação da dengue só passa a ser imediata (24 horas) em casos de óbito com suspeita de dengue. Como o caso descreve apenas um teste positivo sem menção a óbito ou complicações graves, a notificação é semanal.

Alternativa (c) - Incorreta. O zika vírus, assim como a dengue e a febre chikungunya, consta na lista de notificação compulsória semanal. A notificação imediata para zika ocorre em situações específicas, como óbitos suspeitos ou infecções em gestantes (embora o fluxo para gestantes possa variar em protocolos locais, a regra geral da

lista nacional para o caso apresentado é semanal).

Alternativa (d) - Incorreta. Todas as hepatites virais (A, B, C, D e E) são doenças de notificação compulsória semanal. Mesmo em crianças, a suspeita isolada de hepatite A não se enquadra nos critérios de notificação imediata de 24 horas, seguindo o fluxo de rotina das unidades de saúde.

Conclusão: O acidente de trabalho com amputação é considerado um acidente de trabalho grave, exigindo a comunicação imediata às autoridades sanitárias para fins de investigação epidemiológica e intervenção no ambiente laboral.

---

### Questão 67

Esta questão aborda um tema transversal importante que une a Ética Médica e a Legislação Trabalhista Brasileira. O ponto central é a proteção da mulher contra práticas discriminatórias no mercado de trabalho.

Fundamentação Teórica:

A base para a resolução desta questão é a Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995. Esta lei proíbe expressamente a exigência de atestados de gravidez e esterilização, bem como outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho. No âmbito da ética médica, o profissional não deve ser conivente com atos que firam a dignidade da pessoa humana ou que promovam a exclusão social.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O fato de a empresa formalizar o pedido por escrito não torna a prática legal. Pelo contrário, o documento serviria apenas como prova de uma infração à legislação trabalhista. O médico, ao realizar o exame sabendo da finalidade discriminatória, estaria colaborando com um ato ilícito.

b) Correta. Esta é a conduta ética e legalmente adequada. O médico deve se recusar a realizar o exame para este fim específico, protegendo a paciente de uma exigência abusiva do empregador. Além disso, faz parte do papel do médico na atenção primária orientar o cidadão sobre seus direitos fundamentais, informando que tal exigência por parte da empresa é proibida por lei.

c) Incorreta. O termo de consentimento livre e esclarecido é fundamental na prática médica, mas ele não legitima uma prática que é ilegal por natureza. O consentimento da paciente, neste contexto, é viciado pela necessidade de conseguir o emprego (coerção econômica), não sendo, portanto, uma manifestação de vontade

plenamente livre.

d) Incorreta. Não cabe ao Conselho Regional de Medicina (CRM) autorizar exceções a uma lei federal. A proibição é absoluta e já está pacificada na legislação e nos códigos de ética profissional. O médico deve ter autonomia e conhecimento para negar a solicitação sem necessidade de consulta prévia ao órgão de classe.

Conclusão:

A atuação do médico deve ser pautada no respeito aos direitos humanos e na legislação vigente. Diante de uma solicitação que visa à discriminação laboral da mulher, a recusa acompanhada de orientação é a única via correta.

---

## Questão 68

### EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

A situação descrita por John Snow é um exemplo clássico do que a epidemiologia moderna chama de experimento natural. O ponto central do texto é a observação de que a exposição (a água de diferentes companhias) ocorria de forma independente das características sociais ou geográficas dos indivíduos.

#### POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Em um estudo experimental (como um ensaio clínico), o pesquisador distribui os participantes em grupos de forma aleatória para garantir que a única diferença entre eles seja a intervenção testada, eliminando fatores de confusão. No relato, Snow enfatiza que as casas eram abastecidas por companhias diferentes independentemente de serem ricas ou pobres, grandes ou pequenas, ou da ocupação dos moradores. Essa distribuição "cega" e aleatória feita pelas companhias simulou as condições de um experimento controlado, permitindo que Snow isolasse o tipo de água como o único fator responsável pela doença.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

A) Caso-controle: Este desenho de estudo parte do desfecho (pessoas já doentes) e busca retroativamente a exposição. Embora Snow tenha analisado quem adoeceu, o trecho citado foca na forma como a população foi exposta à água, destacando a similaridade com a divisão de grupos em um experimento, e não na busca retrospectiva de fatores de risco a partir de doentes e saudáveis.

B) Transversal: Estudos transversais realizam uma medição única de exposição e desfecho em um determinado momento (uma "foto"). Eles não descrevem a dinâmica de distribuição de um fator de risco ou intervenção da maneira quase controlada que

o texto de Snow relata.

D) Ecológico: O estudo ecológico analisa grupos ou populações de forma agregada (por exemplo, comparar a taxa de cólera de um bairro inteiro contra outro bairro). O texto de Snow, porém, faz questão de mencionar que a diferença ocorria de casa para casa, em nível individual, mesmo entre vizinhos próximos. Isso afasta a lógica puramente ecológica e aproxima a análise da precisão de um estudo experimental com base em indivíduos.

## Questão 69

Para resolver essa questão, precisamos identificar a natureza das variáveis envolvidas e o objetivo do estudo. O enunciado solicita a comparação do Índice de Massa Corpórea (IMC) médio entre dois grupos específicos: consumo "baixo" e consumo "alto" de gordura.

Análise das Variáveis:

1. Variável dependente (desfecho): IMC, que é uma variável quantitativa contínua (numérica).
2. Variável independente (exposição): Consumo de gordura, que foi dividido em duas categorias (baixo e alto), sendo, portanto, uma variável qualitativa dicotômica.

Análise das Alternativas:

a) Análise de correlação: Incorreta. A correlação (como as de Pearson ou Spearman) é utilizada para avaliar a força e a direção da relação entre duas variáveis quantitativas contínuas (por exemplo, correlacionar o peso em quilos com a altura em centímetros). No caso da questão, temos um grupo categórico (baixo/alto) e não duas escalas numéricas puras.

b) Teste Qui-quadrado: Incorreto. O teste do Qui-quadrado de Pearson é aplicado quando queremos comparar proporções entre variáveis categóricas (qualitativas). Por exemplo, seria usado para verificar se a proporção de "obesos" e "não obesos" difere entre os grupos de "baixo" e "alto" consumo de gordura. Como o enunciado pede para comparar a média do IMC (valor numérico), o Qui-quadrado não se aplica.

c) Teste t de Student: Correto. Este é o teste estatístico clássico para comparar as médias de uma variável quantitativa entre dois grupos independentes. Como o estudo deseja saber se o IMC médio é o mesmo para quem consome pouca gordura em relação a quem consome muita (dois grupos), o teste t de Student é a escolha adequada, assumindo que os dados sigam uma distribuição normal.

d) Análise de variância (ANOVA): Incorreta. A ANOVA também é utilizada para comparar médias de variáveis quantitativas, porém ela é indicada quando temos três ou mais grupos (por exemplo: consumo baixo, moderado e alto de gordura). Embora a ANOVA possa ser usada para dois grupos (resultando no mesmo valor de p que o teste t), o teste t de Student é a resposta mais específica e padrão para a comparação de apenas dois grupos.

Conclusão:

Sempre que a questão de prova citar "comparação de médias" entre "dois grupos", o Teste t de Student deve ser sua primeira opção. Se forem "três ou mais grupos", pense em ANOVA. Se for "proporção ou porcentagem", pense em Qui-quadrado.

## Questão 70

### ESTUDO DE CASO E CONCEITOS DO SUS

A questão apresenta um cenário de gestão de acesso na rede pública de saúde. Temos uma paciente com sinais clínicos de alerta para neoplasia de mama (nódulo palpável e linfonodomegalia axilar). Mesmo diante de uma fila de espera com 250 pessoas, ela é classificada como prioridade e consegue o exame em cinco dias. O cerne da pergunta é identificar qual princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta essa discriminação positiva.

ALTERNATIVA A - CORRETA: A Equidade é o princípio doutrinário que reconhece as desigualdades entre os indivíduos e determina que o sistema deve oferecer "mais para quem mais precisa". Diferente da igualdade literal (onde todos esperariam exatamente o mesmo tempo na fila, independentemente do quadro clínico), a equidade orienta a criação de protocolos de classificação de risco. No caso, a paciente tem uma necessidade de saúde mais urgente do que pacientes que estão na fila para rastreamento de rotina. Priorizá-la é aplicar a equidade para garantir o direito à saúde de forma justa.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: A Integralidade é um princípio doutrinário que prega que o indivíduo deve ser visto como um todo, garantindo ações que vão desde a prevenção até a reabilitação, em todos os níveis de complexidade. Embora o encaminhamento para o exame faça parte do cuidado integral, a integralidade não é o princípio que define a ordem de prioridade em uma fila de espera baseada em risco.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: A Hierarquização é um princípio organizativo (ou diretriz) do SUS. Ela estabelece que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescente, sendo a Atenção Primária a porta de entrada e o centro

comunicador da rede. A paciente seguiu a hierarquia ao ser encaminhada da Unidade Básica para o exame de imagem, mas a antecipação do agendamento por gravidade é uma aplicação da equidade, não da hierarquia.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A Resolubilidade (ou resolutividade) é a capacidade do serviço de saúde de dar uma resposta positiva e resolutiva ao problema do usuário, seja no próprio local de atendimento ou através do encaminhamento responsável. Não se confunde com os critérios de priorização de vagas ou gestão de filas por risco clínico.

Dica para provas: Lembre-se de que os princípios doutrinários são a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Já a Hierarquização e a Resolubilidade são consideradas princípios organizativos ou diretrizes do sistema. Como a questão pede especificamente um princípio doutrinário, as alternativas C e D já poderiam ser descartadas de imediato.

---

### Questão 71

O ponto central desta questão é a definição jurídica de estupro de vulnerável e as previsões do Código Penal Brasileiro para o aborto legal.

De acordo com o Artigo 217-A do Código Penal, ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos configura crime de estupro de vulnerável. A lei brasileira estabelece uma presunção absoluta de violência nesses casos, o que significa que o consentimento da vítima, o fato de ter um relacionamento amoroso ou a idade do parceiro não descaracterizam o crime. Portanto, a gestação da paciente de 13 anos é, para fins jurídicos, decorrente de estupro.

Alternativa a: Incorreta. Como a paciente tem menos de 14 anos, o ato é classificado como estupro de vulnerável por presunção legal (Artigo 217-A do Código Penal). A ausência de violência física, grave ameaça ou coação é irrelevante para a configuração do crime e para o direito ao aborto previsto em lei.

Alternativa b: Correta. O Código Penal Brasileiro (Artigo 128, inciso II) permite o aborto em caso de gravidez resultante de estupro e não estabelece um limite de idade gestacional para o procedimento. Embora normas técnicas ministeriais ou resoluções de conselhos de classe tentem estabelecer marcos de viabilidade fetal (comumente citando 20 ou 22 semanas), essas diretrizes não podem se sobrepor à lei penal, que não impõe prazo. Decisões recentes do Supremo Tribunal Federal (STF) reforçam que não há limite temporal fixado em lei para o aborto legal.

Alternativa c: Incorreta. Conforme a Lei 12.845/2013 (Lei do Minuto Seguinte) e a

Portaria 2.561/2020 do Ministério da Saúde, não é necessária a apresentação de boletim de ocorrência, autorização judicial ou laudo pericial (IML) para a realização do aborto legal. O relato da vítima e de seu representante legal, documentado pela equipe de saúde por meio do Termo de Relato Circunstanciado, é suficiente para garantir o acesso ao procedimento.

Alternativa d: Incorreta. Conforme explicado na alternativa B, o limite de 22 semanas não está previsto no Código Penal. O direito à interrupção da gestação em casos de estupro é assegurado pela legislação brasileira independentemente do tempo de gravidez, prevalecendo a proteção à dignidade e à saúde da vítima sobre limitações cronológicas administrativas.

---

## Questão 72

O foco desta questão é a recente alteração normativa (conforme o cenário proposto) que visa aumentar o controle sobre os análogos de GLP-1, como a semaglutida e a liraglutida. O objetivo da medida é mitigar o uso indiscriminado e garantir a segurança do paciente frente ao aumento de notificações de eventos adversos.

Alternativa a (Correta): Quando a Anvisa determina a retenção de receita para uma classe de medicamentos que não é classificada como psicotrópica ou entorpecente, mas que exige vigilância rigorosa, utiliza-se o Receituário de Controle Especial (branco). Este receituário deve ser obrigatoriamente emitido em duas vias: a 1ª via fica retida no estabelecimento farmacêutico para controle e fiscalização, enquanto a 2ª via é devolvida ao paciente com o carimbo de dispensação para orientação posológica.

Alternativa b (Incorreta): O Receituário Azul, também conhecido como Notificação de Receita B, é destinado ao controle de substâncias psicotrópicas (como benzodiazepínicos) e substâncias anorexígenas específicas (como a sibutramina). Embora os análogos de GLP-1 sejam usados no tratamento da obesidade, eles não possuem o perfil farmacológico de ação no sistema nervoso central que justifique a inclusão na lista B.

Alternativa c (Incorreta): O Receituário Amarelo, ou Notificação de Receita A, é o nível mais rigoroso de controle, utilizado para substâncias entorpecentes e psicofármacos estimulantes (como morfina e metilfenidato). Os agonistas de GLP-1 não apresentam potencial de abuso ou dependência que exija esse tipo de controle.

Alternativa d (Incorreta): O receituário branco em uma única via é o modelo comum, utilizado para a maioria dos medicamentos sob prescrição médica que não exigem retenção de cópia pela farmácia. A partir do momento em que a Anvisa estabelece a

obrigatoriedade de retenção da receita, o modelo de via única torna-se insuficiente, pois o estabelecimento precisa guardar um comprovante da dispensação para a vigilância sanitária.

### Questão 73

#### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda o conflito entre o princípio da beneficência (fazer o que a equipe acredita ser o melhor para a saúde da paciente) e o princípio da autonomia (o direito da paciente de decidir sobre seu próprio corpo), dentro do contexto da bioética e do Código de Ética Médica (CEM) brasileiro.

Alternativa (a) - INCORRETA: A episiotomia não é considerada um procedimento de urgência absoluta que dispense o consentimento. Atualmente, as evidências científicas e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde desencorajam a episiotomia de rotina. Mesmo que fosse indicada tecnicamente, o direito à recusa de procedimentos invasivos por parte de uma paciente lúcida e orientada deve ser respeitado, exceto em iminente risco de morte, o que não era o caso (cardiotocografia categoria I).

Alternativa (b) - INCORRETA: O plano de parto é um instrumento importante, mas a manifestação de vontade da paciente pode ocorrer de forma verbal a qualquer momento durante a assistência. A ausência de um documento escrito prévio não autoriza a equipe a ignorar a vontade expressa da gestante no momento do parto. O registro detalhado em prontuário feito pela equipe supre a necessidade de formalização em plano de parto.

Alternativa (c) - CORRETA: De acordo com o Código de Ética Médica, é direito da paciente decidir sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem realizados. No caso descrito, a equipe agiu corretamente ao: 1) Propor a conduta baseada na indicação técnica; 2) Esclarecer os riscos e benefícios; 3) Respeitar a autonomia da paciente após a recusa informada; 4) Registrar todo o processo no prontuário. O registro em prontuário é o principal documento de defesa ética e legal do médico, comprovando que a paciente foi orientada e que sua autonomia foi respeitada.

Alternativa (d) - INCORRETA: Não há negligência quando o médico deixa de realizar um procedimento por respeito à recusa expressa da paciente devidamente esclarecida. Negligência seria a omissão de socorro ou o descuido técnico. No cenário em questão, realizar a episiotomia contra a vontade da paciente poderia, inclusive, ser configurado como violência obstétrica ou lesão corporal, uma vez que a autonomia da paciente sobre seu corpo é soberana em situações que não envolvem

risco de morte imediato e inevitável.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 74

Análise dos dados da imagem:

Ao analisar a tabela fornecida, observamos o Risco Relativo (RR) que compara o risco de fratura de fêmur entre mulheres e homens. No dado global (Todas as idades), o RR é de 2,0. Entretanto, ao estratificar os dados por faixas etárias, os resultados mudam drasticamente: no grupo com menos de 50 anos, o RR é de 0,5 (o que indica um risco menor para mulheres nessa faixa); já no grupo com 50 anos ou mais, o RR salta para 8,0 (um risco muito mais elevado para mulheres).

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Está correta. Uma variável é considerada modificadora de efeito (ou de interação) quando a magnitude da associação entre a exposição (sexo) e o desfecho (fratura) varia conforme os níveis dessa terceira variável (idade). Como o Risco Relativo apresentou valores totalmente diferentes nos dois estratos de idade (0,5 vs 8,0), fica demonstrado que a idade modifica o efeito do sexo sobre o risco de fraturas.

Alternativa b: Está incorreta. Na variável de confusão, o fator de confusão distorce a relação entre exposição e desfecho. Se a idade fosse apenas uma variável de confusão, ao estratificarmos os dados, os Riscos Relativos encontrados em cada estrato (jovens e idosos) deveriam ser semelhantes entre si, embora diferentes do valor bruto inicial. Como os valores estratificados são muito divergentes entre si, o conceito correto é o de modificação de efeito.

Alternativa c: Está incorreta. O viés de aferição ocorre quando há erros sistemáticos na coleta de dados, na entrevista ou na mensuração das variáveis do estudo. Os dados da tabela mostram uma variação real do risco epidemiológico nas subpopulações, e não uma falha técnica de medição ou registro.

Alternativa d: Está incorreta. O termo indução estatística não faz parte da terminologia padrão da epidemiologia para descrever o fenômeno de alteração de medidas de associação em subgrupos. O comportamento observado na tabela, onde a idade altera a direção e a intensidade do risco, é classicamente definido como modificação de efeito.

---

## Questão 75

Esta questão exige o conhecimento sobre a distribuição normal (também conhecida como curva de Gauss) e o significado do Desvio Padrão (DP). O DP é uma medida de dispersão que indica o quanto os valores de um conjunto de dados variam em relação à média.

Para resolver o problema, aplicamos a regra empírica da distribuição normal:

- Cerca de 68% dos dados estão entre a Média +/- 1 DP.
- Cerca de 95% dos dados estão entre a Média +/- 2 DP.
- Cerca de 99,7% dos dados estão entre a Média +/- 3 DP.

Dados da questão:

Média = 26 anos.

Desvio Padrão = 5 anos.

Calculando o intervalo de 2 Desvios Padrão:

Limite inferior:  $26 - (2 \times 5) = 16$  anos.

Limite superior:  $26 + (2 \times 5) = 36$  anos.

Portanto, 95% da amostra estão entre 16 e 36 anos.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: INCORRETA. Esta alternativa descreve o conceito de Intervalo de Confiança (IC). O IC é calculado a partir do Erro Padrão da Média para estimar onde a média populacional se encontra. O Desvio Padrão, citado no enunciado, serve para descrever a variabilidade dos dados individuais da própria amostra.

Alternativa B: INCORRETA. A média ser 26 anos não significa que essa seja a idade mais frequente (moda), nem que a maioria tenha essa idade exata. Além disso, o intervalo de 21 a 31 anos ( $26 \pm 5$ ) representa apenas 1 Desvio Padrão, o que abrangeria cerca de 68% dos participantes, e não "os restantes".

Alternativa C: INCORRETA. A distribuição normal é assintótica e probabilística. Isso significa que, embora a maioria esteja no centro, sempre há uma previsão estatística de que existam pessoas nas extremidades (caudas da curva). No caso de 2 DP, espera-se que aproximadamente 5% dos participantes estejam fora do intervalo (abaixo de 16 ou acima de 36 anos).

Alternativa D: CORRETA. Conforme demonstrado no cálculo inicial, o intervalo de 16 a 36 anos corresponde à Média +/- 2 Desvios Padrão. Pela definição da curva de Gauss, esse intervalo engloba aproximadamente 95% das observações de uma amostra.

## Questão 76

### EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

Para resolver este problema, devemos calcular a Fração Atribuível Populacional (FAP). Esse indicador epidemiológico quantifica a proporção de doenças ou mortes na população total que poderia ser evitada caso o fator de risco (FR) fosse completamente eliminado.

1. Identificação dos dados fornecidos:

Risco de morte nos expostos ( $R_e$ ): 10% (ou 0,10).

Risco de morte nos não expostos ( $R_n$ ): 5% (ou 0,05).

Composição da população: 50% de expostos e 50% de não expostos.

2. Cálculo do Risco Total na População ( $R_t$ ):

O risco total é a média ponderada dos riscos de cada grupo. Como a população é dividida exatamente ao meio (metade para cada), fazemos a média simples:

$$R_t = (\text{Risco dos expostos} + \text{Risco dos não expostos}) / 2$$

$$R_t = (0,10 + 0,05) / 2$$

$$R_t = 0,15 / 2 = 0,075 \text{ (ou 7,5\%)}$$

3. Cálculo da Fração Atribuível Populacional (FAP):

A fórmula da FAP é:  $(\text{Risco Total} - \text{Risco nos Não Expostos}) / \text{Risco Total}$ .

$$FAP = (0,075 - 0,05) / 0,075$$

$$FAP = 0,025 / 0,075$$

Ao simplificar a divisão (dividindo o numerador e o denominador por 0,025):

$$FAP = 1 / 3.$$

Portanto, 1/3 de todas as mortes da população seriam evitadas.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O valor 1/2 (50%) representa a Fração Atribuível no grupo exposto, calculada pela fórmula  $(R_e - R_n) / R_e$ , que seria  $(0,10 - 0,05) / 0,10$ . Isso significa que, entre os expostos que morreram, metade das mortes foi causada pelo FR. No entanto, a questão pede a proporção em relação ao total de mortes da população (expostos + não expostos).

Alternativa b) Correta. Conforme o cálculo epidemiológico realizado, a eliminação de um fator de risco que dobra o risco de morte (de 5% para 10%) em metade da população resultaria na prevenção de um terço das mortes totais.

Alternativa c) Incorreta. O valor  $1/4$  não corresponde à aplicação das fórmulas de risco atribuível populacional com os dados de incidência de 10% e 5% em grupos de igual tamanho.

Alternativa d) Incorreta. O valor  $1/5$  é matematicamente incompatível com os parâmetros de risco relativo e prevalência da exposição fornecidos no enunciado.

---

### Questão 77

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é um processo fundamental para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e para a governança regional do SUS. Ele visa identificar lacunas assistenciais e organizar a oferta de serviços de forma racional e equânime entre os municípios de uma mesma região de saúde.

Alternativa a) Incorreta. A capacidade instalada refere-se à infraestrutura e aos serviços que já existem no território. Embora esses dados sejam fundamentais para compor o diagnóstico situacional da região, eles não servem como o referencial norteador do planejamento. O planejamento deve buscar superar as limitações da estrutura atual para alcançar o atendimento ideal.

Alternativa b) Correta. Conforme estabelecido pelas diretrizes do SUS e pela Resolução CIT nº 37/2018, o planejamento no SUS deve ser ascendente e baseado na análise da situação de saúde. Portanto, as necessidades de saúde da população (perfil epidemiológico, demográfico e demandas sociais) constituem o referencial obrigatório para a elaboração e pactuação do PRI. O objetivo é que a rede seja desenhada para resolver os problemas reais de saúde daquela população específica.

Alternativa c) Incorreta. As emendas parlamentares são mecanismos de transferência de recursos financeiros, muitas vezes vinculados a decisões políticas individuais de legisladores. O planejamento estratégico e técnico do SUS deve ser pautado por critérios técnicos, epidemiológicos e sanitários, e não pela disponibilidade ou direcionamento de emendas.

Alternativa d) Incorreta. A organização da atenção especializada é, de fato, um dos grandes desafios trabalhados dentro do PRI, especialmente para superar vazios assistenciais. No entanto, o referencial do planejamento não se limita a um nível de atenção específico. O PRI deve considerar a integralidade do cuidado, abrangendo desde a Atenção Primária, que é a ordenadora da rede, até a alta complexidade.

---

### Questão 78

O estudo de caso-controle é um desenho de pesquisa observacional, analítico e geralmente retrospectivo. Ele parte do desfecho (o indivíduo já doente) para investigar a exposição prévia a determinados fatores.

Alternativa a: Incorreta. Embora o modelo de caso-controle seja o mais indicado para investigar os fatores de risco de doenças raras (pela facilidade de selecionar indivíduos que já possuem a condição), ele não serve para estimar a frequência (prevalência ou incidência) na população. Isso ocorre porque o pesquisador define arbitrariamente o número de casos e controles, o que não reflete a proporção real da doença na comunidade.

Alternativa b: Incorreta. A avaliação da eficácia de intervenções ou programas de rastreamento populacional é melhor realizada por meio de ensaios clínicos randomizados ou estudos de coorte. A eficácia diz respeito ao desempenho de uma intervenção em condições ideais e controladas, o que foge ao escopo puramente observacional do caso-controle.

Alternativa c: Incorreta. Para estimar a frequência de doenças na população, os desenhos de escolha são os estudos transversais (para medir a prevalência) ou estudos de coorte (para medir a incidência). O caso-controle, por sua natureza de seleção baseada no desfecho, impede o cálculo direto dessas medidas de frequência populacional.

Alternativa d: Correta. O estudo de caso-controle é uma ferramenta clássica para avaliar a efetividade de vacinas após sua introdução na população (o chamado "mundo real"). O pesquisador identifica as pessoas que contraíram a doença contra a qual se vacina (casos) e as que não contraíram (controles), comparando o histórico vacinal de ambos os grupos. Através do cálculo da Odds Ratio (Razão de Chances), é possível determinar a efetividade da vacina na proteção contra o desfecho clínico.

---

### Questão 79

Para compreender esta questão, primeiro precisamos diferenciar casos incidentes de casos prevalentes no contexto de um estudo de caso-controle. Casos incidentes são os novos casos diagnosticados durante o período de seguimento do estudo. Casos prevalentes são os casos já existentes (pessoas que já possuem o diagnóstico e convivem com a doença há algum tempo) no momento em que a pesquisa se inicia.

Alternativa a) Correta. Esta é a principal vantagem prática do uso de casos prevalentes. Como os pacientes já estão diagnosticados e muitas vezes vinculados a serviços de saúde, prontuários ou registros médicos, o pesquisador consegue

recrutar uma amostra numerosa de forma quase imediata. Se o estudo dependesse apenas de casos incidentes, o pesquisador teria que aguardar o surgimento de cada novo diagnóstico, o que tornaria a coleta de dados muito mais demorada e cara.

Alternativa b) Incorreta. O estudo de caso-controle, por sua própria natureza, não permite estimar a prevalência de uma doença. Isso acontece porque o pesquisador seleciona propositalmente quem é caso e quem é controle, fixando uma proporção entre eles (por exemplo, 1 caso para cada 1 controle). Como essa proporção é decidida pelo autor do estudo e não reflete a frequência real da doença na população geral, não se pode falar em cálculo de prevalência.

Alternativa c) Incorreta. O uso de casos prevalentes pode, na verdade, aumentar vieses. O viés de recordação tende a ser maior em casos prevalentes, pois o tempo decorrido entre a exposição e a entrevista costuma ser mais longo. Além disso, casos prevalentes geram o chamado viés de sobrevivência (ou viés de Neyman): o estudo acaba selecionando apenas os pacientes que não morreram rapidamente e que não se curaram rápido demais, deixando de fora os casos mais graves ou os muito leves.

Alternativa d) Incorreta. A estimativa de incidência (risco de novos casos surgindo ao longo do tempo) é a marca registrada dos estudos de coorte. No estudo de caso-controle, você já parte de indivíduos doentes, o que impossibilita o acompanhamento do surgimento de novos eventos a partir de um grupo inicialmente saudável para o cálculo da incidência.

---

## Questão 80

Para resolver esta questão, é fundamental compreender a interpretação do Intervalo de Confiança (IC) de 95% aplicado a diferenças de médias.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Existe uma confusão de conceitos aqui. O nível de confiança é de 95%, o que implica um nível de significância (alfa) de 5% (ou 0,05), e não de 95%. Além disso, a significância estatística não é testada comparando os dois limites do intervalo entre si, mas sim verificando se o valor de nulidade (zero) faz parte do intervalo.

Alternativa (b) Incorreta. Este é um erro comum de interpretação estatística. O Intervalo de Confiança refere-se à estimativa da média da população, e não aos valores individuais da amostra. O IC indica que, se repetíssemos o estudo várias vezes, a média real da mudança na pressão estaria dentro desse intervalo em 95% das vezes. A variação individual dos indivíduos é geralmente muito maior do que a

amplitude do IC da média.

Alternativa (c) Correta. Em estudos que medem a diferença entre dois momentos (final menos inicial), a hipótese nula ( $H_0$ ) é de que não houve mudança, ou seja, que a diferença média é igual a zero. Quando o Intervalo de Confiança de 95% não inclui o valor zero, podemos afirmar que a diferença é estatisticamente significativa ao nível de 5% ( $p$  inferior a 0,05). Como o intervalo [0,82; 5,59] é composto apenas por números positivos e não contém o zero, há indícios de uma diferença real (aumento da pressão).

Alternativa (d) Incorreta. O valor unitário (1) é o valor de referência para "ausência de efeito" apenas em cálculos de razões, como Risco Relativo (RR) ou Razão de Chances (Odds Ratio). Para diferenças de médias (subtrações), o valor de referência para "ausência de efeito" é o zero. Como o zero não está contido no intervalo, a conclusão é o oposto da alternativa: houve, sim, diferença estatisticamente significativa.

---

### Questão 81

O conceito de sobrediagnóstico (\*overdiagnosis\*) refere-se à detecção de condições que não causariam sintomas ou morte ao paciente durante seu tempo de vida. É um fenômeno distinto do erro diagnóstico ou do falso-positivo. A discussão sobre esse tema ganha força à medida que a medicina busca equilibrar os benefícios e os danos das intervenções.

Alternativa (a) INCORRETA: Existe uma diferença técnica importante entre falso-positivo e sobrediagnóstico. No falso-positivo, o exame aponta uma doença que o paciente, de fato, não possui (um erro do teste). No sobrediagnóstico, o teste está tecnicamente correto e identifica uma alteração real, mas essa alteração é clinicamente irrelevante (por exemplo, um câncer de próstata indolente em um idoso que morrerá de outras causas). Embora ambos causem intervenções excessivas, o sobrediagnóstico é o termo específico para a detecção de doenças que não precisam de tratamento.

Alternativa (b) INCORRETA: O aumento da especificidade dos testes serviria para reduzir os resultados falsos-positivos. O que tem impulsionado o sobrediagnóstico, na verdade, é o aumento da sensibilidade dos exames de imagem e laboratoriais, capazes de detectar alterações cada vez menores e mais sutis, além da redução dos limiares diagnósticos para diversas doenças crônicas.

Alternativa (c) CORRETA: A prevenção quaternária é o nível de prevenção que visa detectar indivíduos em risco de medicalização excessiva, protegendo-os de

intervenções médicas desnecessárias e de danos iatrogênicos. Como o sobrediagnóstico leva inevitavelmente ao sobretratamento (\*overtreatment\*), a prevenção quaternária surge como a resposta ética e clínica necessária para mitigar esses excessos, fundamentando a crescente discussão sobre o tema na literatura médica.

Alternativa (d) INCORRETA: A prevenção secundária consiste no diagnóstico precoce e no rastreamento (\*screening\*). Ao contrário do que afirma a alternativa, a prevenção secundária tem sido amplamente incentivada e privilegiada nas políticas de saúde pública. É justamente essa expansão, muitas vezes acrítica, do rastreamento populacional que tem gerado o aumento dos casos de sobrediagnóstico observados atualmente.

---

### Questão 82

A questão aborda o conceito de Imunidade de Rebanho (ou Limiar de Imunidade Coletiva), que representa a porcentagem mínima de indivíduos que precisam estar imunes em uma população para que um patógeno pare de circular de forma epidêmica.

O cálculo desse limiar é baseado no Número Básico de Reprodução ( $R_0$ ), que indica para quantas pessoas, em média, um único indivíduo infectado transmite a doença em uma população totalmente suscetível. A fórmula para encontrar o limiar de imunidade ( $I$ ) é:

$$I = 1 - (1 / R_0)$$

Aplicando os dados fornecidos pela questão, onde o  $R_0$  é igual a 4:

$$I = 1 - (1 / 4)$$

$$I = 1 - 0,25$$

$$I = 0,75$$

Como o enunciado afirma que a vacina induz soroconversão em 100% dos vacinados (ou seja, a eficácia é total), a porcentagem da população a ser vacinada deve ser exatamente igual ao limiar de imunidade calculado. Convertendo 0,75 para porcentagem, temos 75%.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O valor de 95% seria necessário para doenças com  $R_0$  muito mais elevado, como o sarampo, cujo  $R_0$  costuma variar entre 12 e 18.

b) Incorreta. Uma cobertura de 60% seria insuficiente. Com esse percentual, o número reprodutivo efetivo ainda seria superior a 1, o que permitiria a progressão da epidemia.

c) Incorreta. A cobertura de 90% é excessiva para o R0 apresentado. Esse valor seria o alvo para uma doença com R0 igual a 10.

d) Correta. De acordo com a fórmula de imunidade de rebanho, para um R0 de 4, a proteção de 75% da população é o ponto crítico para que cada caso primário gere, em média, menos de um caso secundário, interrompendo a disseminação epidêmica.

---

### Questão 83

A questão aborda o protocolo de triagem neonatal (Teste do Pezinho) para fibrose cística no Brasil. O método utilizado é a dosagem do tripsinogênio imunorreativo (IRT).

O protocolo padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde segue os seguintes passos:

1. Realização da primeira coleta do IRT entre o 3º e o 7º dia de vida.
2. Se o primeiro resultado for alterado (acima do valor de corte, geralmente 70 ng/mL), uma segunda amostra de IRT deve ser coletada obrigatoriamente até, no máximo, 30 dias de vida.
3. Se o segundo IRT for normal, a triagem é considerada negativa e o processo é encerrado.
4. Se o segundo IRT também estiver alterado, o paciente deve ser encaminhado para o teste de suor (dosagem de cloreto no suor) para confirmação diagnóstica.

Análise das alternativas:

a) Correta. Como o segundo IRT, coletado aos 20 dias de vida (dentro do prazo de 30 dias), resultou normal, a triagem para fibrose cística é considerada negativa. Portanto, não há necessidade de exames adicionais específicos para essa patologia, mantendo-se apenas o acompanhamento de rotina da criança.

b) Incorreta. O teste de suor (padrão-ouro para o diagnóstico) só é indicado na triagem neonatal caso as duas amostras de IRT apresentem resultados alterados.

c) Incorreta. O estudo genético para mutações no gene CFTR não é o próximo passo nesse protocolo. Ele costuma ser reservado para casos de testes de suor duvidosos ou para aconselhamento genético após a confirmação do diagnóstico.

d) Incorreta. A dosagem de IRT só tem valor diagnóstico como triagem se realizada até os 30 dias de vida. Após esse período, os níveis de tripsinogênio caem fisiologicamente, o que gera resultados falso-negativos. Se houvesse suspeita clínica persistente após os 30 dias, o exame indicado seria diretamente o teste de suor, e não uma nova dosagem de IRT.

### Questão 84

Para compreender essa questão, devemos seguir as diretrizes do Ministério da Saúde sobre o diagnóstico de infecção pelo HIV em crianças expostas.

O diagnóstico de infecção pelo HIV em crianças menores de 18 meses não pode ser realizado por testes sorológicos (como o ELISA), pois os anticorpos maternos (IgG) atravessam a placenta e podem permanecer na circulação do bebê por até um ano e meio. Portanto, utilizamos testes moleculares, como a carga viral (RNA-PCR) ou o DNA pró-viral.

No caso descrito, o recém-nascido é de alto risco e já está em profilaxia com três antirretrovirais (geralmente zidovudina, lamivudina e raltegravir ou nevirapina, dependendo do protocolo atual). O resultado de 80 cópias/mL aos 14 dias de vida é considerado um resultado detectável.

A regra fundamental para o diagnóstico de HIV em crianças é a necessidade de confirmação. Um único resultado positivo não confirma a infecção. É necessário coletar uma segunda amostra imediatamente para afastar a possibilidade de falso positivo ou erro laboratorial.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não se deve iniciar o tratamento definitivo (que possui critérios de dosagem e monitoramento diferentes da profilaxia) nem suspender o tratamento profilático/preemptivo sem a confirmação da infecção por uma segunda amostra. O diagnóstico ainda não está firmado.

b) Correta. Diante de qualquer carga viral detectável em criança exposta ao HIV, a conduta imediata é a coleta de uma nova amostra (seja DNA pró-viral ou uma nova carga viral quantitativa) para confirmação diagnóstica. Se a segunda amostra também for detectável, o diagnóstico de infecção por HIV é confirmado.

c) Incorreta. Aguardar 30 dias para uma nova coleta é um erro clínico grave. Se o recém-nascido estiver realmente infectado, o atraso no diagnóstico e no início do tratamento adequado aumenta significativamente a morbimortalidade, dada a rápida

progressão da doença em lactentes.

d) Incorreta. Não se pode considerar a criança infectada com apenas um exame de carga viral, especialmente com um valor baixo (80 cópias/mL). A genotipagem é um exame indicado para orientar a escolha da terapia em casos de falha terapêutica ou em situações específicas de transmissão vertical em que há suspeita de resistência materna, mas não é o exame de primeira escolha para confirmar o diagnóstico inicial neste cenário.

Resumo da conduta:

Primeiro teste positivo/detectável -> Repetir coleta imediatamente para confirmação  
-> Se segundo teste positivo -> Diagnóstico confirmado e início do tratamento antirretroviral (TARV) definitivo.

---

### Questão 85

O caso descreve um recém-nascido prematuro (33 semanas) que apresenta, no segundo dia de vida, um episódio característico de apneia da prematuridade. A apneia da prematuridade é definida como a cessação da respiração por mais de 20 segundos ou interrupções de menor duração (como os 15 segundos do caso), desde que acompanhadas de bradicardia (frequência cardíaca abaixo de 100 bpm) ou cianose.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A furosemida é um diurético. Embora o raio X mostre infiltrado intersticial e aumento da área cardíaca, o que poderia sugerir um quadro de Taquipneia Transitória do Recém-Nascido ou congestão, o uso de diuréticos não é o tratamento indicado para essas condições respiratórias neonatais e não trata a causa da apneia relatada.

b) Incorreta. A ampicilina seria utilizada em caso de suspeita de sepse neonatal precoce. No entanto, o escore hematológico de Rodwell é igual a 2, o que indica uma baixa probabilidade de infecção (o escore é considerado sugestivo de sepse quando maior ou igual a 3). O quadro é mais compatível com uma condição funcional da prematuridade.

c) Incorreta. O surfactante é indicado para a Síndrome do Desconforto Respiratório (Doença da Membrana Hialina). O achado radiológico de infiltrado intersticial é mais comum na Taquipneia Transitória do que na Doença da Membrana Hialina (que tipicamente apresenta padrão de "vidro fosco" e broncogramas aéreos). Além disso, o foco da questão é o tratamento do evento de apneia e bradicardia.

d) Correta. A cafeína (citrato de cafeína) é a droga de escolha para o tratamento da apneia da prematuridade. Ela atua estimulando o centro respiratório no bulbo, aumentando a sensibilidade ao gás carbônico (CO<sub>2</sub>) e melhorando a contratilidade diafragmática. É indicada para reduzir a frequência de episódios de apneia e a necessidade de ventilação mecânica em prematuros.

### Questão 86

O caso clínico apresenta uma adolescente com um quadro clássico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), caracterizado por fotossensibilidade (lesões que pioram com o sol), artrite de pequenas articulações (punhos e dedos) e sintomas constitucionais (febre). A descrição de urina escura, sugerindo hematúria, e com espuma, sugerindo proteinúria, indica o desenvolvimento de Nefrite Lúpica, uma das complicações mais graves e comuns da doença.

Alternativa A: Correta. A Nefrite Lúpica é uma glomerulonefrite. Quando há inflamação dos glomérulos, as hemácias atravessam a barreira de filtração glomerular e sofrem deformações estruturais durante esse trajeto e pela passagem nos túbulos renais. Esse fenômeno é chamado de dismorfismo eritrocitário e é um marcador clássico de sangramento de origem glomerular, sendo o achado mais provável diante da urina escura relatada no contexto de uma doença sistêmica como o lúpus.

Alternativa B: Incorreta. Embora a leucocitúria possa estar presente no lúpus (quadro conhecido como piúria estéril), a alternativa afirma a ausência de cilindúria. Na nefrite ativa, o encontro de cilindros (especialmente cilindros hemáticos e granulados) é um achado esperado e fundamental para caracterizar o chamado sedimento urinário ativo.

Alternativa C: Incorreta. A relação proteinúria/creatinúria menor que 0,2 indica valores normais de excreção de proteínas. A queixa de urina com espuma sugere fortemente uma proteinúria clinicamente significativa. Na Nefrite Lúpica, espera-se encontrar valores elevados de proteinúria, frequentemente acima de 0,5 ou até em níveis nefróticos (acima de 3,5), o que resultaria em uma relação proteinúria/creatinúria bem superior a 0,2.

Alternativa D: Incorreta. Cilindros hialinos são formados basicamente por proteínas de Tamm-Horsfall e podem ser encontrados em situações fisiológicas, como desidratação, febre ou após exercícios físicos intensos, não sendo marcadores de lesão inflamatória glomerular. O pH urinário isolado é um dado inespecífico e não auxilia no diagnóstico de atividade de nefrite lúpica.

## Questão 87

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta uma anemia microcítica moderada (Hb 8,2 g/dL). Embora a idade e a dieta sugiram anemia ferropriva, o enunciado descarta essa possibilidade ao informar explicitamente que a bioquímica do ferro está normal. Diante de microcitose com ferro normal em crianças, a principal suspeita diagnóstica é de talassemia (especialmente a Beta-talassemia menor). A trombocitose acentuada (970.000/mm<sup>3</sup>) e a leucocitose discreta são achados reacionais que podem acompanhar quadros de anemia hemolítica ou ferropriva.

Alternativa a: Incorreta. A deficiência de G6PD manifesta-se tipicamente como crises de hemólise aguda normocítica após exposição a fatores oxidantes (como certas drogas ou infecções), não cursando com microcitose crônica e ferro normal.

Alternativa b: Incorreta. O mielograma é um exame invasivo indicado para suspeitas de falência medular, infiltração por neoplasias hematológicas ou doenças de depósito. Não é o exame de escolha para investigar anemias microcíticas isoladas em que o perfil de ferro é normal.

Alternativa c: Correta. A eletroforese de hemoglobina é o exame confirmatório para as talassemias e outras hemoglobinopatias. Na Beta-talassemia menor, por exemplo, este exame detecta o aumento percentual das hemoglobinas A2 e/ou Fetal, o que explica a microcitose na presença de estoques de ferro preservados.

Alternativa d: Incorreta. A curva de fragilidade osmótica é o teste utilizado para o diagnóstico de Esferocitose Hereditária. Nesta patologia, a anemia costuma ser normocítica com presença de esferócitos no sangue periférico e aumento do CHCM (concentração de hemoglobina corpuscular média), apresentação distinta da microcitose pura descrita no caso.

---

## Questão 88

ANÁLISE DO CASO

A paciente de 3 anos apresenta um quadro de diarreia aguda com presença de sangue, caracterizando uma disenteria. No entanto, ela encontra-se hígida, sem febre, sem dor abdominal e com exame físico normal, o que indica que não há sinais de desidratação ou toxicidade sistêmica. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde para o manejo da doença diarreica na criança, o tratamento deve ser focado no Plano A (domiciliar).

Os pilares do Plano A incluem: 1) Aumento da oferta de líquidos (incluindo soro de

reidratação oral); 2) Manutenção da alimentação habitual; 3) Suplementação de zinco por 10 a 14 dias; 4) Orientação detalhada à família sobre os sinais de alarme para retorno imediato.

#### POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (d) está correta porque o zinco é uma recomendação universal do Ministério da Saúde para todas as crianças com diarreia aguda, independentemente da etiologia. O zinco reduz a duração do episódio, a gravidade das evacuações e o risco de recorrência nos 2 a 3 meses subsequentes. Além disso, a orientação sobre os sinais de alarme é um componente de segurança indispensável em qualquer atendimento ambulatorial de pediatria, garantindo que os responsáveis identifiquem precocemente sinais de desidratação ou piora do quadro.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

Alternativa (a): A orientação de sinais de alarme está correta, porém a solicitação de coprocultura não é recomendada de rotina para casos de diarreia ou disenteria em crianças saudáveis e sem sinais de gravidade. O manejo da diarreia na atenção primária é eminentemente clínico. A coprocultura ficaria reservada para casos de surtos, pacientes imunocomprometidos ou casos graves que necessitem de internação.

Alternativa (b): Embora o Ministério da Saúde recomende o uso de antimicrobianos para casos de disenteria (sangue nas fezes), a droga de primeira escolha preconizada no manual nacional para crianças com suspeita de shigelose (principal causa de disenteria) é o Ciprofloxacino. A Azitromicina não é a droga de primeira linha nesse protocolo. Além disso, a alternativa ignora a suplementação de zinco, que é fundamental no protocolo oficial.

Alternativa (c): O uso de probióticos não faz parte das recomendações oficiais do Ministério da Saúde para o tratamento da diarreia aguda no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora existam estudos sobre probióticos, eles não são considerados terapia padrão nas diretrizes de saúde pública voltadas ao manejo da diarreia em crianças.

Alternativa (d): Conforme explicado, a suplementação de zinco e a educação sobre sinais de alarme completam o Plano A de tratamento da diarreia, sendo a conduta preconizada para o caso descrito.

## Questão 89

Texto Original:

A questão descreve um quadro clássico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA) em um lactente de 6 meses, com diagnóstico confirmado de Vírus Sincicial Respiratório (VSR). O paciente apresenta sinais de desconforto respiratório (retrações e taquipneia sugerida pelo tempo expiratório prolongado), mas mantém a saturação de oxigênio em 93%.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o uso de inalação com solução salina hipertônica a 3% pode ser recomendado para pacientes hospitalizados. O mecanismo de ação baseia-se na redução do edema da mucosa das vias aéreas e na melhora da depuração mucociliar, o que pode auxiliar na redução do tempo de internação hospitalar. Embora diretrizes internacionais, como a AAP (Americana), tenham se tornado mais restritivas quanto ao seu uso rotineiro, a SBP ainda a mantém como uma opção terapêutica para casos hospitalizados.

Alternativa b: Incorreta. O uso de broncodilatadores (como o salbutamol) não é recomendado de rotina no tratamento da bronquiolite. A fisiopatologia da BVA envolve edema de mucosa, acúmulo de secreção e débris celulares na luz dos bronquíolos, e não o broncoespasmo da musculatura lisa. Estudos demonstram que essas medicações não alteram o curso da doença ou a necessidade de hospitalização.

Alternativa c: Incorreta. O uso de corticoides (seja por via oral, venosa ou inalatória) não é indicado na bronquiolite viral aguda. Eles não demonstraram eficácia em reduzir a taxa de internação, a gravidade dos sintomas ou o tempo de permanência no hospital em pacientes no primeiro episódio de sibilância.

Alternativa d: Incorreta. A oxigenoterapia está indicada apenas quando o paciente apresenta hipoxemia. Segundo a SBP e a maioria dos protocolos vigentes, a suplementação de oxigênio deve ser iniciada quando a saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) estiver abaixo de 90% a 92% em ar ambiente. Como o paciente da questão apresenta SpO<sub>2</sub> de 93%, ele não preenche critérios para o uso de oxigênio no momento.

## Questão 90

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro apresenta um recém-nascido pré-termo tardio (34 semanas) submetido a Ventilação com Pressão Positiva (VPP) na sala de parto. O desenvolvimento de desconforto respiratório precoce (aos 5 minutos de vida) logo após a realização de pressão positiva é um forte indicativo de complicações mecânicas relacionadas ao procedimento.

### POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA:

A Síndrome de Escape de Ar engloba condições como o pneumotórax e o enfisema intersticial pulmonar. A fisiopatologia envolve o efeito Macklin: o excesso de pressão (barotrauma) ou volume (volutrauma) durante a ventilação manual ou mecânica causa a ruptura de alvéolos ou da bainha broncoalveolar. O ar, então, disseca o tecido conjuntivo perivascular e peribronquial, podendo atingir a pleura, o mediastino ou o pericárdio. O início súbito dos sintomas após a VPP é característico desta condição.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

Alternativa (a): A Hipertensão Pulmonar Persistente Neonatal (HPPN) é mais comum em recém-nascidos a termo ou pós-termo, geralmente associada a quadros de asfixia ou aspiração de mecônio. Sua fisiopatologia principal é o aumento da resistência vascular pulmonar com shunt direita-esquerda, e não a hipoalveolização pulmonar.

Alternativa (b): Embora um bebê de 34 semanas tenha risco para Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) por deficiência de surfactante, a alternativa descreve erroneamente a sua fisiopatologia. O retardo na reabsorção do líquido pulmonar é o mecanismo causador da Taquipneia Transitória, e não da SDR.

Alternativa (c): A Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN) é comum em partos cesáreos, porém sua fisiopatologia não é o aumento da produção de líquido, mas sim a falha ou retardo na reabsorção do líquido que já preenche os pulmões durante a vida fetal. Além disso, o quadro de TTRN costuma ser mais arrastado e menos súbito que um escape de ar pós-VPP.

---

## Questão 91

O caso clínico descreve um menino de 5 anos com febre alta, irritabilidade e exames laboratoriais (urina tipo I e hemograma) que confirmam uma infecção bacteriana do trato urinário. O achado fundamental para a escolha do agente etiológico nesta questão é o cálculo coraliforme visualizado na ultrassonografia de rins e vias urinárias.

Cálculos coraliformes são compostos principalmente por estruvita (fosfato de magnésio e amônio) e carbonato de apatita. Sua formação ocorre obrigatoriamente em urina alcalina, condição gerada pela presença de bactérias produtoras de urease. A urease é uma enzima que hidrolisa a ureia em amônia e dióxido de carbono, elevando o pH urinário e permitindo a precipitação dos cristais que compõem o cálculo.

Alternativa a) Incorreta. A *Klebsiella pneumoniae*\* pode produzir urease e estar envolvida em casos de litíase infectada, mas não é o agente mais provável ou classicamente associado ao cálculo coraliforme na prática clínica e em provas de residência.

Alternativa b) Incorreta. A *Escherichia coli*\* é o agente causador da grande maioria das infecções urinárias na infância. No entanto, a *E. coli*\* não é uma bactéria produtora de urease. Portanto, sua presença não explica a formação de um cálculo coraliforme, que exige a alcalinização da urina.

Alternativa c) Incorreta. O *Staphylococcus saprophyticus*\* é um agente comum de cistite em mulheres jovens e sexualmente ativas. Embora produza urease, ele é um patógeno raro em meninos e não é a principal associação epidemiológica com cálculos de estruvita de grandes proporções.

Alternativa d) Correta. O *Proteus mirabilis*\* é o principal agente etiológico associado aos cálculos coraliformes. Ele é um potente produtor de urease, o que promove a alcalinização persistente da urina e a rápida formação de cálculos de estruvita, que crescem moldando a pelve e os cálices renais. Além disso, nota-se que o paciente não é postectomizado; o saco prepucial em meninos não circuncidados é um reservatório conhecido para a colonização por *Proteus*\*, facilitando a ascensão bacteriana e a infecção urinária.

Gabarito: Alternativa d.

---

## Questão 92

O caso clínico descreve um escolar com dificuldades focais e persistentes nas habilidades de leitura e escrita, apesar de possuir inteligência e audição preservadas e acesso à escolarização.

A alternativa (a) está correta. O Transtorno Específico da Aprendizagem, segundo o DSM-5, caracteriza-se por dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas. O quadro do paciente é clássico de um transtorno com prejuízo na

leitura (comumente chamado de dislexia) e na expressão escrita. Os erros de decodificação, a troca de letras com sons ou grafias semelhantes (p/b, f/v) e as omissões/inversões na escrita são sinais patognomônicos. A preservação da compreensão oral e da inteligência reforça que o problema é específico do processamento da linguagem escrita.

A alternativa (b) está incorreta. Embora o professor mencione "pouca atenção", no contexto apresentado, a desatenção parece ser secundária à dificuldade de acompanhar a leitura e ao desinteresse por uma tarefa que gera frustração (desatenção situacional). No TDAH, as falhas de atenção são globais e costumam vir acompanhadas de impulsividade ou hiperatividade, não justificando, isoladamente, as trocas fonológicas e os erros específicos de decodificação descritos.

A alternativa (c) está incorreta. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) exige a presença de déficits na comunicação social, na interação social e a presença de comportamentos repetitivos ou interesses restritos. O enunciado afirma que o menino se expressa bem oralmente e compreende conteúdos ouvidos, o que afasta a hipótese de TEA.

A alternativa (d) está incorreta. No Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem (antigo Distúrbio Específico de Linguagem - DEL), a criança apresenta dificuldades na linguagem oral (expressiva e/ou receptiva) desde o início do desenvolvimento. O paciente em questão tem boa expressão oral e compreende bem o que escuta, o que demonstra que sua dificuldade está restrita à transposição do código fonético para o grafêmico (leitura e escrita).

Portanto, diante de um aluno com inteligência normal que falha especificamente em ler e escrever de forma fluida e correta, a hipótese principal é o Transtorno Específico da Aprendizagem.

---

### **Questão 93**

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descrito (menina de 7 anos, ronco frequente, sono agitado e sudorese profusa) é clássico da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) na infância. Diferente dos adultos, nos quais a obesidade é o principal fator, em crianças a causa mais comum é a hipertrofia das tonsilas palatinas (amígdalas) e faríngeas (adenoides).

Diagnóstico Provável: Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) Pediátrica.

Explicação das Alternativas:

a) Fibrilação atrial: Incorreta. Embora a SAOS seja um fator de risco importante para arritmias cardíacas, como a fibrilação atrial, essa é uma complicação observada predominantemente na população adulta com doença crônica e não tratada. É extremamente rara em crianças de 7 anos.

b) Hipertensão arterial: Incorreta. A hipertensão arterial sistêmica pode ocorrer em crianças com SAOS grave devido à ativação do sistema nervoso simpático e estresse oxidativo causados pelas hipóxias intermitentes. No entanto, ela não é a comorbidade mais frequente nessa faixa etária, sendo superada pelas alterações neurocognitivas e comportamentais.

c) Alteração comportamental: Correta. Esta é a comorbidade mais frequentemente associada à SAOS na infância. A fragmentação do sono e a privação de sono profundo levam a manifestações diurnas que, em crianças, frequentemente se apresentam como irritabilidade, hiperatividade, déficit de atenção, impulsividade e baixo rendimento escolar. Muitos casos de SAOS são erroneamente diagnosticados apenas como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

d) Obesidade: Incorreta. A obesidade é um fator de risco importante para o desenvolvimento de apneia do sono, mas não é a comorbidade mais frequente resultante do quadro em crianças. Na verdade, na pediatria, a SAOS clássica por hipertrofia adenoamigdaliana pode inclusive estar associada ao déficit de ganho ponderal (dificuldade em ganhar peso) devido ao gasto energético aumentado durante o esforço respiratório noturno.

#### Resumo Didático:

Sempre que uma questão de prova apresentar uma criança com ronco e sono agitado, pense em hipertrofia de adenoide/amígdala e SAOS. As consequências mais imediatas e comuns que você deve buscar nas alternativas são as alterações de comportamento e aprendizado. Complicações cardiovasculares (como cor pulmonale e hipertensão) são mais graves, porém menos prevalentes que os distúrbios comportamentais.

---

## Questão 94

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um desafio clássico em cuidados paliativos pediátricos: o pacto de silêncio. O pai, em um movimento de proteção, tenta impedir que a criança saiba da gravidade da doença, enquanto a criança já demonstra, através de perguntas diretas, que percebe mudanças em seu quadro. A equipe deve equilibrar o respeito à unidade

familiar com o direito da criança de ser informada e acolhida em suas dúvidas.

#### POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A conduta correta baseia-se na comunicação progressiva e compartilhada. Primeiro, é fundamental avaliar o que a criança já sabe e o quanto ela quer saber (desejo de informação), pois muitas vezes a criança já elaborou o medo da morte e se sente isolada quando ninguém fala sobre o assunto. Segundo, a equipe deve trabalhar junto com a família para quebrar o pacto de silêncio de forma gradual, explicando aos pais que a omissão de informações pode gerar mais ansiedade e desconfiança na criança. A decisão sobre como e o que falar deve ser construída coletivamente, respeitando o tempo de todos, mas sem ignorar as demandas da paciente.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Atender ao pedido do pai e minimizar a gravidade é uma conduta tecnicamente inadequada e eticamente frágil. Crianças com doenças crônicas e graves possuem uma percepção aguçada do ambiente. Mentir ou omitir informações quando a criança faz perguntas diretas quebra o vínculo de confiança com a equipe e com os pais, impedindo que ela receba o suporte emocional necessário para lidar com o fim da vida.

Alternativa (b): Embora seja importante fornecer informações conforme a compreensão da criança, falar em garantir sua autonomia no processo de decisão é um conceito complexo e às vezes equivocado para uma criança de 9 anos. Na pediatria, trabalhamos com o conceito de assentimento (a criança concorda e participa) e não autonomia plena, que pertence legalmente aos pais. Além disso, tomar essa atitude sem envolver e convencer a família geraria um conflito ético e emocional grave entre a equipe e os responsáveis.

Alternativa (c): A atuação da equipe multiprofissional é essencial, mas esta alternativa é muito genérica. Ela não responde à questão principal, que é o conflito sobre a revelação da verdade. Apenas priorizar quem fala não resolve o impasse comunicacional estabelecido pelo pai e a demanda direta da criança.

#### DICA PARA PROVAS:

Sempre que uma questão envolver comunicação de más notícias e pacto de silêncio, a resposta correta passará pela avaliação da percepção do paciente, acolhimento da angústia da família e a construção de uma verdade compartilhada e gradual. Nunca se deve mentir deliberadamente nem ignorar o desejo da família de forma abrupta.

## Questão 95

A questão aborda o manejo da exacerbação asmática em pediatria, focando na classificação de gravidade e na conduta inicial baseada nas recomendações do GINA (\*Global Initiative for Asthma\*).

Análise do quadro clínico:

O paciente tem 4 anos (faixa etária de 5 anos ou menos). Apresenta frequência respiratória (FR) de 42 irpm, o que é considerado elevado (taquipneia) para a idade, já que o ponto de corte para gravidade nessa faixa etária é FR maior que 40 irpm. Além disso, a capacidade de falar apenas frases curtas indica esforço respiratório significativo. Embora a saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) esteja em 95%, a presença de taquipneia importante e a limitação da fala classificam a crise como grave.

Alternativa A: Correta. De acordo com o GINA, a presença de sinais de alerta, como FR maior que 40 irpm em crianças de 1 a 5 anos e o prejuízo na fala, classificam a crise como grave/com risco de vida. A conduta imediata para crises graves no ambiente de urgência inclui o uso de beta-2-agonista de curta ação (SABA), como o salbutamol, associado ao brometo de ipratrópio. Essa combinação na primeira hora de tratamento reduz as taxas de hospitalização. O uso de corticoide sistêmico também é indicado, mas a alternativa foca na terapia inalatória de resgate.

Alternativa B: Incorreta. A classificação como moderada subestima a gravidade dos sinais vitais apresentados. No GINA para menores de 5 anos, uma FR de 42 irpm já coloca a criança no espectro de crise grave. Embora o tratamento proposto (SABA + ipratrópio) seja adequado para crises moderadas a graves, a classificação da alternativa invalida a opção.

Alternativa C: Incorreta. Além de a classificação de gravidade estar inadequada para o quadro descrito, o uso de beta-2-agonista de longa ação (LABA), como salmeterol, não é indicado para o tratamento de resgate em crises agudas. O LABA é uma medicação de controle/manutenção.

Alternativa D: Incorreta. Embora classifique a crise como grave, o erro reside na indicação do beta-2-agonista de longa ação (LABA). Na crise asmática aguda, o objetivo é a broncodilatação rápida, obtida com os agentes de curta ação (SABA). O ipratrópio entra como adjuvante para potencializar esse efeito na emergência.

Resumo da classificação GINA para menores de 5 anos:

- Crise Leve/Moderada: Saturação maior que 92%, fala frases, frequência cardíaca e respiratória aumentadas, mas sem sinais de exaustão.
- Crise Grave/Risco de vida: Saturação menor ou igual a 92%, fala apenas palavras isoladas, FR maior que 40, batimento de asas de nariz, retrações importantes ou

cianose. Na prática de provas, uma FR acima do limite e a dificuldade de fala já direcionam para o manejo de crise grave.

## Questão 96

### ANÁLISE DA QUESTÃO:

A questão aborda a imunização contra a COVID-19 em uma paciente pediátrica (5 anos) com condição de imunossupressão por transplante renal. O ponto central é entender que indivíduos imunocomprometidos apresentam uma resposta imune menos robusta às vacinas e, ao mesmo tempo, maior risco de complicações pela doença. Por isso, as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e de sociedades como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) estabelecem esquemas especiais para esse público.

### ALTERNATIVA A - INCORRETA:

A vacinação de contatantes domiciliares (conhecida como estratégia casulo) é recomendada para reduzir a circulação do vírus no ambiente próximo da paciente, mas ela é uma medida complementar. A indicação de vacinação direta para a criança transplantada é prioritária e absoluta, dada a sua vulnerabilidade individual e o risco de formas graves da doença.

### ALTERNATIVA B - INCORRETA:

A suspensão de imunossupressores em um transplantado renal é uma medida perigosa que pode levar à perda do enxerto por rejeição aguda. A vacinação deve ser feita mantendo-se a terapia imunossupressora de manutenção. O que as diretrizes sugerem é apenas a busca pelo melhor momento imunológico (evitando períodos de pulsoterapia ou transplante muito recente), mas nunca a suspensão da medicação crônica para este fim.

### ALTERNATIVA C - INCORRETA:

O esquema habitual é desenhado para indivíduos imunocompetentes. Para pacientes com alto grau de imunossupressão, como os transplantados de órgãos sólidos, o esquema vacinal considerado "padrão" para a idade é insuficiente para garantir a soroconversão. Esses pacientes necessitam de um regime intensificado.

### ALTERNATIVA D - CORRETA:

Esta é a orientação preconizada pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades de especialistas. Indivíduos imunocomprometidos (incluindo transplantados de órgãos sólidos) a partir de 6 meses de idade têm indicação de um esquema vacinal diferenciado que inclui doses adicionais como parte do esquema primário. O objetivo é aumentar a probabilidade de uma resposta imune protetora, compensando a deficiência na produção de anticorpos causada pelo uso contínuo de

imunossupressores. Portanto, para essa menina, a recomendação é a vacinação com doses adicionais previstas nos protocolos específicos para imunocomprometidos.

### Questão 97

O caso descreve uma reação anafilática em uma criança com alergia alimentar conhecida. A anafilaxia é uma reação alérgica sistêmica grave, de início rápido, que envolve pelo menos dois sistemas (neste caso: gastrointestinal, cutâneo e respiratório). O tratamento de primeira linha é a adrenalina intramuscular, que já foi administrada com sucesso.

A questão foca no manejo pós-crise imediata. O principal receio após a estabilização de uma anafilaxia é a reação bifásica, que consiste na recorrência dos sintomas horas após a resolução do quadro inicial, sem nova exposição ao alérgeno.

Alternativa (a) Incorreta. Embora os anti-histamínicos auxiliem no controle de sintomas cutâneos (como a urticária), eles são medicações de segunda linha e não tratam a anafilaxia em si. Além disso, não há necessidade rotineira de internação hospitalar prolongada ou via intramuscular para o anti-histamínico em um paciente que já está estável e aceitando via oral. A observação em unidade de emergência é suficiente na maioria dos casos.

Alternativa (b) Incorreta. O uso de corticoide endovenoso não é superior ao oral em pacientes estáveis que toleram a via oral. Além disso, solicitar IgE específica no momento da emergência é contraindicado. Os níveis de IgE podem estar temporariamente reduzidos logo após uma reação alérgica grave (período refratário), podendo gerar resultados falso-negativos. O diagnóstico da criança já é conhecido, e testes laboratoriais devem ser feitos ambulatorialmente após o período agudo.

Alternativa (c) Correta. Esta é a conduta padrão. Todo paciente que apresenta anafilaxia deve permanecer em observação clínica por um período mínimo, geralmente entre 4 e 8 horas (dependendo da gravidade inicial e da resposta ao tratamento), para monitorar o risco de reação bifásica. O uso de corticoides por via oral é indicado como terapia adjuvante para ajudar a prevenir ou mitigar reações prolongadas ou tardias, embora seu papel na prevenção específica da reação bifásica ainda seja debatido na literatura.

Alternativa (d) Incorreta. Dar alta imediata é perigoso devido ao risco da reação bifásica citada anteriormente. A criança deve ser monitorada obrigatoriamente por algumas horas antes de ser liberada com segurança. No momento da alta, além das medicações, o médico deve reforçar a necessidade de evitar o alérgeno e prescrever um plano de ação para emergências, incluindo o uso de adrenalina autoinjetable, se

disponível.

### Questão 98

Análise do caso clínico:

Estamos diante de um recém-nascido de 20 dias com febre e sinais sistêmicos inespecíficos (recusa alimentar e irritabilidade). Na neonatologia (período que abrange do nascimento até os 28 dias de vida), a febre é sempre considerada uma emergência médica devido ao alto risco de Infecção Bacteriana Grave (IBG), como sepse, meningite e infecção do trato urinário. O sistema imunológico do neonato é imaturo e os sinais clínicos são pouco localizatórios, o que exige uma conduta agressiva na investigação.

Protocolo de investigação:

Para qualquer recém-nascido com febre (temperatura maior ou igual a 38 graus Celsius), o protocolo internacionalmente aceito é o de investigação completa (full workup). Isso significa que, além dos exames de sangue, é obrigatório realizar a coleta de culturas de todos os sítios potencialmente infectados antes do início da antibioticoterapia empírica, que deve ser iniciada imediatamente após a coleta dos exames.

Alternativa a: Incorreta. A pesquisa de vírus respiratórios e o raio-X de tórax são indicados apenas quando há sintomas respiratórios evidentes, como coriza, tosse, taquipneia, gemência ou esforço respiratório. O paciente do caso não apresenta tais sinais. Além disso, esses exames não descartam a necessidade de investigar focos bacterianos graves em outros locais.

Alternativa b: Incorreta. Embora a avaliação da urina seja crucial, o método de coleta é o ponto de erro aqui. O saco coletor apresenta taxas de contaminação extremamente altas (em torno de 50%), não sendo adequado para o diagnóstico de infecção urinária em uma investigação de sepse neonatal. Além disso, esta alternativa ignora a necessidade imperativa de avaliar o líquido (punção lombar) nesta faixa etária.

Alternativa c: Incorreta. O líquido é realmente obrigatório na investigação do neonato febril, pois a meningite pode ocorrer sem sinais de irritação meníngea (como rigidez de nuca) nesta idade. No entanto, o raio-X de tórax não tem indicação rotineira na ausência de sinais pulmonares, e a alternativa deixa de fora a avaliação do trato urinário, que é a fonte mais comum de infecção bacteriana oculta.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa completa corretamente o protocolo de investigação inicial sugerido no enunciado. No neonato de até 28 dias com febre,

além do hemograma e hemocultura, é mandatário realizar: 1) Punção lombar para análise citobioquímica e cultura do líquido; 2) Coleta de urina por método estéril, sendo a sondagem vesical o método de escolha (ou punção suprapúbica), para realização de urina tipo 1 e urocultura. A urocultura é fundamental, pois a infecção urinária é frequente e pode ser a porta de entrada para bacteremia e sepse.

Gabarito: Letra d.

### Questão 99

O quadro clínico descrito apresenta os sintomas clássicos de má absorção de carboidratos: dor abdominal, distensão, flatulência e diarreia osmótica (sem sangue) após a ingestão de leite. Um ponto-chave é a tolerância ao iogurte, que é comum na intolerância à lactose, pois o processo de fermentação bacteriana reduz a carga de lactose e as próprias bactérias do iogurte fornecem parte da enzima lactase.

Alternativa A - Incorreta. A intolerância congênita à lactose é uma condição autossômica recessiva extremamente rara. Nela, o recém-nascido apresenta diarreia intratável e grave logo nos primeiros dias de vida, assim que inicia a amamentação ou o uso de fórmulas infantis. O paciente do caso tem 9 anos e iniciou os sintomas há apenas 2 anos.

Alternativa B - Incorreta. A intolerância secundária resulta de uma lesão na mucosa do intestino delgado que danifica a borda em escova, onde a lactase está localizada. Pode ser causada por infecções (gastroenterite viral), parasitoses (giardíase), doença celíaca ou doença de Crohn. O enunciado não descreve nenhum evento agudo prévio ou sinal de doença sistêmica/inflamatória que sugira uma lesão secundária da mucosa.

Alternativa C - Correta. A hipolactasia do tipo adulto, também conhecida como deficiência primária de lactase, é a causa mais frequente de intolerância à lactose na população mundial. Trata-se de uma diminuição fisiológica e geneticamente programada da atividade da enzima lactase que ocorre após o desmame. Embora a perda da atividade enzimática comece cedo, os sintomas clínicos costumam se manifestar de forma progressiva a partir dos 5 a 7 anos de idade, exatamente como observado no caso deste menino, que começou a sentir os sintomas aos 7 anos.

Alternativa D - Incorreta. Não existe o termo médico "alergia à lactose". A lactose é um açúcar (carboidrato), e as reações alérgicas são respostas imunológicas desencadeadas por proteínas. O termo correto para reações imunológicas ao leite é Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), que costuma ocorrer em lactentes e envolve sintomas que podem ser gastrointestinais (incluindo sangue nas fezes,

ausente no caso), cutâneos ou respiratórios.

## Questão 100

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descreve uma paciente de 11 anos com dor abdominal e a presença de uma massa pélvica sólida de origem ovariana. Em crianças e adolescentes, diferentemente das mulheres adultas (onde predominam os tumores epiteliais), os tumores de ovário mais frequentes são os Tumores de Células Germinativas (TCG). Diante de uma massa sólida nesta faixa etária, a investigação de marcadores tumorais específicos é mandatória para o diagnóstico diferencial.

Alternativa a: Incorreta. O Beta HCG (gonadotrofina coriônica humana) é o marcador principal do coriocarcinoma e pode estar discretamente elevado em alguns casos de disgerminoma que contenham células do sinciciotrofoblasto. Embora sua dosagem seja necessária na propedêutica de massas anexiais na infância, ele não é o marcador mais característico para o tipo de tumor sólido sugerido pela frequência epidemiológica nesta idade em comparação à alfa-fetoproteína.

Alternativa b: Incorreta. A ferritina atua como proteína de reserva de ferro e também como um reagente de fase aguda, elevando-se em processos inflamatórios, infecciosos e em algumas neoplasias hematológicas ou sistêmicas. Não possui qualquer especificidade para tumores de ovário ou linhagem germinativa.

Alternativa c: Correta. A alfa-fetoproteína (AFP) é o marcador biológico clássico do Tumor do Saco Vitelino (também chamado de Tumor do Seio Endodérmico). Este é um dos tumores malignos de células germinativas mais comuns em meninas e adolescentes, apresentando-se tipicamente como massas sólidas de crescimento rápido e produção elevada de AFP. Por isso, este é o marcador laboratorial que se espera encontrar positivo na investigação inicial deste caso.

Alternativa d: Incorreta. O ácido vanilmandélico é um metabólito urinário resultante da degradação das catecolaminas. Sua utilidade clínica está restrita à investigação de tumores produtores de catecolaminas, sendo o principal deles o neuroblastoma. Embora o neuroblastoma seja um tumor comum na infância, ele geralmente se origina na glândula adrenal ou nos gânglios da cadeia simpática, e não como um tumor primário de ovário.

Conclusão: Em quadros de massas pélvicas sólidas em pacientes pediátricos, deve-se sempre solicitar o painel de marcadores de células germinativas, composto por alfa-fetoproteína, Beta HCG e LDH. O gabarito aponta para a alfa-fetoproteína pela

forte associação com os tumores sólidos mais prevalentes nesta população.

---