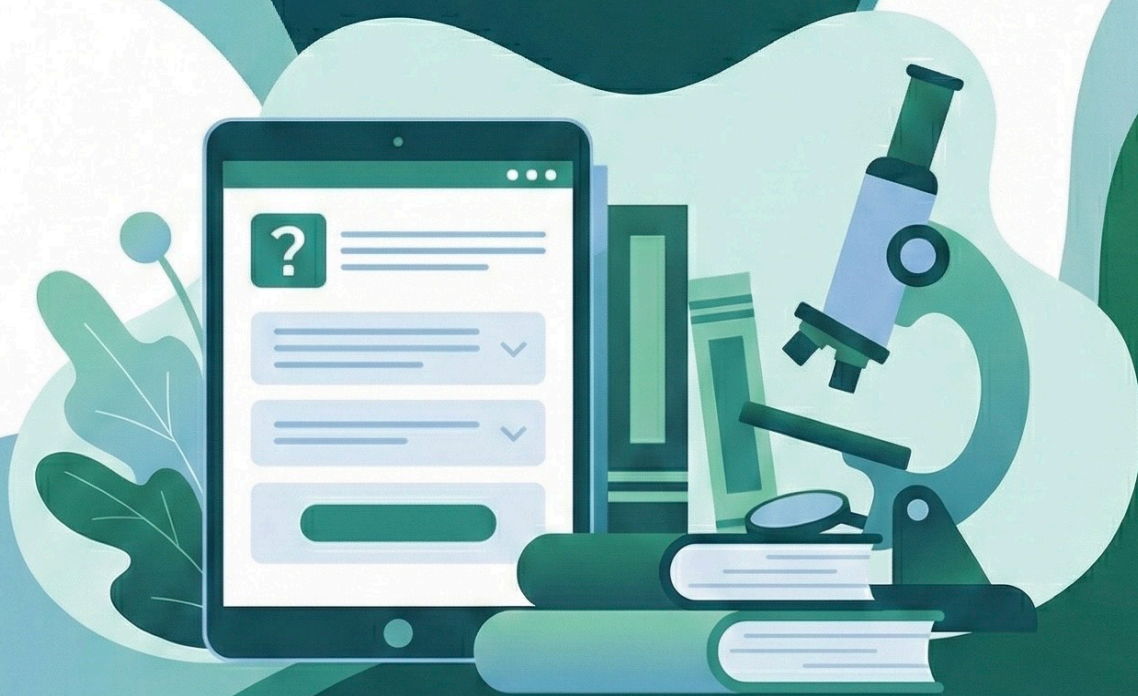




HCPA

GABARITO | 2026 | RS | 100 Questões



Gabarito: HCPA

2026 | RS

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Esta questão aborda uma complicação clássica no período neonatal de prematuros com Doença da Membrana Hialina (DMH). Para chegar ao diagnóstico correto, devemos analisar os sinais clínicos apresentados e o momento da evolução do paciente.

Análise do Quadro Clínico:

O paciente é um prematuro de muito baixo peso (1.200 g) que estava em melhora respiratória da DMH. A evolução para insuficiência cardíaca no 4º dia de vida, com sinais de congestão pulmonar (estertores), hepatomegalia (fígado a 5 cm) e, fundamentalmente, pulsos amplos e sopro em região infraclavicular esquerda, aponta diretamente para a Persistência do Canal Arterioso (PCA).

Por que isso acontece no 4º dia? Nos primeiros dias de vida, a resistência vascular pulmonar ainda é alta, o que limita o fluxo de sangue da aorta para a artéria pulmonar através do canal. Conforme a DMH melhora e a resistência pulmonar cai, ocorre um grande desvio de sangue da esquerda para a direita (shunt esquerda-direita). Isso sobrecarrega a circulação pulmonar (causando taquipneia e estertores) e "rouba" sangue da circulação sistêmica (causando má perfusão e pulsos amplos pela grande diferença entre a pressão sistólica e diastólica).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O padrão de circulação fetal (ou Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido) caracteriza-se por alta resistência pulmonar e shunt direita-esquerda (o sangue foge dos pulmões). Clinicamente, o paciente apresenta cianose intensa e hipoxemia refratária, o que é o oposto do quadro de congestão pulmonar e pulsos amplos descrito.

b) Incorreta. A Comunicação Interatrial (CIA) raramente causa sintomas de insuficiência cardíaca de forma tão aguda e precoce no período neonatal. O shunt é geralmente menor e não provoca o sinal clássico de pulsos amplos observado na PCA.

c) Correta. A Persistência do Canal Arterioso é a principal causa de descompensação cardíaca em prematuros após a fase aguda da DMH. Os achados de sopro sistólico (ou contínuo) em área infraclavicular esquerda, pulsos periféricos amplos (em "martelo d'água"), precórdio hiperdinâmico e sinais de congestão pulmonar/sistêmica (hepatomegalia) formam o quadro típico desta patologia.

d) Incorreta. A Tetralogia de Fallot é uma cardiopatia congênita cianótica caracterizada por fluxo pulmonar reduzido (devido à estenose pulmonar). O paciente apresentaria cianose e não sinais de hiperfluxo pulmonar ou congestão, como estertores e hepatomegalia volumosa. Além disso, não justifica os pulsos amplos.

Questão 2

O Programa Nacional de Triagem Neonatal, conhecido popularmente como Teste do Pezinho, utiliza, na maioria dos estados brasileiros, a dosagem isolada do TSH (Hormônio Estimulante da Tireoide) em papel-filtro para o rastreamento do hipotireoidismo congênito. A estratégia baseia-se no fato de que, em 95% dos casos, a patologia é de origem primária (na própria glândula tireoide). No hipotireoidismo primário, a falta de hormônios tireoidianos (T4 e T3) faz com que a hipófise aumente a produção de TSH por meio do mecanismo de feedback negativo. Portanto, o teste busca níveis elevados de TSH.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A agenesia de tireoide é a ausência completa da glândula. É uma forma de hipotireoidismo primário permanente. Como não há produção de T4, os níveis de TSH sobem drasticamente logo após o nascimento, sendo facilmente detectados pela triagem de rotina.

b) Incorreta. O hipotireoidismo transitório pode ser causado por fatores como a passagem de anticorpos bloqueadores maternos ou a exposição ao excesso ou à deficiência de iodo. Mesmo sendo temporário, ele se manifesta como um defeito na glândula (primário), gerando elevação do TSH e sendo captado pelo teste.

c) Incorreta. A disormonogênese ocorre quando a glândula tireoide está presente, mas possui defeitos enzimáticos que impedem a produção correta dos hormônios. Também é uma causa de hipotireoidismo primário, levando ao aumento compensatório do TSH, o que permite sua detecção no papel-filtro.

d) Correta. O hipotireoidismo central decorre de falhas na hipófise (secundário) ou no hipotálamo (terciário). Nessas situações, o problema é justamente a falta de produção de TSH ou de seu estímulo (TRH). Como o recém-nascido com hipotireoidismo central apresenta níveis de TSH baixos ou inadequadamente normais, ele não será identificado em um protocolo de triagem que busca apenas TSH elevado. Para detectar esses casos, seria necessária a dosagem conjunta do T4 livre na triagem neonatal, prática que não é o padrão na saúde pública brasileira devido ao custo e à menor prevalência dessa forma da doença.

Gabarito: Letra (d).

Questão 3

O quadro clínico descreve um recém-nascido com restrição de crescimento intrauterino (pequeno para a idade gestacional), sinais de infecção congênita (icterícia, hepatoesplenomegalia, petéquias e alterações hematológicas) e um achado radiológico fundamental para o diagnóstico diferencial: calcificações periventriculares.

A seguir, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Embora a toxoplasmose congênita também curse com hepatoesplenomegalia e alterações líquóricas, o padrão das calcificações cerebrais é diferente. Na toxoplasmose, as calcificações são classicamente difusas (espalhadas pelo parênquima cerebral), enquanto as periventriculares são típicas da citomegalovirose. Além disso, o tratamento da criança com toxoplasmose é feito com o esquema de pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico; a espiramicina é utilizada apenas para o tratamento materno, visando a reduzir a transmissão vertical.

Alternativa b) Incorreta. A sífilis congênita precoce costuma se manifestar com rinite serossanguinolenta, lesões cutâneas (como o pênfigo palmoplantar), periostite e osteocondrite. Embora possa causar hepatoesplenomegalia e anemia, não é a causa clássica de calcificações periventriculares no sistema nervoso central.

Alternativa c) Correta. Os achados clínicos e laboratoriais são clássicos da citomegalovirose congênita (CMV). O sinal patognomônico que define a questão é a presença de calcificações periventriculares na ultrassonografia transfontanelar. O CMV é a infecção congênita mais comum e, em casos sintomáticos ou com acometimento do sistema nervoso central (como sugerem a fontanela abaulada e as calcificações), o tratamento de escolha é feito com antivirais, especificamente o ganciclovir (via intravenosa) ou seu pró-fármaco, o valganciclovir (via oral), para reduzir sequelas auditivas e neuropsicomotoras.

Alternativa d) Incorreta. O herpes congênito (intrauterino) é extremamente raro. A maioria dos casos de herpes neonatal ocorre por transmissão durante o parto (herpes neonatal), manifestando-se geralmente entre a primeira e a terceira semana de vida com vesículas cutâneas, acometimento ocular e/ou encefalite aguda, e não com calcificações periventriculares já presentes ao nascimento. O tratamento é o aciclovir, mas a etiologia não condiz com os achados de imagem descritos.

Questão 4

Essa questão apresenta o quadro clássico de Pneumonia Afebril do Lactente, causada principalmente pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, adquirida pela criança durante a passagem pelo canal de parto.

Os principais pontos que levam a esse diagnóstico são:

1. Idade do paciente: Geralmente ocorre entre a 2ª e a 12ª semana de vida.
2. Quadro clínico: Início insidioso, com tosse persistente (frequentemente descrita como tosse em "staccato"), congestão nasal, ausência de febre e bom estado geral.
3. Achados de exame físico: Presença de conjuntivite mucopurulenta (que pode preceder ou ser simultânea ao quadro respiratório) e estertores crepitantes finos à ausculta pulmonar.
4. Exames complementares: A radiografia de tórax com hiperinsuflação e infiltrado intersticial, somada ao hemograma com eosinofilia (aumento de eosinófilos), é patognomônica desse cenário clínico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a lavagem nasal e a higiene ocular façam parte dos cuidados de suporte, elas não tratam a causa etiológica da pneumonia bacteriana por *Chlamydia*, sendo necessário o uso de antibióticos sistêmicos.

b) Incorreta. A nitazoxanida é um agente antiparasitário e antiviral de amplo espectro, indicado para tratar protozoários, helmintos e certos vírus, mas não possui atividade contra a *Chlamydia trachomatis*.

c) Incorreta. A amoxicilina é um betalactâmico eficaz contra o *Streptococcus pneumoniae* (causador da pneumonia típica). No entanto, a *Chlamydia trachomatis* é um patógeno intracelular que não possui parede celular de peptidoglicano típica, sendo intrinsecamente resistente aos betalactâmicos.

d) Correta. O tratamento de escolha para a pneumonia por *Chlamydia trachomatis* são os macrolídeos. A azitromicina (20 mg/kg/dia por 3 dias ou 10 mg/kg/dia por 5 dias, dependendo do protocolo) ou a eritromicina (50 mg/kg/dia por 14 dias) são as drogas indicadas. O tratamento sistêmico é fundamental não apenas para a pneumonia, mas também para erradicar a colonização na nasofaringe e tratar a conjuntivite, prevenindo recorrências. Vale lembrar que o uso de macrolídeos em lactentes jovens requer vigilância para o risco de estenose hipertrófica do píloro.

Questão 5

O caso clínico descreve um lactente de 3 meses com relatos de desalinhamento ocular intermitente, especialmente em situações de cansaço ou esforço visual para objetos próximos. Os dados fundamentais para a resolução da questão são a idade do paciente e a normalidade dos exames físicos realizados: o reflexo de Brückner (reflexo vermelho) simétrico descarta opacidades de meios ou grandes diferenças refracionais, e o reflexo corneano (teste de Hirschberg) centralizado indica que, no momento do exame, os eixos visuais estavam alinhados.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Até os 4 a 6 meses de idade, o sistema visual e a coordenação motora ocular ainda estão em fase de maturação. É comum que lactentes jovens apresentem episódios intermitentes de estrabismo (geralmente esotropia ou exotropia intermitentes) sem que isso represente uma patologia. Como o exame físico é normal e não há sinais de desvios fixos ou outras anomalias, a conduta é tranquilizar os pais e observar a evolução, pois a tendência é a resolução espontânea com o desenvolvimento da binocularidade.

Alternativa B (Incorreta): A prescrição de óculos para correção de hipermetropia é utilizada no tratamento do estrabismo acomodativo, que geralmente surge em crianças mais velhas (entre 2 e 3 anos) e se manifesta como um desvio convergente fixo ou frequente. Não há indicação de correção refracional para um lactente de 3 meses com desvios ocasionais e exames normais.

Alternativa C (Incorreta): A cirurgia de estrabismo é reservada para casos de desvios persistentes, de grande ângulo e diagnosticados como patológicos (como a esotropia congênita, que costuma se manifestar após os 6 meses com desvios fixos). Intervir cirurgicamente em um quadro de estrabismo fisiológico intermitente seria um erro de conduta grave.

Alternativa D (Incorreta): A solicitação de ressonância magnética de crânio é um exame de alto custo que, em crianças, exige sedação. Ela estaria indicada apenas se houvesse sinais neurológicos associados, estrabismo parético (paralisia de nervos cranianos), nistagmo patológico ou evidência de aumento da pressão intracraniana, o que foi explicitamente descartado pelo enunciado ao afirmar que não havia anomalias neurológicas.

Questão 6

O caso clínico apresenta um lactente de 5 meses com dois fatores de risco principais para a deficiência de ferro: prematuridade (35 semanas) e baixo peso ao nascer (2.300 g). Bebês que nascem com menos de 2.500 g ou antes de 37 semanas possuem estoques de ferro reduzidos, uma vez que a maior parte da transferência de ferro da mãe para o feto ocorre no terceiro trimestre de gestação.

A Sociedade Brasileira de Pediatria e o Ministério da Saúde recomendam que bebês prematuros ou de baixo peso recebam suplementação profilática de ferro a partir dos 30 dias de vida. No relato, é explicitado que a criança não faz uso de suplementos e está em aleitamento materno exclusivo. Embora o leite materno seja o melhor alimento, ele não supre a demanda de ferro aumentada nesse grupo de risco sem a devida complementação. Os sinais de hipoatividade e dificuldade de ganho de peso são compatíveis com o quadro de anemia ferropriva.

Análise das alternativas:

a) Videofluoroscopia da deglutição: Incorreta. Este exame é indicado para avaliar distúrbios da deglutição (disfagia orofaríngea). A história informa que o bebê tem boa pega, esvazia as mamas e não apresenta engasgos ou dificuldades durante as mamadas.

b) Hemograma: Correta. É o exame inicial para confirmar a hipótese de anemia. Em um lactente com fatores de risco para carência de ferro, sem suplementação e apresentando sintomas inespecíficos como hipoatividade e baixo ganho ponderal, o hemograma permite avaliar os níveis de hemoglobina, hematócrito e os índices hematimétricos (como VCM e HCM), que estarão reduzidos na anemia ferropriva.

c) pH-metria: Incorreta. A pH-metria é utilizada no diagnóstico da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). O enunciado descarta explicitamente a presença de vômitos ou regurgitações, o que torna essa hipótese improvável.

d) Dosagem de TSH e de T4 livre: Incorreta. Embora o hipotireoidismo congênito possa causar hipoatividade e baixo ganho de peso, o caso informa que os testes de triagem neonatal (teste do pezinho) foram normais, o que afasta essa patologia como primeira suspeita.

Portanto, diante da falha na suplementação de ferro em um paciente prematuro e de baixo peso, a principal suspeita é anemia ferropriva, sendo o hemograma o exame mais adequado para iniciar a investigação.

Questão 7

Esta questão aborda o manejo da Febre Sem Sinal Localizatório (FSSL) em lactentes. O paciente em questão é uma criança de 6 meses, em bom estado geral (ativa, hidratada e corada), com febre alta há 3 dias e exame físico completamente normal, sem sinais de toxicidade.

Em lactentes entre 3 e 36 meses de idade com febre sem foco, a principal preocupação bacteriana é a Infecção do Trato Urinário (ITU), que é a causa bacteriana oculta mais frequente nessa faixa etária, especialmente quando não há sintomas respiratórios ou gastrointestinais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A coleta de hemograma e hemocultura e o início imediato de antibiótico estariam indicados para uma criança com sinais de toxicidade ou suspeita de sepse. Como o lactente está em bom estado geral e estável, não há indicação de antibioticoterapia empírica imediata nem de exames invasivos de sangue como primeira conduta.

Alternativa b) Incorreta. O raio X de tórax não é indicado em crianças com febre sem foco que apresentam ausculta pulmonar limpa e ausência de sinais de desconforto respiratório (como taquipneia ou tiragens). Além disso, a investigação urinária é prioritária em relação aos exames de sangue (hemograma/PCR) neste cenário clínico.

Alternativa c) Correta. Em um lactente de 6 meses em bom estado geral com febre sem foco, a conduta inicial prioritária é a exclusão de Infecção do Trato Urinário. Deve-se realizar a coleta de urina para Exame Quimiotécnico de Urina (EQU) e Urocultura. Como a criança está clinicamente bem e não apresenta sinais de gravidade, deve-se aguardar o resultado dos exames para decidir sobre o início do tratamento, evitando o uso desnecessário de antibióticos.

Alternativa d) Incorreta. O raio X de tórax e a pesquisa de vírus respiratórios são desnecessários, pois não há sintomas respiratórios (tosse ou coriza) e o exame físico pulmonar é normal. O início imediato de antibiótico é contraindicado para uma criança com bom estado geral antes da confirmação de um foco bacteriano.

Em resumo, para lactentes febris que parecem bem, a investigação deve ser direcionada para a causa bacteriana oculta mais comum (ITU), mantendo uma conduta conservadora quanto ao uso de antimicrobianos.

Questão 8

O diagnóstico mais provável para este caso é o sopro inocente, especificamente o sopro de Still, que é o sopro funcional mais comum na infância. A análise detalhada das características clínicas fornecidas na questão confirma essa conclusão.

O sopro de Still é classicamente descrito como vibratório ou musical, sendo um sopro sistólico de ejeção, de curta duração e baixa intensidade (geralmente 1+ ou 2+ em 6). Ele é mais audível entre o ápice cardíaco e a borda esternal esquerda baixa ou média. Uma característica semiológica fundamental dos sopros inocentes é a sua labilidade: eles mudam de intensidade conforme a posição do paciente. No caso do sopro de Still, ele costuma ser mais audível quando o paciente está em decúbito dorsal, pois essa posição favorece o retorno venoso e o volume de ejeção, e tende a diminuir ou desaparecer quando o paciente se senta ou fica de pé. Além disso, o fato de ser uma criança assintomática em consulta de rotina reforça a natureza não patológica do achado.

Alternativa a) Correta. A descrição do sopro como vibratório, sistólico curto, de baixa intensidade, em uma criança assintomática e que se altera com a posição (mais audível em decúbito) é a apresentação típica de um sopro inocente.

Alternativa b) Incorreta. A persistência do canal arterial (PCA) manifesta-se tipicamente como um sopro contínuo, conhecido como sopro em maquinaria, que ocupa tanto a sístole quanto a diástole. Ele é mais audível na região infraclavicular esquerda e não apresenta a característica vibratória descrita no enunciado.

Alternativa c) Incorreta. O defeito do septo interventricular (DSV) geralmente produz um sopro holossistólico (pansistólico) de alta frequência, mais audível na borda esternal esquerda baixa. Embora o DSV pequeno possa ser assintomático, a qualidade do som é geralmente áspera e não vibratória, e o sopro não costuma variar de intensidade com a mudança de decúbito da forma descrita.

Alternativa d) Incorreta. O mixoma atrial é um tumor cardíaco primário extremamente raro na faixa etária pediátrica, especialmente em lactentes. Clinicamente, ele costuma cursar com sintomas constitucionais (febre, perda de peso) ou eventos embólicos e obstrutivos. O achado auscultatório clássico é o tumor plop (um som diastólico abrupto), e não um sopro sistólico vibratório em paciente assintomática.

Questão 9

O quadro clínico descrito é clássico de coqueluche (pertussis), uma infecção respiratória aguda causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. Os pontos-chave para o diagnóstico são: a tosse em acessos (paroxística) que ocorre há 4 semanas, a ausência de vacinação, a presença de petéquias (causadas pelo aumento da pressão intratorácica durante a tosse) e a expectoração viscosa.

A principal característica laboratorial da coqueluche, que a diferencia da maioria das outras infecções bacterianas, é o seu perfil hematológico. A *Bordetella pertussis* produz a toxina pertussis, também conhecida como fator promotor de linfocitose. Essa toxina impede que os linfócitos circulantes migrem do sangue para os tecidos linfoides, resultando em um acúmulo dessas células na corrente sanguínea.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Leucocitose e linfocitose absoluta e relativa. É o achado hematológico típico. Ocorre uma elevação acentuada na contagem total de glóbulos brancos (leucocitose), que frequentemente ultrapassa 20.000 a 30.000 células/mm³, com predominância absoluta (número total elevado) e relativa (porcentagem elevada no diferencial) de linfócitos maduros de aparência normal.

Alternativa B (Incorreta): Leucopenia e eosinofilia relativa. A coqueluche cursa com aumento de leucócitos (leucocitose), não com a redução (leucopenia). A eosinofilia (aumento de eosinófilos) não é uma característica dessa patologia, sendo mais comum em quadros alérgicos ou parasitários.

Alternativa C (Incorreta): Leucocitose e monocitose. Embora ocorra a leucocitose, o aumento se dá à custa de linfócitos, e não de monócitos. A monocitose pode estar presente em algumas infecções crônicas ou fases de recuperação de infecções, mas não define o quadro hematológico da coqueluche.

Alternativa D (Incorreta): Linfopenia absoluta e neutrofilia. A neutrofilia (aumento de neutrófilos) é o padrão esperado para a maioria das infecções bacterianas comuns, mas a coqueluche é a grande exceção pediátrica. Na coqueluche, ocorre linfocitose (aumento de linfócitos) e não linfopenia (redução de linfócitos).

Questão 10

O quadro clínico descrito — início súbito de febre alta, mau estado geral, petéquias e sufusões hemorrágicas (púrpura fulminante) com evolução rápida para choque séptico e coagulação intravascular disseminada (CIVD), somado ao vínculo epidemiológico (colega de escola) — é patognomônico de doença meningocócica, causada pela bactéria *Neisseria meningitidis* (meningococo).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O isolamento indicado para o meningococo é o de precaução para gotículas, e não pressão negativa (que é indicada para aerossóis, como na tuberculose ou sarampo). Além disso, o tempo de isolamento necessário é de apenas 24 horas após o início da antibioticoterapia eficaz, e não 5 dias.

b) Incorreta. O tratamento inicial de escolha para a doença meningocócica comunitária é uma cefalosporina de 3ª geração, como a ceftriaxona ou a cefotaxima. Cefepime (4ª geração) e meropenem (carbapenêmico) são antibióticos de espectro muito mais amplo, geralmente reservados para infecções hospitalares, germes multirresistentes ou protocolos específicos de neutropenia febril, não sendo a primeira escolha padrão aqui.

c) Incorreta. A quimioprofilaxia é indicada para contatos próximos (moradores da mesma casa, colegas de creche/escola ou profissionais de saúde que realizaram procedimentos de risco sem EPI, como intubação). Não se aplica a "todos os contatos hospitalares". O esquema mais comum com rifampicina é feito por 2 dias (tomadas a cada 12 horas), e não por 4 dias.

d) Correta. Esta é uma observação clássica na infectologia pediátrica. A meningococcemia isolada (forma septicêmica pura, sem meningite) costuma ter um curso muito mais fulminante, com maior carga bacteriana sistêmica, liberação massiva de endotoxinas, choque precoce e maior mortalidade. Quando a criança sobrevive o tempo suficiente para desenvolver sinais de inflamação meníngea (meningite), estatisticamente a taxa de letalidade tende a ser menor do que na forma septicêmica fulminante isolada.

Questão 11

O caso clínico descreve um menino de 3 anos com um quadro clássico de crise febril simples. Os critérios para essa classificação incluem: idade entre 6 meses e 5 anos, crise de caráter generalizado, duração curta (menos de 15 minutos) e ausência de déficit neurológico pós-ictal ou anormalidades prévias no desenvolvimento. No momento da avaliação, o paciente já está consciente e estável.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso de benzodiazepínicos, como diazepam intravenoso ou midazolam intramuscular, é indicado apenas para interromper uma crise que esteja em atividade (geralmente aquelas que duram mais de 5 minutos). Como o paciente teve uma crise de 4 minutos que cessou espontaneamente há uma hora, não há indicação de medicação anticonvulsivante de emergência.

Alternativa b) Incorreta. Embora o diagnóstico de convulsão febril esteja correto, a realização de eletroencefalograma (EEG) não é indicada de rotina para crises febris simples. O exame não tem valor preditivo para a recorrência de novas crises febris nem para o desenvolvimento futuro de epilepsia, não devendo ser solicitado nesta situação.

Alternativa c) Incorreta. O tratamento profilático com anticonvulsivantes (seja contínuo ou intermitente) não é recomendado para crises febris simples. O risco de efeitos colaterais das medicações supera os benefícios, já que as crises febris simples não causam lesão cerebral, déficit intelectual ou sequelas neurológicas.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta mais adequada. A crise febril simples é uma condição benigna e autolimitada. O papel do médico é tranquilizar a família, explicando que, apesar de ser um evento assustador para os pais, o prognóstico neurológico a longo prazo é excelente e o desenvolvimento da criança seguirá normal. A orientação deve focar no controle da febre para o conforto da criança e no manejo de suporte.

Questão 12

O quadro clínico descrito apresenta uma criança de 3 anos e 6 meses com uma tríade clássica e preocupante na pediatria: sintomas constitucionais (febre e fadiga), sinais de falência medular (palidez sugerindo anemia e petéquias/equimoses sugerindo trombocitopenia) e infiltração extramedular (hepatomegalia). Diante desse cenário, a principal hipótese diagnóstica é uma neoplasia hematológica, sendo a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) a mais comum nessa faixa etária.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o fígado esteja aumentado, o quadro de palidez e manchas roxas associado à febre direciona o raciocínio para uma patologia sistêmica da medula óssea. Hepatites virais agudas costumam cursar com icterícia e sintomas gastrointestinais, e não justificariam a palidez e a febre prolongada com

manifestações hemorrágicas de forma tão característica quanto uma hemopatia.

Alternativa b) Correta. O hemograma completo (que engloba a série vermelha, o leucograma e a contagem de plaquetas) é o exame inicial fundamental. Ele permitirá identificar a presença de anemia, trombocitopenia e alterações nos glóbulos brancos (como leucocitose ou leucopenia, além da possível presença de blastos no sangue periférico), confirmando a suspeita de infiltração medular e direcionando para o diagnóstico de leucemia.

Alternativa c) Incorreta. A ultrassonografia abdominal poderia confirmar a hepatomegalia ou detectar esplenomegalia, mas não define a etiologia do quadro. A pesquisa de sangue oculto e o exame comum de urina (EQU) são exames inespecíficos que não auxiliam na investigação da principal hipótese diagnóstica (neoplasia hematológica) neste momento.

Alternativa d) Incorreta. Embora manchas roxas em crianças devam sempre levantar a suspeita de maus-tratos no diagnóstico diferencial, a presença de febre há 5 dias, prostração, palidez importante e hepatomegalia são sinais clínicos claros de uma doença orgânica sistêmica. Encaminhar apenas para o serviço social sem realizar a investigação médica imediata atrasaria o diagnóstico de uma condição potencialmente fatal.

Portanto, a conduta mais adequada e imediata diante da suspeita de insuficiência medular por infiltração neoplásica é a solicitação do hemograma completo.

Questão 13

Essa questão aborda um dos pilares do tratamento da asma na infância: a técnica inalatória. O insucesso terapêutico muitas vezes não se deve à falha da droga em si, mas à forma incorreta de administração, que impede a deposição adequada do corticoide nos pulmões.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O uso do spray (inalador pressurizado) sem espaçador em crianças é contraindicado. Nessa idade, não há coordenação motora para sincronizar o disparo com a inspiração profunda. Sem o espaçador, a maior parte da medicação fica impactada na orofaringe, aumentando os efeitos colaterais locais (como candidíase) e reduzindo drasticamente a eficácia sistêmica e pulmonar.

Alternativa (b) Incorreta. Embora o uso do espaçador e a máscara bem vedada sejam pontos positivos, o fato de a criança estar chorando prejudica totalmente a deposição

pulmonar. Durante o choro, a inspiração é curta e rápida, seguida de expirações prolongadas, o que faz com que a medicação permaneça nas vias aéreas superiores ou seja expelida. O ideal é que a criança esteja calma e respirando tranquilamente.

Alternativa (c) Correta. Esta é a técnica ideal para crianças a partir dos 3 ou 4 anos que já possuem maturidade para compreender o comando. O uso do bocal (sem máscara) é superior ao uso da máscara, pois elimina o espaço morto facial e evita perdas de medicação pelo nariz ou por vedações precárias da máscara na pele. Respirar em volume corrente (respiração normal) por cerca de 5 a 10 vezes após cada jato garante que a medicação chegue aos pulmões de forma eficaz.

Alternativa (d) Incorreta. Nunca se deve disparar vários jatos consecutivamente dentro do espaçador. Quando se faz isso, as partículas de medicação colidem umas com as outras, tornam-se maiores e se depositam nas paredes do próprio espaçador em vez de ficarem em suspensão para serem inaladas. A recomendação correta é disparar um jato por vez, seguido das respectivas manobras respiratórias, repetindo o processo para os jatos subsequentes.

Questão 14

Análise do Caso Clínico:

A paciente de 5 anos apresenta um quadro de evolução curta (3 dias), com sintomas gripais clássicos. O ponto crucial da questão é a mudança no aspecto da secreção nasal. Na prática pediátrica, é comum que a secreção nasal inicie hialina (transparente) e torne-se espessa, esbranquiçada ou até esverdeada/amarelada entre o segundo e o quarto dia de evolução. Isso ocorre devido à migração de neutrófilos e descamação celular, sendo parte da história natural do resfriado comum, e não um sinal obrigatório de infecção bacteriana. A febre é baixa (37,8 °C) e o estado geral é bom, o que reforça uma etiologia viral.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A rinosinusite aguda bacteriana em crianças é diagnosticada clinicamente com base em três critérios principais: 1) sintomas persistentes (tosse e secreção nasal de qualquer cor) por mais de 10 dias sem melhora; 2) início severo com febre alta (acima de 39 °C) e secreção purulenta por pelo menos 3 dias consecutivos; ou 3) piora dos sintomas após uma melhora inicial (quadro bifásico). A paciente tem apenas 3 dias de evolução e febre baixa.

b) Correta. O quadro clínico de 3 dias de evolução, com rinorreia que muda de aspecto, febre baixa e hiperemia de mucosa, é a descrição clássica da rinosinusite

aguda viral, popularmente conhecida como resfriado comum. O diagnóstico é estritamente clínico e o tratamento é de suporte (lavagem nasal e antitérmicos).

c) Incorreta. O termo rinosinusite aguda pós-viral é mais utilizado em consensos de rinosinusite (como o EPOS) para descrever quadros em que há persistência dos sintomas após 10 dias de evolução ou piora dos sintomas após o 5º dia, mas que ainda não preenchem critérios para a etiologia bacteriana. O tempo de 3 dias de sintomas da questão é muito curto para essa classificação.

d) Incorreta. A rinite alérgica manifesta-se tipicamente com prurido nasal, espirros em salvas, coriza hialina e ausência de febre. O termo "complicada" não se aplica ao quadro agudo e febril descrito, que sugere claramente um processo infeccioso de vias aéreas superiores.

Questão 15

Análise do Quadro Clínico:

O paciente de 6 anos apresenta um quadro de doença diarreica aguda com sinais clínicos de desidratação moderada (também classificada como "alguma desidratação"). Os achados que sustentam esse diagnóstico são a prostração, os olhos encovados e o turgor cutâneo diminuído. No entanto, é fundamental observar que a criança não apresenta sinais de choque ou desidratação grave: a frequência cardíaca está normal para a idade (100 bpm), os pulsos estão palpáveis e as extremidades estão aquecidas.

Classificação e Conduta (Protocolo do Ministério da Saúde/OMS):

De acordo com as diretrizes de manejo da desidratação em pediatria, o paciente deve ser tratado conforme o Plano B. Este plano é indicado para crianças que apresentam sinais de desidratação, mas que ainda mantêm estabilidade hemodinâmica e capacidade de ingerir líquidos por via oral.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Correta. O Plano B preconiza que a reidratação seja feita exclusivamente por via oral (TRO) e obrigatoriamente dentro da unidade de saúde (observação na UPA), para que o profissional possa monitorar a aceitação e a evolução do quadro. A recomendação é administrar de 50 a 100 ml/kg de Soro de Reidratação Oral (SRO) em um período de 4 horas.

Alternativa b) Incorreta. A hidratação intravenosa (soro fisiológico 20 ml/kg) não é a primeira escolha para pacientes com desidratação moderada que conseguem ingerir líquidos. A via parenteral é reservada para o Plano C (desidratação grave/choque) ou

em situações específicas de falha da terapia oral (como vômitos persistentes e incoercíveis ou íleo paralítico).

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa descreve condutas de suporte para desidratação grave (Plano C). O volume de 30 ml/kg em 1 hora faz parte da fase de expansão rápida para crianças maiores de 5 anos em choque. O paciente do caso está hemodinamicamente estável, tornando a conduta agressiva desnecessária e potencialmente arriscada (risco de sobrecarga hídrica).

Alternativa d) Incorreta. O tratamento domiciliar é a base do Plano A, indicado apenas para crianças com diarreia que ainda não apresentam sinais clínicos de desidratação. Como o paciente já apresenta olhos encovados e alteração de turgor, ele deve obrigatoriamente ser reidratado na unidade de saúde antes de considerar a alta.

Questão 16

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um adolescente com a tríade clássica da Mononucleose Infecciosa, causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV): febre, faringite (com exsudato) e linfadenopatia. Um ponto crucial para o diagnóstico diferencial é a localização da linfadenopatia: na mononucleose, ela é predominantemente cervical posterior ou generalizada, enquanto na faringite estreptocócica é tipicamente cervical anterior.

Outro sinal patognomônico apresentado é o surgimento de um exantema maculopapular após o uso inadvertido de amoxicilina. Esse fenômeno ocorre em cerca de 70% a 90% dos pacientes com mononucleose que utilizam aminopenicilinas, não representando uma alergia real ao medicamento, mas sim uma reação imuno-mediada específica da interação vírus-hospedeiro-droga.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

O diagnóstico mais provável é Mononucleose Infecciosa. Laboratorialmente, a doença cursa com leucocitose às custas de linfocitose, com presença de linfócitos atípicos (células de Downey), que são linfócitos T citotóxicos ativados para combater as células B infectadas pelo EBV. Como a etiologia é viral e o exantema foi induzido pelo antibiótico, a conduta adequada é a suspensão da amoxicilina e a instituição de tratamento de suporte (repouso e analgésicos/antitérmicos). O repouso é importante especialmente para evitar a ruptura esplênica em casos de esplenomegalia associada.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: Embora o diagnóstico e os achados laboratoriais estejam corretos, a conduta está equivocada. Não há indicação de manter a amoxicilina, pois não se trata de uma infecção bacteriana. O aciclovir não possui benefício clínico comprovado no tratamento da mononucleose em pacientes imunocompetentes.

Alternativa c: O quadro de exantema pós-amoxicilina associado a linfadenopatia posterior e fadiga prolongada (1 semana de sintomas) direciona fortemente para mononucleose, e não amigdalite bacteriana. Além disso, a reação cutânea nesse contexto não deve ser confundida com uma alergia permanente a betalactâmicos.

Alternativa d: A amigdalite bacteriana tipicamente apresenta leucocitose com neutrofilia e desvio à esquerda, e não leucopenia. A substituição por amoxicilina-clavulanato não faria sentido clínico diante de um exantema (que poderia sugerir alergia) ou diante de uma suspeita de mononucleose.

Questão 17

Para responder corretamente a essa questão, é necessário o conhecimento sobre a epidemiologia e a etiologia das Infecções do Trato Urinário (ITU) na infância.

A primeira lacuna refere-se à prevalência. Na pediatria, as infecções bacterianas mais comuns são as do trato respiratório. A ITU ocupa o posto de segunda infecção bacteriana mais prevalente nesta faixa etária, ficando atrás apenas das infecções respiratórias.

A segunda lacuna aborda a prevalência por sexo em crianças menores de 7 anos. Embora nos primeiros meses de vida (especialmente no período neonatal e até os 3 meses) a ITU possa ser mais comum em meninos, após esse período e ao longo de toda a infância, a incidência é significativamente maior em meninas. Isso ocorre devido a fatores anatômicos, como a uretra feminina mais curta e a proximidade do meato uretral com o ânus, o que facilita a ascensão de bactérias.

A terceira lacuna trata do agente etiológico. A *Escherichia coli* é, isoladamente, a causa mais comum de ITU em pediatria, sendo responsável por aproximadamente 80% a 90% dos casos. A presença de piúria (leucócitos na urina) é um achado clássico da resposta inflamatória causada por esse patógeno no trato urinário.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A ITU é a segunda infecção bacteriana mais comum, não a

primeira. Além disso, a *Klebsiella sp.* não é o agente mais frequente, apesar de ser um patógeno relevante.

Alternativa b) Incorreta. A ITU não é a primeira infecção bacteriana mais prevalente. Além disso, entre crianças menores de 7 anos, as meninas são mais afetadas que os meninos.

Alternativa c) Correta. Preenche adequadamente as lacunas: é a segunda infecção bacteriana mais prevalente; acomete mais meninas (considerando a faixa etária abaixo de 7 anos como um todo); e tem a *Escherichia coli* como seu principal agente etiológico.

Alternativa d) Incorreta. Embora a ITU seja a segunda mais prevalente, o sexo mais acometido na infância são as meninas, e o agente principal é a *Escherichia coli*, não a *Klebsiella sp.*

Questão 18

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Nota Técnica nº 41/2024, atualizou o esquema vacinal contra o HPV (Papilomavírus Humano) no Programa Nacional de Imunizações (PNI). A principal mudança foi a transição do esquema de duas doses para o regime de dose única.

Abaixo, a análise detalhada das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a faixa etária de 9 a 14 anos esteja correta e o esquema de dose única seja o atual, a vacinação não é exclusiva para meninas. Os meninos foram incluídos gradualmente no calendário nacional e, atualmente, ambos os sexos possuem o mesmo direito e recomendação vacinal.

Alternativa b) Correta. Conforme a atualização mais recente, vigente para 2025, o esquema consiste em uma dose única da vacina HPV quadrivalente para meninas e meninos na faixa etária de 9 a 14 anos (14 anos, 11 meses e 29 dias). O objetivo dessa mudança, respaldada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é aumentar a adesão vacinal, simplificar a logística e ampliar a cobertura para a eliminação do câncer do colo do útero e outras lesões relacionadas ao vírus.

Alternativa c) Incorreta. Este era o esquema anterior utilizado pelo Ministério da Saúde (0 e 6 meses). Com a nova diretriz de 2024, o esquema de duas doses para o público geral de 9 a 14 anos foi substituído pela dose única.

Alternativa d) Incorreta. Não existe diferenciação no número de doses entre meninos

e meninas dentro da estratégia básica do PNI para essa faixa etária. Ambos seguem o esquema de dose única.

Observação importante para provas: Grupos especiais, como pessoas vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos (na faixa de 9 a 45 anos), ainda mantêm o esquema de três doses (0, 2 e 6 meses), além das vítimas de violência sexual, que também possuem protocolos específicos. No entanto, para a população geral de 9 a 14 anos citada na questão, a resposta é dose única para ambos os sexos.

Questão 19

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Puericultura, a prevenção de acidentes (injúrias por causas externas) é um dos pilares do atendimento pediátrico. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. Embora o valor de 1,45 metro seja amplamente aceito (inclusive pela legislação brasileira recente e pelo padrão estadunidense) como a altura necessária para que o cinto de segurança do carro se ajuste corretamente ao corpo da criança (passando pelo ombro e quadril, e não pelo pescoço e abdome), a questão afirma que isso ocorre "independentemente da idade". No Brasil, a Resolução 819/2021 do CONTRAN estabelece que crianças com menos de 10 anos que não atingiram 1,45 metro devem usar dispositivo de retenção (booster). Além disso, a alternativa B é considerada mais abrangente e fundamentada como evidência de prática clínica em APS.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa reflete o posicionamento da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e de diversas academias internacionais. A "orientação antecipatória" consiste em o médico prever os riscos de acordo com a fase do desenvolvimento neuropsicomotor da criança (ex.: risco de sufocação no lactente, quedas quando começa a andar, atropelamentos na idade escolar) e orientar os pais antes que o evento ocorra. Há evidências de que essa prática aumenta o conhecimento da família, promove mudanças para comportamentos mais seguros no domicílio e reduz a morbimortalidade por causas externas.

Alternativa C: Incorreta. A afirmação apresenta vários erros conceituais. Primeiro, o ensino de natação, a partir da idade apropriada (geralmente após os 4 anos, ou entre 1 e 4 anos com supervisão rigorosa), é sim considerado uma camada de proteção adicional. Segundo, o uso de boias de braço ou infláveis não é recomendado como medida de segurança, pois podem furar ou escorregar, gerando falsa sensação de segurança; o correto é o uso de coletes salva-vidas homologados. Por fim, as grades de proteção em piscinas devem ter, preferencialmente, no mínimo 1,2 metro de

altura, e não 1,0 metro.

Alternativa D: Incorreta. Embora a supervisão deficiente seja um fator contribuinte importante, ela não é classificada como o fator de risco isolado "mais relevante" sobre o qual se tem controle efetivo. Na verdade, as evidências científicas mostram que intervenções passivas (como o uso de cadeirinhas, cercas em piscinas e redução da temperatura de aquecedores de água) são mais eficazes do que depender exclusivamente da supervisão constante, que é passível de falha humana. Além disso, não há abundância de "bons programas" que consigam, isoladamente, garantir a melhoria da supervisão de forma sustentável.

Questão 20

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Nos casos de EVALI que apresentam gravidade ou hipoxemia, o tratamento de escolha baseia-se no uso de corticosteroides sistêmicos (via oral ou intravenosa), e não apenas inalatórios. O uso de corticoide sistêmico visa mitigar a resposta inflamatória aguda no parênquima pulmonar.

Alternativa b) Incorreta. Sintomas gastrointestinais são extremamente frequentes na EVALI. Cerca de 80% a 90% dos pacientes relatam náusea, vômito, dor abdominal ou diarreia. Frequentemente, esses sintomas surgem antes mesmo das manifestações respiratórias, podendo confundir o diagnóstico inicial com quadros infecciosos gastrointestinais.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico não é puramente clínico; a confirmação de infiltrado pulmonar por meio de exames de imagem é um critério essencial. De acordo com as definições do CDC (Centers for Disease Control and Prevention), é necessária a presença de opacidades na radiografia de tórax ou tomografia computadorizada (comumente padrão de vidro fosco bilateral), além do histórico de uso de dispositivos eletrônicos de fumaça nos últimos 90 dias e a exclusão de causas infecciosas ou outros diagnósticos alternativos.

Alternativa d) Correta. A EVALI pode variar de quadros leves a condições críticas de rápida progressão. Muitos pacientes evoluem com insuficiência respiratória grave e síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), exigindo internação em unidade de terapia intensiva, oxigenoterapia de alto fluxo e, em casos graves, ventilação mecânica invasiva ou suporte por oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO).

Questão 21

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de Trabalho de Parto Prematuro (TPP) associado à Ruptura Prematura de Membranas Pré-Termo (RPMO) em uma idade gestacional de 31 semanas. O diagnóstico de trabalho de parto é estabelecido pela presença de contrações regulares (3 em 10 minutos) e modificações cervicais significativas (5 cm de dilatação e 90% de apagamento). O uso recente de cocaína é um fator de risco crítico para descolamento prematuro de placenta e sofrimento fetal.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A conduta para o trabalho de parto prematuro às 31 semanas envolve:

1. Avaliação do bem-estar fetal: Fundamental devido à prematuridade e ao risco de hipóxia fetal exacerbado pelo uso de cocaína.
2. Investigação de infecção: A ruptura de membranas exige a exclusão de corioamnionite clínica (febre, taquicardia materna/fetal, dor uterina).
3. Corticosteroides: Indicados entre 24 e 34 semanas para reduzir o risco de Síndrome do Desconforto Respiratório, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante.
4. Profilaxia para GBS (Estreptococo do Grupo B): Como a paciente não realizou pré-natal (status desconhecido) e está em trabalho de parto prematuro, a antibioticoterapia profilática é mandatória.
5. Sulfato de Magnésio: Indicado para neuroproteção fetal em casos de parto prematuro iminente (abaixo de 32 semanas, segundo a maioria dos protocolos nacionais e internacionais).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Incorreta. O diagnóstico de trabalho de parto prematuro é clínico. Testes adicionais, como a medida do colo uterino por ultrassom transvaginal ou testes de fibronectina fetal, são indicados apenas em casos de dúvida diagnóstica (ameaça de trabalho de parto com dilatação cervical mínima, geralmente menor que 2 ou 3 cm). Com 5 cm de dilatação, o diagnóstico já é definitivo.

Alternativa B: Incorreta. A tocólise (inibição das contrações) é geralmente contraindicada em casos de dilatação avançada (5 cm) e é formalmente contraindicada se houver suspeita de descolamento de placenta (risco associado à cocaína). Além disso, a progesterona é uma medida profilática para evitar que o trabalho de parto comece em pacientes de risco, não tendo papel no tratamento do trabalho de parto já estabelecido. Os antibióticos para latência são usados na RPMO sem trabalho de parto; em trabalho de parto, o foco é a profilaxia para GBS.

Alternativa D: Incorreta. O principal erro está na recomendação de amamentação na primeira hora. O uso de cocaína há 2 horas é uma contraindicação formal à amamentação imediata, pois a droga é altamente lipossolúvel, passa para o leite materno em altas concentrações e pode causar intoxicação grave no recém-nascido (hipertensão, taquicardia, irritabilidade e convulsões). O clampeamento tardio do cordão é preferível à ordenha, e a prioridade aqui é a assistência ventilatória e estabilização do prematuro.

Questão 22

Análise das alternativas:

Alternativa A: INCORRETA. O teste de avidéz de IgG é utilizado justamente para datar a infecção. Uma alta avidéz (geralmente acima de 60%) realizada no primeiro trimestre (até 12 a 16 semanas) indica que a infecção ocorreu há pelo menos 3 ou 4 meses. Portanto, se a gestante está no primeiro trimestre e apresenta alta avidéz, a infecção é crônica (adquirida antes da gestação), o que exclui o risco de transmissão vertical na maioria dos casos.

Alternativa B: INCORRETA. A amniocentese para realização de PCR do líquido amniótico é o padrão-ouro para o diagnóstico de infecção fetal. No entanto, ela deve ser realizada preferencialmente a partir de 18 semanas de gestação. Além disso, deve-se aguardar um intervalo de pelo menos 4 semanas após a estimativa da infecção materna para que o parasita tenha tempo de ser excretado na urina fetal e detectado no líquido amniótico. A alternativa erra ao propor o limite de "no máximo" 4 semanas após a infecção.

Alternativa C: CORRETA. O protocolo brasileiro (Ministério da Saúde) recomenda o uso de espiramicina assim que houver suspeita ou confirmação de infecção materna para reduzir a taxa de transmissão vertical. Contudo, se a infecção fetal for confirmada por PCR ou se a infecção materna ocorrer a partir de 18 semanas (devido ao maior risco de transmissão e gravidade), indica-se o esquema tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico). A pirimetamina deve ser evitada no primeiro trimestre pelo seu potencial teratogênico, já que interfere no metabolismo do ácido fólico.

Alternativa D: INCORRETA. Os anticorpos da classe IgG atravessam livremente a barreira placentária por transporte ativo. Assim, a presença de IgG no recém-nascido pode representar apenas a transferência passiva de anticorpos maternos, não confirmando a infecção congênita. O diagnóstico no neonato é sugerido pela presença de IgM ou IgA (que não cruzam a placenta) ou pela persistência/elevação

dos títulos de IgG ao longo dos meses. Geralmente, a IgG de origem materna desaparece até os 12 meses de vida.

Questão 23

O tabagismo durante a gestação é uma das principais causas evitáveis de desfechos obstétricos e perinatais negativos. A compreensão da fisiopatologia dos compostos do tabaco é essencial para entender as complicações associadas.

Alternativa (a) Incorreta: O tabagismo não aumenta, mas sim reduz o transporte ativo de aminoácidos pela placenta. A exposição aos componentes do cigarro prejudica os sistemas de transporte placentário, o que compromete a oferta de substratos para a síntese proteica fetal. Isso resulta em déficit de crescimento e pode fragilizar a constituição das membranas amniocoriônicas.

Alternativa (b) Correta: Esta é a descrição clássica da ação da nicotina. A nicotina atravessa a placenta e atua como um potente agente simpatomimético, estimulando a liberação de catecolaminas. Isso provoca vasoconstrição nas artérias uterinas e nos vasos placentários, levando à hipoperfusão sistêmica do feto. A redução do fluxo sanguíneo diminui o aporte de oxigênio e nutrientes, sendo o mecanismo primário para a restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e baixo peso ao nascer.

Alternativa (c) Incorreta: O erro aqui é funcional e bioquímico. O óxido nítrico (NO) é um potente vasodilatador e um relaxante do miométrio, e não um constritor. O aumento de abortamentos em fumantes está relacionado a danos vasculares, estresse oxidativo, alterações na angiogênese placentária e possíveis anormalidades cromossômicas, mas não a uma suposta ação constritora do óxido nítrico.

Alternativa (d) Incorreta: O monóxido de carbono (CO) tem uma afinidade pela hemoglobina muito superior à do oxigênio. No caso do feto, a hemoglobina fetal (HbF) apresenta uma afinidade pelo CO ainda maior do que a hemoglobina materna (HbA). Portanto, a ligação é mais forte, e não mais fraca. Isso faz com que os níveis de carboxi-hemoglobina no sangue fetal sejam significativamente mais elevados que os maternos, deslocando a curva de dissociação da hemoglobina para a esquerda e reduzindo a entrega de oxigênio aos tecidos fetais (hipóxia tecidual).

Questão 24

O caso clínico apresenta uma gestante de 36 semanas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Crônica (HAC). O desafio da questão é diferenciar se houve a sobreposição de pré-eclâmpsia ou se se trata apenas de um ajuste tensional da hipertensão preexistente, para então definir o momento ideal do parto.

Análise dos dados clínicos e laboratoriais:

1. Relação Proteína/Creatinina (0,29): O ponto de corte para proteinúria significativa é maior ou igual a 0,3. Portanto, a paciente não apresenta proteinúria diagnóstica de pré-eclâmpsia.
2. Fator de Crescimento Placentário (PIGF de 160 pg/mL): O PIGF é um marcador de função placentária. Valores acima de 100 pg/mL indicam baixo risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia nas próximas semanas e sugerem que o quadro hipertensivo não tem origem placentária imediata.
3. Ácido Úrico (4,6 mg/dL): Encontra-se em níveis normais para a idade gestacional, o que reforça a ausência de pré-eclâmpsia sobreposta.
4. Controle tensional: A pressão foi controlada com ajuste da dose de metildopa, e o feto possui crescimento adequado.

Conclusão diagnóstica: Trata-se de Hipertensão Arterial Crônica controlada, sem sinais de pré-eclâmpsia sobreposta.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Não há indicação de internação, pois a pressão arterial está controlada com medicação oral, os exames laboratoriais estão normais e o bem-estar fetal (crescimento adequado) está preservado. O acompanhamento pode ser ambulatorial.
- b) Incorreta. O término imediato da gestação com 36 semanas só estaria indicado em casos de hipertensão grave descontrolada, pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou sofrimento fetal agudo, o que não ocorre neste caso.
- c) Incorreta. O enunciado afirma que a paciente atingiu um controle adequado com o ajuste da metildopa para 500 mg de 8/8 h. Não há necessidade de associar uma segunda droga (como o carvedilol) se a monoterapia em dose otimizada foi eficaz.
- d) Correta. Em gestantes com Hipertensão Arterial Crônica bem controlada e sem complicações (como pré-eclâmpsia sobreposta ou restrição de crescimento fetal), a recomendação das principais diretrizes (como ACOG e FEBRASGO) é que o parto seja programado entre 38 semanas e 39 semanas e 6 dias. Como a paciente já está com 36 semanas e sem sinais de gravidade, a conduta mais adequada é aguardar o termo para a resolução.

Questão 25

O trauma abdominal em gestantes acima de 24 semanas de idade gestacional exige uma abordagem cuidadosa, pois o útero gravídico torna-se um órgão abdominal exposto e a placenta pode sofrer forças de cisalhamento. O principal risco nesses casos é o descolamento prematuro de placenta (DPP) traumático, que pode ser oculto e não aparecer inicialmente nos exames de imagem. A paciente em questão apresenta sinais de alerta: dor abdominal e percepção de diminuição dos movimentos fetais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A alta hospitalar precoce é perigosa. A ultrassonografia tem baixa sensibilidade (cerca de 50% a 80%) para o diagnóstico de descolamento de placenta agudo, pois o coágulo retroplacentário pode ser isoecoico em relação à placenta. A presença de dor e a queixa de diminuição da movimentação fetal são indicações clínicas para vigilância prolongada, independentemente de exames normais na admissão.

Alternativa b) Incorreta. A tocólise (uso de medicações para inibir o trabalho de parto) é contraindicada em casos de suspeita de descolamento prematuro de placenta. No trauma, a atividade uterina pode ser o primeiro sinal de um descolamento. Tentar inibir essas contrações pode mascarar a evolução do quadro clínico e atrasar o diagnóstico de uma complicação grave, colocando em risco a vida da mãe e do feto.

Alternativa c) Correta. De acordo com os protocolos internacionais (como o da ACOG e o ATLS), gestantes acima de 20 a 24 semanas que sofrem trauma abdominal significativo ou que apresentam sintomas (dor, sangramento, contrações ou alteração na movimentação fetal) devem ser monitoradas por um período de 4 a 24 horas. A observação hospitalar por 24 horas com monitorização fetal e avaliação da dinâmica uterina é a conduta padrão para descartar o DPP tardio e garantir a estabilidade do binômio mãe-feto.

Alternativa d) Incorreta. A via de parto cirúrgica imediata só estaria indicada em casos de instabilidade hemodinâmica materna não responsiva, óbito materno com feto vivo ou sinais claros de sofrimento fetal agudo (como bradicardia persistente ou desacelerações graves). Como a paciente está estável e o feto apresenta frequência cardíaca normal (130 bpm), a conduta correta é a observação rigorosa e não a intervenção cirúrgica imediata.

Questão 26

A questão descreve uma gestante com 41 semanas e 2 dias, o que caracteriza uma gestação pós-termo (ou termo tardio, conforme algumas classificações), sendo esta uma indicação clássica para indução do parto, visando reduzir riscos de morbimortalidade perinatal. O ponto fundamental para a escolha da conduta é a avaliação da "favorabilidade" do colo uterino por meio do Índice de Bishop.

Ao analisarmos os dados do exame físico fornecidos:

- Dilatação: 1 cm (1 ponto)
- Apagamento: 30% (0 pontos)
- Consistência: Firme (0 pontos)
- Posição: Central (2 pontos)
- Apresentação: Não insinuada/Estática fetal -3 (0 pontos)

O Índice de Bishop total é 3.

Um Índice de Bishop menor que 6 indica um colo desfavorável ou imaturo. Nessas condições, a indução do parto deve ser precedida pelo preparo cervical para aumentar as chances de sucesso do parto vaginal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ocitocina é o método de escolha para indução quando o colo já é favorável (Bishop maior ou igual a 6). Iniciar ocitocina em um colo com Bishop 3 frequentemente resulta em falha de indução e aumento das taxas de cesariana, pois a medicação é mais eficaz para coordenar contrações do que para modificar a estrutura de um colo firme e fechado.

b) Incorreta. A amniotomia (ruptura artificial das membranas) isolada não é recomendada como método inicial em colos imaturos. Além disso, a apresentação fetal não insinuada (alta) torna o procedimento tecnicamente difícil e aumenta o risco de complicações graves, como o prolapso de cordão umbilical.

c) Correta. Esta é a conduta padrão para colos desfavoráveis (Bishop < 6). O preparo cervical com análogos de prostaglandina (como o misoprostol, desde que não haja contraindicações como cicatriz uterina prévia) ou métodos mecânicos (como a sonda de Foley) promove o amadurecimento do colo, tornando-o mais macio e dilatado. Após o preparo (geralmente reavaliado em 6 a 12 horas ou conforme o protocolo da unidade), se o colo se tornar favorável, inicia-se a ocitocina, se necessário.

d) Incorreta. Embora a idade materna avançada e a gestação pós-termo aumentem o risco de complicações, elas não são indicações primárias de cesariana. A via de parto preferencial permanece sendo a vaginal, e a indução deve ser tentada. A taxa de

sucesso da indução, mesmo em colos desfavoráveis, é significativa quando o preparo cervical é realizado corretamente.

Questão 27

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa descreve perfeitamente a dinâmica da transmissão vertical da sífilis. O risco de transmissão aumenta conforme a idade gestacional avança, devido ao aumento da permeabilidade placentária. Além disso, a carga de espiroquetas (treponememia) é muito maior nas fases iniciais da doença (primária e secundária), o que eleva drasticamente a taxa de infecção fetal em comparação às fases latente tardia ou terciária.

Alternativa B (INCORRETA): O erro está em atribuir os resultados falsos-positivos principalmente aos testes treponêmicos. Na verdade, são os testes não treponêmicos (como o VDRL e RPR) que estão frequentemente associados a resultados falsos-positivos em decorrência de condições como gestação, doenças autoimunes (lúpus), infecções virais e uso de drogas. Os testes treponêmicos são mais específicos e geralmente usados para confirmar o diagnóstico.

Alternativa C (INCORRETA): Uma gestante assintomática e sem histórico conhecido de infecção ou tratamento prévio é classificada como portadora de sífilis latente de duração ignorada (ou latente tardia). De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, o tratamento correto para essa situação consiste em 3 doses de Penicilina G Benzatina de 2,4 milhões de UI (uma por semana, totalizando 7,2 milhões de UI), e não dose única. A dose única é reservada para sífilis primária, secundária ou latente recente (com menos de um ano de evolução).

Alternativa D (INCORRETA): A doxiciclina pertence à classe das tetraciclinas e é contraindicada durante a gestação, pois pode causar malformações ósseas e coloração anormal dos dentes do feto. Para gestantes alérgicas à penicilina, a única conduta considerada adequada para o tratamento efetivo da mãe e prevenção da sífilis congênita é a dessensibilização e o tratamento com a própria Penicilina G Benzatina em ambiente hospitalar. Outros antibióticos não atravessam a barreira placentária de forma eficaz para tratar o feto.

Questão 28

Para resolver esta questão, é necessário analisar três pontos fundamentais: a corionicidade da gestação, o critério de datação em gestações gemelares e o diagnóstico diferencial entre as complicações do compartilhamento placentário.

Análise da Corionicidade:

O exame 2 descreve uma massa placentária única. Embora placentas dicoriônicas possam estar fundidas, as complicações apresentadas (restrição de crescimento com grande discordância de peso) em uma gestação com placenta única direcionam o raciocínio para uma gestação monocoriônica. Além disso, o diagnóstico de restrição de crescimento fetal seletiva (RCFs) é uma entidade específica das gestações monocoriônicas.

Análise da Datação:

Em gestações gemelares, a datação da idade gestacional pelo ultrassom do primeiro trimestre deve ser realizada sempre utilizando o feto que apresenta o maior comprimento cabeça-nádega (CCN). Isso é feito para evitar a subestimação da idade gestacional, caso um dos embriões já apresente uma restrição de crescimento precoce. No caso, o embrião da esquerda tinha 30 mm e o da direita, 25 mm; logo, utiliza-se o de 30 mm (o maior).

Análise do Diagnóstico:

O quadro apresenta um feto com peso no percentil 50 (normal) e outro no percentil 8 (abaixo do percentil 10, caracterizando restrição). Existe uma diferença de peso entre eles de 26% (valor significativo, geralmente definido como maior que 20-25%).

Para ser Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF), seria obrigatória a presença da sequência polidrâmnio-oligodrâmnio. O enunciado afirma que o líquido está normal no feto da esquerda e diminuído no da direita. Como não há polidrâmnio no feto maior, descarta-se a STFF. O quadro de um feto com crescimento normal e outro com restrição de crescimento, associado a uma discordância de peso importante em placenta única, define a Restrição de Crescimento Fetal Seletiva (RCFs).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A datação não é feita pelo menor CCN, mas pelo maior. Além disso, para o diagnóstico de STFF, o feto maior obrigatoriamente deveria apresentar polidrâmnio (maior bolsão vertical acima de 8 cm), o que não ocorre (líquido normal).

Alternativa b) Correta. A gestação é monocoriônica (condição para RCFs), a datação usa o maior CCN (30 mm) e o diagnóstico é RCFs devido à discordância de peso e à ausência de critérios para STFF.

Alternativa c) Incorreta. A datação é feita pelo maior CCN. Além disso, o termo restrição de crescimento fetal seletiva é classicamente aplicado às gestações monocoriônicas devido às anastomoses vasculares e à divisão desigual da massa placentária.

Alternativa d) Incorreta. A Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF) é uma

complicação exclusiva de gestações monocoriônicas, pois depende da existência de anastomoses vasculares placentárias que não existem em gestações dicoriônicas. Além disso, falta o critério de polidrâmnio para esse diagnóstico.

Questão 29

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de Hemorragia Puerperal (HPP). Após um parto sem intercorrências, ela evoluiu com sangramento vaginal ativo, sinais de choque hipovolêmico (hipotensão e taquicardia) e útero com volume aumentado (amolecido e acima da cicatriz umbilical). Esses achados apontam para a Atonia Uterina como a causa do sangramento, que é a etiologia mais comum da HPP, responsável por cerca de 80 por cento dos casos.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A ocitocina é o medicamento de primeira escolha tanto para a prevenção da hemorragia pós-parto (rotina em todos os partos) quanto para o seu tratamento inicial. No tratamento da atonia uterina instalada, a ocitocina deve ser administrada por via intravenosa e mantida em infusão contínua diluída em soro. Sua função é promover a contração das fibras miométriais para realizar a ligadura fisiológica dos vasos uterinos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: A principal causa de hemorragia puerperal é a atonia uterina (falha na contração do útero), e não a retenção placentária. Além disso, o enunciado informa que a placenta foi dequitada íntegra, o que reduz a probabilidade de restos ovulares serem a causa primária. A curetagem é indicada quando há certeza ou suspeita de restos placentários, não sendo a conduta inicial para atonia.

Alternativa b: Embora a reposição volêmica seja necessária no manejo do choque, ela não deve ser vigorosa ou indiscriminada. O uso excessivo de cristaloides pode causar hemodiluição dos fatores de coagulação, hipotermia e piora da acidose, o que agrava o sangramento (tríade letal). A reposição deve ser criteriosa, visando manter a estabilidade hemodinâmica até que a causa do sangramento seja controlada.

Alternativa d: O erro desta alternativa está principalmente na indicação do ácido tranexâmico. De acordo com as diretrizes atuais e evidências do estudo WOMAN, o ácido tranexâmico deve ser administrado o mais precocemente possível (idealmente nas primeiras 3 horas) em qualquer caso de HPP clínica, agindo simultaneamente aos

uterotônicos de primeira linha. Não se deve esperar a falha da ocitocina para utilizá-lo. Já a metilergometrina e o misoprostol são, de fato, considerados drogas de segunda linha para o tônus uterino.

Questão 30

Para resolver esta questão, é fundamental compreender a composição normal da hemoglobina no adulto e as alterações qualitativas e quantitativas detectadas na eletroforese de hemoglobina.

Análise das lacunas da coluna da direita:

Primeira lacuna: Níveis aumentados ($> 3,5\%$) podem indicar talassemia beta menor. A hemoglobina A2 (Hb A2) é composta por duas cadeias alfa e duas cadeias delta. Em um adulto normal, ela representa uma pequena porcentagem da hemoglobina total, geralmente entre 2% e 3,5%. Na beta-talassemia menor (ou traço talassêmico beta), ocorre uma redução na síntese das cadeias beta da hemoglobina. Como mecanismo compensatório, o organismo aumenta a produção de cadeias delta, elevando os níveis de Hb A2 acima de 3,5%. Portanto, esta lacuna corresponde ao número 2 (Hb A2).

Segunda lacuna: A pessoa apresenta traço falcêmico.

O traço falcêmico é a condição de heterozigose para a hemoglobina S. Isso significa que o indivíduo herdou um gene para a hemoglobina A (normal) de um progenitor e um gene para a hemoglobina S (mutado) do outro. No exame de eletroforese, esse perfil é identificado como Hb AS. Diferente da anemia falciforme (Hb SS), o portador de traço falcêmico geralmente é assintomático. Portanto, esta lacuna corresponde ao número 4 (Hb AS).

Terceira lacuna: Costuma representar 95-98% da hemoglobina total em adultos.

A hemoglobina A (Hb AA), formada por duas cadeias alfa e duas cadeias beta, é a principal hemoglobina presente no ser humano após os seis meses de vida. Em condições de normalidade, ela deve compor a grande maioria do total de hemoglobinas no sangue periférico do adulto. Portanto, esta lacuna corresponde ao número 1 (Hb AA).

Associação correta e análise das alternativas:

A sequência numérica correta é 2 - 4 - 1.

Alternativa a) 1 - 4 - 2: Incorreta. Atribui à Hb AA (normal) a característica da talassemia e à Hb A2 a predominância no adulto.

Alternativa b) 2 - 4 - 1: Correta. Segue a descrição técnica exata de cada componente de hemoglobina conforme os padrões de normalidade e patológicos.

Alternativa c) 2 - 5 - 3: Incorreta. Embora a primeira lacuna esteja correta, a segunda confunde doença falciforme (Hb SS, SC, SD) com traço falcêmico, e a terceira sugere que a hemoglobina fetal (Hb F) é a predominante no adulto.

Alternativa d) 3 - 5 - 2: Incorreta. Sugere que a hemoglobina fetal (Hb F) indica talassemia beta menor na primeira lacuna e que a Hb A2 é a predominante no adulto na terceira.

Questão 31

Explicação:

O ponto central da questão é o manejo de um resultado citopatológico demonstrando Células Glandulares Atípicas (AGC) em uma paciente de 48 anos, vivendo com HIV e apresentando sangramento uterino anormal (fluxo menstrual aumentado).

Por que a alternativa (d) está correta:

O achado de AGC (Células Glandulares Atípicas) é uma categoria de alto risco na citologia cervical. Ele indica que as células glandulares (do canal cervical ou do endométrio) apresentam alterações que podem representar desde processos inflamatórios reativos até lesões precursoras e câncer invasor. O Adenocarcinoma *in situ* (AIS) é uma das principais hipóteses diagnósticas que devem ser investigadas diante desse resultado. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA), a conduta mandatória para qualquer resultado de AGC é o encaminhamento imediato para colposcopia, visando à avaliação detalhada do colo e do canal endocervical.

Por que a alternativa (a) está incorreta:

As alterações de células glandulares (AGC) não são consideradas alterações citológicas benignas ou esperadas apenas por conta da infecção pelo HIV. Embora a imunossupressão aumente o risco de lesões precursoras de câncer, o achado de AGC sinaliza um risco potencial de neoplasia que exige investigação formal. Além disso, embora a ultrassonografia transvaginal seja útil na investigação do sangramento aumentado nesta faixa etária, a justificativa diagnóstica da alternativa invalida o item.

Por que a alternativa (b) está incorreta:

Nunca se deve repetir o citopatológico (CP) em 6 meses diante de um resultado de

AGC. Ao contrário das atipias escamosas de baixo grau (como ASC-US ou LSIL), que permitem repetição em prazos determinados em certos grupos etários, as atipias glandulares são consideradas lesões de alto risco. A conduta correta deve ser a investigação diagnóstica imediata por meio da colposcopia.

Por que a alternativa (c) está incorreta:

Embora a neoplasia de endométrio seja, de fato, um diagnóstico diferencial importante para esta paciente — considerando a idade (48 anos), o IMC (29 kg/m²) e o sangramento aumentado —, a conduta proposta de repetir o citopatológico em 6 meses é tecnicamente inadequada. Perante o achado de AGC, a paciente deve ser submetida à colposcopia e, adicionalmente (devido à idade e ao sangramento), à avaliação endometrial (seja por ultrassonografia transvaginal, biópsia de endométrio ou histeroscopia). Retardar a investigação em 6 meses compromete a segurança da paciente.

Questão 32

Para compreender essa questão, devemos utilizar a classificação PALM-COEIN, estabelecida pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que padroniza as causas de Sangramento Uterino Anormal (SUA).

Alternativa (a) Correta: O Sangramento Uterino Anormal por Disfunção Ovulatória (SUA-O) engloba os casos em que a paciente não ovula regularmente ou tem ciclos anovulatórios. Isso geralmente decorre de falhas na comunicação do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, sendo comum nos extremos da vida reprodutiva (adolescência e perimenopausa). Além disso, endocrinopatias como a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), hipotireoidismo, hipertireoidismo e hiperprolactinemia são causas frequentes de disfunção ovulatória.

Alternativa (b) Incorreta: Na classificação PALM-COEIN, as causas são divididas em estruturais (PALM: Pólipo, Adenomiose, Leiomioma e Malignidade) e não estruturais (COEIN: Coagulopatia, Ovulatória, Endometrial, Iatrogênica e Não classificada). Portanto, a adenomiose (letra A do PALM) é classificada obrigatoriamente como uma alteração estrutural, pois envolve a presença de tecido endometrial no miométrio, identificável por exames de imagem ou exame histopatológico.

Alternativa (c) Incorreta: A investigação inicial do SUA deve ser guiada pela história clínica e exame físico. O primeiro passo fundamental em mulheres em idade fértil é a exclusão de gravidez (Beta-hCG). Outros exames iniciais incluem hemograma (para avaliar anemia e plaquetas) e ultrassonografia transvaginal. A dosagem de TSH e T4 livre é indicada se houver suspeita clínica, mas a dosagem rotineira de FSH, LH e estradiol não faz parte do protocolo inicial para a maioria dos casos de SUA, sendo

reservada para situações específicas, como suspeita de falência ovariana prematura ou transição menopausal.

Alternativa (d) Incorreta: Na pós-menopausa, um endométrio com espessura superior a 4 ou 5 mm é, de fato, um sinal de alerta que exige investigação por biópsia ou histeroscopia. No entanto, na paciente em menacme (idade fértil), o endométrio sofre variações fisiológicas constantes durante o ciclo menstrual, podendo chegar a 14-16 mm na fase lútea sem que isso represente patologia. Nessa faixa etária, a biópsia está indicada prioritariamente em pacientes com mais de 45 anos, ou em pacientes mais jovens com fatores de risco para câncer de endométrio (como obesidade, SOP ou sangramento persistente sem resposta ao tratamento clínico), independentemente do valor absoluto da espessura ultrassonográfica.

Questão 33

Alternativa A (Correta): Os leiomiomas submucosos (classificação FIGO 0, 1 e 2) são aqueles que se projetam para o interior da cavidade endometrial. Devido ao contato direto com o endométrio e à interferência na contratilidade miometrial, são os tipos de mioma mais fortemente associados ao sangramento uterino anormal, mesmo quando pequenos. A ressecção cirúrgica por via histeroscópica é considerada o tratamento padrão-ouro, pois permite a retirada da lesão por via vaginal, sem incisões abdominais e com preservação uterina.

Alternativa B (Incorreta): Miomas subserosos localizam-se na porção externa do útero. Como não possuem relação direta com a cavidade endometrial, raramente causam sangramento excessivo ou irregular. Quando causam sintomas, estes costumam ser decorrentes do efeito de massa, como dor pélvica ou compressão de órgãos vizinhos (bexiga e reto).

Alternativa C (Incorreta): A adeniose caracteriza-se pela presença de glândulas e estroma endometriais no interior do miométrio. Embora cause sangramento e aumento do volume uterino (deixando-o com aspecto globoso), o diagnóstico não é feito "facilmente" pelo toque vaginal. O exame físico é inespecífico e o diagnóstico baseia-se na suspeita clínica confirmada por exames de imagem, como a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética, ou pelo estudo anatomopatológico após a histerectomia.

Alternativa D (Incorreta): Miomas intramurais de pequeno tamanho (como 2 cm) são frequentemente assintomáticos. Para que um mioma seja considerado causa frequente de infertilidade, ele geralmente precisa distorcer a cavidade endometrial (como os submucosos) ou atingir grandes dimensões que prejudiquem o transporte dos gametas ou a implantação. Miomas intramurais pequenos que não abaulam a

cavidade têm impacto clínico incerto ou nulo sobre a fertilidade.

Questão 34

Para resolver essa questão, é fundamental aplicar os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o uso de métodos anticoncepcionais. O quadro clínico apresenta uma paciente com diabetes melito tipo 2 mal controlado (HbA1c de 8,5%), obesidade (98 kg) e suspeita de complicação microvascular (lesão na retina).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O uso de anticoncepcionais hormonais combinados (que contêm estrogênio) é contraindicado para pacientes diabéticas com complicações vasculares, como a retinopatia. Nesses casos, o método é classificado como Categoria 3 ou 4 (riscos superam os benefícios ou risco inaceitável), pois o estrogênio pode agravar a vasculopatia e aumentar o risco de eventos trombóticos.

Alternativa b: Incorreta. O adesivo transdérmico também é um método hormonal combinado e sofre a mesma contraindicação devido à vasculopatia diabética. Além disso, a eficácia do adesivo é reduzida em mulheres com peso superior a 90 kg, o que torna o método menos seguro para esta paciente que pesa 98 kg.

Alternativa c: Incorreta. Embora o implante de etonogestrel e as pílulas de progestagênio isolado sejam seguros, a alternativa inclui o acetato de medroxiprogesterona de depósito (injetável trimestral). Este método causa um atraso significativo no retorno à fertilidade, que pode variar de 6 a 12 meses após a interrupção. Como a paciente deseja gestar em apenas um ano, o injetável não é a orientação mais adequada.

Alternativa d: Correta. Os métodos de progestagênio isolado (pílulas, implante ou sistema intrauterino de levonorgestrel) e o DIU de cobre são as opções mais seguras. Eles não possuem o componente estrogênico, sendo classificados como Categoria 1 ou 2 para diabéticas com complicações vasculares. Além de serem seguros do ponto de vista cardiovascular, esses métodos (exceto o injetável, que não foi incluído como única opção aqui) permitem o retorno imediato à fertilidade após a suspensão ou retirada, respeitando o planejamento reprodutivo da paciente. O controle glicêmico inadequado reforça a preferência por métodos que não interfiram no risco vascular.

Questão 35

Para entender a questão, devemos analisar três pilares: a classificação de risco anestésico (ASA), as recomendações de exames pré-operatórios e a legislação brasileira vigente sobre esterilização voluntária.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A paciente possui um IMC de 33 kg/m², o que a caracteriza como portadora de obesidade grau I. De acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA), pacientes com obesidade (IMC entre 30 e 40 kg/m²) são classificados como ASA II (doença sistêmica leve), e não ASA I (paciente saudável e sem doenças). Além disso, a exigência de assinatura do cônjuge para esterilização foi revogada.

b) Incorreta. A classificação ASA I está inadequada para uma paciente obesa. Quanto aos exames, para uma paciente de 32 anos, sem doenças crônicas e que será submetida a um procedimento de baixo risco, as diretrizes modernas de anestesiologia indicam que exames laboratoriais de rotina, como hemograma e hemoglobina glicada, são desnecessários na ausência de indicação clínica específica.

c) Incorreta. Embora a classificação ASA II esteja correta devido à obesidade, a alternativa erra ao exigir exames laboratoriais para este perfil de paciente e ao afirmar que o Termo de Consentimento deve ser assinado pelo esposo. A Lei nº 14.443/2022 retirou a necessidade de consentimento expresso de ambos os cônjuges para a realização da laqueadura ou vasectomia.

d) Correta. Esta alternativa contempla todos os pontos de acordo com a prática médica e a legislação atual:

1. Risco Anestésico: A paciente é ASA II porque a obesidade (IMC acima de 30 kg/m²) é considerada uma doença sistêmica leve e controlada.
2. Avaliação Pré-operatória: Para pacientes jovens (abaixo de 45 anos), ASA I ou II, sem comorbidades e que passarão por cirurgias de baixo risco (como a laqueadura), não há evidência que sustente a necessidade de exames laboratoriais de rotina.
3. Consentimento Informado: Conforme a Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 (que alterou a Lei do Planejamento Familiar), o consentimento do cônjuge não é mais necessário para a realização da esterilização voluntária no Brasil, bastando a vontade da paciente plenamente capaz.

Questão 36

Esta questão aborda o manejo do microadenoma hipofisário e da hiperprolactinemia. Para resolvê-la, é fundamental correlacionar os achados laboratoriais e de imagem com a clínica da paciente.

Análise do caso:

A paciente apresenta uma hiperprolactinemia leve (65 ng/ml) e um microadenoma (lesão menor que 10 mm) de 4 mm identificado na ressonância magnética. O ponto crucial é que a paciente é assintomática do ponto de vista endócrino: seus ciclos menstruais são regulares e ela possui laqueadura tubária (não deseja gestar). O desânimo e cansaço são sintomas inespecíficos e, como os demais exames estavam normais, não podem ser diretamente atribuídos ao microadenoma de 4 mm, que raramente causa repercussões sistêmicas nessa magnitude.

Critérios de Tratamento:

O tratamento de microprolactinomas com agonistas dopaminérgicos (cabergolina ou bromoergocriptina) só está indicado se houver sintomas decorrentes do excesso de prolactina, como: infertilidade, galactorreia incômoda, irregularidade menstrual (amenorreia ou oligomenorreia) ou redução da libido/densidade mineral óssea. Pacientes assintomáticas com microadenoma e ciclos regulares não precisam de tratamento medicamentoso imediato.

Análise das alternativas:

a) Correta. Como a paciente é assintomática e o adenoma é pequeno (4 mm), a conduta conservadora é a mais indicada. O acompanhamento clínico para observar se surgirão sintomas (como galactorreia ou alteração no ciclo) e a dosagem periódica de prolactina são suficientes para monitorar a estabilidade do quadro.

b) Incorreta. Embora o acompanhamento seja necessário, a prioridade inicial em casos assintomáticos é a vigilância clínica e bioquímica (dosagem de prolactina). A repetição da RM geralmente é reservada para casos onde há aumento progressivo da prolactina ou surgimento de sintomas neurológicos/visuais, o que é improvável em microadenomas tão pequenos.

c) Incorreta. A cabergolina é o medicamento de escolha para o tratamento da hiperprolactinemia, mas não deve ser iniciada nesta paciente, pois ela não possui indicações clínicas para o tratamento (tem ciclos regulares e não deseja engravidar).

d) Incorreta. A bromoergocriptina também é um agonista dopaminérgico utilizado no tratamento, porém, assim como a cabergolina, não está indicada para pacientes assintomáticas com microadenoma. Além disso, a posologia sugerida (3 vezes ao dia)

costuma causar muitos efeitos colaterais, sendo a cabergolina preferível pela comodidade posológica e tolerância quando o tratamento é realmente necessário.

Questão 37

Esta questão aborda o manejo da transição menopausal (perimenopausa) em uma paciente com fatores de risco cardiovascular e sintomas vasomotores intensos.

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta sintomas climatéricos clássicos (fogachos/suores noturnos e insônia) que impactam sua qualidade de vida, além de irregularidade menstrual. Aos 48 anos, com esses sintomas, o diagnóstico é de perimenopausa. O histórico familiar de câncer de mama (avó aos 60 anos) não é uma contraindicação para a Terapia Hormonal (TH), pois se trata de um caso esporádico e não de alto risco hereditário.

Fatores limitantes para a escolha da via:

1. Tabagismo (20 cigarros/dia) e idade > 35 anos: Aumentam significativamente o risco de eventos tromboembólicos e cardiovasculares.
2. Hipertrigliceridemia (350 mg/dl): O estrogênio por via oral sofre metabolismo de primeira passagem hepática, o que pode aumentar ainda mais os níveis de triglicerídeos. A via não oral (transdérmica ou percutânea) é neutra ou pode até reduzir os triglicerídeos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A fluoxetina (um ISRS) pode ser utilizada para tratar fogachos em pacientes com contraindicação absoluta à Terapia Hormonal (como histórico pessoal de câncer de mama). No caso desta paciente, o histórico familiar (avó materna aos 60 anos) não contraindica a TH, e a TH é o tratamento mais eficaz para os sintomas apresentados.

b) Incorreta. O progestagênio isolado na segunda fase do ciclo poderia ajudar na regularização do fluxo menstrual, mas não é o tratamento de escolha para os sintomas vasomotores (fogachos e suores noturnos) que estão prejudicando a qualidade de vida da paciente.

c) Correta. Esta é a conduta ideal. O estrogênio é o tratamento padrão-ouro para sintomas vasomotores. A via não oral (adesivo ou gel) é obrigatória aqui por dois motivos principais: o tabagismo (menor risco de tromboembolismo em comparação à via oral) e a hipertrigliceridemia (evita o efeito do metabolismo hepático que elevaria ainda mais os triglicerídeos). Como a paciente possui útero, é indispensável associar o progestagênio para proteção endometrial, prevenindo a hiperplasia e o câncer de

endométrio.

d) Incorreta. O uso de pílulas anticoncepcionais combinadas (mesmo com estrogênio natural) é contraindicado para mulheres com mais de 35 anos que fumam mais de 15 cigarros por dia, devido ao risco inaceitável de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Além disso, a via oral seria prejudicial para o quadro de hipertrigliceridemia.

Questão 38

O quadro clínico descreve uma paciente idosa e múltipara com queixas clássicas de prolapso de órgãos pélvicos. O sintoma de necessidade de realizar manobras manuais (reduzir o prolapso) para conseguir urinar é um sinal patognomônico de disfunção miccional obstrutiva associada a defeitos de parede anterior, em que a cistocele causa um acotovelamento da uretra.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. No prolapso uterino, o colo do útero estaria visível na porção mais distal da protrusão, o que não é observado na imagem (que mostra apenas a parede vaginal e suas rugosidades). Além disso, o estágio III do sistema POP-Q define que a porção mais distal do prolapso está a mais de 1 cm além do hímen, enquanto a imagem mostra o prolapso situado no nível do introito (hímen).

Alternativa b: Incorreta. O prolapso de parede posterior (retocele) envolveria a parede vaginal voltada para o reto. A imagem mostra claramente que a protrusão provém da parede anterior (cistocele). Novamente, o estágio III não condiz com a imagem, que mostra uma protrusão menos extensa.

Alternativa c: Incorreta. Embora o estadiamento II (ponto mais distal entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen) seja compatível com a imagem, a história clínica e o exame visual focam no defeito anterior. Não há elementos no enunciado ou na imagem que comprovem um defeito de parede posterior associado.

Alternativa d: Correta. A imagem apresenta uma protrusão da parede vaginal anterior que chega ao nível do hímen, o que caracteriza o estágio II no sistema POP-Q. A queixa de dificuldade para esvaziar a bexiga, necessitando de manobras de redução do prolapso, define a disfunção miccional associada ao defeito de compartimento anterior.

Questão 39

Para compreender o mecanismo de ação dos anticoncepcionais orais combinados (AOC) no tratamento da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), é necessário analisar três processos fisiológicos fundamentais:

1. Estímulo à síntese hepática de SHBG: O componente estrogênico do anticoncepcional (geralmente o etinilestradiol) estimula o fígado a aumentar a produção da globulina carreadora de hormônios sexuais (SHBG). O aumento dessa proteína faz com que mais testosterona livre se ligue a ela, tornando-se biologicamente inativa. Isso reduz os níveis de testosterona livre circulante, melhorando os sintomas de hiperandrogenismo, como acne e hirsutismo.
2. Feedback negativo e redução do LH: Os esteroides contidos no anticoncepcional exercem um feedback negativo no eixo hipotálamo-hipófise. Isso causa uma diminuição na secreção das gonadotrofinas, especialmente do hormônio luteinizante (LH), que costuma estar em níveis elevados e pulsáteis na SOP.
3. Local de ação ovariana: De acordo com a teoria das duas células, o LH atua especificamente nas células da teca para estimular a síntese de androgênios (androstenediona e testosterona). Ao diminuir a secreção de LH, o anticoncepcional reduz o estímulo sobre as células da teca, resultando em menor produção ovariana de androgênios. As células da granulosa, em contraste, são o alvo principal do FSH para o processo de aromatização.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O anticoncepcional aumenta a produção de SHBG e diminui (em vez de aumentar) o estímulo de LH sobre o ovário.

Alternativa b) Correta. O parágrafo é preenchido corretamente: o uso do anticoncepcional melhora o hiperandrogenismo por aumentar as proteínas carreadoras (SHBG) e, conseqüentemente, diminuir o estímulo de LH sobre as células da teca.

Alternativa c) Incorreta. O fármaco promove o aumento da SHBG e a diminuição do LH. Além disso, o LH atua na teca para produzir androgênios, enquanto a granulosa é responsável pela conversão desses androgênios em estrogênios sob influência do FSH.

Alternativa d) Incorreta. Embora os dois primeiros termos (aumentar e diminuir) estejam corretos conforme a fisiologia do tratamento, o LH exerce seu papel na produção de androgênios nas células da teca, e não nas células da granulosa.

Questão 40

Para responder a essa questão, é fundamental conhecer a estratificação de risco da 5ª edição do sistema BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System), que padroniza os laudos de imagem da mama (mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética). A categoria 4 é reservada para achados suspeitos que indicam a necessidade de biópsia, sendo subdividida em três subgrupos para melhor orientar a probabilidade de câncer.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O risco de malignidade menor ou igual a 2% é a definição da categoria BI-RADS 3. Nesta classificação, os achados são considerados provavelmente benignos e a conduta recomendada é o acompanhamento radiológico em curto prazo (geralmente 6 meses) para observar a estabilidade da lesão, e não a biópsia imediata.

Alternativa (b) Correta. A categoria BI-RADS 4B representa uma suspeita moderada de malignidade. Segundo os critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR), a probabilidade de câncer para lesões classificadas como 4B situa-se no intervalo de mais de 10% até 50%. Todo achado BI-RADS 4 requer investigação histopatológica (biópsia).

Alternativa (c) Incorreta. O intervalo entre 50% e 95% de suspeita de malignidade caracteriza a categoria BI-RADS 4C. Esta subcategoria é utilizada para achados com alta suspeita, que possuem características morfológicas muito preocupantes, mas que ainda não apresentam o padrão clássico e quase inequívoco de malignidade da categoria 5.

Alternativa (d) Incorreta. O risco maior ou igual a 95% define a categoria BI-RADS 5. Achados nesta classificação são considerados altamente sugestivos de malignidade, como massas espiculadas e densas associadas a microcalcificações pleomórficas. Nesses casos, a probabilidade de o resultado da biópsia ser benigno é extremamente baixa.

Resumo dos valores de referência para BI-RADS 4 e 5:

BI-RADS 4A: Baixa suspeita (2% a 10%)

BI-RADS 4B: Moderada suspeita (10% a 50%)

BI-RADS 4C: Alta suspeita (50% a 95%)

BI-RADS 5: Altamente sugestivo (maior ou igual a 95%)

Questão 41

Alternativa (a) Incorreta: Na sequência rápida de intubação (SRI), a ventilação com máscara facial após a indução e antes da passagem do tubo não deve ser realizada de forma sistemática. O objetivo principal da SRI é proteger a via aérea rapidamente para evitar a aspiração do conteúdo gástrico em pacientes com estômago cheio ou tempo de jejum desconhecido. A ventilação sob pressão positiva com máscara pode causar insuflação gástrica, aumentando o risco de regurgitação. Ela só é indicada em casos de hipoxemia grave em que a intubação não foi obtida de imediato.

Alternativa (b) Correta: Na técnica de sequência rápida, administra-se o agente indutor e, imediatamente após a perda da consciência clínica (avaliada geralmente pela perda do reflexo palpebral ou ausência de resposta ao chamado), administra-se o bloqueador neuromuscular de ação rápida. Em cenários de emergência e trauma, a monitorização da profundidade anestésica (como o índice bispectral - BIS) não é necessária nem prática, sendo a avaliação clínica soberana para prosseguir com o bloqueio.

Alternativa (c) Incorreta: A pré-oxigenação é considerada uma das etapas mais críticas da sequência rápida. Ela visa substituir o nitrogênio da capacidade residual funcional por oxigênio, permitindo um período de apneia segura mais prolongado durante as tentativas de laringoscopia. Mesmo que o paciente apresente taquipneia (respiração rápida), isso não garante a denitrogenização alveolar necessária, tornando a oferta de oxigênio a 100% indispensável.

Alternativa (d) Incorreta: A succinilcolina continua sendo um fármaco padrão-ouro para a sequência rápida devido ao seu início de ação extremamente rápido e curta duração. Embora possa causar fasciculações e um aumento transitório da pressão intracraniana, esses efeitos raramente têm relevância clínica que contraindique seu uso no trauma agudo. As contraindicações reais da succinilcolina são história de hipertermia maligna, hipercalemia, ou lesões por esmagamento e queimaduras extensas após as primeiras 24 a 48 horas do evento.

Questão 42

Esta questão aborda o manejo e as causas dos distúrbios hidroeletrólíticos no período pós-operatório, exigindo conhecimento sobre a farmacologia dos eletrólitos e a fisiopatologia cirúrgica.

Alternativa A: Incorreta. Em distúrbios moderados a graves, a reposição intravenosa (IV) é preferível por ser mais rápida e previsível. A via enteral depende da absorção intestinal, que pode estar prejudicada no pós-operatório devido ao íleo paralítico ou à manipulação cirúrgica. Além disso, a via IV permite um controle mais preciso da

velocidade de infusão e da concentração plasmática.

Alternativa B: Incorreta. Na verdade, estas são causas frequentes e importantes de distúrbios eletrolíticos, e não "causas remotas". A irrigação vesical contínua (comum em cirurgias urológicas como a RTU de próstata) pode levar à hiponatremia por diluição. O íleo adinâmico altera a reabsorção de líquidos e eletrólitos, e a Terapia Nutricional Parenteral (TNP) exige monitoramento rigoroso, pois pode causar diversas alterações metabólicas, incluindo a síndrome de realimentação (hipofosfatemia, hipocalemia e hipomagnesemia).

Alternativa C: Correta. O potássio, especialmente na forma de cloreto de potássio (KCl) via oral, é conhecido por ser altamente irritante para a mucosa gastrointestinal. Seu uso pode provocar epigastralgia, náuseas, vômitos e, em casos mais graves, até ulcerações ou estenoses no trato digestivo. Por isso, em pacientes com intolerância gástrica ou distúrbios mais graves, opta-se frequentemente pela via intravenosa (respeitando-se os limites de concentração e velocidade de infusão).

Alternativa D: Incorreta. Embora o cálcio possa causar constipação, o magnésio via oral é classicamente associado à diarreia, e não à constipação. O magnésio atua como um laxante osmótico, retendo água no lúmen intestinal. Portanto, a afirmação está incorreta ao atribuir constipação como um efeito comum da reposição de magnésio.

Em resumo, a alternativa (C) está correta, pois destaca um efeito adverso clínico muito comum na prática médica: a intolerância gástrica à suplementação de potássio, o que muitas vezes limita seu uso por via oral no pós-operatório.

Questão 43

A analgesia multimodal combina diferentes classes de medicamentos para obter sinergismo no controle da dor e reduzir a incidência de efeitos adversos, permitindo o uso de doses menores de cada substância.

Para resolver a questão, devemos relacionar as características farmacológicas específicas de cada item:

(5) Buprenorfina: É um opioide que apresenta um perfil farmacodinâmico complexo. É classificada como um agonista parcial de receptores mu, mas também interage com os receptores kapa e delta. No contexto da questão, é o fármaco associado ao agonismo desses três receptores.

(3) Tramadol: Este fármaco possui um mecanismo de ação dual. Além de ser um

agonista fraco dos receptores opioides μ , ele atua no sistema de modulação descendente da dor através da inibição da recaptação de neurotransmissores como a serotonina e a noradrenalina na fenda sináptica.

(1) Dipirona: É um analgésico e antipirético cujo mecanismo de ação exato envolve diversos caminhos. Um dos principais mecanismos descritos, e frequentemente cobrado em provas de residência, é a inibição da enzima ciclooxigenase 3 (COX-3), uma variante da COX-1 encontrada predominantemente no sistema nervoso central.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Associa o Tramadol (3) ao agonismo geral, a Oxycodona (4) à serotonina e o Cetorolaco (2) à COX-3. O Cetorolaco é um AINE inibidor de COX-1 e COX-2, não de COX-3, e a Oxycodona não tem ação na recaptação de serotonina.

Alternativa B: Incorreta. Troca as funções da Buprenorfina e do Tramadol, além de associar erroneamente o Cetorolaco à inibição da COX-3.

Alternativa C: Incorreta. Embora acerte a associação do Tramadol com a serotonina e da Dipirona com a COX-3, a sequência começa com a Oxycodona (4). Entre Oxycodona e Buprenorfina, a literatura específica de dor utilizada por diversas bancas associa a interação tripla (μ , κ e δ) à Buprenorfina nesta estrutura de questão.

Alternativa D: Correta. Apresenta a sequência exata (5 - 3 - 1) que relaciona a Buprenorfina aos receptores opioides, o Tramadol à inibição da recaptação de serotonina e a Dipirona à inibição da COX-3.

Informações complementares:

- O Cetorolaco trometamol (2) é um potente inibidor das ciclooxigenases 1 e 2, sendo um AINE de uso comum no pós-operatório.
- A Oxycodona (4) é um opioide agonista puro, com afinidade predominante por receptores μ , amplamente utilizada para dor moderada a forte.

Questão 44

O quadro clínico descreve um paciente com fatores de risco clássicos, como hipertensão arterial severa e uso de cocaína (droga que causa picos adrenérgicos e estresse na parede vascular), apresentando dor torácica súbita e intensa na região interescapular. Esse conjunto de achados é altamente sugestivo de Síndrome Aórtica Aguda, especificamente uma Dissecção de Aorta. A evolução com perda de força nos membros inferiores (paraparesia) e a ausência de pulsos femorais indicam que a dissecção se estendeu distalmente, comprometendo o fluxo sanguíneo tanto para a

medula espinhal (via artérias intercostais/lombares, como a artéria de Adamkiewicz) quanto para as artérias ilíacas e femorais. Esse fenômeno é definido como síndrome de má perfusão, uma das complicações mais graves da dissecação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O aneurisma de aorta abdominal roto costuma cursar com dor abdominal ou lombar de início súbito, massa pulsátil palpável e, fundamentalmente, instabilidade hemodinâmica ou choque (hipotensão). O paciente do caso está extremamente hipertenso (210/100 mmHg) e a localização inicial da dor (interescapular) aponta para o envolvimento da aorta torácica descendente.

b) Incorreta. O termo "crônica" refere-se a quadros com mais de 14 a 90 dias de evolução. O relato descreve um início súbito e sintomas agudos. Além disso, a trombose da falsa luz é geralmente um sinal de evolução favorável ou estabilização, e não a causa de um déficit motor e isquemia aguda de membros.

c) Incorreta. Embora a trombose aguda de um aneurisma toracoabdominal possa causar isquemia distal, a apresentação clássica de dor interescapular lancinante em um paciente hipertenso e usuário de cocaína é o "divisor de águas" para o diagnóstico de dissecação aórtica. A trombose pura não explicaria tão bem a dor torácica alta seguida de progressão para os membros.

d) Correta. A Síndrome Aórtica Aguda é um termo que engloba a dissecação de aorta, o hematoma intramural e a úlcera penetrante de aorta. O caso clínico descreve uma dissecação (provavelmente Stanford B, por iniciar após a artéria subclávia esquerda e cursar com hipertensão) que se tornou complicada. A complicação por má perfusão é caracterizada justamente pela isquemia de órgãos-alvo ou extremidades, manifestada aqui pela ausência de pulsos femorais e pelo déficit neurológico motor nos membros inferiores.

Questão 45

CONCEITO PRINCIPAL:

O achado de fluxo reverso na artéria vertebral esquerda ao Doppler é o sinal clássico da Síndrome do Roubo da Subclávia. Esse fenômeno ocorre quando há uma estenose significativa ou oclusão da artéria subclávia esquerda em um ponto proximal à origem da artéria vertebral. Devido à queda de pressão após a obstrução, o sangue flui de forma retrógrada pela artéria vertebral (descendo da circulação cerebral) para tentar suprir a demanda de fluxo do membro superior esquerdo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: O espessamento parietal nas bifurcações carotídeas indica aterosclerose sistêmica, mas o fluxo reverso na artéria vertebral aponta especificamente para uma doença na artéria subclávia. Embora um sopro carotídeo pudesse existir se houvesse estenose grave da carótida, ele não é o achado esperado ou diretamente relacionado à inversão do fluxo na vertebral.

Alternativa (b) CORRETA: Uma vez que existe uma obstrução importante na artéria subclávia esquerda (proximal à saída da vertebral), o fluxo sanguíneo que chega ao braço esquerdo é reduzido e depende de colaterais ou do fluxo reverso da vertebral. Clinicamente, isso se traduz em pulsos arteriais (radial, braquial) diminuídos ou ausentes no membro superior afetado quando comparados ao lado normal.

Alternativa (c) INCORRETA: Esta alternativa descreve o Teste de Adson, que consiste na perda do pulso radial durante manobras posturais de pescoço e braço. Este teste é utilizado para diagnosticar a Síndrome do Desfiladeiro Torácico (compressão mecânica de estruturas neurovasculares), e não a doença aterosclerótica obstrutiva da subclávia sugerida pelo Doppler.

Alternativa (d) INCORRETA: Na presença de uma estenose importante na artéria subclávia, a pressão arterial sistólica no membro afetado (esquerdo) será menor do que no membro contralateral (direito). É esperada uma diferença de pressão sistólica significativa entre os braços (geralmente superior a 15-20 mmHg), sendo o lado com o roubo da subclávia o de menor pressão.

RESUMO PARA ESTUDO:

Sempre que uma questão de prova citar fluxo reverso em artéria vertebral ao Doppler, o diagnóstico é Síndrome do Roubo da Subclávia. Os dois principais achados no exame físico serão:

1. Redução ou ausência de pulsos no membro superior ipsilateral.
2. Diferença importante de pressão arterial sistólica entre os dois membros superiores.

Questão 46

O quadro clínico descrito apresenta uma paciente com fatores de risco importantes (diabetes melito e obesidade) que desenvolveu subitamente (24 horas) sinais de inflamação aguda em um membro inferior: dor, edema, eritema (vermelhidão) e calor local. A presença de sintomas sistêmicos, como mal-estar e calafrios, é um forte indicativo de um processo infeccioso agudo, direcionando o diagnóstico para uma infecção de pele e tecidos moles.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A tromboflebite venosa superficial manifesta-se geralmente como um cordão venoso endurecido, palpável, hiperemiado e doloroso. Embora cause inflamação local, raramente evolui com sintomas sistêmicos, como calafrios e mal-estar, de forma tão proeminente quanto a erisipela, e o tratamento inicial não seria apenas o ecodoppler, mas sim medidas anti-inflamatórias e, em casos específicos, anticoagulação.

b) Incorreta. O lipedema é uma condição crônica, simétrica (acomete as duas pernas) e decorrente do acúmulo anormal de gordura, poupando habitualmente os pés. Não apresenta início súbito, calor local intenso, eritema agudo ou sintomas sistêmicos, como febre e calafrios.

c) Incorreta. A trombose venosa profunda (TVP) é um diagnóstico diferencial importante em casos de dor e inchaço unilateral de início súbito. No entanto, o eritema na TVP costuma ser mais discreto ou cianótico, e a presença de calafrios e mal-estar é muito mais característica de quadros infecciosos (erisipela ou celulite). Embora o ecodoppler seja o exame de escolha para TVP, o quadro sistêmico da paciente torna a infecção a suspeita principal.

d) Correta. A principal suspeita é erisipela (ou celulite, dada a sobreposição clínica). A erisipela é uma infecção cutânea que atinge a derme superficial e os linfáticos, manifestando-se com eritema vivo, edema, dor e calor, frequentemente precedida ou acompanhada de sintomas sistêmicos (febre, calafrios, mal-estar). Pacientes diabéticos e obesos têm maior predisposição devido a deficiências na microcirculação e maior chance de solução de continuidade na pele. A conduta inicial correta é a instituição de antibioticoterapia para cobrir os agentes mais comuns (geralmente estreptococos do grupo A).

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 47

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clássico de Isquemia Mesentérica Aguda. Os principais pontos que levam a esse diagnóstico são:

1. Fatores de risco: Idosa com fibrilação atrial (FA) e má adesão à anticoagulação, o que predispõe à formação de êmbolos que podem ocluir a artéria mesentérica superior.
2. Quadro clínico: Dor abdominal de início súbito, de forte intensidade e,

crucialmente, desproporcional ao exame físico (a paciente refere dor excruciante, mas o abdômen ainda se encontra inocente ou com poucas alterações à palpação inicial).

3. Laboratório: Leucocitose com desvio à esquerda e aumento de PCR sugerem sofrimento tecidual e inflamação.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Pancreatite aguda - Incorreta. Embora a pancreatite cause dor intensa, as enzimas pancreáticas (amilase e lipase) estão normais no caso descrito. Além disso, a dor da pancreatite costuma ser em faixa no andar superior do abdômen e não apresenta a associação clássica com fibrilação atrial.

b) Isquemia mesentérica aguda - Correta. O quadro de "dor abdominal desproporcional ao exame físico" em um paciente com fibrilação atrial não anticoagulada é a descrição de livro para isquemia mesentérica aguda de origem embólica. A conduta imediata diante da suspeita é a realização de uma angiotomografia de abdômen (padrão-ouro para diagnóstico) e a avaliação precoce da cirurgia para revascularização ou ressecção de alças necrosadas.

c) Gastroenterite viral - Incorreta. A gastroenterite viral geralmente se manifesta com diarreia, vômitos, febre baixa e dor abdominal tipo cólica menos intensa. Não justificaria a gravidade do quadro, a leucocitose importante com desvio nem a dor súbita e intensa relatada.

d) Obstrução intestinal por bridas - Incorreta. Embora a paciente seja histerectomizada (fator de risco para bridas), a dor da obstrução costuma ser em cólica e acompanhada de distensão abdominal, náuseas, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. O sinal de "dor desproporcional ao exame" é muito mais específico para a etiologia isquêmica.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 48

Análise do caso clínico:

O quadro apresentado é clássico de obstrução intestinal mecânica, caracterizado pela tríade de dor abdominal em cólica, vômitos, distensão e parada de eliminação de gases e fezes. A ausência de sinais de irritação peritoneal (defesa ou dor à descompressão) e a estabilidade laboratorial (leucograma normal e PCR discretamente elevada) sugerem que não há, no momento, sofrimento de alça

(isquemia) ou perfuração. Portanto, o manejo inicial deve focar na estabilização do paciente e na investigação da causa e do nível da obstrução.

Alternativa A: Correta. O tratamento inicial de um quadro obstrutivo baseia-se em medidas de suporte: o jejum interrompe o aporte de conteúdo ao lúmen obstruído; a hidratação venosa e a correção eletrolítica são fundamentais para repor as perdas para o terceiro espaço e pelos vômitos; a sonda nasogástrica promove a descompressão gástrica, aliviando o desconforto e prevenindo a broncoaspiração. Após a estabilização, a tomografia computadorizada (TC) de abdome é o padrão-ouro para o diagnóstico, pois define a localização da obstrução, a gravidade e a etiologia.

Alternativa B: Incorreta. O uso de antibióticos de amplo espectro não é indicado de rotina na obstrução mecânica simples, sendo reservado para casos com suspeita de isquemia, translocação bacteriana ou no período pré-operatório. Além disso, a ultrassonografia tem utilidade limitada pela presença de gás intestinal, que dificulta a visualização das alças, sendo inferior à TC.

Alternativa C: Incorreta. A colonoscopia não deve ser o primeiro passo diagnóstico na urgência. Há risco aumentado de perfuração em alças distendidas e friáveis. Ela pode ter papel terapêutico em casos específicos, como no volvo de sigmoide (após exclusão de gangrena), ou diagnóstico em suspeitas de neoplasia distal, mas apenas após a estabilização inicial e avaliação por imagem.

Alternativa D: Incorreta. A cirurgia de emergência (laparotomia) está indicada quando há sinais de peritonite, instabilidade hemodinâmica ou falha do tratamento conservador em casos de obstrução parcial. Como o paciente não apresenta sinais de irritação peritoneal nem alterações laboratoriais graves, a conduta inicial deve ser conservadora e diagnóstica.

Questão 49

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso descreve um paciente idoso com colecistite aguda que foi submetido à drenagem percutânea da vesícula biliar (colecistostomia). Essa medida é geralmente adotada como terapia de "ponte" para pacientes com quadros graves (Grau III de Tokyo) ou moderados (Grau II) que apresentam alto risco cirúrgico imediato ou falha no tratamento clínico inicial. O objetivo da drenagem é controlar a sepse e permitir o resfriamento do processo inflamatório.

Alternativa A: Incorreta. A idade avançada não é, por si só, uma contraindicação para a cirurgia. O tratamento apenas clínico, sem a remoção da vesícula, está associado a

altas taxas de recorrência (que podem chegar a 50% em pacientes idosos), muitas vezes com episódios mais graves que o inicial.

Alternativa B: Incorreta. Esperar a recorrência dos sintomas é uma estratégia arriscada, pois submete um paciente já fragilizado a um novo estresse inflamatório e infeccioso agudo, o que aumenta a mortalidade. A conduta ideal é a programação da cirurgia em caráter eletivo após a melhora do quadro inicial.

Alternativa C: Correta. Uma vez que o paciente estabilizou e o processo inflamatório agudo retrocedeu graças à drenagem e antibioticoterapia, a colecistectomia deve ser planejada. O intervalo de 6 a 8 semanas é o mais recomendado pela literatura e pelos consensos (como o de Tokyo - TG18). Esse período permite que a inflamação local diminua, facilitando a dissecação cirúrgica e reduzindo as chances de conversão para cirurgia aberta, além de dar tempo para a otimização das comorbidades do paciente.

Alternativa D: Incorreta. Adiar a cirurgia por 6 meses é um tempo excessivo e desnecessário. Esse intervalo prolongado mantém o paciente em risco de novas complicações biliares (como colangite ou pancreatite) e obriga a manutenção do dreno de colecistostomia por um período que prejudica a qualidade de vida e aumenta o risco de infecções secundárias.

RESUMO DIDÁTICO

A colecistostomia percutânea é um procedimento temporário. Em pacientes que apresentam melhora clínica e ganham condições cirúrgicas, a colecistectomia videolaparoscópica deve ser realizada de forma programada (intervalar), preferencialmente entre 6 e 8 semanas após a drenagem, para prevenir a recorrência da doença biliar.

Questão 50

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma condição clínica prevalente, e a identificação da sua causa principal é fundamental para o manejo terapêutico inicial. No cenário de um paciente idoso apresentando instabilidade hemodinâmica, a probabilidade estatística e a fisiopatologia da lesão direcionam para causas que envolvem sangramentos de maior volume.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A úlcera péptica, seja gástrica ou duodenal, permanece como a causa mais comum de hemorragia digestiva alta em todo o mundo, respondendo por cerca de 40 a 50 por cento dos casos. Quando uma úlcera sofre penetração profunda, ela pode erodir vasos arteriais de calibre significativo, como a artéria gastroduodenal no duodeno ou a artéria gástrica

esquerda no estômago. Esse mecanismo resulta em sangramento arterial volumoso e rápido, sendo a principal causa de instabilidade hemodinâmica e choque hipovolêmico em pacientes desta faixa etária.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A esofagite erosiva é uma inflamação da mucosa esofágica, geralmente secundária à doença do refluxo gastroesofágico. Embora seja uma causa frequente de sangramento digestivo, as erosões são superficiais e o sangramento costuma ser de pequena monta. O quadro clínico mais comum é de sangramento oculto ou episódios de melena leve, sendo raríssima a evolução para instabilidade hemodinâmica aguda.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. As neoplasias gástricas podem sangrar devido à friabilidade do tecido tumoral, erosão de vasos de neoformação ou necrose da massa tumoral. Contudo, o padrão clássico de sangramento em câncer gástrico é crônico, insidioso e persistente, levando o paciente a procurar auxílio médico por anemia ferropriva ou perda ponderal. Embora um sangramento maciço possa ocorrer, ele é significativamente menos frequente do que na doença ulcerosa péptica.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A laceração de Mallory-Weiss consiste em cortes longitudinais na mucosa da transição esofagogástrica, tipicamente após episódios de vômitos vigorosos ou tosse intensa. Na maioria dos casos (cerca de 80 a 90 por cento), o sangramento é autolimitado e cessa espontaneamente sem necessidade de intervenção endoscópica ou cirúrgica agressiva. É uma causa importante de hematêmese, mas raramente provoca o grau de instabilidade hemodinâmica descrito na questão.

Questão 51

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro típico de obstrução intestinal aguda (dor em cólica, distensão e vômitos biliosos) causado por uma hérnia inguinal encarcerada (irredutível e dolorosa). O tempo de evolução de 24 horas e a presença de sintomas obstrutivos tornam o quadro uma emergência cirúrgica.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

Diante de uma hérnia inguinal irredutível associada a sinais evidentes de obstrução intestinal, a conduta correta é a indicação de cirurgia de urgência. O objetivo principal é realizar o desencarceramento do conteúdo herniário, avaliar a viabilidade da alça intestinal (verificar se há isquemia ou necrose) e corrigir o defeito anatômico. O diagnóstico é clínico e o atraso na intervenção eleva significativamente o risco de complicações graves, como a necessidade de ressecção intestinal.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): A tentativa de redução manual (conhecida como taxia) sob analgesia é contraindicada quando há sinais de obstrução intestinal ou suspeita de estrangulamento vascular. Nesses casos, existe o risco de reduzir uma alça intestinal já necrótica para dentro da cavidade abdominal (redução em bloco), o que pode levar à peritonite generalizada e sepse. Com 24 horas de sintomas, a segurança da redução manual é mínima.

Alternativa (c): O diagnóstico de hérnia encarcerada é clínico. Solicitar radiografias e manter o paciente em observação apenas retarda o tratamento definitivo de uma condição que é mecânica e obstrutiva. Exames de imagem podem ser úteis em casos duvidosos, mas não devem atrasar a cirurgia quando o exame físico é claro como o deste paciente.

Alternativa (d): A cirurgia eletiva (agendada) é indicada apenas para hérnias redutíveis e pacientes estáveis sem complicações agudas. No cenário de encarceramento com obstrução, a cirurgia deve ser de urgência. O uso de antibióticos pode ser um adjuvante no pré-operatório, mas não substitui a necessidade da operação imediata.

Questão 52

A questão apresenta um paciente com quadro de icterícia obstrutiva (predomínio de bilirrubina direta) e dor em hipocôndrio direito. Os achados fundamentais para o diagnóstico estão na ultrassonografia: um cálculo de grande dimensão (2 cm) impactado no infundíbulo da vesícula biliar e a dilatação do ducto biliar principal (1,2 cm), o que indica uma interrupção do fluxo biliar extra-hepático.

Alternativa a) Incorreta. A colecistite aguda clássica ocorre pela obstrução do ducto cístico, levando à inflamação e ao espessamento da parede da vesícula. Embora o paciente apresente parede de 5 mm, a colecistite isolada não explica a icterícia significativa (bilirrubina total de 4,5 mg/dl) nem a dilatação do ducto biliar principal. A icterícia na colecistite aguda costuma ser leve e sem dilatação da via biliar principal, a menos que existam complicações.

Alternativa b) Correta. A Síndrome de Mirizzi ocorre quando um cálculo impactado no infundíbulo da vesícula ou no ducto cístico exerce uma compressão mecânica extrínseca sobre o ducto hepático comum. Essa compressão, associada ao processo inflamatório local, obstrui a drenagem biliar, resultando em icterícia obstrutiva e dilatação das vias biliares acima do ponto de compressão. O quadro clínico de dor e

icterícia, associado aos achados de imagem (cálculo no infundíbulo + dilatação ductal), é a descrição clássica desta síndrome.

Alternativa c) Incorreta. Nas hepatites virais agudas, o dano é hepatocelular e não obstrutivo mecânico. Laboratorialmente, espera-se uma elevação acentuada das transaminases (AST e ALT), geralmente acima de 1.000 UI/l, o que não condiz com os valores de 167 e 142 UI/l apresentados. Além disso, a ultrassonografia não mostraria dilatação de vias biliares em hepatites virais.

Alternativa d) Incorreta. A hepatite alcoólica pode cursar com dor abdominal e icterícia, e frequentemente apresenta a relação AST maior que ALT (como no caso). No entanto, os níveis de transaminases estão baixos para um quadro agudo grave e, o mais importante, a presença de dilatação da via biliar principal no exame de imagem aponta diretamente para uma etiologia obstrutiva mecânica, descartando o diagnóstico de doença puramente parenquimatosa.

Questão 53

O quadro clínico descrito apresenta um paciente com histórico de bypass gástrico (cirurgia bariátrica) que evolui com sinais clássicos de obstrução intestinal (dor, distensão, náuseas e vômitos biliosos). O achado da tomografia computadorizada, evidenciando "mesentério torcido" (conhecido como sinal do redemoinho ou "whirl sign"), é patognomônico para torção de alças, frequentemente associada a hérnias internas nessa população.

Alternativa (c) - CORRETA: A hérnia interna é uma das complicações tardias mais importantes e potencialmente graves do bypass gástrico em Y de Roux. Ela ocorre devido à criação de espaços ou defeitos mesentéricos durante a reconstrução do trânsito intestinal (como o espaço de Petersen, o defeito na enteroanastomose ou o defeito no mesocólon transversal). Com a perda ponderal acentuada, a gordura mesentérica diminui, facilitando a herniação das alças por esses espaços. O achado tomográfico de mesentério torcido confirma a torção do eixo vascular/mesentérico decorrente da herniação, exigindo intervenção cirúrgica imediata pelo risco de necrose intestinal.

Alternativa (a) - INCORRETA: A hérnia incisional ocorre por um defeito na parede abdominal, geralmente na cicatriz cirúrgica prévia. Embora possa causar obstrução intestinal, a tomografia mostraria a alça saindo da cavidade abdominal através da musculatura, e não uma torção mesentérica interna. Além disso, o quadro de mesentério torcido é muito mais sugestivo de uma patologia intra-abdominal relacionada aos espaços criados na bariátrica.

Alternativa (b) - INCORRETA: A invaginação ou intussuscepção intestinal (telescopagem de uma alça dentro da outra) pode ocorrer no pós-operatório de bypass gástrico, sendo geralmente retrógrada e ocorrendo na região da anastomose jejuno-jejunal. Contudo, a imagem tomográfica clássica da intussuscepção é o "sinal do alvo" ou "imagem em casca de cebola", e não a torção do mesentério descrita no enunciado.

Alternativa (d) - INCORRETA: O volvo gástrico consiste na rotação do estômago sobre si mesmo. No paciente com bypass gástrico, a anatomia do estômago está significativamente alterada (dividida em um pequeno reservatório gástrico e o estômago excluído), o que torna o volvo gástrico convencional improvável. Além disso, o enunciado especifica a dilatação de alça intestinal e torção de mesentério, apontando para o intestino delgado e não para o estômago.

Questão 54

Alternativa a: Incorreta. Embora o diagnóstico de câncer colorretal em pacientes com menos de 50 anos (início precoce) aumente a probabilidade de uma síndrome hereditária, a maioria desses casos ainda é esporádica. Estudos genéticos indicam que mutações germinativas são encontradas em cerca de 15% a 20% desses pacientes, um valor significativamente menor do que os 60% afirmados na questão.

Alternativa b: Incorreta. Apesar da expansão das estratégias de rastreamento e do uso da colonoscopia, a realidade epidemiológica demonstra que a maioria dos diagnósticos de câncer colorretal ainda ocorre em pacientes que já apresentam sintomas, como alteração do hábito intestinal, hematoquezia, dor abdominal ou anemia ferropriva. O rastreamento, idealmente, detecta pacientes assintomáticos, mas ele ainda não é a origem da maioria dos diagnósticos na população geral.

Alternativa c: Incorreta. A avaliação endoscópica completa do cólon no pré-operatório é, de fato, o padrão-ouro para identificar lesões sincrônicas (quando o paciente possui dois ou mais tumores primários ao mesmo tempo). No entanto, a incidência de cânceres colorretais sincrônicos é baixa, variando entre 3% e 5% dos casos. O valor de 25% mencionado na alternativa está incorreto e superestimado para tumores malignos, sendo mais condizente com a prevalência de pólipos adenomatosos sincrônicos.

Alternativa d: Correta. O antígeno carcinoembrionário (CEA) é um biomarcador que deve ser mensurado no período pré-operatório em todos os pacientes com câncer colorretal. Sua principal utilidade não é o diagnóstico, mas sim o prognóstico e o acompanhamento. Níveis elevados de CEA antes da cirurgia são considerados fatores preditivos independentes de pior sobrevida global e maior risco de recidiva nos

estágios I, II e III. Além disso, o valor basal pré-operatório é indispensável para monitorar a resposta ao tratamento e detectar precocemente uma possível recorrência durante o seguimento pós-operatório.

Questão 55

Alternativa A (Correta): O tratamento conservador é a base da abordagem inicial para a doença hemorroidária, especialmente nos graus I e II. A recomendação de aumentar a ingestão de fibras e líquidos visa amolecer o bolo fecal e facilitar a evacuação, diminuindo o esforço defecatório e o trauma sobre os coxins vasculares. Estudos demonstram que essa medida é eficaz na redução do sangramento retal e na melhora dos sintomas de prolapso leve a moderado.

Alternativa B (Incorreta): A esfínterectomia lateral interna é o procedimento cirúrgico padrão-ouro para o tratamento da fissura anal crônica refratária, pois atua reduzindo a hipertonia do esfíncter interno do ânus. Na doença hemorroidária, o foco do tratamento cirúrgico é a remoção ou fixação dos mamilos hemorroidários, e não a secção do esfíncter.

Alternativa C (Incorreta): Pomadas de nitratos (isossorbida, nitroglicerina) ou bloqueadores de canais de cálcio (diltiazem, nifedipina) são agentes farmacológicos utilizados para promover o relaxamento da musculatura lisa anal, sendo indicados principalmente para o tratamento de fissuras anais. Eles não possuem indicação rotineira ou obrigatória antes da cirurgia para hemorroidas.

Alternativa D (Incorreta): A hemorroidectomia (excisão cirúrgica dos mamilos), por meio de técnicas consagradas como Milligan-Morgan (aberta) ou Ferguson (fechada), permanece como o padrão-ouro para o tratamento de hemorroidas sintomáticas de graus III e IV, ou naquelas que não responderam a tratamentos menos invasivos. É uma técnica perfeitamente aceitável e frequentemente necessária na prática clínica.

Questão 56

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um mecanismo clássico de lesão muscular em atletas: contração excêntrica súbita durante um movimento de explosão (*sprint*). Os sinais físicos relatados são determinantes para a classificação da gravidade da lesão. O estalo audível ou sentido pelo paciente, a presença de equimose (indicando sangramento significativo por ruptura de vasos) e, principalmente, a falha palpável no ventre muscular são sinais patognomônicos de uma ruptura total ou quase total das fibras.

CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES MUSCULARES

Grau I: Estiramento de poucas fibras musculares, sem perda de continuidade. Há dor localizada, mas sem perda de força importante ou defeitos anatômicos.

Grau II: Ruptura parcial das fibras. Há dor moderada, edema, equimose leve a moderada e perda parcial da função.

Grau III: Ruptura total ou completa do músculo ou do tendão. Caracteriza-se por dor intensa no momento da lesão, perda importante da função, equimose extensa e o sinal do degrau (falha palpável na anatomia do músculo).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Os achados de falha palpável e sensação de estalo indicam uma lesão mais grave do que o Grau II. Além disso, o retorno imediato às atividades após apenas analgesia é contraindicado em qualquer grau de lesão aguda, pois aumenta o risco de fibrose cicatricial inadequada e relesão.

Alternativa B: Incorreta. Além do erro na classificação do grau da lesão, o tratamento moderno das lesões musculares raramente envolve imobilização rígida por períodos longos, como quatro semanas. O protocolo atual preconiza a mobilização precoce, protegida e controlada, para favorecer o alinhamento das fibras de colágeno durante a cicatrização e evitar a atrofia.

Alternativa C: Incorreta. Embora identifique corretamente o diagnóstico de Grau III, a conduta é considerada incompleta para um atleta com ruptura total. Ainda que a fisioterapia seja parte fundamental do tratamento, o primeiro passo após a analgesia e o repouso inicial deve ser a avaliação por um especialista para determinar se a ruptura é passível de tratamento conservador ou se requer intervenção cirúrgica.

Alternativa D: Correta. O diagnóstico de lesão Grau III é fundamentado na falha palpável e na gravidade dos sintomas clínicos. A conduta inicial envolve o controle da dor e do processo inflamatório agudo (repouso e analgesia), seguida obrigatoriamente por uma avaliação especializada (ortopedista). O especialista decidirá, geralmente com o apoio de exames de imagem, como ressonância magnética ou ultrassonografia, se há indicação de reparo cirúrgico, o que é especialmente comum em casos de avulsões tendíneas ou rupturas completas em pacientes de alta demanda física.

GABARITO: Letra D.

Questão 57

Análise do caso clínico:

O paciente é um homem de 47 anos, tabagista, apresentando uma linfadenomegalia cervical de 2,0 cm no nível IIa (jugular superior), com características de malignidade (nódulo firme e indolor) e sem sintomas constitucionais ou infecciosos evidentes. Em um paciente com essa faixa etária e histórico de tabagismo, a principal hipótese diagnóstica é metástase cervical de um carcinoma espinocelular (CEC) originado nas vias aerodigestivas superiores.

Alternativa a: Incorreta. Embora a punção-biópsia por agulha fina (PAAF) seja um excelente método diagnóstico e frequentemente realizada na investigação de massas cervicais, ela não deve ser a única conduta inicial isolada. Antes de realizar procedimentos invasivos no nódulo, é imperativo realizar um exame físico completo em busca do sítio primário do tumor, o que direcionará melhor o diagnóstico e o estadiamento.

Alternativa b: Incorreta. A ultrassonografia é um exame complementar útil para avaliar as características morfológicas do linfonodo (forma, hilo, vascularização), mas, diante de um paciente de alto risco para câncer de cabeça e pescoço, o foco principal deve ser a avaliação das mucosas das vias aerodigestivas superiores para localizar uma possível neoplasia primária.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve a abordagem semiológica correta. Em adultos com linfonodos cervicais suspeitos, deve-se realizar uma investigação sistemática. Primeiro, excluem-se causas infecciosas e inflamatórias comuns. Simultaneamente, devido ao risco de neoplasia em pacientes tabagistas, é obrigatória a avaliação minuciosa da cavidade oral, faringe e laringe (através de inspeção, palpação e exames endoscópicos como a nasofibrolaringoscopia). Localizar o tumor primário é fundamental para o diagnóstico definitivo e para o planejamento terapêutico.

Alternativa d: Incorreta. A biópsia de linfonodo (biópsia excisional) é formalmente contraindicada como conduta inicial em casos de suspeita de metástase de carcinoma espinocelular. A realização de uma biópsia cirúrgica antes da investigação do tumor primário pode romper as barreiras anatômicas, disseminar células tumorais no plano cervical e comprometer o prognóstico e a técnica de um futuro esvaziamento cervical radical. A imunofenotipagem é mais voltada para a investigação de linfomas, que não é a principal suspeita clínica inicial dada a epidemiologia e localização do nódulo neste paciente.

Questão 58

O caso descreve um paciente com trauma pélvico grave (fratura em "livro aberto") e instabilidade hemodinâmica persistente, mesmo após reposição volêmica. O dado crucial é o FAST negativo, que afasta o sangramento intraperitoneal como causa principal do choque, direcionando o foco para a região pélvica (retroperitoneal).

Alternativa (a) Incorreta. A laparotomia exploradora estaria indicada se o FAST fosse positivo, evidenciando sangue na cavidade peritoneal. Em pacientes com fratura de pelve e FAST negativo, abrir o abdome pode ser perigoso, pois a abertura do peritônio retira o efeito de tamponamento natural exercido pelo retroperitônio, o que pode agravar o sangramento pélvico.

Alternativa (b) Incorreta. A fixação interna definitiva é um procedimento cirúrgico ortopédico complexo e demorado. Ela é realizada apenas quando o paciente já está estabilizado e fora de perigo imediato de vida. No cenário de urgência com instabilidade hemodinâmica, a prioridade é o controle de danos.

Alternativa (c) Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) é um excelente exame para detalhar lesões pélvicas, mas jamais deve ser realizada em pacientes hemodinamicamente instáveis. O protocolo ATLS determina que o paciente instável deve ser estabilizado ou levado diretamente para intervenção (sala cirúrgica ou angioembolização), e não para a sala de radiologia.

Alternativa (d) Correta. Esta é a conduta de "controle de danos" preconizada. A estabilização da pelve com lençol pélvico ou fixador externo tem como objetivo reduzir o volume da bacia, o que diminui o espaço para o sangramento e promove a estabilização mecânica dos coágulos. Como o paciente mantém hipotensão mesmo após a manobra inicial e o FAST é negativo, o packing retroperitoneal (ou pré-peritoneal) surge como uma medida cirúrgica heroica e eficaz para comprimir mecanicamente o plexo venoso e as superfícies ósseas sangrentas da pelve.

Questão 59

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de pielonefrite obstrutiva, uma das principais urgências em urologia. Temos a evidência de uma obstrução ureteral por cálculo de 1,2 cm (com dilatação pieloureteral e edema perirrenal na tomografia) associada a sinais claros de infecção sistêmica (febre, dor intensa e leucocitose com desvio à esquerda). Quando há pus sob pressão em um sistema urinário obstruído, o risco de evolução para sepse e choque séptico é altíssimo.

Por que a alternativa (a) está correta?

A conduta imediata e mandatória diante de uma pielonefrite obstrutiva é a descompressão da via urinária. O antibiótico isolado não consegue penetrar de forma eficaz em um sistema coletor sob alta pressão e sem fluxo. A drenagem deve ser realizada o mais rápido possível por meio da passagem de um cateter ureteral duplo J (via retrógrada) ou por uma nefrostomia percutânea (via anterógrada), dependendo da disponibilidade do serviço e das condições clínicas do paciente. Isso permite a drenagem da urina infectada e a estabilização do quadro para posterior tratamento definitivo do cálculo.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (b): A troca do antibiótico é necessária, uma vez que a cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração com cobertura limitada para os principais patógenos da pielonefrite, e o paciente não apresentou melhora. No entanto, a observação clínica é contraindicada. Sem a desobstrução, o foco infeccioso permanece fechado, e o paciente corre risco de vida.

Alternativa (c): A coleta de culturas (urocultura e hemoculturas) é parte do protocolo de manejo de infecções graves, mas a observação clínica isolada é insuficiente e perigosa. O diagnóstico de obstrução infectada já foi selado pelos exames de imagem e laboratoriais, exigindo intervenção cirúrgica imediata para drenagem.

Alternativa (d): A Litotripsia Extracorpórea por Ondas de Choque (LECO) é formalmente contraindicada na vigência de infecção urinária ativa ou sepse. Além de não garantir a descompressão imediata (pois os fragmentos poderiam manter a obstrução), o procedimento pode disseminar bactérias na corrente sanguínea devido às ondas de pressão. O cálculo só deve ser tratado após a resolução do quadro infeccioso e estabilização do paciente.

Questão 60

Para analisar essa questão, é fundamental observar os fatores de risco, o padrão de início dos sintomas e a manutenção (ou não) da libido e das ereções involuntárias.

O paciente é portador de diabetes melito tipo 2, uma patologia que agride diretamente a microvasculatura e a macrovasculatura, além de causar neuropatia. A evolução do quadro é descrita como progressiva e gradual, o que é característico de causas orgânicas. Um ponto determinante é a ausência de ereções noturnas ou matinais. Em indivíduos saudáveis, essas ereções ocorrem durante a fase REM do sono; sua ausência indica que o mecanismo fisiológico da ereção (vascular ou

nervoso) está comprometido.

Alternativa a) Incorreta. A disfunção erétil psicogênica costuma ter um início súbito e, muitas vezes, está relacionada a um evento estressor ou conflito interpessoal, o que não ocorre aqui (casal sem dificuldades de relacionamento). Além disso, na causa psicogênica, o paciente geralmente mantém as ereções matinais/noturnas e a resposta a medicamentos, como a tadalafila, costuma ser preservada.

Alternativa b) Correta. A causa vasculogênica é a causa orgânica mais comum de disfunção erétil, especialmente em pacientes com diabetes, hipertensão e idade avançada. O diabetes promove a disfunção endotelial e a aterosclerose, reduzindo o fluxo sanguíneo para os corpos cavernosos. A piora da resposta aos inibidores da fosfodiesterase-5 (tadalafila) reforça essa hipótese, pois esses fármacos dependem da liberação de óxido nítrico e de uma integridade vascular mínima para exercerem seu efeito vasodilatador.

Alternativa c) Incorreta. Embora o hipogonadismo possa causar disfunção erétil, sua principal característica clínica é a redução ou perda da libido (desejo sexual). O enunciado deixa claro que o paciente possui libido normal, o que torna o déficit de testosterona uma causa menos provável para o quadro.

Alternativa d) Incorreta. A hiperprolactinemia causa disfunção erétil de forma indireta ao inibir a secreção de GnRH, o que leva a um estado de hipogonadismo hipogonadotrófico. Portanto, o sintoma cardinal também seria a redução da libido, que está preservada neste paciente. Além disso, é uma causa bem menos frequente do que a etiologia vascular em pacientes diabéticos de 58 anos.

Questão 61

A insuficiência respiratória aguda (IRA) é uma emergência médica em que o sistema respiratório falha em manter a oxigenação e/ou a ventilação adequadas. A decisão de realizar a intubação orotraqueal baseia-se na avaliação clínica do esforço respiratório, na proteção das vias aéreas e na resposta ao tratamento inicial.

Letra a) Correta. A retração da musculatura intercostal, também conhecida como tiragem, é um sinal de uso intenso da musculatura acessória. Isso indica que o trabalho respiratório está muito elevado e que o paciente está em risco iminente de fadiga muscular e parada respiratória. Em um contexto de insuficiência respiratória aguda, a presença de tiragem é um marcador de gravidade extrema que exige avaliação imediata para suporte ventilatório invasivo, visando poupar a musculatura e garantir a ventilação.

Letra b) Incorreta. A taquipneia (aumento da frequência respiratória) é um sinal clínico comum e precoce de estresse respiratório ou de compensação de outras desordens (como febre, dor ou acidose metabólica). Embora seja um dado importante, a taquipneia isolada não é uma indicação mandatória de intubação imediata, devendo ser avaliada em conjunto com a gasometria e a evolução clínica do paciente sob oxigenoterapia.

Letra c) Incorreta. Sibilos expiratórios são ruídos adventícios que indicam estreitamento das vias aéreas inferiores, geralmente por broncoespasmo (como na asma ou DPOC). O manejo inicial desses casos é preferencialmente medicamentoso, com o uso de broncodilatadores e corticoides. A intubação só é considerada se houver falha no tratamento clínico ou sinais de exaustão respiratória (tórax silencioso).

Letra d) Incorreta. O hipocratismo digital, ou baqueteamento digital, caracteriza-se pelo aumento da extremidade dos dedos e pela alteração do ângulo da unha. Este é um sinal de doença crônica, frequentemente associado a patologias como câncer de pulmão, fibrose pulmonar ou cardiopatias congênitas cianóticas. Por ser um achado de longa duração, ele não tem relevância para a decisão de intubação em um cenário de emergência aguda.

Questão 62

Análise do caso clínico:

O paciente de 67 anos apresenta um quadro clássico de síndrome coronariana aguda (SCA). Os elementos fundamentais para o diagnóstico são a dor torácica típica em repouso com irradiação e sudorese, associada a fatores de risco importantes como hipertensão arterial e diabetes melito. O exame laboratorial mostra uma troponina ultrasensível elevada (2,3 vezes o limite superior), o que confirma a presença de lesão miocárdica.

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

A imagem do ECG revela um ritmo sinusal, sem a presença de supradesnivelamento do segmento ST. No entanto, nota-se um infradesnivelamento do segmento ST, visível principalmente nas derivações laterais (I, aVL, V5 e V6) e possivelmente em parede inferior (II, III e aVF). Esse conjunto de achados clínicos, laboratoriais e eletrocardiográficos fecha o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMSSST).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento conservador com agendamento de teste ergométrico é contraindicado para pacientes com infarto agudo em fase inicial. O teste de esforço pode precipitar arritmias graves ou a oclusão total da artéria coronária em um paciente que já apresenta troponina positiva e instabilidade clínica.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta preconizada pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e demais diretrizes internacionais (ESC/AHA). O tratamento inicial do IAMSSST baseia-se na estabilização do trombo e da placa aterosclerótica através da dupla antiagregação plaquetária (Aspirina associada a um inibidor do receptor P2Y12, como clopidogrel, ticagrelor ou prasugrel) e anticoagulação sistêmica (como enoxaparina ou heparina não fracionada). Por se tratar de um paciente de risco (pela elevação da troponina e presença de diabetes), ele deve ser submetido a uma estratégia invasiva (cinecoronariografia) durante a internação, geralmente em até 24 a 72 horas, para definir a anatomia e realizar a revascularização se necessário.

Alternativa c) Incorreta. Iniciar apenas AAS é insuficiente para um paciente com diagnóstico confirmado de infarto. A dupla antiagregação e a anticoagulação são essenciais para reduzir a recorrência de eventos isquêmicos e a mortalidade. Além disso, como a troponina já está alterada no momento da admissão (coletada 2 horas após o início da dor), o diagnóstico já está estabelecido, não sendo correto apenas aguardar nova dosagem sem instituir a terapia completa.

Alternativa d) Incorreta. A trombólise (uso de fibrinolíticos como alteplase, tenecteplase ou estreptoquinase) é indicada exclusivamente para o Infarto Agudo do Miocárdio COM Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) quando a angioplastia primária não pode ser realizada em tempo hábil. No IAM SEM supra de ST, a trombólise não traz benefícios e está associada a um aumento significativo do risco de sangramentos graves e possível agravamento da oclusão coronariana.

Questão 63

ANÁLISE DO CASO:

O paciente em questão apresenta antecedentes de infarto agudo do miocárdio (IAM), o que o classifica automaticamente na categoria de Muito Alto Risco Cardiovascular, conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC). Em pacientes que já manifestaram doença arterial coronariana (prevenção secundária), o tratamento deve ser agressivo para reduzir a probabilidade de novos eventos isquêmicos e mortalidade.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: O uso de estatinas de moderada intensidade e a meta

de LDL-colesterol inferior a 100 mg/dl são condutas apropriadas para pacientes de risco intermediário ou baixo. Para um paciente que já sofreu um infarto, essas metas são excessivamente permissivas e não oferecem a proteção vascular necessária.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: Embora a prescrição de estatina de alta intensidade esteja correta, a meta de LDL < 70 mg/dl é considerada ultrapassada para pacientes de muito alto risco pelas diretrizes mais recentes, que reduziram esse alvo para < 55 mg/dl. Além disso, a ezetimiba não deve ser reservada apenas para casos de intolerância; ela é a primeira droga a ser associada quando a estatina em dose máxima não atinge a meta de LDL.

ALTERNATIVA C - CORRETA: Esta alternativa está em perfeita consonância com as recomendações atuais para prevenção secundária. Pacientes com doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida devem utilizar estatinas de alta intensidade (como Atorvastatina 40-80mg ou Rosuvastatina 20-40mg). A meta terapêutica é alcançar um LDL-colesterol menor que 55 mg/dl e, simultaneamente, garantir uma redução de pelo menos 50% em relação aos níveis basais do paciente. Se, após o uso da dose máxima tolerada de estatina, a meta não for atingida, a ezetimiba deve ser adicionada ao esquema.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: No contexto de prevenção secundária, o tratamento medicamentoso com estatinas é obrigatório, independentemente do valor inicial do LDL-colesterol. Aguardar que o LDL ultrapasse 130 mg/dl ou focar apenas em mudanças de estilo de vida seria uma conduta insuficiente, aumentando drasticamente o risco de um novo evento cardiovascular ou morte do paciente.

Questão 64

Alternativa A: Está incorreta. Os bloqueadores dos canais de cálcio realmente podem causar edema maleolar devido à vasodilatação arterial que aumenta a pressão hidrostática capilar. Os betabloqueadores estão associados ao broncoespasmo por atuarem nos receptores beta-2 pulmonares. Contudo, a reação lúpus-like não é causada por diuréticos, mas sim por fármacos como a hidralazina ou procainamida.

Alternativa B: Está correta. Os diuréticos (especialmente tiazídicos e de alça) promovem a excreção renal de potássio, podendo levar à hipopotassemia. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) impedem a degradação da bradicinina, o que resulta em tosse seca em uma parcela considerável dos pacientes. Os simpatomiméticos de ação central, como a clonidina, apresentam o risco de efeito rebote (hipertensão severa por hiperatividade simpática) caso o tratamento seja interrompido bruscamente, devido à dessensibilização de receptores alfa-2.

Alternativa C: Está incorreta. Os vasodilatadores diretos (hidralazina) podem induzir a síndrome de lúpus fármaco-induzido e os diuréticos podem causar hipopotassemia. No entanto, os bloqueadores dos canais de cálcio não possuem o broncoespasmo como efeito colateral; essa é uma característica clássica dos betabloqueadores não seletivos.

Alternativa D: Está incorreta. Os IECA estão corretamente associados à tosse seca e os bloqueadores de canais de cálcio ao edema maleolar. Entretanto, os diuréticos não causam broncoespasmo. O erro da alternativa reside justamente em atribuir aos diuréticos um efeito adverso típico dos betabloqueadores.

Questão 65

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de transformação de uma psoríase estável (psoríase vulgar ou em placas) para uma forma grave e generalizada. O ponto-chave da questão é a correlação entre o uso de corticoide sistêmico e a mudança do padrão das lesões.

O paciente já tinha diagnóstico de psoríase há 10 anos, controlada com medicação tópica. Ao utilizar prednisona sistêmica (1 mg/kg/dia) e interromper o uso, ele desenvolveu um quadro de eritema generalizado acompanhado de pústulas. Essa é a descrição típica da Psoríase Pustulosa Generalizada (também conhecida como Psoríase de Von Zumbusch).

Na dermatologia, o uso de corticosteroides por via oral ou parenteral é formalmente contraindicado para o tratamento da psoríase cutânea, justamente porque a sua suspensão (especialmente a interrupção abrupta) é o principal gatilho para o "efeito rebote", que transmuta a forma vulgar em formas graves, como a pustulosa ou a eritrodérmica.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O quadro descrito (eritema com pústulas) não caracteriza a psoríase vulgar, que se manifesta por placas eritematodescamativas bem delimitadas. Além disso, a metformina não é um gatilho clássico para exacerbação de psoríase.

Alternativa B: Incorreta. Embora identifique corretamente o uso e a suspensão do corticoide como causa, o diagnóstico clínico está incompleto. O termo "exacerbação de psoríase vulgar" sugere apenas a piora das placas preexistentes, enquanto o

exame físico descreve pústulas e eritema generalizado, definindo a forma pustulosa.

Alternativa C: Incorreta. O diagnóstico clínico de psoríase pustulosa está correto, porém a causa atribuída ao uso irregular de metformina não possui embasamento clínico ou farmacológico para justificar esse quadro agudo.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa associa corretamente o quadro clínico morfológico (presença de pústulas e eritema generalizado, caracterizando a Psoríase Pustulosa) ao evento desencadeante clássico descrito na literatura médica: a utilização e posterior retirada de corticoide sistêmico em um paciente previamente portador de psoríase.

Questão 66

Para a correta compreensão do diagnóstico do Diabetes Melito (DM) em adultos, é necessário conhecer os critérios estabelecidos pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA). O diagnóstico é fundamentado em quatro exames principais: glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose (TOTG), hemoglobina glicada (HbA1c) e glicemia casual em pacientes sintomáticos.

A seguir, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: No diagnóstico padrão de Diabetes Melito (tipo 1 ou tipo 2), o valor de referência utilizado no teste de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g é a medição realizada após 2 horas (120 minutos). O ponto de corte para diagnóstico de DM aos 120 minutos é maior ou igual a 200 mg/dL. A medição de 1 hora não faz parte dos critérios diagnósticos para a população geral, sendo utilizada majoritariamente no rastreamento do diabetes gestacional, no qual o ponto de corte de 1 hora é de 180 mg/dL.

Alternativa (b) Incorreta: O jejum é um requisito obrigatório para a realização do Teste de Tolerância à Glicose Oral (TOTG). O protocolo exige que o paciente esteja em jejum de 8 a 12 horas. Além disso, recomenda-se que o paciente mantenha uma ingestão mínima de 150 g de carboidratos nos três dias anteriores ao teste para evitar resultados falso-positivos.

Alternativa (c) Correta: De acordo com as diretrizes vigentes, o diagnóstico de Diabetes Melito pela glicemia plasmática de jejum é definido por valores maiores ou iguais a 126 mg/dL. Como o valor de 136 mg/dL citado na alternativa é superior ao limite de 126 mg/dL, ele é sugestivo do diagnóstico de diabetes. Para a confirmação oficial, na ausência de sintomas clássicos de hiperglicemia, o exame deve ser

repetido ou confirmado por outro método alterado.

Alternativa (d) Incorreta: O ponto de corte da hemoglobina glicada (HbA1c) para o diagnóstico de Diabetes Melito é maior ou igual a 6,5%. Valores entre 5,7% e 6,4% são classificados como pré-diabetes. Portanto, duas dosagens de 6% indicariam um quadro de pré-diabetes, e não de diabetes confirmado.

Questão 67

Para classificar o nódulo pelo sistema ACR TI-RADS (American College of Radiology), devemos atribuir pontos às características ultrassonográficas descritas:

1. Composição: Sólido (2 pontos).
2. Ecogenicidade: Hipoecogênico (2 pontos).
3. Formato: Mais largo do que alto (0 pontos). O formato "mais alto do que largo" somaria 3 pontos, mas o enunciado descreve o contrário.
4. Margens: Irregulares (2 pontos).
5. Focos ecogênicos: Microcalcificações/focos ecogênicos pontiformes (3 pontos).

Total de pontos: 9 pontos.

De acordo com os critérios de pontuação do ACR TI-RADS:

- TI-RADS 1 (Benigno): 0 pontos.
- TI-RADS 2 (Não suspeito): 2 pontos.
- TI-RADS 3 (Levemente suspeito): 3 pontos.
- TI-RADS 4 (Moderadamente suspeito): 4 a 6 pontos.
- TI-RADS 5 (Altamente suspeito): 7 ou mais pontos.

Com 9 pontos, o nódulo é classificado como TI-RADS 5. A diretriz recomenda a realização de PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) para nódulos TI-RADS 5 que medem 1,0 cm ou mais. Como o nódulo da paciente mede 1,3 cm, a PAAF está indicada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O nódulo apresenta características de alta suspeição maligna (microcalcificações, margens irregulares e solidez), totalizando 9 pontos, o que o classifica como TI-RADS 5, e não como TI-RADS 3. A conduta de observação não é adequada para este nível de risco e tamanho.

b) Incorreta. A classificação correta é TI-RADS 5 devido à pontuação acumulada. O acompanhamento em 12 meses seria reservado para nódulos TI-RADS 4 menores do

que 1,5 cm ou TI-RADS 5 menores do que 1,0 cm (porém maiores do que 0,5 cm).

c) Correta. O nódulo é classificado como TI-RADS 5 (altamente suspeito) e, por ter ultrapassado o ponto de corte de 1,0 cm, a conduta padrão é a investigação diagnóstica com PAAF.

d) Incorreta. Mesmo em nódulos altamente suspeitos por imagem, a conduta inicial na tireoide não é a cirurgia direta. A PAAF é necessária para a análise citológica (classificação de Bethesda), que definirá o risco real de malignidade e orientará o planejamento cirúrgico (tireoidectomia total versus lobectomia) ou conservador.

Questão 68

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um quadro de diarreia com 4 dias de evolução. Na prática clínica, a diarreia é classificada cronologicamente em três tipos: aguda (duração de até 14 dias), persistente (entre 14 e 30 dias) e crônica (mais de 30 dias). Como o sintoma se iniciou há apenas 4 dias, trata-se de uma diarreia aguda.

O dado fundamental da história clínica é o uso recente de antibioticoterapia de amplo espectro em ambiente hospitalar para tratar uma infecção urinária. Esse é o fator de risco clássico para a infecção por *Clostridioides difficile** (antigo *Clostridium difficile**). Os antibióticos eliminam parte da microbiota intestinal normal, permitindo que essa bactéria gram-positiva e produtora de toxinas se prolifere. Portanto, a etiologia suspeita é bacteriana e o patógeno específico a ser investigado por meio da coleta de fezes (pesquisa de toxinas ou PCR) é o *Clostridioides difficile**.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a classificação de diarreia aguda esteja correta, a etiologia parasitária por *Cyclospora** sp. não é a principal suspeita. A *Cyclospora** está geralmente associada a surtos por alimentos contaminados (como frutas e vegetais) ou diarreia do viajante, e não apresenta relação direta com o uso prévio de antibióticos de amplo espectro.

Alternativa b) Correta. Preenche perfeitamente as lacunas. O tempo de evolução define diarreia aguda; a causa é bacteriana; e o histórico de internação e uso de antibióticos torna obrigatória a exclusão de infecção por *Clostridioides difficile**, que pode evoluir para quadros graves como a colite pseudomembranosa.

Alternativa c) Incorreta. A definição de diarreia persistente exige uma duração

superior a 14 dias, o que invalida a alternativa. Além disso, o *Bacillus cereus* é um agente de intoxicação alimentar autolimitada, cujos sintomas surgem poucas horas após a ingestão de alimentos contaminados (como arroz requeentado), não guardando relação com o histórico de internação relatado.

Alternativa d) Incorreta. Novamente, o termo diarreia persistente está incorreto para um quadro de 4 dias. Embora vírus possam causar diarreia em idosos, o rotavírus é um agente muito mais comum na pediatria. Em um paciente idoso que acabou de terminar um ciclo de antibióticos, a etiologia bacteriana (*C. difficile*) é a hipótese diagnóstica primária e mais perigosa a ser excluída.

Questão 69

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de pancreatite aguda de etiologia biliar. Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Clínica: Dor abdominal em andar superior com irradiação para o dorso, náuseas e relato prévio de icterícia/colúria (sugerindo migração de cálculo biliar).
2. Laboratório: Amilase de 644 U/L (claramente superior a 3 vezes o limite superior da normalidade) e elevação de transaminases (AST e ALT), o que reforça a etiologia biliar.
3. Diagnóstico de Pancreatite: Confirmado pela presença de 2 dos 3 critérios de Atlanta (dor característica e alteração enzimática).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora a litíase biliar seja a causa do quadro, a afirmação sobre a composição dos cálculos está errada. Cerca de 70% a 80% dos cálculos biliares são de colesterol (amarelados). Os cálculos pigmentares pretos são menos comuns e estão associados a estados de hemólise crônica ou cirrose, devido ao aumento da bilirrubina indireta.

b) Incorreta. Segundo os Critérios de Atlanta revisados, para o diagnóstico de pancreatite aguda são necessários pelo menos 2 dos 3 critérios: (1) dor abdominal típica; (2) amilase ou lipase > 3 vezes o limite superior da normalidade; (3) exames de imagem compatíveis. A alternativa erra ao exigir os 3 critérios simultaneamente e ao citar o corte de 5 vezes o valor da normalidade.

c) Incorreta. A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) de urgência está indicada apenas nos casos de pancreatite biliar associada a colangite aguda ou em casos de obstrução biliar persistente (icterícia progressiva e visível). No caso em questão, a paciente já se apresenta anictérica e com bilirrubinas em níveis baixos (BT

1,7), sugerindo que o cálculo que causou a inflamação já foi eliminado para o duodeno.

d) Correta. O diagnóstico é de pancreatite aguda biliar. A maioria dos casos (cerca de 80%) apresenta evolução leve e autolimitada. De acordo com as diretrizes atuais, para evitar a recorrência (que pode ser mais grave), a colecistectomia deve ser realizada preferencialmente na mesma internação, assim que o processo inflamatório agudo ceder e as enzimas pancreáticas tenderem à normalização.

Questão 70

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é um exemplo clássico de delirium no idoso: início agudo (2º dia pós-operatório), curso flutuante, alteração do nível de consciência e agitação psicomotora. Trata-se de uma síndrome de etiologia multifatorial, muito frequente em pacientes idosos submetidos a cirurgias de grande porte, como a correção de fratura do colo do fêmur.

COMENTÁRIOS SOBRE AS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O diagnóstico de delirium é essencialmente clínico. O instrumento padrão-ouro para o rastreio e diagnóstico à beira do leito é o CAM (Confusion Assessment Method), que foca no caráter agudo do início, na flutuação dos sintomas, na desatenção e na desorganização do pensamento ou alteração do nível de consciência. O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é uma ferramenta de rastreio para comprometimento cognitivo crônico (como demências) e não é adequado para diagnosticar delirium, pois não avalia a atenção de forma específica e sensível para quadros agudos.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora os opioides possam ser fatores precipitantes de delirium, a dor não controlada é um dos gatilhos mais potentes para o desenvolvimento e manutenção do delirium no pós-operatório. Portanto, os opioides não são contraindicados; eles devem ser utilizados de forma criteriosa, em doses ajustadas, como parte de uma estratégia de analgesia multimodal para garantir o conforto do paciente e auxiliar na resolução do quadro mental.

Alternativa (c) CORRETA: O delirium é considerado um marcador de reserva cognitiva reduzida e vulnerabilidade cerebral. Existe uma associação bidirecional robusta entre delirium e demência: pacientes com demência prévia têm mais risco de delirium, e pacientes que desenvolvem delirium (mesmo sem diagnóstico prévio de demência) apresentam um risco significativamente maior de declínio cognitivo acelerado e

surgimento de quadros demenciais nos anos subsequentes.

Alternativa (d) INCORRETA: A polifarmácia deve ser manejada por meio da revisão cuidadosa da lista de medicamentos, com a suspensão de drogas potencialmente inapropriadas para idosos (como benzodiazepínicos, anticolinérgicos e alguns antidepressivos com perfil sedativo). No entanto, suspender todos os medicamentos de forma indiscriminada, incluindo o tratamento para diabetes e hipertensão, é perigoso e pode levar a complicações clínicas graves (como crises hipertensivas ou descompensação glicêmica), que piorariam o estado metabólico e o próprio delírium.

Questão 71

Para resolver essa questão, o médico deve diferenciar clinicamente os distúrbios da hemostasia primária dos distúrbios da hemostasia secundária (cascata de coagulação).

O quadro clínico apresentado, caracterizado por sangramento de mucosas (epistaxe e gengivorragia) e presença de petéquias, é típico de uma falha na hemostasia primária. A hemostasia primária depende da integridade dos vasos sanguíneos e da função/quantidade das plaquetas. As petéquias, especificamente, são pequenos pontos hemorrágicos na pele que representam o extravasamento de hemácias pelos capilares, sendo um sinal clássico de problemas plaquetários.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Deficiência de fator VIII: Incorreta. Esta deficiência é responsável pela hemofilia A, um distúrbio da hemostasia secundária. O padrão de sangramento nas deficiências de fatores de coagulação é tipicamente profundo, manifestando-se como hemartroses (sangramentos dentro das articulações) e hematomas musculares. Pacientes com hemofilia não costumam apresentar petéquias.

Alternativa b) Trombocitopenia: Correta. A redução do número de plaquetas é a causa mais comum de sangramentos superficiais e mucocutâneos. O surgimento espontâneo de petéquias em um paciente jovem e previamente hígido é altamente sugestivo de trombocitopenia, como ocorre na púrpura trombocitopênica imunológica (PTI), na qual as plaquetas são destruídas pelo sistema imune, mas o restante da cascata de coagulação permanece inicialmente normal.

Alternativa c) Deficiência de vitamina K: Incorreta. A vitamina K é essencial para a síntese dos fatores II, VII, IX e X. Sua deficiência causa um distúrbio da hemostasia secundária, manifestando-se clinicamente por equimoses (manchas roxas maiores) e sangramentos após traumas ou procedimentos, mas não por petéquias. Além disso,

costuma estar associada a quadros de má absorção, uso prolongado de antibióticos ou doenças hepáticas.

Alternativa d) Coagulação intravascular disseminada (CIVD): Incorreta. Embora a CIVD cause consumo de plaquetas e possa gerar petéquias, ela é uma condição sistêmica grave que ocorre em pacientes criticamente enfermos (como em casos de sepse, grandes traumas ou neoplasias disseminadas). O enunciado descreve um paciente sem comorbidades conhecidas e com um quadro clínico isolado, o que torna a CIVD um diagnóstico improvável neste contexto clínico.

Questão 72

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente com Dengue Grave (Grupo D), caracterizado pela presença de choque (hipotensão, extremidades frias, oligúria). O manejo do choque na dengue segue protocolos rigorosos de expansão volêmica. No caso apresentado, após o primeiro bolus de cristalóide (20 ml/kg), o paciente manteve sinais de instabilidade hemodinâmica e apresentou aumento do hematócrito (de 44% para 48%), o que indica persistência do extravasamento plasmático (hemoconcentração).

POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ CORRETA?

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para o tratamento da dengue, a conduta inicial no choque é a administração de cristalóide (Soro Fisiológico 0,9%) na dose de 20 ml/kg em até 20 minutos. Se não houver melhora clínica após a primeira expansão, deve-se reavaliar o hematócrito. Se o hematócrito estiver subindo ou se mantiver elevado, a conduta correta é repetir a expansão com cristalóide até três vezes antes de considerar outras terapias. Como o paciente persiste em choque e com hematócrito em ascensão, a repetição do bolus é o próximo passo obrigatório.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ INCORRETA?

O uso de colóides (como a albumina) é reservado para casos de choque refratário após as tentativas iniciais com cristalóides (geralmente após três bolus de 20 ml/kg sem resposta satisfatória) ou em situações específicas de hipoalbuminemia grave com edema importante. No fluxograma do Grupo D, o colóide é uma opção terapêutica posterior e não a conduta imediata após a falha do primeiro bolus com hematócrito subindo.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ INCORRETA?

A transfusão de concentrado de hemácias estaria indicada se, após a expansão volêmica, o paciente mantivesse o estado de choque, mas apresentasse uma queda brusca e inexplicada do hematócrito, o que sugeriria hemorragia digestiva ou interna oculta. No caso em questão, o hematócrito aumentou (de 44% para 48%), confirmando que o problema é a perda de plasma para o terceiro espaço (hemoconcentração) e não perda sanguínea.

POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ INCORRETA?

As aminas vasoativas, como a noradrenalina, não são a primeira escolha no choque da dengue. O choque na dengue é predominantemente hipovolêmico por extravasamento plasmático. O tratamento principal é a reposição de volume. O uso de vasopressores só deve ser considerado em casos muito específicos de choque refratário a volume, após monitorização hemodinâmica invasiva e exclusão de miocardite associada ou outras complicações, e nunca deve substituir a hidratação vigorosa inicial. Além disso, reduzir a infusão de cristalóide para 1 ml/kg/h em um paciente chocado seria contraindicado.

Questão 73

Esta questão aborda o diagnóstico e as manifestações clínicas da Cetoacidose Diabética (CAD), uma complicação aguda grave do Diabetes Mellito tipo 1. O paciente apresenta os critérios diagnósticos clássicos: glicemia > 250 mg/dl, pH < 7,30, bicarbonato < 18 mEq/l e cetonemia/cetonúria positivas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a pancreatite aguda possa cursar com dor abdominal e aumento de amilase, essas mesmas alterações são frequentemente encontradas na CAD sem que haja inflamação pancreática. O aumento da amilase na CAD ocorre em até 25% dos casos, muitas vezes por origem salivar ou por redução do clearance renal, não sendo específico para pancreatite. A dor abdominal é comum na acidose metabólica grave.

b) Incorreta. A hiperglicemia marcada é um divisor de águas fundamental. Na Cetoacidose Alcoólica (CAA), os níveis de glicemia costumam estar normais, levemente elevados ou, mais comumente, baixos (hipoglicemia), devido à inibição da gliconeogênese pelo álcool. Já na CAD, a hiperglicemia é regra (geralmente > 250 mg/dl).

c) Incorreta. O uso de bicarbonato de sódio na CAD é controverso e as diretrizes

atuais (como as da Sociedade Brasileira de Diabetes e da ADA) recomendam sua administração apenas em casos de acidose extrema, com pH inferior a 6,9. No caso descrito, o pH é de 7,15, portanto, a reposição de bicarbonato não está indicada e pode ser prejudicial.

d) Correta. Esta é a alternativa que melhor resume o caso. Todas as alterações apresentadas — dor abdominal, náuseas, vômitos, taquipneia (respiração de Kussmaul), hálito cetônico, desidratação, leucocitose (frequentemente por desvio de marginação leucocitária pelo estresse, sem necessariamente haver infecção) e elevação de amilase — podem ser justificadas exclusivamente pela cetoacidose diabética e pelo estado de cetose e acidose metabólica grave. A CAD é um importante mimetizador de abdome agudo.

Questão 74

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de confusão mental aguda em um contexto de etilismo pesado crônico e abstinência recente. Diante de um paciente alcoolista com alteração do estado mental, a principal suspeita diagnóstica que deve ser prontamente tratada é a Encefalopatia de Wernicke. Esta condição é causada pela deficiência de tiamina (vitamina B1) e pode levar a danos neurológicos irreversíveis se não for corrigida imediatamente.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A tiamina por via parenteral (intravenosa ou intramuscular) é o tratamento de escolha para a Encefalopatia de Wernicke. Em pacientes alcoolistas, a absorção intestinal de tiamina é gravemente prejudicada tanto pela desnutrição quanto pela ação direta do álcool no transporte intestinal. Portanto, a reposição oral é insuficiente para atingir os níveis terapêuticos necessários no sistema nervoso central em um quadro agudo. A administração deve ser imediata para evitar a progressão para a Síndrome de Korsakoff (quadro de amnésia irreversível).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O diazepam parenteral é indicado para o tratamento do Delirium Tremens ou crises convulsivas por abstinência alcoólica. Embora o paciente tenha tido sintomas de abstinência em casa, no momento do exame ele está com sinais vitais estáveis e sem tremores ou sudorese ativa. O foco imediato para a confusão mental no alcoolista deve ser a reposição de tiamina. O uso de benzodiazepinas pode, inclusive, piorar a confusão mental se não houver uma indicação clara de

abstinência grave no momento.

Alternativa B: O diazepam por via oral seria utilizado em quadros de abstinência leve a moderada para prevenir progressão. Como o paciente já apresenta confusão mental aguda, a via oral não é a prioridade e, conforme explicado acima, a prioridade absoluta é a exclusão/tratamento de Wernicke.

Alternativa D: A tiamina por via oral não é recomendada na fase aguda da Encefalopatia de Wernicke. Devido à má absorção intestinal crônica do etilista e à urgência em saturar as enzimas dependentes de tiamina no cérebro, a via parenteral é a única segura e eficaz neste cenário de emergência.

DICA PRÁTICA: Sempre que um paciente alcoolista apresentar a tríade de confusão mental, ataxia e alterações oculomotoras (nistagmo ou paralisia do sexto par), pense em Wernicke. Lembre-se que a tríade completa ocorre em menos de 20% dos casos, portanto, confusão mental isolada no alcoolista já autoriza e exige o tratamento com tiamina parenteral. Além disso, nunca administre glicose antes da tiamina, pois a carga de glicose consome as reservas mínimas de vitamina B1, podendo precipitar ou piorar o quadro neurológico.

Questão 75

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta Doença Renal do Diabetes (DRD) em estágio avançado. Os pontos principais para a decisão terapêutica são:

1. Taxa de Filtração Glomerular (TFG) de 28 ml/min/1,73 m²: Isso classifica o paciente no estágio G4 da Doença Renal Crônica (DRC).
2. Relação Albumina/Creatinina (RAC) de 1.400 mg/g: Caracteriza macroalbuminúria (antigamente chamada de nefropatia franca), indicando alto risco de progressão para falência renal e eventos cardiovasculares.
3. Diabetes Melito e Hipertensão de longa data: Confirmam a etiologia da lesão renal, corroborada pelo achado de rins de tamanho normal com aumento de ecogenicidade na ultrassonografia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

ALTERNATIVA A (CORRETA): Esta é a conduta mais adequada seguindo as diretrizes atuais (KDIGO e Sociedade Brasileira de Nefrologia).

- Metformina: Seu uso é formalmente contraindicado quando a TFG é inferior a 30 ml/min devido ao risco de acidose láctica. Portanto, deve ser suspensa.
- iECA (Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina): É a terapia de primeira linha para pacientes diabéticos com albuminúria elevada (RAC > 300 mg/g), pois promove

nefroproteção ao reduzir a pressão intraglomerular e a proteinúria.

- Inibidor de SGLT-2: Evidências recentes demonstram que essas drogas reduzem drasticamente a progressão da DRC e eventos cardíacos. As diretrizes atuais recomendam o início ou manutenção desses fármacos até uma TFG de 20 ml/min.
- Monitoramento: Fundamental monitorar potássio e creatinina logo após o início do iECA, dado o risco de hipercalemia e queda aguda da TFG em rins já comprometidos.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): A biópsia renal não é necessária neste caso. O diagnóstico de nefropatia diabética é eminentemente clínico-laboratorial quando há tempo de doença compatível (10 anos), presença de macroalbuminúria e ausência de sinais sugestivos de outras doenças (como hematúria dismórfica ou proteinúria de início súbito). O tamanho renal normal na ultrassonografia também é típico do diabetes, diferente de outras causas de DRC onde os rins costumam reduzir de tamanho.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): Manter a metformina é um erro terapêutico perigoso com TFG de 28 ml/min. Além disso, a conduta de "observar por 3 meses" é passiva demais para um paciente com proteinúria tão elevada e função renal em declínio, onde a intervenção medicamentosa imediata é crucial para evitar a necessidade futura de diálise.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): A pulsoterapia com corticosteroides é reservada para glomerulopatias imunomediadas (inflamatórias) ou vasculites. A nefropatia diabética é uma doença de caráter metabólico e hemodinâmico; o uso de corticoides não tem benefício e ainda prejudicaria o controle glicêmico do paciente, que já apresenta HbA1c acima do alvo (7,9%).

RESUMO DIDÁTICO:

Diante de um paciente diabético com TFG < 30 ml/min e albuminúria significativa:

1. Suspenda metformina.
2. Inicie nefroproteção (iECA ou BRA).
3. Inicie iSGLT-2 (se TFG > 20-25 ml/min, conforme diretriz).
4. Controle rigorosamente a pressão arterial e a glicemia (ajustando doses de insulina, se necessário).

Questão 76

COMENTÁRIO DO PROFESSOR:

O caso clínico descreve uma paciente com litíase renal de repetição e o diagnóstico metabólico de hipercalcúria idiopática. A hipercalcúria idiopática é a alteração metabólica mais comum em formadores de cálculos de cálcio. O objetivo do

tratamento é reduzir a concentração de cálcio na urina para evitar a supersaturação e a cristalização.

Alternativa A: Incorreta. Embora a restrição de sal (sódio) seja recomendada, a restrição severa de cálcio na dieta é contraindicada. Quando reduzimos o cálcio dietético, há um aumento na absorção intestinal de oxalato (que normalmente se liga ao cálcio no intestino para ser excretado nas fezes). Esse oxalato livre é absorvido, excretado na urina (hiperoxalúria) e acaba reagindo com o cálcio urinário, aumentando a formação de cálculos de oxalato de cálcio. Além disso, a restrição de cálcio aumenta o risco de osteopenia e osteoporose.

Alternativa B: Incorreta. A suplementação de vitamina C deve ser evitada em pacientes com litíase, pois o ácido ascórbico é metabolizado em oxalato, podendo elevar a oxalúria. A suplementação de cálcio e vitamina D não é a medida preventiva padrão para hipercalciúria; o ideal é manter a ingestão de cálcio por meio de fontes dietéticas naturais.

Alternativa C: Incorreta. O aumento do consumo de proteínas animais é prejudicial. A proteína animal gera uma carga ácida que estimula a reabsorção óssea (liberando cálcio) e reduz a excreção de citrato (um importante inibidor natural da formação de cálculos). A restrição de cálcio é incorreta pelos motivos já explicados na alternativa A.

Alternativa D: Correta. Esta é a conduta padrão. A restrição de sal (sódio) é fundamental porque o sódio e o cálcio competem pela reabsorção renal; níveis altos de sódio na urina "carregam" o cálcio consigo, aumentando a calciúria. Os diuréticos tiazídicos, como a clortalidona ou a hidroclorotiazida, são as medicações de escolha, pois agem no túbulo distal promovendo a reabsorção de cálcio, o que reduz diretamente a quantidade de cálcio excretada na urina.

Gabarito: Letra D.

Questão 77

DIAGNÓSTICO DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de migrânea (enxaqueca) sem aura. Os critérios diagnósticos são preenchidos pela dor unilateral ou bilateral, caráter latejante, intensidade incapacitante, presença de fonofobia e fotofobia, e duração de 4 a 72 horas. A evolução clínica mostra uma transformação da migrânea episódica (poucos dias por ano/mês) para uma migrânea crônica (atualmente com 20-25 dias de dor por mês).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O sumatriptano é um medicamento excelente para o tratamento agudo (abortivo) da crise de migrânea, porém não deve ser utilizado em todas as crises nesta paciente. Como ela apresenta dor em 20 a 25 dias por mês, o uso frequente de triptanos (mais de 9 dias por mês) causaria uma condição secundária denominada cefaleia por uso excessivo de medicação, agravando ainda mais o quadro. O manejo atual exige tratamento profilático e desmame de analgésicos.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora a cefaleia tenha aumentado em frequência, a história clínica é de longuíssima data (desde os 12 anos de idade) e mantém as características de uma cefaleia primária. A progressão citada refere-se à frequência das crises (cronificação) e não a uma mudança súbita no padrão da dor ou ao surgimento de sinais de alerta (red flags), como déficits focais ou papiledema. Portanto, exames de imagem e punção lombar não são as condutas iniciais prioritárias neste contexto clínico típico de migrânea crônica.

Alternativa (c) CORRETA: As diretrizes da Sociedade Brasileira de Cefaleia e de academias internacionais recomendam o início de tratamento profilático quando o paciente apresenta crises que interferem na qualidade de vida, geralmente a partir de 3 a 4 dias de dor por mês. No período da faculdade, com 5 a 8 dias de dor mensal, a paciente já possuía indicação formal de profilaxia. O tratamento preventivo adequado naquela fase teria como objetivo reduzir a frequência das crises e, fundamentalmente, evitar a progressão para a forma crônica e o uso excessivo de sintomáticos.

Alternativa (d) INCORRETA: A contraindicação clássica ao uso de estrogênio (especialmente em anticoncepcionais orais combinados) ocorre na migrânea COM aura, devido ao risco aumentado de acidente vascular cerebral (AVC). Na migrânea sem aura, como é o caso desta paciente, a terapia hormonal na menopausa não é contraindicada de forma absoluta. Se houver necessidade clínica, a terapia pode ser realizada, preferencialmente utilizando doses baixas de estrogênio por via transdérmica, que apresenta menor risco trombótico.

Questão 78

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) hiperagudo, com apenas 1 hora de evolução, o que o coloca dentro da janela terapêutica para intervenções de reperfusão. O NIHSS de 12 indica um déficit neurológico moderado a grave, e a angiotomografia confirmou uma oclusão de grande vaso (artéria cerebral média), que é o principal alvo para terapias endovasculares.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A conduta padrão para pacientes com oclusão de grandes vasos da circulação anterior que se apresentam em até 4,5 horas do início dos sintomas é a chamada terapia de ponte (*bridging therapy*). Esta estratégia consiste em iniciar imediatamente a trombólise intravenosa com alteplase (r-tPA) e, sem aguardar o resultado clínico da infusão, encaminhar o paciente para a trombectomia mecânica. A combinação das duas terapias aumenta as taxas de recanalização arterial e melhora significativamente o desfecho funcional do paciente em 90 dias.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

ALTERNATIVA A: Está incorreta porque a trombectomia mecânica traz, comprovadamente, um benefício adicional imenso em relação à trombólise isolada em casos de oclusão de grandes vasos. A taxa de recanalização de uma artéria cerebral média apenas com alteplase é baixa, enquanto a trombectomia alcança sucesso técnico na maioria dos casos.

ALTERNATIVA B: Está incorreta porque, embora a trombectomia seja fundamental, as diretrizes atuais (AHA/ASA e Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares) ainda recomendam a administração da alteplase antes do procedimento invasivo para pacientes elegíveis. A trombólise venosa pode iniciar o processo de recanalização ou facilitar a fragmentação do trombo antes mesmo do cateterismo.

ALTERNATIVA D: Está incorreta, pois a conduta conservadora (apenas antiagregação) em um paciente dentro da janela de reperfusão é contraindicada. A reperfusão imediata é a única terapia capaz de salvar a penumbra isquêmica e evitar sequelas graves. Além disso, em pacientes que recebem alteplase, o uso de antiagregantes plaquetários deve ser postergado por 24 horas para reduzir o risco de transformação hemorrágica.

RESUMO DE CONDUTA NO AVCI COM OCLUSÃO DE GRANDE VASO:

1. Tempo de sintomas inferior a 4,5 horas: Realizar trombólise intravenosa.
2. Oclusão de grande vaso (carótida interna ou cerebral média M1) identificada em exame de imagem: Realizar trombectomia mecânica (geralmente até 6 horas, ou até 24 horas em casos selecionados por protocolo de imagem avançada).
3. Disponibilidade de ambos: Realizar a terapia combinada (trombólise + trombectomia).

Questão 79

Para resolver essa questão, o primeiro passo é classificar o derrame pleural como transudato ou exsudato utilizando os Critérios de Light. O líquido em questão é um EXSUDATO, pois apresenta:

1. Relação entre proteína pleural e sérica de 0,76 (4,6 dividido por 6,0), que é superior a 0,5.
2. Relação entre LDH pleural e sérico de 0,9 (180 dividido por 200), que é superior a 0,6.

Uma vez definido que se trata de um exsudato, devemos analisar a citologia e a bioquímica específica:

- A predominância de linfócitos (90%) direciona o raciocínio para causas crônicas ou inflamatórias específicas, como tuberculose, neoplasias ou doenças do colágeno.
- A ausência de células mesoteliais é um dado clássico da pleurite tuberculosa, pois a intensa reação inflamatória e a formação de granulomas na pleura impedem que essas células se desprendam para o líquido.
- O valor da adenosina deaminase (ADA) de 60 U/L é o achado mais determinante. Em um contexto de exsudato linfocítico, um valor de ADA acima de 40 U/L possui altíssima sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de tuberculose pleural.

Análise das alternativas:

Alternativa A: INCORRETA. O derrame parapneumônico por bactéria típica é um exsudato, porém apresenta predomínio de polimorfonucleares (neutrófilos), e não linfócitos. Além disso, o ADA costuma estar baixo e, em casos complicados, a glicose estaria reduzida e o pH abaixo de 7,20.

Alternativa B: INCORRETA. Derrames pleurais secundários a hepatopatias (como o hidrotórax hepático na cirrose) são tipicamente transudatos, apresentando níveis baixos de proteínas e LDH, o que contradiz os dados apresentados.

Alternativa C: INCORRETA. Assim como na hepatopatia, o derrame pleural na insuficiência renal (geralmente por sobrecarga volêmica ou síndrome nefrótica) é

classificado como transudato. A exceção seria a pleurite urêmica, mas esta apresentaria outras características clínicas e não costuma cursar com ADA tão elevado.

Alternativa D: CORRETA. O quadro de exsudato linfocítico com ADA elevado (maior que 40 U/L) e baixa quantidade de células mesoteliais compõe o perfil típico do derrame pleural tuberculoso, sendo suficiente para o diagnóstico em locais com alta prevalência da doença.

Questão 80

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve uma paciente idosa (72 anos), com obesidade (IMC 35 kg/m²) e dor crônica nos joelhos de caráter mecânico (alivia com o repouso). O exame físico revela aumento de volume endurecido (osteófitos) e dor à palpação das linhas articulares, sem sinais inflamatórios exuberantes. Este é o cenário clássico da osteoartrite (ou artrose) de joelhos. O manejo dessa patologia envolve medidas farmacológicas e, principalmente, não farmacológicas voltadas para a redução da sobrecarga articular e fortalecimento muscular.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Não há evidências científicas robustas que sustentem o uso de altas doses de vitamina D como tratamento para a dor ou para a progressão da osteoartrite. A suplementação deve ser feita apenas se houver deficiência comprovada e com foco na saúde óssea geral, não como tratamento específico para a artrose.
- b) Correta. A redução de peso é uma das intervenções mais eficazes e recomendadas em todas as diretrizes internacionais (como ACR e EULAR) para pacientes obesos com osteoartrite de joelho. A perda de massa corporal reduz a carga mecânica sobre a articulação e diminui mediadores inflamatórios sistêmicos produzidos pelo tecido adiposo, resultando em melhora significativa da dor e da função física.
- c) Incorreta. O exercício físico (aeróbico e de fortalecimento muscular, como fisioterapia, musculação ou natação) não está contraindicado; pelo contrário, é uma recomendação de primeira linha. O fortalecimento do quadríceps, por exemplo, ajuda a estabilizar a articulação e reduzir os sintomas. O sedentarismo agrava a rigidez e a fraqueza muscular.
- d) Incorreta. O uso de palmilhas não tem o poder de "corrigir o dano estrutural" já

estabelecido (como o desgaste da cartilagem e a formação de osteófitos). Embora palmilhas com cunhas laterais tenham sido estudadas para casos específicos de mau alinhamento (varo/valgo), elas não são recomendadas de forma rotineira para correção estrutural e apresentam evidência de benefício limitada em comparação à perda de peso e ao exercício.

Questão 81

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar as propriedades intrínsecas de um teste diagnóstico das suas propriedades extrínsecas.

Sensibilidade e Especificidade são propriedades intrínsecas. Teoricamente, elas não mudam conforme a quantidade de doentes na população, pois avaliam o desempenho do teste em relação a indivíduos sabidamente doentes ou sabidamente saudáveis.

Já os Valores Preditivos (Positivo e Negativo) são propriedades extrínsecas. Eles dependem diretamente da prevalência da doença na população testada.

O Valor Preditivo Positivo (VPP) indica a probabilidade de um indivíduo estar realmente doente dado que o seu teste foi positivo. Existe uma relação diretamente proporcional entre a prevalência e o VPP: quanto maior a prevalência da doença, maior será o VPP. Por outro lado, quanto menor a prevalência (como em uma cidade sem surto epidêmico), menor será o VPP. Isso ocorre porque, em populações com poucos doentes, a chance de um resultado positivo ser um "falso-positivo" aumenta proporcionalmente em relação aos "verdadeiros-positivos".

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O VPP será menor, não maior. Além disso, o VPP não depende apenas da especificidade; ele é influenciado tanto pela especificidade quanto pela prevalência da doença.

b) Correta. Como a cidade não está em surto, a prevalência da dengue é baixa. Em cenários de baixa prevalência, o número de resultados falsos-positivos ganha peso estatístico, o que reduz a probabilidade de um teste positivo ser um caso real da doença (VPP).

c) Incorreta. Embora a sensibilidade e a especificidade não variem com a prevalência, o VPP varia drasticamente. A questão pede o comportamento do VPP, e não das propriedades intrínsecas.

d) Incorreta. A validação do teste para uso populacional garante que ele mantém sua sensibilidade e especificidade, mas não impede que o VPP flutue conforme a probabilidade pré-teste (prevalência) da região onde é aplicado.

Gabarito: Letra (b).

Questão 82

Os critérios de Hill são utilizados para avaliar se a associação entre um fator e um desfecho é de fato causal.

Alternativa (a) Incorreta. A plausibilidade biológica refere-se à existência de um mecanismo científico ou fisiológico conhecido que explique a relação causa-efeito. Embora existam explicações mecânicas para a redução da pressão pelos inibidores de SGLT-2 (como natriurese e diurese osmótica), o foco do enunciado é a repetição de um resultado já observado em estudos anteriores, o que define outro critério.

Alternativa (b) Correta. A consistência é demonstrada quando o mesmo resultado é obtido em diferentes estudos, realizados por pesquisadores distintos, em populações ou momentos diferentes. No caso da questão, o fato de um novo ensaio clínico com um fármaco da mesma classe apresentar um resultado semelhante ao obtido previamente por outro fármaco reforça a consistência daquela observação científica.

Alternativa (c) Incorreta. O gradiente biológico é o critério relacionado à dose-resposta. Ele sugere que uma maior exposição ao fator (ou uma dose maior do medicamento) deve levar a um efeito proporcionalmente maior ou menor no desfecho. O enunciado não fornece dados sobre variação de doses.

Alternativa (d) Incorreta. A especificidade ocorre quando uma causa específica leva a um efeito único e bem definido. É um critério cada vez menos valorizado, já que muitas doenças são multifatoriais e muitos medicamentos possuem efeitos pleiotrópicos (atuam em diversos sistemas simultaneamente). A questão trata da replicação de resultados, e não da exclusividade da ação do fármaco.

Questão 83

Esta questão aborda as diferenças fundamentais entre os dois principais desenhos de estudos observacionais analíticos: o estudo de casos e controles e o estudo de coorte.

Alternativa A (Correta): A principal característica metodológica do estudo de coorte é que ele parte da exposição (viajar mais de 8 horas) em direção ao desfecho

(desenvolver TVP). Como acompanhamos um grupo de pessoas saudáveis ao longo do tempo, podemos contar quantos novos casos surgem em cada grupo. Isso permite o cálculo direto da incidência da doença tanto nos expostos quanto nos não expostos, possibilitando a determinação do Risco Relativo. No estudo de casos e controles, como já selecionamos os indivíduos doentes, não temos o denominador populacional para calcular a incidência, estimando-se apenas a Odds Ratio (razão de chances).

Alternativa B (Incorreta): Os estudos de coorte, especialmente os prospectivos, são geralmente muito mais caros e demorados do que os estudos de casos e controles. Isso ocorre porque exigem o acompanhamento de grandes grupos de pessoas por períodos prolongados, enquanto o estudo de caso-controle costuma ser realizado de forma retrospectiva, coletando dados de prontuários ou entrevistas sobre o passado.

Alternativa C (Incorreta): Esta é, na verdade, uma vantagem do estudo de casos e controles. Para estudar desfechos incomuns ou raros (como é o caso da TVP na população geral), o estudo de coorte precisaria de uma amostra gigantesca e muito tempo de seguimento para que alguns poucos casos ocorressem. No estudo de caso-controle, o pesquisador já começa o estudo selecionando quem tem a doença, o que o torna muito mais eficiente para eventos raros.

Alternativa D (Incorreta): Nenhum desenho de estudo epidemiológico garante a ausência total de vieses. Embora o estudo de coorte prospectivo reduza significativamente o viés de memória (comum no estudo de caso-controle), ele é vulnerável a outros tipos de viés de seleção, como a perda de seguimento (atrito), em que os participantes que abandonam o estudo podem ter características diferentes dos que permanecem, distorcendo os resultados.

Questão 84

ANÁLISE DOS DADOS FORNECIDOS:

1. População-alvo na UBS: 900 mulheres (25 a 64 anos).
2. Meta trianual de razão de exames: 0,4.
3. Desempenho atual (razão): 0,36.
4. Desempenho atual em números: 9 exames/mês, 108 exames/ano e 324 exames no triênio.

PASSO A PASSO DO CÁLCULO:

Primeiro, devemos calcular quantos exames são necessários no triênio para atingir a meta de 0,4:

Cálculo: População total x Meta desejada = 900 mulheres x 0,4 = 360 exames no triênio.

Segundo, calculamos a meta anual dividindo o total trianual por 3:

Cálculo: 360 exames / 3 anos = 120 exames por ano.

Terceiro, calculamos a meta mensal dividindo o total anual por 12:

Cálculo: 120 exames / 12 meses = 10 exames por mês.

Quarto, comparamos os novos valores com o que a UBS já realiza para encontrar a diferença (o quanto "a mais" deve ser feito):

Diferença anual: Meta de 120 exames - Atuais 108 exames = 12 exames a mais por ano.

Diferença mensal: Meta de 10 exames - Atuais 9 exames = 1 exame a mais por mês.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Correta. Conforme os cálculos acima, o incremento necessário é de exatamente 1 exame por mês, totalizando 12 exames adicionais ao final de um ano ($12 \times 1 = 12$).

Alternativa b) Incorreta. Se fossem realizados 2 exames a mais por mês, seriam 24 a mais por ano. Isso resultaria em 132 exames anuais e 396 no triênio, superando a meta de 360 (razão de 0,44).

Alternativa c) Incorreta. O valor de 36 exames a mais corresponde ao déficit total do triênio (360 necessários menos 324 realizados), e não ao incremento anual ou mensal solicitado pela questão.

Alternativa d) Incorreta. Realizar 4 exames a mais por mês resultaria em 48 a mais por ano, elevando o total anual para 156 exames, o que ultrapassa significativamente a meta estabelecida.

Questão 85

Para compreender essa questão, devemos analisar o percurso da estudante dentro do sistema de saúde: ela passou pelo rastreamento (prevenção), pela consulta especializada (diagnóstico) e recebeu o tratamento/reabilitação (óculos). Essa continuidade do cuidado é a chave para a resposta.

Alternativa (a) Incorreta: A Equidade diz respeito a tratar desigualmente os desiguais, direcionando mais recursos ou atenção para quem mais precisa, visando a diminuir

as desigualdades sociais e de saúde. Embora o fornecimento gratuito de óculos possa ser visto como uma ação de equidade, o foco central da questão é a garantia de que a paciente percorreu todos os níveis de atenção necessários para resolver seu problema de saúde.

Alternativa (b) Incorreta: A Universalidade é o princípio finalístico que garante que todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e aos serviços de saúde, sem qualquer tipo de discriminação. O enunciado foca no processo de assistência prestado e não apenas no direito de acesso ao sistema.

Alternativa (c) Correta: A Integralidade é o princípio que considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Ela se manifesta de duas formas principais: na articulação das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, e na garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema (primário, secundário e terciário). No caso descrito, o SUS não apenas identificou o problema (na escola/UBS), mas garantiu o atendimento especializado e a resolução definitiva com a entrega dos óculos. Essa linha de cuidado completa exemplifica perfeitamente a integralidade.

Alternativa (d) Incorreta: A Descentralização é um princípio organizativo que redistribui poder e responsabilidades entre os três níveis de governo (União, Estados e Municípios), com ênfase na municipalização dos serviços. Embora o programa citado seja municipal (Porto Olhar Alegre), a ação descrita pela trajetória da paciente não visa a ilustrar a divisão de gestão, mas sim à assistência integral à saúde.

Questão 86

O Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria 399/2006, substituiu os antigos processos de habilitação de gestores e organizou a gestão do SUS em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. O Pacto pela Vida estabeleceu seis prioridades iniciais em 2006: saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica e controle de doenças emergentes/endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza). A Política Nacional de DST/AIDS não constava como uma das prioridades pactuadas originalmente neste documento.

Alternativa B - Incorreta. O Fortalecimento da Atenção Básica é uma das prioridades do Pacto pela Vida, e não do Pacto de Gestão. O Pacto de Gestão foca nas diretrizes

para a gestão do sistema, abrangendo aspectos como regionalização, financiamento, planejamento e programação pactuada e integrada (PPI).

Alternativa C - Correta. O Pacto em Defesa do SUS possui um caráter político e social, visando consolidar o SUS como uma política de Estado e mobilizar a sociedade na defesa dos princípios constitucionais da saúde. Entre suas ações previstas estão o estímulo à cidadania e a elaboração da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, visando informar as pessoas sobre seus direitos e deveres no sistema.

Alternativa D - Incorreta. Não existe a dimensão denominada Pacto pela Prevenção. As três dimensões são Vida, Defesa e Gestão. Além disso, a promoção do envelhecimento ativo e saudável é uma ação vinculada à prioridade Saúde do Idoso, que pertence ao Pacto pela Vida.

Questão 87

O quadro clínico descrito apresenta os elementos clássicos para o diagnóstico de asma ocupacional. Os principais pontos que sustentam essa conclusão são o histórico de sintomas típicos de obstrução das vias aéreas (tosse seca, chiado, aperto no peito e dispneia), a presença de sibilos difusos ao exame físico e, fundamentalmente, o padrão temporal da doença: piora durante a jornada de trabalho e melhora nos períodos de afastamento (finais de semana).

Alternativa (a) Correta: O paciente trabalha em um curtume, ambiente onde o uso de sais de cromo (especialmente o cromo hexavalente ou trivalente) é frequente no processo de beneficiamento do couro. O cromo é um agente químico sensibilizante conhecido por desencadear asma ocupacional. A exposição prolongada em ambiente mal ventilado e o uso irregular de equipamentos de proteção individual (EPIs) facilitam a sensibilização das vias aéreas, levando à inflamação e à hiper-responsividade brônquica características da asma.

Alternativa (b) Incorreta: A bronquite crônica faz parte do espectro da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e é definida clinicamente pela presença de tosse produtiva na maioria dos dias, por pelo menos três meses ao ano, durante dois anos consecutivos. O paciente é não fumante, apresenta tosse seca e uma variação nítida dos sintomas relacionada ao ambiente de trabalho, o que direciona o diagnóstico para asma e não para bronquite crônica.

Alternativa (c) Incorreta: A rinite alérgica é uma patologia que afeta as vias aéreas superiores, caracterizando-se por espirros em salvas, coriza, prurido e congestão nasal. Embora possa coexistir com a asma, ela não justifica os achados de sibilos difusos, aperto no peito e queda da saturação de oxigênio para 93%, que são

evidências de comprometimento das vias aéreas inferiores e da troca gasosa.

Alternativa (d) Incorreta: A pneumonite química aguda é uma lesão pulmonar inflamatória súbita causada pela inalação de vapores, gases ou fumaças tóxicas em altas concentrações. Ela se manifesta de forma abrupta logo após uma exposição intensa e única, podendo evoluir para edema pulmonar. O caso relatado descreve uma evolução insidiosa e recorrente ao longo de um ano, com melhora e piora cíclicas, o que é típico de uma doença inflamatória crônica como a asma ocupacional, e não de um evento tóxico agudo.

Questão 88

O caso clínico apresenta um quadro clássico de epicondilite lateral, também conhecida como "cotovelo de tenista", embora seja muito frequente em trabalhadores que realizam esforços repetitivos de preensão e extensão do punho, como o paciente em questão.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A tendinite (ou tenossinovite) de De Quervain afeta o primeiro compartimento extensor do punho (tendões do abductor longo e extensor curto do polegar). A dor localiza-se na face radial do punho (estiloide radial) e não no cotovelo. O teste semiológico clássico é a manobra de Finkelstein.

b) Incorreta. A síndrome do túnel do carpo decorre da compressão do nervo mediano no punho. Os sintomas predominantes são parestesias (formigamentos) e dor na face palmar dos três primeiros dedos e metade lateral do quarto dedo, com piora noturna. O paciente do caso negou expressamente parestesias e a dor é referida no cotovelo.

c) Incorreta. A compressão do nervo cubital (ulnar) ao nível do cotovelo ocorre geralmente no túnel cubital, que se localiza na região medial (interna) do cotovelo. Os sintomas incluem dor medial e parestesias no quarto e quinto dedos da mão. O paciente apresenta dor na região lateral.

d) Correta. A epicondilite lateral é uma síndrome de sobrecarga dos tendões que se inserem no epicôndilo lateral, especialmente o tendão do músculo extensor radial curto do carpo. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na história de esforço repetitivo e nos achados do exame físico: dor pontual à palpação do epicôndilo lateral e dor desencadeada pela extensão resistida do punho (conhecida como teste de Cozen), exatamente como descrito no enunciado. A fraqueza para segurar objetos é um sintoma comum decorrente da inibição muscular pela dor.

Questão 89

Análise do Caso:

O paciente apresenta sintomas de fadiga, cefaleia, esquecimento e irritabilidade que surgiram cerca de um mês após iniciar o trabalho em turno noturno (das 22h às 06h). O quadro é reforçado pela normalidade dos exames laboratoriais, o que descarta causas orgânicas comuns, como anemia, diabetes ou disfunções tireoidianas. O surgimento recente de níveis pressóricos elevados é uma repercussão fisiopatológica típica do estresse biológico causado pela privação de sono e pela desregulação do ritmo circadiano.

Alternativa (a) Incorreta: O Transtorno de Estresse Agudo exige a exposição a um evento traumático (ameaça de morte, ferimento grave ou violência sexual), o que não condiz com a rotina de trabalho descrita. Além disso, os sintomas desse transtorno devem ocorrer e ser resolvidos em até 30 dias após o trauma. O tratamento de escolha não seria necessariamente antidepressivos de curto prazo.

Alternativa (b) Incorreta: Embora fadiga e irritabilidade possam compor um quadro depressivo, o vínculo temporal com a mudança do turno de trabalho é muito forte. Não há relato de humor deprimido, anedonia ou outros critérios necessários para fechar o diagnóstico de um episódio depressivo moderado. A conduta correta deve focar primeiro na causa evidente: o distúrbio do sono.

Alternativa (c) Correta: O diagnóstico é de Transtorno do Trabalho em Turnos, classificado como um Transtorno do Ritmo Circadiano. Ocorre porque o horário de trabalho do paciente é desalinhado com seu ciclo biológico natural de vigília e sono. O fato de ele realizar atividades domésticas e sociais logo após o turno (ajudar o filho) prejudica ainda mais a higiene do sono. O manejo inicial envolve orientações comportamentais para melhorar a qualidade do descanso diurno e o uso de hipnóticos por curto período pode ser útil para estabilizar a insônia aguda e facilitar a adaptação ao turno.

Alternativa (d) Incorreta: Embora sintomas somáticos possam surgir na ansiedade, o histórico ocupacional aponta diretamente para o distúrbio do ciclo sono-vigília. Medidas como exercícios e meditação são coadjuvantes saudáveis, mas não resolvem o problema principal de um paciente que trabalha à noite e não consegue estruturar um período de sono reparador durante o dia.

Questão 90

Diagnóstico: O quadro clínico apresentado, caracterizado pelo início súbito de sintomas sistêmicos (febre, calafrios, mal-estar) associados a sintomas urinários (disúria) e dor localizada (perineal) em um paciente idoso, é a apresentação clássica da Prostatite Aguda Bacteriana.

Alternativa (a): Correta. O toque retal é um componente importante do exame físico na suspeita de prostatite. Nesses casos, a próstata geralmente se apresenta aumentada de volume, extremamente dolorosa à palpação (dor excruciante) e com consistência alterada, podendo estar edemaciada (amolecida) ou firme e tensa devido ao intenso processo inflamatório e edema local.

Alternativa (b): Incorreta. A massagem prostática é rigorosamente contraindicada na fase aguda da doença. A compressão de uma glândula infectada e intensamente inflamada pode forçar a passagem de bactérias para a circulação sistêmica, elevando o risco de bacteremia e evolução para sepse.

Alternativa (c): Incorreta. O diagnóstico da prostatite aguda é essencialmente clínico, baseado na anamnese e no exame físico. Embora o PSA possa estar significativamente elevado durante o processo inflamatório, ele não é um parâmetro fundamental para o diagnóstico e não deve ser solicitado nesse momento, pois não ajuda a diferenciar a infecção de outras patologias e pode gerar confusão diagnóstica.

Alternativa (d): Incorreta. A solicitação de ultrassonografia da próstata não é necessária para a avaliação inicial ou para confirmar o diagnóstico. Os exames de imagem são reservados para pacientes que não apresentam melhora clínica após 48 a 72 horas de antibioticoterapia adequada, com a finalidade principal de excluir complicações, como a formação de abscesso prostático.

Questão 91

Para resolver essa questão, devemos considerar as recomendações de rastreamento da United States Preventive Services Task Force (USPSTF), que é a principal referência para as recomendações de força de evidência (GRADE). O objetivo é identificar quais exames possuem recomendação Grau A (alta certeza de que o benefício líquido é substancial) para uma mulher de 55 anos, sexualmente ativa e assintomática.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A densitometria óssea para mulheres na pós-menopausa com menos de

65 anos é classificada como recomendação Grau B, e isso apenas se houver aumento do risco avaliado por ferramentas de risco clínico. Para mulheres com 65 anos ou mais, também é Grau B. A mamografia para mulheres de 50 a 74 anos é classificada como Grau B (benefício moderado). O teste para sífilis é Grau A para pessoas com vida sexual ativa e risco aumentado.

b) Correta. Todos os itens possuem recomendação Grau A.

- Colonoscopia: O rastreamento de câncer colorretal é Grau A para adultos de 45 a 75 anos. A história familiar da paciente (mãe com câncer aos 70 anos) reforça a indicação, mas o rastreamento populacional nesta faixa etária já possui o nível máximo de evidência.

- Teste para sífilis: Recomendação Grau A para adolescentes e adultos com vida sexual ativa que apresentam risco aumentado de infecção. Como a paciente mantém vida sexual ativa e não realiza exames há 10 anos, ela se enquadra nos critérios de rastreamento.

- Exame citopatológico cervical: O rastreamento de câncer de colo de útero é Grau A para mulheres de 21 a 65 anos (realizado a cada 3 anos com citologia isolada ou a cada 5 anos com teste de HPV/cotestagem para mulheres acima de 30 anos).

c) Incorreta. A ultrassonografia abdominal para rastreamento de aneurisma de aorta abdominal não é recomendada para mulheres que nunca fumaram (Grau D - contraindicado ou sem evidência de benefício). A mamografia é Grau B. A colonoscopia é Grau A.

d) Incorreta. A pesquisa de HIV é Grau A para todos os indivíduos de 15 a 65 anos. No entanto, a dosagem de perfil lipídico (para fins de decisão de início de estatinas) e a densitometria óssea são classificadas como Grau B na prevenção primária para esta faixa etária e perfil clínico.

Resumo dos Graus de Recomendação para esta paciente (55 anos):

- Câncer de colo de útero (Papanicolau): Grau A.
- Câncer colorretal (Colonoscopia/outros): Grau A.
- HIV e Sífilis (se risco aumentado): Grau A.
- Hipertensão Arterial (Aferição de PA): Grau A.
- Câncer de Mama (Mamografia): Grau B.
- Osteoporose (Densitometria): Grau B.
- Dislipidemia (Perfil lipídico): Grau B.

Questão 92

Esta questão aborda o diagnóstico e a conduta inicial do Diabetes Melito Gestacional (DMG), um tema recorrente e fundamental na obstetrícia.

Análise do Diagnóstico:

De acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da FEBRASGO, o diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional no início da gestação (antes de 20-24 semanas) é realizado através da glicemia de jejum. Os valores de referência são:

1. Glicemia de jejum < 92 mg/dL: Normal (deve-se aguardar o Teste Oral de Tolerância à Glicose — TOTG entre 24 e 28 semanas).
2. Glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL: Diabetes Melito Gestacional (DMG).
3. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL: Diabetes Melito Pré-gestacional (ou "Overt Diabetes").

No caso apresentado, a paciente possui glicemia de jejum de 94 mg/dL, o que confirma o diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional (DMG).

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora o diagnóstico de DMG classifique a gestação como de alto risco, a conduta imediata não deve ser apenas o encaminhamento sem a instituição de medidas terapêuticas e orientações iniciais. Além disso, em muitas redes de saúde, o manejo inicial do DMG controlado apenas com dieta pode ser realizado ou iniciado na Atenção Primária antes da regulação definitiva.

Alternativa (b) Incorreta: Esta alternativa confunde os conceitos. "Diabetes melito na gestação" (overt diabetes) é o termo usado para pacientes que atingem critérios de diabetes fora da gravidez (jejum maior ou igual a 126 mg/dL). A paciente do caso tem 94 mg/dL, o que caracteriza Diabetes Melito Gestacional (DMG).

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta padrão-ouro inicial. Uma vez diagnosticado o DMG, o primeiro passo é o tratamento não farmacológico, que consiste em orientação dietética adequada e estímulo à atividade física (se não houver contraindicações). Para avaliar o sucesso da dieta, é obrigatória a realização do perfil glicêmico (glicemia capilar), geralmente solicitado 4 vezes ao dia (em jejum e 1 ou 2 horas após as principais refeições: café da manhã, almoço e jantar). O acompanhamento na Atenção Primária com reavaliação em curto prazo (2 semanas) permite observar se as metas glicêmicas serão atingidas apenas com a mudança de estilo de vida.

Alternativa (d) Incorreta: O tratamento farmacológico com insulina só está indicado

se, após 1 a 2 semanas de dieta e exercícios, os níveis glicêmicos permanecerem acima dos alvos terapêuticos (jejum < 95 mg/dL; 1h pós-prandial < 140 mg/dL ou 2h pós-prandial < 120 mg/dL). Não se inicia insulina imediatamente sem antes testar a eficácia da dieta em casos de DMG.

Resumo da Conduta:

Paciente com glicemia de jejum na primeira consulta entre 92 e 125 mg/dL tem diagnóstico de DMG. A conduta é iniciar medidas higienodietéticas e monitoramento capilar rigoroso para decidir, na consulta de retorno, a necessidade ou não de insulino-terapia.

Questão 93

Análise do Quadro Clínico:

Estamos diante de uma gestante de 12 semanas que apresenta discordância nos exames de rastreio para sífilis: Teste Treponêmico (TT) positivo e Teste Não Treponêmico (TNT, como o VDRL) negativo. Em pacientes que nunca foram tratados anteriormente, essa situação pode representar duas condições principais: uma sífilis primária muito recente (em que o teste treponêmico positiva primeiro) ou, mais comumente, uma sífilis latente tardia ou de duração ignorada (na qual os títulos do TNT podem cair a níveis indetectáveis com o passar dos anos, mas o teste treponêmico permanece reagente pelo resto da vida).

Conduta na Gestaçãõ:

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e protocolos de obstetrícia, em gestantes com teste treponêmico reagente e sem histórico de tratamento prévio documentado, deve-se considerar a paciente como infectada. Como não é possível determinar o tempo de evolução da doença, ela é classificada como sífilis latente de duração ignorada. O objetivo primordial é a prevenção da sífilis congênita.

Alternativa (a) Correta: Esta é a conduta padrão. Para sífilis de duração ignorada ou latente tardia, o esquema terapêutico é de 3 doses de benzilpenicilina benzatina de 2,4 milhões de UI (aplicando-se 1,2 milhão em cada glúteo), com intervalo semanal entre as doses (total de 7,2 milhões de UI). Além disso, o controle de cura (seguimento sorológico com TNT) em gestantes deve ser obrigatoriamente mensal para assegurar a queda dos títulos e monitorar possíveis reinfecções até o momento do parto.

Alternativa (b) Incorreta: O esquema de dose única (2,4 milhões de UI) é reservado para casos de sífilis primária, secundária ou latente recente (com menos de um ano de infecção). Como não há histórico e o TNT é negativo, assume-se a duração ignorada, exigindo 3 doses. Além disso, o acompanhamento trimestral é indicado

para adultos fora do período gestacional; em gestantes, o seguimento deve ser mensal.

Alternativa (c) Incorreta: No contexto da gestação, a conduta de "esperar e observar" (repetir exames para ver se o TNT positiva) é considerada negligente. O risco de transmissão vertical é alto e as consequências para o feto são graves. Diante de um TT positivo sem tratamento prévio, a gestante deve ser tratada imediatamente.

Alternativa (d) Incorreta: Repetir o TNT por outra técnica não altera a conduta clínica, pois o teste treponêmico positivo já indica exposição ao *Treponema pallidum*. O tratamento com dose única é insuficiente para casos de duração ignorada e o seguimento trimestral não é o protocolo adequado para o pré-natal.

Questão 94

A conduta diante de um exame anti-HCV reagente deve seguir a lógica da fisiopatologia e do diagnóstico da hepatite C. O anti-HCV é um marcador de exposição, ou seja, indica que o indivíduo teve contato com o vírus em algum momento da vida. No entanto, ele não define se a infecção é atual ou se foi uma infecção resolvida espontaneamente no passado.

Alternativa A: Incorreta. A dosagem de transaminases (AST e ALT) não é o teste confirmatório para o diagnóstico de hepatite C. É muito comum que pacientes com infecção crônica apresentem níveis de enzimas hepáticas dentro da faixa da normalidade, mesmo com progressão da fibrose hepática. Portanto, transaminases normais não descartam a presença do vírus.

Alternativa B: Correta. Para confirmar se o paciente permanece infectado após um teste anti-HCV reagente, o passo obrigatório é a realização da pesquisa do RNA viral (carga viral por PCR). Se a carga viral for indetectável, significa que não há replicação do vírus e, portanto, não há infecção ativa. Nesse caso, a investigação para hepatite C pode ser encerrada.

Alternativa C: Incorreta. O tratamento com antivirais de ação direta (DAA) só deve ser iniciado após a confirmação laboratorial da viremia (presença de carga viral detectável). Jamais se trata um paciente baseando-se apenas no anticorpo (anti-HCV), pois ele pode representar apenas uma "cicatriz sorológica" de uma infecção já curada.

Alternativa D: Incorreta. Embora a cura espontânea ocorra em cerca de 15% a 30% dos casos de infecção aguda, a hepatite C não confere imunidade permanente. Devido à alta variabilidade genética do vírus, um indivíduo que se curou pode ser

reinfectado se for exposto novamente. Além disso, não se pode assumir a cura sem antes realizar o teste de carga viral para comprovar a ausência do RNA.

Questão 95

A classificação clínica da febre amarela é fundamental para o manejo adequado do paciente e baseia-se na intensidade dos sintomas e nas alterações laboratoriais. De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a doença pode ser dividida em quatro formas principais: leve, moderada, grave e maligna.

Análise dos dados do paciente:

O paciente apresenta sintomas gastrointestinais importantes (vômitos, diarreia e dor abdominal). Do ponto de vista laboratorial, possui uma AST de 580 U/L (elevada, mas abaixo de 1000 U/L), creatinina de 1,4 mg/dL (discretamente alterada) e plaquetopenia significativa ($45.000/\text{mm}^3$).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A forma hepatorenal, também conhecida como forma maligna, é o quadro mais dramático da doença. Caracteriza-se por icterícia intensa, manifestações hemorrágicas graves, oligúria ou anúria (insuficiência renal aguda grave) e alterações laboratoriais extremas, como transaminases frequentemente acima de 2000 U/L e uremia elevada. O paciente em questão ainda não apresenta esse grau de falência orgânica.

b) Incorreta. A forma leve é caracterizada por sintomas inespecíficos, como febre, cefaleia e mialgia, sem a presença de icterícia, vômitos persistentes ou alterações laboratoriais significativas de órgãos-alvo. A presença de dor abdominal intensa e plaquetopenia de $45.000/\text{mm}^3$ retira o paciente desta classificação.

c) Correta. A forma moderada é definida pela presença de febre, cefaleia e sintomas gastrointestinais mais evidentes (como vômitos e dor abdominal). Laboratorialmente, observa-se elevação das transaminases (geralmente entre 500 e 1000 U/L) e plaquetopenia. O quadro descrito se encaixa perfeitamente nesta categoria, pois os níveis de AST (580 U/L) e a sintomatologia abdominal são característicos dessa fase intermediária, antes da progressão para formas francamente graves.

d) Incorreta. A forma grave é marcada pela tríade clássica de icterícia, oligúria e fenômenos hemorrágicos. Laboratorialmente, espera-se uma elevação mais acentuada das transaminases (frequentemente AST ou ALT acima de 1000 U/L) e alterações mais profundas da função renal e da coagulação. Embora o paciente tenha plaquetopenia, ele ainda não preenche os critérios de disfunção orgânica grave ou

icterícia franca descritos nos protocolos para essa classificação.

Questão 96

Alternativa a: Esta alternativa está incorreta porque a consulta remota limita, e não amplia, as possibilidades de exame físico direto. Na telemedicina, o médico fica impossibilitado de realizar manobras fundamentais, como palpação, percussão e ausculta direta. Além disso, a redução do tempo de consulta não é considerada uma vantagem técnica, pois pode comprometer a profundidade da anamnese e o raciocínio clínico.

Alternativa b: Esta é a alternativa correta. A telemedicina oferece a eliminação de riscos inerentes ao deslocamento, como acidentes de trânsito ou exposição à violência urbana. Ela é uma ferramenta essencial em situações que exigem distanciamento social, como observado na pandemia de COVID-19, e promove uma melhora significativa na acessibilidade para pacientes que residem em áreas remotas ou possuem limitações de locomoção. Sobre a comunicação de más notícias, no contexto da questão, entende-se que a modalidade permite que o paciente receba informações difíceis em seu ambiente de conforto e suporte familiar, evitando o desgaste físico e emocional de um deslocamento após o impacto da notícia.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta ao citar o atendimento de situações de risco como vantagem. Situações de risco, urgência ou emergência médica são contraindicações para o atendimento estritamente remoto, exigindo intervenção presencial imediata para suporte vital e exames físicos detalhados que a tecnologia remota não permite realizar com segurança.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta porque a avaliação da maioria dos órgãos e sistemas do corpo humano é uma das principais limitações da consulta remota, e não uma vantagem. Sem o contato físico e o uso de instrumentos presenciais (como o estetoscópio e o esfigmomanômetro manuseados pelo médico), a capacidade diagnóstica baseada no exame físico sistêmico fica extremamente reduzida em comparação à consulta presencial.

Questão 97

A questão aborda o manejo profilático da doença meningocócica, causada pela bactéria *Neisseria meningitidis*. O principal objetivo da quimioprofilaxia é eliminar o estado de portador na orofaringe dos contatos próximos, interrompendo a cadeia de transmissão e prevenindo casos secundários.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a) rifampicina: Está incorreta para o que a questão pede (o que não é indicado), pois a rifampicina é a droga de escolha (padrão-ouro) para a quimioprofilaxia da doença meningocócica no Brasil. O esquema padrão para adultos é de 600 mg, via oral, de 12 em 12 horas, por 2 dias. Em crianças, a dose é ajustada pelo peso.

Alternativa b) ceftriaxona: Está incorreta, pois a ceftriaxona é uma opção válida e eficaz para a quimioprofilaxia. É a droga de escolha para gestantes, sendo administrada em dose única de 250 mg por via intramuscular (para adultos). Também pode ser utilizada em crianças (125 mg, IM, dose única).

Alternativa c) ciprofloxacino: Está incorreta, pois o ciprofloxacino é uma alternativa recomendada para a quimioprofilaxia em adultos, em dose única de 500 mg por via oral. Vale ressaltar que ele não é rotineiramente recomendado para menores de 18 anos, embora existam protocolos específicos que o considerem em situações de exceção.

Alternativa d) cefepime: Esta é a alternativa correta (a droga que NÃO está indicada). O cefepime é uma cefalosporina de 4ª geração, de uso exclusivamente parenteral (endovenoso ou intramuscular), reservada para o tratamento de infecções hospitalares graves ou pacientes neutropênicos febris, possuindo amplo espectro contra bactérias Gram-negativas (incluindo *Pseudomonas aeruginosa*). Não há indicação ou evidência clínica para o seu uso como agente profilático no bloqueio de casos de doença meningocócica.

Em resumo, os fármacos padronizados pelo Ministério da Saúde para a quimioprofilaxia de contatos de doença meningocócica são a rifampicina, a ceftriaxona e o ciprofloxacino. O cefepime é um antibiótico de uso hospitalar para tratamento, e não para prevenção comunitária.

Questão 98

Para a resolução desta questão, é fundamental o conhecimento da legislação brasileira (Código Penal) e das normas técnicas do Ministério da Saúde sobre o aborto legal e o atendimento a vítimas de violência sexual.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): CORRETA. No Brasil, o Código Penal (Art. 217-A) define como estupro de vulnerável a conjunção carnal ou a prática de ato libidinoso com menor de 14 anos. A lei estabelece uma presunção absoluta de violência, o que significa que o

consentimento da vítima, a existência de um relacionamento ou o fato de ela já ter tido relações sexuais anteriormente são irrelevantes para a configuração do crime. Como a gestação é decorrente de um crime de estupro (pela idade da paciente), o aborto é permitido por lei (Art. 128 do Código Penal). O profissional deve orientar sobre esse direito, encaminhar ao serviço de referência e realizar a notificação compulsória de violência no Sinan, que é obrigatória em casos de violência contra crianças e adolescentes.

Alternativa (b): INCORRETA. Embora o aborto seja possível, a legislação e as normas técnicas do Ministério da Saúde não exigem a apresentação de Boletim de Ocorrência (BO), laudo do Instituto Médico Legal (IML) ou autorização judicial para a realização do aborto legal em casos de estupro. O relato da gestante (ou de seus representantes legais) deve ser aceito como presunção de veracidade.

Alternativa (c): INCORRETA. O erro está em afirmar que o aborto não é possível devido ao "relacionamento consensual". Juridicamente, não existe "consentimento" para menores de 14 anos no que tange a atos sexuais. Portanto, a natureza consensual relatada pela paciente não afasta o crime de estupro de vulnerável nem o direito ao aborto legal.

Alternativa (d): INCORRETA. Existe previsão legal para o aborto neste caso, conforme a excludente de ilicitude para gravidez resultante de estupro. Ignorar o direito da paciente à interrupção e focar apenas no pré-natal e saúde mental sem oferecer a opção legal de interrupção configura uma falha na assistência e no cumprimento dos direitos reprodutivos da paciente.

Em resumo: Menor de 14 anos grávida é, legalmente, vítima de estupro de vulnerável. Nessas situações, o aborto legal é garantido por lei, a notificação no Sinan é obrigatória e o profissional deve encaminhar a paciente para o serviço de referência sem exigir documentos policiais ou judiciais.

Questão 99

Análise da questão:

O caso clínico descreve uma paciente de 32 anos com sintomas que surgiram após a morte da mãe (ocorrida há 7 meses por infarto). Ela apresenta dor precordial atípica (longa duração, sem relação com esforço, exames normais), formigamento e a percepção de ouvir a voz da mãe. Esses elementos são cruciais para o diagnóstico diferencial entre luto normal, somatização e transtorno de luto patológico.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora o quadro possa ser classificado como luto normal, a conduta está errada. Não há indicação de prescrição de antidepressivos para "prevenir" o transtorno do luto complexo persistente em uma paciente que está vivenciando o luto dentro de um prazo esperado e cujos sintomas principais são somáticos. O luto é um processo fisiológico e não deve ser medicalizado precocemente sem critérios para Transtorno Depressivo Maior.

Alternativa (b) Correta: O quadro de 7 meses, com sintomas de saudade, choro e fenômenos sensoriais (ouvir a voz), ainda se enquadra no espectro do luto normal para muitas classificações (o DSM-5-TR e a CID-11 consideram o transtorno do luto prolongado geralmente após 6 a 12 meses, mas o foco aqui é a natureza dos sintomas). A dor no peito sem substrato orgânico, que mimetiza a causa da morte da mãe, é uma manifestação clássica de somatização decorrente da perda. A "terapia de reatribuição" é a abordagem padrão na Atenção Primária para pacientes com sintomas somáticos: consiste em acolher o sofrimento, fazer o link entre o sintoma físico e o estressor emocional e reatribuir a causa da dor ao processo de luto, evitando exames desnecessários e iatrogenias.

Alternativa (c) Incorreta: O diagnóstico de Transtorno do Luto Complexo Persistente (ou Luto Prolongado) exige que os sintomas sejam incapacitantes e persistam por um período superior ao esperado culturalmente (geralmente 12 meses no DSM-5-TR para adultos). Além disso, a conduta de iniciar antidepressivo não é a primeira linha para o luto em si, mas sim para comorbidades depressivas claras, que não estão totalmente configuradas, visto que a paciente mantém atividades como ginástica.

Alternativa (d) Incorreta: A dor torácica já foi investigada na emergência com exames laboratoriais e eletrocardiograma, que resultaram normais. Além disso, a dor tem características puramente atípicas. Solicitar novos exames complementares sem necessidade clínica reforça a ansiedade da paciente e o comportamento de busca por doenças (somatização), prejudicando o vínculo e o tratamento adequado.

Resumo do raciocínio:

A paciente apresenta uma identificação com a causa da morte da mãe (dor no peito), o que é comum no luto. A conduta na Atenção Primária deve ser a de validar a dor (ela é real, mas não é cardíaca) e conectá-la ao sofrimento emocional através da técnica de reatribuição, evitando a medicalização desnecessária de um processo de vida.

Questão 100

Esta questão aborda um tema fundamental da ética médica: a emissão de documentos, como atestados e relatórios. O Código de Ética Médica (CEM) é muito rigoroso quanto à veracidade e à fundamentação técnica de qualquer documento assinado pelo médico.

Alternativa a) Incorreta. É vedado ao médico falsificar a data de emissão de um documento. Colocar uma data retroativa (uma data que já passou) em um atestado caracteriza falsidade ideológica. Além disso, o atestado não pode ser emitido apenas com base no relato da colega, sem a realização de um exame clínico.

Alternativa b) Incorreta. Mesmo que o médico utilize a data atual no preenchimento do papel, ele estaria atestando um período de doença passado (retroativo) sem ter examinado a paciente naquele momento ou registrado o atendimento em prontuário. O atestado médico deve ser o reflexo de um ato médico realizado.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa reflete o que determina o Capítulo X (Documentos Médicos) do Código de Ética Médica, especificamente em seu Artigo 80. É vedado ao médico expedir documento médico sem ter examinado pessoalmente o paciente e registrado o ato no prontuário. No caso descrito, a R1 apenas relatou o ocorrido em uma conversa informal no vestiário; não houve consulta, exame físico ou registro formal da assistência prestada. Portanto, a R2 não pode emitir o atestado.

Alternativa d) Incorreta. Se houver uma consulta médica devidamente registrada, na qual o médico consiga comprovar tecnicamente a evolução de uma patologia e a necessidade de repouso em dias anteriores, ele pode emitir um atestado com a data atual (do dia do atendimento) especificando o período de afastamento necessário (retroativo ao início dos sintomas, se tecnicamente justificável). O erro da alternativa é dizer que é vedado "mesmo tendo ocorrido a consulta". O impedimento ético no caso da questão é a ausência do ato médico e do registro.

Em resumo, o atestado médico é parte integrante do ato médico. Para emitir tal documento, é obrigatório que o médico realize o exame clínico, tome uma decisão fundamentada e registre todas as informações no prontuário do paciente, independentemente de ser um colega de profissão ou não.