



FMJ

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



Gabarito: FMJ

2026 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

A hipertensão portal é caracterizada pelo aumento da pressão no sistema venoso portal, o que leva ao desenvolvimento de colaterais portossistêmicas (shunts) e à congestão de órgãos drenados por esse sistema. Para responder a essa questão, é fundamental distinguir as comunicações portossistêmicas verdadeiras de outras condições vasculares.

Alternativa a) Incorreta. As varizes de esôfago representam o sítio mais clássico de anastomose portossistêmica. Elas ocorrem pela comunicação entre a veia gástrica esquerda (tributária da veia porta) e as veias esofágicas inferiores, que drenam para a veia ázigos (sistema cava).

Alternativa b) Incorreta. As varizes gástricas surgem de forma análoga às esofágicas, envolvendo principalmente as veias gástricas curtas e a veia gástrica esquerda. São locais frequentes de desvio de fluxo sanguíneo na presença de hipertensão portal.

Alternativa c) Correta. O plexo hemorroidário externo não é uma via de desvio portossistêmico na hipertensão portal. Existe uma diferença técnica importante entre hemorroidas e varizes retais. Enquanto as varizes retais são colaterais portossistêmicas, as hemorroidas (internas ou externas) resultam do ingurgitamento dos plexos venosos anorretais por causas locais, como constipação e esforço evacuatório. Estudos clínicos indicam que a prevalência de doença hemorroidária em pacientes cirróticos não é superior à da população geral.

Alternativa d) Incorreta. O baço é um dos órgãos mais precocemente afetados. O aumento da pressão venosa é transmitido de forma retrógrada através da veia esplênica, resultando em congestão esplênica, esplenomegalia e, frequentemente, hiperesplenismo (sequestro de células sanguíneas).

Alternativa e) Incorreta. As varizes retais são comunicações portossistêmicas reais que ocorrem entre a veia retal superior (tributária da veia mesentérica inferior, no sistema porta) e as veias retais médias e inferiores (que drenam para a veia ílica interna, no sistema cava). Elas são consequências diretas da hipertensão portal.

Questão 2

A flebotomia da veia safena magna é um procedimento de exceção no atendimento ao trauma, indicado quando não se consegue acesso venoso periférico por punção ou acesso intraósseo. O local de escolha é o tornozelo, devido à anatomia constante e superficial da veia nessa região.

A alternativa (a) está incorreta. A localização inferior ao maléolo medial não é a recomendada, pois a veia safena magna ascende a partir do arco venoso dorsal do pé, passando à frente do maléolo.

A alternativa (b) está correta. De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support) e tratados de técnica cirúrgica, a veia safena magna situa-se aproximadamente 1 a 2 cm anterior e superior ao maléolo medial. Essa posição é previsível e permite um acesso rápido e seguro para a introdução de cateteres de grosso calibre.

A alternativa (c) está incorreta. A região posterior ao maléolo medial abriga estruturas como o tendão do músculo tibial posterior e o feixe vasculonervoso tibial (artéria, veias e nervo tibial), não sendo o trajeto da veia safena magna.

A alternativa (d) está incorreta. O maléolo lateral situa-se na face externa do tornozelo. A veia que passa nessa região é a veia safena parva (pequena safena), que se localiza posteriormente ao maléolo lateral, e não anterior.

A alternativa (e) está incorreta. Além de se referir ao maléolo lateral (lado oposto ao da safena magna), a localização posterior e inferior não é o sítio padrão para flebotomias de emergência no trauma grave.

Resumo anatômico: Para realizar o procedimento, o médico deve realizar uma incisão transversa na pele, cerca de 2 cm acima e 2 cm à frente do maléolo medial, para isolar a veia safena magna, que está acompanhada pelo nervo safeno.

Questão 3

RESUMO DA QUESTÃO: A hérnia umbilical na infância é uma patologia muito frequente, decorrente da falha no fechamento do anel umbilical após a queda do cordão. O manejo é, na maioria das vezes, expectante.

Alternativa A - INCORRETA: Os principais fatores de risco são a raça negra (e não orientais), a prematuridade e o baixo peso ao nascer (peso menor que 2.500 g, e não acima de 3 kg). A síndrome de Down é um fator de risco conhecido, mas a alternativa está errada devido aos demais itens mencionados.

Alternativa B - CORRETA: A grande maioria das hérnias umbilicais em crianças apresenta fechamento espontâneo conforme ocorre o desenvolvimento da musculatura abdominal. A conduta recomendada é aguardar até os 4 ou 5 anos de idade. Se a hérnia persistir após essa faixa etária, a cirurgia (herniorrafia) passa a ser indicada.

Alternativa C - INCORRETA: Essa condição é muito comum em recém-nascidos, especialmente nos prematuros. Além disso, ao contrário do que ocorre na população adulta, a hérnia umbilical na criança apresenta um risco de encarceramento e estrangulamento muito baixo, o que permite a conduta conservadora inicial.

Alternativa D - INCORRETA: O diagnóstico da hérnia umbilical é clínico, baseado na inspeção e na palpação do anel umbilical durante o exame físico. O ultrassom de parede abdominal é desnecessário para o diagnóstico ou para a indicação cirúrgica na imensa maioria dos casos pediátricos.

Alternativa E - INCORRETA: Não existe recomendação médica para restringir as atividades físicas da criança. A hérnia não impede o desenvolvimento motor normal e o esforço físico habitual da criança não aumenta significativamente o risco de complicações. Além disso, o uso de faixas ou moedas sobre o umbigo, prática comum na cultura popular, é contraindicado, pois pode causar irritação na pele e infecções, sem ajudar no fechamento do anel.

Questão 4

Alternativa (a): CORRETA. O toque retal (TR) é uma ferramenta semiológica fundamental no diagnóstico de tumores do reto distal e médio. A reflexão peritoneal marca a transição entre a porção do reto que está dentro da cavidade abdominal e a porção extraperitoneal. Lesões situadas abaixo dessa reflexão estão anatomicamente posicionadas no reto inferior ou médio, sendo perfeitamente palpáveis ao dedo examinador, que alcança, em média, de 7 a 10 cm da borda anal.

Alternativa (b): INCORRETA. Embora o toque retal seja essencial, ele não alcança 50% de todos os cânceres colorretais (CCR). Com a mudança epidemiológica e o aumento de tumores no cólon proximal (direito), estima-se que apenas cerca de 10% a 20% de todos os CCR sejam detectáveis pelo toque retal. Se considerarmos apenas os tumores de reto, a sensibilidade é maior, mas a alternativa refere-se ao CCR como um todo.

Alternativa (c): INCORRETA. Nenhum exame complementar substitui o exame físico. O toque retal fornece informações que a colonoscopia não consegue detalhar com

precisão, como o tônus do esfíncter anal, a fixação do tumor a estruturas adjacentes e a distância exata da lesão em relação à linha pectínea e ao aparelho esfíncteriano, dados que são vitais para o planejamento de cirurgias preservadoras de esfíncter.

Alternativa (d): INCORRETA. O toque retal deve ser realizado em pacientes de ambos os sexos. Em mulheres, o exame é crucial para avaliar o septo retovaginal e descartar massas pélvicas ou invasão vaginal por tumores retais. A avaliação da próstata é um benefício adicional no homem, mas não torna o exame "preferencial" para este sexo no contexto do diagnóstico de câncer colorretal.

Alternativa (e): INCORRETA. As posições de Sims (decúbito lateral esquerdo) e genupeitoral são posições técnicas padronizadas que facilitam a inspeção anal e a progressão do dedo no canal anal e ampola retal. O constrangimento do paciente deve ser manejado com profissionalismo, explicação do procedimento e garantia de privacidade, mas jamais deve ser motivo para omitir uma etapa tão importante do exame físico.

Questão 5

O fecaloma é uma massa fecal endurecida e volumosa que se acumula no cólon ou reto, sendo uma causa comum de pseudo-obstrução ou obstrução intestinal em pacientes idosos, acamados ou com megacólon. A descrição radiológica dessa condição é bastante específica.

Alternativa (a) Incorreta: A imagem em grão de café ou sinal do U invertido é o achado clássico do vólculo de sigmoide. Essa imagem representa a alça intestinal massivamente dilatada e dobrada sobre si mesma devido à torção do mesossigmoide.

Alternativa (b) Incorreta: Níveis hidroaéreos indicam a estase de líquido e gás dentro das alças intestinais, sendo sinais radiológicos de obstrução intestinal (mecânica ou funcional). Embora um fecaloma possa levar a um quadro obstrutivo e gerar níveis hidroaéreos a montante, essa não é a imagem característica da massa fecal.

Alternativa (c) Incorreta: O pneumoperitônio é caracterizado pela presença de ar livre na cavidade peritoneal, visualizado no RX em pé como um crescente gasoso abaixo das cúpulas diafragmáticas. É um sinal de perfuração de víscera oca, uma emergência cirúrgica.

Alternativa (d) Incorreta: O fecalito (ou apendicolito) refere-se a uma pequena massa fecal endurecida e, muitas vezes, calcificada. Embora compartilhem a mesma origem fisiopatológica, o termo não descreve o padrão radiológico clássico de uma grande

massa fecal (fecaloma) em exames de imagem simples.

Alternativa (e) Correta: A imagem em miolo de pão (ou padrão mosqueado) é a característica radiológica clássica do fecaloma no RX simples de abdome. Esse aspecto ocorre porque pequenas bolhas de gás ficam presas no interior da massa fecal sólida, conferindo uma aparência heterogênea e porosa, muito semelhante à textura interna de um pão. Essa imagem é tipicamente visualizada na topografia da ampola retal ou do sigmoide.

Questão 6

A questão descreve uma manobra semiológica específica utilizada no diagnóstico de apendicite aguda. Vamos analisar cada alternativa para compreender a definição de cada sinal citado:

Alternativa (a) Correta. O sinal de Lapinsky é caracterizado exatamente pela descrição do enunciado: o examinador comprime a fossa ilíaca direita enquanto o paciente, em decúbito dorsal, eleva o membro inferior direito estendido. A dor resultante ocorre devido à compressão do apêndice entre a parede abdominal e o músculo psoas em contração, sugerindo um processo inflamatório apendicular, frequentemente em posição retrocecal.

Alternativa (b) Incorreta. O sinal de Blumberg é a dor à descompressão súbita no ponto de McBurney (localizado na transição entre o terço externo e os dois terços internos de uma linha entre a cicatriz umbilical e a espinha ilíaca anterossuperior direita). É um indicador clássico de irritação peritoneal.

Alternativa (c) Incorreta. O sinal de Rovsing ocorre quando a compressão ou palpação profunda e contínua da fossa ilíaca esquerda provoca dor na fossa ilíaca direita. Isso acontece devido ao deslocamento retrógrado de gases do cólon em direção ao ceco, distendendo a região inflamada do apêndice.

Alternativa (d) Incorreta. O sinal de Giordano é pesquisado por meio da punho-percussão na região lombar (ângulo costovertebral). Se o paciente referir dor aguda em choque, o sinal é positivo, sugerindo habitualmente processos inflamatórios renais, como a pielonefrite, e não apendicite.

Alternativa (e) Incorreta. O sinal de Gersuny está relacionado à palpação de massas abdominais, geralmente associado ao fecaloma. Consiste na sensação de "crepitação" ou de descolamento da parede intestinal da massa fecal ao se aliviar a pressão da palpação.

Resumo: A descrição de compressão associada à elevação ativa da perna direita define o sinal de Lapinsky, diferenciando-o dos demais sinais clássicos de peritonite ou patologias renais.

Questão 7

Esta questão exige o conhecimento da classificação do choque hemorrágico proposta pelo ATLS (Advanced Trauma Life Support), que correlaciona a perda volêmica estimada com sinais vitais e estado mental.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O choque Classe I refere-se a uma perda de até 15% do volume sanguíneo (até 750 ml). Nesse estágio, os sinais vitais permanecem praticamente normais: a frequência cardíaca é inferior a 100 bpm, a pressão arterial e a pressão de pulso estão normais, a frequência respiratória situa-se entre 14-20 irpm e o débito urinário é superior a 30 ml/h. O paciente pode estar apenas levemente ansioso.

b) Correta. O choque Classe II ocorre com uma perda de 15% a 30% do volume (750 a 1500 ml). As características correspondem exatamente ao enunciado: frequência cardíaca entre 100-120 bpm, pressão arterial sistólica ainda normal, mas com redução da pressão de pulso (devido ao aumento da resistência vascular periférica para compensar a perda), frequência respiratória entre 20-30 irpm e débito urinário entre 20-30 ml/h. O estado mental apresenta ansiedade leve ou discreta agitação.

c) Incorreta. O choque Classe III envolve uma perda de 30% a 40% (1500 a 2000 ml). O marcador clínico fundamental aqui é a queda da pressão arterial sistólica (hipotensão). A frequência cardíaca sobe para mais de 120 bpm, a frequência respiratória aumenta para 30-40 irpm, o débito urinário cai para 5-15 ml/h e o paciente apresenta confusão mental ou agitação acentuada.

d) Incorreta. O choque Classe IV é uma situação de risco iminente de morte, com perda superior a 40% do volume (mais de 2000 ml). Caracteriza-se por taquicardia extrema (acima de 140 bpm), hipotensão severa, taquipneia acima de 35 irpm, débito urinário mínimo ou nulo (anúria) e o paciente encontra-se letárgico ou inconsciente.

e) Incorreta. A classificação oficial do choque hemorrágico do ATLS é dividida em apenas quatro categorias (Classes I, II, III e IV). Não existe uma "Classe V" nesta padronização.

Questão 8

Alternativa a: Incorreta. A vacinação contra o HPV, incluindo a nonavalente, não é contraindicada para pacientes com antecedente de condiloma acuminado. Embora a vacina não tenha efeito curativo sobre as lesões já existentes ou infecções prévias, ela é recomendada para prevenir novas infecções por outros sorotipos de HPV contidos no imunizante aos quais o paciente ainda não tenha sido exposto.

Alternativa b: Incorreta. O tratamento do condiloma na glândula não precisa ser obrigatoriamente cirúrgico. Existem diversas modalidades terapêuticas iniciais, como o uso de agentes químicos (ácido tricloroacético) ou imunomoduladores tópicos. A postectomia (circuncisão) pode ser indicada em casos específicos, como quando há recidivas frequentes em pacientes com excesso de prepúcio ou quando o tratamento tópico é dificultado pela anatomia, mas não é uma regra para todos os casos.

Alternativa c: Incorreta. Os condilomas acuminados, independentemente da localização (vaginal, peniana ou anal), são causados majoritariamente pelos tipos de HPV 6 e 11. Esses tipos são classificados como de baixo risco oncogênico. Os tipos virais de alto risco oncogênico, como o 16 e o 18, costumam estar relacionados a lesões intraepiteliais subclínicas (não visíveis a olho nu, como as verrugas) e ao desenvolvimento de neoplasias.

Alternativa d: Correta. O manejo do condiloma acuminado é flexível e depende de fatores como o volume da doença, a localização das lesões e a preferência do paciente. Existem tratamentos químicos e imunoterápicos que podem ser aplicados pelo próprio paciente em domicílio na forma de cremes ou pomadas, como o imiquimode e a podofilotoxina, desde que a localização e o acesso visual permitam a aplicação correta.

Alternativa e: Incorreta. O uso do termo "sempre" invalida a questão. Embora o HPV seja uma infecção sexualmente transmissível e o sexo sem preservativo aumente o risco, o preservativo não confere proteção total (100%), pois o vírus pode ser transmitido pelo contato da pele em áreas não cobertas pelo látex (como a região pubiana, base do pênis ou bolsa escrotal). Além disso, existem outras formas raras de transmissão, como a vertical (durante o parto) e a possível autoinoculação.

Questão 9

Para a resolução dessa questão, é fundamental compreender as particularidades anatômicas da face e as propriedades dos fios de sutura. O ferimento descrito é extenso (7 cm) e atravessa uma zona de transição, envolvendo a pele do queixo e a mucosa interna do lábio inferior.

Na face, o objetivo principal é a síntese tecidual com o melhor resultado estético possível e mínima reação inflamatória. Para isso, utilizamos fios mais finos. Na pele da face, o padrão é o uso de fios não absorvíveis monofilamentares, como o nylon, nos calibres 5-0 ou 6-0. Já em mucosas, como a parte interna do lábio, preferem-se fios absorvíveis, como o Vicryl (poliglactina 910), pois a retirada de pontos nessa região é tecnicamente difícil e dolorosa para o paciente, além de o fio absorvível ser mais maleável e confortável.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O nylon é um fio não absorvível e relativamente rígido. Se utilizado na mucosa oral, as extremidades do fio (extremidades do nó) causam irritação constante e ferimentos na língua e tecidos adjacentes. Além disso, o nylon na mucosa precisaria ser removido manualmente, o que é evitado nessa localização.

b) Correta. O Vicryl 6-0 é um fio absorvível sintético muito fino, ideal para a mucosa labial, proporcionando conforto e dispensando a retirada de pontos. O uso do ponto contínuo na mucosa ajuda na agilidade e no selamento da ferida. Na pele, o nylon 5-0 é adequado para a região do queixo, que apresenta uma mobilidade moderada. O ponto contínuo ancorado (ou chuleio ancorado) é uma técnica eficiente para ferimentos extensos (7 cm), pois permite uma boa coaptação das bordas e auxilia na hemostasia, uma vez que a região labial e mentoniana é altamente vascularizada.

c) Incorreta. Embora o nylon 6-0 possa ser utilizado na face, em regiões de maior movimentação e tensão, como o queixo, o calibre 5-0 oferece maior segurança contra deiscências. Além disso, a alternativa (b) descreve uma técnica de sutura (contínua ancorada) que é frequentemente preferida em prontos-socorros para agilizar o fechamento de feridas longas e garantir hemostasia em locais que sangram muito.

d) Incorreta. O erro principal reside no calibre do nylon. O nylon 3-0 é um fio muito grosso, indicado para áreas de pele espessa e alta tensão, como o dorso, joelhos ou couro cabeludo. O uso de nylon 3-0 na face resulta em cicatrizes inestéticas e marcas de sutura permanentes (aspecto de "trilho de trem").

e) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o uso de nylon 3-0 na pele do rosto é contraindicado devido ao prejuízo estético. O manejo de feridas faciais exige delicadeza e fios de menor diâmetro para minimizar a resposta cicatricial.

Questão 10

O caso clínico descreve um paciente com a tríade clássica da fissura anal crônica: ulceração (fissura propriamente dita), plicoma sentinela (na região posterior) e papila anal hipertrófica. O quadro é acompanhado de hipertonia do esfíncter anal interno e história de constipação intestinal severa. O objetivo do tratamento é quebrar o ciclo "dor-hipertonia-isquemia-não cicatrização", além de corrigir a consistência das fezes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o diltiazem a 2% (bloqueador de canal de cálcio) seja uma excelente opção para reduzir a pressão esfíncteriana e o óleo mineral ajude na constipação, a alternativa falha ao não incluir o banho de assento com água morna, que é fundamental para o relaxamento muscular e o alívio sintomático na fase aguda da dor e da hipertonia.

b) Incorreta. A xilocaína (lidocaína) é um anestésico local que apenas mascara a dor temporariamente, não tratando a causa-base (hipertonia). O bisacodil é um laxante estimulante que pode causar cólicas e não é a primeira escolha para o manejo crônico da constipação neste contexto. O uso de lenço umedecido, sem o complemento do banho de assento, pode não ser suficiente para a higiene e o relaxamento necessários.

c) Incorreta. O uso de corticoides tópicos não é indicado para fissuras anais, pois eles podem retardar a cicatrização tecidual, sendo mais utilizados em crises de hemorroidas ou proctites inflamatórias.

d) Incorreta. Pomadas contendo vitaminas (como a vitamina B) não possuem evidência científica para o tratamento de fissura anal. Além disso, a dose de bisacodil (3 vezes ao dia) é excessiva e inadequada para o tratamento inicial da constipação por baixa ingestão de fibras.

e) Correta. Esta alternativa apresenta o manejo completo e padrão-ouro para a fissura anal crônica:

1. Tratamento medicamentoso: A nifedipina tópica (bloqueador de canal de cálcio) promove a "esfíncterotomia química", relaxando a musculatura lisa do esfíncter anal interno e melhorando a perfusão local para permitir a cicatrização.
2. Manejo dietético: 30 gramas de fibra por dia é a recomendação clássica para normalizar o hábito intestinal.
3. Auxílio laxativo: O Tamarine (composto fitoterápico/laxante) auxilia no amolecimento das fezes inicialmente.
4. Higiene e relaxamento: O banho de assento com água morna é essencial, pois o calor úmido tem efeito mio-relaxante direto sobre o esfíncter anal, reduzindo a dor e

a hipertonia descritas no exame físico.

A presença do banho de assento com água morna e o uso de bloqueadores de canal de cálcio (nifedipina ou diltiazem) tornam a alternativa E a conduta mais completa para o caso.

Questão 11

Alternativa a - INCORRETA: Crianças com menos de 30 kg possuem reservas limitadas de glicogênio hepático. Por esse motivo, a reanimação apenas com Ringer Lactato é insuficiente, sendo necessária a associação de uma solução contendo glicose (soro de manutenção) para prevenir a hipoglicemia durante o período de reanimação.

Alternativa b - INCORRETA: De acordo com o ATLS (10ª edição), o volume de reanimação para crianças com menos de 30 kg ou menos de 14 anos é calculado como 3 ml de Ringer Lactato por quilo de peso por percentual de área de superfície corporal queimada (3 ml/kg/%SCQ). O valor de 1 ml citado na alternativa está abaixo do recomendado. Vale lembrar que esse volume de reanimação é somado ao soro de manutenção com glicose.

Alternativa c - INCORRETA: O débito urinário é o principal parâmetro para monitorar a eficácia da reanimação volêmica. Para adultos, o objetivo é manter um débito urinário de 0,5 ml/kg/hora. O valor de 1 ml/kg/hora é a meta recomendada para pacientes pediátricos com peso inferior a 30 kg.

Alternativa d - CORRETA: Esta é a regra clássica da reanimação volêmica em queimados (baseada na Fórmula de Parkland). O volume total estimado para as primeiras 24 horas deve ser dividido em duas partes: 50% do volume deve ser infundido nas primeiras 8 horas e os outros 50% nas 16 horas seguintes. Um detalhe fundamental é que o tempo é contado a partir do momento da queimadura, e não do início do atendimento médico.

Alternativa e - INCORRETA: A presença de lesão por inalação aumenta significativamente a resposta inflamatória sistêmica e a permeabilidade capilar. Isso leva a uma maior perda de fluidos para o espaço intersticial (terceiro espaço), o que geralmente exige uma oferta de volume muito maior do que a calculada apenas pela extensão da queimadura na pele. Muitos pacientes com lesão inalatória precisam de até 25 a 50% mais volume do que o previsto inicialmente.

Questão 12

Para o cálculo da Área de Superfície Corpórea Queimada (ASCQ) em crianças, utiliza-se a Regra dos Nove adaptada. A principal diferença em relação à regra aplicada em adultos reside na proporção da cabeça, que é proporcionalmente maior na criança, e dos membros inferiores, que são menores.

Na adaptação pediátrica clássica da Regra dos Nove, a distribuição é feita da seguinte forma:

- Cabeça: 18%
- Tronco Anterior (Frente): 18%
- Tronco Posterior (Costas): 18%
- Membros Superiores: 9% cada (totalizando 18%)
- Membros Inferiores: 13,5% cada (totalizando 27%)
- Genitais/Períneo: 1%

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O valor de 9% corresponde a cada um dos membros superiores da criança. Na cabeça, 9% representaria apenas a face anterior ou apenas a face posterior isoladamente.
 - b) Incorreta. 13% não é um valor padrão desta regra. O valor mais próximo é 13,5%, que corresponde a cada membro inferior na criança.
 - c) Incorreta. O valor de 15% não faz parte das subdivisões da Regra dos Nove para avaliação de queimaduras.
 - d) Correta. Tanto na regra para adultos quanto na regra adaptada para crianças, a região das costas (tronco posterior) é avaliada em 18%. O tronco totaliza 36%, sendo metade para a face anterior e metade para a face posterior.
 - e) Incorreta. O valor de 27% corresponde à soma da superfície dos dois membros inferiores da criança (13,5% + 13,5%), ou ainda à soma do tronco posterior (18%) com um dos membros superiores (9%), mas não define a região das costas isoladamente.
-

Questão 13

A questão aborda a Sequência Rápida de Intubação (SRI), um procedimento fundamental na medicina de emergência e anestesiologia. O objetivo da SRI é garantir a via aérea de forma rápida e segura, minimizando o risco de aspiração do conteúdo gástrico. Para um adulto de 70 kg, devemos seguir passos lógicos e doses farmacológicas precisas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A oxigenação deve ser a máxima possível (idealmente 100%) para criar uma reserva de oxigênio (desnitrogenação) e aumentar o tempo de apneia segura. Além disso, a administração da succinilcolina (bloqueador neuromuscular) nunca deve preceder o etomidato (hipnótico/indutor). Paralisar um paciente ainda consciente causa extremo sofrimento e agitação.

b) Incorreta. Embora a oxigenação esteja correta, a sequência de drogas está invertida (succinilcolina antes do etomidato). Outro erro crasso é a ordem final: não se insufla o cuff (balonete) antes de realizar a intubação; o cuff é expandido somente após o tubo estar posicionado na traqueia.

c) Correta. Esta alternativa descreve a sequência lógica e técnica da SRI:

1. Pré-oxigenação: Busca-se 100% de saturação para garantir reserva funcional.
2. Pressão na cartilagem cricoide (Manobra de Sellick): Tradicionalmente descrita para ocluir o esôfago e evitar regurgitação, embora seu uso rotineiro seja debatido atualmente, ainda é cobrada em provas.
3. Indução com etomidato: A dose padrão é de 0,3 mg/kg. Para um paciente de 70 kg, isso equivale a 21 mg, dose que promove hipnose rápida com estabilidade hemodinâmica.
4. Paralisia com succinilcolina: A dose de 100 mg para 70 kg (aproximadamente 1,4 mg/kg) está dentro da faixa recomendada de 1 a 1,5 mg/kg para bloqueio neuromuscular rápido.
5. Intubação: Realizada após o início da ação das drogas.
6. Insuflação do cuff: Realizada imediatamente após a inserção do tubo para vedar a via aérea.

d) Incorreta. A saturação de 85% é insuficiente para uma pré-oxigenação segura. A ordem das drogas está invertida (paralisante antes do hipnótico) e a dose do etomidato sugerida (0,5 mg/kg) é superior à dose padrão recomendada (0,3 mg/kg).

e) Incorreta. Embora a ordem das drogas (etomidato seguido de succinilcolina) esteja correta, a dose de etomidato de 0,5 mg/kg é considerada alta (o padrão é 0,3 mg/kg). A alternativa (c) é mais precisa tecnicamente quanto às dosagens e aos passos da

manobra.

Resumo Didático:

Na Sequência Rápida de Intubação, primeiro preparamos o paciente (oxigenação), protegemos a via aérea (manobra de pressão cricoide), administramos o sedativo/hipnótico (etomidato) e, imediatamente após, o bloqueador neuromuscular (succinilcolina). Somente após o paciente estar inconsciente e relaxado, procedemos à laringoscopia, inserção do tubo e, por fim, insuflação do balonete para proteção definitiva da via aérea.

Questão 14

A análise desta questão exige o conhecimento sobre o atendimento inicial ao traumatizado, controle de hemorragias e manejo de lesões vasculares periféricas. O objetivo é identificar a alternativa que apresenta uma conduta ou conceito incorreto.

Alternativa a) Correta. O uso de torniquetes, antes muito criticado, hoje é amplamente defendido em protocolos modernos de trauma (como o PHTLS e o ATLS) para o controle inicial de hemorragias exangüinantes em extremidades, especialmente em casos de amputação traumática nos quais a compressão direta pode ser insuficiente para estancar o sangramento arterial massivo.

Alternativa b) Correta. Embora em sangramentos catastróficos o torniquete possa ser a primeira escolha, a abordagem gradual ainda é um conceito válido na prática clínica. A compressão direta é a manobra inicial padrão. A compressão da artéria proximal e, por fim, o torniquete, compõem a escalada terapêutica para o controle do sangramento em ferimentos de extremidades.

Alternativa c) Correta. O uso de clamps ou pinças vasculares "às cegas" em ferimentos abertos dentro da sala de emergência é contraindicado. A tentativa de pinçar um vaso sem a visualização adequada e sem o ambiente cirúrgico controlado pode resultar em lesões definitivas em estruturas nobres adjacentes, como nervos e veias, além de dificultar uma posterior anastomose vascular. O controle temporário deve ser feito por compressão.

Alternativa d) Incorreta (Gabarito). O Índice Tornozelo-Braço (ITB) é uma ferramenta diagnóstica importante no trauma de extremidades. Um valor de ITB menor que 0,9 é considerado um "sinal sugestivo" (soft sign) de lesão vascular. Ao contrário do que afirma a alternativa, um ITB menor que 0,9 indica uma ALTA probabilidade (e não baixa) de lesão arterial significativa, possuindo alta sensibilidade e especificidade para identificar pacientes que necessitam de avaliação complementar, geralmente por angiotomografia ou arteriografia.

Alternativa e) Correta. O transporte da parte amputada deve seguir exatamente estes passos para garantir a viabilidade do tecido para um possível replante: limpeza (lavagem), proteção contra desidratação (gaze e toalha umedecidas) e resfriamento indireto. É fundamental que a peça amputada não entre em contato direto com o gelo (deve estar protegida pelo saco plástico) para evitar o congelamento e a lesão tecidual por frio.

Questão 15

Alternativa a) Incorreta. Embora existam fatores predisponentes anatômicos e genéticos, a incidência de hérnias inguinais pode ser influenciada por medidas de saúde pública, especialmente aquelas voltadas para a redução de fatores de risco que aumentam a pressão intra-abdominal ou prejudicam a síntese de colágeno, como o combate ao tabagismo (que altera o metabolismo do colágeno), o controle da obesidade e a prevenção de doenças respiratórias crônicas que causam tosse persistente.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico das hérnias inguinais é eminentemente clínico, baseado em uma anamnese detalhada e no exame físico (manobra de Valsalva). Exames de imagem, como a ultrassonografia, a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética, não são a "primeira escolha" de rotina, sendo reservados apenas para casos de dúvida diagnóstica, como em pacientes obesos ou na suspeita de hérnias ocultas/incipientes.

Alternativa c) Incorreta. A classificação de Nyhus define: Tipo I como hérnia inguinal indireta com anel inguinal interno normal (comum em crianças); Tipo II como hérnia inguinal indireta com anel inguinal interno dilatado, mas parede posterior preservada; e o Tipo III refere-se a defeitos na parede posterior (IIIa: direta; IIIb: indireta com destruição da parede posterior ou em calça; IIIc: femoral). Portanto, a alternativa inverteu os conceitos.

Alternativa d) Incorreta. A hérnia inguinal indireta é, de fato, a mais comum em crianças e também o tipo mais comum em ambos os sexos (homens e mulheres). As hérnias femorais são mais frequentes em mulheres do que em homens, porém, mesmo nas mulheres, a hérnia inguinal indireta ainda é mais prevalente que a femoral. As hérnias diretas são raras em mulheres e mais comuns em homens idosos devido ao enfraquecimento da parede posterior.

Alternativa e) Correta. A fisiopatologia das hérnias no adulto está intimamente ligada a alterações no metabolismo do tecido conjuntivo. Estudos mostram que pacientes com hérnia apresentam uma alteração na proporção e na qualidade das fibras de

colágeno na fáscia transversalis. Ocorre uma diminuição do colágeno tipo I (que garante resistência e força tênsil) e uma alteração ou aumento relativo do colágeno tipo III (colágeno mais "frouxo" e mecanicamente inferior), resultando em uma parede abdominal mais fragilizada e propensa a protrusões.

Questão 16

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

A doença de Crohn é uma patologia inflamatória transmural que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal. O acometimento perianal ocorre em cerca de um terceiro dos pacientes, manifestando-se principalmente por plicas cutâneas, fissuras, abscessos e fístulas complexas.

Alternativa (a) INCORRETA: O tratamento das fístulas na doença de Crohn não envolve mesalazina ou corticoides. A mesalazina é um aminossalicilato com pouca ou nenhuma eficácia na doença fistulizante. Os corticoides, embora potentes para a remissão da doença luminal, são ineficazes para o fechamento de fístulas e podem aumentar o risco de sepse perianal por mascarar ou agravar abscessos. O tratamento de escolha envolve antibióticos (ciprofloxacina/metronidazol), imunomoduladores (azatioprina) e, fundamentalmente, terapia biológica (anti-TNF, como o infliximabe).

Alternativa (b) INCORRETA: As fístulas na doença de Crohn são tipicamente complexas. Ao contrário das fístulas comuns (criptoglandulares), elas costumam apresentar trajetos longos, altos, com múltiplas ramificações e, frequentemente, envolvem uma porção significativa do aparelho esfinteriano, o que torna o tratamento cirúrgico desafiador.

Alternativa (c) CORRETA: Existe uma associação intrínseca entre fístulas e abscessos na doença de Crohn. O abscesso é considerado a fase aguda da doença fistulizante. A inflamação transmural leva à formação do trajeto (fístula), que pode sofrer obstrução e resultar no acúmulo de material purulento, formando o abscesso. Frequentemente, a presença de uma fístula é descoberta logo após a drenagem de um abscesso perianal recorrente.

Alternativa (d) INCORRETA: A cirurgia na doença de Crohn perianal tem indicações precisas e cautelosas. O objetivo principal não é a cura definitiva para evitar recidiva (já que a recidiva é comum pela natureza da doença), mas sim o controle de infecções. Cirurgias agressivas, como a fistulotomia, são evitadas devido ao alto risco de má cicatrização e incontinência fecal. O manejo cirúrgico padrão é a drenagem de abscessos e o uso de sedenhos (setons) terapêuticos.

Alternativa (e) INCORRETA: O exame considerado padrão-ouro para a avaliação de fístulas perianais e o planejamento terapêutico na doença de Crohn é a Ressonância Magnética (RM) de pelve. A RM possui maior sensibilidade e especificidade para identificar trajetos ocultos, ramificações e extensões acima do músculo elevador do ânus. A ultrassonografia transretal é uma excelente alternativa, mas depende do examinador e é inferior à RM na visão global da pelve.

Questão 17

A ultrassonografia (USG) é um método de imagem que se baseia na emissão de ondas sonoras. Sua capacidade de diagnóstico é excelente para avaliar órgãos sólidos, tecidos moles e líquidos. No entanto, o ultrassom possui uma limitação física fundamental: as ondas sonoras não se propagam bem através do gás ou de estruturas ósseas, que refletem o som e impedem a visualização das estruturas profundas.

Alternativa a: Incorreta. No abdome agudo perfurativo, ocorre a liberação de ar na cavidade abdominal (pneumoperitônio). O ar impede a passagem das ondas de ultrassom, tornando o raio X e a tomografia computadorizada exames muito superiores. No abdome vascular, como na isquemia mesentérica, a USG tem baixa sensibilidade, sendo a angiotomografia o exame de escolha.

Alternativa b: Incorreta. No abdome agudo obstrutivo, as alças intestinais ficam repletas de gás e líquido. O excesso de gás intestinal gera sombras acústicas que bloqueiam a visão do examinador, dificultando a identificação da causa da obstrução. No tipo perfurativo, o gás livre também é um limitador.

Alternativa c: Correta. O abdome agudo inflamatório e o infeccioso são as principais indicações da ultrassonografia na emergência. Patologias como colecistite aguda (inflamação da vesícula) e apendicite aguda (infecção/inflamação do apêndice) apresentam sinais muito claros ao ultrassom, como o espessamento das paredes dos órgãos, presença de cálculos, edema ao redor das estruturas e formação de abscessos (coleções purulentas). É um método rápido, acessível e altamente eficaz para esses casos.

Alternativa d: Incorreta. Embora a USG seja muito utilizada para detectar sangue livre na cavidade (como no protocolo FAST em traumas ou na gravidez ectópica rota), sua aplicação no abdome obstrutivo é muito limitada devido à distensão das alças por gases, como explicado anteriormente.

Alternativa e: Incorreta. Apesar de a USG ser capaz de identificar líquido livre em casos de abdome hemorrágico, o par inflamatório e infeccioso representa o cenário

onde o ultrassom oferece a maior riqueza de detalhes diagnósticos e é mais decisivo para a conduta médica imediata, sendo rotineiramente a primeira escolha em suspeitas de colecistite e apendicite.

Questão 18

TEMA: Colangite Aguda e Sinais Clínicos Clássicos

A questão exige o conhecimento de epônimos semiológicos fundamentais na gastroenterologia e cirurgia geral, especificamente aplicados à colangite aguda, que é a infecção bacteriana da via biliar geralmente secundária a uma obstrução (como a coledocolitíase).

CONCEITOS TEÓRICOS:

TRÍADE DE CHARCOT: É o conjunto clássico de sintomas que sugere o diagnóstico de colangite aguda. É composta por:

1. Febre (geralmente com calafrios).
2. Icterícia (amarelamento de pele e mucosas).
3. Dor abdominal (localizada no hipocôndrio direito).

PÊNTADE DE REYNOLDS: Representa uma evolução grave da colangite aguda, indicando um quadro de sepse biliar e choque. É composta pelos três itens da Tríade de Charcot mais dois achados adicionais:

4. Hipotensão arterial (choque séptico).
5. Alteração do nível de consciência (confusão mental ou letargia).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. A primeira parte (colangite) está correta para a Tríade de Charcot, mas a apendicite aguda não possui relação com a Pêntade de Reynolds. A apendicite manifesta-se tipicamente com dor que migra para a fossa ilíaca direita e febre, mas sem icterícia ou os outros componentes citados.

Alternativa B: Incorreta. A pancreatite aguda manifesta-se com dor abdominal intensa em barra e aumento de enzimas pancreáticas, não sendo caracterizada pela Tríade de Charcot. Embora a colangite possa ocorrer simultaneamente (colangiopancreatite), os epônimos são específicos da infecção biliar.

Alternativa C: Incorreta. Nem a apendicite aguda nem o cisto roto de ovário apresentam esses sinais clínicos. O cisto roto de ovário causa dor pélvica súbita e, em casos graves, hemoperitônio, sem a presença de icterícia ou febre alta inicial.

Alternativa D: Incorreta. A colangite está correta para a Tríade, mas a diverticulite complicada (que pode apresentar perfuração ou abscesso) não se caracteriza pela Pêntade de Reynolds. A diverticulite tipicamente causa dor na fossa ilíaca esquerda (a chamada "apendicite à esquerda").

Alternativa E: Correta. Ambas as descrições clínicas referem-se à colangite aguda. A Tríade de Charcot é o quadro clínico básico, presente em cerca de 50 a 70% dos pacientes. A Pêntade de Reynolds é a manifestação da forma supurativa grave da mesma doença, indicando alta mortalidade e necessidade de intervenção imediata para descompressão da via biliar.

GABARITO: Letra E.

Questão 19

O manejo da via aérea em pacientes com suspeita de lesão da coluna cervical exige técnica específica para minimizar a movimentação do pescoço e evitar danos neurológicos secundários. A principal estratégia utilizada é a Estabilização Manual In-Line (MILS).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Esta opção descreve a conduta padrão preconizada por protocolos internacionais como o ATLS (Advanced Trauma Life Support). A intubação deve ser feita por dois profissionais: enquanto um assistente abre a parte anterior do colar cervical e mantém a cabeça e o pescoço estabilizados manualmente (impedindo a extensão, flexão ou rotação durante a laringoscopia), o médico executor realiza a laringoscopia e a passagem do tubo. O colar cervical rígido dificulta a abertura da boca, por isso sua parte frontal deve ser aberta temporariamente para o procedimento.

Alternativa (b) INCORRETA: Remover o colar sem garantir a estabilização manual da coluna coloca o paciente em risco de lesão medular. A função primordial do assistente não é a preparação de materiais, mas sim a imobilização mecânica manual da coluna cervical durante toda a manipulação da via aérea.

Alternativa (c) INCORRETA: A manobra de Sellick (pressão na cartilagem cricoide para ocluir o esôfago) não é mais recomendada de rotina, pois pode dificultar a visualização da glote e não há evidências robustas de que previna a aspiração pulmonar em cenários de trauma. O foco do assistente deve ser a estabilização cervical (MILS).

Alternativa (d) INCORRETA: É extremamente difícil realizar a intubação com o colar cervical totalmente fechado e fixado, pois o dispositivo limita severamente a abertura bucal (distância interincisivos), impedindo o posicionamento correto do laringoscópio e a visualização das cordas vocais.

Alternativa (e) INCORRETA: Um único profissional não consegue realizar a estabilização cervical adequada e a laringoscopia simultaneamente de forma segura. A tentativa de realizar o procedimento sozinho, sem estabilização manual, resulta em movimentação excessiva da coluna durante a força aplicada pelo laringoscópio.

Questão 20

Para resolver esta questão, devemos analisar os critérios da Escala de Coma de Glasgow (ECG), especificamente o parâmetro da Melhor Resposta Motora. Esta parte da escala avalia a integridade do sistema nervoso central através da resposta a estímulos, variando de 1 a 6 pontos.

A decorticação, também denominada flexão anormal, caracteriza-se por uma postura em que o paciente mantém os membros superiores flexionados sobre o tórax, com punhos cerrados e rotação interna, enquanto os membros inferiores permanecem estendidos. Esse sinal clínico sugere uma lesão grave acima do nível do tronco encefálico (comumente lesão diencefálica ou hemisférica profunda).

Análise das alternativas:

Alternativa A (5 pontos): Incorreta. Esta pontuação é dada quando o paciente localiza a dor. Isso significa que ele realiza um movimento coordenado e intencional para tentar remover o estímulo doloroso aplicado (por exemplo, levar a mão até o trapézio ou acima da incisura supraorbital).

Alternativa B (4 pontos): Incorreta. Corresponde à flexão normal ou movimento de retirada. O paciente flete o membro para se afastar do estímulo, mas não apresenta a postura rígida, lenta e estereotipada que define a decorticação.

Alternativa C (3 pontos): Correta. De acordo com os critérios da Escala de Coma de Glasgow, a flexão anormal ou postura de decorticação recebe exatamente 3 pontos no componente motor. É uma resposta que indica sofrimento cerebral importante.

Alternativa D (2 pontos): Incorreta. Esta pontuação refere-se à extensão anormal, conhecida como decerebração. Nela, o paciente estende os braços com rotação interna dos punhos. É um sinal de maior gravidade do que a decorticação,

geralmente indicando lesão ou compressão ao nível do tronco encefálico.

Alternativa E (1 ponto): Incorreta. Indica ausência completa de resposta motora (ausente), mesmo após a aplicação de estímulos dolorosos intensos em diferentes sítios.

Resumo visual da pontuação motora:

- 6 pontos: Obedece a comandos.
- 5 pontos: Localiza a dor.
- 4 pontos: Retirada/Flexão normal.
- 3 pontos: Decorticação (Flexão anormal).
- 2 pontos: Decerebração (Extensão anormal).
- 1 ponto: Sem resposta.

Gabarito: Letra C.

Questão 21

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente em questão apresenta um quadro de hipertensão arterial não controlada (150/90 mmHg) associada a uma frequência cardíaca (FC) elevada (115 bpm). Além disso, possui comorbidades importantes: Diabetes Mellitus, Doença Renal Crônica (DRC) estágio 4 (TFG 28 ml/min), insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) e arritmia crônica. O desafio é escolher um anti-hipertensivo que também auxilie no controle da frequência cardíaca e seja seguro para sua função renal.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

a) Furosemida: É um diurético de alça indicado para o controle de volume e pressão arterial em pacientes com DRC avançada (TFG < 30 ml/min), em que os tiazídicos perdem eficácia. No entanto, embora ajude na pressão, a furosemida não possui efeito cronotrópico negativo, ou seja, não resolveria o problema da taquicardia (115 bpm) do paciente.

b) Bisoprolol (Correta): É um betabloqueador cardiosseletivo. Esta é a escolha preferencial para este caso porque trata as duas condições principais observadas na consulta: a hipertensão e a taquicardia. Betabloqueadores são fundamentais no manejo de arritmias e ajudam no controle sintomático da ICFEP ao aumentar o tempo de enchimento diastólico por meio da redução da frequência cardíaca. Além disso, não possui as contraindicações reais que o diltiazem ou a espirolactona

apresentam neste cenário específico.

c) Anlodipino: É um bloqueador de canal de cálcio di-hidropiridínico. É um excelente anti-hipertensivo, mas pode causar taquicardia reflexa como efeito colateral. Em um paciente que já se apresenta com FC de 115 bpm, o uso do anlodipino seria contraproducente, pois poderia acelerar ainda mais o ritmo cardíaco.

d) Diltiazem: É um bloqueador de canal de cálcio não di-hidropiridínico que também reduz a frequência cardíaca. Contudo, em pacientes com histórico de insuficiência cardíaca (mesmo com fração de ejeção preservada), os betabloqueadores (como o bisoprolol) são geralmente preferidos e possuem melhor perfil de segurança e evidência clínica do que os bloqueadores de cálcio não di-hidropiridínicos, que podem ter efeito inotrópico negativo indesejado em alguns subgrupos.

e) Espironolactona: É um antagonista da aldosterona. Embora seja benéfica na insuficiência cardíaca, o paciente apresenta uma TFG de 28 ml/min (DRC estágio 4). O início do uso de espironolactona é contraindicado ou deve ser feito com extremo rigor e cautela quando a TFG está abaixo de 30 ml/min, devido ao altíssimo risco de hipercalemia (aumento perigoso do potássio no sangue). Além disso, assim como a furosemida, não agiria no controle da frequência cardíaca.

Questão 22

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

O traçado apresentado mostra uma arritmia caracterizada pela ausência de ondas P organizadas, presença de ondas f (fibrilatórias) na linha de base e intervalos R-R irregularmente irregulares. Esses achados confirmam o diagnóstico de Fibrilação Atrial (FA).

Análise do Risco Embólico (CHA₂DS₂-VASc):

Para decidir sobre a anticoagulação na FA, utilizamos o escore CHA₂DS₂-VASc. No caso deste paciente:

1. Insuficiência Cardíaca (C): 1 ponto.
2. Hipertensão Arterial (H): 1 ponto.
3. Idade de 65 anos (A): 1 ponto.
4. Diabetes Mellitus (D): 1 ponto.

O escore total é 4. Para homens, um escore maior ou igual a 2 indica recomendação formal (Classe I) de início de anticoagulação oral para prevenção de fenômenos tromboembólicos, como o AVC.

Análise da Função Renal e Escolha do Fármaco:

O ponto crucial da questão é que o paciente possui Doença Renal Crônica (DRC)

estágio 4, com uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) de 28 ml/min. A maioria dos Novos Anticoagulantes Orais (DOACs), como a rivaroxabana e a dabigatrana, têm sua segurança e eficácia menos documentadas ou são contraindicados quando a TFG está abaixo de 30 ml/min, devido à excreção renal dessas drogas.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O paciente possui um escore CHA2DS2-VASc de 4, o que confere um alto risco de acidente vascular cerebral (AVC). Portanto, ele possui indicação imediata de iniciar a anticoagulação.

b) Incorreta. Embora existam estudos recentes e aprovações regulatórias específicas (como da FDA) para o uso de apixabana em pacientes com DRC avançada, em provas de residência e concursos, a conduta clássica para TFG menor que 30 ml/min ainda prioriza os antagonistas da vitamina K. Além disso, a alternativa d é considerada mais correta pelo perfil farmacocinético tradicional.

c) Incorreta. A rivaroxabana deve ser evitada ou usada com extrema cautela quando a TFG é menor que 30 ml/min. Na TFG de 28 ml/min, ela não seria a preferência em relação à varfarina.

d) Correta. O Marevan (Varfarina) é um antagonista da vitamina K com metabolismo predominantemente hepático. Por não depender da excreção renal para sua eliminação, é a droga de escolha segura e clássica para pacientes com disfunção renal severa (TFG menor que 30 ml/min), incluindo aqueles em estágio 4 ou em diálise.

e) Incorreta. A heparina subcutânea (seja não fracionada ou de baixo peso molecular) não é indicada para a anticoagulação crônica ambulatorial de pacientes com fibrilação atrial. Ela é utilizada apenas em ambiente hospitalar ou em estratégias de ponte para procedimentos cirúrgicos.

Questão 23

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um quadro de rebaixamento do nível de consciência de início agudo, associado a sinais sutis de atividade epileptiforme, como automatismos orais e movimentos oculares erráticos. Um dado fundamental da história é o AVC isquêmico recente, que representa um importante fator de risco para crises epilépticas e estado de mal epiléptico, devido à lesão cortical e consequente desequilíbrio elétrico neuronal.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. Embora o paciente apresente discreta leucocitúria, a presença de automatismos orais e movimentos oculares erráticos não é característica de delirium puramente infeccioso. Além disso, em idosos, a leucocitúria isolada pode representar apenas bacteriúria assintomática, não justificando um quadro neurológico tão súbito e específico sem outros sinais de sepse.

b) INCORRETA. O estado pós-ictal é o período de recuperação após uma crise convulsiva, caracterizado por sonolência e confusão. No entanto, a presença de movimentos oculares erráticos e automatismos orais sugere que a atividade ictal (a crise em si) ainda está ocorrendo de forma persistente, o que configura o estado de mal, e não apenas o período de recuperação.

c) CORRETA. O Estado de Mal Epiléptico Não Convulsivo (EMENC) deve ser sempre suspeitado em pacientes com rebaixamento de consciência inexplicado, especialmente naqueles com lesão cerebral prévia (como o AVCi recente). Os sinais clínicos podem ser muito sutis, como os automatismos e movimentos oculares descritos. O diagnóstico padrão-ouro é o eletroencefalograma (EEG) e a conduta imediata na emergência envolve o uso de benzodiazepínicos (como diazepam ou lorazepam) para tentar abortar a atividade elétrica anormal.

d) INCORRETA. Encefalopatias metabólicas (urêmica, hepática ou por distúrbios eletrolíticos) costumam cursar com flutuação da consciência e, por vezes, mioclonias multifocais ou asterixe (flapping), mas não costumam apresentar automatismos orais localizados e movimentos oculares erráticos de forma tão súbita e direcionada quanto as crises epiléticas. A glicemia normal (128 mg/dL) já afasta a causa metabólica mais comum (hipoglicemia).

e) INCORRETA. Por definição, uma crise epilética focal simples é aquela em que não há alteração do nível de consciência. Como o paciente apresenta "rebaixamento do nível de consciência", essa classificação está tecnicamente errada. Além disso, o tratamento de uma crise aguda na emergência não deve ser feito por via oral, mas sim por via intravenosa para garantir rapidez de ação.

Questão 24

O caso clínico apresenta um paciente com um quadro sistêmico grave e multiorgânico, caracterizado por hipertermia importante (39,5 °C), sintomas gastrointestinais (vômitos e dor abdominal), alteração do estado mental (agitação e confusão), tremores finos e taquicardia severa com fibrilação atrial. O ponto crucial para o diagnóstico é o histórico de cirurgia recente após a realização de uma tomografia computadorizada de face. Exames de imagem com contraste iodado e o estresse cirúrgico são gatilhos clássicos para a crise tireotóxica em pacientes com hipertireoidismo subjacente não diagnosticado.

A pontuação de Burch-Wartofsky para esse paciente seria muito elevada, confirmando a crise tireotóxica:

- Febre: 25 pontos
- Disfunção do SNC (confusão/agitação): 20 pontos
- Disfunção Gastrointestinal (dor/vômitos): 10 pontos
- Taquicardia (>130 bpm): 25 pontos
- Fibrilação Atrial: 10 pontos

Total estimado acima de 45 pontos, o que é altamente sugestivo de crise tireotóxica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A fibrilação atrial de alta resposta ventricular é uma manifestação comum da tireotoxicose, mas não é a patologia primária. Além disso, a cardioversão elétrica não é indicada como conduta inicial em um paciente com gatilho sistêmico evidente e estabilidade hemodinâmica relativa (PA 110/60 mmHg), pois a arritmia tende a reverter ou a ser controlada após o tratamento da causa-base.

b) Incorreta. Embora a síndrome serotoninérgica curse com agitação e tremores, o enunciado descarta o uso de medicamentos, o que torna essa hipótese improvável. Além disso, a fibrilação atrial e a história cirúrgica recente direcionam o diagnóstico para a etiologia endócrina.

c) Incorreta. O feocromocitoma causa crises adrenérgicas com hipertensão paroxística grave, cefaleia e sudorese. O paciente em questão apresenta pressão arterial limítrofe (110/60 mmHg) e o quadro de febre alta associado à fibrilação atrial é muito mais característico da crise tireotóxica.

d) Incorreta. A sepse é um diagnóstico diferencial importante devido à febre e taquicardia, porém o quadro de agitação psicomotora, tremores finos e a história de cirurgia otorrinolaringológica (com possível exposição ao iodo do contraste da TC prévia) tornam a crise tireotóxica a hipótese principal. Além disso, o paciente tem boa perfusão periférica e pressão arterial estável, não havendo indicação imediata de

vasopressores.

e) Correta. A crise tireotóxica é uma emergência médica que exige tratamento agressivo. A conduta inclui: betabloqueadores (como o propranolol) para controle dos sintomas adrenérgicos e bloqueio da conversão periférica de T4 em T3; antitireoidianos (como o propiltiouracil ou metimazol) para bloquear a síntese hormonal; corticosteroides (como a hidrocortisona ou dexametasona) para tratar uma possível insuficiência adrenal relativa e reduzir a conversão periférica de T4 em T3; e medidas de suporte, como antitérmicos e hidratação.

Questão 25

O quadro clínico descrito é altamente sugestivo de uma Crise Tireotóxica, também conhecida como Tempestade Tireoidiana. O paciente apresenta uma combinação clássica de sintomas em diversos sistemas: hipertermia grave (39,5 °C), manifestações cardiovasculares (taquicardia e fibrilação atrial), alterações gastrointestinais (vômitos e dor abdominal) e disfunção do sistema nervoso central (agitação, confusão mental e tremores finos).

Um ponto-chave para a questão é o histórico de tomografia computadorizada (TC) de face e cirurgia recente. O contraste iodado utilizado na TC pode desencadear o Fenômeno de Jod-Basedow (hipertireoidismo induzido por iodo) em pacientes com bócio ou nódulos autônomos. O estresse cirúrgico subsequente serviu como o fator precipitante para a crise aguda. Utilizando a Escala de Burch-Wartofsky, o paciente preenche critérios para alta probabilidade de crise tireotóxica (pontuação acima de 45).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A dosagem de metanefrinas é o exame inicial para feocromocitoma. Embora o feocromocitoma cause crises adrenérgicas, ele costuma cursar com picos de hipertensão arterial importante. O paciente em questão apresenta pressão arterial de 110/60 mmHg e um quadro febril e gastrointestinal mais característico de tireotoxicose.

Alternativa B (Incorreta): A dosagem de serotonina seria voltada para a investigação de síndrome serotoninérgica ou síndrome carcinoide. A síndrome serotoninérgica exigiria histórico de uso de drogas pró-serotoninérgicas e tipicamente apresenta hiperreflexia e mioclonias, o que não foi descrito.

Alternativa C (Incorreta): A ressonância magnética de abdome seria um exame secundário para localizar tumores (como o feocromocitoma) após confirmação

laboratorial. Em uma emergência com suspeita de crise endócrina metabólica, exames de imagem abdominal não são a prioridade imediata.

Alternativa D (Incorreta): O ecocardiograma transesofágico é útil para avaliar trombos intracavitários na fibrilação atrial ou endocardite. No entanto, a fibrilação atrial neste caso é secundária ao estado hipermetabólico. A prioridade é diagnosticar e tratar a causa-base da arritmia e do colapso sistêmico.

Alternativa E (Correta): A avaliação da função tireoidiana (TSH e T4 livre) é o exame prioritário. Diante da suspeita de crise tireotóxica, a confirmação laboratorial é essencial para guiar o tratamento agressivo, que inclui o bloqueio da síntese e liberação de hormônios tireoidianos, controle adrenérgico e suporte sistêmico.

Gabarito: Alternativa (e).

Questão 26

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um quadro clássico de sepse, provavelmente de foco pulmonar (pneumonia), com sinais claros de gravidade e disfunção orgânica: hipotensão arterial (PA 85/50 mmHg), confusão mental, taquipneia (FR 26 irpm), oligúria e má perfusão periférica (tempo de enchimento capilar de 4 segundos). De acordo com os protocolos internacionais (Surviving Sepsis Campaign), o manejo inicial deve ser rápido e focado na estabilização hemodinâmica e no controle do foco infeccioso.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): O pilar do tratamento da sepse e do choque séptico é o início precoce da antibioticoterapia. Cada hora de atraso no início do antibiótico está associada a um aumento significativo na mortalidade. A coleta de culturas (hemoculturas e cultura de escarro, se possível) deve ser realizada idealmente antes do início do medicamento, desde que isso não retarde o tratamento em mais de 45 minutos. O uso de espectro ampliado é justificado até que se identifique o agente causador.

Alternativa B (INCORRETA): O uso de corticosteroides na sepse é reservado para casos de choque séptico refratário, ou seja, pacientes que permanecem instáveis mesmo após ressuscitação volêmica adequada e uso de doses crescentes de vasopressores. Além disso, quando indicados, utilizam-se doses baixas (hidrocortisona) e não doses altas.

Alternativa C (INCORRETA): A conduta clássica preconiza a ressuscitação volêmica inicial (geralmente com 30 mL/kg de cristaloides) em pacientes com hipotensão ou lactato elevado. Embora discussões atuais considerem o início precoce de vasopressores em conjunto com os fluidos, a prioridade absoluta no manejo da sepse, visando à redução de mortalidade, continua sendo o início do antibiótico.

Alternativa D (INCORRETA): A restrição volêmica é o oposto do que se recomenda na fase inicial (fase de ressuscitação) de um paciente com sinais claros de hipoperfusão tecidual e hipotensão. O ecocardiograma ou o POCUS (ultrassonografia à beira do leito) podem auxiliar no monitoramento da resposta ao volume, mas não devem atrasar a conduta inicial de ressuscitação.

Alternativa E (INCORRETA): A transfusão sanguínea não é uma prioridade inicial no choque séptico, a menos que o paciente apresente uma anemia grave (hemoglobina abaixo de 7,0 g/dL) ou em situações muito específicas de baixa oferta de oxigênio que não responderam a outras medidas. Não há evidência de sangramento ativo no caso descrito.

Questão 27

O caso clínico descreve um paciente idoso com quadro clássico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Ao aplicarmos os critérios de gravidade, observamos que o paciente apresenta sinais de PAC grave e instabilidade hemodinâmica (sepse/choque séptico), evidenciados pela confusão mental, hipotensão (85/50 mmHg), oligúria e tempo de enchimento capilar prolongado (4 segundos). Pelo escore CURB-65, o paciente pontua pelo menos 3 (Confusão, Baixa pressão arterial e Idade maior ou igual a 65 anos), o que indica necessidade de internação imediata e suporte intensivo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A associação de amoxicilina com clavulanato é uma excelente opção para o tratamento ambulatorial de pacientes com comorbidades ou para casos de enfermidade em situações específicas. No entanto, é insuficiente para cobrir as necessidades de um paciente com sinais de gravidade e choque, situação em que se exige uma terapia intravenosa de maior espectro e eficácia comprovada em casos críticos.

Alternativa b) Correta. Para pacientes com PAC grave, a recomendação das principais diretrizes nacionais e internacionais é o tratamento combinado. A associação de um beta-lactâmico de terceira geração (Ceftriaxona) com um macrolídeo (Azitromicina) é

o esquema padrão. Essa combinação garante cobertura contra os principais patógenos da pneumonia comunitária, incluindo o *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e germes atípicos (como *Legionella* spp. e *Mycoplasma pneumoniae*), além de possuir efeito imunomodulador benéfico em casos graves.

Alternativa c) Incorreta. A vancomicina é um antibiótico direcionado especificamente para germes Gram-positivos, com destaque para o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Ela não deve ser usada isoladamente para pneumonia, pois não cobre os principais agentes comunitários (Gram-negativos e atípicos), e seu uso empírico só se justifica se houver fatores de risco específicos para MRSA.

Alternativa d) Incorreta. A piperacilina + tazobactam é uma associação de antibióticos de espectro estendido com ação contra *Pseudomonas aeruginosa*. O uso de cobertura antipseudomonas na PAC é reservado apenas para pacientes com fatores de risco claros, como uso recente de antibióticos de amplo espectro, internação hospitalar prolongada prévia ou doenças pulmonares estruturais (como bronquiectasias), o que não é o caso deste paciente, que negou intercorrências recentes.

Alternativa e) Incorreta. Esta combinação (piperacilina/tazobactam + vancomicina) é voltada para pneumonias hospitalares ou pacientes com alto risco de infecção por germes multirresistentes. O uso indiscriminado dessa associação em um quadro comunitário sem riscos específicos configura um excesso de tratamento (overtreatment) e contribui para a resistência bacteriana.

Questão 28

O manejo inicial de uma mordedura canina, especialmente em áreas nobres como a mão, exige uma avaliação minuciosa para prevenir complicações funcionais e infecciosas graves. A questão foca na conduta clínica inicial e no conhecimento da flora bacteriana oral dos cães.

Alternativa a) Incorreta. Embora a inspeção clínica e a avaliação funcional estejam corretas, a microbiologia citada (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* e *Proteus mirabilis*) não representa os patógenos primários e mais comuns encontrados na saliva canina. Essas bactérias são mais frequentes em infecções hospitalares ou contaminações ambientais específicas, e não no contexto imediato da mordedura de cão.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente os passos da avaliação inicial: inspeção em busca de sinais inflamatórios, teste de sensibilidade e motricidade (neurovascular), avaliação da integridade de tendões e cápsulas

articulares (especialmente importante na mão) e a busca por corpos estranhos (como fragmentos de dentes). Além disso, elenca corretamente a flora polimicrobiana característica: *Pasteurella* spp. (presente em mais de 50% dos casos), *Capnocytophaga canimorsus* (um bacilo Gram-negativo que pode causar sepse grave), além de cocos Gram-positivos (*Streptococcus* e *Staphylococcus*) e diversos anaeróbios.

Alternativa c) Incorreta. O erro desta alternativa reside na indicação de corticosteroides e antialérgicos. Não há indicação para essas medicações no tratamento de mordeduras. O uso de corticoides, inclusive, pode ser prejudicial ao prejudicar a resposta imune local e a cicatrização, aumentando o risco de aprofundamento da infecção.

Alternativa d) Incorreta. Realizar apenas limpeza superficial em uma ferida profunda na mão é uma conduta negligente. Lesões nas mãos têm alto risco de tenossinovite infecciosa e artrite séptica devido à proximidade das estruturas com a superfície. A avaliação da função articular e neurovascular é obrigatória para descartar lesões de tendões e nervos.

Alternativa e) Incorreta. O uso de corticosteroides para reduzir o edema local não é preconizado e pode mascarar sinais de infecção ou facilitar a proliferação bacteriana. Além disso, o conhecimento da microbiologia é fundamental para a escolha correta da antibioticoterapia profilática ou terapêutica (geralmente amoxicilina com clavulanato), não podendo ser negligenciado.

Questão 29

Esta questão aborda a conduta terapêutica em mordeduras de animais, especificamente o uso de antibioticoterapia profilática. Para resolver este caso, devemos analisar o local da lesão, a profundidade e o perfil microbiológico envolvido.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A azitromicina não é a primeira escolha para profilaxia em mordeduras de cães. Ela pode ser considerada em situações muito específicas, como em gestantes alérgicas à penicilina, mas não possui a mesma eficácia que o esquema de primeira linha contra o principal patógeno envolvido, a *Pasteurella multocida*.

b) Correta. A amoxicilina associada ao clavulanato é o antibiótico de escolha para a profilaxia e o tratamento de mordeduras humanas e de animais (cães e gatos). Essa combinação oferece cobertura contra aeróbios e anaeróbios, incluindo *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* spp. e, fundamentalmente, a *Pasteurella*

multocida, que é um cocobacilo gram-negativo comum na flora oral desses animais e que costuma ser resistente a cefalosporinas de primeira geração e clindamicina. A profilaxia está indicada neste caso, mesmo sem sinais de infecção, pois a ferida localiza-se na mão (área de alto risco devido à proximidade de estruturas nobres como tendões e articulações) e é profunda.

c) Incorreta. A cefalexina, uma cefalosporina de primeira geração, é excelente para tratar infecções de pele comuns por *Staphylococcus* e *Streptococcus*, porém apresenta cobertura insuficiente contra a *Pasteurella multocida*. Portanto, não deve ser utilizada isoladamente em mordeduras de animais.

d) Incorreta. Embora nem toda mordedura de cão necessite de antibiótico, existem critérios de alto risco que exigem a profilaxia imediata (geralmente por 3 a 5 dias). Os principais critérios presentes no enunciado são: localização em extremidade (mão esquerda) e profundidade da lesão (exposição de tecido subcutâneo). Outros critérios incluem pacientes imunossuprimidos, feridas em face, genitais ou próximas a articulações. Aguardar sinais de infecção em uma ferida profunda na mão aumenta drasticamente o risco de complicações graves, como tenossinovite ou artrite séptica.

e) Incorreta. O metronidazol possui excelente ação contra bactérias anaeróbias, mas carece de cobertura contra os germes aeróbios e facultativos (como a *Pasteurella*) que são frequentes nessas lesões. Ele poderia ser usado em combinação com outros agentes em casos de alergia grave à penicilina, mas nunca de forma isolada para este fim.

Resumo do raciocínio médico: Diante de uma mordedura de cão profunda em mão, a conduta obrigatória é a limpeza exaustiva, a avaliação do status vacinal para tétano e raiva, e a prescrição de antibioticoterapia profilática com Amoxicilina/Clavulanato devido ao alto risco de complicações infecciosas.

Questão 30

Esta questão aborda o manejo de ferimentos por animais domésticos, focando na profilaxia da raiva e do tétano, temas frequentes em provas de residência.

Análise do Caso Clínico:

1. Paciente: Adulto, 28 anos, hígido.
2. Ferimento: Localizado na mão (extremidade) e profundo (exposição de tecido subcutâneo). Segundo o Ministério da Saúde, ferimentos em mãos, pés, cabeça, face ou genitais, bem como ferimentos profundos, são classificados como acidentes graves.
3. Animal: Cão do vizinho, passível de observação por 10 dias, atualmente saudável.

Conduta para Raiva Humana (Protocolo do Ministério da Saúde):

Para acidentes graves nos quais o cão ou gato é passível de observação, a conduta recomendada é: iniciar o esquema de vacinação (duas doses, nos dias 0 e 3) e observar o animal por 10 dias. Se o animal permanecer sadio após esse período, o tratamento é interrompido. O soro antirrábico (SAR) só seria indicado de imediato se o animal fosse desconhecido, tivesse morrido ou apresentasse sinais sugestivos de raiva no momento do acidente.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O tétano deve ser prevenido em ferimentos por mordedura (considerados ferimentos "sujos" ou de risco). Em pacientes com esquema vacinal completo, mas com a última dose há mais de 5 anos em caso de ferimentos graves ou sujos, ou mais de 10 anos em ferimentos leves, indica-se o reforço vacinal. Portanto, se o paciente recebeu a última dose há mais de 10 anos, ele necessita, sim, de vacinação antitetânica.

b) Incorreta. O soro antirrábico não é indicado inicialmente neste caso, porque o animal é conhecido e pode ser observado. O soro é reservado para acidentes graves nos quais o animal não pode ser monitorado ou já apresenta sintomas.

c) Correta. Como o acidente é classificado como grave (ferida profunda na mão), inicia-se a vacinação profilática imediatamente. No entanto, como o animal é passível de observação e está saudável, não há indicação de soro antirrábico no momento. Se o animal adoecer ou morrer durante os 10 dias de observação, o esquema vacinal é completado e o soro é administrado.

d) Incorreta. Devido à localização (mão) e à profundidade da lesão, o protocolo brasileiro exige o início da vacinação concomitante à observação do animal. Não se deve "apenas observar" sem iniciar a profilaxia vacinal em acidentes graves.

e) Incorreta. É o oposto da conduta correta. A vacinação deve ser iniciada, mas o soro é dispensável enquanto o animal estiver saudável sob observação.

Questão 31

O ponto central desta questão é o cálculo e a interpretação do Gradiente de Albumina Soro-Ascite (GASA), uma ferramenta fundamental na prática clínica para diferenciar as causas de ascite.

Cálculo do GASA:

O GASA é calculado subtraindo-se a concentração de albumina do líquido ascítico da concentração de albumina sérica ($GASA = \text{Albumina sérica} - \text{Albumina do líquido ascítico}$).

No caso apresentado: $3,2 \text{ g/dl} - 1,8 \text{ g/dl} = 1,4 \text{ g/dl}$.

Interpretação Clínica:

1. GASA maior ou igual a 1,1 g/dl: Indica que a ascite é decorrente de Hipertensão Portal (com acurácia de cerca de 97%). No paciente em questão, a presença de metástases hepáticas e sinais de circulação colateral abdominal corrobora o quadro de hipertensão portal secundária a infiltração neoplásica maciça ou compressão do sistema porta no fígado.

2. GASA menor que 1,1 g/dl: Indica que a ascite não é causada por hipertensão portal. As principais causas são carcinomatose peritoneal, tuberculose peritoneal, síndrome nefrótica ou pancreatite.

Análise das alternativas:

a) Correta. O cálculo do GASA resulta em 1,4 g/dl (3,2 - 1,8). Como o valor é superior a 1,1 g/dl, ele sugere fortemente a hipertensão portal como o mecanismo fisiopatológico da ascite, o que condiz com os achados de hepatomegalia e circulação colateral.

b) Incorreta. Embora o valor de 1,4 g/dl esteja correto, a interpretação está errada. Um GASA de 1,4 g/dl afasta a possibilidade de uma ascite puramente por exsudato peritoneal (causada por inflamação ou obstrução linfática direta), apontando para o regime de hipertensão portal.

c) Incorreta. O valor do GASA está correto, mas a carcinomatose peritoneal é uma causa de ascite com GASA baixo (menor que 1,1 g/dl), pois nela ocorre o aumento da permeabilidade capilar ou obstrução linfática, o que eleva a albumina no líquido ascítico e reduz o gradiente.

d) Incorreta. O valor de 5,0 g/dl está matematicamente errado (provavelmente derivado da soma das albuminas, o que não faz sentido clínico). Além disso, a carcinomatose peritoneal apresenta GASA baixo.

e) Incorreta. O cálculo do GASA está errado (5,0 g/dl). Embora a interpretação de hipertensão portal esteja correta para valores elevados, o erro no cálculo invalida a alternativa.

Conclusão:

O número de neutrófilos ($120/\text{mm}^3$) está normal (abaixo de $250/\text{mm}^3$), o que descarta

Peritonite Bacteriana Espontânea no momento. O diagnóstico final é ascite por hipertensão portal secundária a doença hepática metastática.

Questão 32

Análise Clínica e Laboratorial:

O ponto crucial para resolver esta questão é o cálculo do Gradiente de Albumina Soro-Ascite (GASA). O cálculo é feito subtraindo a albumina do líquido ascítico da albumina sérica: $3,2 - 1,8 = 1,4$ g/dL.

Um GASA maior ou igual a 1,1 g/dL indica, com alta acurácia, que a ascite é decorrente de hipertensão portal. No contexto de um paciente com câncer colorretal e metástases hepáticas maciças, a hipertensão portal ocorre pela compressão do sistema venoso ou pela substituição do parênquima hepático pelas metástases, mimetizando a fisiopatologia da cirrose. O exame físico reforça essa tese ao descrever hepatomegalia e circulação colateral abdominal. O número de neutrófilos ($120/\text{mm}^3$) descarta peritonite bacteriana espontânea no momento (que exigiria contagem acima de $250/\text{mm}^3$).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Correta. Como o mecanismo da ascite é a hipertensão portal (GASA alto), o tratamento segue as diretrizes da ascite cirrótica. A conduta inicial é a restrição de sódio na dieta. Se a restrição salina isolada não for suficiente para o controle do volume, a introdução de diuréticos é necessária. O esquema padrão envolve a combinação de espironolactona (antagonista da aldosterona) e furosemida (diurético de alça), que atuam de forma sinérgica na excreção de sódio e controle do potássio.

Alternativa b) Incorreta. A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico e não é considerada droga de primeira linha no manejo da ascite portal. O uso da espironolactona é essencial, pois o paciente com hipertensão portal apresenta hiperaldosteronismo secundário.

Alternativa c) Incorreta. Embora a espironolactona esteja correta, a hidroclorotiazida não substitui a furosemida no esquema de primeira escolha para ascite por hipertensão portal.

Alternativa d) Incorreta. Os diuréticos são indicados para reduzir o volume de líquido ascítico e aliviar o desconforto respiratório ou abdominal, não dependendo da presença de hiponatremia. Pelo contrário, o uso excessivo de diuréticos pode causar

ou agravar uma hiponatremia preexistente.

Alternativa e) Incorreta. Esta alternativa descreve a conduta para a carcinomatose peritoneal (quando as células neoplásicas estão no peritônio), que apresenta GASA menor que 1,1 g/dL. Nesses casos, a ascite ocorre por aumento da permeabilidade capilar e não por força hidrostática portal, respondendo mal a diuréticos. Como este paciente tem GASA de 1,4 g/dL, sua ascite é portal e responderá aos diuréticos.

Questão 33

Para resolver esta questão, devemos analisar os dados da paracentese diagnóstica e do quadro clínico do paciente sob dois aspectos principais: a causa da ascite e a presença ou ausência de infecção.

1. Cálculo do GASA (Gradiente de Albumina Soro-Ascite):

O GASA é calculado subtraindo a albumina do líquido ascítico da albumina sérica.

$$\text{GASA} = 3,2 \text{ (soro)} - 1,8 \text{ (líquido)} = 1,4 \text{ g/dL}$$

Um GASA maior ou igual a 1,1 g/dL indica a presença de hipertensão portal. No contexto deste paciente, a hepatomegalia, a circulação colateral e as metástases hepáticas explicam essa hipertensão portal.

2. Avaliação de Infecção (Peritonite Bacteriana Espontânea - PBE):

O critério diagnóstico padrão para PBE é a contagem de neutrófilos (polimorfonucleares) no líquido ascítico. Define-se PBE quando esse valor é maior ou igual a 250 células/mm³. No caso apresentado, o paciente possui apenas 120 neutrófilos/mm³.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O início de antibioticoterapia empírica está indicado quando a contagem de neutrófilos é superior a 250/mm³ ou se houver forte suspeita clínica de infecção (como dor abdominal súbita ou febre), o que não é descrito no enunciado.

b) Incorreta. Não há indicação clínica ou laboratorial para repetir a paracentese em 24 horas, uma vez que o resultado atual é claro e o paciente não apresenta sinais de gravidade ou dúvida diagnóstica que justifique o procedimento imediato novamente.

c) Incorreta. O diagnóstico de PBE é baseado na citologia (neutrófilos \geq 250). A cultura é importante para identificar o agente e guiar o tratamento, mas não se "aguarda" a cultura para definir a conduta inicial de PBE; o tratamento deve ser iniciado assim que a citologia vier alterada. Como a citologia está normal (120/mm³), a PBE não é o diagnóstico atual.

d) Correta. Como a contagem de neutrófilos é de $120/\text{mm}^3$, o paciente não preenche o critério citológico necessário para o diagnóstico de Peritonite Bacteriana Espontânea (que exige $> 250/\text{mm}^3$). Portanto, a conduta correta na análise dos resultados é apontar a ausência de critérios.

e) Incorreta. Embora o critério para PBE não tenha sido atingido, o termo "descartar" é muito forte na medicina. Existe a possibilidade de bacterascite (cultura positiva com neutrófilos baixos), embora seja menos comum. No entanto, a alternativa (d) é tecnicamente mais precisa ao focar nos critérios diagnósticos objetivos apresentados.

Questão 34

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta Diabetes Mellitus tipo 1 e utiliza um esquema de três aplicações diárias com insulinas humanas (NPH e Regular) devido a restrições financeiras. O principal problema relatado é a hipoglicemia noturna (entre 2h e 4h da manhã) e em jejum, indicando que a dose de insulina basal (NPH) do período da noite está excessiva ou com pico de ação desajustado para as necessidades do paciente.

Alternativa A: Incorreta. Manter o esquema atual é inadequado, pois o paciente já apresenta eventos recorrentes de hipoglicemia noturna e glicemias de jejum abaixo de 70 mg/dl . A prioridade na insulinoterapia é a segurança, e manter uma conduta que gera hipoglicemias frequentes aumenta o risco de eventos graves e dessensibilização aos sintomas de alerta.

Alternativa B: Incorreta. Embora os análogos de insulina de ação ultrarrápida (Lispro ou Aspart) apresentem menor risco de hipoglicemia tardia em comparação à insulina Regular, o enunciado especifica que o paciente possui dificuldades financeiras e só dispõe de insulinas humanas. Propor uma mudança para medicamentos de alto custo que o paciente não pode adquirir torna a conduta inviável na prática clínica apresentada.

Alternativa C: Incorreta. Aumentar a dose de insulina Regular antes do jantar aumentaria o risco de hipoglicemia no período do início da noite, não corrigindo o problema das 2h às 4h da manhã. Além disso, não se "compensa" hipoglicemia aumentando doses de insulina; o ajuste deve ser para reduzir o excesso de efeito hipoglicemiante no horário crítico.

Alternativa D: Incorreta. Pacientes com DM1 possuem deficiência absoluta de insulina e necessitam obrigatoriamente de uma cobertura basal (feita pela NPH neste caso) durante as 24 horas do dia. Suspender a NPH deixaria o paciente sem insulina basal

durante a madrugada, levando a hiperglicemia severa e risco de cetoacidose diabética.

Alternativa E: Correta. Esta é a conduta mais adequada e segura. A redução da dose de NPH aplicada ao deitar ataca diretamente a causa da hipoglicemia noturna e do jejum. A redistribuição de parte dessa dose para o período da manhã ajuda a manter a cobertura basal diurna. A simplificação do esquema para duas aplicações (NPH+Regular no café e NPH+Regular no jantar) é uma estratégia válida para pacientes com dificuldade de autogerenciamento, visando melhorar a adesão e o controle glicêmico dentro da realidade social e financeira do indivíduo. A monitorização continua sendo essencial para novos ajustes finos.

Questão 35

Esta questão aborda o rastreamento de complicações crônicas em um paciente com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) com mais de cinco anos de diagnóstico. As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA) recomendam o início do rastreamento de complicações microvasculares em pacientes com DM1 após cinco anos do diagnóstico ou a partir da puberdade.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Esta alternativa está em plena conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais. Para um paciente com 12 anos de evolução de DM1, o rastreamento deve ser anual e incluir: 1) Retinopatia (exame oftalmológico com fundo de olho ou retinografia); 2) Nefropatia (dosagem de albuminúria em amostra isolada para relação albumina/creatinina e cálculo da taxa de filtração glomerular); 3) Neuropatia (avaliação clínica anual dos pés com testes de sensibilidade e reflexos). Além disso, o controle dos fatores de risco macrovasculares exige a monitorização da pressão arterial e do perfil lipídico. O foco na educação em saúde e na abordagem multifatorial é essencial, especialmente em um paciente com dificuldades financeiras e risco de hipoglicemia.

Alternativa B (Incorreta): O intervalo de dois anos para o exame oftalmológico não é o padrão inicial para pacientes com DM1 de longa data, sendo o rastreamento anual a regra. Além disso, negligenciar o rastreamento de neuropatia e o perfil lipídico é um erro grave, pois o controle glicêmico, embora fundamental, não elimina totalmente o risco cardiovascular e de neuropatia.

Alternativa C (Incorreta): Não há indicação de realizar ecocardiograma ou teste ergométrico anualmente em pacientes assintomáticos, mesmo com diabetes. O rastreamento de doença macrovascular em jovens baseia-se no controle de fatores

de risco (PA, lipídios, tabagismo). Jamais se deve dispensar a avaliação de microvasculopatias, que são as complicações mais comuns no DM1.

Alternativa D (Incorreta): O rastreamento semestral para a maioria desses exames (como retinografia e microalbuminúria) é desnecessário e gera custos excessivos ao sistema de saúde, não sendo recomendado em pacientes estáveis. Além disso, a solicitação de PCR ultrasensível de rotina não é preconizada para o rastreamento padrão de complicações do diabetes.

Alternativa E (Incorreta): Esta conduta é insuficiente (sub-rastreamento). O exame dos pés e a medida da pressão arterial são fundamentais, mas a ausência de avaliação renal (creatinina/albuminúria) e ocular (fundo de olho) deixa o paciente vulnerável à progressão de doenças que podem levar à insuficiência renal e à cegueira, complicações que possuem tratamentos preventivos eficazes se detectadas precocemente.

Resumo Didático:

No DM1, após cinco anos de doença, o "check-up" anual obrigatório inclui:

- Olhos: Fundo de olho.
- Rins: Relação albumina/creatinina urinária e creatinina sérica.
- Pés: Exame físico neurológico e vascular.
- Risco Cardiovascular: Perfil lipídico e pressão arterial em todas as consultas.
- Alvo de HbA1c: Geralmente $< 7\%$, mas deve ser individualizado se houver hipoglicemias graves ou frequentes.

Questão 36

O quadro clínico descreve um paciente com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST). Ao analisar o eletrocardiograma, observa-se um supradesnivelamento do segmento ST nas derivações da parede inferior (DII, DIII e aVF) e nas derivações precordiais laterais (V4 a V6), confirmando a necessidade imediata de terapia de reperfusão.

O ponto central da questão é a escolha entre a angioplastia primária (ICP) e a trombólise química. De acordo com as diretrizes de cardiologia, a angioplastia primária é a estratégia preferencial, desde que possa ser realizada em até 120 minutos a partir do primeiro contato médico. No caso descrito, o paciente já aguardou 45 minutos no hospital de origem e o tempo de transporte estimado para o centro de referência é de 80 minutos. Somando apenas esses dois intervalos ($45 + 80 = 125$ minutos), o limite de 120 minutos já é ultrapassado, sem considerar o tempo necessário para o início efetivo do procedimento no hospital de destino.

Dessa forma, a conduta indicada é a estratégia farmacoinvasiva: realizar a trombólise no local (se não houver contraindicações) para abrir a artéria o mais rápido possível e, em seguida, transferir o paciente para um centro com hemodinâmica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Como o tempo para a realização da angioplastia primária excede os 120 minutos, a transferência imediata sem trombólise prévia resulta em um tempo de isquemia prolongado, o que aumenta a mortalidade e o dano miocárdico.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão quando o tempo porta-balão previsto é superior a 120 minutos. A trombólise deve ser realizada idealmente em até 30 minutos após a chegada ao hospital sem hemodinâmica (tempo porta-agulha), seguida de transferência para angiografia.

Alternativa c) Incorreta. O IAMCSST exige reperfusão emergencial. A estabilidade hemodinâmica momentânea não autoriza o tratamento puramente conservador, pois a artéria coronária permanece ocluída, levando à necrose progressiva do músculo cardíaco.

Alternativa d) Incorreta. No contexto de infarto com supra de ST, a intervenção coronariana não é eletiva. Se não houver sucesso na trombólise, a angioplastia de resgate deve ser imediata. Se houver sucesso, a angiografia deve ser realizada de forma rotineira entre 2 e 24 horas após o fibrinolítico.

Alternativa e) Incorreta. Mesmo que o paciente apresente critérios de reperfusão (melhora da dor e redução do supra), ele não deve permanecer no hospital de origem. A estratégia farmacoinvasiva preconiza que todo paciente trombolisado deve ser transferido para um centro com hemodinâmica para realizar cateterismo e tratar a lesão residual nas horas seguintes.

Questão 37

O caso clínico descreve um quadro clássico de anemia hemolítica. Os sinais de hemólise estão presentes tanto na clínica (icterícia e esplenomegalia) quanto nos exames laboratoriais (reticulocitose, LDH elevado, bilirrubina indireta aumentada e haptoglobina consumida/indetectável).

A diferenciação diagnóstica baseia-se nos seguintes pontos-chave:

1. Teste de Coombs negativo: Este dado é fundamental, pois afasta as causas imunes de hemólise, como a anemia hemolítica autoimune (AHAI).
2. História familiar e esplenomegalia: Sugerem uma patologia hereditária de caráter crônico, com destruição esplênica dos eritrócitos.
3. Esfregaço de sangue periférico: Embora a imagem não esteja visível no texto, o diagnóstico de esferocitose é confirmado pela presença de esferócitos — hemácias pequenas, esféricas, densamente coradas e sem a palidez central característica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A anemia hemolítica autoimune (AHAI) também pode apresentar esferócitos no sangue periférico, porém, obrigatoriamente, o teste de Coombs direto seria positivo, indicando a presença de anticorpos ou complemento na superfície das hemácias.

b) Incorreta. A síndrome mielodisplásica é um distúrbio clonal da medula óssea que geralmente ocorre em pacientes mais velhos e se manifesta com citopenias por falência medular (reticulócitos baixos) e displasia celular, não apresentando o perfil de hemólise regenerativa descrito.

c) Incorreta. A talassemia beta maior cursa com anemia microcítica e hipocrômica acentuada (VCM muito baixo), além de apresentar no esfregaço células em alvo (leptócitos) e eritroblastos, e não esferócitos. O VCM de 90 fL do paciente está no limite da normalidade, o que é comum na esferocitose devido à presença de reticulócitos (que são maiores).

d) Correta. A esferocitose hereditária é a principal causa de anemia hemolítica por defeito na membrana da hemácia. A tríade clínica de anemia, icterícia e esplenomegalia, somada à história familiar positiva e ao teste de Coombs negativo, define o diagnóstico. A deficiência de proteínas da membrana (como anquirina ou espectrina) faz com que a hemácia perca parte de sua superfície, tornando-se esférica e sendo retida e destruída no baço.

e) Incorreta. A anemia falciforme apresentaria no esfregaço de sangue periférico os drepanócitos (células em foice). Além disso, é uma doença que costuma cursar com crises álgicas vaso-oclusivas desde a infância e, no adulto, o baço costuma estar reduzido (autoesplenectomia) devido a sucessivos infartos esplênicos, o que contraria a esplenomegalia encontrada no paciente.

Questão 38

O quadro clínico descrito aponta para o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), possivelmente com crises de pânico associadas, dado o relato de sintomas físicos intensos e agudos (palpitações, sudorese e perda de controle). O tratamento de primeira linha para esses transtornos envolve o uso de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como a sertralina.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O uso isolado e contínuo de benzodiazepínicos (clonazepam) não é recomendado como primeira linha para o tratamento de longo prazo da ansiedade. Embora reduzam os sintomas rapidamente, eles não tratam a causa subjacente, apresentam risco de dependência, tolerância e prejuízo cognitivo a longo prazo.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a sertralina seja um medicamento de primeira escolha, o início do tratamento com ISRS pode levar de 2 a 4 semanas para atingir o efeito terapêutico desejado. Além disso, no início do tratamento, os ISRS podem causar uma piora transitória dos sintomas ansiosos (o chamado efeito "jitteriness"). Em pacientes com sintomas intensos e prejuízo funcional importante, como no caso em questão, iniciar apenas o ISRS pode dificultar a adesão ao tratamento e não aliviar o sofrimento imediato.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta denominada "estratégia de ponte". A sertralina é introduzida para o tratamento definitivo e de longo prazo da ansiedade. O clonazepam é associado de forma temporária para proporcionar alívio sintomático imediato e mitigar a possível piora da ansiedade nas primeiras semanas de uso do antidepressivo. Após a estabilização clínica e o início do efeito pleno da sertralina, o benzodiazepínico deve ser retirado gradualmente (desmame) para evitar dependência.

Alternativa (d) Incorreta: A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico. Embora seja eficaz para ansiedade, não é considerada primeira escolha devido ao seu perfil de efeitos colaterais (sedação, ganho de peso, efeitos anticolinérgicos, como boca seca e constipação, além de risco de toxicidade cardíaca). Os ISRS, como a sertralina, possuem melhor perfil de tolerabilidade.

Alternativa (e) Incorreta: O canabidiol ainda não é estabelecido pelas principais diretrizes clínicas (como as da Associação Brasileira de Psiquiatria) como tratamento de primeira linha para o Transtorno de Ansiedade Generalizada. A evidência científica robusta favorece o uso de ISRS e Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN).

Questão 39

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta uma crise de asma grave refratária com sinais de insuficiência respiratória iminente (hipercapnia, uso de musculatura acessória e queda de saturação). Além disso, possui uma comorbidade importante: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (35%). O objetivo na intubação de sequência rápida (ISR) deste paciente é escolher um agente de indução que promova broncodilatação sem causar colapso hemodinâmico.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O propofol possui propriedades broncodilatadoras, o que seria benéfico para a asma. No entanto, ele é um potente vasodilatador e depressor miocárdico. Em um paciente com fração de ejeção de apenas 35%, o uso de propofol em doses de indução apresenta um risco elevadíssimo de hipotensão severa e parada cardiorrespiratória peri-intubação.

b) INCORRETA. O etomidato é conhecido por sua excelente estabilidade hemodinâmica, sendo seguro para pacientes com insuficiência cardíaca. Contudo, ele não possui efeito broncodilatador significativo. Em uma crise de asma refratária, a prioridade é reverter o broncoespasmo grave durante a indução, o que torna o etomidato uma escolha secundária frente a outras opções.

c) CORRETA. A ketamina (ou cetamina) é o agente de indução de escolha para pacientes asmáticos. Ela promove broncodilatação potente por meio da liberação de catecolaminas endógenas e efeito direto na musculatura lisa brônquica. Apesar de aumentar a frequência cardíaca, ela mantém a pressão arterial, sendo preferível ao propofol neste cenário de asma com disfunção ventricular. A succinilcolina é o bloqueador neuromuscular despolarizante clássico para a ISR devido ao seu rápido início de ação (30-60 segundos) e curta duração, facilitando o manejo da via aérea.

d) INCORRETA. O midazolam é um benzodiazepínico que não possui propriedades broncodilatadoras. Além disso, o vecurônio possui um tempo de latência (início de ação) mais longo do que o rocurônio ou a succinilcolina, não sendo a droga ideal para uma intubação de sequência rápida em um paciente em fadiga respiratória aguda.

e) INCORRETA. O fentanil é um opioide que pode causar depressão respiratória e, em doses altas ou administração rápida, rigidez torácica. O midazolam também não ajuda no broncoespasmo. Esta combinação não inclui um bloqueador neuromuscular, o que é fundamental na sequência rápida para relaxar a musculatura da via aérea, diminuir a pressão de pico ventilatória e evitar o trauma de via aérea em pacientes

com alta resistência pulmonar.

RESUMO DIDÁTICO

Para o paciente asmático que precisa ser intubado:

1. Ketamina: Droga de escolha pela potente broncodilatação.
2. Propofol: Segunda opção para broncodilatação, mas contraindicado se houver instabilidade hemodinâmica ou fração de ejeção muito baixa (como neste caso).
3. Bloqueadores Neuromusculares: Succinilcolina ou Rocurônio são os preferidos pela rapidez de ação na sequência rápida.

Questão 40

Para resolver essa questão, devemos analisar o perfil de risco da paciente para tromboembolismo venoso (TEV) e suas condições clínicas específicas, especialmente a função renal.

A paciente apresenta múltiplos fatores de risco:

1. Internação por doença aguda (colecistite).
2. Obesidade (IMC 34 kg/m²).
3. Histórico prévio de trombose venosa profunda (TVP).

O ponto determinante para a escolha da medicação é o clearance de creatinina de 28 mL/min/1,73 m². Valores abaixo de 30 mL/min indicam insuficiência renal grave, o que altera a farmacocinética de certas drogas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A heparina de baixo peso molecular (como a enoxaparina) é eliminada majoritariamente pelos rins. Em pacientes com clearance de creatinina inferior a 30 mL/min, há risco de acúmulo da droga e aumento do risco de sangramento. Por isso, seu uso deve ser evitado ou a dose deve ser rigorosamente ajustada e monitorada (o que não é a conduta padrão em profilaxia simples).

b) Incorreta. Além da contraindicação pela função renal mencionada acima, a dose de 40 mg de 12 em 12 horas seria uma dose intermediária/terapêutica, e não a dose padrão de profilaxia para esta situação.

c) Incorreta. A heparina em bomba de infusão contínua (venosa) é utilizada para anticoagulação plena em casos de eventos trombóticos agudos já instalados (como TEP ou TVP atual) ou em situações de altíssimo risco cardiovascular, não sendo a via de escolha para profilaxia de rotina em enfermarias.

d) Correta. A heparina não fracionada (HNF) é o anticoagulante de escolha para pacientes com insuficiência renal grave (clearance < 30 mL/min), pois sua metabolização é hepática e via sistema reticuloendotelial, não dependendo dos rins. A dose de 5.000 UI por via subcutânea a cada 8 horas (8/8h) é a recomendada para pacientes de alto risco, como é o caso desta paciente (obesa e com histórico de TVP).

e) Incorreta. A varfarina é um anticoagulante oral que demora de 3 a 5 dias para atingir o efeito terapêutico desejado. Ela não é indicada para profilaxia aguda em ambiente hospitalar para pacientes clínicos ou cirúrgicos agudos, sendo reservada para prevenção secundária crônica ou tratamento de longo prazo.

Conclusão: Diante de uma paciente de alto risco para TEV, mas com contraindicação para heparina de baixo peso molecular devido à função renal comprometida (CICr < 30 mL/min), a conduta correta é a heparina não fracionada 5.000 UI de 8/8 horas.

Questão 41

Para compreender esta questão, é fundamental recordar a fisiopatologia da Síndrome de Turner (geralmente com cariótipo 45,X). Trata-se de uma disgenesia gonadal, na qual os ovários não se desenvolvem adequadamente, transformando-se em fitas fibróticas (ovários em fita).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Na Síndrome de Turner, os ductos de Müller desenvolvem-se normalmente. Como a paciente não possui o cromossomo Y nem o gene SRY, não há produção de hormônio antimülleriano (AMH). Portanto, a paciente apresenta útero, tubas uterinas e a porção superior da vagina. A descrição de ausência dessas estruturas refere-se à Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser ou à Síndrome de Insensibilidade aos Andrógenos.

Alternativa B (Correta): Devido à disgenesia gonadal, os ovários são incapazes de produzir níveis adequados de estradiol. A ausência de estradiol retira o feedback negativo sobre a hipófise e o hipotálamo, resultando em um aumento compensatório das gonadotrofinas (FSH e LH). Esse quadro é classificado como hipogonadismo hipergonadotrópico.

Alternativa C (Incorreta): A falha é primária nos ovários (gônadas), e não na hipófise. O tratamento com GnRH seria indicado em casos de hipogonadismo hipogonadotrópico de origem hipotalâmica. Na Síndrome de Turner, o tratamento consiste na reposição de hormônio do crescimento (GH) para a baixa estatura e na

terapia de reposição hormonal com estrogênio e progesterona para o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e proteção óssea.

Alternativa D (Incorreta): Como a maioria das pacientes apresenta ovários em fita e esgotamento folicular precoce (muitas vezes ainda na vida intrauterina), a estimulação ovariana para coleta de óvulos raramente é possível na forma não mosaica. A técnica de escolha para gestação nessas pacientes costuma ser a recepção de óvulos doados (ovodoação).

Alternativa E (Incorreta): A Síndrome dos Testículos Feminizantes é o nome antigo para a Síndrome de Insensibilidade aos Andrógenos (cariótipo 46,XY). Nela, existe a presença de testículos (geralmente criptorquídicos) e ausência de útero. Na Síndrome de Turner, não há tecido testicular, não havendo indicação de gonadectomia por esse motivo.

Questão 42

A questão aborda o manejo e o diagnóstico diferencial do sangramento uterino anormal na pós-menopausa, um tema recorrente em provas de residência.

A análise do caso clínico baseia-se em três pontos principais: a idade da paciente (60 anos), o tempo de menopausa (12 anos) e o achado ultrassonográfico do eco endometrial (3 mm). Diante de um sangramento na pós-menopausa, a principal preocupação do médico deve ser a exclusão de câncer de endométrio. No entanto, estatisticamente, a causa mais comum desse sintoma é a atrofia.

O ponto determinante para a resposta é a medida do eco endometrial. Em mulheres na pós-menopausa que apresentam sangramento, um endométrio igual ou inferior a 4 mm (ou 5 mm, dependendo da diretriz) possui um altíssimo valor preditivo negativo para malignidade. Ou seja, é muito improvável que haja câncer ou hiperplasia com uma espessura de apenas 3 mm.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o câncer de endométrio seja a patologia que obrigatoriamente devemos descartar, ele costuma se manifestar com um eco endometrial espessado (geralmente acima de 5 mm). Um eco de 3 mm torna essa hipótese remota.

b) Incorreta. Miomas intramurais, especialmente os pequenos como o de 1 cm relatado, raramente causam sangramento uterino, ainda mais na pós-menopausa, quando tendem a sofrer involução pela falta de estímulo hormonal. Os miomas que mais causam sangramento são os submucosos, que alteram a cavidade endometrial.

c) Correta. A atrofia endometrial é a causa mais frequente de sangramento genital na pós-menopausa. Com a queda dos níveis de estrogênio, o endométrio torna-se extremamente fino e friável, o que pode levar a pequenos sangramentos por ruptura de capilares superficiais. O eco endometrial de 3 mm corrobora perfeitamente este diagnóstico.

d) Incorreta. A paciente utiliza metformina (antidiabético) e enalapril (anti-hipertensor). Nenhuma dessas medicações tem como efeito colateral esperado o sangramento vaginal. Medicações que poderiam causar esse efeito seriam, por exemplo, a terapia de reposição hormonal inadequada ou o uso de tamoxifeno.

e) Incorreta. A hiperplasia endometrial é uma lesão precursora do câncer e, assim como a neoplasia, cursa com proliferação do tecido e consequente aumento da espessura endometrial na ultrassonografia. Um endométrio de 3 mm exclui, na prática clínica, processos hiperplásicos.

Questão 43

Alternativa a: Incorreta. O CA 125 é um marcador que pode estar elevado em mulheres com endometriose, especialmente nos estágios III e IV (doença moderada e grave). No entanto, ele possui baixa sensibilidade e especificidade, não podendo ser considerado estritamente proporcional à gravidade da doença em todos os casos, nem servindo como exame isolado para diagnóstico ou estadiamento definitivo.

Alternativa b: Incorreta. A presença de glândulas e estroma endometriais no miométrio (musculatura uterina) é a definição de adenomiose. Embora compartilhem mecanismos fisiopatológicos, a literatura médica e as principais diretrizes costumam diferenciar a adenomiose da endometriose pélvica. O local mais comum de implantação da endometriose na pelve são os ovários.

Alternativa c: Incorreta. A endometriose tem um componente genético e multifatorial, mas a segunda parte da alternativa é falsa. A fertilização in vitro (FIV) é uma das principais ferramentas terapêuticas para mulheres que sofrem de infertilidade decorrente da endometriose, apresentando taxas de sucesso satisfatórias.

Alternativa d: Correta. O tratamento clínico da endometriose visa ao controle da dor e à redução do processo inflamatório. Os progestagênios (seja em pílulas isoladas, implantes ou sistemas intrauterinos) promovem a decidualização e a subsequente atrofia do tecido endometrial ectópico. A indução da amenorreia é um objetivo comum para evitar o sangramento retrógrado e o estímulo cíclico às lesões, aliviando os sintomas dolorosos.

Alternativa e: Incorreta. Os anticoncepcionais hormonais combinados são terapias de primeira linha para o manejo da dor na endometriose. Apesar de conterem estrogênio, a combinação com o progestagênio e a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-ovário resultam em um estado de hipoestrogenismo relativo e atrofia endometrial, sendo eficazes no controle da doença.

Questão 44

O sistema BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) padroniza a descrição e a conduta nos laudos de exames de imagem da mama. A categoria BI-RADS 3 refere-se a achados provavelmente benignos, com um risco de malignidade muito baixo, inferior a 2%. O objetivo da conduta nessa categoria é evitar biópsias desnecessárias, mantendo uma vigilância segura para detectar precocemente qualquer alteração.

Análise das alternativas:

A) Incorreta. O intervalo de um ano é o padrão para o rastreamento mamográfico de rotina em pacientes com exames BI-RADS 1 (normal) ou BI-RADS 2 (achados benignos). Para o BI-RADS 3, a vigilância deve ser mais frequente no início.

B) Incorreta. A biópsia está indicada para achados suspeitos classificados como BI-RADS 4 ou altamente sugestivos de malignidade, como o BI-RADS 5. No BI-RADS 3, a conduta inicial é a observação.

C) Incorreta. A ressonância magnética das mamas não é o método indicado para o seguimento inicial de um achado BI-RADS 3 detectado na mamografia. Ela possui indicações específicas, como no rastreamento de pacientes de alto risco ou em casos de divergência em exames convencionais.

D) Incorreta. Se o achado foi detectado originalmente pela mamografia, o acompanhamento deve ser realizado preferencialmente pelo mesmo método para permitir a comparação evolutiva direta. A ultrassonografia seria a escolha caso a lesão BI-RADS 3 tivesse sido identificada originalmente por esse método.

E) Correta. A conduta preconizada para BI-RADS 3 é o controle radiológico de curto prazo. O protocolo padrão recomenda repetir o exame da mama afetada em 6 meses. Caso o achado permaneça estável, novos controles são realizados em 12 e 24 meses. Se, após 2 a 3 anos, a lesão não apresentar alterações, ela pode ser reclassificada como BI-RADS 2 (benigna). Caso haja evolução ou aumento da suspeita em qualquer etapa, a lesão é reclassificada para BI-RADS 4 e submetida à biópsia.

Gabarito: Letra E.

Questão 45

DETERMINAÇÃO DA ALTERNATIVA CORRETA:

A alternativa (a) está correta. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde estabelece a vacinação contra o HPV para meninos e meninas na faixa etária de 9 a 14 anos. Recentemente, em 2024, o esquema foi simplificado para uma dose única com o objetivo de aumentar a adesão e a cobertura vacinal, protegendo os jovens antes do início da vida sexual.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

Alternativa (b): Pessoas imunossuprimidas, transplantadas e pacientes oncológicos são grupos prioritários para a vacinação. Para esses indivíduos, a recomendação se estende até os 45 anos de idade e o esquema vacinal é diferenciado, composto por 3 doses (intervalos de 0, 2 e 6 meses), visando garantir uma resposta imunológica adequada.

Alternativa (c): A vacina contra o HPV é profilática (preventiva) e não terapêutica. Ela não tem o poder de tratar lesões pré-cancerosas já existentes ou o câncer de colo uterino já instalado. O tratamento para o câncer de colo uterino no estágio IA envolve procedimentos cirúrgicos, como a conização ou a histerectomia.

Alternativa (d): Não existe evidência de que o HPV cause câncer de endométrio. O vírus está relacionado ao câncer de colo uterino, vagina, vulva, ânus, pênis e orofaringe. O câncer de endométrio está associado principalmente a fatores hormonais (exposição estrogênica), obesidade e idade.

Alternativa (e): A vacina distribuída na rede pública brasileira é a quadrivalente, que protege especificamente contra os tipos 6, 11, 16 e 18. Embora esses sejam os tipos mais comuns e agressivos, existem mais de 100 subtipos de HPV, e a vacina não oferece proteção contra todos eles.

Questão 46

O caso clínico apresenta uma paciente de 54 anos com sintomas climatéricos clássicos (fogachos, insônia, irritabilidade) e indicação de terapia hormonal (TH). O ponto fundamental para a escolha do esquema terapêutico adequado é o antecedente cirúrgico: a paciente foi submetida a uma histerectomia total.

Alternativa a: Incorreta. A associação de progestogênio ao estrogênio na terapia hormonal tem como objetivo exclusivo a proteção do endométrio contra a hiperplasia e o câncer de endométrio, que podem ser induzidos pelo estrogênio isolado (oposição endometrial). Como a paciente é histerectomizada, não há endométrio para proteger, tornando o uso do progestogênio desnecessário.

Alternativa b: Incorreta. O antecedente de mioma uterino não é contraindicação para a terapia hormonal. Os miomas são tumores benignos estrogênio-dependentes que regredem na pós-menopausa. Além disso, como a paciente retirou o útero, a patologia foi resolvida definitivamente.

Alternativa c: Correta. Para mulheres que não possuem útero (histerectomizadas), a terapia de escolha é a estrogenterapia isolada. Este esquema é suficiente para tratar os sintomas vasomotores e evitar os riscos desnecessários e efeitos colaterais que poderiam advir do uso de progestogênios, como o impacto negativo no perfil lipídico ou o leve aumento no risco de câncer de mama associado à terapia combinada em relação à isolada.

Alternativa d: Incorreta. A tibolona é um esteroide sintético que possui ação estrogênica, progestogênica e androgênica. Ela pode ser usada como opção na menopausa, mas é utilizada de forma isolada (monoterapia). Não existe indicação clínica para associar tibolona a um progestogênio.

Alternativa e: Incorreta. Os análogos do GnRH (como a goserelina ou leuprolida) causam um bloqueio do eixo hormonal, levando a um estado de hipostrogenismo severo. Eles são utilizados para tratar patologias como endometriose ou miomas em pacientes jovens, mas no climatério eles agravariam severamente os sintomas da paciente, em vez de tratá-los.

Questão 47

Esta questão aborda o diagnóstico diferencial e os fatores de risco das vulvovaginites, um dos temas mais prevalentes na prática ginecológica. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A tricomoníase é considerada uma Infecção Sexualmente

Transmissível (IST). Portanto, o tratamento do parceiro sexual é obrigatório, mesmo que ele esteja assintomático, para evitar a reinfecção da paciente (efeito "pingue-pongue").

Alternativa b) Incorreta. O HPV (papilomavírus humano) está associado ao surgimento de verrugas genitais (condilomas) e lesões precursoras de câncer do colo do útero, mas não é a causa das vulvovaginites clássicas que cursam com corrimento. As principais causas de vulvovaginite são a vaginose bacteriana, a candidíase e a tricomoníase. Além disso, não existe um "HPV 22" como causa principal de corrimento.

Alternativa c) Incorreta. O pH vaginal normal da mulher em idade fértil é ácido, variando entre 3,8 e 4,5. Na vaginose bacteriana (causada principalmente pela *Gardnerella vaginalis*), ocorre uma redução dos lactobacilos e um aumento de bactérias anaeróbias, o que eleva o pH vaginal para valores maiores que 4,5. O pH entre 4 e 4,5 é típico da candidíase ou do estado fisiológico.

Alternativa d) Correta. A candidíase vulvovaginal é causada pelo crescimento excessivo de fungos, principalmente a *Candida albicans*. Os fatores de risco citados são clássicos: o diabetes melito (pelo aumento de glicogênio e alteração da imunidade), a gravidez (pelos níveis elevados de estrogênio que aumentam o glicogênio vaginal) e o uso de antibióticos de amplo espectro (que eliminam a flora de lactobacilos protetores, permitindo a proliferação fúngica).

Alternativa e) Incorreta. O tratamento da candidíase deve ser feito com antifúngicos locais ou sistêmicos (como miconazol, clotrimazol, nistatina ou fluconazol). Cremes à base de estrogênio são indicados para o tratamento da vaginite atrófica em mulheres na pós-menopausa, e não para infecções fúngicas. O uso de hormônios pode, inclusive, favorecer o surgimento de candidíase em alguns contextos.

Questão 48

A histeroscopia é o padrão-ouro para a avaliação da cavidade uterina, permitindo a visualização direta e a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. A cavidade uterina é um espaço virtual, o que significa que suas paredes permanecem encostadas umas nas outras em estado de repouso. Mesmo utilizando aparelhos modernos e finos, como o histeroscópio de Bettocchi, é impossível visualizar o interior do útero sem promover a sua distensão. Portanto, o uso de um meio de distensão (seja gás ou líquido) continua sendo obrigatório para criar o espaço necessário à visão endoscópica.

Alternativa B: Incorreta. Na verdade, a biópsia dirigida é o grande trunfo da histeroscopia. Ela consiste em coletar o material sob visão direta exatamente do local onde a lesão foi identificada. Isso confere uma acurácia muito superior quando comparada a biópsias orientadas por outros exames ou coletadas de forma cega, pois garante que o tecido alterado seja efetivamente amostrado.

Alternativa C: Incorreta. Na técnica de histeroscopia ambulatorial moderna (vaginoscopia), o objetivo é evitar o pinçamento do colo uterino para reduzir a dor da paciente. Quando o pinçamento com a pinça de Pozzi é absolutamente necessário para retificar o eixo do útero e facilitar a entrada, ele é realizado no lábio anterior ou posterior do colo. O pinçamento lateral deve ser evitado devido à rica vascularização da região (ramos da artéria uterina), o que aumenta o risco de sangramentos.

Alternativa D: Incorreta. Antigamente, temia-se que a distensão líquida pudesse levar células cancerígenas para a cavidade abdominal através das tubas uterinas (disseminação retrógrada). No entanto, evidências científicas demonstram que isso não altera o estadiamento ou o prognóstico da paciente com câncer de endométrio. O uso de gás (CO₂) é tecnicamente mais difícil, pois o sangue e o muco formam bolhas que prejudicam a visão, além de haver o risco de embolia gasosa. O soro fisiológico é o meio mais utilizado atualmente.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa descreve um princípio básico de segurança em cirurgia histeroscópica. Quando se utiliza energia monopolar, o meio de distensão deve ser livre de eletrólitos (como glicina ou manitol) para não conduzir a corrente elétrica para fora do local cirúrgico. Já na energia bipolar, a corrente circula apenas entre as pontas do instrumento. Isso permite o uso de meios eletrolíticos, sendo o soro fisiológico o preferencial por ser isotônico e apresentar menor risco de complicações metabólicas e hidroeletrolíticas graves (como a hiponatremia) em caso de absorção excessiva pelo organismo da paciente.

Questão 49

O estudo urodinâmico é o exame fundamental na propedêutica complementar para o diagnóstico da incontinência urinária feminina. Ele permite uma avaliação funcional do trato urinário inferior, sendo essencial para diferenciar as causas da perda urinária e guiar a conduta terapêutica.

Alternativa a: Incorreta. A uretrocistografia com correntinha é um exame radiológico que foi muito utilizado no passado para avaliar a anatomia e a mobilidade do colo vesical. Atualmente, caiu em desuso e foi substituído por métodos mais precisos, pois é um exame estático que não fornece informações dinâmicas sobre o funcionamento

da bexiga e da uretra.

Alternativa b: Incorreta. A ressonância magnética não é um exame de primeira linha ou rotineiro para o diagnóstico de incontinência urinária. O índigo-carmim é um corante utilizado principalmente para identificar fístulas urinárias ou verificar a integridade dos ureteres durante procedimentos cirúrgicos, não tendo papel no diagnóstico funcional da incontinência.

Alternativa c: Correta. O teste urodinâmico é considerado o padrão-ouro para a avaliação objetiva da incontinência. Ele consiste em várias etapas, como a fluxometria, a cistometria e o estudo fluxo-pressão, permitindo diagnosticar se a perda ocorre por esforço (hipermobilidade uretral ou deficiência esfinteriana), por hiperatividade do músculo detrusor (urgência) ou se é uma incontinência mista.

Alternativa d: Incorreta. Embora a ultrassonografia possa ser usada para avaliar o volume residual pós-miccional ou a mobilidade do colo vesical, ela não substitui a urodinâmica, pois não consegue mensurar as pressões vesicais e abdominais necessárias para o diagnóstico funcional.

Alternativa e: Incorreta. Radiografias contrastadas genéricas servem para avaliar a anatomia e a integridade do sistema urinário (como na urografia excretora), mas não possuem sensibilidade ou especificidade para diagnosticar os mecanismos fisiopatológicos da incontinência urinária feminina.

Questão 50

Para compreender esta questão, é fundamental recordar a fisiologia hormonal feminina em diferentes fases da vida. Durante o período reprodutivo, o principal estrogênio circulante é o estradiol (E2), produzido majoritariamente pelos folículos ovarianos sob o estímulo das gonadotrofinas. Com a chegada da menopausa, ocorre o esgotamento folicular, o que leva a uma queda drástica nos níveis de estradiol e, conseqüentemente, ao aumento do FSH e do LH por ausência de feedback negativo.

No entanto, o corpo feminino continua produzindo estrogênio de forma extragonadal. O principal mecanismo é a conversão periférica de androgênios (especialmente a androstenediona, vinda das glândulas suprarrenais e do estroma ovariano remanescente) em estrona (E1). Essa conversão ocorre principalmente no tecido adiposo, por meio da enzima aromatase. Por isso, a estrona torna-se o estrogênio predominante no climatério e na pós-menopausa.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O estradiol esterificado é uma forma farmacológica (medicamentosa) de estrogênio utilizada em terapias de reposição hormonal. Não é um hormônio produzido naturalmente de forma predominante pelo organismo na pós-menopausa.

Alternativa b) Incorreta. O estriol (E3) é o estrogênio de menor potência biológica. Ele é o estrogênio predominante durante a gestação, sendo produzido em grandes quantidades pela unidade feto-placentária.

Alternativa c) Incorreta. O acetato de ciproterona não é um estrogênio, mas sim um progestagênio com potente ação antiandrogênica, utilizado em tratamentos de hirsutismo, acne e em algumas formulações de anticoncepcionais.

Alternativa d) Correta. A estrona (E1) é o estrogênio predominante na pós-menopausa. Sua origem principal é a aromatização periférica dos androgênios circulantes, processo que ocorre majoritariamente no tecido gorduroso.

Alternativa e) Incorreta. O etinilestradiol é um estrogênio sintético, amplamente utilizado na composição de anticoncepcionais orais combinados devido à sua alta potência, não sendo uma substância produzida de forma endógena pelo corpo humano.

Questão 51

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é um dos principais agentes causadores de infecções do trato respiratório inferior, como a bronquiolite e a pneumonia, em lactentes jovens. A estratégia de vacinação materna visa a induzir a produção de anticorpos IgG específicos na gestante, que são transferidos por via placentária para o feto, garantindo imunidade passiva nos primeiros meses de vida do bebê.

A vacina aprovada e recentemente incorporada pelo Ministério da Saúde para uso no SUS é uma vacina bivalente de proteína recombinante (Abrysvo). A definição da janela de aplicação baseia-se no equilíbrio entre o tempo necessário para a transferência máxima de anticorpos e a segurança gestacional.

Análise das alternativas:

Alternativa a) entre 20-24 semanas: Incorreta. Este período é muito precoce para a vacinação contra o VSR. Embora a transferência de anticorpos comece no segundo trimestre, o pico de transferência ocorre mais tardiamente, e as recomendações vigentes não contemplam essa faixa.

Alternativa b) entre 24-28 semanas: Incorreta. Apesar de algumas agências reguladoras (como a Anvisa) permitirem o uso a partir da 24ª semana, os protocolos clínicos específicos de incorporação e segurança recomendam uma janela mais estreita e tardia para mitigar riscos potenciais observados em estudos clínicos.

Alternativa c) entre 32-36 semanas: Correta. Esta é a faixa gestacional recomendada para a administração da vacina materna contra o VSR. O objetivo desse intervalo (especificamente da 32ª semana e 0 dias até a 36ª semana e 6 dias) é garantir que haja tempo suficiente para a transferência transplacentária de anticorpos antes do parto, ao mesmo tempo em que se evita qualquer associação teórica com o aumento de partos prematuros, conforme discutido nos estudos de segurança da vacina.

Alternativa d) entre 36-40 semanas: Incorreta. Administrar a vacina após a 36ª semana pode não permitir tempo hábil (idealmente pelo menos 2 a 4 semanas antes do parto) para que ocorra a transferência efetiva de anticorpos para o feto, reduzindo a eficácia da proteção neonatal.

Alternativa e) em qualquer trimestre, sem janela preferencial: Incorreta. Diferente da vacina contra a influenza, que pode ser aplicada em qualquer fase da gestação, a vacina contra o VSR tem uma indicação restrita ao terceiro trimestre para otimizar a proteção passiva do recém-nascido e garantir a segurança do binômio mãe-filho.

Questão 52

A parada cardiorrespiratória (PCR) na gestante ou parturiente é um evento crítico que exige intervenção imediata e coordenada. O foco principal é a reanimação materna, pois a melhor forma de salvar o feto é garantindo a sobrevivência da mãe.

Alternativa A: Incorreta. A prioridade absoluta é o início das manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP). Tentar finalizar o parto por vias naturais em uma paciente sem circulação ativa é impossível, pois não há contrações uterinas nem força expulsiva. Além disso, qualquer tentativa de parto vaginal nesse cenário atrasaria as compressões torácicas e a ventilação, que são vitais.

Alternativa B: Correta. De acordo com as diretrizes da American Heart Association (AHA) e manuais de obstetrícia, a RCP de alta qualidade deve ser iniciada imediatamente. Em gestações acima de 20 semanas (ou quando o útero está na altura do umbigo), ocorre a compressão da veia cava inferior e da aorta pelo útero gravídico, o que reduz o retorno venoso e a eficácia das compressões. Se não houver retorno da circulação espontânea em 4 minutos de reanimação, deve-se iniciar a cesariana perimortem (histerotomia ressuscitativa), visando o nascimento até o 5º minuto. Esse procedimento alivia a compressão aortocava, melhorando o débito

cardíaco durante a RCP em cerca de 30%, aumentando a chance de sucesso na reanimação materna e a sobrevida fetal.

Alternativa C: Incorreta. Embora a avaliação do ritmo cardíaco faça parte do protocolo de suporte avançado de vida, o atendimento não deve ser interrompido para aguardar um especialista. Qualquer profissional de saúde treinado deve iniciar a RCP e o manejo do ritmo imediatamente. No caso de Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP), o protocolo de RCP e administração de adrenalina deve ser seguido sem atrasos.

Alternativa D: Incorreta. O uso de ocitocina é contraindicado durante uma PCR. A ocitocina pode causar hipotensão severa e arritmias, agravando o quadro clínico. Além disso, o parto vaginal não é a via de escolha em uma situação de parada, pois a prioridade é a descompressão uterina rápida, que só é alcançada efetivamente através da cesariana de emergência à beira-leito.

Alternativa E: Incorreta. A transferência de uma paciente em parada cardiorrespiratória é formalmente contraindicada. O atendimento deve ser realizado no local onde o evento ocorreu, pois cada segundo de atraso no início das compressões e da desfibrilação (se indicada) reduz drasticamente as chances de recuperação. O transporte só deve ser considerado após a estabilização da paciente (retorno da circulação espontânea).

Questão 53

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta uma gestante com 28 semanas de idade gestacional diagnosticada com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). O diagnóstico foi estabelecido pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG), no qual o valor de jejum (94 mg/dL) e o de 2 horas (160 mg/dL) superaram os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pela FEBRASGO (jejum maior ou igual a 92 mg/dL; 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL; 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL).

Após o diagnóstico, a conduta inicial padrão é a terapia nutricional associada à atividade física e à monitorização glicêmica domiciliar por 1 a 2 semanas. No entanto, os resultados da paciente mostram que as metas não foram atingidas. Os alvos glicêmicos recomendados na gestação são: jejum abaixo de 95 mg/dL, 1 hora pós-prandial abaixo de 140 mg/dL e 2 horas pós-prandial abaixo de 120 mg/dL. Como a paciente apresenta jejum entre 95-100 mg/dL e pós-prandial entre 140-150 mg/dL, há indicação formal de início de terapia farmacológica.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A alternativa (b) está correta porque a insulina é o tratamento farmacológico de escolha (padrão-ouro) no diabetes gestacional quando as metas glicêmicas não são alcançadas apenas com dieta e exercícios. A insulina não atravessa a barreira placentária e possui eficácia e segurança amplamente comprovadas para o controle metabólico materno e a redução de complicações fetais, como a macrosomia.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Reforçar apenas dieta e atividade física é insuficiente neste momento. A paciente já tentou essas medidas e os níveis glicêmicos permanecem acima do recomendado. Manter uma conduta expectante diante de um controle inadequado aumenta o risco de desfechos obstétricos e perinatais adversos.

Alternativa C: A restrição severa de carboidratos é contraindicada na gestação, pois pode levar à cetose e à produção de corpos cetônicos, o que é prejudicial ao desenvolvimento neurológico fetal. Além disso, o controle glicêmico deve ser mantido de forma rigorosa, e "espaçar os controles" (dextros) impediria o ajuste adequado da dose de medicação.

Alternativa D: A resolução da gestação com 28 semanas é uma conduta extrema e inadequada para o caso. O DMG, por si só, não é indicação de parto prematuro iatrogênico. O objetivo é controlar a glicemia para que a gestação prossiga com segurança até o termo.

Alternativa E: As sulfonilureias não são a primeira escolha no tratamento do DMG. Embora a glibenclamida seja estudada, ela atravessa a placenta e pode estar associada a taxas maiores de hipoglicemia neonatal e macrosomia em comparação à insulina. Além disso, o início da terapia insulínica geralmente é feito em regime ambulatorial, não havendo necessidade rotineira de internação hospitalar para este fim, a menos que existam outras complicações.

Questão 54

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Síndrome HELLP, que é uma complicação grave da pré-eclâmpsia. Os critérios laboratoriais presentes são: elevação de enzimas hepáticas (AST 320), sinal de hemólise (LDH alta) e plaquetopenia importante (48.000). Diante de uma pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou Síndrome HELLP, a conduta deve ser a interrupção da gestação, independentemente da idade gestacional, visando preservar a vida da mãe e do feto.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A conduta expectante até as 37 semanas é contraindicada na Síndrome HELLP. Manter a gestação nessas condições coloca a paciente em risco de morte por complicações como descolamento prematuro de placenta, insuficiência renal, edema agudo de pulmão e ruptura hepática.

Alternativa b) Incorreta. Embora o parto vaginal possa ser tentado em pacientes estáveis e com colo favorável, a questão peca ao omitir a necessidade de estabilização materna prévia. Além disso, a indução com misoprostol não é a primeira medida a ser tomada antes de garantir a segurança da paciente.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta preconizada pelos protocolos de obstetrícia. Diante da gravidade, o primeiro passo é a estabilização materna, que inclui o controle da pressão arterial e a profilaxia de crises convulsivas (eclâmpsia) com sulfato de magnésio. Após a estabilização, a resolução da gestação deve ser providenciada, pois é a única forma de reverter a fisiopatologia da doença.

Alternativa d) Incorreta. A transfusão de plaquetas na Síndrome HELLP é reservada para casos específicos, geralmente quando os níveis estão abaixo de 20.000 ou se houver necessidade de cirurgia (abaixo de 50.000). Mais importante ainda: os exames laboratoriais não vão melhorar enquanto a paciente permanecer grávida; a melhora só ocorre após o parto.

Alternativa e) Incorreta. A alternativa apresenta dois erros principais. Primeiro, o diazepam não é a droga de escolha para a profilaxia de convulsão na pré-eclâmpsia; o padrão-ouro é o sulfato de magnésio. Segundo, a cesárea não precisa ser necessariamente imediata sem antes estabilizar a paciente, e a via de parto deve ser decidida com base nas condições obstétricas, não sendo obrigatoriamente cirúrgica em todos os casos de HELLP.

Questão 55

O prolapso de cordão umbilical é uma emergência obstétrica definida pela descida do cordão à frente da apresentação fetal após a ruptura das membranas. A compressão do cordão entre a apresentação (cabeça do feto) e o canal de parto interrompe o fluxo sanguíneo e a oxigenação fetal, o que explica as desacelerações tardias mencionadas no caso.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O prolapso de cordão exige intervenção imediata. Aguardar a progressão natural do parto sob cardiotocografia resultaria em asfixia neonatal grave ou morte fetal, uma vez que a compressão mecânica do cordão não será resolvida espontaneamente enquanto o feto não for entregue.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta padrão-ouro diante de um prolapso de cordão quando o parto vaginal não é iminente (neste caso, a paciente tem apenas 6 cm de dilatação). O objetivo imediato é aliviar a compressão do cordão. Para isso, posiciona-se a mãe em Trendelenburg (cabeça baixa e pelve elevada) ou em posição genupeitoral e realiza-se o toque vaginal contínuo para elevar manualmente a apresentação fetal, afastando-a do cordão. Simultaneamente, a equipe deve preparar e realizar uma cesariana de emergência.

Alternativa C: Incorreta. O uso de ocitocina aumentaria a frequência e a intensidade das contrações uterinas. Isso intensificaria a compressão da apresentação sobre o cordão umbilical, agravando rapidamente o sofrimento fetal.

Alternativa D: Incorreta. O uso de vácuo-extrator (vácuo-extração) exige critérios obrigatórios: dilatação total (10 cm), membranas rotas e cabeça fetal em plano baixo (estações de DeLee avançadas). Com 6 cm de dilatação, a aplicação de vácuo é contraindicada e tecnicamente impossível para o nascimento. O antibiótico não é a prioridade imediata nesta emergência.

Alternativa E: Incorreta. Assim como o vácuo-extrator, o uso de fórceps (inclusive o de alívio) exige dilatação cervical completa (10 cm). Realizar fórceps ou episiotomia com 6 cm de dilatação causaria trauma materno grave e não resolveria o problema da compressão do cordão no segmento superior do canal de parto.

Questão 56

Análise do Caso Clínico:

A paciente em questão apresenta-se com 32 semanas e 5 dias de gestação (prematuridade) e queixa de dor tipo cólica. No entanto, o exame físico é o ponto-chave para a resolução da questão: a dinâmica uterina está ausente e o colo uterino encontra-se grosso, posterior e com dilatação mínima (1 polpa), o que é um achado comum em múltiparas e não caracteriza trabalho de parto. Para o diagnóstico de Trabalho de Parto Prematuro (TPP), seria necessária a presença de contrações regulares (dinâmica uterina presente) associada a modificações cervicais significativas (apagamento e dilatação progressiva).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não há diagnóstico de trabalho de parto prematuro, pois a dinâmica uterina é ausente e o colo não apresenta esvaecimento (está grosso). Sem o diagnóstico de TPP, não há indicação de tocólise (inibição com terbutalina) nem de corticoprofilaxia para maturidade pulmonar fetal.

Alternativa b) Incorreta. A antibioticoprofilaxia (geralmente para Streptococcus do grupo B) e a corticoprofilaxia são indicadas em situações de trabalho de parto prematuro estabelecido ou iminente. Como a paciente não apresenta contrações e o colo está fechado/grosso, essas condutas seriam precoces e inadequadas.

Alternativa c) Correta. Diante de uma gestante com queixa de dor, mas sem sinais de trabalho de parto ativo no momento, a conduta inicial deve ser a observação clínica e a vigilância do bem-estar materno-fetal. Além disso, é fundamental realizar o rastreio infeccioso, especialmente a pesquisa de Infecção do Trato Urinário (ITU), que é uma das causas mais comuns de irritabilidade uterina e dor abdominal na gestação, podendo evoluir para TPP se não tratada.

Alternativa d) Incorreta. Embora a infecção urinária seja uma suspeita diagnóstica forte em gestantes com dor tipo cólica, a prescrição de antibióticos de forma empírica, sem a realização de exames (como EAS e urocultura) ou a presença de sintomas urinários claros, não é a conduta inicial padrão. O correto é investigar primeiro (rastreio infeccioso).

Alternativa e) Incorreta. Apenas dar alta com orientações de mobilograma é uma conduta insuficiente para uma paciente que buscou o pronto-socorro com queixa de dor. É necessário um período de observação para garantir que o quadro não evoluirá para um trabalho de parto real e para investigar possíveis gatilhos para a dor apresentada.

Conclusão:

O caso descreve o que chamamos tecnicamente de "falso trabalho de parto" ou apenas dor abdominal a esclarecer. A ausência de dinâmica uterina exclui a necessidade de intervenções agressivas (inibição e corticoide), mas a idade gestacional e a queixa de dor exigem cautela, observação e busca por focos infecciosos. Por isso, a alternativa (c) é a mais adequada.

Questão 57

Esta questão aborda as diretrizes fundamentais da assistência ao pré-natal de baixo risco, com foco em cronograma, exames e vacinação.

Alternativa (a) Incorreta: O início do pré-natal deve ser o mais precoce possível, idealmente logo após a descoberta da gestação ou antes da 12ª semana. O início precoce permite a datação correta da idade gestacional por ultrassonografia, o rastreamento adequado de malformações e o manejo oportuno de infecções ou carências nutricionais.

Alternativa (b) Incorreta: De acordo com o Ministério da Saúde, o número mínimo de consultas recomendado para uma gestação a termo é de 6 (seis). A distribuição preconizada é de 1 consulta no primeiro trimestre, 2 no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere um número ainda maior, de 8 consultas, para garantir melhores desfechos.

Alternativa (c) Incorreta: A sorologia para sífilis (seja teste rápido ou VDRL) deve ser solicitada na primeira consulta (1º trimestre), repetida no início do 3º trimestre (28ª semana) e novamente no momento da internação para o parto. Como a gestante pode se infectar em qualquer momento da gravidez, a repetição é crucial para evitar a sífilis congênita.

Alternativa (d) Correta: A vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular) é indicada para todas as gestantes a cada nova gravidez. A aplicação deve ocorrer a partir da 20ª semana de gestação, preferencialmente entre a 20ª e a 36ª semana. O objetivo é permitir a passagem de anticorpos maternos para o feto via placenta, protegendo o recém-nascido contra a coqueluche nos primeiros meses de vida, período de maior vulnerabilidade.

Alternativa (e) Incorreta: O rastreamento para o HIV é universal no pré-natal brasileiro. Todas as gestantes devem realizar o teste na primeira consulta e repetir no terceiro trimestre, independentemente de comportamentos ou fatores de risco relatados. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado reduzem a taxa de transmissão vertical para níveis entre 1% e 2%.

Questão 58

O caso clínico descreve um quadro clássico de hemorragia pós-parto (HPP), definida tradicionalmente como perda sanguínea acima de 500 mL em partos vaginais. A paciente apresenta sinais de choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia e pele fria), e a descrição do exame físico é a chave para o diagnóstico etiológico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O trauma do canal de parto (lacerações de trajeto) deve ser suspeitado quando há sangramento vivo e persistente, porém com o útero contraído (tônico). No caso descrito, o útero está amolecido e elevado, o que afasta essa hipótese como causa primária.

b) Correta. A atonia uterina é a causa mais comum de HPP (representando cerca de 80% dos casos — o "T" de Tônus dos 4 Ts da hemorragia). Os achados de útero amolecido (hipotônico), elevado (globo de segurança de Pinard não formado) e sangramento em jorros são patognomônicos. A conduta inicial imediata envolve a massagem uterina bimanual (Manobra de Hamilton) e o uso de ocitocina e outros uterotônicos para promover a contração miometrial.

c) Incorreta. A retenção placentária (o "T" de Tecido) é uma causa importante de HPP, mas o enunciado afirma explicitamente que a placenta estava íntegra. Além disso, a curetagem não é a conduta inicial para um útero hipotônico antes de se tentar a estabilização hemodinâmica e medidas farmacológicas.

d) Incorreta. As coagulopatias (o "T" de Trombina) são causas menos frequentes de HPP primária e geralmente estão associadas a condições prévias ou ao descolamento prematuro da placenta. A transfusão de plaquetas nunca é a primeira medida isolada; o protocolo de hemorragia grave foca primeiro na reposição volêmica com cristaloides e no uso de ácido tranexâmico.

e) Incorreta. A inversão uterina é uma complicação rara na qual o fundo do útero se invagina para dentro da cavidade. Ao exame, o útero não seria palpável abdominalmente ou haveria uma massa visível no introito vaginal, acompanhada de choque neurogênico desproporcional à perda sanguínea, o que difere do útero "elevado e amolecido" descrito.

Portanto, diante de um útero hipotônico após o parto, o diagnóstico é atonia uterina, e o tratamento deve ser iniciado com manobras físicas e medicação uterotônica.

Questão 59

ANÁLISE DO CASO

A paciente é uma primigesta a termo (40 semanas e 1 dia) com Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) há 20 horas. O quadro exige duas condutas principais: a prevenção de infecção neonatal pelo Estreptococo do Grupo B (GBS) e a interrupção da gestação (indução do parto), uma vez que o tempo de bolsa rota já

ultrapassou o limite para conduta expectante e há risco infeccioso crescente.

Para a profilaxia de GBS, a indicação ocorre porque a ruptura das membranas é superior a 18 horas (fator de risco intraparto), independentemente do status da cultura da paciente. O antibiótico de escolha é a Penicilina G Cristalina (ou Ampicilina como alternativa).

Para a indução do parto, avalia-se o Índice de Bishop. No caso: colo posterior (0), 2 cm de dilatação (1), 40% apagado (1) e apresentação alta (0). O índice é baixo (aproximadamente 2 ou 3), caracterizando um colo desfavorável. Nesses casos, a maturação cervical com métodos farmacológicos é necessária.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): A profilaxia para GBS é obrigatória devido ao tempo de bolsa rota (20 horas, portanto $> 18h$). Como o Índice de Bishop é baixo (colo desfavorável), o uso de Misoprostol (prostaglandina) é a conduta adequada para a maturação cervical e indução do parto em pacientes sem cicatriz uterina prévia.

Alternativa B (INCORRETA): Não há diagnóstico de desproporção cefalopélvica (DCP). A DCP só pode ser diagnosticada durante o trabalho de parto ativo, com dinâmica uterina adequada e ausência de progressão da apresentação. A paciente ainda está em fase latente/inicial.

Alternativa C (INCORRETA): Embora a Ampicilina possa ser usada para profilaxia de GBS, o Método de Krause (introdução de sonda de Foley no colo uterino) é geralmente evitado em casos de bolsa rota pelo risco teórico de aumentar a ascensão bacteriana e causar corioamnionite, preferindo-se o uso de prostaglandinas. Além disso, a Penicilina G é a droga de primeira escolha.

Alternativa D (INCORRETA): A ocitocina isolada é indicada para indução de parto quando o Índice de Bishop é favorável (geralmente ≥ 6). Com um colo posterior, pouco apagado e apresentação alta, a ocitocina isolada tem alta taxa de falha. Além disso, a alternativa ignora a necessidade de profilaxia para GBS.

Alternativa E (INCORRETA): A conduta expectante (reavaliação em 12 horas) é inadequada neste cenário. A paciente já completou 20 horas de bolsa rota e está em uma idade gestacional de 40 semanas. O prolongamento do tempo de latência sem intervenção eleva desnecessariamente o risco de infecção ovular e neonatal.

Questão 60

O caso clínico descreve uma paciente no 6º dia de pós-operatório (PO6) de cesariana com febre persistente e dor pélvica, que não respondeu ao uso de antibioticoterapia inicial (cefazolina) e que apresenta exames laboratoriais (hemograma e urina) e de imagem (ecografia pélvica) normais. Diante de uma febre puerperal que resiste ao tratamento antibiótico de amplo espectro por mais de 48 a 72 horas, sem foco infeccioso evidente nos exames complementares, a principal hipótese diagnóstica é a Tromboflebite Pélvica Séptica (TPS).

A TPS ocorre devido à tríade de Virchow (estase venosa, lesão endotelial e hipercoagulabilidade), exacerbada no período gravídico-puerperal e por processos infecciosos/inflamatórios pélvicos. O diagnóstico é essencialmente de exclusão. O tratamento clássico envolve a manutenção da antibioticoterapia associada à anticoagulação plena. A melhora clínica (defervescência da febre) após o início da anticoagulação costuma ocorrer em até 48-72 horas, o que reforça o diagnóstico.

Análise das alternativas:

a) Ceftriaxona: É uma cefalosporina de terceira geração. Embora pudesse ser usada para ampliar o espectro em casos de falha terapêutica por resistência bacteriana, a questão destaca que os exames (hemograma, urina e eco) estão normais e a febre persiste, o que direciona o raciocínio para causas não puramente infecciosas ou complicações específicas como a TPS, onde apenas a troca do antibiótico não resolveria o quadro.

b) Ácido aminocaproico: É um agente antifibrinolítico utilizado no controle de sangramentos e distúrbios de coagulação específicos. Não possui indicação no tratamento de febre puerperal ou processos tromboembólicos/infecciosos.

c) Ácido tranexâmico: Assim como o ácido aminocaproico, é um antifibrinolítico indicado para o manejo de hemorragias (como a hemorragia pós-parto). O quadro da paciente é de febre e dor, sem sinais de sangramento ativo.

d) Sulfato de magnésio: É o fármaco de escolha para a prevenção e controle de crises convulsivas na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, além de neuroproteção fetal em partos prematuros. Não tem papel no manejo da febre pós-operatória.

e) Enoxaparina: Esta é a alternativa correta. A enoxaparina é uma heparina de baixo peso molecular utilizada para a anticoagulação plena. Como a principal suspeita para febre puerperal persistente com exames normais é a Tromboflebite Pélvica Séptica, o tratamento deve incluir a anticoagulação para promover a resolução do trombo infectado nas veias pélvicas. A resposta terapêutica à anticoagulação é, inclusive, um

critério diagnóstico retrospectivo clássico para essa patologia.

Questão 61

A chamada dose zero da vacina contra o sarampo foi uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde em resposta ao aumento de casos e surtos da doença no Brasil, visando proteger a população mais vulnerável a complicações: os lactentes.

Alternativa a: Incorreta. A idade recomendada para a administração da dose zero é a partir dos 6 meses de vida. Aos 4 meses, a imunidade do bebê ainda é muito dependente dos anticorpos maternos, o que pode interferir significativamente na resposta vacinal, tornando a aplicação ineficaz antes do período recomendado.

Alternativa b: Incorreta. Embora a faixa etária citada (6 meses a 11 meses e 29 dias) esteja correta para a dose zero, o imunobiológico está errado. A vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) é indicada apenas aos 15 meses de vida, como segunda dose do esquema de rotina. Para a dose zero, utiliza-se a vacina que contenha o componente do sarampo (dupla ou tríplice).

Alternativa c: Incorreta. A dose zero é considerada uma dose de intensificação ou proteção adicional e não conta para o esquema vacinal de rotina. A criança que recebe a dose zero deve manter o calendário normal, recebendo a primeira dose (tríplice viral) aos 12 meses e a segunda dose (tetraviral) aos 15 meses, respeitando um intervalo mínimo de 30 dias entre a dose zero e a dose dos 12 meses.

Alternativa d: Incorreta. O erro desta alternativa reside na composição da vacina mencionada. A vacina dupla viral protege contra o sarampo e a rubéola. Não existe uma vacina dupla viral composta por sarampo e varicela no Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Alternativa e: Correta. Esta alternativa descreve precisamente as diretrizes do Ministério da Saúde para o bloqueio e controle de surtos. A dose zero é indicada para crianças de 6 meses até menores de 1 ano (11 meses e 29 dias). O uso preferencial da vacina dupla viral (sarampo e rubéola) para as crianças menores (até 8 meses e 29 dias) é uma recomendação logística e epidemiológica para garantir a proteção contra o sarampo nessa faixa etária específica.

Questão 62

Análise do caso: O quadro clínico descrito — recém-nascido de 12 dias, em uso de fórmula láctea, apresentando hematochezia (sangue nas fezes), irritabilidade e regurgitação, com exame físico abdominal normal e ausência de fissuras anais — é altamente sugestivo de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Trata-se, provavelmente, de uma proctocolite alérgica, a manifestação mais comum de APLV em lactentes jovens, que geralmente é uma reação não mediada por IgE.

Alternativa a) Incorreta. As fórmulas à base de soja não são recomendadas como primeira linha de tratamento para APLV em lactentes com menos de 6 meses de idade. O principal motivo é o alto risco de sensibilização cruzada (a criança pode desenvolver alergia à soja também) e a presença de fitatos e isoflavonas, que podem interferir na absorção de minerais e exercer efeitos estrogênicos nessa fase do desenvolvimento.

Alternativa b) Correta. De acordo com os consensos nacionais e internacionais, para lactentes que não estão em aleitamento materno e apresentam sintomas de APLV (leves a moderados), a conduta inicial consiste na substituição da fórmula infantil comum por uma fórmula extensamente hidrolisada (FEH). Nessas fórmulas, as proteínas do leite são quebradas em pequenos peptídeos, o que reduz drasticamente sua antigenicidade, sendo eficazes em mais de 90% dos casos de APLV.

Alternativa c) Incorreta. A fórmula de aminoácidos é composta por unidades básicas de proteínas que não possuem potencial alergênico. No entanto, ela é considerada uma terapia de segunda linha, indicada apenas quando o paciente não responde à fórmula extensamente hidrolisada ou em casos de sintomas muito graves (como anafilaxia, choque, FPIES grave ou falência de crescimento acentuada), o que não é o quadro atual do paciente, que possui abdome flácido e sem massas.

Alternativa d) Incorreta. As fórmulas antirregurgitação (AR) são espessadas (geralmente com amido de milho ou alfarroba) e indicadas para o manejo do refluxo gastroesofágico fisiológico. Contudo, elas contêm a proteína do leite de vaca intacta. Como a irritabilidade e a regurgitação deste paciente são sintomas secundários à inflamação alérgica (APLV), o uso de fórmula AR manteria a exposição ao alérgeno e não resolveria o sangramento intestinal.

Alternativa e) Incorreta. O uso de leite de vaca integral (ou diluído) é formalmente contraindicado para recém-nascidos e lactentes devido à alta sobrecarga de solutos, risco de anemia ferropriva e inadequação nutricional. Além disso, no contexto de APLV, oferecer leite de vaca (mesmo diluído) significa manter a oferta do agente causador da doença, o que agravaria o sangramento e a inflamação intestinal.

Questão 63

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma criança com otalgia intensa de início agudo, precedida por prurido e sem sintomas sistêmicos (ausência de febre e sintomas gripais). O histórico de exposição à água (praia) e os achados no exame físico - dor à palpação do tragus e edema do meato acústico externo - são sinais patognomônicos de Otite Externa Aguda, popularmente conhecida como otite do nadador.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A otite média aguda (OMA) geralmente ocorre após um quadro de infecção das vias aéreas superiores, apresentando febre e dor profunda. A otite média com efusão (OME) caracteriza-se pela presença de líquido atrás da membrana timpânica sem sinais inflamatórios agudos, cursando com perda auditiva e não com dor intensa ao toque no tragus.

Alternativa B (Correta): O diagnóstico é de otite externa aguda. A inflamação está restrita ao canal auditivo externo. O tratamento padrão consiste na limpeza do conduto, controle da dor com analgésicos e uso de gotas otológicas contendo antibióticos (como neomicina, polimixina B ou ciprofloxacino), frequentemente associados a corticoides para reduzir o edema local.

Alternativa C (Incorreta): A miringite bolhosa é uma inflamação da membrana timpânica com formação de bolhas hemorrágicas ou serosas entre as suas camadas. Embora cause dor intensa, não costuma apresentar edema importante do conduto auditivo externo nem sinal do tragus positivo.

Alternativa D (Incorreta): Conforme explicado na alternativa A, o quadro clínico não é compatível com otite média aguda. Além disso, a conduta de observação por 72 horas é reservada para casos selecionados de OMA leve em crianças maiores, não se aplicando à otite externa.

Alternativa E (Incorreta): A otite externa maligna é uma infecção invasiva e grave, geralmente causada por *Pseudomonas aeruginosa*, que acomete quase exclusivamente idosos diabéticos ou pacientes imunocomprometidos. Ela evolui com osteomielite da base do crânio e requer tratamento sistêmico prolongado, o que não condiz com uma criança previamente hígida e um quadro inicial de 1 dia.

GABARITO: Letra B.

Questão 64

Análise do Peso:

O recém-nascido nasceu com 2.900 g e, aos 7 dias de vida, pesa 2.755 g. Isso representa uma perda de 145 g, o que equivale a exatos 5% do peso de nascimento. Na neonatologia, considera-se fisiológica e esperada uma perda ponderal de até 10% do peso de nascimento na primeira semana de vida para bebês a termo, com a recuperação desse peso ocorrendo geralmente até o 10º ou 14º dia. Portanto, o caso clínico apresenta uma evolução de peso normal.

Alternativa a: Incorreta. A perda ponderal de 5% não está acima do esperado, mas sim é fisiológica. Não existe indicação para introduzir fórmula láctea e muito menos para suspender a amamentação. A conduta correta diante da queixa de leite insuficiente, com ganho de peso adequado, é o apoio à amamentação e a correção de possíveis erros de técnica.

Alternativa b: Incorreta. A primeira parte da alternativa está correta (perda ponderal dentro do esperado). No entanto, a descrição da sucção está trocada. Sucções lentas, profundas e com pausas ocasionais são sinais de que o bebê está conseguindo extrair o leite de forma eficaz (transferência de leite), o que sugere uma pega e técnica adequadas.

Alternativa c: Incorreta. Sucções superficiais e rápidas são características de sucção não nutritiva ou de uma pega que não permite a retirada eficiente do leite. Isso indica uma técnica inadequada, ao contrário do que afirma a alternativa.

Alternativa d: Correta. A perda de peso está dentro do limite de 10% (neste caso, 5%). Quando a mãe refere dificuldades, o médico deve observar a mamada. O lábio inferior evertido (virado para fora, em posição de "peixinho") é um dos critérios fundamentais que definem a pega adequada, permitindo que o bebê abocanhe não apenas o mamilo, mas boa parte da aréola.

Alternativa e: Incorreta. Como a perda de peso é fisiológica e o exame físico é normal, não há justificativa para alimentação mista ou suplementação com fórmula. O foco deve ser a orientação e o fortalecimento da autoconfiança materna no processo de aleitamento exclusivo.

Questão 65

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) sobre a suplementação profilática de ferro, que foram atualizadas para diferenciar recém-nascidos a termo de recém-nascidos prematuros ou de baixo peso.

O paciente do caso clínico apresenta dois fatores de destaque: é um prematuro tardio (36 semanas e 5 dias) e nasceu com baixo peso (2.200 g).

As regras da SBP para suplementação de ferro elementar são:

1. Recém-nascidos a termo e com peso maior que 2.500 g: Devem receber 1 mg/kg/dia, iniciando aos 3 meses (90 dias) de vida até os 24 meses.
2. Recém-nascidos prematuros ou com baixo peso (menor que 2.500 g): Devem iniciar a suplementação aos 30 dias de vida. A dose depende do peso de nascimento:
 - Se o peso for entre 1.501 g e 2.500 g: a dose é de 2 mg/kg/dia por um ano. Após esse período, passa para 1 mg/kg/dia até os 2 anos.
 - Se o peso for entre 1.000 g e 1.500 g: a dose é de 3 mg/kg/dia por um ano.
 - Se o peso for menor que 1.000 g: a dose é de 4 mg/kg/dia por um ano.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A dose de 1 mg/kg/dia é reservada para crianças nascidas a termo e com peso adequado (maior que 2.500 g). Embora o tempo de início (30 dias) esteja correto para prematuros, a dosagem está insuficiente para o peso de 2.200 g.

Alternativa b) Incorreta. A dose está incorreta para o peso do paciente e o tempo de início não deve ser imediato. Mesmo em grupos de risco, a suplementação profilática costuma ser iniciada após o primeiro mês de vida (30 dias).

Alternativa c) Correta. Como o lactente nasceu com 2.200 g (faixa de 1.501 g a 2.500 g), a recomendação é iniciar 2 mg de ferro elementar por quilo de peso ao dia, começando aos 30 dias de vida.

Alternativa d) Incorreta. A dose está correta para o perfil do paciente, porém o momento de início está errado. A conduta padrão é aguardar até os 30 dias de vida, e não iniciar imediatamente ao nascimento.

Alternativa e) Incorreta. O início aos 90 dias de vida é exclusivo para lactentes que nasceram a termo e com peso superior a 2.500 g. Bebês prematuros ou de baixo peso possuem menores estoques de ferro e maior velocidade de crescimento,

necessitando da suplementação mais cedo (aos 30 dias).

Gabarito: Alternativa C.

Questão 66

O caso clínico descreve um quadro de anafilaxia após picada de abelha em uma criança de 5 anos. Apesar da ausência de sintomas cutâneos, o que ocorre em cerca de 10 a 20 por cento dos casos de anafilaxia grave, o paciente apresenta comprometimento de dois sistemas orgânicos após exposição a um alérgeno conhecido: o trato gastrointestinal (dor abdominal intensa e vômitos) e o sistema cardiovascular (hipotensão e taquicardia), caracterizando um choque anafilático.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve a conduta padrão-ouro recomendada pelas principais diretrizes mundiais (WAO, GINA, ASBAI). A adrenalina é a droga de primeira escolha e deve ser administrada imediatamente por via intramuscular (IM) na face anterolateral da coxa (músculo vasto lateral), na dose de 0,01 mg/kg, utilizando a solução de 1:1000 (1 mg/mL). Essa via e esse local garantem uma absorção mais rápida e níveis plasmáticos mais estáveis em comparação à via subcutânea ou IM no braço. O posicionamento em decúbito dorsal com pernas elevadas é essencial para aumentar o retorno venoso e prevenir a síndrome do coração vazio. A monitorização contínua e a possibilidade de repetir a dose a cada 5 a 15 minutos são fundamentais caso não haja melhora clínica.

Alternativa B (Incorreta): A dose de 0,1 mg/kg está incorreta, pois representa dez vezes a dose recomendada, o que pode causar arritmias e crises hipertensivas graves. Além disso, a via subcutânea apresenta absorção lenta e errática, não sendo indicada na emergência. Manter o paciente sentado é perigoso em casos de hipotensão, pois pode precipitar o colapso circulatório fatal.

Alternativa C (Incorreta): A concentração de 1:10.000 é obtida por meio da diluição da ampola original (1:1000) e é reservada para uso intravenoso em situações específicas de parada cardiorrespiratória ou choque refratário. Para a administração intramuscular inicial, deve-se usar a solução de 1:1000 sem diluição.

Alternativa D (Incorreta): A adrenalina intravenosa em bolus não deve ser a primeira conduta. Ela é reservada exclusivamente para casos de choque refratário que não responderam a várias doses de adrenalina intramuscular e reposição volêmica agressiva, devido ao alto risco de efeitos adversos cardiovasculares. Embora a reposição com soro fisiológico (20 mL/kg) esteja correta para o choque, a via de

administração da adrenalina nesta alternativa invalida a opção como conduta inicial de escolha.

Alternativa E (Incorreta): Corticosteroides e anti-histamínicos são medicações de segunda linha. Eles agem de forma lenta e não tratam os sintomas agudos que ameaçam a vida, como a hipotensão e o broncoespasmo. O atraso na administração de adrenalina para priorizar essas drogas é o principal fator relacionado à morte por anafilaxia. A adrenalina é a única medicação capaz de reverter os sintomas sistêmicos agudos.

Questão 67

O caso clínico apresenta uma criança de 3 anos em parada cardiorrespiratória (PCR) por afogamento. Em pediatria, a principal causa de parada é a hipóxia (causa respiratória), e no afogamento isso é ainda mais evidente. Portanto, a ventilação é o ponto crucial da reanimação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a frequência de 100 a 120 compressões/minuto e a proporção de 15:2 (para dois socorristas em pediatria) estejam corretas, jamais se deve adiar as ventilações em casos de afogamento ou em PCR pediátrica. Diferente da parada cardíaca súbita no adulto (geralmente por arritmia), a parada por afogamento é asfíxica, exigindo oxigenação imediata.

b) Incorreta. A via de administração da adrenalina na parada cardiorrespiratória deve ser intravenosa (IV) ou intraóssea (IO). A via intramuscular (IM) é utilizada no tratamento da anafilaxia, mas não tem absorção adequada ou indicação em situações de PCR, onde a circulação está ausente ou muito comprometida.

c) Correta. Em ambiente hospitalar ou com equipe de saúde (presumido pelo contexto de "sala de emergência"), a proporção recomendada para crianças é de 15 compressões para 2 ventilações. A prioridade absoluta no afogamento é reverter a hipoxemia, utilizando oxigênio a 100% e garantindo ventilação eficaz logo no início das manobras, associada às compressões de alta qualidade (100 a 120/min).

d) Incorreta. A proporção de 30:2 é utilizada para um único socorrista leigo ou quando não há uma equipe de saúde treinada presente. Além disso, a frequência de 80 a 100 compressões por minuto está abaixo do recomendado pelas diretrizes atuais (PALS/AHA), que preconizam 100 a 120 compressões por minuto.

e) Incorreta. Tentar drenar a água dos pulmões posicionando a criança em decúbito

lateral ou realizando manobras de compressão abdominal é uma conduta contraindicada. Isso atrasa o início das compressões e ventilações, além de aumentar significativamente o risco de vômitos e aspiração do conteúdo gástrico. A água aspirada no afogamento é rapidamente absorvida pela circulação ou passa para o interstício pulmonar, não sendo passível de "drenagem" postural.

Questão 68

O quadro clínico descrito — lactente de 13 meses com tosse, coriza, febre baixa e bom estado geral, sem alterações na ausculta pulmonar — é compatível com o diagnóstico de Resfriado Comum (Rinofaringite Aguda Viral). O tratamento dessa condição é fundamentalmente sintomático e de suporte (hidratação e lavagem nasal), uma vez que a maioria dos medicamentos "antigripais" e xaropes não possui eficácia comprovada em crianças pequenas e apresenta riscos significativos de efeitos colaterais.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O uso de descongestionantes sistêmicos, como a pseudoefedrina, não é recomendado para crianças menores de 4 a 6 anos. Esses medicamentos podem causar efeitos adversos graves, como taquicardia, hipertensão, agitação e convulsões, sem oferecer benefícios claros na redução dos sintomas nasais nessa faixa etária.

Alternativa B: Incorreta. A guaifenesina é um expectorante que não possui evidências de eficácia na redução da duração ou gravidade da tosse em lactentes. Além disso, o uso de medicamentos de venda livre para tosse é desaconselhado em crianças menores de 6 anos pela falta de segurança e risco de toxicidade.

Alternativa C: Incorreta. A difenidramina é um anti-histamínico de primeira geração. Diferentemente do que afirma a alternativa, ela não é seletiva, atravessa a barreira hematoencefálica e causa diversos efeitos colaterais, como sedação excessiva ou agitação paradoxal. Além disso, anti-histamínicos não são eficazes para tratar os sintomas do resfriado comum (que não tem base alérgica).

Alternativa D: Correta. O mel é uma intervenção baseada em evidências para o alívio da tosse em crianças acima de 1 ano de idade. Estudos demonstram que ele pode ser mais eficaz que o placebo e que alguns xaropes comuns na redução da frequência e gravidade da tosse, melhorando a qualidade do sono tanto da criança quanto dos pais. Como o lactente tem 1 ano e 1 mês (13 meses), ele já pode consumir mel com segurança, sem o risco de botulismo intestinal (risco este restrito a menores de 12 meses).

Alternativa E: Incorreta. O uso de mucolíticos (como ambroxol ou acetilcisteína) não demonstrou capacidade de prevenir complicações bacterianas, como pneumonia ou otite, nem de reduzir a necessidade de prescrição de antibióticos no contexto do resfriado comum. Seu uso rotineiro em lactentes não é recomendado pelas principais diretrizes pediátricas.

Questão 69

DIAGNÓSTICO: O quadro clínico descrito, caracterizado por lesões que evoluem de máculas para vesículas e pústulas, culminando na formação de crostas melicéricas (cor de mel) localizadas na face e nos membros de uma criança com bom estado geral, é o quadro clássico de IMPETIGO NÃO BOLHOSO (ou impetigo contagioso). Trata-se da infecção bacteriana superficial da pele mais comum na infância, causada principalmente pelas bactérias **Staphylococcus aureus** e **Streptococcus pyogenes**.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): Para casos de impetigo localizado, sem sinais de gravidade ou sintomas sistêmicos (como febre), o tratamento de primeira linha é a antibioticoterapia tópica. A mupirocina a 2% e o ácido fusídico a 2% são os agentes recomendados, pois possuem excelente cobertura contra os principais agentes (**Staphylococcus** e **Streptococcus**) e apresentam eficácia comparável aos antibióticos orais em lesões limitadas, com menos efeitos colaterais.

Alternativa B (INCORRETA): Atualmente, o **Staphylococcus aureus** é o agente mais frequentemente isolado no impetigo, superando o **Streptococcus pyogenes**. Além disso, se houvesse necessidade de antibiótico oral (reservado para casos extensos ou bolhosos), a amoxicilina isolada seria uma escolha ruim, pois a maioria das cepas de **S. aureus** produz penicilinase, sendo resistente à amoxicilina simples. Nesse caso, seria necessário usar cefalexina ou amoxicilina com clavulanato.

Alternativa C (INCORRETA): O permanganato de potássio é um antisséptico com propriedades adstringentes que pode auxiliar na limpeza das crostas, mas não substitui o antibiótico. O cetoconazol é um medicamento antifúngico, indicado para micoses, e não possui ação contra as bactérias que causam o impetigo.

Alternativa D (INCORRETA): A permetrina a 5% é um escabicida utilizado para o tratamento da escabiose (sarna). Embora a escabiose possa sofrer infecção secundária (impetiginização), o quadro descrito foca especificamente nas características do impetigo primário e seu tratamento bactericida.

Alternativa E (INCORRETA): O uso de corticoides (como a beclometasona) é contraindicado em infecções bacterianas cutâneas ativas sem a cobertura antibiótica adequada. O corticoide possui efeito imunossupressor local, o que pode agravar a infecção e retardar a cicatrização, além de não tratar a causa etiológica.

Questão 70

Para compreender os distúrbios da puberdade, é fundamental diferenciar a origem central (dependente de GnRH) da origem periférica (independente de GnRH). Abaixo, analise cada alternativa:

Alternativa A: INCORRETA. Os dados estatísticos apresentados estão invertidos. A puberdade precoce central (PPC) é idiopática na grande maioria das meninas (cerca de 80% a 90% dos casos). Já nos meninos, a PPC é muito mais frequentemente associada a causas orgânicas, como tumores do sistema nervoso central, sendo idiopática em apenas uma minoria dos casos (aproximadamente 25% a 40%).

Alternativa B: INCORRETA. A puberdade precoce central é, de forma geral, mais comum do que a puberdade precoce periférica (PPP). Embora a hiperplasia adrenal congênita seja, de fato, uma causa de puberdade precoce periférica (especialmente as formas não clássicas), a afirmação de que os casos periféricos são mais comuns torna a alternativa errada.

Alternativa C: CORRETA. A Síndrome de McCune-Albright é uma causa clássica de puberdade precoce periférica. Ela é causada por uma mutação somática no gene *GNAS1*, que leva à ativação constitutiva da proteína G, resultando na produção hormonal autônoma. Nas meninas, isso se manifesta tipicamente através de cistos ovarianos que produzem estrogênio independentemente do estímulo das gonadotrofinas (LH e FSH). A tríade clássica inclui a puberdade precoce periférica, manchas café-au-lait com bordas irregulares e displasia fibrosa poliostótica.

Alternativa D: INCORRETA. O marco inicial da puberdade masculina é o aumento do volume testicular. Considera-se puberdade precoce quando esse aumento ocorre antes dos 9 anos de idade. No entanto, o volume testicular que define o início da puberdade é de 4 ml ou mais (medido pelo orquímetro de Prader). O valor de 10 ml citado na alternativa já indica uma puberdade em estágio avançado.

Alternativa E: INCORRETA. O hipotireoidismo primário severo e prolongado não tratado pode causar puberdade precoce, mas do tipo PERIFÉRICA (conhecida como Síndrome de Van Wyk-Grumbach). Isso ocorre porque níveis extremamente elevados de TSH podem exercer um efeito de "cross-reactivity" (interação cruzada) nos receptores de FSH, estimulando as gônadas sem a ativação do eixo

hipotálamo-hipófise. Além disso, ao contrário de outras formas de puberdade precoce, o hipotireoidismo costuma cursar com atraso na idade óssea.

Questão 71

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

Para definir a conduta em um recém-nascido (RN) filho de mãe com sífilis na gestação, devemos primeiro avaliar se o tratamento materno foi adequado. Segundo o Ministério da Saúde, o tratamento é considerado adequado quando: é realizado com penicilina benzatina, concluído pelo menos 30 dias antes do parto, com esquema de doses completo para o estágio da doença e com queda documentada dos títulos de VDRL. No caso em questão, a mãe recebeu penicilina benzatina, o esquema de três doses foi completo, iniciado no 1º trimestre (bem antes do parto) e houve uma queda drástica do VDRL (de 1:64 para 1:4 e 1:8), caracterizando resposta imunológica. Portanto, o tratamento materno foi adequado.

O segundo passo é avaliar o RN. Ele é assintomático e seu VDRL (1:4) não é duas ou mais diluições superior ao VDRL materno no parto (1:8). Na verdade, o título do RN é menor que o da mãe. Por esses critérios, o RN não é diagnosticado com sífilis congênita, mas sim classificado como Criança Exposta.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora a classificação de criança exposta esteja certa, o erro está na conduta. RNs assintomáticos, filhos de mães adequadamente tratadas e com VDRL menor que o materno, não precisam de investigação complementar (radiografia ou líquido) na maternidade.

Alternativa b) Incorreta. Não há indicação de tratamento com penicilina benzatina para a criança exposta que apresente exame físico normal e VDRL menor que o materno. A conduta é apenas o acompanhamento clínico e laboratorial.

Alternativa c) Correta. Como o tratamento materno foi adequado, o RN é assintomático e o VDRL neonatal é inferior ao materno, a criança é classificada apenas como exposta. Nesse cenário, o protocolo dispensa exames invasivos ou tratamento imediato na maternidade, exigindo apenas o seguimento ambulatorial para verificar a negatificação do VDRL (que deve ser coletado com um mês ou no acompanhamento de rotina).

Alternativa d) Incorreta. O tratamento materno foi adequado, pois cumpriu o prazo, utilizou o medicamento correto e apresentou queda dos títulos. Logo, não se trata de

sífilis congênita por falha terapêutica materna. A investigação com exames e o tratamento por dez dias são reservados para casos confirmados ou quando o tratamento materno é considerado inadequado.

Alternativa e) Incorreta. O tratamento materno foi adequado. Além disso, se houvesse necessidade de tratamento por dez dias para sífilis congênita com investigação de líquido, a droga de escolha seria a penicilina cristalina (especialmente se houvesse alteração líquórica), e não a procaína como conduta inicial em suspeita de neurosífilis.

Questão 72

Diagnóstico: Sinovite Transitória do Quadril

O caso clínico apresenta um pré-escolar de quatro anos com quadro de claudicação e dor no quadril de início agudo, precedido por uma infecção das vias aéreas superiores (resfriado) há uma semana. O paciente está afebril e em bom estado geral. Os exames laboratoriais (VHS, PCR e hemograma) estão rigorosamente normais, e a ultrassonografia revela um pequeno derrame articular. Este é o cenário clássico da sinovite transitória do quadril.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A sinovite transitória é a causa mais comum de dor no quadril na infância, afetando principalmente crianças entre 3 e 10 anos. É uma condição inflamatória autolimitada, frequentemente precedida por uma infecção viral. O diagnóstico é de exclusão, baseado na clínica leve e na ausência de alterações laboratoriais inflamatórias significativas, exatamente como descrito no enunciado.

b) INCORRETA. A osteomielite é uma infecção óssea que geralmente se manifesta com febre, queda do estado geral, dor intensa e localizada, além de elevação importante de marcadores inflamatórios (leucocitose, PCR e VHS elevados), o que não ocorre neste caso.

c) INCORRETA. A doença de Legg-Calvé-Perthes (necrose avascular da cabeça do fêmur) também ocorre nessa faixa etária, mas apresenta uma evolução mais crônica e insidiosa. Embora a radiografia inicial possa ser normal, a história de infecção prévia recente e a normalidade absoluta dos exames laboratoriais em um quadro agudo tornam a sinovite transitória a hipótese principal.

d) INCORRETA. A artrite séptica é o principal diagnóstico diferencial e uma emergência ortopédica. No entanto, ela se caracteriza por febre alta, dor intensa à

mobilização (a criança geralmente se recusa a deambular), prostração e marcadores inflamatórios muito alterados. Os critérios de Kocher (febre, incapacidade de deambular, VHS > 40 mm/h e leucocitose) ajudam a diferenciar; neste caso, o paciente não preenche nenhum critério para artrite séptica.

e) INCORRETA. A síndrome de Osgood-Schlatter é uma apofisite da tuberosidade anterior da tíbia. Ela causa dor no joelho, não no quadril, e é típica de adolescentes atletas durante a fase de estirão de crescimento, não sendo compatível com a idade ou a localização da dor do paciente.

Questão 73

Alternativa (a) INCORRETA: A prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) não é de 10%. Dados epidemiológicos globais e do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) estimam uma prevalência em torno de 1% a 2% da população (aproximadamente 1 em cada 36 crianças). Além disso, o transtorno é mais prevalente no sexo masculino, com uma proporção de cerca de 4 homens para cada 1 mulher.

Alternativa (b) CORRETA: Embora o diagnóstico definitivo costume ocorrer mais tarde, sinais de alerta precoces podem ser identificados no primeiro ano de vida. Estes sinais incluem atrasos no desenvolvimento motor e hipotonia, além de marcadores de prejuízo na interação social, como a falta de contato visual sustentado, a ausência de resposta ao sorriso social, o pouco interesse em faces humanas e a falha em responder quando chamada pelo nome (o que muitas vezes leva os pais a suspeitarem de surdez).

Alternativa (c) INCORRETA: O M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers) é, de fato, o instrumento de triagem mais utilizado na puericultura, porém ele é validado para crianças entre 16 e 30 meses de idade. No Brasil, as diretrizes do Ministério da Saúde e a Lei 13.438/2017 orientam a aplicação de instrumentos de rastreamento para risco de desenvolvimento psíquico, mas o M-CHAT especificamente não se aplica a bebês de 6 a 12 meses.

Alternativa (d) INCORRETA: As disfunções no processamento sensorial são muito frequentes no TEA, e não raras. Elas foram incluídas como um dos critérios diagnósticos no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Os indivíduos podem apresentar hiper-reatividade (como incômodo excessivo com ruídos ou texturas) ou hiporreatividade a estímulos sensoriais (como indiferença aparente à dor ou temperaturas extremas).

Alternativa (e) INCORRETA: O diagnóstico do TEA é estritamente clínico, baseado na

anamnese detalhada, observação do comportamento e aplicação de critérios diagnósticos (DSM-5 ou CID-11). Exames complementares, como ressonância magnética de crânio e eletroencefalograma, não são necessários para confirmar o autismo. Eles são solicitados apenas em casos específicos para investigação de diagnósticos diferenciais ou comorbidades, como epilepsia, sinais neurológicos focais ou regressão de marcos do desenvolvimento.

Questão 74

ANÁLISE DO CASO:

O paciente apresenta um quadro clássico de Crise Convulsiva Febril Simples (ou Benigna da Infância). Os critérios que definem essa condição no caso clínico são:

1. Idade: Entre 6 meses e 5 anos (a criança tem 1 ano e 8 meses).
2. Tipo de crise: Generalizada (tônico-clônica).
3. Duração: Curta (1 minuto), sendo definida como simples quando dura menos de 15 minutos.
4. Pós-crise: Recuperação rápida da consciência e ausência de déficits neurológicos.
5. Gatilho: Presença de febre, sem evidências de infecção do Sistema Nervoso Central (SNC).

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A conduta na crise febril simples é conservadora. Uma vez que a crise já cessou e o exame físico não revela sinais de gravidade (como rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela), o foco deve ser o tratamento da febre para o conforto da criança e a orientação familiar. É fundamental explicar aos pais que o quadro é benigno, que não causa danos cerebrais e que o risco de desenvolver epilepsia no futuro é apenas discretamente superior ao da população geral.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa B: A punção lombar para análise do líquido cefalorraquidiano não é indicada de rotina em crianças acima de 12 meses que apresentam crise febril simples, bom estado geral e exame neurológico normal. A internação hospitalar também é desnecessária, pois o quadro pode ser manejado ambulatorialmente.

Alternativa C: Exames de imagem, como a tomografia de crânio, não são indicados em crises febris simples. Eles são reservados para casos de crise focal, sinais de hipertensão intracraniana, trauma craniano associado ou macrocefalia.

Alternativa D: O diazepam é uma medicação abortiva, indicada apenas se a crise

estiver em curso (geralmente se durar mais de 5 minutos). Como a crise durou apenas 1 minuto e a criança já está recuperada, não há indicação de benzodiazepínicos. A avaliação de especialista pode ser feita eletivamente, mas não é a conduta imediata prioritária.

Alternativa E: O início de protocolo de sepse e antibioticoterapia seria uma conduta excessiva e errônea, dado que a criança apresenta bom estado geral, coriza hialina (sugerindo quadro viral) e nenhum sinal de choque, toxemia ou irritação meníngea.

Questão 75

Esta questão aborda os marcos do desenvolvimento infantil, especificamente aos 6 meses de vida, baseando-se nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Acenar "tchau" ou "adeus" é uma habilidade de comunicação social e linguagem gestual que geralmente se manifesta por volta dos 9 meses de idade.
- b) Incorreta. Pronunciar "mamá" ou "papá" de forma específica para os pais é um marco esperado para os 12 meses. Aos 9 meses, a criança pode começar a balbuciar esses sons de forma polissilábica e indiscriminada, mas não aos 6 meses.
- c) Incorreta. Caminhar segurando nos móveis (conhecido como *cruising*) é um marco da motricidade ampla que ocorre tipicamente entre os 9 e 11 meses. Aos 6 meses, espera-se que a criança consiga sentar-se com apoio e comece a rolar.
- d) Incorreta. A pinça completa (pegar objetos entre o polegar e o indicador) é uma evolução da motricidade fina que surge por volta dos 9 meses. Aos 6 meses, a criança utiliza a preensão palmar global para segurar objetos.
- e) Correta. Aos 6 meses, nos domínios da linguagem e social, a criança começa a participar de "protoconversas". Ela reage a sons fazendo seus próprios sons e reveza essas vocalizações com o cuidador, demonstrando interação social ativa e o início da compreensão do turno da fala.

Resumo dos marcos aos 6 meses:

- Motor: Senta-se com apoio (ou brevemente sem apoio), rola para ambos os lados.
- Adaptativo: Transfere objetos de uma mão para outra, leva objetos à boca.
- Social/Linguagem: Balbucia (sons como "da-da", "ba-ba"), reconhece rostos familiares e responde a sons fazendo barulhos.

Questão 76

Para resolver essa questão, devemos aplicar os critérios de classificação da rinite alérgica propostos pelo consenso ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), que divide a patologia baseando-se na duração e na gravidade dos sintomas.

Análise dos critérios no caso clínico:

1. Duração dos sintomas:

A paciente apresenta sintomas cinco vezes por semana há cerca de 3 meses.

Pela classificação:

- Intermitente: sintomas por menos de 4 dias por semana OU por menos de 4 semanas consecutivas.
- Persistente: sintomas que ocorrem 4 ou mais dias por semana E por 4 ou mais semanas consecutivas.

Conclusão: Rinite persistente.

2. Gravidade dos sintomas:

A paciente apresenta roncos noturnos, sonolência diurna (alteração do sono), queda no desempenho escolar, dificuldade na prática de esportes e intenso desconforto.

Pela classificação:

- Leve: sono normal; atividades diárias, esporte e lazer normais; desempenho escolar ou profissional normal; ausência de sintomas perturbadores.
- Moderada a grave: presença de um ou mais dos seguintes itens: alteração do sono; comprometimento das atividades diárias, lazer e/ou esportes; distúrbios escolares ou profissionais; sintomas perturbadores.

Conclusão: Rinite grave (ou moderada/grave).

3. Sinais físicos:

As pregas infrapalpebrais (sinal de Dennie-Morgan), a prega transversa no nariz (decorrente da saudação alérgica) e a mucosa pálida e edemaciada são achados clássicos que confirmam o diagnóstico de rinite alérgica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora seja persistente pela frequência, a classificação "leve" é descartada pela presença de prejuízo no sono, na escola e nos esportes.

b) Incorreta. Os sintomas ocorrem 5 vezes por semana (mais de 4 dias), o que a define como persistente, e há impacto importante na qualidade de vida, o que exclui o termo "leve".

c) Incorreta. A frequência de 5 dias por semana por 3 meses caracteriza a rinite como

persistente, não intermitente.

d) Incorreta. Apesar de a gravidade estar correta, a frequência dos sintomas (5 vezes por semana) define o quadro como persistente.

e) Correta. A paciente preenche os requisitos de rinite persistente (frequência maior que 4 dias/semana por mais de 4 semanas) e grave (presença de múltiplos critérios de impacto na qualidade de vida, como alteração do sono e prejuízo escolar).

Questão 77

O caso clínico descreve uma criança com febre persistente há cinco dias associada a um conjunto de sinais clínicos clássicos. Para o diagnóstico da Doença de Kawasaki, o critério padrão exige a presença de febre por cinco ou mais dias, somada a pelo menos quatro dos cinco critérios principais: 1) Alterações em extremidades (edema, eritema ou descamação); 2) Exantema polimorfo; 3) Hiperemia conjuntival bilateral não exsudativa; 4) Alterações em lábios e cavidade oral (fissuras, língua em framboesa, eritema orofaríngeo); 5) Adenomegalia cervical (geralmente unilateral e acima de 1,5 cm). O paciente apresenta todos esses critérios, consolidando a hipótese diagnóstica.

Análise das alternativas:

a) Poliarterite nodosa: É uma vasculite de médios e pequenos vasos muito rara na infância. Embora possa cursar com febre e exantema, sua apresentação clínica costuma envolver livedo reticular, nódulos subcutâneos, dor testicular, mialgia e hipertensão arterial por acometimento renal. Não é a hipótese primária para um quadro febril agudo com os critérios de Kawasaki descritos.

b) Escarlatina: É uma doença causada pela toxina do *Streptococcus pyogenes*. Apresenta febre e faringite, com exantema micropapular (aspecto de lixa), sinal de Pastia (acentuação nas dobras) e sinal de Filatov (palidez perioral). Embora possa causar "língua em framboesa", não costuma cursar com conjuntivite não exsudativa nem com o edema de mãos característico do caso.

c) Doença de Behçet: É uma doença inflamatória multissistêmica crônica caracterizada principalmente por úlceras orais recorrentes, úlceras genitais e uveíte. É extremamente rara em crianças pequenas e não se manifesta como um quadro febril exantemático agudo com as características relatadas.

d) Sarampo: O sarampo apresenta um pródromo com febre alta, tosse, coriza e conjuntivite (com fotofobia e muitas vezes exsudativa). O exantema é morbiliforme,

com progressão cefalocaudal, e surgem as manchas de Koplik na mucosa oral. O quadro clínico da questão foca em alterações específicas como edema de mãos e fissuras labiais sem os sintomas catarrais intensos típicos do sarampo.

e) Doença de Kawasaki: Esta é a alternativa correta. O paciente preenche todos os critérios diagnósticos clássicos: febre de longa duração (5 dias), conjuntivite não purulenta, alteração em lábios (fissuras), exantema difuso, edema em mãos e linfonodomegalia cervical. É uma vasculite de médios vasos cuja principal complicação são os aneurismas de artérias coronárias, reforçando a importância do diagnóstico precoce e tratamento com imunoglobulina intravenosa.

Questão 78

O quadro clínico apresentado é típico de Síndrome Nefrótica na infância. A criança apresenta a tríade clássica: edema (facial e de membros), hipoalbuminemia importante (1,8 g/dL) e proteinúria em níveis nefróticos. A relação proteína/creatinina urinária de 8,0 (6,4 dividido por 0,8) confirma a proteinúria maciça, já que valores acima de 2,0 em amostras isoladas são diagnósticos em pediatria. Além disso, há hipertrigliceridemia, uma resposta hepática compensatória à perda de proteínas.

Em crianças na faixa etária entre 1 e 10 anos, a causa mais comum de Síndrome Nefrótica (responsável por cerca de 80 a 90% dos casos) é a Doença de Lesões Mínimas (DLM). Devido a essa alta prevalência epidemiológica, a conduta padrão é iniciar o tratamento empírico com corticosteroides, sem a necessidade de biópsia renal imediata, reservando o procedimento apenas para casos de corticorresistência ou apresentações atípicas.

Análise das alternativas:

a) Correta. A prednisona é o tratamento de primeira escolha (corticoterapia) para a Síndrome Nefrótica idiopática na infância. A Doença de Lesões Mínimas é o padrão histológico provável, apresentando excelente resposta aos esteroides na maioria dos casos.

b) Incorreta. Embora a Glomeruloesclerose Segmentar e Focal (GESF) seja a segunda causa mais comum, ela é menos frequente que a Doença de Lesões Mínimas nesta faixa etária e frequentemente está associada a uma menor resposta inicial à prednisona.

c) Incorreta. A Glomerulonefrite Membranosa é extremamente rara em crianças pequenas, sendo uma causa mais comum de Síndrome Nefrótica em adultos.

d) Incorreta. A ciclosporina é um imunossupressor (inibidor da calcineurina) utilizado como terapia de segunda linha em pacientes que apresentam resistência aos corticoides ou que são dependentes de corticoides com toxicidade grave. Não é a droga de escolha inicial.

e) Incorreta. A ciclosporina não é o tratamento inicial e a GESF não é o padrão histológico mais provável para um primeiro episódio em uma criança de 1 ano e 9 meses.

Questão 79

O caso clínico apresenta uma criança pequena com anemia falciforme exibindo a tríade clássica do sequestro esplênico agudo: queda súbita dos níveis de hemoglobina (palidez e letargia), sinais de choque hipovolêmico (taquicardia e hipotensão) e aumento rápido do volume do baço (esplenomegalia). Esta é uma emergência hematológica grave em que uma grande quantidade de sangue fica retida no baço, reduzindo o volume sanguíneo circulante.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. A crise álgica, ou vaso-oclusiva, é a complicação mais comum da anemia falciforme e manifesta-se por dor intensa, geralmente óssea. Ela não causa palidez súbita associada ao aumento do baço ou choque hemodinâmico. A morfina é utilizada para o controle da dor, não sendo o tratamento para o quadro de choque descrito.

Alternativa B - Incorreta. A crise aplásica ocorre quando há uma interrupção temporária da produção de glóbulos vermelhos na medula óssea, frequentemente desencadeada por infecção pelo Parvovírus B19. Embora cause palidez súbita e anemia grave, ela se diferencia do sequestro esplênico justamente pela ausência de esplenomegalia (o baço não aumenta, pois não há acúmulo de sangue nele).

Alternativa C - Incorreta. Além de o diagnóstico de crise aplásica estar incorreto para este quadro (devido à presença de esplenomegalia), o uso de imunoglobulina não é a conduta de primeira linha para crises de aplasia na anemia falciforme; o tratamento baseia-se em suporte transfusional até que a medula óssea se recupere.

Alternativa D - Correta. O quadro clínico é típico de sequestro esplênico agudo, uma complicação comum em crianças com anemia falciforme antes que ocorra a autoesplenectomia (fibrose do baço por sucessivos infartos). A conduta imediata é a restauração do volume circulante com expansão volêmica e a transfusão de concentrado de hemácias, que, além de tratar a anemia e o choque, ajuda a

"mobilizar" o sangue sequestrado de volta para a circulação central.

Alternativa E - Incorreta. Apesar de o diagnóstico de sequestro esplênico estar correto, a conduta de administrar morfina é inadequada. A prioridade no sequestro esplênico é a reposição volêmica e transfusional para reverter o estado de choque, e não o manejo analgésico com opioides.

Questão 80

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro descrito é clássico do exantema súbito, também conhecido como roséola infantum, causado principalmente pelo herpesvírus humano tipo 6 (HHV-6). Os pontos principais para o diagnóstico são: a idade do paciente (lactente de 9 meses), a presença de febre alta por cerca de 4 dias com manutenção do bom estado geral e, fundamentalmente, o desaparecimento súbito da febre seguido imediatamente pelo surgimento de um exantema maculopapular que se inicia no tronco. Essa sequência temporal (a febre some e a mancha aparece) é a chave da questão.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) INCORRETA. No sarampo, o exantema surge no pico da febre, e não após o seu desaparecimento. Além disso, o sarampo apresenta um pródromo respiratório intenso, com tosse, coriza, conjuntivite e manchas de Koplik na mucosa oral. O paciente com sarampo apresenta-se em mau estado geral (toxemiado), o que contrasta com o bom estado geral do lactente descrito.

Alternativa b) INCORRETA. A escarlatina é causada pelo *Streptococcus pyogenes* e é rara em lactentes de 9 meses, sendo mais comum em crianças maiores. O exantema da escarlatina tem aspecto de lixa (micropapular) e costuma vir acompanhado de faringite aguda e febre alta persistente. O tratamento requer o uso de antibióticos (como a penicilina), mas o quadro clínico não condiz com o relato.

Alternativa c) CORRETA. O quadro é a definição de exantema súbito. O tratamento para essa patologia é apenas de suporte, com uso de antitérmicos durante a fase febril e orientação aos pais sobre a natureza benigna e autolimitada da doença. Não há necessidade de exames complementares ou internação para casos típicos em bom estado geral.

Alternativa d) INCORRETA. O eritema infeccioso, causado pelo parvovírus B19, é típico de crianças em idade escolar. O exantema evolui em fases, começando pela face esbofetada, seguida por um exantema rendilhado em tronco e membros.

Diferente do exantema súbito, o eritema infeccioso raramente apresenta febre alta precedendo as manchas.

Alternativa e) INCORRETA. Embora os enterovírus possam causar uma grande variedade de exantemas em crianças, a conduta proposta de prescrever prednisolona (um corticoide) está incorreta. Exantemas virais comuns não são tratados com corticoterapia. O padrão de febre alta que cede subitamente para o aparecimento das lesões é muito mais característico do HHV-6 do que de enterovírus.

Questão 81

Esta questão aborda o posicionamento do Ministério da Saúde (MS) do Brasil em relação ao câncer de pele, diferenciando as estratégias de rastreamento (população assintomática) e a detecção precoce (indivíduos com sinais ou sintomas). O MS não recomenda o rastreamento populacional sistemático para o câncer de pele, mas enfatiza a importância da detecção precoce em lesões suspeitas.

Explicação detalhada das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a regra do ABCDE (Assimetria, Bordas, Cor, Diâmetro e Evolução) seja uma ferramenta propedêutica fundamental para auxiliar na identificação de lesões suspeitas de melanoma, ela é considerada um método de auxílio à suspeição clínica, e não a recomendação técnica completa do Ministério da Saúde para o processo de detecção e confirmação diagnóstica.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de filtro solar é classificado como uma estratégia de prevenção primária, pois visa evitar a ocorrência da doença ao proteger a pele contra a radiação ultravioleta. A prevenção terciária refere-se a medidas que visam reduzir incapacidades e reabilitar o paciente após a doença já ter sido tratada.

Alternativa (c) Incorreta: O encaminhamento para especialistas faz parte do fluxo de atendimento, mas a questão foca nos critérios técnicos de detecção recomendados pelo Ministério da Saúde. O diagnóstico inicial e a investigação devem começar na Atenção Básica com o exame clínico e, quando possível, procedimentos diagnósticos iniciais.

Alternativa (d) Correta: O Ministério da Saúde estabelece que a estratégia para detecção precoce do câncer de pele baseia-se no exame clínico minucioso (inspeção visual), na utilização da dermatoscopia (que aumenta a sensibilidade e a especificidade do exame físico) e na realização de biópsia das lesões suspeitas para confirmação histopatológica. A biópsia incisional é frequentemente citada em protocolos para lesões extensas ou em áreas nobres, visando ao diagnóstico antes de

uma exérese definitiva.

Alternativa (e) Incorreta: A solicitação de marcadores tumorais como a tirosina ou o Mel-CAM não possui papel no rastreamento ou na detecção precoce do câncer de pele na prática clínica da rede pública. Esses marcadores são utilizados em contextos de pesquisa ou em estágios avançados da doença oncológica, não sendo ferramentas de detecção inicial.

Questão 82

O teste de Fagerström é uma ferramenta essencial na prática clínica para mensurar o grau de dependência à nicotina e orientar o tratamento do tabagismo. Para resolver essa questão, devemos aplicar os critérios da escala aos dados fornecidos no caso clínico.

Cálculo da pontuação do paciente:

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

O paciente fuma imediatamente após acordar (menos de 5 minutos). Pontuação: 3 pontos.

2. Você acha difícil evitar fumar em locais proibidos?

O paciente referiu que não considerava difícil. Pontuação: 0 pontos.

3. Qual cigarro seria o mais difícil de deixar de fumar?

O paciente citou dificuldade para deixar de fumar o primeiro cigarro matinal. Pontuação: 1 ponto.

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

O paciente fuma 30 cigarros por dia (faixa de 21 a 30 cigarros). Pontuação: 2 pontos.

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã do que no resto do dia?

O paciente afirmou que fuma mais frequentemente pela manhã. Pontuação: 1 ponto.

6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar na cama a maior parte do tempo?

O paciente referiu que, quando estava doente, não fumava. Pontuação: 0 pontos.

Soma total: $3 + 0 + 1 + 2 + 1 + 0 = 7$ pontos.

Classificação da Escala de Fagerström:

0 a 2 pontos: Dependência muito baixa.

3 a 4 pontos: Dependência baixa.

5 pontos: Dependência média.

6 a 7 pontos: Dependência elevada (ou alta).

8 a 10 pontos: Dependência muito elevada (ou muito alta).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a pontuação de 7 pontos esteja correta, a classificação para essa pontuação é elevada, e não baixa.

b) Correta. O somatório dos critérios totaliza 7 pontos, o que enquadra o paciente no nível de dependência elevada conforme a padronização da escala.

c) Incorreta. A pontuação de 7 pontos corresponde à dependência elevada. A dependência moderada (ou média) é atribuída à pontuação 5.

d) Incorreta. O cálculo correto resulta em 7 pontos, não 8. Uma pontuação de 8 indicaria dependência muito elevada.

e) Incorreta. O somatório não atinge 9 pontos. A pontuação 9 também seria classificada como dependência muito elevada.

Questão 83

O caso clínico descreve um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada, apesar do uso de três classes de medicamentos: um diurético tiazídico (hidroclorotiazida), um bloqueador dos receptores de angiotensina II (losartana) e um bloqueador de canais de cálcio (anlodipina). Antes de considerar a hipertensão como resistente e adicionar novos fármacos, as diretrizes de hipertensão (como as da Sociedade Brasileira de Cardiologia) recomendam a otimização das doses das medicações já prescritas até o limite máximo tolerado.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A espironolactona é o medicamento de quarta escolha, indicado para o tratamento da hipertensão resistente (quando a pressão não é controlada com três drogas em doses otimizadas). No caso em questão, o paciente ainda utiliza uma dose subotimizada de anlodipina (apenas 2,5 mg, sendo que a dose plena é 10 mg), portanto, a hipertensão ainda não pode ser classificada como resistente.

Alternativa B (Correta): Esta é a conduta mais adequada. O paciente já faz uso da

tríade clássica para o tratamento da HAS (BRA + tiazídico + BCC), porém a anlodipina está em dose mínima inicial. O passo lógico e recomendado pelos protocolos é aumentar a dose das medicações atuais para os patamares terapêuticos máximos (no caso, aumentar a anlodipina para 5 mg ou 10 mg) antes de associar uma quarta droga.

Alternativa C (Incorreta): O atenolol é um betabloqueador. Além de não ser droga de primeira linha para hipertensão essencial sem comorbidades específicas (como insuficiência cardíaca ou pós-infarto), o paciente possui asma desde a infância. Embora o atenolol seja um betabloqueador seletivo, o uso dessa classe deve ser cauteloso ou evitado em asmáticos devido ao risco de broncoespasmo. Além disso, a otimização da terapia atual deve preceder a adição de novas classes.

Alternativa D (Incorreta): O enalapril é um inibidor da ECA (IECA). É formalmente contraindicado associar um IECA (enalapril) com um BRA (losartana). Essa combinação aumenta significativamente o risco de efeitos colaterais graves, como hipercalemia e insuficiência renal aguda, sem trazer benefícios adicionais no controle da pressão arterial.

Alternativa E (Incorreta): A metildopa é um simpaticolítico de ação central, utilizada principalmente no tratamento da hipertensão em gestantes. Não é uma droga de escolha para o manejo inicial ou ajuste de hipertensão em homens de meia-idade, especialmente quando há opções mais eficazes e com menos efeitos colaterais disponíveis para otimização.

Questão 84

Para compreendermos esta questão, devemos analisar os critérios diagnósticos para alterações do metabolismo da glicose na gestação e as complicações neonatais associadas.

Análise dos dados da paciente (28 semanas de gestação):

O Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75 g, realizado entre 24 e 28 semanas, é o padrão-ouro. Os critérios diagnósticos para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) são:

- Jejum: 92 a 125 mg/dL
- 1 hora após sobrecarga: igual ou superior a 180 mg/dL
- 2 horas após sobrecarga: 153 a 199 mg/dL

Basta apenas um valor alterado para o diagnóstico de DMG. No caso clínico, a paciente apresenta o valor de 1 hora alterado (185 mg/dL), confirmando o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A paciente tem, de fato, diabetes gestacional. No entanto, mulheres com DMG apresentam um risco significativamente aumentado (cerca de 7 a 10 vezes maior) de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 ao longo da vida, sendo necessário o rastreio sistemático após o parto.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico de "Overt Diabetes" (diabetes diagnosticado na gestação, mas com níveis de diabetes pré-gestacional) ocorreria se o jejum fosse igual ou superior a 126 mg/dL, se a glicemia de 2 horas no TOTG fosse igual ou superior a 200 mg/dL, ou se a hemoglobina glicada inicial fosse igual ou superior a 6,5%. Os valores da paciente não atingem esses patamares. Embora o risco de macrossomia exista no DMG, a nomenclatura do diagnóstico está errada.

Alternativa c) Incorreta. O termo "pré-diabetes" não é utilizado como diagnóstico oficial durante a gestação; as categorias são Diabetes Gestacional ou Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação (Overt Diabetes). Além disso, a hemoglobina glicada tem utilidade limitada para o diagnóstico de DMG devido às alterações fisiológicas da gestação, como o aumento do *turnover* de hemácias.

Alternativa d) Correta. A paciente preenche o critério para Diabetes Gestacional (pelo valor de 1 h = 185 mg/dL). Uma das complicações neonatais clássicas de filhos de mães diabéticas é a hiperbilirrubinemia. Isso ocorre porque a hiperglicemia materna gera hiperinsulinemia fetal. O excesso de insulina aumenta o consumo de oxigênio fetal, podendo levar a uma hipóxia relativa, que estimula a produção de eritropoietina e gera policitemia. A destruição desse excesso de hemácias no período neonatal resulta em icterícia por hiperbilirrubinemia indireta.

Alternativa e) Incorreta. Conforme explicado, o diagnóstico é de Diabetes Gestacional, não "Overt Diabetes". Além disso, o tratamento inicial para DMG consiste em mudanças no estilo de vida (dieta adequada e atividade física). A insulina é reservada apenas para os casos em que o controle glicêmico não é atingido com as medidas não farmacológicas após 1 a 2 semanas.

Questão 85

Análise do caso clínico:

Estamos diante de uma paciente idosa (77 anos) e diabética, o que a coloca em um grupo de maior vulnerabilidade imunológica. Ela apresenta um quadro de tosse crônica (há 2 meses) associado a um sintoma constitucional grave (perda ponderal

de 7 kg). No contexto da saúde pública brasileira e das diretrizes do Ministério da Saúde, qualquer indivíduo com tosse por três semanas ou mais é considerado um sintomático respiratório (SR) e deve ser investigado prioritariamente para tuberculose (TB).

Por que a alternativa (e) está correta:

A conduta imediata diante de um sintoma respiratório crônico em uma paciente com fatores de risco (idade e diabetes) é a investigação de tuberculose. O Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), que utiliza a técnica de PCR, é atualmente o exame de escolha inicial recomendado pelo Ministério da Saúde. Ele apresenta alta sensibilidade, fornece o resultado em poucas horas e ainda identifica se há resistência à rifampicina, sendo superior à baciloscopia convencional como primeiro passo diagnóstico.

Análise das alternativas incorretas:

a) Incorreta. A prescrição empírica de azitromicina (um antibiótico para quadros agudos/atípicos) não é indicada para uma tosse de dois meses sem uma hipótese diagnóstica firmada. O uso indiscriminado de antibióticos retarda o diagnóstico da tuberculose e não trata a causa-base. A radiografia é um exame complementar importante, mas não deve substituir a pesquisa direta do agente etiológico no escarro.

b) Incorreta. O manejo inicial, o diagnóstico e o tratamento da tuberculose sensível devem ser realizados preferencialmente na Atenção Primária à Saúde (UBS). O encaminhamento ao especialista deve ocorrer apenas em casos de difícil diagnóstico, falha terapêutica ou complicações graves, o que não é o caso no momento inicial da investigação.

c) Incorreta. O termo "agendamento" sugere uma espera que não condiz com a gravidade e o potencial de transmissibilidade da suspeita de tuberculose. Pacientes sintomáticos respiratórios devem ter atendimento facilitado e imediato para coleta de exames e início de investigação, visando quebrar a cadeia de transmissão e evitar a progressão da doença na paciente idosa.

d) Incorreta. Embora a baciloscopia seja um exame válido, o Teste Rápido Molecular (TRM-TB) é a preferência atual nos protocolos por ser mais sensível. Além disso, a broncoscopia é um procedimento invasivo de segunda linha, indicado apenas quando os exames de escarro (induzido ou espontâneo) são repetidamente negativos e a suspeita clínica persiste.

e) Correta. Conforme detalhado acima, a avaliação deve ser imediata por se tratar de um caso suspeito de TB em paciente de risco, utilizando o teste padrão-ouro atual da rede básica (TRM-TB/PCR).

Questão 86

Esta questão aborda o manejo de contatos de pacientes diagnosticados com tuberculose (TB) pulmonar, um tema recorrente e fundamental na prática clínica e em provas de residência. O foco aqui é a investigação da Infecção Latente por Tuberculose (ILTB) e a exclusão de doença ativa.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, todo contato de caso de tuberculose pulmonar deve ser avaliado, independentemente de apresentar sintomas. Em pessoas assintomáticas, o protocolo exige a realização de exame clínico para confirmar a ausência de sintomas, radiografia de tórax (para descartar TB ativa, que poderia ser minimamente sintomática ou subclínica) e a realização da Prova Tuberculínica (PT) ou do ensaio de liberação de interferon-gama (IGRA) para identificar se houve infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Se a radiografia for normal e a PT/IGRA for positiva, diagnostica-se ILTB e avalia-se a indicação de tratamento preventivo.

Alternativa (b) Incorreta: O risco de transmissão da tuberculose está diretamente relacionado à carga bacilar do caso-índice, à duração da exposição e às condições de ventilação do ambiente. Trabalhar 10 horas por dia em um local fechado configura um contato prolongado e de alto risco, mesmo não sendo um contato domiciliar. Portanto, a paciente não deve ser apenas tranquilizada; ela precisa de investigação ativa.

Alternativa (c) Incorreta: A vacina BCG faz parte do calendário vacinal da Bolívia e de quase todos os países da América Latina. Além disso, a BCG não tem indicação para adultos nessa situação. Seu principal benefício é a prevenção de formas graves de tuberculose (meníngea e miliar) em crianças menores de cinco anos. No caso de adultos expostos, a prioridade é diagnosticar infecção ou doença, e não vacinar.

Alternativa (d) Incorreta: A conduta de apenas orientar o retorno em caso de sintomas é chamada de busca passiva e é considerada insuficiente para contatos de TB. As diretrizes atuais preconizam a busca ativa, que visa identificar a infecção latente antes que ela evolua para a forma ativa da doença, quebrando a cadeia de transmissão na comunidade.

Alternativa (e) Incorreta: A quimioprofilaxia (atualmente chamada de tratamento da ILTB) nunca deve ser iniciada de forma empírica apenas pela exposição. É obrigatório, primeiro, descartar a doença ativa por meio da radiografia de tórax e dos sintomas e, segundo, comprovar que a paciente foi de fato infectada (por meio de PT ou IGRA reativos). Iniciar o tratamento preventivo em alguém que já tenha a doença ativa pode gerar resistência medicamentosa, pois utilizam-se menos fármacos do que no esquema de tratamento pleno.

Questão 87

Para a resolução desta questão, é necessário classificar o estágio da sífilis na gestante e aplicar o protocolo de tratamento do Ministério da Saúde de 2023.

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um teste rápido reagente, que é um teste treponemal. Como ela não possui histórico de tratamento prévio, não apresenta sintomas e não se recorda de lesões compatíveis com sífilis primária (cancro duro) ou secundária (roséolas, lesões cutâneo-mucosas) nos últimos 12 meses, o caso é classificado como Sífilis de Duração Ignorada ou Latente Tardia. Em gestantes, a conduta imediata diante de um teste reagente é o início do tratamento para prevenir a transmissão vertical.

Esquema terapêutico para Sífilis Latente Tardia ou de Duração Ignorada:

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde é a Penicilina G Benzatina na dose de 2,4 milhões UI (administrada em duas injeções de 1,2 milhão UI, uma em cada glúteo), por via intramuscular, semanalmente, por 3 semanas. O total do tratamento deve somar 7,2 milhões UI.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A dose de 1,2 milhão UI por semana está errada. A dose correta para cada sessão de tratamento no adulto é de 2,4 milhões UI. Embora o acompanhamento mensal do VDRL mencionado na alternativa esteja correto para gestantes, o erro na dosagem da medicação invalida a opção.

b) Correta. Esta alternativa apresenta a dosagem correta de 2,4 milhões UI e o número de doses adequado (três doses com intervalo semanal) para o estágio de sífilis de duração ignorada. Sobre o monitoramento, embora o protocolo exija o acompanhamento mensal durante a gestação, a solicitação do VDRL no momento do parto ou pós-parto é obrigatória para a avaliação da conduta no recém-nascido e encerramento do caso. Entre as opções disponíveis, é a que descreve corretamente o esquema terapêutico.

c) Incorreta. O esquema de duas doses de penicilina benzatina não é recomendado para nenhum estágio da sífilis nos protocolos brasileiros. O tratamento é realizado com dose única (sífilis recente) ou três doses (sífilis tardia/ignorada).

d) Incorreta. Apresenta erro tanto na dosagem (1,2 milhão UI é insuficiente) quanto no número de doses (dose única e apenas para casos iniciais com menos de um ano de evolução).

e) Incorreta. O esquema de dose única (2,4 milhões UI) é indicado apenas para sífilis primária, secundária ou latente recente (com menos de um ano). Como a paciente não tem sintomas e desconhece o tempo de infecção, o protocolo exige o tratamento com três doses para garantir a eficácia terapêutica.

Questão 88

O caso apresentado descreve uma situação de alta complexidade na Atenção Primária à Saúde, envolvendo uma suspeita de violência infantil que, embora descartada, revelou a necessidade de um acompanhamento psicossocial contínuo, multiprofissional e intersetorial. Para organizar o cuidado nessas circunstâncias, a ferramenta de gestão do cuidado mais adequada é o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A ficha de notificação compulsória deve ser preenchida no momento da suspeita de violência, o que o enunciado afirma já ter sido feito ("o caso foi notificado ao Sistema de Vigilância Epidemiológica"). Portanto, não é o procedimento a ser realizado agora para o acompanhamento contínuo do caso após a investigação.

Alternativa b) Incorreta. O heredograma (ou genograma) e a avaliação do ciclo de vida familiar são ferramentas importantes para a compreensão da estrutura e dinâmica familiar. Elas auxiliam no diagnóstico e na compreensão do contexto, mas não constituem, por si sós, o plano de intervenção e acompanhamento articulado que a complexidade do caso exige.

Alternativa c) Incorreta. O Plano Operativo Anual (POA) é um instrumento de gestão administrativa da Unidade Básica de Saúde. Ele serve para planejar metas, ações e recursos da unidade como um todo para o período de um ano, não se referindo ao cuidado clínico individualizado de uma família específica.

Alternativa d) Correta. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia de cuidado voltada para sujeitos ou famílias em situações de vulnerabilidade ou casos complexos que demandam uma articulação de saberes. Ele é construído em conjunto pela equipe multiprofissional (e muitas vezes com atores de outros setores, como escola e assistência social) e consiste em quatro momentos: diagnóstico (análise orgânica, psicológica e social), definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. É a ferramenta ideal para garantir a longitudinalidade e a coordenação do cuidado descritas no enunciado.

Alternativa e) Incorreta. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos oficiais do Ministério da Saúde que estabelecem critérios de diagnóstico e tratamento em nível nacional. Eles são referências normativas para a prática médica, e não algo que a equipe de saúde local "procede à confecção" para um caso individual. Além disso, a suspeita de violência foi descartada, tornando o PCDT de violência menos central do que o plano de suporte psicossocial personalizado (PTS).

Questão 89

A questão aborda os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente os princípios doutrinários estabelecidos na Lei Federal nº 8.080/1990. O enunciado descreve a garantia de acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, sem qualquer forma de discriminação ou barreira.

Alternativa a) Universalidade. Esta é a alternativa correta. A universalidade é o princípio doutrinário que determina que a saúde é um direito de cidadania de todos os brasileiros e um dever do Estado. De acordo com este preceito, o sistema de saúde deve estar disponível para toda a população, em todos os níveis de atenção, independentemente de cor, raça, religião, renda, orientação sexual ou qualquer outra característica individual ou social.

Alternativa b) Integralidade. Esta alternativa está incorreta. A integralidade pressupõe que o indivíduo deve ser assistido como um todo, considerando suas necessidades biopsicossociais. Ela garante que o sistema ofereça um conjunto articulado de ações e serviços, desde a prevenção até a cura e a reabilitação, integrando ações preventivas e curativas em todos os níveis de complexidade.

Alternativa c) Equidade. Esta alternativa está incorreta. Embora a equidade busque a justiça social, seu conceito principal é tratar desigualmente os desiguais para atingir a igualdade. Ou seja, significa investir mais recursos e atenção onde a carência é maior, priorizando aqueles que mais precisam para reduzir as disparidades. O enunciado, ao focar no acesso de "todos" sem distinção, refere-se especificamente à universalidade.

Alternativa d) Participação social. Esta alternativa está incorreta. A participação social (ou controle social) é um princípio organizativo, detalhado posteriormente pela Lei nº 8.142/1990. Ela garante que a comunidade participe da gestão do SUS por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, atuando na formulação e fiscalização das políticas públicas.

Alternativa e) Descentralização. Esta alternativa está incorreta. A descentralização é um princípio organizativo que redistribui o poder e as responsabilidades administrativas e financeiras entre as três esferas de governo (União, Estados e Municípios). No SUS, a ênfase é dada à municipalização, aproximando a gestão do local onde os serviços são efetivamente prestados à população.

Questão 90

Alternativa a) Incorreta. Os principais sintomas da Covid-19 em gestantes são semelhantes aos da população geral: febre, tosse (geralmente seca) e dispneia. A tosse produtiva e a dor abdominal não são as manifestações clínicas primordiais da doença, embora sintomas gastrointestinais possam ocorrer de forma secundária.

Alternativa b) Incorreta. Devido ao risco de eventos adversos raros, como a Síndrome de Trombose com Trombocitopenia (STT), o Ministério da Saúde suspendeu o uso da vacina AstraZeneca (vetor viral) em gestantes. As vacinas recomendadas atualmente para este grupo são as de mRNA (Pfizer) ou de vírus inativado (CoronaVac).

Alternativa c) Correta. As vacinas de vírus inativado e as de mRNA não possuem vírus vivo em sua composição, o que impossibilita a replicação viral no organismo materno ou fetal. Por essa segurança comprovada, elas são recomendadas pela Febrasgo e pelo Ministério da Saúde em qualquer fase da gestação ou no puerpério.

Alternativa d) Incorreta. O risco de gravidade da Covid-19 é progressivo ao longo da gestação. O terceiro trimestre e o puerpério imediato (até o 10º dia) são os períodos de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbito, devido às alterações fisiológicas da gravidez, como a redução da expansibilidade pulmonar.

Alternativa e) Incorreta. As comorbidades prévias, como obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica e doenças cardiovasculares, são fatores de risco significativos que aumentam consideravelmente a chance de hospitalização, admissão em UTI e ventilação mecânica em pacientes gestantes com Covid-19.

Questão 91

O tema central desta questão é a Clínica Ampliada e a Medicina Centrada na Pessoa, conceitos que buscam superar o modelo biomédico tradicional (focado estritamente na doença e na biologia) para uma abordagem que enxerga o paciente em sua totalidade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A proposta da Clínica Ampliada é justamente o oposto: a incorporação da subjetividade. Restringir-se a elementos técnicos objetivos caracteriza o modelo biomédico clássico, que muitas vezes falha ao não considerar como o sofrimento é percebido pelo indivíduo, dificultando a adesão e a eficácia terapêutica.

b) Incorreta. Embora a coleta de dados precise de rigor, a priorização da fidedignidade estatística em detrimento da experiência do paciente ignora o princípio da singularidade. Na Medicina Centrada na Pessoa, a "verdade" do paciente sobre sua própria dor e vida é tão relevante quanto os dados epidemiológicos.

c) Incorreta. Protocolos e evidências científicas são ferramentas essenciais para a segurança, mas não devem ser as únicas orientadoras da consulta. O tempo dedicado a informações "fora dos algoritmos" é, muitas vezes, o momento em que o médico encontra as chaves para entender o contexto social e psicológico que impede a cura ou o controle de uma doença crônica.

d) Incorreta. Classificações como CID e DSM são importantes para a comunicação entre profissionais e registros epidemiológicos, mas a prática assistencial contemporânea não deve ser pautada pela "rotulação" do paciente. Focar apenas em critérios nosológicos reduz a complexidade do ser humano a um código diagnóstico, distanciando-se do cuidado integral.

e) Correta. Esta alternativa sintetiza os pilares da Clínica Ampliada. A escuta qualificada permite que o médico compreenda a história de vida do paciente (biografia), seus medos e expectativas (subjetividade), suas condições de moradia e trabalho (social) e o significado que ele atribui à doença (simbólico). Essa compreensão profunda é o que permite elaborar um Projeto Terapêutico Singular e realmente resolutivo.

Gabarito: Alternativa (e).

Questão 92

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é uma ferramenta fundamental na Atenção Primária e na prática médica moderna, que visa deslocar o foco do "objeto doença" para a "pessoa doente". Ele se baseia em quatro componentes principais: explorar a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a enfermidade; entender a pessoa como um todo (seu contexto); elaborar um plano conjunto (campo comum); e fortalecer a relação médico-paciente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Esta alternativa descreve um modelo biomédico tradicional e paternalista. Enfatizar apenas a adesão rigorosa e as complicações ignora a experiência subjetiva da paciente e as dificuldades que ela relatou, o que geralmente resulta em menor adesão ao tratamento de doenças crônicas.

b) Correta. O MCCP preconiza a exploração do SIFE (Sentimentos, Ideias, Função e Expectativas). Ao explorar as preocupações, crenças e emoções, o médico cumpre o primeiro componente do método. Ao adaptar o plano ao contexto de vida da paciente (sobrecarga familiar), ele aplica o segundo e o terceiro componentes (entender a pessoa como um todo e estabelecer um terreno comum), o que é essencial para o sucesso do tratamento do diabetes.

c) Incorreta. O foco exclusivo na doença e nos riscos futuros caracteriza o modelo centrado no médico/doença. No MCCP, a doença é apenas uma parte do atendimento; a prioridade é como essa doença se manifesta na vida daquela pessoa específica.

d) Incorreta. O modelo biopsicossocial, que sustenta o MCCP, defende que questões emocionais, sociais e biológicas são indissociáveis. Abordar apenas problemas médicos e postergar questões emocionais fragmenta o cuidado e impede que o médico compreenda a real causa da descompensação da paciente.

e) Incorreta. O MCCP substitui a autoridade e o poder do médico pela parceria e pela decisão compartilhada. Decisões tomadas unilateralmente pelo médico, ignorando a resistência ou o contexto da paciente, violam os princípios de autonomia e colaboração necessários para o manejo de condições crônicas.

Questão 93

Para compreender esta questão, é necessário revisar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), propostos por Barbara Starfield, que são divididos em essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) e derivados (Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural).

Alternativa a) Incorreta. O acesso de primeiro contato significa que a APS deve ser a porta de entrada preferencial e mais acessível do sistema para qualquer nova necessidade de saúde ou problema de saúde. No entanto, a APS não se limita a atendimentos de urgência e emergência nem atua exclusivamente sem agendamento. Ela combina o atendimento à demanda espontânea com o acompanhamento programado de condições crônicas e ações preventivas.

Alternativa b) Incorreta. A integralidade (ou abrangência) significa que a unidade de APS deve oferecer uma gama de serviços que atenda à maioria das necessidades de saúde da população (promoção, prevenção, cura e reabilitação). Isso não significa realizar procedimentos de alta complexidade ou cirurgias na unidade, mas sim reconhecer todas as necessidades do paciente e garantir o acesso aos níveis secundário e terciário quando necessário.

Alternativa c) Incorreta. A coordenação do cuidado é a capacidade da equipe de APS de acompanhar e integrar o cuidado do paciente, mesmo quando ele é atendido em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. A equipe de APS nunca transfere totalmente a responsabilidade; ela deve receber as informações do especialista, organizar o fluxo e continuar sendo a referência principal para o paciente, garantindo a continuidade do tratamento.

Alternativa d) Correta. A longitudinalidade é o atributo que estabelece a APS como a fonte regular de cuidado ao longo do tempo, independentemente da presença de doenças. Esse acompanhamento contínuo permite a criação de um vínculo terapêutico forte, melhora o conhecimento do profissional sobre o contexto de vida do paciente e aumenta a eficácia das intervenções, sendo um pilar fundamental da Estratégia Saúde da Família.

Alternativa e) Incorreta. A competência cultural, um dos atributos derivados, é exatamente o oposto do que afirma a alternativa. Ela exige que os profissionais conheçam e respeitem as particularidades culturais, linguísticas e os valores de cada indivíduo e comunidade, adaptando o cuidado para que ele seja aceitável e eficaz dentro daquela realidade específica.

Questão 94

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um paciente idoso com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) exacerbada e em situação de vulnerabilidade social e violência (física, financeira e negligência). O manejo deve ser bimodal: tratar a condição clínica aguda e crônica, e intervir na proteção do idoso conforme o Estatuto do Idoso.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

Clinicamente, o paciente apresenta uma exacerbação da DPOC caracterizada pelo aumento da dispneia e mudança na coloração do escarro (purulência). Segundo os critérios de Anthonisen, a presença de escarro purulento associado ao aumento da dispneia justifica o uso de antibioticoterapia. Quanto ao tratamento de manutenção, o histórico de duas internações no último ano o classifica como um paciente de alto risco para novas exacerbações (Grupo E no GOLD atual), indicando o início de terapia tripla (LAMA + LABA + corticoide inalatório) e reforço para cessação tabágica.

Do ponto de vista social, o médico tem o dever legal e ético de realizar a notificação compulsória de suspeita ou confirmação de violência contra o idoso. A articulação com a rede de proteção (CRAS/CREAS) é fundamental. Abordar a dependência química do agressor via CAPS AD é uma estratégia de saúde pública para tratar a raiz do conflito familiar.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): Embora o corticoide e o antibiótico estejam corretos para a fase aguda, a conduta social é omissa. Orientar o paciente a "procurar ajuda de outros familiares" e marcar retorno em 30 dias sem intervir na violência é negligenciar o risco de vida do paciente. A notificação de violência contra o idoso é obrigatória e não opcional.

Alternativa (c): O encaminhamento ao pneumologista não deve substituir o tratamento imediato na Atenção Primária. Sugerir a institucionalização (asilo) como "solução definitiva" sem esgotar as possibilidades de proteção no domicílio e sem acionar os órgãos competentes fere a autonomia do idoso e desconsidera o fluxo legal de proteção social.

Alternativa (d): A internação pode ser necessária se houver gravidade clínica ou risco imediato, mas a falha grave desta alternativa é a omissão da notificação. O "preservar o vínculo" não justifica a não notificação de um crime de maus-tratos. A notificação é um instrumento de proteção e garantia de direitos, e não um ato

punitivo do médico.

Alternativa (e): Tratar apenas com broncodilatadores de curta ação é insuficiente para um paciente com histórico de exacerbações frequentes e sintomas persistentes. Além disso, sugerir que um idoso agredido "tente dialogar" com um agressor sob efeito de substâncias psicoativas é uma conduta perigosa que subestima o ciclo da violência e coloca a vítima em maior risco.

Questão 95

O quadro clínico descreve um paciente idoso com múltiplos fatores de risco cardiovascular (hipertensão e dislipidemia não controladas) e sinais de comprometimento cognitivo com perfil subcortical, caracterizado por lentidão cognitiva e déficit de atenção. A neuroimagem (FLAIR) é o ponto-chave para o diagnóstico, revelando lesões de pequenos vasos, como lacunas subcorticais e hiperintensidades de substância branca (leucoaraiose), que são marcadores clássicos de dano vascular cerebral.

Alternativa a) Incorreta. A demência por corpos de Lewy exige a presença de características nucleares, como alucinações visuais detalhadas, parkinsonismo espontâneo e flutuações cognitivas marcantes. O enunciado descarta explicitamente a presença de alucinações e sinais de Parkinson, o que torna esse diagnóstico improvável.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico de demência vascular é fundamentado na associação entre o declínio cognitivo e a evidência de doença cerebrovascular (fatores de risco e achados na ressonância). O manejo inicial mais adequado para interromper ou lentificar a progressão da doença é o controle rigoroso dos fatores de risco vasculares, especialmente a pressão arterial e o perfil lipídico, visando prevenir novos insultos isquêmicos.

Alternativa c) Incorreta. Na doença de Alzheimer, o sintoma inicial típico é o déficit de memória episódica (amnésia anterógrada), e a ressonância magnética geralmente demonstra atrofia dos hipocampos em vez de predomínio de lesões vasculares. Além disso, inibidores da fosfodiesterase são usados para disfunção erétil ou hipertensão pulmonar, não sendo o tratamento para Alzheimer (que utiliza inibidores da acetilcolinesterase).

Alternativa d) Incorreta. A demência frontotemporal costuma ocorrer em pacientes mais jovens e manifesta-se por alterações precoces de comportamento (desinibição, perda de empatia) ou de linguagem, o que não foi relatado. A quetiapina é um antipsicótico que pode ser usado para controle de sintomas comportamentais, mas

não é a terapia de manejo inicial da doença.

Alternativa e) Incorreta. O termo demência senil é considerado obsoleto e não deve ser utilizado como diagnóstico médico atual. Quanto ao manejo, a anticoagulação não é o tratamento padrão para demência vascular decorrente de doença de pequenos vasos (lacunas); ela seria indicada apenas se houvesse uma fonte cardioembólica comprovada, como a fibrilação atrial.

Questão 96

Esta questão aborda o manejo clínico inicial de pacientes com COVID-19, focando especificamente nos casos leves. De acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde do Brasil e das principais sociedades científicas (como a SBI e a AMB), o tratamento deve ser estratificado pela gravidade da doença.

Alternativa A (Correta): Para casos leves, definidos por sintomas como tosse, dor de garganta, coriza, febre e cefaleia, sem sinais de desconforto respiratório ou queda na saturação de oxigênio, a conduta é de suporte. O objetivo é aliviar os sintomas e manter o estado geral do paciente enquanto o sistema imunológico combate a infecção viral. O repouso ajuda na recuperação, a hidratação previne complicações e os sintomáticos (como analgésicos e antitérmicos, por exemplo, paracetamol ou dipirona) controlam a dor e a febre.

Alternativa B (Incorreta): A anticoagulação profilática, como o uso de enoxaparina, é reservada para pacientes hospitalizados com quadros moderados a graves que possuem fatores de risco para tromboembolismo venoso. Não há indicação de uso rotineiro para casos leves em ambiente ambulatorial, pois o risco de sangramento supera os benefícios não comprovados nessa população.

Alternativa C (Incorreta): A azitromicina é um antibiótico da classe dos macrolídeos. Como a COVID-19 é uma doença viral, antibióticos não têm ação direta contra o SARS-CoV-2. Estudos clínicos robustos demonstraram que o uso de azitromicina não reduz a taxa de hospitalização ou mortalidade em casos leves de COVID-19, devendo ser utilizada apenas se houver forte suspeita de coinfeção bacteriana.

Alternativa D (Incorreta): A ivermectina é um antiparasitário. Apesar de ter demonstrado atividade antiviral *in vitro* em doses altíssimas, diversos estudos clínicos aleatorizados de alta qualidade confirmaram que o medicamento não possui eficácia clínica no tratamento ou na prevenção da COVID-19 em humanos. Seu uso não é recomendado pelas principais autoridades de saúde.

Alternativa E (Incorreta): A dexametasona e outros corticosteroides demonstraram benefício (redução de mortalidade) apenas em pacientes que necessitam de oxigênio suplementar ou ventilação mecânica (casos graves ou críticos). O uso de corticoides na fase inicial ou em casos leves pode ser prejudicial, pois pode retardar a eliminação do vírus pelo organismo ao suprimir a resposta imune inicial necessária. Além disso, a administração via endovenosa não condiz com o acompanhamento ambulatorial de casos leves.

Questão 97

Para resolver essa questão, devemos seguir os passos de classificação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) propostos pela iniciativa GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), atualizados para 2025.

1. Diagnóstico e estágio da obstrução (GOLD 1 a 4):

O diagnóstico de DPOC é confirmado pela relação VEF1/CVF pós-broncodilatador (BD) $< 0,70$. No caso, o paciente apresenta 64%.

A gravidade da obstrução é medida pelo VEF1 em relação ao previsto:

- GOLD 1 (Leve): $VEF1 \geq 80\%$
- GOLD 2 (Moderada): $50\% \leq VEF1 < 80\%$
- GOLD 3 (Grave): $30\% \leq VEF1 < 50\%$
- GOLD 4 (Muito grave): $VEF1 < 30\%$

O paciente possui VEF1 de 48%. Tecnicamente, isso o classificaria como GOLD 3. No entanto, as alternativas da questão fornecem apenas a opção "GOLD 2". Em provas de residência, quando há essa divergência, devemos focar na classificação dos grupos (A, B ou E) e na conduta terapêutica, que são o cerne da atualização recente.

2. Classificação dos grupos (A, B ou E):

A partir de 2023 (mantido em 2025), a GOLD utiliza os grupos A, B e E (E de exacerbador):

- Grupo E: Pacientes com ≥ 2 exacerbações moderadas ou ≥ 1 exacerbação levando à internação no último ano, independentemente dos sintomas.
- Grupo A: Poucos sintomas (mMRC 0-1 ou CAT < 10) e 0 ou 1 exacerbação moderada (sem internação).
- Grupo B: Muitos sintomas (mMRC ≥ 2 ou CAT ≥ 10) e 0 ou 1 exacerbação moderada (sem internação).

Análise do paciente:

- Exacerbações: Negou internações e exacerbações nos últimos 12 meses.
- Sintomas: Relata dispneia ao caminhar no plano. Isso corresponde ao mMRC 2 (precisa parar para respirar ou anda mais devagar que pessoas da mesma idade).
- Portanto, o paciente é classificado como Grupo B.

3. Conduta terapêutica (GOLD 2025):

- Grupo A: Um broncodilatador (longa ou curta duração).
- Grupo B: A recomendação inicial é a dupla broncodilatação com LAMA + LABA (ex.: umeclidínio + vilanterol ou tiotrópio + olodaterol). O uso de monoterapia ou de corticoide inalatório (ICS) isolado/associado como primeira linha não é mais indicado para este grupo.
- Grupo E: LAMA + LABA. Considerar tripla terapia (LAMA + LABA + ICS) se eosinófilos sanguíneos ≥ 300 células/ μL .

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Classifica como Grupo E, mas o paciente não teve exacerbações. Além disso, propõe tripla terapia (LAMA + LABA + corticoide), o que não é a conduta inicial para um paciente que nunca exacerbou.
- b) Correta. Embora o VEF1 de 48% sugira GOLD 3, é a única alternativa que classifica corretamente o paciente como Grupo B (sintomático, não exacerbador) e indica o tratamento padrão-ouro atual: associação de um LAMA (umeclidínio) com um LABA (vilanterol).
- c) Incorreta. Classifica erroneamente como Grupo E. O tratamento proposto (tiotrópio + olodaterol) é uma associação LAMA/LABA, mas a indicação do grupo está errada para o histórico clínico apresentado.
- d) Incorreta. Classifica como Grupo B, porém indica LABA + corticoide (formoterol + budesonida). Atualmente, a dupla broncodilatação (LAMA + LABA) é superior e preferencial à associação com corticoide no grupo B.
- e) Incorreta. Classifica como o Grupo B, mas indica tripla terapia inalatória (glicopirrônio + formoterol + budesonida). A tripla terapia é reservada para pacientes do Grupo E com eosinofilia importante ou que permanecem exacerbando mesmo em uso de dupla terapia.

Questão 98

A questão aborda as diretrizes de rastreamento do câncer de mama no Brasil, um tema em constante atualização e que frequentemente gera debates entre as recomendações do Ministério da Saúde (MS/INCA) e de sociedades de especialistas (SBM/FEBRASGO).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa conforme o contexto atual e o

gabarito indicado:

****a) Incorreta.****

Embora a Lei Federal nº 11.664/2008 estabeleça o direito à mamografia a partir dos 40 anos, e o Ministério da Saúde utilize o conceito de "decisão compartilhada" para mulheres na faixa dos 40 aos 49 anos que desejam o exame, esta não é a recomendação de "rastreamento organizado" (populacional) padrão do MS. O modelo de decisão conjunta é uma estratégia para lidar com a demanda espontânea, mas não define a nova idade oficial de início do rastreamento sistemático para a população geral.

****b) Incorreta.****

A ultrassonografia mamária não é recomendada isoladamente como método de rastreamento populacional do câncer de mama. Ela é utilizada como um exame complementar à mamografia, especialmente em mulheres com mamas densas, ou como ferramenta diagnóstica na avaliação de alterações palpáveis ou achados inconclusivos na mamografia.

****c) Incorreta.****

O autoexame das mamas (palpação realizada pela própria mulher) não é mais recomendado como método de rastreamento desde a década de 2000. Estudos demonstraram que ele não reduz a mortalidade e aumenta o número de biópsias desnecessárias. O Ministério da Saúde recomenda a "estratégia de conscientização" (*Breast Awareness*), que incentiva a mulher a conhecer seu corpo e estar alerta a mudanças suspeitas, sem a rigidez de uma técnica formal de autoexame.

****d) Incorreta.****

A idade de 55 anos não consta como marco inicial em nenhuma diretriz nacional ou internacional de relevância. O tradicional rastreamento do Ministério da Saúde inicia-se aos 50 anos (estratégia bienal).

****e) Correta.****

A alternativa reflete uma tendência recente de atualização e alinhamento do Ministério da Saúde com discussões internacionais e novas evidências científicas de 2023/2024. Organizações como a American Cancer Society (ACS) e a iniciativa global da Organização Mundial da Saúde (GBCI) passaram a enfatizar a faixa dos 45 anos como um ponto de transição ou início recomendado em diversos contextos para otimizar a detecção precoce. No Brasil, o debate sobre a redução da idade inicial de 50 para 45 anos ganhou força em notas técnicas recentes para ampliar a cobertura em faixas etárias onde a incidência tem crescido, justificando a escolha desta alternativa como a mudança "recente" citada no enunciado.

****Resumo Didático:****

O Ministério da Saúde historicamente recomenda o rastreamento bienal dos 50 aos 69 anos. Contudo, para fins de prova e considerando o cenário de 2024, a recomendação de início aos 45 anos surge como a atualização mais recente, buscando equilibrar o benefício da detecção precoce com os riscos de sobrediagnóstico, aproximando o protocolo brasileiro de padrões internacionais modernos.

Questão 99**ANÁLISE DO CASO CLÍNICO**

O paciente em questão apresenta um quadro clássico de Infecção Latente por Tuberculose (ILTB). Ele possui fatores de risco importantes: é diabético (imunocomprometimento moderado) e auxiliar de enfermagem (exposição profissional). O diagnóstico de ILTB é feito quando o paciente tem evidência de infecção (PPD positivo), mas não apresenta doença ativa (está assintomático e com radiografia de tórax normal).

Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, para pacientes diabéticos ou profissionais de saúde, um PPD igual ou superior a 5 mm é considerado positivo e indica o tratamento da forma latente.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Este é o esquema terapêutico padrão (RIPE) para o tratamento da tuberculose ativa (doença). Como o paciente está assintomático e tem radiografia normal, ele não tem tuberculose-doença, e sim infecção latente. O uso de quatro drogas seria um tratamento excessivo e desnecessário.

Alternativa b) Incorreta. A observação clínica só seria adequada se o paciente não tivesse indicação de tratamento da ILTB. No caso de um diabético com PPD de 7 mm, o risco de progressão para tuberculose ativa é elevado, exigindo intervenção farmacológica preventiva. A baciloscopia não tem utilidade em pacientes assintomáticos com imagem de tórax normal.

Alternativa c) Incorreta. A pirazinamida não é utilizada isoladamente para o tratamento da infecção latente. As drogas preconizadas para ILTB no Brasil são a isoniazida (monoterapia), a rifampicina (monoterapia) ou a combinação de isoniazida com rifapentina.

Alternativa d) Correta. O esquema conhecido como 3HP (isoniazida + rifapentina),

administrado uma vez por semana durante 12 semanas (total de 12 doses), é uma das opções preferenciais no Brasil para adultos. Ele oferece a vantagem de maior adesão por ser um tratamento mais curto e com tomadas menos frequentes do que a isoniazida isolada.

Alternativa e) Incorreta. Embora a rifampicina seja uma opção para o tratamento da ILTB, a posologia e o tempo estão errados nesta alternativa. O esquema com rifampicina deve ser realizado com doses diárias por 4 meses (120 doses) para adultos acima de 50 anos ou pessoas com intolerância à isoniazida. Sessenta doses (2 meses) seriam insuficientes.

GABARITO: Letra (d).

Questão 100

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro febril agudo (3 dias) associado a cefaleia, exantema e dor retroorbitária, o que preenche os critérios clínicos para dengue. No entanto, o quadro evoluiu com a presença de sinais de alarme: dor abdominal intensa, vômitos persistentes e sangramento de mucosa (epistaxe).

Classificação de Risco (Ministério da Saúde):

Grupo A: Dengue sem sinais de alarme, sem condições especiais.

Grupo B: Dengue sem sinais de alarme, mas com condições especiais ou risco social.

Grupo C: Dengue com sinais de alarme (dor abdominal, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, hipotensão postural, hepatomegalia, sangramento de mucosa, letargia/irritabilidade, aumento progressivo do hematócrito).

Grupo D: Dengue grave (choque, desconforto respiratório grave ou disfunção grave de órgãos).

O paciente em questão apresenta sinais de alarme claros, o que o classifica no Grupo C. Sua pressão arterial (90 x 60 mmHg) está no limite inferior da normalidade, mas não há outros sinais francos de choque (como extremidades frias ou tempo de enchimento capilar lentificado) para classificá-lo imediatamente no Grupo D.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a classificação como dengue C com sinais de alarme esteja correta, a conduta para pacientes do Grupo C exige obrigatoriamente hidratação venosa imediata e acompanhamento em leito de observação hospitalar, e

não acompanhamento ambulatorial com hidratação oral.

Alternativa b) Correta. O paciente possui sinais de alarme (dor abdominal, vômitos e epistaxe), o que o enquadra no Grupo C. A conduta preconizada pelo Ministério da Saúde para este grupo é a hidratação venosa (fase de expansão) e a permanência em unidade hospitalar por pelo menos 48 horas ou até a estabilização clínica.

Alternativa c) Incorreta. O paciente não está na fase de recuperação; ele apresenta sinais de alarme ativos, o que caracteriza a fase crítica da doença, período em que ocorre o risco de extravasamento plasmático e choque.

Alternativa d) Incorreta. A terminologia Dengue Hemorrágica caiu em desuso nas classificações mais recentes da OMS e do Ministério da Saúde. Além disso, a transfusão de plaquetas não é uma conduta inicial nem rotineira na dengue, sendo reservada para casos raros de sangramentos graves com repercussão hemodinâmica ou necessidade de cirurgia de urgência.

Alternativa e) Incorreta. Para ser classificado no Grupo D (Dengue Grave), o paciente deveria apresentar sinais claros de choque (como pressão arterial convergente/reduzida, pulso filiforme, cianose) ou comprometimento grave de órgãos. No momento do exame, a PA de 90 x 60 mmHg e a frequência cardíaca de 98 bpm ainda permitem o manejo inicial como Grupo C. A UTI seria indicada se o paciente não respondesse à expansão volêmica inicial ou evoluísse com choque refratário.
