



UERJ

GABARITO | 2026 | RJ | 100 Questões



Gabarito: UERJ

2026 | RJ

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O quadro clínico apresenta um paciente idoso (70 anos) e etilista crônico com a tríade clássica de meningite: febre, alteração do nível de consciência e sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca). A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) confirma o processo inflamatório infeccioso com pleocitose (400 células), hiperproteínoorraquia (160 mg/dL) e uma hipoglicorraquia acentuada (20 mg/dL). A glicose baixa no LCR é um marcador forte para etiologia bacteriana ou fúngica/tuberculosa, afastando etiologias virais simples.

Em pacientes acima de 50 anos, imunossuprimidos ou etilistas, além dos agentes comuns como *Streptococcus pneumoniae** e *Neisseria meningitidis**, deve-se obrigatoriamente cobrir a *Listeria monocytogenes**. A *Listeria** é um bacilo Gram-positivo que frequentemente causa pleocitose com predomínio de mononucleares ou padrão misto, como visto no caso (60% de mononucleares). O tratamento padrão para os patógenos habituais é a ceftriaxona; porém, as cefalosporinas não possuem atividade contra a *Listeria**. Por isso, é necessário adicionar a ampicilina ao esquema empírico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O aciclovir é indicado para encefalite herpética. Embora o paciente apresente alteração de consciência, a hipoglicorraquia importante (20 mg/dL) e o quadro clínico direcionam para uma etiologia bacteriana, não viral.

b) Correta. A ampicilina é o medicamento de escolha para cobrir a *Listeria monocytogenes**. A idade avançada (70 anos) e o etilismo crônico são fatores de risco clássicos que exigem a inclusão dessa droga no esquema terapêutico inicial de uma meningite bacteriana.

c) Incorreta. A doxiciclina é utilizada em infecções por riquetsias, espiroquetas ou em alguns casos de pneumonia atípica, mas não faz parte do protocolo inicial para meningite bacteriana aguda na comunidade.

d) Incorreta. A penicilina benzatina é uma formulação de depósito para uso intramuscular, indicada para sífilis primária, secundária ou profilaxia de febre reumática. Não atinge níveis terapêuticos no sistema nervoso central para tratar meningite ou neurosífilis. No caso de necessidade de penicilina para o sistema nervoso, utiliza-se a penicilina G cristalina (venosa).

Questão 2

A paciente em questão apresenta uma síndrome nefrótica clássica, caracterizada pela tríade de edema progressivo (anasarca), hipoalbuminemia grave (1,8 g/dL) e dislipidemia (triglicérides de 320 mg/dL), além de uma proteinúria maciça (4+/4+) com sedimento urinário inocente (ausência de hematuria ou cilindros celulares). Em adultos de 40 anos com síndrome nefrótica pura, a glomerulopatia membranosa (GM) é uma das principais causas a serem investigadas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O fator antinuclear (FAN) é útil para rastrear lúpus eritematoso sistêmico, que pode causar nefrite lúpica (incluindo a forma membranosa). No entanto, o anticorpo antiestreptolisina O (ASLO) é utilizado para o diagnóstico de febre reumática ou glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE). A GNPE manifesta-se tipicamente como síndrome nefrítica (hematuria, hipertensão e oligúria), o que não condiz com o quadro de síndrome nefrótica pura da paciente.

Alternativa b) Correta. A glomerulopatia membranosa é a principal suspeita. Ela pode ser primária (idiopática) ou secundária. O anticorpo antifosfolipase A2 (anti-PLA2R) é um marcador altamente específico para a forma primária da doença, estando presente em cerca de 70-80% dos casos. Já a sorologia para hepatite B é essencial na investigação, pois o vírus da hepatite B é uma das causas secundárias mais clássicas de glomerulopatia membranosa.

Alternativa c) Incorreta. A hemoglobina glicada rastreia diabetes mellitus, uma causa comum de síndrome nefrótica. Entretanto, o anticorpo antimembrana basal (anti-GBM) está associado à síndrome de Goodpasture, que se manifesta como uma glomerulonefrite rapidamente progressiva (insuficiência renal aguda e hematuria) e hemorragia alveolar, quadro clínico muito mais agressivo e diferente da evolução insidiosa de três meses relatada.

Alternativa d) Incorreta. A hepatite C e a dosagem de crioglobulinas estão mais associadas à glomerulonefrite membranoproliferativa. Essa patologia geralmente se apresenta com um padrão misto (nefrítico-nefrótico), frequentemente acompanhada de consumo de complemento e hematuria no sedimento urinário, o que não foi observado no caso.

Questão 3

Análise do caso clínico:

O quadro clínico do paciente é compatível com Cetoacidose Diabética (CAD), uma complicação aguda grave do Diabetes Mellitus, sugerida pela tríade de hiperglicemia (480 mg/dL), acidose metabólica com anion gap elevado (pH 7,1 e HCO_3^- 10 mEq/L) e história prévia de poliúria, polidipsia e perda de peso.

O ponto determinante para a resolução desta questão é o nível de potássio sérico, que se encontra em 2,8 mEq/L. De acordo com os protocolos internacionais (ADA) e nacionais (SBD) para o manejo da CAD, o tratamento deve seguir uma hierarquia de prioridades para evitar complicações fatais:

1. Hidratação Venosa: É a primeira medida para restaurar o volume intravascular e melhorar a perfusão renal.
2. Manejo do Potássio: Se o potássio sérico estiver abaixo de 3,3 mEq/L, a insulina NÃO deve ser iniciada. A prioridade absoluta é a reposição de potássio, pois a insulina promove a entrada de potássio nas células, o que agravaria a hipocalemia e poderia causar arritmias cardíacas graves ou parada cardiorrespiratória. A insulina só deve ser iniciada após o potássio atingir níveis superiores a 3,3 mEq/L.
3. Bicarbonato de Sódio: Só é indicado em situações de acidose extrema, tipicamente quando o pH é inferior a 6,9. No caso em questão, o pH é 7,1, portanto, o bicarbonato não está indicado.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A insulina não deve ser iniciada com potássio abaixo de 3,3 mEq/L. O uso de bicarbonato está incorreto, pois o pH do paciente (7,1) está acima do limite de indicação (6,9).

Alternativa b: Incorreta. Embora a reposição de potássio seja necessária, a alternativa propõe iniciar a insulino-terapia venosa imediatamente. O protocolo exige que o potássio seja corrigido para acima de 3,3 mEq/L antes de se administrar a primeira dose de insulina.

Alternativa c: Incorreta. A hidratação venosa está correta, mas a prescrição de bicarbonato é contraindicada para um pH de 7,1, além de ignorar a necessidade urgente de reposição de potássio.

Alternativa d: Correta. Reflete a conduta inicial padrão diante de uma CAD com hipocalemia grave (K inferior a 3,3 mEq/L). Deve-se priorizar a expansão volêmica e a reposição de potássio antes de qualquer outra medida, postergando a insulina até

que os níveis de potássio estejam em uma faixa de segurança.

Questão 4

Para compreender essa questão, devemos analisar os dados clínicos e hemodinâmicos fornecidos. A paciente apresenta um quadro de Hipertensão Pulmonar (HP) confirmada pelo cateterismo de câmaras direitas (pressão média da artéria pulmonar de 52 mmHg). O ponto-chave é identificar em qual grupo da classificação da HP ela se encaixa.

O cateterismo revela uma pressão de oclusão da artéria pulmonar (PAWP ou POAP) reduzida (menor ou igual a 15 mmHg) e uma resistência vascular pulmonar (RVP) elevada. Esse padrão hemodinâmico define a HP pré-capilar. Além disso, a questão informa que a TC de tórax, a espirometria e a cintilografia de ventilação/perfusão são normais, o que exclui doenças pulmonares parenquimatosas (Grupo 3) e tromboembolismo crônico (Grupo 4).

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O quadro é compatível com a Hipertensão Arterial Pulmonar (Grupo 1). Nesse grupo, a fisiopatologia principal envolve alterações estruturais nas pequenas artérias pulmonares, conhecidas como remodelamento arterial pré-capilar. Isso inclui hipertrofia da camada média, proliferação da íntima e formação de lesões plexiformes, o que aumenta a resistência ao fluxo sanguíneo independentemente de pressões elevadas no lado esquerdo do coração ou doenças respiratórias.

b) INCORRETA. A elevação da pressão atrial esquerda caracteriza a HP pós-capilar (Grupo 2), geralmente causada por insuficiência cardíaca esquerda ou doenças valvares. Nesses casos, a pressão de oclusão da artéria pulmonar estaria elevada (maior que 15 mmHg), o que contradiz o achado do cateterismo da paciente (PAWP reduzida).

c) INCORRETA. A vasoconstrição induzida por hipoxemia é o mecanismo predominante no Grupo 3 da classificação de HP, que ocorre em pacientes com DPOC, doenças intersticiais ou apneia do sono. Como a TC de tórax e a espirometria da paciente são normais, essa hipótese é descartada.

d) INCORRETA. A obstrução tromboembólica das artérias pulmonares define o Grupo 4 (Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica — HPTEC). A questão afirma explicitamente que a cintilografia de ventilação/perfusão é normal, que é o exame padrão-ouro para triagem dessa condição. Uma cintilografia normal exclui de forma robusta a obstrução tromboembólica crônica.

Questão 5

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um quadro de imunossupressão grave (HIV com CD4 de 60 células/mm³) e sintomas constitucionais (perda de peso e tosse crônica). Em pacientes com HIV e baixa contagem de CD4, a tuberculose (TB) frequentemente se manifesta de forma atípica: a radiografia de tórax pode ser normal e o escarro (BAAR) costuma ser negativo devido à baixa carga bacilar ou à ausência de cavitações pulmonares.

O ponto determinante da questão é o resultado da pesquisa de antígeno urinário para tuberculose (lipoarabinomanana — LAM). Este teste é indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde especificamente para pacientes vivendo com HIV que estejam gravemente imunossuprimidos (geralmente CD4 abaixo de 100 células/mm³). Um resultado positivo nesse teste confirma o diagnóstico de TB ativa, independentemente de outros exames negativos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A monoterapia com isoniazida é utilizada para o tratamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb). Como o paciente possui sintomas clínicos e um teste de antígeno urinário positivo, o diagnóstico é de doença ativa. Tratar TB ativa apenas com isoniazida induz rapidamente a resistência bacteriana.

Alternativa b) Incorreta. Além do erro de prescrever apenas isoniazida para doença ativa, não há indicação de repetir o PPD em seis meses em um paciente que já possui diagnóstico firmado de tuberculose e que já teve um PPD reagente (8 mm, sendo que para HIV o corte é maior ou igual a 5 mm).

Alternativa c) Correta. Diante da confirmação de TB ativa pelo antígeno urinário positivo em um paciente sintomático, a conduta é iniciar o tratamento padrão com o esquema RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol). O tempo básico de tratamento é de seis meses (dois meses de fase de ataque com os quatro fármacos e quatro meses de fase de manutenção com rifampicina e isoniazida).

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa mistura medicamentos do esquema de tratamento para TB latente (rifapentina + isoniazida) com antirretrovirais (dolutegravir) e quinolonas (levofloxacino). O levofloxacino não faz parte do esquema de primeira linha para TB sensível, e o tratamento proposto não segue as diretrizes para TB ativa.

Questão 6

O caso clínico descreve uma paciente com múltiplos critérios para síndrome metabólica (obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia) e um quadro de esteatose hepática acentuada. O achado na tomografia computadorizada (TC) de um nódulo de 4 cm com realce na fase arterial (hipercaptação) e lavagem do contraste na fase portal (washout) é o padrão radiológico clássico e diagnóstico do carcinoma hepatocelular (CHC). Atualmente, a esteato-hepatite associada à disfunção metabólica (MASH) é uma das principais causas de CHC, podendo inclusive ocorrer na ausência de cirrose estabelecida.

Alternativa a) Incorreta. O sexo masculino é, na verdade, um fator de risco mais significativo para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular do que o sexo feminino. A dislipidemia é um componente da síndrome metabólica presente no caso, mas não é o fator isolado de maior peso para a carcinogênese quando comparada ao diabetes e à obesidade.

Alternativa b) Correta. O diabetes mellitus e a obesidade grau III são os pilares da Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD). Essas condições promovem um estado de inflamação crônica, resistência à insulina e estresse oxidativo no fígado, que são mecanismos centrais para a progressão de esteatose simples para esteato-hepatite, fibrose e, finalmente, carcinoma hepatocelular.

Alternativa c) Incorreta. Embora a idade avançada seja um fator de risco genérico para câncer, o uso de estatinas (como a sinvastatina que a paciente utiliza) tem sido apontado em diversos estudos científicos como um fator de proteção contra o carcinoma hepatocelular, auxiliando na redução da incidência deste tumor em pacientes de risco.

Alternativa d) Incorreta. A terapia de reposição hormonal e, principalmente, o uso de anticoncepcionais orais estão classicamente associados ao desenvolvimento de adenoma hepático, que é um tumor benigno. Embora o adenoma possa sofrer transformação maligna, o padrão de washout na TC e o contexto de síndrome metabólica apontam diretamente para o CHC relacionado à esteato-hepatite. A colelitíase (pedras na vesícula) não é fator de risco para tumores primários do parênquima hepático.

Questão 7

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta uma tríade clássica que deve imediatamente sugerir o diagnóstico de fibrose cística (mucoviscidose):

1. Doença respiratória crônica (sinusopatia e infecções de repetição desde a juventude);
2. Insuficiência pancreática exócrina (diarreia crônica com esteatorreia);
3. Infertilidade por azoospermia obstrutiva (frequentemente causada pela ausência congênita bilateral dos vasos deferentes — CBAVD).

A fibrose cística é uma doença autossômica recessiva causada por mutações no gene CFTR, que codifica um canal de cloro. A disfunção dessa proteína leva à produção de secreções mais espessas e desidratadas em diversos órgãos. No sistema reprodutor masculino, quase 99% dos pacientes apresentam azoospermia obstrutiva.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Correta. O teste do suor (dosagem de cloretos no suor) continua sendo o padrão-ouro para o diagnóstico de fibrose cística. Valores de cloreto acima de 60 mmol/L em duas medidas independentes confirmam a doença. Como o quadro clínico do paciente é altamente sugestivo dessa patologia, este é o exame de escolha para investigar a etiologia da infertilidade e dos demais sintomas.

b) Incorreta. A elastase fecal é um excelente marcador para avaliar a função exócrina do pâncreas e confirmar se a diarreia é de fato por insuficiência pancreática. No entanto, ela avalia a consequência da doença e não a sua etiologia (causa-base). O enunciado solicita o exame para investigação da etiologia mais provável.

c) Incorreta. Embora o HIV possa predispor a infecções de repetição devido à imunossupressão, ele não explica a azoospermia obstrutiva nem a esteatorreia crônica de forma tão característica quanto a fibrose cística neste contexto clínico.

d) Incorreta. A dosagem de imunoglobulinas serve para investigar imunodeficiências primárias (como a imunodeficiência comum variável). Pacientes com essas condições podem ter sinusopatia e infecções pulmonares recorrentes, além de diarreia crônica por má absorção ou giardíase. Contudo, as imunodeficiências não costumam cursar com azoospermia obstrutiva, que é um marcador muito forte para fibrose cística em homens jovens com esse perfil de sintomas.

Questão 8

O quadro clínico descrito aponta para a Síndrome Miastênica de Lambert-Eaton (SMLE). Trata-se de uma doença da junção neuromuscular de etiologia pré-sináptica, causada por anticorpos contra os canais de cálcio voltagem-dependentes. Os principais achados que fundamentam esse diagnóstico são a fraqueza muscular proximal, a hiporreflexia (reflexos diminuídos) e a presença de ptose palpebral. O divisor de águas nesta questão é o achado da eletroneuromiografia: o aumento da amplitude do potencial de ação muscular após estímulos repetitivos (incremento) é a marca registrada da SMLE, diferenciando-a da Miastenia Gravis, que apresenta decremento.

A Síndrome de Lambert-Eaton é classicamente uma síndrome paraneoplásica. Em cerca de 50 a 60% dos casos, ela está associada a uma neoplasia oculta, sendo a relação mais forte com tumores neuroendócrinos do pulmão.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O carcinoma tímico e, mais comumente, o timoma estão associados à Miastenia Gravis (doença pós-sináptica), e não à Síndrome de Lambert-Eaton. Na Miastenia Gravis, os reflexos costumam estar preservados e a eletroneuromiografia mostra exaustão (decremento) da resposta muscular.

b) Incorreta. O carcinoma de células renais pode cursar com diversas síndromes paraneoplásicas, como hipercalemia e policitemia (produção de eritropoetina), mas não possui associação clínica significativa com a Síndrome de Lambert-Eaton.

c) Incorreta. O adenocarcinoma de pâncreas costuma se manifestar como síndrome paraneoplásica através da tromboflebite migratória (Síndrome de Trousseau) ou paniculite, não havendo relação típica com distúrbios da junção neuromuscular.

d) Correta. O carcinoma pulmonar de pequenas células (Small Cell Lung Cancer — SCLC) é a neoplasia mais frequentemente associada à Síndrome de Lambert-Eaton. O perfil do paciente (idoso, tabagista, com perda de peso) reforça essa hipótese. As células desse tumor expressam canais de cálcio em sua superfície, o que desencadeia a produção de autoanticorpos que acabam atacando os canais de cálcio nos terminais nervosos pré-sinápticos do paciente.

Gabarito: Letra (d).

Questão 9

Análise do caso clínico:

O paciente é um idoso de 82 anos, com alta escolaridade (engenheiro), que apresenta queixas cognitivas e redução da funcionalidade há seis meses. O ponto crucial para o diagnóstico é o contexto temporal: os sintomas surgiram apenas um mês após o falecimento de sua esposa, sugerindo um forte componente emocional e reativo. No exame, o paciente apresenta apatia e abulia, mas mantém-se orientado, e sua pontuação no Miniexame do Estado Mental (MEEM) é de 26 pontos, o que é considerado um resultado normal ou limítrofe para alguém com sua escolaridade, não sendo compatível com um quadro de demência instalada.

Alternativa a) Correta. O caso descreve a "pseudodemência" da depressão. Em idosos, a depressão maior frequentemente se manifesta com queixas de memória, desatenção, apatia e perda de iniciativa, podendo ser confundida com quadros demenciais. O início relativamente rápido (seis meses) e a ligação direta com um evento estressor grave (luto) são características marcantes. Ao contrário dos pacientes com Alzheimer, os pacientes com pseudodemência costumam demonstrar sofrimento com suas falhas cognitivas e apresentam melhora dos sintomas após o tratamento adequado do transtorno de humor.

Alternativa b) Incorreta. A demência vascular costuma apresentar um declínio cognitivo em "degraus" (pioras súbitas seguidas de estabilização) ou estar associada a eventos de acidente vascular cerebral. Além disso, geralmente há sinais neurológicos focais ou fatores de risco cardiovascular importantes, que não estão presentes neste cenário.

Alternativa c) Incorreta. A Doença de Alzheimer possui um início insidioso, com progressão lenta e gradual ao longo de anos, e não meses. Embora a queixa de memória seja central, a pontuação de 26 no MEEM e a presença marcante de sintomas afetivos logo após uma perda importante tornam a depressão uma hipótese muito mais provável neste momento inicial.

Alternativa d) Incorreta. A demência por corpúsculos de Lewy é caracterizada pela tríade de flutuação cognitiva, alucinações visuais precoces e parkinsonismo (rigidez, bradicinesia e tremor de repouso). O tremor descrito no paciente é leve e simétrico, surgindo durante a intenção, o que não é o padrão típico do parkinsonismo da doença de Lewy. Além disso, não há relato de alucinações ou flutuações de consciência.

Questão 10

Análise dos dados clínicos e laboratoriais:

A paciente apresenta um perfil laboratorial composto por hipocalcemia (cálcio = 7,8 mg/dL), hiperfosfatemia (fósforo = 6,4 mg/dL) e elevação acentuada do paratormônio (PTH = 320 pg/mL) e da fosfatase alcalina (450 U/L). Este conjunto de alterações, associado ao histórico de hipertensão e diabetes (principais causas de doença renal crônica no Brasil), é característico do distúrbio mineral e ósseo da doença renal crônica.

Alternativa (a) Incorreta: A osteomalácia ocorre por uma mineralização deficiente da matriz óssea, geralmente devido à deficiência de vitamina D. Embora possa apresentar hipocalcemia e PTH elevado, o fósforo costuma estar baixo (pela ação do PTH nos rins saudáveis) ou normal, e não elevado como no caso em questão.

Alternativa (b) Incorreta: A doença de Paget é uma desordem de remodelação óssea localizada. Nela, os níveis séricos de cálcio e fósforo são tipicamente normais. A fosfatase alcalina costuma estar muito elevada, mas não há elevação do PTH nem os achados radiológicos de reabsorção subperiosteal.

Alternativa (c) Correta: A osteodistrofia renal é o termo clínico para as alterações ósseas decorrentes da insuficiência renal. Com a perda da função renal, ocorre retenção de fósforo (hiperfosfatemia) e redução da produção de vitamina D ativa (calcitriol), levando à queda do cálcio. Esse desequilíbrio estimula as paratireoides a produzirem PTH em excesso (hiperparatireoidismo secundário). O PTH alto causa grande reabsorção óssea para tentar normalizar o cálcio plasmático, gerando as lesões radiográficas clássicas descritas: reabsorção subperiosteal nas falanges e o aspecto de "crânio em sal e pimenta" (rarefação trabecular).

Alternativa (d) Incorreta: O adenoma de paratireoide é a causa do hiperparatireoidismo primário. O padrão laboratorial esperado seria oposto ao da questão: hipercalcemia (cálcio alto) e hipofosfatemia (fósforo baixo), já que a glândula produz PTH de forma autônoma e os rins (se funcionantes) excretariam o fósforo em excesso.

Questão 11

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clássico de Gastrite Atrófica Autoimune (também conhecida como Gastrite Tipo A). Os pontos-chave para esse diagnóstico são: atrofia da mucosa restrita à parte proximal do estômago (corpo e fundo), onde se localizam as células parietais; níveis de gastrina muito elevados (hipergastrinemia reativa à

acloridria); e infiltrado linfoplasmocitário com linfócitos CD4 atacando as células parietais.

A destruição das células parietais impede a produção do Fator Intrínseco, substância indispensável para a absorção da vitamina B12 no íleo terminal. A carência crônica de vitamina B12 leva à Anemia Perniciosa, que é uma forma de Anemia Megaloblástica. No sangue periférico e na medula óssea, observamos um defeito na síntese de DNA, resultando em hematopoese ineficaz.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Na anemia megaloblástica grave, pode ocorrer pancitopenia (anemia, leucopenia e trombocitopenia), porém os níveis de LDH (lactato desidrogenase) estão caracteristicamente muito elevados, e não reduzidos. O LDH aumenta devido à destruição dos precursores eritroides anormais dentro da própria medula óssea (hemólise intramedular).

Alternativa b) Incorreta. Embora o VCM elevado (120 fl) e os neutrófilos pluri-segmentados (hipersegmentados) sejam achados típicos, a deficiência de vitamina B12 não causa trombocitose. Pelo contrário, se houver alteração nas plaquetas, a tendência é a trombocitopenia por falha na produção medular.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve o impacto sistêmico da deficiência grave de vitamina B12. A falta de B12 compromete a divisão celular de todas as linhagens mielóides, podendo causar a queda das três séries (pancitopenia). O marcador laboratorial marcante da anemia megaloblástica é a elevação acentuada de LDH e de bilirrubina indireta, refletindo o alto grau de destruição celular intramedular (eritropoese ineficaz).

Alternativa d) Incorreta. Embora o VCM de 120 e a haptoglobina baixa (pela hemólise) possam ocorrer, os leucócitos característicos da anemia megaloblástica são hipersegmentados (com cinco ou mais lóbulos nucleares). Leucócitos hiposegmentados são encontrados em outras condições, como na anomalia de Pelger-Huët ou em certas síndromes mielodisplásicas.

Questão 12

O quadro clínico descrito — tríade de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiência renal aguda (oligúria e elevação de ureia/creatinina), precedida por diarreia sanguinolenta — é clássico da Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU). A SHU típica é geralmente causada pela toxina Shiga (produzida pela bactéria *E. coli* O157:H7) e caracteriza-se por lesões de microangiopatia trombótica, como

os trombos de fibrina observados na biópsia renal da paciente.

Análise das alternativas:

a) Anemia microangiopática: Está correta e é um achado fundamental da SHU. Ocorre devido à fragmentação dos glóbulos vermelhos ao passarem por pequenos vasos parcialmente obstruídos por trombos de fibrina e plaquetas, gerando os esquizócitos no sangue periférico.

b) Teste de Coombs negativo: Está correto. A hemólise na SHU é de origem mecânica (microangiopática) e não imunológica. Portanto, o teste de Coombs direto, que detecta anticorpos contra hemácias, deve ser obrigatoriamente negativo.

c) Elevação de desidrogenase láctica (LDH): Está correta. A LDH é uma enzima intracelular liberada em grandes quantidades durante a destruição das hemácias (hemólise) e também devido à isquemia tecidual decorrente dos microtrombos. É um marcador sensível de atividade da microangiopatia.

d) Níveis menores de 10% de ADAMTS13: Esta é a alternativa incorreta (o que a torna o gabarito). A deficiência severa da atividade da enzima ADAMTS13 (geralmente abaixo de 10%) é o marcador diagnóstico da Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT), e não da Síndrome Hemolítica Urêmica. Embora a PTT e a SHU compartilhem características de microangiopatia trombótica, a SHU típica apresenta níveis normais ou apenas levemente reduzidos de ADAMTS13. Além disso, o quadro de diarreia sanguinolenta e a gravidade do acometimento renal direcionam o diagnóstico especificamente para a SHU.

Questão 13

Identificação do agente:

O quadro clínico de pneumonia típica (febre, tosse produtiva e dor pleurítica) associado ao achado de diplococos Gram-positivos e numerosos polimorfonucleares no escarro é patognomônico do *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). Ele é o principal agente causador de pneumonia adquirida na comunidade em todas as faixas etárias adultas.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está correta. A síndrome nefrótica é um fator de risco clássico para infecções por germes encapsulados, como o *S. pneumoniae*. Isso ocorre devido à perda urinária de proteínas essenciais para a opsonização e fagocitose, como as imunoglobulinas (IgG) e fatores do sistema complemento. Quanto ao tratamento, os

betalactâmicos (como a amoxicilina isolada ou associada ao clavulanato) são as drogas de primeira escolha para cobrir o pneumococo.

Alternativa b: Está incorreta. Embora o enfisema (DPOC) seja um fator de risco para pneumonia, a sulfametoxazol-trimetoprima (sulfa) não é indicada como tratamento de primeira linha devido aos elevados índices de resistência do pneumococo a este medicamento.

Alternativa c: Está incorreta. A anemia falciforme é, de fato, um fator de risco importante devido à asplenia funcional (o baço não filtra adequadamente as bactérias encapsuladas). No entanto, o ciprofloxacino é uma quinolona de espectro urinário e apresenta atividade insuficiente contra o *Streptococcus pneumoniae*. Para o tratamento de pneumonia, seriam necessárias quinolonas respiratórias, como o levofloxacino ou moxifloxacino.

Alternativa d: Está incorreta. O alcoolismo é um fator de risco para pneumonia e para o germe em questão, mas a clindamicina não é o tratamento de primeira linha para a pneumonia pneumocócica comum. Ela é geralmente reservada para casos de pneumonia aspirativa (para cobertura de anaeróbios) ou como alternativa em pacientes com alergia grave à penicilina.

Questão 14

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta o quadro clássico da Tríade de Charcot: febre com calafrios, dor abdominal em hipocôndrio direito e icterícia (confirmada laboratorialmente pela bilirrubina total de 8,5 mg/dL). Os exames laboratoriais corroboram um processo infeccioso agudo (leucocitose de 18.000/mm³) e um padrão de colestase extra-hepática (elevação importante da fosfatase alcalina). O achado ultrassonográfico de dilatação das vias biliares extra-hepáticas associado a cálculos na vesícula aponta para uma obstrução do ducto colédoco, o que leva à estase biliar e conseqüente infecção, configurando o diagnóstico de colangite aguda.

O tratamento da colangite aguda baseia-se na estabilização clínica, antibioticoterapia e, fundamentalmente, na descompressão das vias biliares. Como a paciente apresenta sinais vitais mantidos (colangite não grave ou grau I/II), a descompressão deve ser realizada preferencialmente por via endoscópica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) CORRETA: O diagnóstico é de colangite aguda devido à presença da

Tríade de Charcot e evidência de obstrução biliar. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) com papilotomia é o padrão-ouro para o tratamento, pois permite a descompressão da via biliar, drenagem da bile purulenta e a retirada do cálculo obstrutor de forma minimamente invasiva.

Alternativa b) INCORRETA: A colecistite aguda é a inflamação da vesícula biliar, geralmente por impacto de cálculo no ducto cístico. Embora cause dor e febre, tipicamente não cursa com icterícia acentuada nem com dilatação das vias biliares extra-hepáticas (colédoco), já que a obstrução está na vesícula e não no trajeto principal da bile para o duodeno. Além disso, a drenagem biliar externa é reservada para casos em que a via endoscópica falha ou não está disponível.

Alternativa c) INCORRETA: Embora identifique corretamente a colangite aguda, a conduta proposta está errada. A colecistectomia (seja ela percutânea, que na verdade é uma colecistostomia, ou cirúrgica) trata a vesícula biliar, mas não resolve a obstrução do ducto colédoco, que é a causa da colangite. O foco inicial deve ser a limpeza da via biliar principal.

Alternativa d) INCORRETA: O diagnóstico de colecistite aguda está incorreto pelos motivos já expostos (presença de icterícia e dilatação ductal). Além disso, a redação da conduta é tecnicamente incoerente, pois a papilotomia é um procedimento terapêutico realizado via endoscópica (CPRE) e não através de uma Tomografia Computadorizada (TC), que é apenas um método de imagem diagnóstico.

Questão 15

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico inicial sugere fortemente um diagnóstico de Pericardite Aguda, caracterizado pela dor torácica que piora com a inspiração e decúbito (dor pleurítica e posicional), febre e o ruído rude sistodiastólico à ausculta, que corresponde ao atrito pericárdico. A evolução com turgência jugular, queda da pressão arterial (hipotensão) e dispneia indica que o paciente desenvolveu um Tamponamento Cardíaco, que é a principal complicação aguda desta patologia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O sinal de Broadbent consiste na retração sistólica das costelas inferiores ou dos espaços intercostais posteriores, sendo um achado clássico da Pericardite Constrictiva, e não do tamponamento cardíaco agudo.

b) Incorreta. O sinal de Kussmaul é o aumento (ou a ausência de queda) da pressão

venosa jugular durante a inspiração. Embora possa estar presente em diversas patologias, ele é característico da Pericardite Constrictiva e da insuficiência ventricular direita grave. No tamponamento cardíaco, o sinal de Kussmaul geralmente está ausente, pois o enchimento diastólico está restrito durante todo o ciclo respiratório devido à pressão do líquido.

c) Incorreta. O "Knock" ou batido pericárdico é um ruído diastólico precoce e de alta frequência, decorrente da súbita interrupção do enchimento ventricular em um coração com pericárdio rígido. É um achado patognomônico da Pericardite Constrictiva.

d) Correta. A queda da pressão arterial sistólica acima de 10 mmHg durante a inspiração espontânea é a definição de Pulso Paradoxal. Este sinal é um achado fundamental no exame físico do Tamponamento Cardíaco. Ocorre porque, no tamponamento, o aumento do retorno venoso para o ventrículo direito durante a inspiração desloca o septo interventricular para a esquerda, reduzindo o volume do ventrículo esquerdo e, conseqüentemente, o débito sistólico e a pressão arterial sistêmica.

Portanto, diante da suspeita de tamponamento cardíaco (complicação da pericardite aguda), a pesquisa do pulso paradoxal é a manobra mais indicada para corroborar o diagnóstico clínico.

Questão 16

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um homem jovem com dolicoestenomelia (membros longos e finos) e subluxação do cristalino, achados característicos da Síndrome de Marfan. A apresentação de dor torácica súbita e intensa, irradiada para as costas, associada a assimetria de pulsos e de pressão arterial entre os membros superiores (diferença de 50 mmHg na sistólica), aponta diretamente para o diagnóstico de Dissecção Aguda de Aorta.

O manejo inicial da dissecção de aorta exige o controle imediato da frequência cardíaca (FC) e da pressão arterial (PA). O objetivo é reduzir a força de ejeção do ventrículo esquerdo (dP/dt) para diminuir o estresse na parede aórtica e impedir a progressão do flap de dissecção.

As metas terapêuticas são:

1. Frequência cardíaca abaixo de 60 bpm.
2. Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 100 e 120 mmHg.

O tratamento deve começar obrigatoriamente pelo betabloqueador venoso. Isso é fundamental porque o uso isolado de vasodilatadores pode causar taquicardia reflexa, o que aumentaria o estresse na parede da aorta e agravaria a dissecação. Se a PA permanecer elevada após o controle da FC, associa-se um vasodilatador potente de ação rápida.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

O metoprolol é um betabloqueador adequado para o controle da frequência cardíaca e redução da contratilidade miocárdica. O nitroprussiato de sódio é o vasodilatador de escolha por sua potência e facilidade de titulação em ambiente de terapia intensiva. A meta de manter a PA sistólica menor ou igual a 120 mmHg está correta e é o padrão-ouro no manejo agudo.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ INCORRETA?

Embora o esmolol e o nitroprussiato sejam excelentes opções farmacológicas, o erro da alternativa reside no alvo terapêutico. Manter a PA menor ou igual a 140 mmHg é um alvo muito alto para um paciente com dissecação aguda; o ideal é manter a menor pressão possível que garanta a perfusão dos órgãos (geralmente entre 100-120 mmHg).

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA?

A nifedipina não é a droga de escolha no manejo agudo da dissecação. Além disso, o tratamento deve focar primordialmente no betabloqueio inicial. A nitroglicerina é um vasodilatador predominantemente venoso, sendo menos eficaz que o nitroprussiato de sódio para o controle rigoroso da pressão arterial sistólica nestes casos.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ INCORRETA?

O enalapril (na forma de enalaprilat venoso) tem ação mais lenta e de difícil titulação para uma emergência hipertensiva desse porte. Assim como na alternativa B, o alvo de PA menor ou igual a 140 mmHg está incorreto para o manejo da fase aguda da dissecação de aorta.

Questão 17

DIAGNÓSTICO: Colangite Biliar Primária (CBP)

A questão descreve uma mulher de meia-idade com quadro de colestase crônica, ultrassonografia de abdome normal (excluindo causas extra-hepáticas/obstrutivas) e presença do anticorpo antimitocôndria (AMA), que é altamente específico, sendo o marcador padrão-ouro para o diagnóstico de Colangite Biliar Primária.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: Esta descrição é clássica da Hemocromatose Hereditária, também conhecida como "diabetes bronzeado". A hiperpigmentação e a hepatomegalia podem ocorrer na CBP, mas o diabetes mellitus tipo 2 e a miocardiopatia são achados típicos do acúmulo de ferro nos tecidos, e não da doença biliar autoimune.

Alternativa (b) INCORRETA: Na CBP, o prurido costuma ser o sintoma inicial e mais marcante, frequentemente precedendo a icterícia em anos. Dizer "icterícia sem prurido" contraria a história natural da doença. O aumento das parótidas não é um achado característico da CBP, sendo mais comum no etilismo crônico ou na Síndrome de Sjögren (que pode estar associada, mas não define o quadro hepático).

Alternativa (c) INCORRETA: Embora prurido, fadiga e osteoporose façam parte do espectro da CBP, o aumento das parótidas é um achado estranho ao quadro clínico principal da doença, o que invalida a alternativa como a melhor caracterização.

Alternativa (d) CORRETA: Esta alternativa reúne os principais achados clínicos e complicações da CBP:

1. Prurido e Fadiga: São os sintomas mais comuns e precoces. O prurido é tipicamente noturno e palmoplantar.
2. Icterícia: Surge com a progressão da doença e destruição dos ductos biliares interlobulares.
3. Osteoporose: É uma complicação frequente devido à má absorção de vitaminas lipossolúveis (como a Vitamina D) e a outros fatores metabólicos da colestase crônica.
4. Hiperpigmentação: Ocorre em áreas expostas e de coçadura, sendo um achado cutâneo clássico da evolução da doença.

Concluindo, a alternativa (d) apresenta a constelação de sintomas e sinais que melhor caracteriza a evolução clínica da Colangite Biliar Primária.

Questão 18

Essa questão aborda o manejo da doença ulcerosa péptica associada à infecção pelo *Helicobacter pylori*, um dos temas mais recorrentes em provas de gastroenterologia. O ponto central aqui é entender qual é o maior benefício clínico a longo prazo da erradicação da bactéria em um paciente com úlcera duodenal.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Embora o *Helicobacter pylori* seja classificado como um carcinógeno do tipo I e sua erradicação ajude na prevenção do câncer gástrico (especialmente o adenocarcinoma e o linfoma MALT), essa não é a principal indicação clínica no contexto específico de uma úlcera duodenal ativa. Curiosamente, pacientes com úlcera duodenal tendem a ter uma gastrite de predomínio antral com hipersecreção ácida, o que, estatisticamente, confere um risco menor de desenvolvimento de câncer gástrico em comparação com pacientes que apresentam gastrite atrófica de corpo.

Alternativa (b) Incorreta. A redução da sintomatologia aguda (dor epigástrica) é obtida principalmente com o uso de inibidores da bomba de prótons (IBPs), que diminuem a acidez gástrica e permitem o alívio imediato. Os antibióticos atuam na causa bacteriana, mas não são os responsáveis diretos pelo alívio rápido da dor.

Alternativa (c) Correta. Antes da descoberta do *H. pylori*, a úlcera péptica era considerada uma doença crônica com altas taxas de recidiva (de 70% a 80% em um ano). A erradicação da bactéria altera a história natural da doença, reduzindo as taxas de recorrência para menos de 10%. Portanto, o principal objetivo do uso de antibióticos neste cenário é garantir a cura definitiva e evitar que a lesão retorne.

Alternativa (d) Incorreta. O processo de cicatrização da úlcera é mediado fundamentalmente pelo controle do pH gástrico. Os IBPs são os agentes mais eficazes para acelerar a cicatrização. A erradicação do *H. pylori* é fundamental para que a úlcera permaneça cicatrizada após a suspensão do tratamento antissecretor, mas não é o fator que acelera significativamente a velocidade de fechamento da ferida na fase aguda.

Questão 19

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente com manifestações clássicas de hipercortisolismo (Síndrome de Cushing): obesidade central, estrias violáceas, hirsutismo, hipertensão arterial e diabetes mellitus. A investigação inicial já confirmou o estado de hipercortisolismo através do cortisol da meia-noite e do cortisol urinário de 24 horas elevados.

O próximo passo no diagnóstico diferencial da Síndrome de Cushing, após a confirmação do excesso de cortisol, é a dosagem do ACTH (hormônio adrenocorticotrófico) para determinar se a síndrome é ACTH-dependente ou ACTH-independente.

1. Se o ACTH estiver baixo (suprimido): A causa é primária na glândula adrenal (adenoma, carcinoma ou hiperplasia), pois o excesso de cortisol produzido pela adrenal faz um feedback negativo na hipófise, suprimindo o ACTH. O exame de imagem indicado seria tomografia ou ressonância de adrenais.
2. Se o ACTH estiver elevado (ou normal-alto): A causa é ACTH-dependente, o que significa que existe uma produção excessiva de ACTH estimulando as adrenais. As duas principais causas são a Doença de Cushing (adenoma hipofisário produtor de ACTH, que representa cerca de 80% dos casos dependentes) ou a secreção ectópica de ACTH (geralmente por tumores carcinoides de pulmão ou pequenas células de pulmão).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): Se os níveis de ACTH estiverem diminuídos, a patologia é de origem adrenal (ACTH-independente). A investigação torácica (como TC de tórax) é solicitada quando o ACTH está elevado e suspeita-se de produção ectópica (fora da hipófise), e não quando ele está baixo.

Alternativa B (Correta): Se os níveis de ACTH estiverem elevados, trata-se de uma Síndrome de Cushing ACTH-dependente. Como a causa mais comum nessa situação é o adenoma hipofisário (Doença de Cushing), o próximo passo lógico na sequência diagnóstica é a realização de uma Ressonância Magnética (RM) de sela túrcica (hipófise) para tentar localizar o microadenoma.

Alternativa C (Incorreta): Níveis de ACTH diminuídos apontam para uma etiologia adrenal. Não há indicação de RM hepática como exame sequencial padrão na investigação de Síndrome de Cushing. O foco seria a glândula adrenal.

Alternativa D (Incorreta): Se os níveis de ACTH estiverem elevados, a fonte do problema está "acima" da adrenal (na hipófise ou em algum local produtor de ACTH ectópico). Solicitar RM de adrenal neste caso mostraria apenas uma hiperplasia bilateral reacional ao estímulo do ACTH, mas não identificaria a patologia primária (a fonte do ACTH). A RM de adrenal é o exame de escolha quando o ACTH está suprimido (baixo).

Questão 20

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Insuficiência Adrenal Primária, também conhecida como Doença de Addison. Os principais achados que conduzem a esse diagnóstico são:

1. Clínica: Astenia, emagrecimento e sintomas gastrointestinais (náuseas e vômitos).
2. Exame Físico: Hipotensão arterial com componente postural (queda da pressão ao ficar em pé) e hiperpigmentação cutâneo-mucosa (face, pescoço, dorso das mãos e lábios). A hiperpigmentação ocorre porque o aumento do ACTH, na tentativa de estimular a adrenal, leva a uma produção excessiva de pró-opiomelanocortina (POMC), que é clivada em hormônio melanócito-estimulante (MSH).
3. Laboratório: Hiponatremia (sódio baixo) e hipercalemia (potássio alto) devido à deficiência de aldosterona; eosinofilia; e azotemia pré-renal (elevação de ureia e creatinina por desidratação).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome é um exame de imagem indicado para investigar a etiologia da doença (como tuberculose adrenal, hemorragia, fungos ou neoplasias) somente após a confirmação bioquímica da insuficiência adrenal. Não é o exame inicial para elucidação diagnóstica do funcionamento da glândula.

b) Incorreta. A angio-RM abdominal é utilizada para avaliar a vascularização de órgãos abdominais. Não possui papel no diagnóstico funcional ou etiológico da insuficiência adrenal.

c) Correta. O teste de estimulação com ACTH sintético (cosintropina ou sinactena) é considerado o padrão-ouro para confirmar o diagnóstico de insuficiência adrenal. O teste avalia a reserva funcional da glândula: administra-se ACTH e mede-se o cortisol após 30 ou 60 minutos. Se a adrenal estiver doente (causa primária), ela não será capaz de elevar os níveis de cortisol acima de um valor de corte (geralmente 18 a 20 mcg/dL), confirmando o diagnóstico.

d) Incorreta. A dosagem isolada do cortisol plasmático basal (pela manhã) pode ser utilizada como triagem inicial, mas possui uma "zona cinzenta" onde valores intermediários não confirmam nem excluem a doença. Em uma questão que pede o exame para elucidação diante de um quadro clínico e laboratorial tão característico, o teste de estimulação é a conduta mais definitiva e correta.

Questão 21

O processo de cicatrização é uma cascata complexa de eventos moleculares. O macrófago é considerado a célula-chave dessa coordenação, pois ele altera seu fenótipo ao longo do tempo: inicialmente possui um perfil pró-inflamatório (M1) para limpar a ferida e, posteriormente, assume um perfil anti-inflamatório e reparador (M2) para conduzir a cicatrização.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O Interferon-alfa é uma citocina com papel predominante na resposta antiviral e em atividades antiproliferativas. Na cicatrização, ele não exerce a função de coordenador anti-inflamatório; pelo contrário, em alguns contextos, o interferon pode inibir a síntese de colágeno pelos fibroblastos, o que seria contraproducente para a fase de reparo.

b) Incorreta. O TGF-alfa (Fator de Crescimento Transformador alfa) é, como o nome indica, um fator de crescimento. Ele tem grande importância na fase de proliferação, estimulando a mitose de células epiteliais (reepitelização) e a formação de novos vasos (angiogênese). Ele não é classificado como uma citocina de efeito anti-inflamatório, mas sim como um estimulador do crescimento celular.

c) Correta. A IL-4 (Interleucina-4) é uma citocina central na regulação da inflamação. Ela promove a diferenciação dos macrófagos para o perfil M2 (ativação alternativa). Estes macrófagos M2 são responsáveis por encerrar a fase inflamatória e iniciar a fase proliferativa, liberando substâncias que auxiliam na deposição de matriz extracelular e na resolução do processo inflamatório agudo. É a alternativa que melhor se encaixa na descrição de citocina com papel anti-inflamatório no microambiente da ferida.

d) Incorreta. A IL-1 (Interleucina-1) é uma das principais citocinas pró-inflamatórias do organismo. Ela é liberada precocemente após a lesão tecidual, promovendo febre, recrutamento de neutrófilos, ativação de enzimas degradativas e amplificação da resposta inflamatória inicial. Portanto, seu efeito é oposto ao solicitado na questão.

Questão 22

A confecção do pneumoperitônio consiste na insuflação de gás (geralmente CO₂) na cavidade abdominal para permitir a visualização e a manipulação cirúrgica. Esse aumento da pressão intra-abdominal (PIA) gera repercussões hemodinâmicas, respiratórias e metabólicas significativas que o cirurgião e o anestesista devem monitorar.

Alternativa (a): Correta. O aumento da pressão intra-abdominal comprime os grandes vasos venosos, especialmente a veia cava inferior. Essa compressão dificulta o fluxo de sangue das extremidades inferiores e das vísceras em direção ao coração, resultando em uma redução efetiva do retorno venoso (pré-carga). Além disso, o aumento da resistência vascular periférica decorrente da pressão sobre as artérias e da liberação de substâncias vasoativas também contribui para alterações no débito cardíaco.

Alternativa (b): Incorreta. Embora o retorno venoso diminua, a Pressão Venosa Central (PVC) e a Pressão de Oclusão da Artéria Pulmonar costumam apresentar um aumento artificial ou aparente. Isso ocorre porque a pressão abdominal elevada empurra o diafragma para cima, aumentando a pressão intratorácica. Essa pressão é transmitida aos grandes vasos e às câmaras cardíacas, elevando os valores medidos na monitorização, mesmo que o volume de sangue real circulante no coração tenha diminuído.

Alternativa (c): Incorreta. A instalação do pneumoperitônio e a absorção do CO₂ (que pode gerar hipercapnia e acidose respiratória) atuam como estressores fisiológicos. Isso ativa o sistema nervoso simpático, levando ao aumento dos níveis de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), além de estimular o sistema renina-angiotensina-aldosterona e a liberação de vasopressina.

Alternativa (d): Incorreta. O deslocamento cranial do diafragma pelo pneumoperitônio reduz a complacência pulmonar e a capacidade residual funcional. Como o parênquima pulmonar encontra mais resistência para se expandir, o ventilador mecânico precisa exercer uma força maior para ofertar o mesmo volume de ar, o que resulta no aumento da pressão de pico inspiratória.

Conclusão: O aumento da pressão intra-abdominal durante a laparoscopia reduz o retorno venoso por compressão mecânica da veia cava inferior, tornando a alternativa (a) a resposta correta.

Questão 23

Essa questão aborda o manejo do achado incidental de adenocarcinoma de vesícula biliar após uma colecistectomia realizada por doença benigna (colecistite calculosa). O ponto-chave para a conduta é o estadiamento patológico do tumor (TNM).

O laudo descreve invasão até a camada muscular, o que classifica o tumor como T1b.

- T1a: Invade a lâmina própria.
- T1b: Invade a camada muscular.

- T2: Invade o tecido conjuntivo perimuscular (serosa).
- T3: Perfura a serosa ou invade diretamente o fígado/órgãos adjacentes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A radioterapia e a quimioterapia podem ser utilizadas como tratamento adjuvante em casos selecionados ou em doença avançada/paliativa. No entanto, para um tumor T1b, o tratamento padrão é cirúrgico (ampliação de margem), visando à cura.

b) Correta. Para tumores T1a, a colecistectomia simples é considerada tratamento suficiente. Contudo, para o estágio T1b (invasão da muscular), há um risco significativo de metástases linfonodais (cerca de 10-15%) e de doença residual no leito hepático. Por isso, a conduta padrão é a reintervenção para realizar a ressecção em bloco do leito hepático (segmentos IVb e V) e a linfadenectomia regional (linfonodos do hilo hepático). Como o limite do ducto cístico foi negativo, não há necessidade obrigatória de ressecção da via biliar.

c) Incorreta. A hepatectomia direita e a ressecção da via biliar principal são procedimentos de grande porte indicados para tumores mais avançados (T3 ou T4) que invadem estruturas vasculares ou a própria via biliar principal. Para um tumor restrito à camada muscular (T1b), essa conduta é considerada um tratamento excessivo (overtreatment).

d) Incorreta. O seguimento isolado com exames de imagem (RM) e marcadores tumorais (CEA) só seria aceitável se o tumor fosse T1a (restrito à lâmina própria). No caso do T1b, o acompanhamento sem a ampliação cirúrgica oferece um risco elevado de recidiva local e progressão da doença.

Resumo da conduta no câncer de vesícula incidental:

- T1a: Apenas observação (colecistectomia simples foi suficiente).
- T1b, T2 e T3 ressecáveis: Reintervenção com ressecção do leito hepático e linfadenectomia hilar.

Questão 24

A obstrução intestinal mecânica é uma das causas mais frequentes de atendimento em prontos-socorros e de indicação de cirurgia de urgência. Para responder corretamente a essa questão, é fundamental conhecer a epidemiologia clássica do abdome agudo obstrutivo.

Alternativa (a) Incorreta: A carcinomatose peritoneal é a disseminação de implantes

tumorais pelo peritônio. Embora seja uma causa relevante de obstrução em pacientes com diagnóstico prévio de câncer (especialmente de ovário, estômago ou cólon), ela não é a causa mais comum na população geral quando comparada às aderências.

Alternativa (b) Incorreta: As neoplasias primárias do intestino delgado são extremamente raras, representando uma porcentagem muito baixa de todos os tumores do trato digestivo. Elas raramente são o primeiro diagnóstico em um quadro de obstrução aguda, sendo muito menos frequentes que as bridas ou hérnias.

Alternativa (c) Incorreta: As hérnias da parede abdominal (como as inguinais, femorais e umbilicais) já foram a principal causa de obstrução intestinal no passado. Atualmente, com a facilidade de acesso a cirurgias eletivas de correção de hérnias e o aumento do número de laparotomias realizadas, elas ocupam o segundo lugar nas estatísticas, sendo responsáveis por cerca de 10% a 15% dos casos.

Alternativa (d) Correta: As aderências ou bridas são bandas de tecido fibroso que se formam entre as alças intestinais ou entre estas e a parede abdominal, geralmente após um insulto inflamatório ou cirúrgico. Estatisticamente, as aderências decorrentes de cirurgias prévias são a causa principal de obstrução do intestino delgado, respondendo por aproximadamente 60% a 75% dos casos em adultos. Qualquer intervenção prévia, desde uma apendicectomia até grandes laparotomias, pode gerar essas cicatrizes internas que, anos depois, podem causar o encarceramento ou a angulação de uma alça intestinal.

Em resumo, a ordem de frequência para obstrução de intestino delgado no adulto é: 1) Aderências (bridas); 2) Hérnias; 3) Neoplasias. Se a questão se referisse ao intestino grosso, a causa principal seria o câncer colorretal.

Questão 25

A colangite aguda decorrente de coledocolitíase representa uma urgência médica na qual há obstrução biliar associada a um processo infeccioso. Após a estabilização inicial com reposição volêmica e início de antibióticos de amplo espectro, o passo fundamental é a descompressão das vias biliares para drenagem da bile purulenta e redução da pressão intraductal.

Alternativa a) Incorreta. A drenagem biliar percutânea trans-hepática é um método eficaz de descompressão, mas é utilizada como alternativa quando a abordagem endoscópica não está disponível, falhou ou é tecnicamente impossível (como em casos de estenoses hilares muito altas ou anatomia pós-cirúrgica complexa que impeça o alcance da papila duodenal). Não é a primeira escolha para cálculos no

colédoco.

Alternativa b) Incorreta. A colecistostomia consiste na drenagem da vesícula biliar. Embora seja uma opção para tratar a colecistite aguda em pacientes graves e sem condições cirúrgicas, ela não promove a descompressão efetiva da via biliar principal (colédoco) quando a obstrução é causada por um cálculo impactado abaixo do ducto cístico. Portanto, é insuficiente para tratar a colangite por coledocolitíase.

Alternativa c) Correta. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) com drenagem biliar é o padrão-ouro para o tratamento inicial. Por ser um procedimento minimamente invasivo, permite a descompressão imediata da via biliar por meio da papilotomia e, na maioria das vezes, a remoção definitiva do cálculo causador da obstrução. Isso reduz rapidamente a toxicidade sistêmica e a pressão biliar, apresentando menores taxas de morbimortalidade em comparação com a cirurgia de urgência.

Alternativa d) Incorreta. A hepaticojejunostomia em Y de Roux é uma cirurgia de grande porte que envolve uma anastomose biliodigestiva complexa. Realizar um procedimento invasivo desse nível em um paciente com infecção biliar aguda (muitas vezes em estado de sepse) é contraindicado devido ao risco cirúrgico extremo. O foco na fase aguda deve ser apenas a drenagem e descompressão, deixando procedimentos definitivos ou reconstrutivos para um momento de estabilidade clínica.

Questão 26

O carcinoma de pequenas células do pulmão (também conhecido como "oat cell") é um tumor de linhagem neuroendócrina altamente associado à produção ectópica de hormônios, resultando em síndromes paraneoplásicas. A principal causa de hiponatremia nesses pacientes é a Síndrome da Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIADH).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Na SIADH, o tumor secreta ADH de forma independente da osmolaridade plasmática. O ADH atua nos ductos coletores renais aumentando a reabsorção de água livre para a circulação. Esse excesso de água dilui o sódio no sangue, gerando hiponatremia. Como a água está sendo retirada do túbulo renal e retornando para o corpo, a urina torna-se muito concentrada. Portanto, a osmolaridade urinária estará aumentada (geralmente acima de 100 mOsm/kg e frequentemente maior que a osmolaridade plasmática).

Alternativa B (Incorreta): A síndrome de lise tumoral é uma emergência metabólica caracterizada por hipercalemia, hiperfosfemia e hiperuricemia devido à destruição maciça de células neoplásicas. Ela não é a causa clássica de hiponatremia isolada com urina concentrada em pacientes com câncer de pulmão.

Alternativa C (Incorreta): A acidose respiratória é um distúrbio causado pelo acúmulo de CO₂ devido à hipoventilação. Não possui relação direta com a fisiopatologia da SIADH. Além disso, se a osmolaridade urinária estivesse diminuída (urina diluída), o diagnóstico seria de polidipsia primária ou diabetes insipidus, o que não condiz com o quadro de secreção ectópica de ADH.

Alternativa D (Incorreta): A alcalose respiratória ocorre por hiperventilação (perda de CO₂). Assim como a acidose, não explica a hiponatremia nem a alteração na concentração urinária característica deste tipo de tumor pulmonar.

Em resumo, a combinação de carcinoma de pequenas células e hiponatremia é uma questão clássica de prova que aponta para SIADH, na qual a reabsorção excessiva de água livre pelo ADH ectópico causa hiponatremia plasmática e aumento da osmolaridade urinária.

Questão 27

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma paciente no 7º dia de pós-operatório (PO) de abdominoplastia que, após a retirada do dreno no 4º dia PO, evoluiu com abaulamento e tensão na região abdominal. A abdominoplastia é uma cirurgia que envolve um grande descolamento de retalho cutâneo-adiposo, o que cria um extenso espaço morto. Quando o dreno é retirado e ainda há produção de fluido, ou quando a compressão não é eficaz, ocorre o acúmulo de líquido.

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

O seroma é a complicação mais comum em abdominoplastias, caracterizando-se pelo acúmulo de fluido seroso (composto por linfa e plasma) no espaço morto entre o músculo e o panículo adiposo. O surgimento por volta do 7º dia é clássico. A ausência de febre e de sinais flogísticos intensos (como calor e rubor disseminado) direciona o diagnóstico para uma coleção não infecciosa. A hiperemia mencionada nos pontos é decorrente da tensão mecânica (estiramento da pele) e não de infecção. A conduta inicial correta é a aspiração percutânea da coleção com técnica estéril para aliviar a tensão e evitar a deiscência da ferida operatória.

COMENTÁRIOS SOBRE AS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O abscesso exigiria a presença de sinais sistêmicos, como febre (negada pela paciente), e sinais locais mais graves (pus, calor e dor intensa). Além disso, o tratamento de uma coleção infectada envolve obrigatoriamente a drenagem, e não apenas a antibioticoterapia isolada.

Alternativa b) Incorreta. Linforreia refere-se à drenagem de linfa através de uma fístula ou orifício de drenagem para o meio externo. O caso descreve uma coleção fechada (abaulamento). A manutenção da cinta é importante, mas insuficiente como conduta terapêutica diante de uma coleção volumosa que ameaça a integridade da sutura.

Alternativa c) Incorreta. O hematoma é uma complicação tipicamente precoce, ocorrendo geralmente nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia, apresentando dor aguda e muitas vezes equimoses na pele. A drenagem aberta com retirada de pontos é um procedimento mais invasivo, indicado em casos de hematomas volumosos com coágulos ou coleções purulentas refratárias, não sendo a primeira escolha para seroma.

Alternativa d) Correta. O seroma residual é a hipótese mais provável dado o tempo de evolução e o tipo de cirurgia. A aspiração por punção estéril é o tratamento padrão inicial, sendo eficaz para resolver a maioria dos casos, aliviando o desconforto e a tensão sobre a cicatriz.

Questão 28

A questão aborda o manejo hemodinâmico e a fisiopatologia do choque no trauma pélvico. Em fraturas de pelve, a causa mais comum de instabilidade hemodinâmica é a hemorragia decorrente da lesão de estruturas vasculares e do próprio osso.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o sangramento arterial seja mais grave e de difícil controle manual ou por compressão externa, ele representa a minoria dos casos de hemorragia em fraturas pélvicas (cerca de 10% a 15%). As artérias mais comumente envolvidas são ramos da artéria ilíaca interna, como a glútea superior e a pudenda interna. Geralmente, quando há sangramento arterial, o paciente apresenta maior dificuldade em manter a estabilidade apenas com a manobra de fechamento da pelve, frequentemente necessitando de angioembolização.

b) Correta. A grande maioria dos sangramentos em fraturas pélvicas

(aproximadamente 85% a 90%) tem origem no plexo venoso pré-sacral e perivesical, além das superfícies ósseas fraturadas (sangramento medular ósseo). O plexo venoso é uma rede de vasos de baixa pressão que se rompe facilmente com o cisalhamento e a abertura do anel pélvico. Como se trata de um sistema de baixa pressão, a estabilização mecânica da pelve (redução do volume pélvico) e a ressuscitação volêmica costumam ser eficazes para promover o tamponamento e o controle inicial do quadro, como observado no caso clínico descrito.

c) Incorreta. A dor intensa em pacientes traumatizados geralmente causa uma resposta simpática, resultando em taquicardia e hipertensão arterial, e não hipotensão. O choque no trauma deve ser sempre considerado hipovolêmico por perda sanguínea até que se prove o contrário.

d) Incorreta. A lesão da cauda equina envolve raízes nervosas terminais (abaixo do nível de L1-L2) e pode causar déficits motores e sensitivos em membros inferiores, além de disfunção esfinteriana. No entanto, o choque neurogênico (que causa hipotensão e bradicardia) ocorre tipicamente em lesões medulares altas, geralmente acima do nível de T6, devido à perda do tônus simpático. A lesão de cauda equina não justifica a instabilidade hemodinâmica apresentada.

Questão 29

O quadro clínico descreve um paciente em pós-operatório de paratireoidectomia total, uma cirurgia que frequentemente resulta em hipocalcemia (redução dos níveis de cálcio no sangue). Esse fenômeno ocorre pela queda brusca do paratormônio (PTH) e pode ser agravado pela "síndrome da fome óssea", na qual o osso passa a consumir avidamente o cálcio circulante. A hipocalcemia causa um aumento da excitabilidade neuromuscular, o que gera os sintomas característicos.

Alternativa (a) Correta: A parestesia perioral (sensação de formigamento ao redor da boca) e nas extremidades das mãos e pés é um dos sinais mais precoces e típicos da hipocalcemia. Isso ocorre porque o cálcio baixo reduz o limiar de despolarização dos neurônios, facilitando o disparo de impulsos nervosos espontâneos. Outros sinais clássicos de irritabilidade neuromuscular são os sinais de Chvostek e Trousseau.

Alternativa (b) Incorreta: O eritema cutâneo (vermelhidão na pele) não faz parte do espectro clínico da hipocalcemia. O eritema está geralmente associado a processos inflamatórios, infecciosos, alérgicos ou episódios de vasodilatação (flushing), não tendo relação direta com o metabolismo do cálcio.

Alternativa (c) Incorreta: A ptose palpebral (queda da pálpebra superior) é um achado neurológico relacionado a disfunções do nervo oculomotor (III par craniano), do

sistema simpático (Síndrome de Horner) ou de doenças da junção neuromuscular (como a Miastenia Gravis). A hipocalcemia gera espasmos e hiperexcitabilidade (tetania), e não paralisia ou queda palpebral.

Alternativa (d) Incorreta: A cefaleia é um sintoma extremamente inespecífico na medicina. Embora possa ocorrer em diversas condições metabólicas, ela não é um sintoma cardinal, nem direciona o raciocínio clínico para o diagnóstico de hipocalcemia aguda, que se manifesta predominantemente por sintomas neuromusculares e alterações eletrocardiográficas (como o prolongamento do intervalo QT).

Questão 30

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta o quadro clássico de icterícia obstrutiva indolor (presença de colúria e acolia) associada a uma perda ponderal severa, o que aponta para uma etiologia neoplásica. A dilatação das vias biliares intra- e extra-hepáticas confirma que o obstáculo está localizado na porção distal da via biliar, reforçando a suspeita de adenocarcinoma de cabeça do pâncreas.

CARACTERÍSTICA RADIOLÓGICA DO ADENOCARCINOMA:

O adenocarcinoma ductal pancreático é uma lesão caracterizada histologicamente por ser hipovascular e possuir um estroma densamente fibrótico (reação desmoplásica). Por possuir poucos vasos sanguíneos em comparação ao tecido pancreático saudável, ele não retém o contraste da mesma forma que o restante do órgão.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Na fase portal (e também na fase arterial tardia ou pancreática), o parênquima pancreático normal sofre um realce intenso pelo contraste venoso, tornando-se mais claro (hiperatenuante). Como o tumor é hipovascular, ele não capta o contraste na mesma proporção, aparecendo como uma massa hipoatenuante (mais escura) em relação ao tecido vizinho. Essa diferença de densidade é o que permite a identificação da lesão.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a): A captação periférica na fase arterial é uma característica clássica de lesões como o hemangioma (comumente hepático), que apresenta um preenchimento centrípeto (da periferia para o centro) ao longo das fases. Não é o padrão do câncer de pâncreas.

Alternativa b): Lesões hiperatenuantes (que brilham mais que o órgão) são típicas de tumores hipervasculares. No pâncreas, esse padrão é característico dos tumores neuroendócrinos (como o insulinoma) ou de metástases de tumores como o de células claras do rim, mas não do adenocarcinoma ductal.

Alternativa d): Se a lesão fosse isodensa (mesma densidade do órgão) na fase venosa, ela seria muito difícil de ser visualizada ou delimitada na tomografia. Embora uma pequena parcela dos tumores pancreáticos possa ser isodensa, a questão pede a imagem "típica", que é a hipovascular/hipoatenuante.

Questão 31

O quadro clínico descrito é clássico de uma cólica nefrética, especificamente causada por um cálculo ureteral. Abaixo, analisamos os pontos-chave para o diagnóstico e por que as outras opções são menos prováveis.

Análise do quadro clínico:

A dor de início súbito, com intensidade severa e irradiação da região lombar para a região inguinal, segue o trajeto anatômico do ureter. A agitação psicomotora (paciente que se revira na cama sem encontrar posição de alívio) é um sinal semiótico fundamental que diferencia dores de origem obstrutiva/visceral de dores de origem inflamatória/peritoneal (em que o paciente prefere ficar imóvel). Sintomas autonômicos como náuseas, sudorese e taquicardia são comuns devido à intensidade da dor.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O herpes-zóster manifesta-se tipicamente com dor de característica neuropática (queimação ou pontada) que segue um dermatomo específico, geralmente acompanhada ou seguida por erupções cutâneas vesiculares sobre base eritematosa. Embora possa haver dor antes do surgimento das lesões (fase prodrômica), ela raramente causa a agitação extrema e os sintomas sistêmicos descritos no caso.

b) Correta. O cálculo ureteral esquerdo justifica perfeitamente a dor lombar com irradiação inguinal (referida nos dermatomos T11 a L2). A obstrução do fluxo urinário causa distensão da cápsula renal e do ureter, gerando a cólica renal. O comportamento de agitação do paciente é um "marcador" clássico dessa patologia em provas de residência.

c) Incorreta. A torção de testículo é uma emergência urológica que causa dor súbita e intensa, mas a dor tem origem primária no escroto e irradia para a região

inguinal/abdome inferior, e não o contrário (da região lombar para a inguinal). Além disso, o exame físico revelaria um testículo elevado, horizontalizado e extremamente doloroso à palpação, o que não foi mencionado.

d) Incorreta. A diverticulite aguda do sigmoide geralmente apresenta dor localizada na fossa ilíaca esquerda, de caráter mais subagudo ou progressivo, frequentemente associada a alterações do hábito intestinal e febre. Em casos de diverticulite complicada (com perfuração e peritonite), o paciente apresenta sinais de irritação peritoneal e tende a permanecer o mais imóvel possível, pois qualquer movimento agrava a dor, ao contrário da agitação descrita no enunciado.

Questão 32

O quadro clínico apresentado pelo paciente é clássico: dor no quadrante superior direito, febre e icterícia compõem a chamada Tríade de Charcot. Associando esses achados à leucocitose (16.000 céls./dL) e ao padrão laboratorial de colestase (elevação de bilirrubina direta e fosfatase alcalina com transaminases normais), o diagnóstico principal é Colangite Aguda.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A endoscopia digestiva alta convencional serve para avaliar esôfago, estômago e duodeno, não sendo o tratamento para colangite. Embora a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) seja fundamental para a descompressão biliar, ela geralmente é realizada após ou em conjunto com a estabilização clínica e início da antibioticoterapia, dependendo da gravidade.

b) Incorreta. A colecistectomia laparoscópica é o tratamento definitivo para colecistite aguda ou litíase biliar. Na colangite, a obstrução e a infecção estão localizadas nos ductos biliares (via biliar principal). Realizar uma cirurgia de grande porte em um paciente com infecção biliar ativa, sem antes estabilizá-lo e tratar a colangite, aumenta significativamente a morbimortalidade.

c) Correta. Diante da suspeita de colangite aguda, a conduta imediata deve focar na estabilização do paciente e no combate à infecção sistêmica. Isso inclui hidratação venosa, coleta de hemoculturas (fundamentais para guiar o tratamento, já que a bacteremia é comum) e início imediato de antibioticoterapia de amplo espectro. Após essa abordagem inicial, procede-se à descompressão biliar (geralmente por CPRE).

d) Incorreta. A litotripsia extracorpórea por ondas de choque não tem indicação no tratamento de urgência da colangite aguda. É uma técnica pouco utilizada para cálculos biliares e seria perigosa em um cenário de infecção aguda das vias biliares.

Questão 33

A doença de Hirschsprung, ou megacólon aganglionar congênito, é caracterizada pela ausência de células ganglionares nos plexos submucoso (Meissner) e mioentérico (Auerbach) no segmento distal do trato digestivo. Essa ausência resulta em uma zona de obstrução funcional por falta de relaxamento reflexo do intestino.

Alternativa A (Incorreta): A gravidade dos sintomas clínicos não é necessariamente proporcional à extensão do segmento aganglionar. Pacientes com acometimento de um segmento muito curto (forma ultracurta) podem apresentar sintomas graves de obstrução intestinal e constipação crônica de difícil manejo, assim como pacientes com aganglionose total do cólon.

Alternativa B (Incorreta): A síndrome do intestino curto não é a consequência mais frequente. Ela é uma complicação rara que pode ocorrer apenas em casos de aganglionose extensa (envolvendo grande parte do intestino delgado) que exijam ressecções cirúrgicas massivas. As consequências mais comuns no pós-operatório são a constipação persistente, incontinência fecal ou episódios recorrentes de enterocolite.

Alternativa C (Incorreta): A grande maioria dos casos (cerca de 80 a 90%) é diagnosticada logo nos primeiros dias ou meses de vida. O sinal clássico é o atraso na eliminação de mecônio além das primeiras 48 horas de vida, acompanhado de distensão abdominal e vômitos. O diagnóstico em adultos é raro e ocorre apenas em casos de segmento curto que não foram detectados na infância.

Alternativa D (Correta): A enterocolite associada à doença de Hirschsprung é, de fato, a principal causa de morbidade e mortalidade. Ela pode ocorrer antes do tratamento cirúrgico, devido à estase fecal e proliferação bacteriana, ou mesmo após a cirurgia. Caracteriza-se por diarreia fétida (muitas vezes em jato), distensão abdominal importante, febre e letargia, podendo evoluir rapidamente para sepse, perfuração intestinal e óbito se não for tratada precocemente com descompressão retal e antibioticoterapia.

Questão 34

A análise clínica deste caso aponta para uma complicação metabólica pós-operatória clássica. A paciente, uma mulher idosa em período pós-operatório imediato (24 horas), recebeu exclusivamente solução de dextrose a 5% (soro glicosado). O soro glicosado, após a metabolização da glicose, comporta-se como água livre, não contendo eletrólitos. Somado a isso, o estresse cirúrgico é um potente estimulador da secreção do hormônio antidiurético (ADH), que promove a reabsorção de água nos túbulos renais. Essa combinação (oferta de água livre + secreção de ADH) resulta em

hiponatremia dilucional aguda.

Os sintomas relatados (náuseas, fraqueza, cansaço) são sinais iniciais de edema cerebral iminente. A evolução para convulsões generalizadas e a presença de hiper-reflexia confirmam o insulto neurológico grave decorrente da queda rápida dos níveis de sódio sérico. Em casos de hiponatremia sintomática grave (com convulsões), a conduta imediata deve ser a confirmação laboratorial e a reposição de sódio com solução salina hipertônica (geralmente a 3%) para reduzir o edema cerebral.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora um AVE possa ocorrer no pós-operatório de pacientes idosos, o quadro clínico de sintomas prodrômicos sistêmicos (náuseas e fraqueza) associado ao histórico específico de infusão apenas de dextrose direciona o diagnóstico para um distúrbio metabólico. O AVE costuma apresentar déficits focais, e não um quadro convulsivo isolado precedido por mal-estar geral em contexto de hidratação inadequada.

b) Correta. A administração de fluidos hipotônicos (dextrose a 5%) no pós-operatório é a causa principal da hiponatremia aguda sintomática. O quadro de convulsões e obnubilação pós-ictal caracteriza uma emergência neurológica que exige reposição urgente de sódio com solução salina hipertônica para elevar a natremia e cessar o edema cerebral.

c) Incorreta. Reações adversas a medicamentos podem ocorrer, mas raramente se manifestariam como convulsões generalizadas precedidas por náuseas e fraqueza de forma tão característica quanto o desequilíbrio eletrolítico mencionado. Além disso, o tratamento de uma reação grave com convulsões não seria apenas rever a prescrição e administrar anti-histamínicos.

d) Incorreta. A hipercalcemia não é uma complicação comum associada especificamente à infusão de soro glicosado no pós-operatório. Além disso, a alternativa apresenta um erro de conduta: o gluconato de cálcio é utilizado para tratar a hipocalcemia ou para proteger o coração na hipercalemia, nunca para tratar a hipercalcemia (que é tratada com hidratação venosa e, por vezes, diuréticos de alça ou bisfosfonatos).

Questão 35

A questão aborda as complicações metabólicas da transfusão maciça, especificamente o papel do citrato. O citrato é um conservante e anticoagulante padrão utilizado nas bolsas de sangue, cuja função principal é quelar o cálcio (ligar-se a ele) para impedir a coagulação do sangue estocado.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O acúmulo de citrato não causa hipernatremia. Quanto ao equilíbrio ácido-base, o metabolismo do citrato pelo fígado gera bicarbonato, o que pode levar, na verdade, a uma alcalose metabólica após a fase inicial de ressuscitação, e não à acidose metabólica (que costuma ser causada pelo choque e pela hipoperfusão tecidual do próprio trauma).

b) Incorreta. O citrato é um quelante de cálcio. Portanto, ele se liga ao cálcio iônico circulante do paciente, reduzindo sua disponibilidade no sangue. O resultado é a hipocalcemia, e não a hipercalcemia. Embora arritmias cardíacas possam ocorrer devido aos distúrbios eletrolíticos (como o prolongamento do intervalo QT pela hipocalcemia), a premissa de hipercalcemia invalida a alternativa.

c) Correta. Esta é a descrição clássica da toxicidade pelo citrato em transfusões de grande volume. O citrato em excesso liga-se ao cálcio iônico do paciente, provocando hipocalcemia. Como o cálcio é o Fator IV da cascata de coagulação, sua deficiência impede a formação adequada do coágulo, resultando em distúrbios de coagulação que agravam o sangramento do paciente politraumatizado (fazendo parte da chamada "tríade letal", junto com a acidose e a hipotermia).

d) Incorreta. Além de quelar o cálcio, o citrato também pode se ligar ao magnésio, podendo levar à hipomagnesemia, e não à hipermagnesemia. A bradicardia não é o achado eletrocardiográfico primário esperado pela ação direta do citrato.

Resumo Didático:

O citrato é o anticoagulante da bolsa de sangue. Ele funciona "sequestrando" o cálcio. Quando transfundimos muitas bolsas rapidamente, o fígado não consegue metabolizar o citrato com rapidez suficiente. Esse citrato livre no sangue do paciente "sequestra" o cálcio iônico dele. Sem cálcio iônico, o coração sofre (risco de arritmias e redução da contratilidade) e a coagulação para de funcionar, pois o cálcio é essencial para que as enzimas da coagulação atuem. Por isso, em protocolos de transfusão maciça, é rotina a reposição de cálcio (geralmente gluconato ou cloreto de cálcio).

Questão 36

A análise desta questão exige atenção ao enunciado, que especifica dois pontos cruciais: a necessidade de uma medicação por via oral e a finalidade de anticoagulação profilática no pós-operatório.

Alternativa A: Correta. A rivaroxabana é um anticoagulante oral direto (DOAC) que atua como inibidor seletivo do fator Xa. Atualmente, seu uso para profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) está bem estabelecido, inclusive em contextos de cirurgias de grande porte, quando a via oral está disponível. Ela apresenta rápido início de ação e dose fixa, não necessitando de monitorização laboratorial frequente, o que a torna uma opção viável no pós-operatório imediato se o trato digestivo estiver liberado.

Alternativa B: Incorreta. Embora a enoxaparina seja o padrão-ouro para a profilaxia de tromboembolismo venoso em pacientes cirúrgicos, ela é uma heparina de baixo peso molecular administrada exclusivamente por via parenteral (subcutânea). Como o enunciado solicita especificamente uma opção de anticoagulação oral, a enoxaparina não preenche o requisito técnico da pergunta.

Alternativa C: Incorreta. O clopidogrel não é um anticoagulante, mas sim um antiagregante plaquetário que atua bloqueando os receptores ADP (P2Y12) nas plaquetas. Ele é indicado para a prevenção de eventos aterotrombóticos (como em pacientes com stents coronarianos ou infarto agudo do miocárdio), não sendo a droga de escolha para a profilaxia de tromboembolismo venoso em pós-operatório de cirurgia abdominal.

Alternativa D: Incorreta. A varfarina é um anticoagulante oral (antagonista da vitamina K), porém possui um início de ação lento, levando de 3 a 5 dias para atingir o efeito terapêutico desejado. No pós-operatório imediato, sua utilização para profilaxia é pouco prática devido à necessidade de controle rigoroso do RNI (Tempo de Protrombina), longa meia-vida e múltiplas interações medicamentosas e alimentares, sendo superada pelos novos anticoagulantes orais (DOACs) nesse cenário.

Questão 37

A classificação de Los Angeles é o sistema mais utilizado para graduar a gravidade da esofagite erosiva durante a endoscopia digestiva alta. Ela se baseia na extensão das erosões e na sua capacidade de confluir entre as pregas mucosas e ao redor da circunferência do esôfago.

Os critérios são os seguintes:

Grau A: Uma ou mais erosões (lesões de mucosa) de até 5 mm em sua maior extensão, que não se estendem entre o topo de duas pregas mucosas.

Grau B: Pelo menos uma erosão com mais de 5 mm de extensão, mas que ainda não é contínua entre o topo de duas pregas mucosas.

Grau C: Erosões que se estendem entre o topo de duas ou mais pregas mucosas (confluentes), mas que ocupam menos de 75% da circunferência total do esôfago.

Grau D: Erosões que se estendem entre o topo de duas ou mais pregas mucosas e que ocupam 75% ou mais da circunferência esofágica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. No grau A, as erosões são puntiformes ou lineares muito curtas (até 5 mm) e obrigatoriamente isoladas, sem confluência. O quadro descrito é muito mais grave.

b) Incorreta. No grau B as lesões podem ser longas, mas a principal característica é que elas permanecem isoladas no topo das pregas, sem se unir (confluir) com lesões de pregas vizinhas.

c) Incorreta. No grau C já existe a confluência descrita no enunciado, porém o limite máximo de acometimento da circunferência é de 75%. O paciente em questão apresenta ocupação de "mais de 75%".

d) Correta. A descrição de erosões que confluem na altura da junção esofagogástrica e ocupam mais de 75% da circunferência do órgão preenche exatamente os critérios para o grau D de Los Angeles, que representa a forma mais severa de esofagite erosiva.

Informação adicional: O fato de a junção esofagogástrica estar 3 cm acima do pinçamento diafragmático indica a presença de uma hérnia de hiato, condição que frequentemente predispõe a quadros de refluxo mais intensos e esofagites mais graves como a descrita.

Questão 38

Alternativa A (CORRETA): O músculo transverso do abdome é, de fato, a camada mais profunda dentre os três músculos planos da parede anterolateral (oblíquo externo, oblíquo interno e transverso). Sua aponeurose, juntamente com a lâmina posterior da aponeurose do músculo oblíquo interno, compõe a parede posterior da bainha do músculo reto abdominal nos dois terços superiores do abdome (acima da linha arqueada).

Alternativa B (INCORRETA): O triângulo de Hesselbach (ou triângulo inguinal) possui limites bem definidos que não correspondem aos citados. Os limites corretos são: lateralmente, os vasos epigástricos inferiores (e não superficiais); medialmente, a borda lateral do músculo reto abdominal (e não o músculo oblíquo interno); e, inferiormente, o ligamento inguinal. Este triângulo é a zona de fraqueza onde ocorrem as hérnias inguinais diretas.

Alternativa C (INCORRETA): A referência anatômica fundamental para diferenciar as hérnias inguinais em diretas ou indiretas são os vasos epigástricos inferiores. As hérnias indiretas saem pelo anel inguinal profundo, localizando-se lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. Já as hérnias diretas ocorrem através da fraqueza da parede posterior do canal inguinal, medialmente aos vasos epigástricos inferiores. Os vasos femorais servem de referência para a identificação de hérnias femorais, que ocorrem abaixo do ligamento inguinal.

Alternativa D (INCORRETA): O músculo cremáster, que envolve o cordão espermático e o testículo, é derivado de fibras musculares e fâscias provenientes do músculo oblíquo interno (e ocasionalmente do músculo transverso do abdome), e não do músculo oblíquo externo. O músculo oblíquo externo contribui para a formação da fâscia espermática externa.

Questão 39

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Para resolver essa questão, é necessário diferenciar os aminoácidos essenciais dos não essenciais. Os aminoácidos essenciais são aqueles que o corpo humano não consegue sintetizar em quantidades adequadas para suprir a demanda metabólica, sendo obrigatória a sua ingestão por meio da dieta. Já os aminoácidos não essenciais são aqueles que o organismo é capaz de produzir a partir de outros precursores nitrogenados e esqueletos de carbono.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Valina: Esta alternativa está incorreta. A valina é um aminoácido essencial e pertence ao grupo dos aminoácidos de cadeia ramificada (BCAAs), juntamente com a leucina e a isoleucina. Ela desempenha um papel fundamental no reparo tecidual e na manutenção do balanço nitrogenado no organismo.

b) Arginina: Esta alternativa está correta. A arginina é classificada como um aminoácido não essencial ou, em contextos clínicos específicos, como condicionalmente essencial. O organismo humano é capaz de sintetizá-la por meio do ciclo da ureia. No entanto, em situações de estresse metabólico intenso, como grandes traumas, cirurgias de grande porte ou sepse (contexto mencionado no enunciado sobre preparo pré-operatório), a demanda pode exceder a capacidade de produção endógena, tornando a suplementação benéfica por suas propriedades imunomoduladoras.

c) Triptofano: Esta alternativa está incorreta. O triptofano é um aminoácido essencial. Ele é o precursor direto da serotonina (um importante neurotransmissor) e da niacina (vitamina B3). Por não ser produzido pelo corpo, deve ser obtido exclusivamente pela alimentação.

d) Isoleucina: Esta alternativa está incorreta. A isoleucina é um aminoácido essencial, também integrante do grupo dos aminoácidos de cadeia ramificada (BCAAs). Assim como a valina, ela é crucial para o metabolismo muscular e para a regulação dos níveis de energia no corpo, não sendo sintetizada endogenamente.

DICA PARA A PROVA

Uma forma prática de memorizar os aminoácidos essenciais é utilizar mnemônicos. Os principais são: Fenilalanina, Valina, Treonina, Triptofano, Isoleucina, Metionina, Histidina, Leucina e Lisina. A arginina, embora seja essencial em crianças e em estados críticos de saúde, é considerada não essencial para o adulto saudável devido à produção no ciclo da ureia, o que a torna a resposta correta perante as demais opções estritamente essenciais.

Questão 40

A estrituroplastia (ou plastia de estenose) é uma técnica cirúrgica fundamental no manejo da Doença de Crohn, pois permite tratar obstruções intestinais causadas por estenoses sem a necessidade de remover segmentos do intestino. O principal objetivo é preservar a extensão do órgão e evitar a síndrome do intestino curto, visto que a doença é crônica e recorrente.

Abaixo, a análise das alternativas e por que a perfuração é a contraindicação correta:

Alternativa (a) Incorreta: A obstrução intestinal causada por uma estenose fibrótica é, na verdade, uma das principais indicações para a realização da estrituroplastia. Embora a exacerbação aguda exija cuidado, a presença de obstrução por si só não impede o procedimento, desde que as condições do tecido intestinal permitam a sutura.

Alternativa (b) Incorreta: A multiplicidade de pontos de estenose é a indicação clássica e ideal para a técnica. Se um paciente possui várias estenoses em um curto segmento, realizar múltiplas ressecções (enterectomias) levaria à perda massiva de área absorptiva. A estrituroplastia permite abrir todos os pontos estreitos preservando o comprimento total do intestino.

Alternativa (c) Incorreta: Uma enterectomia segmentar prévia não contraindica a técnica. Pelo contrário, pacientes que já foram submetidos a ressecções anteriores têm maior risco de desenvolver insuficiência intestinal, o que torna as técnicas de preservação de alça, como a estrituroplastia, ainda mais recomendadas em cirurgias subsequentes.

Alternativa (d) Correta: A perfuração de alça intestinal é uma contraindicação absoluta para a estrituroplastia. Na presença de perfuração, geralmente há contaminação peritoneal, processo inflamatório intenso (flegmão) ou sepse local. O tecido intestinal ao redor de uma perfuração encontra-se friável, edemaciado e infectado, o que impede uma cicatrização segura da sutura da plástica, resultando em altíssimo risco de deiscência (abertura dos pontos) e fístulas. Nesses casos, a ressecção do segmento afetado é a conduta obrigatória. Além da perfuração, outras contraindicações incluem a suspeita de malignidade na estenose e a presença de abscessos ou fístulas no local exato onde seria feita a plástica.

Questão 41

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um carcinoma de mama cujo perfil imuno-histoquímico é HER2 positivo e receptores hormonais (estrogênio e progesterona) negativos. Esse perfil define o subtipo molecular HER2-enriquecido. O tratamento adjuvante (após a cirurgia) visa eliminar micrometástases e depende diretamente dos alvos expressos pelo tumor. Como o tumor não expressa receptores de estrogênio ou progesterona, ele não responderá a terapias endócrinas (hormonioterapia), mas como expressa a proteína HER2, ele é altamente sensível a terapias anti-HER2.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Os inibidores da aromatase (como anastrozol, letrozol e exemestano) são utilizados na hormonioterapia de mulheres na pós-menopausa. No entanto, sua indicação exige que o tumor apresente receptores hormonais positivos. No caso descrito, os receptores são negativos, logo, não há alvo para esse medicamento agir.

Alternativa B: Correta. O trastuzumabe é um anticorpo monoclonal que se liga especificamente ao receptor HER2 na superfície das células cancerígenas. Ele bloqueia as vias de sinalização que promovem o crescimento e a proliferação celular, além de marcar a célula para destruição pelo sistema imunológico. É o tratamento de escolha e obrigatório para pacientes com tumores HER2 positivos, reduzindo significativamente o risco de recorrência e mortalidade.

Alternativa C: Incorreta. O desogestrel é um hormônio progestogênio isolado utilizado em métodos contraceptivos ou para controle de ciclos menstruais. Não possui qualquer papel ou indicação no tratamento do câncer de mama.

Alternativa D: Incorreta. O tamoxifeno é um modulador seletivo do receptor de estrogênio (SERM) que atua bloqueando a ligação do estrogênio ao seu receptor na célula tumoral. Assim como os inibidores da aromatase, sua eficácia depende da presença de receptores hormonais no tumor. Como a paciente é negativa para esses receptores, o tamoxifeno não tem indicação clínica neste caso.

Questão 42

RESERVA OVARIANA E FATORES DE RISCO

A questão aborda a identificação de fatores clínicos que podem sinalizar uma redução da reserva ovariana em uma paciente que deseja gestar futuramente. A reserva ovariana representa a quantidade e a qualidade dos oócitos presentes nos ovários em um determinado momento da vida reprodutiva.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: A idade da menarca (neste caso, aos 10 anos) não é considerada um fator de risco para baixa reserva ovariana. O consumo de folículos ocorre de forma contínua desde a vida intrauterina por meio de um processo chamado atresia, que independe da ocorrência ou não de ciclos ovulatórios. Ter ciclos iniciados precocemente não esgota o estoque folicular de forma prematura e significativa em comparação ao processo natural de atresia.

Alternativa (b) INCORRETA: O histórico de abortamento não está diretamente relacionado ao tamanho da reserva ovariana. O abortamento de primeiro trimestre é frequentemente causado por aneuploidias (alterações cromossômicas no embrião). Embora a incidência de abortamentos aumente com o avançar da idade (devido à queda da qualidade oocitária), o fato isolado de ter tido um abortamento anterior não é um preditor ou causa de baixa reserva.

Alternativa (c) CORRETA: O componente genético é um dos principais determinantes do tempo de vida reprodutiva da mulher. A menopausa ocorrida aos 38 anos na mãe da paciente configura um quadro de Insuficiência Ovariana Prematura (menopausa antes dos 40 anos). Mulheres com histórico familiar de primeiro grau de menopausa precoce apresentam um risco significativamente maior de possuírem uma reserva ovariana reduzida para a idade cronológica, devido a polimorfismos ou mutações genéticas que aceleram a perda folicular.

Alternativa (d) INCORRETA: O uso de contraceptivos orais, mesmo que por longos períodos (como os 12 anos citados), não interfere na reserva ovariana. Os anticoncepcionais inibem a ovulação por meio da supressão do eixo hipotálamo-hipófise, mas não interrompem o recrutamento inicial e a atresia folicular basal. Portanto, o uso dessas medicações não protege o estoque de óvulos nem acelera o seu desgaste.

CONCLUSÃO:

Além da idade cronológica, a história familiar de falência ovariana precoce ou menopausa precoce é o dado clínico mais relevante na anamnese para suspeitar de uma reserva ovariana diminuída.

GABARITO: Letra (c).

Questão 43

A conduta frente a um resultado de citopatológico cervical apresentando Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL) é definida fundamentalmente pela idade da paciente, seguindo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA/Ministério da Saúde).

A LSIL é uma alteração que, na maioria das vezes, reflete apenas a infecção transitória pelo HPV, apresentando altas taxas de regressão espontânea, o que justifica uma conduta conservadora inicial em vez do encaminhamento imediato para colposcopia.

De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde:

1. Mulheres com menos de 25 anos: Devem repetir a citologia apenas em 3 anos.
2. Mulheres com 25 anos ou mais: Devem repetir a citologia em 6 meses.

Como a paciente em questão tem 26 anos, ela se enquadra no segundo grupo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O intervalo de 8 meses não é contemplado nos fluxogramas de rastreamento ou seguimento de lesões precursoras do câncer do colo do útero no Brasil.

b) Correta. Para mulheres a partir de 25 anos, o achado de LSIL exige a repetição do exame citopatológico em 6 meses. Caso o resultado da repetição seja negativo (ausência de atipias) ou LSIL, deve-se realizar uma nova repetição em 6 meses. Somente após dois resultados negativos consecutivos a paciente retorna ao rastreio trienal. Se houver persistência da alteração ou progressão para atipias de significado incerto (ASC-US) ou superior nos exames de seguimento, a colposcopia será indicada.

c) Incorreta. O intervalo de 5 meses não possui respaldo nas diretrizes nacionais de rastreio ginecológico.

d) Incorreta. O número 3 poderia gerar confusão com o intervalo de 3 anos, que é o tempo de repetição recomendado para pacientes com menos de 25 anos que apresentam LSIL, ou com o tempo de rastreio de rotina após dois exames anuais normais. No entanto, o intervalo de 3 meses não é indicado para este caso.

Questão 44

O caso apresenta uma paciente com diagnóstico histopatológico de carcinoma escamoso invasivo do colo do útero, confirmado por biópsia após colposcopia. Diante de um diagnóstico de câncer invasor, o próximo passo fundamental e obrigatório na propedêutica oncológica é determinar a extensão da doença para planejar o tratamento.

Alternativa a: Incorreta. A indicação cirúrgica depende exclusivamente do estágio em que a doença se encontra. Procedimentos como a histerectomia radical (cirurgia de Wertheim-Meigs) são reservados para estádios iniciais (geralmente do IA2 ao IIA1). Se a doença for classificada como localmente avançada (estádio IIB em diante), o tratamento de escolha é a quimiorradioterapia, e a cirurgia primária é contraindicada. Portanto, não se pode indicar cirurgia sem o estadiamento prévio.

Alternativa b: Incorreta. A biópsia já foi realizada e o resultado foi conclusivo para

carcinoma invasivo moderadamente diferenciado. Não há indicação clínica para repetir um exame que já confirmou a patologia, o que apenas atrasaria o início do tratamento.

Alternativa c: Incorreta. Assim como a cirurgia, a radioterapia (associada ou não à quimioterapia) é uma modalidade terapêutica. Sua indicação depende do estadiamento. Ela pode ser o tratamento principal em casos avançados ou uma terapia adjuvante após a cirurgia em casos com fatores de risco. Iniciar o tratamento sem saber a extensão da neoplasia é uma conduta inadequada.

Alternativa d: Correta. O estadiamento é a conduta imediata após a confirmação diagnóstica de câncer de colo uterino. Segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), o estadiamento permite avaliar o tamanho do tumor, a profundidade da invasão e o envolvimento de estruturas adjacentes (como paramétrios, vagina, bexiga ou reto) e linfonodos. Somente após essa avaliação é possível definir se a paciente seguirá para tratamento cirúrgico ou radioterápico.

A alternativa correta é a letra (d).

Questão 45

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é clássico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP). A paciente apresenta critérios maiores (dor infraumbilical, dor à mobilização do colo uterino e dor à palpação de anexos) e critérios menores (febre e secreção vaginal purulenta). A ultrassonografia confirma a classificação da DIP como Estágio III de Monif, devido à presença de abscesso tubo-ovariano de 3 cm.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O tratamento ambulatorial com antibióticos por via oral é reservado apenas para casos de DIP leve (Estágio I de Monif), nos quais não há sinais de peritonite nem evidência de abscessos. A presença de abscesso tubo-ovariano, independentemente do tamanho, é uma indicação clássica de internação hospitalar para tratamento venoso.

b) CORRETA. De acordo com os protocolos do CDC e da FEBRASGO, a presença de abscesso tubo-ovariano (Estágio III) exige internação hospitalar para administração de antibioticoterapia polimicrobiana parenteral (venosa). O tratamento venoso garante níveis séricos e teciduais mais elevados do medicamento para penetrar a parede do abscesso e permite o monitoramento rigoroso da paciente quanto ao risco

de ruptura ou sepse.

c) INCORRETA. O tratamento cirúrgico imediato não é a primeira escolha para um abscesso de 3 cm estável. A conduta inicial deve ser o tratamento clínico medicamentoso. A cirurgia (ou drenagem guiada por imagem) fica reservada para casos de falha do tratamento clínico (ausência de melhora em 48 a 72 horas), abscessos rotos com sinais de peritonite generalizada (Estágio IV), ou abscessos de grandes dimensões (geralmente maiores do que 8 ou 10 cm).

d) INCORRETA. A conduta expectante não tem lugar no manejo da DIP com abscesso. Trata-se de uma infecção grave que requer intervenção imediata com antibióticos potentes. Aguardar a piora clínica para iniciar o tratamento oral aumentaria significativamente o risco de complicações graves, como infertilidade, dor pélvica crônica e choque séptico.

SÍNTESE DA CONDUTA NA DIP (CLASSIFICAÇÃO DE MONIF)

- Estágio I: Salpingite aguda sem peritonite (Tratamento ambulatorial/oral).
- Estágio II: Salpingite com peritonite pélvica (Tratamento hospitalar/venoso).
- Estágio III: Presença de abscesso tubo-ovariano íntegro (Tratamento hospitalar/venoso).
- Estágio IV: Abscesso roto ou peritonite generalizada (Tratamento hospitalar/venoso + Cirurgia de urgência).

Questão 46

O caso clínico descreve uma paciente com mioma submucoso, identificado por estar localizado na cavidade endometrial. Para a classificação desses miomas, a classificação da European Society of Hysteroscopy (ESH), também conhecida como classificação de Wamsteker, divide as lesões em três tipos principais, baseando-se no grau de projeção para a cavidade e no quanto o nódulo invade o miométrio. Esta classificação é fundamental para o planejamento cirúrgico por histeroscopia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 0: CORRETA. Segundo a classificação da ESH, o Grau 0 (ou Classe 0) define o mioma que é totalmente intracavitário e pediculado, sem qualquer componente intramural. Como o enunciado afirma explicitamente que o nódulo está totalmente dentro da cavidade endometrial e sem invasão do miométrio, ele se encaixa perfeitamente nesta definição.

Alternativa b) 1: INCORRETA. O Grau 1 define miomas submucosos que possuem a

maior parte do seu volume (mais de 50%) dentro da cavidade uterina, mas que já apresentam um componente intramural (extensão para a parede do útero menor que 50%).

Alternativa c) 2: INCORRETA. O Grau 2 define miomas submucosos sésseis, em que a maior parte do volume do nódulo (50% ou mais) está localizada dentro do miométrio (componente intramural), restando uma porção menor projetada para a cavidade endometrial.

Alternativa d) 3: INCORRETA. Na classificação da European Society of Hysteroscopy para miomas submucosos, as categorias vão apenas de 0 a 2. O grau 3 é uma categoria da classificação da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia), que se refere a miomas totalmente intramurais, mas que tocam o endométrio (sem distorcer a cavidade). Como a questão solicita a classificação da ESH, o grau 3 não existe para essa escala específica.

Resumo da classificação ESH (Wamsteker):

- Tipo 0: Totalmente intracavitário, sem invasão miometrial.
- Tipo 1: Extensão intramural menor que 50%.
- Tipo 2: Extensão intramural maior ou igual a 50%.

Questão 47

Para compreender a Síndrome de Swyer, é fundamental revisar a cascata de diferenciação sexual embrionária. O sexo genético deste indivíduo é XY, porém a diferenciação do fenótipo depende da presença e do funcionamento do gene SRY (*Sex-determining Region Y*), localizado no cromossomo Y.

1. Diferenciação Gonadal: O gene SRY é o principal responsável por sinalizar para que a gônada indiferenciada se torne um testículo. Se o gene SRY está inativado ou ausente, essa gônada não se desenvolve como testículo, tornando-se uma gônada disgenética (frequentemente chamada de gônada em fita). No contexto do desenvolvimento básico, na ausência do sinalizador masculino, a gônada segue o caminho fenotípico feminino.

2. Genitália Interna: O desenvolvimento da genitália interna masculina depende da testosterona (produzida pelas células de Leydig) para o desenvolvimento dos ductos de Wolff, e do hormônio antimülleriano (AMH, produzido pelas células de Sertoli) para a regressão dos ductos de Müller. Na Síndrome de Swyer, como não há formação de testículos, não há produção de AMH nem de testosterona. Sem AMH, os ductos de Müller persistem e se diferenciam em útero, tubas uterinas e o terço superior da vagina. Sem testosterona, os ductos de Wolff regredem. Portanto, a genitália interna

é feminina.

3. Genitália Externa: A masculinização da genitália externa (formação do pênis e bolsa escrotal) depende da ação da di-hidrotestosterona (DHT), que é convertida a partir da testosterona. Sem a produção de testosterona pelos testículos, não há DHT. Na ausência desses estímulos androgênicos, a genitália externa segue o caminho de desenvolvimento padrão (*default*), que é o feminino, resultando em clitóris e lábios vulvares.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O indivíduo não apresentará gônada masculina nem genitália interna masculina, pois ambas dependem da função do gene SRY e da subsequente produção de testosterona e AMH.

Alternativa b) Incorreta. Embora a gônada não seja testicular, a genitália interna e externa não serão masculinas, dada a completa ausência de andrógenos e AMH.

Alternativa c) Incorreta. A gônada não será masculina devido à falha na diferenciação testicular por ausência de SRY ativo, e a genitália externa não será masculina por falta de estímulo hormonal.

Alternativa d) Correta. Devido à inativação do gene SRY, a cascata de masculinização é interrompida no início. A gônada não se torna testículo, o útero e as tubas se desenvolvem pela falta de hormônio antimülleriano, e a genitália externa permanece feminina pela falta de testosterona e DHT. O resultado é um indivíduo com fenótipo feminino, porém com gônadas disgenéticas e cariótipo XY.

Questão 48

O atendimento a vítimas de violência sexual é uma urgência médica e um direito garantido por lei, independentemente da presença de lesões físicas aparentes ou da realização prévia de boletim de ocorrência. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa A (Correta): A conduta configura infração ética, pois o Código de Ética Médica veda ao médico deixar de atender em setores de urgência e emergência ou quando a omissão possa causar danos ao paciente. É uma infração legal baseada na Lei 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual pelo SUS. Além disso, caracteriza omissão de socorro conforme o Código Penal (Art. 135), pois o profissional negou assistência a alguém em estado de vulnerabilidade e necessidade de cuidados profiláticos imediatos.

Alternativa B (Incorreta): O registro em prontuário não tem o poder de validar ou legalizar uma conduta que fere preceitos éticos e leis federais. Não existe justificativa técnica aceitável para a negação de atendimento inicial e profilaxias em casos de violência sexual.

Alternativa C (Incorreta): A conduta é inadequada tanto do ponto de vista ético quanto legal. A legislação brasileira atual, especialmente a Lei 12.845/2013, reforça que o atendimento deve ser imediato, multidisciplinar e sem a exigência de apresentação de boletim de ocorrência ou qualquer outro documento policial para que o cuidado de saúde seja iniciado.

Alternativa D (Incorreta): A orientação para procurar a polícia jamais substitui o atendimento médico. O papel do profissional de saúde é priorizar a saúde física e mental da vítima, realizando a profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV e gravidez indesejada, além de oferecer suporte psicológico. O encaminhamento policial é um desdobramento jurídico, não uma condição para a assistência médica.

Em resumo, o profissional de saúde tem o dever de acolher e tratar a vítima prontamente, uma vez que a janela de tempo para as profilaxias medicamentosas é crucial para o sucesso do tratamento e redução de danos.

Questão 49

Esta questão aborda o manejo da hemorragia uterina anormal na pós-menopausa, um tema recorrente e fundamental na prática ginecológica.

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta sangramento vaginal após dez anos de menopausa, o que é um sinal de alerta clássico para câncer de endométrio. Além disso, ela possui fatores de risco importantes: obesidade (IMC de 32 kg/m²) e hipertensão, que estão associados ao hiperestrogenismo periférico. O achado ultrassonográfico de um endométrio de 15 mm é altamente suspeito, visto que o ponto de corte para investigação em pacientes com sangramento na pós-menopausa é geralmente de 4 a 5 mm.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A histerectomia total com salpingo-oforectomia bilateral é um tratamento definitivo, geralmente indicado após a confirmação diagnóstica de neoplasia ou hiperplasia com atipias. Não se deve realizar uma cirurgia de grande porte sem antes possuir um diagnóstico histopatológico que justifique o procedimento e oriente a extensão da cirurgia (estadiamento).

Alternativa (b) Incorreta: O uso de progestogênios pode ser o tratamento para certos tipos de hiperplasia endometrial sem atipias, mas prescrevê-los de forma empírica por três meses é um erro grave. Isso mascara o sintoma e retarda o diagnóstico de um possível carcinoma endometrial, que não seria tratado adequadamente apenas com hormônios.

Alternativa (c) Incorreta: Diante de um sangramento na pós-menopausa com endométrio de 15 mm, a conduta deve ser imediata. Aguardar seis meses para repetir o exame coloca a vida da paciente em risco, permitindo a progressão de uma eventual doença maligna.

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta padrão-ouro. Em pacientes com sangramento uterino na pós-menopausa e espessamento endometrial identificado na ultrassonografia, é obrigatória a avaliação histológica (biópsia). A histeroscopia é o melhor método, pois permite a visualização direta da cavidade uterina, a identificação de lesões focais (como pólipos ou áreas suspeitas) e a realização de biópsia dirigida, o que aumenta significativamente a acurácia diagnóstica em comparação à biópsia às cegas.

Questão 50

O quadro clínico e laboratorial descrito aponta para o diagnóstico de vaginose bacteriana. Para o diagnóstico clínico dessa patologia, utilizamos os critérios de Amsel. Para confirmar o diagnóstico, a paciente deve apresentar pelo menos três dos quatro critérios a seguir:

1. Corrimento vaginal homogêneo (branco ou acinzentado), finamente bolhoso e aderente às paredes vaginais.
2. pH vaginal maior que 4,5.
3. Teste das aminas positivo (*whiff test*), que consiste na liberação de odor fétido (semelhante a peixe podre) após a adição de hidróxido de potássio (KOH) a 10% no conteúdo vaginal.
4. Presença de *clue cells* (células-alvo ou células-guia) na microscopia a fresco, que são células epiteliais com bordos borrados pela aderência de bactérias.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O teste de aminas positivo é, de fato, um critério de Amsel. No entanto, a redução do número de lactobacilos é um achado da bacterioscopia quantificado pelo escore de Nugent (padrão-ouro laboratorial), mas não compõe os critérios clínicos de Amsel.

b) Incorreta. A ausência de colpíte (inflamação da parede vaginal) é uma característica clínica importante para diferenciar a vaginose da tricomoníase, mas não é considerada um critério diagnóstico de Amsel. A redução de lactobacilos, como mencionado, pertence ao escore de Nugent.

c) Correta. Tanto o pH vaginal superior a 4,5 quanto o teste de aminas positivo são dois dos quatro critérios fundamentais estabelecidos por Amsel para o diagnóstico de vaginose bacteriana.

d) Incorreta. Embora o pH maior que 4,5 seja um critério de Amsel, a ausência de colpíte não integra a lista de critérios oficiais para o diagnóstico dessa condição.

Gabarito: Letra (c).

Questão 51

A identificação do sinal de lambda ou Twin peak ao exame ultrassonográfico é o marcador clássico de dicorionicidade. Esse sinal é formado pela projeção de tecido placentário entre as membranas amnióticas no ponto de inserção na placenta, indicando que existem duas placentas, mesmo que elas estejam fundidas ou próximas. Toda gestação gemelar dicoriônica é obrigatoriamente diamniótica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Dizigótica: Incorreta. Embora a maioria das gestações que apresentam o sinal de lambda seja dizigótica (frutos de dois óvulos distintos), o sinal ultrassonográfico avalia a corionicidade (número de placentas) e não a zigosidade (origem genética). Gêmeos monozigóticos (idênticos) podem ser dicoriônicos se a divisão do ovo ocorrer de forma muito precoce, até o terceiro dia após a fertilização, apresentando também o sinal de lambda.

Alternativa b) Diamniótica: Correta. O sinal de lambda é a prova ecográfica de que a gestação é dicoriônica. Em obstetrícia, toda gestação dicoriônica possui dois sacos amnióticos individuais. Portanto, a presença desse sinal confirma que a gravidez é diamniótica. A membrana que separa os fetos, neste caso, é espessa por ser composta por quatro camadas (dois âmnios e dois córions).

Alternativa c) Monozigótica: Incorreta. O sinal de lambda não define se os gêmeos são idênticos ou não. Ele apenas indica que há duas placentas. Gêmeos monozigóticos podem se manifestar como dicoriônicos, monocoriônicos diamnióticos ou monocoriônicos monoamnióticos, dependendo do momento da divisão

embrionária. O sinal de lambda apenas afasta a monocorionicidade.

Alternativa d) Monoamniótica: Incorreta. Na gestação gemelar monoamniótica, os fetos compartilham o mesmo saco amniótico, o que significa que não existe uma membrana divisória entre eles. Sem essa membrana, não há a formação do sinal de lambda nem do sinal do T, que dependem da inserção da membrana na superfície placentária.

Questão 52

Para compreender a questão, é necessário entender o mecanismo de ação da imunoglobulina humana anti-Rh (D) e o que cada teste laboratorial mencionado avalia no contexto da profilaxia da isoimunização Rh.

A imunoglobulina anti-Rh (D) é administrada a mulheres Rh-negativas que deram à luz recém-nascidos Rh-positivos para neutralizar as hemácias fetais que possam ter passado para a circulação materna durante o parto. O objetivo é evitar que o sistema imunológico da mãe reconheça esses antígenos e inicie uma resposta imune primária (produção de anticorpos próprios).

1. Teste de Coombs Indireto: Este teste detecta a presença de anticorpos anti-D circulantes no soro materno. Quando a puérpera recebe a imunoglobulina de forma profilática, estamos inserindo anticorpos exógenos em sua circulação. Portanto, se a dose foi adequada e a medicação foi administrada corretamente, espera-se que o Coombs Indireto seja POSITIVO nas primeiras horas ou dias após a aplicação. Isso reflete a presença da imunoglobulina circulante pronta para agir (positividade passiva).

2. Teste de Kleihauer (ou Kleihauer-Betke): Este teste é utilizado para quantificar a presença de hemácias fetais (que contêm hemoglobina F, resistente ao ácido) na circulação materna. Uma ação efetiva da imunoglobulina significa que ela se ligou às hemácias fetais Rh-positivas e promoveu sua destruição/depuração da circulação materna. Dessa forma, o resultado esperado para indicar eficácia é NEGATIVO (ausência ou neutralização das hemácias fetais).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O teste de Kleihauer positivo indicaria que ainda existem hemácias fetais circulantes não neutralizadas na corrente sanguínea da mãe, o que sugeriria que a dose de imunoglobulina foi insuficiente para a magnitude da hemorragia feto-materna ocorrida.

b) Incorreta. O Coombs indireto negativo logo após a administração indicaria que a imunoglobulina não está presente na circulação em níveis detectáveis. O Kleihauer positivo reforçaria a falha, mostrando a persistência das células fetais.

c) Correta. O Coombs indireto POSITIVO demonstra que a imunoglobulina foi administrada e está circulando no sangue materno. O Kleihauer NEGATIVO demonstra que a imunoglobulina cumpriu seu papel de limpar as hemácias fetais da circulação da mãe.

d) Incorreta. Se o Coombs indireto for negativo, não há evidência laboratorial de que a imunoglobulina anti-D esteja presente na circulação materna para exercer o efeito protetor.

Questão 53

Para a correta interpretação desta questão, devemos aplicar os critérios ultrassonográficos de diagnóstico de perda gestacional precoce (abortamento), fundamentados no consenso da Sociedade de Radiologistas em Ultrassom (SRU) e amplamente utilizados na prática obstétrica e em provas de residência.

Análise dos dados do caso:

O exame descreve um embrião com Comprimento Cabeça-Nádegas (CCN) de 19,0 mm e ausência de batimentos cardíacos fetais (BCF).

Explicação das alternativas:

Alternativa A (Correta): O diagnóstico é de aborto retido. Pelos critérios diagnósticos de exclusividade (que confirmam a inviabilidade sem necessidade de repetir o exame), a ausência de atividade cardíaca em um embrião com CCN igual ou superior a 7,0 mm na ultrassonografia transvaginal é definitiva para o diagnóstico de óbito embrionário. Como a paciente está assintomática e os produtos da concepção permanecem no útero, o termo técnico é aborto retido.

Alternativa B (Incorreta): Uma gestação em evolução normal deve, obrigatoriamente, apresentar batimentos cardíacos quando o embrião atinge 7,0 mm de CCN. Com 19,0 mm (correspondente a aproximadamente 8 semanas e 4 dias de idade gestacional), a atividade cardíaca deve ser evidente e de fácil detecção.

Alternativa C (Incorreta): A ameaça de aborto é uma condição clínica caracterizada por sangramento vaginal com orifício externo do colo uterino fechado, porém com a presença de um embrião vivo (BCF presentes). No caso em questão, a paciente não apresenta queixas (está assintomática) e o embrião já possui critérios de

inviabilidade, não sendo necessário repetir o exame em sete dias, pois o CCN de 19,0 mm já é diagnóstico.

Alternativa D (Incorreta): O aborto incompleto caracteriza-se pela expulsão parcial do conteúdo uterino, geralmente acompanhado de dor e sangramento, com o colo uterino aberto ao exame físico. Na ultrassonografia, observar-se-iam restos ovulares e ecos amorfos, e não um saco gestacional íntegro e normoinserido com um embrião de 19,0 mm, como descrito no enunciado.

Resumo dos critérios para diagnóstico de abortamento via transvaginal:

1. CCN maior ou igual a 7 mm sem atividade cardíaca.
2. Diâmetro Médio do Saco Gestacional (DMSG) maior ou igual a 25 mm sem embrião.
3. Ausência de embrião com batimentos após 2 semanas de um exame que mostrou saco gestacional sem vesícula vitelínica.
4. Ausência de embrião com batimentos após 11 dias de um exame que mostrou saco gestacional com vesícula vitelínica.

Questão 54

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma gestante de 35 semanas com sangramento vaginal de início súbito, cor vermelho-vivo, indolor e recorrente. Ao exame, apresenta estabilidade hemodinâmica, ausência de dor abdominal, tônus uterino normal (implícito pela ausência de menção à hipertonia e AFU compatível) e batimentos cardíacos normais. A apresentação fetal pélvica também é um achado comum quando a placenta ocupa o segmento inferior do útero. Esse conjunto de sinais e sintomas é patognômico de placenta prévia.

Um dado fundamental na história é a presença de duas cesarianas anteriores. Na obstetrícia, a associação entre placenta prévia e cicatrizes uterinas anteriores é o principal fator de risco para o acretismo placentário.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A coagulação intravascular disseminada (CIVD) é uma complicação clássica do descolamento prematuro de placenta (DPP), devido à liberação de tromboplastina na circulação materna a partir do hematoma retroplacentário. Na placenta prévia, o sangramento é externo e raramente consome fatores de coagulação de forma aguda.

Alternativa (b) CORRETA: O acretismo placentário consiste na aderência mórbida da placenta ao miométrio. O risco aumenta progressivamente com o número de cesarianas anteriores em pacientes que desenvolvem placenta prévia. Como a paciente tem duas cesáreas e um quadro de placenta prévia, o acretismo é a complicação mais esperada e temível, podendo levar a hemorragias graves no momento do parto.

Alternativa (c) INCORRETA: O útero de Couvelaire (ou apoplexia uteroplacentária) ocorre quando há uma infiltração maciça de sangue no miométrio, tornando-o hipotônico e com aspecto arroxeadado. É uma complicação grave e específica do descolamento prematuro de placenta (DPP), não da placenta prévia.

Alternativa (d) INCORRETA: A hipertonia uterina é o sinal clínico característico do descolamento prematuro de placenta (DPP). Na placenta prévia, como no caso em questão, o útero mantém-se relaxado, indolor e com tônus normal durante o episódio de sangramento.

Questão 55

Análise dos dados e diagnóstico:

A paciente apresenta um Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) alterado. Pelos critérios da Sociedade Brasileira de Diabetes e da FEBRASGO, o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é estabelecido quando pelo menos um dos valores do TOTG com 75g de glicose, realizado entre 24 e 28 semanas, encontra-se alterado. Os valores de referência são: Jejum entre 92 e 125 mg/dL; 1 hora igual ou superior a 180 mg/dL; 2 horas entre 153 e 199 mg/dL. No caso descrito, os valores de 1 hora (190 mg/dL) e 2 horas (157 mg/dL) estão acima do limite, confirmando o diagnóstico de DMG.

Alternativa (a) Incorreta: A morte fetal súbita é uma complicação associada a quadros de descontrole glicêmico severo ou cetoacidose, sendo mais comum em gestantes com diabetes pré-gestacional tipo 1. Embora possa ocorrer no diabetes gestacional em casos de péssimo controle metabólico, não é a complicação mais rotineiramente esperada em comparação com as alterações metabólicas do recém-nascido.

Alternativa (b) Incorreta: As malformações fetais (como a regressão caudal e cardiopatias) decorrem da hiperglicemia materna durante o primeiro trimestre, período da organogênese. Como o diabetes gestacional se desenvolve tipicamente na segunda metade da gravidez, após a formação dos órgãos, ele não aumenta o risco de malformações. Esse risco é característico do diabetes pré-gestacional (pacientes que já eram diabéticas antes de engravidar e iniciaram a gestação com

mau controle glicêmico).

Alternativa (c) Correta: A hipoglicemia neonatal é uma das complicações mais comuns no puerpério imediato de mães com diabetes gestacional. A fisiopatologia é direta: a glicose materna atravessa a placenta, mas a insulina não. A hiperglicemia materna gera hiperglicemia fetal, o que estimula o pâncreas do feto a produzir insulina em excesso (hiperinsulinismo). Ao nascer, o aporte de glicose via placenta é interrompido subitamente, mas o recém-nascido continua com níveis elevados de insulina circulante, o que provoca a queda rápida da sua glicemia.

Alternativa (d) Incorreta: O diabetes gestacional está classicamente associado ao crescimento fetal excessivo (macrossomia), uma vez que a insulina fetal excessiva atua como um hormônio anabolizante. A restrição de crescimento intrauterino (RCIU) só costuma ocorrer em gestantes com diabetes pré-gestacional que já apresentam vasculopatia e comprometimento da função placentária, o que não é a evolução típica do diabetes que surge apenas durante a gestação.

Questão 56

Para diagnosticar e classificar o quadro clínico da paciente, devemos analisar os critérios de hipertensão na gestação e os sinais de gravidade associados.

Análise dos dados clínicos:

A paciente apresenta idade gestacional de 35 semanas, com níveis pressóricos de 150x90 mmHg (hipertensão definida como PA maior ou igual a 140x90 mmHg) e proteinúria de 24 horas de 600 mg (proteinúria definida como maior ou igual a 300 mg). Esse binômio confirma o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Classificação da gravidade:

Para ser considerada pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, a paciente deveria apresentar pelo menos um dos seguintes critérios:

1. Pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg ou diastólica maior ou igual a 110 mmHg.
2. Sinais de iminência de eclâmpsia (cefaleia, escotomas visuais, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito).
3. Alterações laboratoriais significativas: Plaquetas menores que 100.000, creatinina maior que 1,1 mg/dL, transaminases (TGO/TGP) com o dobro do valor de referência ou LDH elevado (sugerindo hemólise).
4. Edema agudo de pulmão.
5. Restrição de crescimento fetal grave ou oligoamniose acentuada.

No caso apresentado:

- A PA é 150x90 mmHg (abaixo de 160x110).
- A paciente é assintomática.
- Os exames laboratoriais estão normais: Plaquetas (148.000), TGO (12), TGP (14), Creatinina (0,8) e LDH (234).
- O feto apresenta peso adequado para a idade gestacional (2.800g) e líquido amniótico normal (normodramnia). Embora o Doppler indique centralização (relação umbílico-cerebral menor que 1,0), na ausência de níveis pressóricos graves ou deterioração laboratorial materna, a classificação clássica das provas de residência foca na estabilidade materna para definir a ausência de gravidade clínica imediata.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A eclâmpsia é definida pela ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas em uma paciente com pré-eclâmpsia, o que não ocorre neste caso, já que a gestante é assintomática.
- b) Incorreta. A pré-eclâmpsia sobreposta ocorre em mulheres que já possuem hipertensão arterial crônica (diagnosticada antes da gravidez ou antes de 20 semanas de gestação). A paciente é primigesta e o quadro surgiu no final da gestação (35 semanas), sem histórico de hipertensão prévia.
- c) Incorreta. Como demonstrado na análise dos critérios, a paciente não atinge os níveis pressóricos necessários (160x110 mmHg) nem apresenta as alterações laboratoriais ou sintomas que definem a gravidade do quadro materno.
- d) Correta. O diagnóstico de pré-eclâmpsia está firmado pela hipertensão surgida após 20 semanas associada à proteinúria. A ausência de sintomas, a pressão arterial abaixo de 160x110 mmHg e os exames laboratoriais normais classificam o quadro como pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade.

Questão 57

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) fundamenta-se nos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, estabelecidos pela OMS e pelo UNICEF. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O Passo 9 da IHAC determina que não devem ser fornecidos bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos em aleitamento. O uso desses dispositivos pode causar a chamada confusão de bicos, alterando a dinâmica da sucção e contribuindo diretamente para o desmame precoce.

Alternativa b) Correta. Esta orientação reflete o Passo 4, que preconiza o contato pele

a pele imediato e o início da amamentação na primeira hora de vida, também conhecida como Hora de Ouro. Essa prática favorece a colonização do neonato pela microbiota materna, estabiliza a glicemia e a temperatura do bebê, além de fortalecer o vínculo e aumentar as chances de sucesso do aleitamento materno exclusivo.

Alternativa c) Incorreta. O Passo 6 estabelece que não deve ser oferecido ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido, incluindo água ou chás, além do leite materno, salvo sob estrita indicação médica. O leite humano possui toda a água necessária para a hidratação plena do lactente, mesmo em regiões de temperaturas elevadas. A oferta de outros líquidos reduz a frequência das mamadas e aumenta o risco de contaminações.

Alternativa d) Incorreta. O Passo 7 orienta o Alojamento Conjunto, garantindo que mãe e filho permaneçam juntos nas mesmas acomodações 24 horas por dia. A utilização de berçários para separação sistemática entre mãe e bebê dificulta a amamentação sob livre demanda (que é o Passo 8) e prejudica o estabelecimento do vínculo afetivo e o aprendizado materno sobre os sinais de fome do recém-nascido.

Questão 58

Para resolver essa questão, devemos analisar a estática fetal através do toque vaginal representado na figura. Para isso, identificamos os pontos de referência da cabeça fetal: a sutura sagital e as fontanelas. No caso de uma apresentação cefálica fletida (de vértice), o ponto de referência é a fontanela posterior (lâmbda), que possui formato triangular.

1. Situação: É a relação entre o maior eixo do feto e o maior eixo da mãe. Como a cabeça fetal está em contato com o colo uterino e o eixo do feto está paralelo ao eixo materno, a situação é Longitudinal.
2. Posição: Refere-se ao lado da mãe em que se encontra o dorso fetal (Direita ou Esquerda). No toque vaginal, identificamos para qual lado da bacia materna o ponto de referência (lâmbda/occipital) está voltado. Na imagem, o lâmbda (fontanela triangular) está voltado para o lado direito da paciente. Portanto, a posição é Direita.
3. Variedade de Posição: É a relação do ponto de referência fetal (Occipital/Lâmbda) com pontos específicos da bacia materna (púbis, sacro ou ilíacos). Na figura, o lâmbda está localizado na metade anterior da bacia (próximo ao púbis) e voltado para a direita. Logo, a variedade é Occipitoilíaca Direita Anterior (ODA).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Apesar de a situação ser longitudinal, a posição é direita (o lâmda está à direita do examinador, que corresponde à direita da paciente) e a variedade é anterior (voltada para o púbis), não posterior (que seria voltada para o sacro).

b) Incorreta. O termo "cefálica" descreve a Apresentação, não a Situação (que deve ser longitudinal, transversa ou oblíqua). Além disso, a posição identificada é a direita.

c) Correta. A situação é Longitudinal (eixos paralelos), a posição é Direita (dorso e lâmda à direita da mãe) e a variedade de posição é ODA (Occipitoilíaca Direita Anterior), pois o lâmda está na região anterior e direita da bacia materna.

d) Incorreta. Embora a posição e a variedade de posição estejam descritas corretamente como Direita e ODA, o termo "cefálica" foi utilizado incorretamente para definir a Situação, sendo que "cefálica" é uma classificação de Apresentação.

Questão 59

Análise do caso clínico:

O quadro descreve uma gestante de 31 semanas com ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) há dois dias. Os sinais vitais e o exame laboratorial revelam febre (38 °C), taquicardia fetal (172 bpm) e leucocitose com desvio à esquerda. Esse conjunto de achados permite o diagnóstico de corioamnionite clínica (infecção intra-amniótica). Diante dessa complicação, a conduta padrão é a interrupção da gestação, independentemente da idade gestacional, associada à antibioticoterapia.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico de corioamnionite exige o esvaziamento uterino, mas a via de parto preferencial é a vaginal, reservando-se a cesariana apenas para indicações obstétricas habituais. Realizar uma cirurgia em um ambiente infectado aumenta significativamente o risco de complicações maternas, como sepse, peritonite e abscessos. No caso, a paciente é multípara e já apresenta colo favorável ao parto vaginal.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para o manejo da corioamnionite. Deve-se iniciar prontamente a antibioticoterapia de amplo espectro (geralmente o esquema com ampicilina e gentamicina) para tratar a infecção materna e reduzir a morbidade neonatal, seguida da indução do parto para remover o foco infeccioso (o conteúdo uterino).

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico de rotura de membranas foi confirmado visualmente pelo exame especular, que é o padrão-ouro. Aguardar 24 horas para realizar um ultrassom seria uma conduta perigosa, pois retardaria o tratamento de uma infecção aguda grave, colocando em risco a vida da mãe e do feto.

Alternativa d) Incorreta. A corticoterapia antenatal é indicada na prematuridade para acelerar a maturidade pulmonar fetal. Entretanto, a presença de corioamnionite é uma contraindicação absoluta ao manejo conservador e ao uso de corticoides. O feto precisa ser retirado do ambiente infectado imediatamente; o risco de sepse neonatal supera o benefício da maturação pulmonar nestas circunstâncias. Portanto, não se deve aguardar 48 horas.

Questão 60

Alternativa A (CORRETA): A assistência ao parto de baixo risco deve ser pautada em um modelo multidisciplinar e colaborativo. As diretrizes nacionais (Ministério da Saúde) e internacionais (OMS) estabelecem que enfermeiras obstétricas, obstetrizes e médicos (obstetras ou médicos de família capacitados) possuem competência técnica para acompanhar o trabalho de parto e o parto normal, garantindo a segurança e a humanização do processo.

Alternativa B (INCORRETA): O repouso no leito não oferece vantagens para o desfecho do parto. Pelo contrário, a deambulação e a adoção de posições verticais ou móveis durante o primeiro estágio do trabalho de parto estão associadas a uma redução na duração do parto e a uma menor necessidade de analgesia epidural, sem aumentar o risco de cesariana. O movimento auxilia no encaixe e na descida da apresentação fetal.

Alternativa C (INCORRETA): As recomendações atuais permitem que mulheres em trabalho de parto de baixo risco ingiram não apenas água, mas também líquidos claros e alimentos leves (como sucos, chás e torradas). O objetivo é garantir o aporte calórico e evitar a desidratação e a cetose. A restrição severa de dieta é uma prática antiga que não se sustenta nas evidências atuais para pacientes sem alto risco anestésico.

Alternativa D (INCORRETA): A internação hospitalar durante a fase latente do trabalho de parto está associada a um aumento significativo de intervenções desnecessárias, como o uso de ocitocina para acelerar o parto, a ruptura artificial das membranas (amniotomia) e maiores taxas de parto cirúrgico (cesariana). A recomendação padrão é que a internação ocorra no início da fase ativa (habitualmente a partir de 4 a 6 cm de dilatação com contrações rítmicas).

Questão 61

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro de osteomielite aguda hematogênica com excelente resposta ao tratamento inicial. Os critérios para a transição da antibioticoterapia venosa para a via oral em pediatria incluem a melhora clínica evidente (ausência de febre e melhora da dor e mobilidade do membro) e a melhora laboratorial significativa, especialmente a queda da Proteína C Reativa (PCR). No caso descrito, o paciente está assintomático e sua PCR normalizou (5 mg/L), preenchendo os critérios para mudança de via de administração e alta hospitalar.

ALTERNATIVA A

Incorreta. A Ressonância Magnética (RM) é um exame excelente para o diagnóstico inicial, mas não deve ser utilizada para monitorar a resolução da infecção a curto prazo. As alterações radiológicas e o edema ósseo vistos na RM demoram semanas ou até meses para desaparecer, persistindo muito além da cura clínica e laboratorial. Solicitar uma nova RM agora não traria benefício terapêutico e poderia gerar confusão diagnóstica.

ALTERNATIVA B

Incorreta. Embora o paciente esteja clinicamente bem, a osteomielite requer um tempo total de tratamento prolongado (geralmente entre 3 a 6 semanas) para garantir a erradicação da bactéria no tecido ósseo e prevenir a recidiva ou a evolução para osteomielite crônica. Dez dias de tratamento são insuficientes para a cura completa.

ALTERNATIVA C

Correta. Esta é a conduta preconizada pelos protocolos atuais de infectologia pediátrica e ortopedia. Uma vez que o paciente atingiu estabilidade clínica (está afebril e deambulando sem dor) e houve queda importante dos marcadores inflamatórios (PCR < 20 mg/L), a transição para o antibiótico oral é segura. Isso permite que o paciente complete o tempo total de tratamento em casa, diminuindo o risco de infecções hospitalares e complicações associadas ao cateter venoso.

ALTERNATIVA D

Incorreta. A recomendação de manter antibioticoterapia venosa obrigatoriamente por 4 a 6 semanas é considerada ultrapassada para casos de osteomielite aguda hematogênica não complicada em crianças. Diversos estudos demonstram que a

transição precoce para a via oral, após um período inicial de 3 a 7 dias de medicação venosa, possui a mesma taxa de sucesso que o tratamento venoso prolongado, com a vantagem de ser menos invasivo e mais confortável para a criança.

Questão 62

O ponto central desta questão é identificar o estado imunológico do paciente e as restrições vacinais correspondentes. O pré-escolar de 5 anos está em tratamento para síndrome nefrótica com prednisolona na dose de 2 mg/kg/dia há três semanas.

De acordo com os critérios do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), o uso de corticosteroides em doses iguais ou superiores a 2 mg/kg/dia (ou acima de 20 mg/dia para crianças com mais de 10 kg) por um período superior a 14 dias configura imunossupressão terapêutica significativa.

Nesse estado de imunossupressão, as vacinas de vírus ou bactérias vivos atenuados são terminantemente contraindicadas devido ao risco de replicação do agente e desenvolvimento da doença vacinal. Por outro lado, vacinas inativadas, conjugadas ou de subunidades (agentes mortos ou apenas frações) podem ser administradas com segurança, embora a resposta imunológica possa ser menor do que em indivíduos imunocompetentes.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A vacina contra hepatite A é inativada e poderia ser aplicada. No entanto, a vacina contra varicela é composta por vírus vivos atenuados, sendo contraindicada para pacientes em corticoterapia nesta dosagem.

Alternativa b: Incorreta. A vacina contra influenza é inativada e recomendada para este paciente, especialmente pelo risco aumentado de complicações infecciosas na síndrome nefrótica. Contudo, a vacina contra febre amarela é de vírus vivos atenuados e está contraindicada no momento.

Alternativa c: Correta. Tanto a vacina pentavalente (que protege contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b) quanto a vacina pneumocócica 10-valente são vacinas inativadas. Elas não contêm agentes vivos e, portanto, podem ser indicadas para a atualização do cartão vacinal sem oferecer risco de infecção vacinal ao paciente.

Alternativa d: Incorreta. A vacina meningocócica conjugada é inativada e segura. Entretanto, a vacina tetraviral (que protege contra sarampo, caxumba, rubéola e

varicela) é composta por vírus vivos atenuados, o que impede sua aplicação durante o tratamento imunossupressor.

Portanto, em pacientes com síndrome nefrótica em fase ativa de tratamento com altas doses de corticoide, deve-se priorizar o uso de vacinas inativadas e adiar as vacinas de agentes vivos até pelo menos um mês após a suspensão da medicação ou redução para doses não imunossupressoras.

Questão 63

O quadro clínico apresenta um lactente de 1 ano com desnutrição (escore Z de peso < -2), atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor (não senta, não fala, apatia) e uma anemia grave com perfil macrocítico, evidenciado pelo VCM significativamente elevado (118 fL) e RDW aumentado (anisocitose).

A deficiência de vitamina B12 (cobalamina) em lactentes está frequentemente associada a mães com dietas muito restritas e pobres em proteínas animais (como vegetarianas ou com baixa diversidade nutricional, como a mãe adolescente do caso), que mantêm o aleitamento materno exclusivo ou predominante por tempo prolongado. Como a vitamina B12 é essencial para a síntese de DNA e para a formação e manutenção da bainha de mielina, sua carência leva à anemia megaloblástica e a manifestações neurológicas importantes, incluindo apatia, hipotonia e regressão ou atraso do desenvolvimento motor e da linguagem.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O hipertireoidismo congênito não é um diagnóstico comum nesta faixa etária e apresentaria sintomas de hipermetabolismo, como taquicardia e agitação, opostos à apatia descrita. O hipotireoidismo congênito (mais comum) poderia causar atraso no desenvolvimento, mas não justificaria a macrocitose acentuada nem a história nutricional específica relatada.

b) Correta. A tríade de anemia macrocítica (VCM 118 fL), sintomas neurológicos (atraso de marcos do desenvolvimento e apatia) e contexto nutricional de risco (mãe com dieta precária e aleitamento predominante tardio) é patognomônica da deficiência de vitamina B12, que causa a anemia megaloblástica.

c) Incorreta. A doença inflamatória intestinal de início precoce costuma se manifestar com diarreia crônica, frequentemente com sangue e muco, dor abdominal e déficit de crescimento. Embora possa causar anemia, esta costuma ser ferropriva (microcítica) ou de doença crônica, não explicando o atraso neuropsicomotor grave e a macrocitose de 118 fL.

d) Incorreta. A doença celíaca causa má absorção e pode levar à desnutrição e anemia. No entanto, a anemia mais comum na doença celíaca é a ferropriva (microcítica). Embora a má absorção de folato possa causar macrocitose, o quadro de atraso neurológico tão evidente associado à dieta materna restrita aponta diretamente para a deficiência de B12 no lactente amamentado.

Questão 64

A questão descreve um quadro clínico clássico de laringotraqueobronquite viral aguda, também conhecida como crupe viral. Os elementos fundamentais para o diagnóstico são a idade da criança (2 anos), o pródromo catarral (coriza e febre baixa), seguido do início súbito de tosse metálica (tosse de cachorro), rouquidão e estridor inspiratório, que frequentemente pioram durante a madrugada.

Alternativa a) Incorreta. A tuberculose na infância apresenta-se de forma insidiosa e crônica. Os sintomas típicos incluem tosse persistente por três semanas ou mais, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal. Não é uma causa de obstrução aguda de vias aéreas superiores com estridor e tosse metálica.

Alternativa b) Incorreta. O vírus Influenza A pode, de fato, causar quadros de laringite, mas não é o agente mais comum. Infecções pelo Influenza costumam apresentar sintomas sistêmicos mais graves, como febre alta, mialgia e prostração importante, diferindo do quadro de bom estado geral relatado no enunciado.

Alternativa c) Correta. O vírus parainfluenza (especialmente os tipos 1 e 2) é o principal agente etiológico da laringotraqueobronquite viral, sendo responsável pela grande maioria dos casos clínicos de crupe. A fisiopatologia envolve o edema da região subglótica, o que explica o estridor e a tosse característica. O manejo geralmente envolve o uso de corticoide (como dexametasona) e, em casos de estridor em repouso, nebulização com adrenalina.

Alternativa d) Incorreta. O *Haemophilus influenzae* tipo b é o agente clássico da epiglote aguda. No entanto, a epiglote é um quadro muito mais grave e fulminante, caracterizado por febre alta, toxemia, ausência de tosse, sialorreia (a criança não consegue deglutir a própria saliva) e posição de tripé. Além disso, a incidência de epiglote por Hib reduziu-se drasticamente após a introdução da vacina pentavalente no calendário vacinal.

Questão 65

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está correta. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a recomendação é que o aleitamento materno seja exclusivo até os 6 meses de vida. A partir dessa idade, deve-se iniciar a introdução de alimentos complementares, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.

Alternativa b: Está incorreta. A orientação atual é evitar a adição de sal no preparo das papas principais para lactentes no primeiro ano de vida. O objetivo é permitir que a criança conheça o sabor real dos alimentos e evitar a sobrecarga renal, já que os rins ainda estão em fase de maturação funcional.

Alternativa c: Está incorreta. As diretrizes pediátricas contemporâneas não indicam a oferta de sucos de frutas (mesmo naturais e sem açúcar) para crianças menores de 1 ano. A recomendação é oferecer a fruta in natura, amassada ou em pedaços, para garantir a ingestão de fibras e evitar o consumo excessivo de frutose livre e o desmame precoce.

Alternativa d: Está incorreta. Os alimentos oferecidos à criança devem ser amassados com um garfo, apresentando uma consistência pastosa (papas). O uso de liquidificador ou peneira é contraindicado, pois retira as fibras e impede que a criança exercite a mastigação e a deglutição de diferentes texturas, o que é fundamental para o desenvolvimento orofacial.

Questão 66

O esquema básico para o tratamento da tuberculose no Brasil, estabelecido pelo Ministério da Saúde, diferencia a composição dos medicamentos de acordo com a faixa etária. Para crianças menores de 10 anos, o tratamento é realizado com três drogas: rifampicina (R), isoniazida (H) e pirazinamida (Z), formando o esquema RHZ. O etambutol (E) é adicionado apenas para pacientes a partir dos 10 anos de idade, compondo o esquema RHZE.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A idade de 6 anos não é o marco cronológico para a inclusão do etambutol. Além disso, o monitoramento de enzimas hepáticas (TGO e TGP) é fundamental para vigiar a hepatotoxicidade causada principalmente pela pirazinamida, isoniazida e rifampicina, e não pelo etambutol, que possui baixa toxicidade hepática.

Alternativa b) Correta. O etambutol é introduzido no esquema terapêutico apenas a partir dos 10 anos de idade devido ao risco de neurite óptica retrobulbar. Esse efeito adverso manifesta-se pela redução da acuidade visual, alteração do campo visual e perda da capacidade de distinguir cores (especialmente o vermelho e o verde). A restrição para crianças menores ocorre porque a avaliação oftalmológica subjetiva e a percepção de mudanças na visão são difíceis de ser relatadas e monitoradas com precisão nessa faixa etária, aumentando o risco de danos permanentes.

Alternativa c) Incorreta. Aos 4 anos, o tratamento indicado é o RHZ (três drogas). A hepatite medicamentosa é um efeito colateral relacionado à rifampicina, isoniazida e pirazinamida, enquanto o principal temor relacionado ao etambutol é a toxicidade ocular.

Alternativa d) Incorreta. O ponto de corte para o uso de etambutol em crianças é de 10 anos, conforme as diretrizes nacionais, e não 12 anos. Embora o medicamento seja excretado por via renal e necessite de ajuste em pacientes com insuficiência renal, o controle mensal de creatinina não é uma exigência padrão para a prescrição em adolescentes sem comorbidades renais prévias.

Questão 67

A resolução desta questão exige que o médico identifique as prioridades no atendimento de uma adolescente com múltiplos achados clínicos e sociais. Vamos analisar os pontos principais: dor abdominal em paciente sexualmente ativa, obesidade e pressão arterial elevada.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Embora a solicitação do beta-hCG seja imperativa para descartar gravidez (causa frequente de dor abdominal e vômitos em adolescentes sexualmente ativas), o uso de propranolol sublingual não é indicado. A pressão arterial de 145 x 90 mmHg em uma única consulta, especialmente em uma paciente com dor e estresse, não autoriza o diagnóstico imediato de hipertensão arterial sistêmica nem o início de medicação anti-hipertensiva aguda sem sinais de emergência.

Alternativa (b) Incorreta. O lipidograma é importante para avaliar as comorbidades da obesidade (IMC = 36), e o encaminhamento ao serviço social é pertinente pela evasão escolar. No entanto, prescrever anti-hipertensivo imediatamente é uma conduta errada. O diagnóstico de hipertensão em pediatria e adolescência exige medidas repetidas em momentos distintos, preferencialmente com a paciente calma

e sem dor.

Alternativa (c) Correta. Esta é a conduta mais adequada. Primeiro, solicita-se o beta-hCG devido ao risco de gravidez (vida sexual ativa, uso irregular de preservativo e sintomas gastrointestinais). Segundo, a orientação alimentar é fundamental devido à obesidade evidente. Terceiro, quanto à pressão arterial, a conduta correta perante um valor elevado em adolescentes é a confirmação do achado em pelo menos mais duas ocasiões antes de rotular a paciente como hipertensa e iniciar tratamento farmacológico, evitando o erro diagnóstico causado pelo efeito do avental branco ou pela resposta fisiológica à dor.

Alternativa (d) Incorreta. Assim como nas alternativas A e B, o erro principal reside na prescrição imediata de anti-hipertensivo. O tratamento medicamentoso para hipertensão em adolescentes geralmente é reservado para casos confirmados que não respondem à mudança de estilo de vida ou que já apresentam lesão de órgão-alvo. Além disso, essa alternativa ignora a necessidade clínica imediata de investigar a causa da dor abdominal (gravidez).

Resumo do raciocínio médico: Diante de uma adolescente com dor abdominal e vida sexual ativa, a primeira conduta é excluir gestação. Perante uma pressão arterial elevada em consulta isolada, a conduta é a reavaliação seriada, e não a medicação imediata. A obesidade deve ser abordada com orientações de estilo de vida.

Questão 68

O quadro clínico descreve um lactente com déficit de crescimento (falha no desenvolvimento), poliúria, hipotonia e achados laboratoriais urinários específicos que apontam para uma disfunção generalizada do túbulo contorcido proximal.

Alternativa a: Incorreta. A síndrome nefrítica caracteriza-se clinicamente pela tríade de hematúria (geralmente macroscópica), hipertensão arterial e edema, frequentemente acompanhada de oligúria e redução da função renal. O caso em questão apresenta poliúria e perdas de solutos específicos, o que não condiz com o padrão nefrítico.

Alternativa b: Incorreta. A síndrome nefrótica manifesta-se por proteinúria maciça (geralmente acima de 50 mg/kg/dia em crianças), hipoalbuminemia, edema intenso e hiperlipidemia. Embora possa haver alguma disfunção tubular secundária em casos graves, a descrição de glicosúria, aminoacidúria e fosfatúria associada ao déficit estatural aponta primariamente para uma tubulopatia proximal, e não para uma doença glomerular.

Alternativa c: Incorreta. A síndrome de Cushing decorre do excesso de glicocorticoides. Em pediatria, manifesta-se principalmente por ganho de peso (obesidade central) associado à desaceleração do crescimento longitudinal, além de hipertensão e fâcies em lua cheia. O paciente do enunciado apresenta baixo peso (abaixo de z-score -2) e perdas urinárias de solutos, o que é o oposto do fenótipo esperado no Cushing.

Alternativa d: Correta. A Síndrome de Fanconi consiste em uma disfunção global do túbulo contorcido proximal, segmento responsável pela reabsorção da maior parte do filtrado glomerular. A falha nesse transporte resulta na perda urinária de substâncias essenciais: glicose (glicosúria sem hiperglicemia), aminoácidos (aminoacidúria), fosfato (fosfatúria), ácido úrico (uricosúria) e bicarbonato. A perda crônica de fosfato leva ao raquitismo e déficit de crescimento. A poliúria ocorre devido à diurese osmótica provocada pelos solutos não reabsorvidos. O pH urinário ácido é comum na acidose tubular renal proximal (Tipo 2), pois, uma vez que os níveis séricos de bicarbonato caem abaixo do novo (e baixo) limiar de reabsorção renal, o túbulo distal ainda consegue acidificar a urina.

Questão 69

Análise do controle da asma:

O paciente apresenta um quadro de asma não controlada. De acordo com os critérios do GINA (Global Initiative for Asthma), a avaliação do controle considera os sintomas nas últimas quatro semanas e os riscos futuros. Este menino possui sintomas diurnos frequentes (mais de duas vezes por semana), necessidade de medicação de alívio, limitação de atividades físicas e já apresentou duas exacerbações graves no último ano (necessidade de corticoide sistêmico). A presença de três ou quatro desses critérios clínicos classifica a asma como não controlada, indicando a necessidade de subir um passo (step-up) no tratamento.

Condução terapêutica para crianças de 6 a 11 anos:

A criança já utiliza o tratamento do Passo 2 (Corticosteroide Inalatório - CI em baixa dose) de forma regular. O próximo degrau terapêutico é o Passo 3.

Alternativa a: Correta. Segundo as diretrizes mais recentes, a estratégia preferencial para crianças de 6 a 11 anos no Passo 3 é a terapia MART (Maintenance and Reliever Therapy). Ela consiste no uso de uma combinação de CI e Formoterol (um broncodilatador de longa ação com início de ação rápido) em dose baixa, utilizada tanto como manutenção diária quanto para o alívio dos sintomas sob demanda. Essa abordagem é superior na prevenção de exacerbações em comparação ao uso de broncodilatadores de curta ação (SABA) isolados para alívio.

Alternativa b: Incorreta. A adição de montelucaste de sódio (antagonista de receptor de leucotrienos) é considerada uma opção alternativa no Passo 3, mas não é a preferencial. O CI associado a um LABA (como o formoterol) demonstra maior eficácia no controle da inflamação e dos sintomas.

Alternativa c: Incorreta. Embora aumentar a dose do CI para dose média seja uma opção dentro do Passo 3, a evidência clínica atual prioriza a associação do CI com o Formoterol devido a melhor resposta na redução do risco de crises graves. Manter o SABA (como salbutamol) como única medicação de resgate em um paciente com histórico de exacerbações frequentes é menos protetor do que a estratégia proposta na alternativa A.

Alternativa d: Incorreta. O tiotrópio é um anticolinérgico de longa ação (LAMA) indicado como terapia complementar (add-on) para pacientes que não alcançam o controle no Passo 4 ou 5. Ele não é a medicação de escolha inicial para um paciente que está falhando no tratamento básico com baixa dose de corticoide.

Questão 70

O caso clínico descreve o quadro clássico de dor de crescimento, uma condição benigna e funcional muito comum na faixa etária escolar.

O diagnóstico de dor de crescimento é essencialmente clínico e baseado nas seguintes características presentes no enunciado:

1. Localização: Bilateral, acometendo musculatura (coxas e panturrilhas) e não as articulações.
2. Temporalidade: Predominantemente noturna ou ao final do dia, com duração de meses ou anos (caráter intermitente).
3. Ausência de sinais inflamatórios: A criança acorda bem, sem claudicação ou rigidez matinal.
4. Alívio: Melhora com massagens ou calor local.
5. Exames complementares: Hemograma e provas de atividade inflamatória (como VHS e PCR) normais, o que descarta processos infecciosos ou inflamatórios sistêmicos.

Sobre o valor de ASLO (antiestreptolisina O) elevado: Este é o principal "pega" da questão. A ASLO isoladamente indica apenas um contato prévio com o estreptococo, não sendo diagnóstica de Febre Reumática (FR) na ausência de critérios clínicos de Jones (como artrite migratória, cardite ou coreia). Em crianças em idade escolar, é muito comum encontrar títulos de ASLO elevados sem que isso represente doença ativa.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O uso de anti-inflamatórios não hormonais (AINH) não é a conduta inicial nem necessária de forma contínua para dores de crescimento. O tratamento baseia-se em medidas físicas (massagem e calor) e suporte emocional.
- b) Incorreta. A profilaxia para Febre Reumática (Benzetacil de 21 em 21 dias) só deve ser iniciada se houver diagnóstico firmado de Febre Reumática segundo os Critérios de Jones. O paciente em questão não apresenta nenhum critério clínico para tal doença.
- c) Correta. Por se tratar de uma condição funcional e benigna, a conduta médica correta é tranquilizar os pais e explicar a natureza do quadro, reforçando que não haverá sequelas e que a dor tende a desaparecer com o tempo.
- d) Incorreta. Esta alternativa combina dois erros: a indicação desnecessária de AINH e a introdução indevida de profilaxia para uma doença (Febre Reumática) que o paciente não possui.

Questão 71

DIAGNÓSTICO E CONTEXTO:

O quadro clínico descreve um caso clássico de febre reumática (FR) aguda. O paciente apresenta critérios de Jones suficientes para o diagnóstico: artrite (dor, calor e rubor em joelho e punho) e cardite (sopro sistólico mitral sugerindo insuficiência mitral), além de febre e história de amigdalite prévia (latência de 2 semanas), que sugere infecção pelo estreptococo do grupo A.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. O fator reumatoide não tem relação com a febre reumática. Ele é um marcador laboratorial utilizado no diagnóstico da artrite reumatoide e de outras doenças autoimunes. Na FR, os marcadores laboratoriais importantes são as provas de atividade inflamatória (VHS e PCR) e a evidência de infecção estreptocócica (ASLO).
- b) Correta. A coreia de Sydenham é uma manifestação neurológica tardia da febre reumática. Enquanto a artrite e a cardite aparecem geralmente entre 2 a 3 semanas após a infecção de orofaringe, a coreia pode ter um período de latência muito mais longo, surgindo até 6 meses após o quadro infeccioso inicial. É comum que, quando a coreia se manifesta, os outros sinais e sintomas da fase aguda já tenham desaparecido.

c) Incorreta. O eritema nodoso não é um critério maior de Jones para a febre reumática. As manifestações cutâneas que compõem os critérios maiores são o eritema marginado (lesões avermelhadas de bordas circinadas e centro pálido) e os nódulos subcutâneos. O eritema nodoso é uma condição inflamatória da gordura sob a pele que pode ocorrer em diversas outras patologias.

d) Incorreta. Embora a febre reumática possa causar uma pancardite (inflamação de todas as camadas do coração), a manifestação cardiológica mais frequente e característica é a valvulite (endocardite), especialmente o comprometimento da válvula mitral. O sopro sistólico no foco mitral com irradiação para a axila, citado no enunciado, é o sinal clássico de insuficiência mitral aguda por cardite reumática. A pericardite pode ocorrer, mas não é a principal manifestação.

Questão 72

A apresentação clínica do paciente descreve um caso clássico de Doença de Kawasaki, uma vasculite sistêmica de pequenos e médios vasos que acomete predominantemente crianças na faixa etária pediátrica (abaixo de 5 anos). O diagnóstico é eminentemente clínico, baseado na presença de febre persistente por 5 ou mais dias, associada a pelo menos 4 de 5 critérios: 1) conjuntivite bilateral não exsudativa; 2) alterações na cavidade oral (como a língua em morango, eritema ou fissuras labiais); 3) alterações nas extremidades (edema, eritema ou descamação periungueal tardia); 4) exantema polimorfo; e 5) linfadenopatia cervical (geralmente unilateral e maior que 1,5 cm).

Alternativa A: Correta. O tratamento padrão-ouro para a Doença de Kawasaki visa reduzir a inflamação sistêmica e, principalmente, prevenir a formação de aneurismas das artérias coronárias. A conduta inicial consiste na administração de Imunoglobulina Intravenosa (IGIV) em dose única e alta (2 g/kg), preferencialmente até o 10º dia de febre. A aspirina (ácido acetilsalicílico) é utilizada em duas fases: inicialmente em doses altas (anti-inflamatórias) enquanto houver febre e, posteriormente, em doses baixas (antiagregantes). O ecocardiograma é o exame de escolha e deve ser realizado de forma imediata assim que a suspeita clínica for estabelecida para avaliar o estado das artérias coronárias.

Alternativa B: Incorreta. Antibióticos de amplo espectro não têm papel no tratamento da Doença de Kawasaki, pois não se trata de uma infecção bacteriana. O uso de corticosteroides pode ser considerado em casos específicos de resistência à imunoglobulina ou em protocolos de pacientes de alto risco, mas não substitui a IGIV como terapia inicial de escolha. A ultrassonografia abdominal não é um exame de rotina para este diagnóstico, embora possa ocasionalmente mostrar hidropisia de

vesícula biliar.

Alternativa C: Incorreta. Embora o uso da aspirina possa durar cerca de seis a oito semanas (período em que as provas inflamatórias costumam normalizar), a alternativa indica erroneamente a tomografia de crânio. Não há indicação de rotina para exames de imagem cerebral, pois a principal complicação da doença é cardíaca e não neurológica central.

Alternativa D: Incorreta. A avaliação do líquido e o uso de antibióticos seriam condutas para uma suspeita de meningite bacteriana ou sepse. Embora a Doença de Kawasaki possa cursar com "meningite asséptica" (pleocitose no líquido com cultura negativa), o quadro clínico com conjuntivite, língua em morango e alterações nas extremidades é muito específico para Kawasaki, tornando a investigação para infecção do sistema nervoso central e a antibioticoterapia medidas desnecessárias e incorretas para o manejo da vasculite.

Os achados laboratoriais mencionados na questão, como leucocitose com neutrofilia e elevação de transaminases, são achados adicionais comuns que reforçam o estado inflamatório e o envolvimento multissistêmico da doença, auxiliando no diagnóstico de casos incompletos, embora o caso descrito seja um quadro completo e típico.

Questão 73

O quadro clínico descrito é clássico de impetigo não bolhoso (ou crostoso), a infecção bacteriana superficial da pele mais comum na infância. As características patognomônicas presentes no caso são as lesões que evoluem de pequenas pápulas/vesículas para crostas amareladas, aderentes e de aspecto melicérico (semelhante a mel), localizadas preferencialmente ao redor do nariz e da boca. A alta contagiosidade é reforçada pelo relato de colegas da creche com sintomas semelhantes. Como o paciente apresenta bom estado geral, está afebril e as lesões são localizadas, a conduta deve ser conservadora e tópica.

Alternativa a: Incorreta. O aciclovir é um antiviral indicado para o tratamento de infecções pelo vírus herpes simples ou varicela-zóster. Embora o herpes possa causar vesículas na face, ele não costuma formar as crostas melicéricas espessas típicas do impetigo e geralmente apresenta-se como vesículas agrupadas sobre uma base eritematosa.

Alternativa b: Incorreta. A oxacilina é um antibiótico de uso predominantemente intravenoso, indicado para infecções estafilocócicas sistêmicas ou graves. Para o impetigo, quando há necessidade de via oral, utilizam-se outras opções como cefalexina ou amoxicilina com clavulanato. Além disso, o diagnóstico do impetigo é

clínico, não sendo necessária a coleta de cultura em casos iniciais e localizados.

Alternativa c: Incorreta. O uso de antibióticos por via oral, como a cefalexina, deve ser reservado para casos de impetigo com lesões extensas, múltiplas, em diferentes áreas do corpo ou na presença de sintomas sistêmicos. O uso de glicocorticoide tópico é contraindicado em infecções bacterianas ativas, pois sua ação imunossupressora local pode piorar a infecção e retardar a cicatrização.

Alternativa d: Correta. Esta é a conduta padrão para o impetigo crostoso localizado. O tratamento de escolha consiste na aplicação de antibióticos tópicos, sendo a mupirocina a droga de primeira linha (outra opção seria a retapamulina). A orientação de higiene local, com limpeza suave das crostas com água e sabão, é fundamental para reduzir a carga bacteriana e facilitar a penetração do medicamento tópico.

Questão 74

DIAGNÓSTICO

O quadro clínico descrito é clássico de escarlatina, uma doença exantemática causada pelas toxinas pirogênicas do *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A). A tríade de odinofagia, febre e exantema micropapular com textura de lixa é característica. A questão ainda traz sinais semiológicos patognomônicos: o sinal de Filatov (palidez perioral) e a língua em framboesa (edemaciada e com papilas proeminentes). O exantema que se intensifica em áreas de dobras (tronco e regiões flexoras) sugere a presença do sinal de Pastia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Correta. O objetivo principal do tratamento da escarlatina é a erradicação do *Streptococcus pyogenes* da orofaringe para prevenir complicações não supurativas, especificamente a febre reumática. O tratamento de escolha consiste no uso de penicilinas. A amoxicilina oral por 10 dias é o esquema padrão recomendado devido à sua eficácia, segurança e facilidade de adesão em pediatria, garantindo o tempo necessário para a prevenção da febre reumática.

Alternativa b: Incorreta. A azitromicina é um macrolídeo e não é a droga de primeira escolha. Seu uso é reservado para pacientes com alergia comprovada à penicilina. Além disso, o tempo de três dias é insuficiente para garantir a erradicação bacteriana visando à prevenção de sequelas tardias, conforme os protocolos clínicos vigentes.

Alternativa c: Incorreta. O cetoconazol é um agente antifúngico. A escarlatina é uma

infecção bacteriana; logo, o uso de antifúngicos não possui qualquer indicação ou eficácia neste caso.

Alternativa d: Incorreta. Assim como a azitromicina, a claritromicina é um macrolídeo indicado apenas em casos de hipersensibilidade aos betalactâmicos. Não é o tratamento de escolha para uma criança sem histórico de alergias graves a penicilinas.

Questão 75

A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) é uma condição clínica grave e rara que surge como uma resposta imune tardia, ocorrendo geralmente de 2 a 6 semanas após a infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID-19). O caso clínico apresenta um escolar com o perfil típico e sinais claros de acometimento de múltiplos órgãos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O sarampo cursa com febre, conjuntivite, coriza e tosse (pródromos). No entanto, o exantema do sarampo tem progressão cefalocaudal clássica (inicia-se na linha do cabelo e atrás das orelhas, descendo para o tronco e membros) e é acompanhado pelas manchas de Koplik na mucosa oral. O quadro da questão enfatiza o início no tronco, dor abdominal importante e sinais de choque/prostração, que fogem do padrão habitual do sarampo.

b) Incorreta. A meningite pneumocócica manifesta-se com febre, cefaleia, vômitos e sinais de irritação meníngea (como rigidez de nuca). Embora o paciente apresente prostração, o exantema polimórfico, a hiperemia conjuntival e os sintomas gastrointestinais proeminentes não são compatíveis com uma infecção isolada do sistema nervoso central. Na meningite meningocócica, o exantema seria tipicamente petequial ou purpúrico.

c) Incorreta. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma condição crônica. Mesmo que a infecção aguda pelo HIV pudesse causar febre e exantema, ela raramente evoluiria com essa gravidade multissistêmica aguda em um escolar sem outros antecedentes. O quadro atual é claramente um processo inflamatório agudo e fulminante.

d) Correta. A SIM-P é o diagnóstico mais provável por preencher os critérios diagnósticos da OMS e do Ministério da Saúde: 1. Febre elevada e persistente (5 dias na questão); 2. Envolvimento de dois ou mais sistemas, como o cutâneo-mucoso (exantema, conjuntivite e alteração nos lábios) e o gastrointestinal (dor abdominal e diarreia); 3. Sinais de disfunção orgânica ou choque (taquicardia, taquipneia,

prostração/hipoatividade); 4. Marcador epidemiológico de infecção prévia por COVID-19 (contato com primos doentes há 3 semanas, respeitando a janela de latência imunológica da síndrome). O quadro frequentemente mimetiza a Doença de Kawasaki, mas ocorre em crianças mais velhas e apresenta maior incidência de sintomas gastrointestinais e choque cardiogênico/vasogênico.

Questão 76

O quadro clínico descrito - um recém-nascido a termo com escores de Apgar persistentemente baixos (2 no 1º minuto e 5 no 10º minuto), necessidade de ventilação mecânica ao nascer, crises convulsivas precoces (com 8 horas de vida), anúria por mais de 24 horas e hipotonia grave - é a apresentação clássica de Asfixia Perinatal evoluindo para Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica (EHI). A anúria indica que o insulto isquêmico afetou também os rins (necrose tubular aguda), evidenciando o comprometimento multiorgânico típico da asfixia grave.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O parto vaginal é um evento fisiológico e, na ausência de complicações obstétricas específicas, não é causa de asfixia. O enunciado cita que o parto foi vaginal apenas para descrever a via de nascimento, mas isso não justifica o escore de Apgar baixo ou a falência de múltiplos órgãos.

Alternativa b) Incorreta. A sífilis congênita é uma infecção crônica intrauterina. Suas manifestações típicas incluem hepatosplenomegalia, lesões cutâneas (como o pênfigo palmoplantar), rinite serossanguinolenta, icterícia e alterações ósseas. Embora possa causar prematuridade ou hidropisia, não é a causa primária de um quadro agudo de asfixia perinatal com convulsões e anúria nas primeiras horas de vida em um RN a termo e com peso adequado.

Alternativa c) Incorreta. O uso de álcool pela gestante está associado à Síndrome Alcoólica Fetal. As características principais são restrição de crescimento, microcefalia, dismorfismos faciais e alterações cognitivas/comportamentais a longo prazo. O álcool não causa um insulto hipóxico agudo no momento do nascimento capaz de gerar o quadro de encefalopatia hipóxico-isquêmica descrito.

Alternativa d) Correta. O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) é uma emergência obstétrica grave onde ocorre a separação da placenta da parede uterina antes do nascimento. Isso interrompe abruptamente a troca gasosa e a perfusão sanguínea entre mãe e feto, levando à hipóxia fetal aguda e grave. O DPP é uma das principais causas de asfixia perinatal, justificando perfeitamente a depressão ao nascer (Apgar baixo), a necessidade de ventilação, a encefalopatia (convulsões e

hipotonia) e a insuficiência renal aguda (anúria) por redistribuição de fluxo e isquemia tecidual.

Questão 77

Análise do Caso Clínico:

O paciente de 13 anos apresenta sintomas clássicos de um episódio depressivo: humor deprimido, anedonia (perda de interesse), hipersonia, fadiga e isolamento social, com duração de dois meses. A ausência de ideação suicida sugere um quadro que, embora impactante, permite uma abordagem inicial menos agressiva do que em casos de risco de vida iminente.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta): Para crianças e adolescentes com quadros depressivos de intensidade leve a moderada, as diretrizes nacionais e internacionais (como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e do NICE) recomendam a psicoterapia (especialmente a Terapia Cognitivo-Comportamental ou a Terapia Interpessoal) como intervenção de primeira linha. Além disso, a avaliação do suporte familiar é fundamental, pois o ambiente doméstico desempenha um papel crucial no manejo e na recuperação do paciente nessa faixa etária.

Alternativa B (Incorreta): O quadro principal descrito é de depressão, não de um transtorno de ansiedade isolado. O uso de benzodiazepínicos em adolescentes é desaconselhado como conduta inicial devido aos riscos de dependência, sedação excessiva e prejuízo cognitivo, além de não tratarem a etiologia da depressão.

Alternativa C (Incorreta): Embora os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como a fluoxetina, sejam eficazes e aprovados para uso em adolescentes, eles geralmente são reservados para casos moderados a graves, quando não há resposta à psicoterapia isolada ou quando o quadro apresenta riscos maiores (como ideação suicida). Como conduta inicial em um quadro sem ideação suicida, a psicoterapia precede ou acompanha o uso de fármacos.

Alternativa D (Incorreta): Os sintomas descritos (isolamento social, anedonia e fadiga por dois meses) não devem ser minimizados como comportamento normal da adolescência. A "crise da adolescência" pode envolver questionamentos e mudanças de humor, mas quando há prejuízo funcional e persistência de sintomas depressivos, o diagnóstico clínico deve ser estabelecido e tratado para evitar a cronificação e o risco de autoextermínio futuro.

Questão 78

O quadro clínico descrito — diarreia crônica (um ano de evolução) com sangue, muco e tenesmo — é altamente sugestivo de Doença Inflamatória Intestinal (DII), especificamente a Retocolite Ulcerativa (RCU). O tenesmo indica inflamação retal, e a ausência de lesões orais ou perianais afasta as apresentações mais comuns da Doença de Crohn (DC). O déficit pômbero-estatural e a anemia hipocrômica microcítica refletem o caráter crônico e a gravidade da inflamação com perda sanguínea persistente.

Alternativa (a) Incorreta: Lesões transmuralis (que atravessam todas as camadas da parede intestinal) e a presença de granulomas não caseificantes são características histopatológicas da Doença de Crohn. Além disso, o acometimento do intestino delgado isolado é comum na DC, mas raro na RCU.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve o padrão clássico da Retocolite Ulcerativa. Na RCU, a inflamação é restrita à mucosa (e às vezes submucosa), sem atingir a serosa. O envolvimento é obrigatoriamente contínuo, iniciando-se sempre no reto e progredindo de forma ascendente pelo cólon, o que justifica clinicamente o tenesmo e a presença de muco e sangue nas fezes.

Alternativa (c) Incorreta: A dor abdominal na RCU é geralmente difusa ou localizada nos quadrantes inferiores (especialmente o esquerdo). A dor no quadrante superior direito não é um achado típico das doenças inflamatórias intestinais, a menos que houvesse uma complicação hepatobiliar associada, como a Colangite Esclerosante Primária, o que não é sugerido pelo caso.

Alternativa (d) Incorreta: O envolvimento descontínuo ("lesões em salto") de qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca ao ânus, é a característica definidora da Doença de Crohn. Como o paciente nega lesões orais e perianais e apresenta sintomas puramente colônicos/retais (sangue e tenesmo), o diagnóstico de RCU é mais provável.

Questão 79

Diagnóstico: O quadro clínico descrito (adolescente com anemia falciforme, febre, dor torácica, sintomas respiratórios e novo infiltrado pulmonar ao raio X) é clássico da Síndrome Torácica Aguda (STA). A STA é uma das principais causas de mortalidade em pacientes com doença falciforme e exige intervenção imediata.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A "hiperidratação" é contraindicada na Síndrome Torácica Aguda, pois o

excesso de fluidos pode favorecer o edema pulmonar e piorar a função respiratória. A hidratação deve ser cuidadosa (geralmente venosa ou oral, mas sem sobrecarga). Além disso, o "pulso de corticoide" não é o tratamento padrão inicial, sendo associado a um alto risco de recidiva das crises álgicas (efeito rebote).

b) Correta. Esta alternativa contempla os pilares do tratamento da STA:

1. Oxigenioterapia: Necessária para manter a saturação acima de 92% (o paciente estava com 88%).
2. Antibiótico de largo espectro: Fundamental, pois a infecção é um dos principais gatilhos da STA (deve cobrir germes comuns e atípicos, como *Mycoplasma* e *Chlamydia*).
3. Transfusão de hemácias: Indicada para melhorar a oferta de oxigênio aos tecidos e reduzir a porcentagem de hemoglobina S (HbS).
4. Hidratação: Deve ser parcimoniosa para evitar desidratação sem causar edema.
5. Analgesia com opioides: Essencial para o controle da dor torácica, o que permite uma melhor expansão pulmonar e previne atelectasias.

c) Incorreta. A intubação orotraqueal é reservada para casos de insuficiência respiratória grave que não respondem ao suporte inicial ou oxigênio suplementar. O "pulso de corticoide" e a "hiperidratação" são condutas erradas no manejo da STA, conforme explicado anteriormente.

d) Incorreta. A acidose respiratória leve apresentada pelo paciente é decorrente da hipoventilação por dor e do comprometimento pulmonar; o tratamento correto é a correção da causa-base (melhora da ventilação e oxigenação) e não o uso de bicarbonato. A alternativa também peca ao não incluir a oxigenioterapia e a transfusão de hemácias, que são vitais para o paciente.

Gabarito: Letra (b).

Questão 80

Para entender esta questão, devemos analisar o padrão do líquido cefalorraquidiano (líquor) nos três principais tipos de meningite citados: bacteriana aguda, viral e tuberculosa.

Análise do R1 (Meningite Bacteriana/Meningocócica):

O residente R1 está correto. Na meningite bacteriana aguda, a invasão por bactérias e o intenso recrutamento de células de defesa (neutrófilos) alteram a transparência do líquido, tornando-o turvo ou purulento. Ocorre um consumo acentuado de glicose pelas bactérias e pelas células inflamatórias (hipoglicorraquia) e um aumento significativo de proteínas devido à quebra da barreira hematoencefálica. O

predomínio de polimorfonucleares (neutrófilos) é a marca da etiologia bacteriana.

Análise do R2 (Meningite Viral):

O residente R2 está correto. Nas meningites virais, o quadro inflamatório é geralmente menos intenso que na bacteriana. O aspecto do líquido permanece claro (límpido). Há um aumento leve a moderado de leucócitos, porém com predomínio de células mononucleares (linfócitos). As proteínas podem estar normais ou discretamente aumentadas, e a glicose permanece em níveis normais, pois os vírus não consomem a glicose do meio.

Análise do R3 (Meningite Tuberculosa):

O residente R3 está errado. Na meningite por tuberculose, o líquido costuma ter aspecto claro ou levemente opalescente, com aumento de células à custa de linfócitos (padrão mononuclear) e proteínas muito elevadas. No entanto, a glicose na meningite tuberculosa está sempre baixa (hipoglicorraquia). O erro do R3 foi afirmar que a glicose estaria aumentada.

Análise das alternativas:

a) O R1 está certo, o R2 está certo e o R3 está errado: Esta é a alternativa correta, pois reflete exatamente as conclusões acima.

b) O R1 está errado, o R2 está certo e o R3 está certo: Incorreta. O R1 descreveu corretamente a meningite bacteriana, e o R3 errou ao citar glicose alta na tuberculose.

c) O R1 está errado, o R2 está errado e o R3 está certo: Incorreta. Tanto R1 quanto R2 deram respostas tecnicamente perfeitas, enquanto R3 cometeu um erro fisiopatológico sobre a glicose.

d) O R1 está certo, o R2 está errado e o R3 está errado: Incorreta. O R2 não está errado; sua descrição da meningite viral está correta e segue os livros-texto de infectologia e pediatria.

Questão 81

O caso clínico descreve uma paciente idosa com doença de Alzheimer em estágio avançado, apresentando sinais de fragilidade extrema, imobilidade (feridas de decúbito), baixa ingestão alimentar e sofrimento físico e psíquico (dor e desejo de morrer). O cenário aponta para uma provável sobrecarga da cuidadora (filha única) e a necessidade de uma abordagem de cuidados paliativos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Em estágios avançados de doenças neurodegenerativas, o foco do plano de cuidados deve ser a promoção do conforto e da qualidade de vida, o que se traduz em maximizar o bem-estar. O controle da dor é fundamental, mas não isolado. Como a paciente reside apenas com a filha de 40 anos, há um risco iminente de exaustão da cuidadora. Ampliar o suporte social (seja através de outros membros da família, rede comunitária ou suporte da equipe multidisciplinar) é uma prioridade para garantir que o cuidado domiciliar seja digno e sustentável.

Alternativa (b) INCORRETA: A internação hospitalar em pacientes com demência avançada e em cuidados paliativos deve ser evitada ao máximo. O ambiente hospitalar expõe o paciente a riscos de infecções nosocomiais, delirium e intervenções fúteis ou invasivas que não alteram o prognóstico e aumentam o sofrimento. O manejo domiciliar, quando bem estruturado, é o padrão-ouro para o bem-estar da paciente.

Alternativa (c) INCORRETA: O desejo de morrer expresso pela paciente deve ser interpretado no contexto de dor não controlada e sofrimento existencial decorrente da doença crônica grave. Não se configura como uma emergência psiquiátrica típica (como um surto psicótico ou risco de suicídio impulsivo em paciente hígido) que exija encaminhamento imediato. Cabe ao médico de família manejar os sintomas físicos e oferecer suporte emocional inicial.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora o apoio à família seja essencial, o foco do tratamento paliativo no momento deve ser a paciente viva e seus sintomas atuais. Além disso, a recomendação de "maior aporte calórico" é frequentemente inadequada em fases finais da demência. A recusa alimentar faz parte da história natural da doença. Forçar a alimentação ou focar excessivamente em calorias pode gerar desconforto, risco de aspiração e não melhora o prognóstico nutricional ou a sobrevida nestes casos.

Questão 82

O caso descreve uma paciente com dor lombar crônica (evolução de anos) que apresenta um forte componente psicossocial e emocional associado. Ela demonstra sofrimento psíquico, medo de doenças graves por histórico familiar (cancerofobia) e frustração com o modelo biomédico centrado apenas em exames complementares.

Alternativa (a) Incorreta: O encaminhamento ao ortopedista é focado em causas estruturais ou cirúrgicas, o que não é o quadro da paciente. O uso isolado de

anti-inflamatórios (AINEs) e calor local é insuficiente para uma dor crônica com repercussões no sono e no humor, além de os AINEs apresentarem riscos se usados de forma prolongada.

Alternativa (b) Incorreta: Não há sinais ou sintomas que sugiram uma doença reumatológica inflamatória sistêmica, como rigidez matinal prolongada ou artrites periféricas. O uso de corticoides não tem indicação para dor lombar crônica inespecífica e traz diversos efeitos adversos.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa aborda o manejo clínico de forma racional e sistematizada. A Escala Analógica Visual (EAV) é uma ferramenta fundamental para quantificar a dor sob a perspectiva da paciente, auxiliando no monitoramento do tratamento. A escada analgésica (proposta pela OMS) orienta o escalonamento da terapia farmacológica, permitindo o uso de analgésicos simples e, principalmente, de fármacos adjuvantes (como antidepressivos tricíclicos ou neuromoduladores), que são muito eficazes em casos de dor crônica com impacto no sono e no humor.

Alternativa (d) Incorreta: A solicitação de exames de imagem, como a tomografia computadorizada (TC), em pacientes com dor lombar crônica sem sinais de alerta (red flags) é desaconselhada. No caso desta paciente, que já se queixa do excesso de exames sem resolutividade, novos exames poderiam reforçar a ansiedade e a medicalização desnecessária, sem modificar a conduta terapêutica.

Questão 83

O caso descreve um idoso de 74 anos com fatores de risco clássicos para o declínio funcional e vulnerabilidade social: luto recente (viuvez há seis meses), isolamento (mora sozinho) e queixas inespecíficas (fraqueza e indisposição). A questão exige conhecimento sobre a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) ou Avaliação Multidimensional do Idoso, que foca em identificar problemas que impactam a autonomia e a independência.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Correta. A visão é um componente fundamental da avaliação funcional, pois sua perda está ligada a quedas e isolamento. O estado nutricional é crítico neste caso, pois idosos que moram sozinhos e estão em luto têm alto risco de desnutrição (síndrome do "chá e torrada"). O suporte social é o ponto-chave do enunciado, dado que o paciente perdeu a esposa e vive só, o que aumenta o risco de depressão, abandono do autocuidado e declínio funcional rápido.

Alternativa (b): Incorreta. Embora o histórico de câncer e o peso sejam relevantes na

anamnese médica geral, a "história pregressa" não é uma ferramenta de triagem de vulnerabilidade funcional imediata tanto quanto o suporte social no contexto de luto e isolamento.

Alternativa (c): Incorreta. A função dos membros e a audição fazem parte da avaliação, mas a obesidade, isoladamente, é menos prevalente como fator de risco imediato para este paciente do que a desnutrição ou a falta de suporte social decorrente da viuvez recente.

Alternativa (d): Incorreta. A função cardíaca é uma avaliação de órgão/sistema específica e a confusão mental (delirium ou demência) é um rastreio importante, mas a alternativa falha ao omitir o estado nutricional e o suporte social, que são as dimensões mais diretamente afetadas pelo contexto psicossocial exposto (homem, idoso, viúvo recente, mora sozinho).

A alternativa (a) é a que melhor contempla os domínios da avaliação multidimensional (biológico, psicológico e social) aplicados às particularidades do paciente descrito.

Questão 84

Esta questão aborda a comunicação em Cuidados Paliativos e a abordagem bioética diante de um paciente com doença oncológica avançada e sintomas de terminalidade. O paciente apresenta sinais de fragilidade (carcinoma de laringe, dispneia, confusão mental e baixa ingestão) e manifesta uma angústia existencial explícita ao perguntar se está morrendo.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Priorizar procedimentos técnicos em detrimento da angústia do paciente é uma prática baseada no modelo biomédico tradicional que desconsidera a subjetividade humana. Em pacientes terminais ou em cuidados paliativos, o sofrimento emocional e espiritual é tão urgente quanto o físico. Ignorar a pergunta do paciente para focar apenas na estabilização clínica configura um distanciamento profissional inadequado.

Alternativa (b) Incorreta. Embora a honestidade seja fundamental, responder de forma "direta e concisa" a uma pergunta com elevada carga emocional pode ser interpretado como frieza ou falta de empatia. Antes de fornecer dados prognósticos, o médico deve entender o que o paciente sabe, o que ele teme e o que ele deseja saber, seguindo protocolos de comunicação de más notícias, como o protocolo SPIKES.

Alternativa (c) Incorreta. Ser vago sobre o prognóstico é uma forma de paternalismo médico. Essa atitude priva o paciente de sua autonomia, impedindo-o de tomar decisões sobre seus momentos finais, organizar questões familiares ou despedir-se. A falta de clareza muitas vezes aumenta a ansiedade do paciente, que percebe a gravidade da situação pelo ambiente, mas se sente isolado pelo silêncio da equipe.

Alternativa (d) Correta. Esta é a conduta recomendada em Cuidados Paliativos. Quando um paciente pergunta se está morrendo, ele muitas vezes está expressando medo, dor ou necessidade de acolhimento. Explorar as emoções permite ao médico identificar o que realmente está afligindo o paciente (medo da dor, preocupação com os filhos, etc.). O foco na qualidade de vida substitui a busca por uma cura impossível, priorizando o conforto, a dignidade e o alívio dos sintomas físicos e psíquicos.

Em resumo, a comunicação eficaz em situações de final de vida exige empatia, escuta ativa e a validação dos sentimentos do paciente, permitindo que ele se sinta compreendido e amparado em suas preocupações fundamentais.

Questão 85

ANÁLISE DO CASO

O cenário descreve uma criança de 2 anos com atraso vacinal e ausência na creche, o que configura a privação de direitos e cuidados essenciais para seu desenvolvimento. A mãe, uma adolescente de 17 anos, relata sobrecarga e sofrimento psíquico devido ao assassinato do pai da criança. Esses elementos direcionam o diagnóstico para a negligência no âmbito familiar, exacerbada por uma situação de vulnerabilidade social e luto.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A negligência é a forma de violência caracterizada pela omissão dos pais ou responsáveis em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento da criança, incluindo saúde (vacinação), educação (creche) e proteção. Como essa omissão ocorre dentro da relação de cuidado entre mãe e filho, classifica-se como violência familiar. A conduta adequada na Atenção Primária, conforme os protocolos de proteção à criança e ao adolescente, deve focar na abordagem multicausal: a equipe de saúde deve monitorar o caso e oferecer suporte à mãe, que é adolescente e está em sofrimento, visando fortalecer o vínculo e a capacidade de cuidado para que os direitos da criança sejam restabelecidos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

A) A violência estrutural refere-se a desigualdades sociais, econômicas e políticas

enraizadas no sistema (como a falta de acesso a serviços públicos), não sendo o diagnóstico específico do ato de não vacinar ou não levar à creche. O abuso emocional envolve comportamentos ativos de rejeição, humilhação ou amedrontamento, enquanto o caso clínico descreve uma falha por omissão (negligência).

C) Embora o termo interpessoal possa ser aplicado, o diagnóstico de abuso psicológico não é o mais preciso para a privação de cuidados básicos, como vacinas e educação. Além disso, em casos em que a negligência é fruto de uma crise situacional e da vulnerabilidade da cuidadora (mãe adolescente e enlutada), o acionamento isolado do Conselho Tutelar sem o apoio da rede de saúde à família é uma conduta incompleta sob a ótica da saúde pública.

D) O diagnóstico de violência física é incorreto, pois não há qualquer relato de agressão, lesão corporal ou uso de força física contra a criança. O problema identificado reside exclusivamente na falta de assistência e provimento de necessidades básicas.

Questão 86

A questão aborda os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), com base nos conceitos clássicos de Barbara Starfield, aplicados a um caso clínico que exige uma visão biopsicossocial do paciente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Universalidade é um princípio doutrinário do SUS, garantindo que todos tenham direito ao acesso, mas não é classificada tecnicamente como um dos atributos específicos da APS (embora correlacionada ao acesso). A Coordenação do cuidado pressupõe a capacidade da equipe de organizar o fluxo do paciente entre diferentes níveis de atenção ou dentro da própria rede, o que não é o foco principal da descrição deste atendimento inicial.

b) Incorreta. Territorialização e Descentralização são diretrizes organizativas do SUS e da Estratégia Saúde da Família. A territorialização refere-se à delimitação geográfica de atuação da equipe, e a descentralização foca na redistribuição de responsabilidades de gestão. Embora fundamentais, não descrevem a dinâmica de escuta e acolhimento apresentada no caso.

c) Incorreta. O Controle Social refere-se à participação da comunidade na gestão do SUS por meio de conselhos e conferências. A Longitudinalidade implica o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por uma mesma equipe, criando

um vínculo de confiança. Embora desejável no futuro, o caso descreve um momento específico de busca por cuidado em que o vínculo ainda não é o elemento central em evidência.

d) Correta. A Acessibilidade (ou Acesso de Primeiro Contato) é identificada pelo fato de a paciente conseguir buscar e obter atendimento no posto de saúde diante de uma demanda nova. A Integralidade é o atributo mais evidente no texto: o profissional não se limitou ao sintoma físico (aumento do volume abdominal), mas considerou o contexto social (tiros na vizinhança), emocional (ansiedade e cansaço) e educacional (abandono escolar). Abordar o indivíduo em todas as suas dimensões — biológica, psicológica e social — é a essência da integralidade na APS.

A alternativa (d) é a que melhor sintetiza a capacidade da unidade de receber a paciente (acesso) e de enxergar além da queixa principal, compreendendo a complexidade de sua situação de vida (integralidade).

Questão 87

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é um modelo fundamental na Atenção Primária à Saúde e na Medicina de Família e Comunidade. Ele se organiza em quatro componentes principais, sendo o primeiro deles "Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença".

Para explorar especificamente a "Experiência da Doença" (ou seja, como o indivíduo vivencia seu processo de adoecimento), a literatura técnica (Stewart et al.) estabelece quatro dimensões fundamentais, frequentemente memorizadas pelo acrônimo SIFE:

1. Sentimentos: Os medos, angústias ou preocupações que o paciente tem em relação ao problema.
2. Ideias: O que o paciente acredita que está acontecendo ou qual a sua explicação para o problema (modelo explicativo).
3. Funcionamento: Como o problema de saúde está afetando a vida cotidiana, o trabalho e as relações do paciente.
4. Expectativas: O que o paciente espera da consulta, do médico ou do tratamento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora "expectativas" esteja correto e a "subjetividade" faça parte do contexto geral, os termos "imagens" e "fantasias" não são as dimensões formais descritas no método de Stewart.

Alternativa b) Incorreta. Termos como "sensações", "impressões", "flexibilidade" e "esperança" podem surgir durante a consulta, mas não compõem a estrutura técnica das quatro dimensões da experiência da doença.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa apresenta exatamente os quatro componentes do acrônimo SIFE (Sentimentos, Ideias, Funcionamento e Expectativas), que formam a base para entender a vivência subjetiva do paciente sobre sua enfermidade.

Alternativa d) Incorreta. "Suscetibilidade" é um termo comum em modelos de crenças em saúde, mas "impossibilidades", "fortalezas" e "esperança" não são os pilares da exploração da experiência da doença no M CCP.

Portanto, a alternativa C é a que descreve com precisão a estrutura didática utilizada para a exploração da experiência da doença na abordagem centrada na pessoa.

Questão 88

A classificação de risco social e biológico é uma ferramenta fundamental da Atenção Primária à Saúde para identificar crianças que necessitam de acompanhamento prioritário e vigilante, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. Alguns critérios são considerados tão determinantes para o desfecho negativo da saúde infantil que, sozinhos, já classificam a criança como de alto risco.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a maternidade na adolescência seja um fator de vulnerabilidade, nos manuais de saúde da criança, a idade materna (seja menor de 15, 16 ou 18 anos, dependendo da referência) geralmente precisa estar associada a outros fatores, como a falta de apoio familiar ou baixa escolaridade, para consolidar a classificação de risco social elevado.

Alternativa (b) Incorreta: A presença de deficiência materna é um fator que pode dificultar os cuidados com o recém-nascido, mas sua relevância como risco social depende da rede de suporte disponível para essa mãe. Portanto, não é um critério que, isoladamente, defina o risco sem considerar o contexto.

Alternativa (c) Correta: O fato de a criança ser manifestadamente indesejada é um critério de risco social isolado. Isso ocorre porque essa condição está intimamente ligada a maiores índices de negligência, maus-tratos, abandono e falha no vínculo afetivo, o que compromete diretamente o desenvolvimento e a integridade da criança, exigindo intervenção imediata e acompanhamento próximo da equipe de saúde, independentemente de qualquer outro fator.

Alternativa (d) Incorreta: A presença de três ou mais filhos menores de 5 anos

sinaliza uma sobrecarga para os cuidadores e pode comprometer a qualidade da assistência individualizada a cada criança. No entanto, assim como a idade materna, é um critério que costuma ser avaliado em conjunto com a situação socioeconômica e a estrutura familiar para definir o grau de risco.

Questão 89

A questão aborda a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e o perfil epidemiológico da mortalidade masculina no Brasil. Tradicionalmente, o Novembro Azul era voltado apenas ao câncer de próstata. No entanto, o Ministério da Saúde recomenda uma abordagem ampliada, pois as doenças neoplásicas não são a causa número um de morte entre os homens no país.

Estatisticamente, as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX da CID-10), como infarto e AVC, lideram as causas de óbito na população masculina, seguidas pelas causas externas (Capítulo XX) e pelas neoplasias (Capítulo II). Portanto, para reduzir a mortalidade, as campanhas devem priorizar o controle dos fatores de risco cardiovascular.

Alternativa a: Incorreta. Embora o uso de álcool e outras substâncias contribua significativamente para acidentes e doenças crônicas (como cirrose), esses fatores não constituem o principal alvo de rastreamento clínico para redução da mortalidade geral quando comparados aos fatores de risco para doenças circulatórias.

Alternativa b: Correta. O tabagismo e a hipertensão arterial sistêmica são os principais fatores de risco modificáveis para as doenças do aparelho circulatório. Como essas doenças são a principal causa de morte em homens no Brasil, o rastreamento sistemático e o manejo desses fatores durante as consultas de rotina e campanhas como o Novembro Azul são as estratégias com maior potencial de impacto na redução dos óbitos masculinos.

Alternativa c: Incorreta. O sedentarismo é um fator de risco comportamental relevante, mas o rastreamento da hipertensão e do tabagismo permite intervenções clínicas e farmacológicas mais diretas e imediatas. As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), apesar de sua importância para a saúde pública e morbidade, não figuram entre as principais causas de mortalidade masculina total no Brasil.

Alternativa d: Incorreta. As causas externas, que incluem acidentes de trânsito e de trabalho, representam a segunda principal causa de morte masculina geral (e a primeira entre jovens). No entanto, o termo rastreamento é tradicionalmente aplicado na medicina à detecção precoce de doenças ou fatores de risco biológicos em indivíduos assintomáticos. Além disso, o volume de mortes por doenças

cardiovasculares ainda supera as causas externas na estatística geral, validando a hipertensão e o tabagismo como prioridades clínicas.

Questão 90

O câncer do colo do útero é uma das neoplasias mais passíveis de prevenção e controle por meio de programas de rastreamento populacional organizados. Para que esses programas tenham um impacto real na saúde pública, reduzindo significativamente a incidência e a mortalidade da doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define parâmetros técnicos específicos.

A alternativa correta é a letra (c) 80%.

A explicação detalhada segue abaixo:

Alternativa a) 60%: Esta porcentagem é considerada baixa para um programa de rastreamento de base populacional. Embora qualquer nível de cobertura ajude indivíduos isoladamente, uma cobertura de apenas 60% não é suficiente para alterar de forma drástica o perfil epidemiológico de uma região ou país em relação ao câncer de colo uterino.

Alternativa b) 70%: Este valor aparece em diretrizes mais recentes da OMS (Estratégia Global para Acelerar a Eliminação do Câncer do Colo do Útero), mas com um objetivo específico: garantir que 70% das mulheres sejam rastreadas com um teste de alto desempenho (como o teste de DNA-HPV) pelo menos duas vezes na vida (aos 35 e aos 45 anos) até 2030. No entanto, para o rastreamento convencional e contínuo, o marco histórico de eficácia mínima é superior.

Alternativa c) 80%: Esta é a resposta correta. A OMS e os manuais de oncologia e saúde pública estabelecem que o rastreamento citopatológico (Papanicolau) deve atingir, no mínimo, 80% da população-alvo, com qualidade assegurada e seguimento adequado dos casos alterados. Somente a partir desse patamar de cobertura é que se observa uma redução sustentada e expressiva nas taxas de morbimortalidade pela doença na população. No Brasil, o Ministério da Saúde segue essa recomendação da OMS como meta para o controle do câncer do colo do útero.

Alternativa d) 90%: O número de 90% é frequentemente citado nas metas da OMS para outras frentes, como a vacinação contra o HPV em meninas de até 15 anos e o tratamento de 90% das mulheres identificadas com lesões precursoras ou câncer invasor. Embora uma cobertura de 90% no rastreamento fosse ideal, ela não é definida como a cobertura mínima necessária para iniciar a queda da mortalidade, mas sim como uma meta de excelência e erradicação.

Em resumo, para provas de residência e concursos, guarde o valor de 80% como a cobertura mínima necessária preconizada pela OMS para que o rastreamento do câncer do colo do útero seja considerado efetivo em termos de saúde coletiva.

Questão 91

O diagnóstico de depressão no idoso é um desafio clínico, pois os sintomas podem ser mascarados por queixas somáticas ou confundidos com o processo de envelhecimento natural. Para facilitar a identificação em serviços de atenção primária, utilizam-se instrumentos de rastreio rápido. A questão aborda a acurácia diagnóstica de perguntas simplificadas.

Alternativa (a) Incorreta: "Como você tem se sentido nos últimos tempos?" é uma pergunta aberta, excelente para iniciar uma anamnese e estabelecer vínculo, mas possui baixíssima especificidade para o rastreio de depressão. Ela permite que o paciente fale sobre dores físicas, problemas sociais ou rotina, sem focar necessariamente no humor ou na anedonia.

Alternativa (b) Correta: Esta pergunta faz parte do protocolo de rastreamento simplificado (como o PHQ-2 ou a Versão Reduzida da Escala de Depressão Geriátrica). Questionar diretamente sobre o sentimento de tristeza ou desânimo é uma forma eficaz de identificar o sintoma nuclear da depressão. Estudos de validação para idosos mostram que perguntas que focam no humor depressivo e na perda de interesse possuem alta sensibilidade e especificidade para triagem inicial, sendo ferramentas fundamentais quando o tempo para aplicar escalas longas (como o GDS-30) é limitado.

Alternativa (c) Incorreta: Cansaço e falta de energia (fadiga) são sintomas comuns na depressão, porém são extremamente inespecíficos na população idosa. Esses sintomas podem ser causados por diversas condições clínicas prevalentes nesta faixa etária, como anemia, hipotireoidismo, insuficiência cardíaca ou efeito colateral de medicamentos, o que reduz o valor preditivo dessa pergunta para o diagnóstico isolado de depressão.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o choro fácil e a labilidade emocional possam acompanhar quadros depressivos, eles não são os indicadores mais específicos. Tais manifestações podem estar presentes em quadros de luto, transtornos de ansiedade ou mesmo em condições neurológicas (como a síndrome pseudobulbar em pacientes que sofreram AVC), não sendo, portanto, a pergunta padrão-ouro para o rastreio rápido de depressão.

Questão 92

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma ferramenta poderosa na Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvida no Brasil pelo Dr. Adalberto Barreto. Ela foca na construção de redes de apoio social e no compartilhamento de experiências. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Correta): Uma das principais características da TCI é a sua horizontalidade e inclusão. Ela não se baseia no modelo biomédico de diagnóstico e tratamento de patologias, mas sim no acolhimento do sofrimento humano em suas diversas formas (emocional, social ou físico). Por não exigir um diagnóstico prévio, ela remove o estigma e permite que qualquer indivíduo da comunidade participe, fortalecendo o autocuidado e a resiliência coletiva.

Alternativa B (Incorreta): Embora a TCI possa ser realizada em diversos locais, a afirmação está incorreta ao restringir o espaço apenas às Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Um dos pilares da TCI é justamente a ocupação de espaços públicos e comunitários (centros culturais, igrejas, praças, escolas) para facilitar o acesso e a integração com o território. Além disso, o ambiente precisa permitir a formação de uma roda, garantindo que todos se vejam, o que é fundamental para a metodologia.

Alternativa C (Incorreta): A TCI exige, obrigatoriamente, que o facilitador tenha passado por uma formação específica e sistemática. Não basta ser profissional de saúde; é necessário obter o título de terapeuta comunitário por meio de cursos reconhecidos por polos formadores. O facilitador precisa dominar as regras da técnica, como o não julgamento, a escuta ativa e a capacidade de conectar as dores individuais aos recursos da própria comunidade.

Alternativa D (Incorreta): A metodologia da TCI é rigorosa e composta por cinco etapas bem definidas, e não três. As etapas são: 1) Acolhimento (com dinâmicas e músicas); 2) Escolha do tema (o grupo decide o que será discutido); 3) Contextualização (quem sugeriu o tema explica a situação); 4) Problematização (o grupo compartilha experiências semelhantes, buscando soluções coletivas); e 5) Encerramento (rituais de agregação e avaliação do que cada um leva do encontro). A alternativa omitiu etapas essenciais como a contextualização e o encerramento.

Questão 93

DIAGNÓSTICO E ETIOLOGIA

O quadro clínico descrito aponta para uma Rinossinusite Aguda (RSA). Os sintomas de dor facial em opressão que piora ao abaixar a cabeça, congestão nasal, secreção espessa e alteração de olfato/paladar são típicos dessa patologia. O tempo de

evolução (7 dias) e a intensidade dos sintomas (dor leve/moderada e febre baixa) sugerem uma etiologia viral ou pós-viral.

Na medicina baseada em evidências, sabe-se que a vasta maioria das rinosinusites agudas (mais de 98%) é causada por vírus. A infecção bacteriana secundária é rara e deve ser suspeitada apenas se houver persistência dos sintomas por mais de 10 dias, presença de febre alta (>38,5 graus) acompanhada de secreção purulenta por 3 a 4 dias consecutivos, ou quando ocorre uma piora súbita após uma melhora inicial (fenômeno conhecido como double sickening). Portanto, para este paciente, o tratamento inicial não deve incluir antibióticos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. O uso de antibiótico por 14 dias é inadequado para um caso com forte suspeita viral. O uso indiscriminado de antibióticos contribui para a resistência bacteriana. O corticoide sistêmico (oral ou injetável) também não é a primeira escolha para quadros leves a moderados, sendo reservado para casos com dor excruciante ou complicações.

Alternativa b: Incorreta. O oseltamivir (Tamiflu) é indicado para o tratamento da influenza, preferencialmente quando iniciado nas primeiras 48 horas do início dos sintomas. O paciente já está no 7º dia de sintomas gripais. Além disso, o uso de antibiótico de amplo espectro é contraindicado sem critérios clínicos de infecção bacteriana.

Alternativa c: Incorreta. A prescrição de 14 dias de antibiótico e corticoide oral é excessiva. O uso de vasoconstritores nasais tópicos pode causar o efeito rebote e rinite medicamentosa se usado por mais de 3 a 5 dias, não sendo a recomendação ideal de manutenção. A vacinação deve ser postergada até que o paciente esteja afebril e em fase de recuperação.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa segue as diretrizes atuais para o manejo da Rinosinusite Aguda Viral ou Pós-viral. A lavagem nasal com solução salina (soro fisiológico) é fundamental para a limpeza mecânica das secreções e redução da carga inflamatória. O corticoide tópico (spray nasal) é eficaz na redução do edema da mucosa, facilitando a drenagem dos seios da face. Como o paciente não possui vacinação prévia, o encaminhamento para o centro de imunização após a resolução do quadro agudo é uma medida correta de prevenção primária na Atenção Básica.

Questão 94

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta uma Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada, caracterizada por dispneia de decúbito (dormir sentada), edema, ascite e turgência jugular. O quadro clínico e o desfecho fatal estão diretamente relacionados a erros na prescrição e no manejo de medicações diante das comorbidades da paciente (Asma, Insuficiência Renal Crônica Estágio 4 e IC).

Análise das drogas citadas na alternativa D:

1. Cilostazol: É um inibidor da fosfodiesterase 3 utilizado para doença arterial periférica. Essa medicação é formalmente contraindicada em pacientes com qualquer grau de insuficiência cardíaca, pois aumenta a mortalidade por arritmias e piora a função ventricular. O próprio enunciado indica que a paciente piorou após o início dessa droga.

2. Metformina: A paciente possui uma taxa de filtração glomerular de 25 mL/min/1,73m². O uso de metformina é contraindicado quando a filtração glomerular é inferior a 30 mL/min devido ao risco elevado de acidose láctica, uma complicação metabólica grave e potencialmente fatal.

3. Carvedilol: Trata-se de um betabloqueador não seletivo. Ele apresenta duas contraindicações no momento em que foi prescrito: primeiro, a paciente é asmática e o bloqueio de receptores beta-2 pode desencadear broncoespasmo grave (o que explica os sibilos e a dispneia importante no retorno); segundo, betabloqueadores não devem ser iniciados ou titulados em pacientes ainda instáveis ou com sinais de congestão, sob o risco de queda do débito cardíaco e hipotensão.

4. Espironolactona: É um antagonista da aldosterona que poupa potássio. Seu uso é contraindicado em pacientes com insuficiência renal grave (filtração glomerular abaixo de 30 mL/min) devido ao altíssimo risco de hipercalemia fatal. A hipercalemia provoca distúrbios de condução cardíaca, visíveis no eletrocardiograma (ECG), e pode levar rapidamente à parada cardiorrespiratória.

Análise das demais alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora o enalapril e a espironolactona possam elevar o potássio, o bifosfonado e a hidroclorotiazida não explicam o quadro de broncoespasmo e o óbito agudo nesse contexto clínico de forma tão direta quanto as contraindicações da alternativa D.

Alternativa B: Incorreta. O bifosfonado (usado para osteopenia) e a sinvastatina (estatina para dislipidemia) não possuem relação causal com a descompensação respiratória, hipotensão ou arritmia fatal descritas no caso.

Alternativa C: Incorreta. A hidroclorotiazida e a sinvastatina não são drogas que, isoladamente ou em conjunto, justificariam o broncoespasmo (sibilos) ou a morte súbita por alteração de condução no ECG nesta paciente. O erro maior reside na combinação de drogas que agridem diretamente a função renal e pulmonar já comprometidas.

Conclusão:

A alternativa D está correta porque identifica as drogas cujas contraindicações foram ignoradas: o Cilostazol (contraindicado na IC), a Metformina e a Espironolactona (contraindicadas pela função renal reduzida) e o Carvedilol (contraindicado na asma e na fase de descompensação aguda da IC).

Questão 95

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de dengue que evoluiu para a fase crítica. Ele é idoso e possui comorbidades importantes (diabetes e insuficiência renal crônica). Os sinais e sintomas relatados são extremamente preocupantes: dor abdominal, vômitos intensos, sangramento gastrointestinal (fezes vermelhas), alteração do nível de consciência (torpor) e sinais de instabilidade hemodinâmica (PA 90 x 64 mmHg e taquicardia). Segundo a classificação do Ministério da Saúde, este paciente apresenta Sinais de Alarme e Sinais de Choque, sendo classificado como Dengue Grave (Grupo D).

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O oseltamivir (Tamiflu) é um antiviral indicado para o tratamento de influenza (gripe), não possuindo ação contra o vírus da dengue. Além disso, prescrever hidratação oral e tratamento domiciliar para um paciente com sinais de choque e sangramento ativo é um erro grave, pois ele necessita de cuidados hospitalares imediatos.

b) Correta. O paciente está em choque ou pré-choque (hipotensão e taquicardia) e apresenta sinais de gravidade. Diante de um caso do Grupo D na Unidade Básica de Saúde (UBS), a conduta correta é iniciar imediatamente a ressuscitação volêmica por via intravenosa (hidratação venosa) e providenciar a remoção urgente para um

serviço de emergência ou terapia intensiva. O atraso na hidratação aumenta significativamente a mortalidade.

c) Incorreta. O quadro clínico, a história epidemiológica e os sinais de choque direcionam o diagnóstico para dengue grave, e não para uma infecção bacteriana que justifique antibióticos de imediato como conduta principal. Exames eletivos e hidratação domiciliar são absolutamente contraindicados para alguém com instabilidade hemodinâmica e sangramento.

d) Incorreta. Assim como na alternativa A, o uso de oseltamivir e antibiótico não trata a fisiopatologia da dengue. O agendamento de retorno para 24 horas é inadequado, pois o paciente apresenta risco iminente de morte devido ao choque hipovolêmico/distributivo causado pela dengue. O manejo deve ser intra-hospitalar e imediato.

Questão 96

Esta questão aborda o procedimento técnico da prova do laço, uma ferramenta diagnóstica importante na avaliação inicial de pacientes com suspeita de dengue para verificar a fragilidade capilar.

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um quadro grave de dengue (provável Grupo D), com sinais de alarme (dor abdominal, vômitos intensos) e sinais de choque/gravidade (torpor, hipotensão de 90 x 64 mmHg, taquicardia e sangramento gastrointestinal/fezes vermelhas). Embora em pacientes com sangramento ativo ou choque o diagnóstico de gravidade já esteja estabelecido, a questão foca especificamente na técnica de execução da prova do laço.

Passo a passo da Prova do Laço (conforme o Protocolo do Ministério da Saúde):

1. Desenhar um quadrado de 2,5 cm de lado (área de uma polegada quadrada) no antebraço do paciente.
2. Verificar a pressão arterial (PA) do paciente.
3. Calcular o valor médio entre a pressão sistólica (PAS) e a pressão diastólica (PAD). A fórmula é: $(PAS + PAD) / 2$.
4. Insuflar o manguito até este valor médio e mantê-lo insuflado.
5. Tempo de espera: 5 minutos em adultos e 3 minutos em crianças.
6. Contar o número de petéquias dentro do quadrado. A prova é positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos (ou 10 ou mais em crianças).

Cálculo para o paciente em questão:

$PAS = 90 \text{ mmHg} / PAD = 64 \text{ mmHg}$.

Média = $(90 + 64) / 2 = 154 / 2 = 77$ mmHg.

O valor de 80 mmHg citado na alternativa (a) é o arredondamento prático aproximado para essa média.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Apresenta corretamente a técnica de utilizar a média das pressões e o tempo de espera adequado para um paciente adulto (5 minutos). Como visto no cálculo, 77 mmHg é a média exata, e 80 mmHg é o valor aproximado mais próximo utilizado na prática clínica e na alternativa.

Alternativa (b) INCORRETA: A pressão não deve ser mantida no nível da sistólica, pois isso interromperia completamente o fluxo arterial, o que não é o objetivo do teste (que visa aumentar a pressão hidrostática capilar mantendo o fluxo arterial). Além disso, 3 minutos é o tempo preconizado para crianças, não para adultos.

Alternativa (c) INCORRETA: Não se utiliza um "torniquete bem apertado" (garrote comum). O teste deve ser padronizado e controlado utilizando o manguito do esfigmomanômetro para garantir que a pressão exercida seja exatamente a média entre a sistólica e a diastólica.

Alternativa (d) INCORRETA: Erra ao propor o uso de torniquete e também ao propor o tempo de 3 minutos, que é específico para a população pediátrica.

Questão 97

O caso clínico descreve um paciente idoso (65 anos) com quadro de dengue grave, evidenciado por sinais de choque (hipotensão e taquicardia), alteração de consciência (torpor) e sangramento gastrointestinal (fezes vermelhas). Apesar do estado crítico do paciente, a questão foca especificamente no critério técnico de positividade da Prova do Laço.

A Prova do Laço é um exame realizado para avaliar a fragilidade capilar e a plaquetopenia, sendo fundamental na triagem de casos suspeitos de dengue. A técnica consiste em aferir a pressão arterial e insuflar o manguito até o valor médio entre a pressão sistólica e a diastólica, mantendo essa pressão por 5 minutos em adultos (e 3 minutos em crianças). Após esse tempo, avalia-se a presença de petéquias dentro de um quadrado de 2,5 cm x 2,5 cm desenhado no antebraço.

De acordo com o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS), os critérios de positividade são:

- Em adultos: 20 ou mais petéquias.

- Em crianças: 10 ou mais petéquias.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Menos de 5 petéquias indicam um resultado claramente negativo, sem relevância diagnóstica para a fragilidade capilar na dengue.

Alternativa b) Incorreta. O intervalo de 5 a 10 petéquias é insuficiente para positivar o teste em adultos. O valor de 10 petéquias é o ponto de corte para a população pediátrica, não se aplicando ao paciente de 65 anos.

Alternativa c) Incorreta. Embora o surgimento de 11 a 19 petéquias demonstre alguma fragilidade capilar, o protocolo oficial exige o mínimo de 20 petéquias para que o teste seja classificado como positivo em pacientes adultos.

Alternativa d) Correta. Conforme os manuais de manejo clínico da dengue, a prova do laço é considerada positiva no adulto quando há o surgimento de 20 ou mais petéquias na área delimitada.

Observação acadêmica: Em pacientes que já apresentam sinais de choque (como o deste caso), a prova do laço é contraindicada ou desnecessária, pois o diagnóstico de dengue grave já está estabelecido e o teste não deve atrasar o início da ressuscitação volêmica imediata. Entretanto, a questão exige o conhecimento do valor normativo de corte.

Questão 98

O tema desta questão é a história natural e a conduta terapêutica na hérnia de disco lombar. Para respondê-la corretamente, é fundamental compreender que a hérnia de disco não é uma condição estática e que o organismo possui mecanismos para a resolução do quadro.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A história natural da hérnia de disco é favorável na grande maioria dos pacientes. Estudos mostram que entre 75% e 90% dos casos sintomáticos apresentam melhora significativa com o tratamento conservador (fisioterapia, analgesia e orientações) em um período de 4 a 12 semanas (até três meses). Ocorre um processo fisiológico de reabsorção espontânea do fragmento herniado, mediado por uma resposta inflamatória e enzimática, o que reduz a compressão radicular e, conseqüentemente, a sintomatologia ao longo do tempo.

b) INCORRETA. Embora o prognóstico de melhora seja verdadeiro, a modalidade de tratamento para a maioria dos casos não é a cirúrgica. A cirurgia é reservada para uma minoria de pacientes (geralmente menos de 10%) que apresentam déficit neurológico progressivo, síndrome da cauda equina ou dor intratável que não responde ao tratamento clínico após um período adequado.

c) INCORRETA. A alternativa erra em dois pontos: primeiro, ao indicar a cirurgia como tratamento de escolha para a maioria; segundo, ao afirmar que há tendência de piora da dor. O curso natural, com ou sem cirurgia bem indicada, é de melhora progressiva do quadro álgico.

d) INCORRETA. Apesar de acertar que o tratamento inicial deve ser clínico, a alternativa erra ao afirmar que a tendência é de piora da sintomatologia. A evolução clínica típica da hérnia de disco, sob cuidados adequados, é a redução da dor e a recuperação funcional à medida que a inflamação cede e o fragmento herniado sofre desidratação ou reabsorção.

Resumo didático: O tratamento da hérnia de disco é prioritariamente conservador. O médico deve tranquilizar o paciente sobre o alto índice de resolução espontânea em até três meses, reservando a abordagem cirúrgica para casos específicos de falha terapêutica ou urgências neurológicas.

Questão 99

Esta questão aborda o raciocínio clínico baseado na probabilidade pré-teste para o diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC) e a aplicação criteriosa de exames complementares.

Análise do caso da mulher (25 anos):

A paciente é jovem, assintomática e não possui fatores de risco significativos (a morte do pai aos 84 anos não é considerada história familiar precoce, que seria antes dos 55 anos para homens). A probabilidade pré-teste de DAC nessa paciente é muito baixa. Solicitar um teste ergométrico para "check-up" em pacientes de baixo risco frequentemente resulta em resultados falso-positivos, como ocorreu aqui. Indicar uma cintilografia para prosseguir a investigação de um achado que, estatisticamente, é um falso-positivo é uma conduta inadequada.

Análise do caso do homem (64 anos):

O paciente apresenta múltiplos fatores de risco (idade, diabetes, hipertensão, tabagismo) e um quadro clínico de angina típica (dor retroesternal em aperto, desencadeada pelo esforço e aliviada pelo repouso). Em um homem idoso com esses fatores e sintomas clássicos, a probabilidade pré-teste de DAC é muito alta (acima de

90%). Nesses casos, o diagnóstico é clínico, e o exame complementar para fins diagnósticos é desnecessário, pois um resultado negativo teria grandes chances de ser um falso-negativo. O foco aqui deveria ser a estratificação de risco e o início do tratamento, e não a confirmação diagnóstica.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. Embora esteja correta quanto à mulher, a conduta para o homem é inadequada porque o diagnóstico clínico já está estabelecido pela altíssima probabilidade pré-teste, tornando o exame para "confirmação" redundante e desnecessário para o diagnóstico em si.

b) Correta. A conduta é inadequada para a mulher porque o teste ergométrico inicial não deveria ter sido solicitado devido ao baixíssimo risco, sendo o resultado provavelmente um falso-positivo. É inadequada para o homem porque a probabilidade pré-teste é tão elevada que o diagnóstico de angina está firmado clinicamente, não havendo necessidade de exames de imagem para confirmá-lo.

c) Incorreta. A conduta é inadequada para ambos. Na mulher, o valor pré-teste é baixo (não indica necessidade de exame) e, no homem, os dados epidemiológicos e clínicos são mais do que suficientes para o diagnóstico.

d) Incorreta. Inverte a lógica para a mulher. O valor pré-teste dela não indica necessidade de exame complementar; pelo contrário, contraindica a perseguição de resultados falso-positivos em pacientes de baixo risco. Está correta apenas na parte que diz ser inadequada para o homem.

Questão 100

A análise desta questão exige o conhecimento sobre a probabilidade pré-teste (PTP) de doença arterial coronariana (DAC) e as indicações corretas de exames de rastreio cardiovascular.

A paciente em questão é uma mulher jovem (25 anos), totalmente assintomática e sem fatores de risco cardiovascular significativos. É importante notar que a morte do pai aos 84 anos não é considerada história familiar de DAC precoce (que seria definida como evento em parente de primeiro grau do sexo masculino antes dos 55 anos ou do sexo feminino antes dos 65 anos). Segundo os critérios de Diamond e Forrester, utilizados para estimar a probabilidade de doença coronariana, essa paciente possui uma probabilidade pré-teste muito baixa (menor que 5%).

De acordo com o Teorema de Bayes, quando um exame com especificidade

imperfeita é aplicado em uma população com baixíssima prevalência da doença, a maioria dos resultados positivos será, na verdade, de falsos-positivos. Por esse motivo, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e outras entidades internacionais contraindicam a realização de teste ergométrico ou exames de imagem de estresse para rastreamento de DAC em pacientes jovens, assintomáticos e de baixo risco, mesmo para liberação de atividade física.

Ao solicitar o cateterismo (cineangiocoronariografia), que é um exame invasivo e com riscos inerentes, para investigar exames de estresse alterados em uma paciente com esse perfil, o médico incorreu em um erro de conduta (cascata diagnóstica iatrogênica). O achado de uma lesão de 10% em um ramo diagonal é considerado uma irregularidade parietal não obstrutiva e não define doença arterial coronariana do ponto de vista clínico-patológico para justificar isquemia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O exame foi mal solicitado devido à baixíssima probabilidade pré-teste da paciente. Além disso, uma lesão de 10% não caracteriza DAC obstrutiva ou clinicamente relevante.

Alternativa b) Incorreta. Não existe o diagnóstico clínico de pré-doença arterial coronariana que justifique a realização de exames invasivos ou que valide a conduta tomada.

Alternativa c) Correta. A investigação foi mal indicada desde o princípio. O teste ergométrico não deveria ter sido solicitado para uma paciente assintomática de 25 anos. Os resultados positivos na cintilografia e no teste ergométrico foram falsos-positivos, e o cateterismo foi um procedimento desnecessário que confirmou a ausência de doença obstrutiva.

Alternativa d) Incorreta. Embora a dor precordial típica aumentasse a probabilidade pré-teste de DAC, o cateterismo continuaria sendo considerado mal solicitado se o objetivo fosse apenas confirmar uma suspeita baseada em exames de rastreio mal indicados em uma paciente tão jovem. Além disso, o laudo de 10% de obstrução descarta DAC significativa independentemente dos sintomas.