

HEVV

GABARITO | 2026 | ES | 50 Questões



Gabarito: HEVV

2026 | ES

- | | |
|--------|--------|
| 1 - B | 40 - A |
| 2 - A | 41 - A |
| 3 - B | 42 - B |
| 4 - A | 43 - C |
| 5 - C | 44 - D |
| 6 - D | 45 - D |
| 7 - B | 46 - A |
| 8 - B | 47 - A |
| 9 - B | 48 - C |
| 10 - C | 49 - C |
| 11 - B | 50 - A |
| 12 - C | |
| 13 - A | |
| 14 - B | |
| 15 - A | |
| 16 - C | |
| 17 - C | |
| 18 - C | |
| 19 - D | |
| 20 - C | |
| 21 - D | |
| 22 - C | |
| 23 - B | |
| 24 - A | |
| 25 - A | |
| 26 - B | |
| 27 - A | |
| 28 - C | |
| 29 - B | |
| 30 - D | |
| 31 - C | |
| 32 - C | |
| 33 - A | |
| 34 - C | |
| 35 - B | |
| 36 - B | |
| 37 - C | |
| 38 - D | |
| 39 - C | |

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do caso:

O paciente em questão apresenta um quadro de pancreatite aguda que, no 15º dia de internação, evoluiu com instabilidade hemodinâmica grave (pressão arterial de 85/50 mmHg), taquipneia (26 irpm) e alterações metabólicas importantes (hipocalcemia de 7,2 mg/dL e hiperglicemia de 288 mg/dL). A presença de hipotensão caracteriza falência orgânica cardiovascular, o que exige suporte avançado imediato.

Alternativa (b) - Correta: Esta é a melhor conduta. Pacientes com pancreatite aguda que desenvolvem disfunções orgânicas (como choque circulatório ou insuficiência respiratória) devem ser transferidos imediatamente para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O manejo intensivo permite a monitorização contínua, ressuscitação volêmica rigorosa, uso de aminas vasoativas para manutenção da pressão arterial e suporte ventilatório, se necessário. A estabilização clínica é a prioridade absoluta para reduzir a mortalidade.

Alternativa (a) - Incorreta: A permanência em enfermaria é contraindicada para pacientes com instabilidade hemodinâmica. O setor de enfermaria não dispõe de recursos para monitorização invasiva e intervenções rápidas necessárias para tratar um estado de choque, o que coloca a vida do paciente em risco iminente.

Alternativa (c) - Incorreta: A cirurgia precoce na pancreatite aguda (necrosectomia) deve ser evitada, especialmente nas primeiras duas a três semanas. Intervir cirurgicamente em um paciente instável e com necrose ainda não delimitada (não organizada) aumenta drasticamente as taxas de complicações e óbito. O tratamento de coleções ou necrose infectada deve seguir a estratégia step-up, priorizando métodos menos invasivos após a estabilização clínica.

Alternativa (d) - Incorreta: A drenagem endoscópica por ultrassom é uma técnica excelente para tratar coleções pancreáticas organizadas (como o pseudocisto ou a necrose encapsulada/WON), mas estas costumam levar cerca de 4 semanas para desenvolver uma parede madura que permita o procedimento. Além disso, no momento atual, a prioridade é reverter o choque hemodinâmico e não realizar procedimentos invasivos em coleções que podem nem ser a causa primária da descompensação aguda.

Questão 2

O quadro clínico descreve uma paciente com doença de Crohn em fase de atividade, manifestada por sintomas intestinais (evacuações pastosas) e complicações perianais (fístulas múltiplas), apresentando repercussões sistêmicas como anemia (Hb 9,3 g/dL), leucocitose e hipoalbuminemia importante (2,4 g/dL), o que indica um estado de desnutrição e inflamação sistêmica.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: O tratamento da doença de Crohn perianal é complexo e deve priorizar a estabilização clínica. O manejo inicial em enfermaria envolve a otimização do estado nutricional, o tratamento da anemia e o controle da atividade inflamatória da doença com medicamentos (antibióticos como ciprofloxacino/metronidazol e, principalmente, terapia biológica com anti-TNF, como o infliximabe). A cirurgia em pacientes com tecidos intensamente inflamados e desnutridos possui altos índices de complicações e falhas de cicatrização.

Alternativa (b) Incorreta: Embora os exames laboratoriais estejam alterados, não há evidências de instabilidade hemodinâmica, choque séptico ou insuficiência orgânica que justifiquem a transferência para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O quadro de anemia e hipoalbuminemia é crônico e decorrente da doença de base, podendo ser manejado em ambiente de enfermaria.

Alternativa (c) Incorreta: A ressecção das fístulas (fistulectomia) é geralmente contraindicada na doença de Crohn em fase ativa, pois o risco de não cicatrização e de lesão esfinteriana (levando à incontinência fecal) é altíssimo. Além disso, a leucocitose isolada não é indicação absoluta de drenagem; esta seria indicada apenas se houvesse a confirmação de abscessos perianais por exame físico ou exames de imagem (como ressonância magnética ou ultrassom endoanal).

Alternativa (d) Incorreta: A colostomia para derivação do trânsito fecal é considerada uma medida de exceção, reservada apenas para casos graves e refratários a todo o tratamento clínico e procedimentos menos invasivos (como a colocação de sedelhos). Não é a melhor conduta inicial para uma paciente que ainda não foi otimizada clinicamente.

Conclusão: O manejo conservador e clínico é a prioridade para preparar a paciente, controlar a inflamação e melhorar suas condições biológicas antes de qualquer intervenção cirúrgica definitiva.

Questão 3

ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta a forma hepatoesplênica da esquistossomose mansônica, que se caracteriza fisiopatologicamente por uma fibrose periportal (fibrose de Symmers), gerando hipertensão porta do tipo pré-sinusoidal. Diferentemente da cirrose, a função sintética do fígado costuma estar preservada, o que explica a hemoglobina em níveis normais (12,1 g/dl). O quadro de leucopenia e plaquetopenia é decorrente do hiperesplenismo (sequestro esplênico pelo baço aumentado), que, em pacientes esquistossomóticos, costuma ser bem tolerado e raramente causa complicações clínicas graves.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

ALTERNATIVA A - INCORRETA: A esplenectomia isolada não é o tratamento preconizado para a prevenção de sangramento por varizes esofágicas. No contexto da esquistossomose, quando há indicação cirúrgica, o procedimento de escolha é a esplenectomia associada à desvascularização esofagogástrica (DGEG). Além disso, a correção da leucopenia e plaquetopenia por meio da retirada do baço não é uma indicação absoluta, pois esses pacientes raramente apresentam infecções ou sangramentos espontâneos devido a esses níveis laboratoriais.

ALTERNATIVA B - CORRETA: A paciente possui varizes de médio calibre, mas nunca apresentou um episódio de hemorragia digestiva alta (HDA). Portanto, o caso é de profilaxia primária. De acordo com os consensos atuais, a profilaxia primária na esquistossomose deve ser realizada de forma clínica (com betabloqueadores não seletivos, como o propranolol) ou endoscópica (com ligadura elástica). A cirurgia é reservada para a profilaxia secundária, ou seja, para pacientes que já sangraram anteriormente. Por isso, a conduta correta é o controle ambulatorial clínico, sem indicação de cirurgia no momento.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: O TIPS (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular) é uma alternativa utilizada principalmente em pacientes cirróticos (hipertensão sinusoidal) com sangramento refratário ou ascite volumosa. Na esquistossomose, a hipertensão é pré-sinusoidal e a função hepática é preservada. O TIPS não tem papel estabelecido na profilaxia primária desse grupo e aumentaria desnecessariamente o risco de encefalopatia hepática.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A derivação esplenorrenal distal (cirurgia de Warren) é uma cirurgia descompressiva seletiva. Embora possa tratar o hiperesplenismo e reduzir a pressão nas varizes, é um procedimento de grande porte e complexidade. Assim como outras cirurgias, não é indicada como primeira escolha para pacientes

que nunca sangraram (profilaxia primária), devendo-se priorizar o manejo conservador inicial.

Questão 4

O sinal de Chilaiditi é um achado radiográfico incidental definido pela interposição de uma alça do intestino grosso (geralmente o cólon transverso ou a flexura hepática) entre o fígado e a cúpula diafragmática direita. É uma condição anatômica geralmente assintomática, mas que assume grande importância clínica no pronto-atendimento por ser um dos principais diagnósticos diferenciais de emergências cirúrgicas.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O sinal de Chilaiditi simula o pneumoperitônio. Como há ar dentro da alça intestinal posicionada abaixo do diafragma, a imagem radiográfica mostra uma área de radiotransparência (escurecida) que pode ser confundida com ar livre na cavidade abdominal (sinal de perfuração de víscera oca). A diferenciação é feita pela visualização das haustrações do cólon na imagem, o que confirma que o gás está contido dentro da alça e não livre.

Alternativa B (Incorreta): A presença de um fecalito no apêndice cecal (apendicolito) é um achado que pode sugerir apendicite aguda. No raio X, manifesta-se como uma imagem radiopaca (branca) no quadrante inferior direito do abdome, não guardando relação com o sinal de Chilaiditi sob o diafragma.

Alternativa C (Incorreta): A hérnia hiatal de fundo gástrico ocorre quando parte do estômago se desloca para o tórax através do hiato diafragmático. No raio X de tórax, pode ser vista como uma imagem de nível hidroaéreo atrás do coração (retrocardíaca), mas não se caracteriza pela interposição entre o fígado e o diafragma.

Alternativa D (Incorreta): O volvo de cólon sigmoide é uma torção do intestino sobre o seu próprio eixo, causando obstrução. O achado radiográfico clássico é o sinal do "grão de café" ou "U invertido", com uma grande alça distendida que nasce da pelve e ocupa grande parte do abdome, o que é distinto da interposição hepatodiafragmática do sinal de Chilaiditi.

Questão 5

O caso clínico apresenta um paciente idoso, tabagista pesado (carga tabágica de aproximadamente 71 maços-ano) e com sinais de emagrecimento importante, o que sugere uma doença de caráter crônico e alta probabilidade de neoplasia maligna. A presença de uma lesão na amígdala, descrita como indolor e com limites imprecisos, reforça a suspeita de um processo invasivo e infiltrativo em vias aerodigestivas superiores.

Análise das alternativas:

a) Adenocarcinoma: Embora os adenocarcinomas possam ocorrer na região da cabeça e pescoço, eles geralmente têm origem nas glândulas salivares (maiores ou menores). Na topografia da orofaringe e amígdalas, a frequência dessa linhagem histológica é significativamente menor do que a do carcinoma de células escamosas.

b) Linfoma: As amígdalas fazem parte do anel linfático de Waldeyer, sendo um sítio comum para o surgimento de linfomas não Hodgkin extranodais. No entanto, o linfoma amigdaliano costuma se manifestar como um aumento volumétrico assimétrico e submucoso da amígdala, muitas vezes sem ulceração inicial. Diante da forte carga tabágica, o carcinoma espinocelular torna-se estatisticamente muito mais provável.

c) Carcinoma espinocelular (CEC): Esta é a alternativa correta. O CEC (também chamado de carcinoma epidermoide ou escamoso) representa mais de 90% das neoplasias malignas de orofaringe. O perfil do paciente é clássico: homem, idoso e tabagista de longa data. Lesões com limites imprecisos e indolores em pacientes com esse histórico devem ser consideradas CEC até que se prove o contrário por meio de biópsia. O emagrecimento acentuado é um marcador comum de doença avançada ou do estado catabólico provocado pelo tumor.

d) Sífilis oral: O cancro primário (sífilis primária) manifesta-se como uma úlcera indolor, mas tipicamente possui bordos elevados, endurecidos e bem delimitados, com fundo limpo. Embora a sífilis possa acometer a amígdala, a idade avançada do paciente, o tabagismo severo e a perda ponderal importante direcionam o diagnóstico para uma causa neoplásica, e não infecciosa.

Questão 6

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta Esôfago de Barrett de segmento longo (11 cm) com diagnóstico de displasia de alto grau (DAG). A displasia de alto grau é considerada uma lesão pré-neoplásica imediata, com alto risco de progressão para adenocarcinoma ou de coexistência com câncer já invasivo não detectado nas biópsias iniciais. A extensão de 11 cm é um fator determinante para a escolha da conduta mais agressiva.

Alternativa A - Incorreta: O tratamento endoscópico, que inclui a ressecção mucosa e a ablação (como a radiofrequência), é uma opção para casos de displasia de alto grau em segmentos curtos ou lesões focais. No entanto, em um segmento muito extenso de 11 cm, a erradicação endoscópica completa é tecnicamente difícil, exige muitas sessões e apresenta altas taxas de recorrência. Além disso, a grande extensão do segmento aumenta consideravelmente a chance de carcinoma invasor oculto, o que limita a segurança da técnica endoscópica isolada neste cenário específico.

Alternativa B - Incorreta: Manter apenas o tratamento com inibidores de bomba de prótons e observação endoscópica é uma conduta inadequada para a displasia de alto grau. Devido ao alto potencial de malignização, a displasia de alto grau exige uma intervenção terapêutica (endoscópica ou cirúrgica) e não apenas vigilância, que seria reservada para casos de Barrett sem displasia ou com displasia de baixo grau.

Alternativa C - Incorreta: A cirurgia de Nissen (funduplicatura) é indicada para o controle da doença do refluxo gastroesofágico (causa do problema). Contudo, ela não trata a lesão já instalada no epitélio. A funduplicatura não é capaz de reverter a displasia de alto grau nem de prevenir a evolução para câncer, uma vez que a alteração celular grave já está presente. O tratamento deve focar na remoção ou destruição do tecido displásico.

Alternativa D - Correta: A esofagectomia total com reconstrução por esofagogastroplastia é o tratamento tradicionalmente considerado definitivo para pacientes com esôfago de Barrett de segmento longo e displasia de alto grau, especialmente quando a paciente apresenta bom estado geral. O principal motivo para a escolha da cirurgia radical em segmentos extensos (como 11 cm) é o risco elevado (estimado entre 30% a 40%) de haver um adenocarcinoma invasivo oculto que não foi detectado pelas biópsias da endoscopia. A cirurgia remove todo o epitélio de risco e permite o tratamento oncológico adequado.

Questão 7

O quadro clínico apresentado descreve um paciente com sinais clássicos de obstrução intestinal mecânica: dor abdominal, distensão e hiperperistaltismo (ruídos hidroaéreos aumentados na tentativa de vencer o obstáculo). A radiografia confirma a distensão de alças proximais (estômago e jejuno), indicando uma obstrução intestinal alta.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A úlcera perforada é uma causa de abdome agudo perfurativo. O paciente apresentaria dor súbita e intensa, sinais de irritação peritoneal (abdome em tábua) e, classicamente, pneumoperitônio na radiografia (ar livre abaixo do diafragma), e não distensão de alças com hiperperistaltismo.

b) Correta. Esta é a principal causa de obstrução do intestino delgado em pacientes que já passaram por procedimentos cirúrgicos abdominais. O paciente tem história de trauma por arma de fogo aos 39 anos, o que certamente resultou em uma laparotomia exploradora. Cicatrizes internas (aderências ou bridas) podem causar o acotovelamento ou compressão de alças intestinais anos após a cirurgia, levando ao quadro obstrutivo mecânico descrito.

c) Incorreta. A colecistite aguda manifesta-se com dor no hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo, febre e, geralmente, leucocitose nos exames laboratoriais. Embora o paciente possua cálculos na vesícula, o quadro de distensão abdominal generalizada e hiperperistaltismo aponta para obstrução intestinal, e não para uma inflamação da vesícula biliar.

d) Incorreta. O câncer intestinal (especialmente o colorretal) é uma causa importante de obstrução, mas geralmente acomete o intestino grosso (obstrução baixa) e apresenta-se em pacientes com histórico de alteração do hábito intestinal, perda de peso ou anemia. No caso de obstrução do delgado por neoplasia, ela é menos frequente que as aderências, especialmente em um paciente com antecedente de laparotomia prévia.

Questão 8

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente jovem (28 anos) com um cisto pancreático volumoso (18 cm), apresentando características de imagem como paredes espessas e conteúdo amorfo. Em mulheres jovens, diante de uma lesão cística no corpo ou na cauda do pâncreas, as principais hipóteses diagnósticas são o cistoadenoma

mucinoso e o tumor sólido-pseudopapilar (tumor de Frantz). O cistoadenoma seroso também é uma possibilidade, porém costuma ter aspecto em favo de mel e comportamento mais benigno. Independentemente da linhagem exata, um cisto de 18 cm com paredes espessas possui indicação cirúrgica formal devido ao risco de malignização (no caso do tipo mucinoso) e pelo efeito de massa/sintomatologia iminente.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A conduta para neoplasias císticas mucinosas do pâncreas ou tumores de Frantz é a ressecção cirúrgica. Como a maioria dessas lesões localiza-se no corpo e na cauda do pâncreas, o procedimento indicado é a pancreatectomia distal. Em pacientes jovens e em casos nos quais não há evidência clara de invasão maligna grosseira, tenta-se preservar o baço para evitar complicações infecciosas e hematológicas futuras (pancreatectomia distal com preservação esplênica), o que torna a alternativa B a conduta técnica mais adequada e completa.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O acompanhamento por imagem (watch and wait) é reservado para cistos pequenos, assintomáticos, sem estigmas de alto risco e que sugerem cistoadenoma seroso ou cistos menores que 3 cm sem características preocupantes. Um cisto de 18 cm com paredes espessas é uma indicação absoluta de cirurgia.

Alternativa C: A drenagem de um cisto para o estômago (cistogastroanastomose) é um tratamento indicado para pseudocistos pancreáticos (coleções inflamatórias decorrentes de pancreatite), e não para neoplasias císticas. Realizar a drenagem ou a biópsia da parede de uma neoplasia cística mucinosa pode causar a disseminação de células neoplásicas na cavidade abdominal (pseudomixoma peritoneal).

Alternativa D: A punção por agulha fina (FNA) guiada por ecoendoscopia é uma ferramenta diagnóstica útil quando há dúvida sobre a natureza do cisto e quando o resultado pode mudar a conduta. No entanto, neste caso, o tamanho da lesão (18 cm) e as características das paredes já são indicações cirúrgicas por si sós. Além disso, a punção em cistos grandes apresenta risco de complicações e disseminação, não sendo necessária para indicar a cirurgia, que já está bem fundamentada pela imagem e pelo perfil da paciente.

Questão 9

DIAGNÓSTICO E FISIOPATOLOGIA

O quadro clínico descrito — paciente idoso, diabético, com sinais flogísticos (dor, rubor e calor) na região genital e perineal, associado a sintomas sistêmicos (febre e leucocitose) e, principalmente, à presença de gás nos tecidos moles (identificado no exame de imagem) — é patognomônico de Gangrena de Fournier.

A Gangrena de Fournier é uma fascite necrotizante do períneo e região perianal, de caráter polimicrobiano e rápida progressão (pode avançar centímetros por hora). O diabetes mellitus é o principal fator de risco, pois a hiperglicemia e a microangiopatia facilitam a proliferação bacteriana e dificultam a resposta imune. A presença de ar difuso indica a atividade de bactérias anaeróbias produtoras de gás.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): Embora a internação, o suporte hemodinâmico e a antibioticoterapia de amplo espectro sejam partes fundamentais do tratamento multidisciplinar, eles sozinhos não resolvem a causa-base. Sem o controle do foco infeccioso (desbridamento cirúrgico), a mortalidade aproxima-se de 100%. A cirurgia é a prioridade absoluta.

Alternativa B (Correta): O tratamento padrão-ouro para a Gangrena de Fournier é o desbridamento cirúrgico precoce e agressivo de todos os tecidos desvitalizados e necróticos. A ferida deve ser deixada aberta para cicatrização por segunda intenção ou procedimentos reconstrutivos posteriores, permitindo a limpeza contínua e impedindo o acúmulo de secreções e a proliferação de anaeróbios.

Alternativa C (Incorreta): Esta conduta é contraindicada. A aplicação de calor local pode aumentar a vasodilatação e acelerar a disseminação das toxinas e bactérias. Além disso, a Gangrena de Fournier não é um abscesso simples que aguarda "superficialização"; é uma infecção profunda da fáscia que exige intervenção imediata, e não conduta expectante.

Alternativa D (Incorreta): A antibioticoterapia isolada é insuficiente devido à má perfusão tecidual nas áreas de necrose (o antibiótico não chega ao foco). Realizar drenagens múltiplas ou guiadas por imagem também é inadequado, pois a infecção corre pela fáscia e não está necessariamente localizada em coleções drenáveis. O atraso na cirurgia definitiva enquanto se "aguarda melhora" aumenta drasticamente o risco de sepse e óbito.

Questão 10

A questão aborda a conduta de seguimento (vigilância) após o achado de múltiplos pólipos em uma colonoscopia de rotina. O paciente em questão apresentou cinco adenomas tubulares de baixo grau, todos devidamente ressecados. Para definir o intervalo da próxima colonoscopia, as diretrizes internacionais e nacionais de rastreamento de câncer colorretal utilizam o número de pólipos, o tamanho e o tipo histológico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ressecção endoscópica da mucosa nos locais prévios não é necessária, pois os pólipos já foram retirados e o diagnóstico histológico confirmou serem adenomas tubulares de baixo grau. Não há indicação de nova intervenção local se a ressecção foi considerada completa durante o exame inicial e a histologia é benigna.

b) Incorreta. A sigmoidectomia (tratamento cirúrgico) seria uma conduta excessiva e inadequada para pólipos adenomatosos de baixo grau que foram resolvidos por via endoscópica. A cirurgia é reservada para casos em que há neoplasia maligna invasiva ou quando os pólipos não podem ser retirados com segurança por endoscopia.

c) Correta. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) e de órgãos internacionais como a US Multi-Society Task Force (USMSTF), pacientes que apresentam de 3 a 10 adenomas tubulares (menores que 10 mm e com displasia de baixo grau) devem repetir a colonoscopia em 3 anos. Se o paciente tivesse apenas 1 ou 2 pequenos adenomas, o intervalo poderia ser de 5 a 10 anos. O achado de 5 adenomas coloca o paciente em um grupo de maior risco para o desenvolvimento de novas lesões, justificando o intervalo mais curto.

d) Incorreta. A retossigmoidoscopia avalia apenas a porção distal do intestino grosso. Pacientes que já formaram múltiplos adenomas precisam de uma avaliação de todo o cólon, o que torna a colonoscopia o exame de escolha. Além disso, a periodicidade anual não é a recomendada para o perfil histológico de adenoma de baixo grau descrito no caso.

Questão 11

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

O eletrocardiograma apresentado revela um supradesnivelamento do segmento ST de V1 a V4, caracterizando um Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) de parede anterior. Em um paciente com dor torácica típica iniciada há 90 minutos, a prioridade é a estabilização medicamentosa imediata e a organização da estratégia de reperfusão (angioplastia primária ou fibrinolítico).

Conduta Inicial:

Para o IAMCSST, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da European Society of Cardiology (ESC) recomendam a Dupla Antiagregação Plaquetária (DAPT) imediata, composta por Ácido Acetilsalicílico (AAS) e um inibidor do receptor P2Y12, além da anticoagulação sistêmica em dose terapêutica.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A dose de AAS para carga deve ser de 150 a 300 mg (mastigável para absorção rápida). A dose de clopidogrel sugerida (75 mg) é de manutenção; a carga deve ser de 300 mg (se o paciente for receber fibrinolítico e tiver mais de 75 anos) ou 600 mg (se for para angioplastia primária). Além disso, a Heparina Não Fracionada (HNF) deve ser utilizada em dose terapêutica, e não profilática.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa contempla as doses de carga preconizadas para o manejo inicial do IAMCSST. O AAS 300 mg mastigável garante rápida inibição plaquetária. O ticagrelor 180 mg é um inibidor P2Y12 potente e de início de ação rápido, preferencial em relação ao clopidogrel quando a angioplastia primária é a estratégia de reperfusão. A anticoagulação deve ser obrigatoriamente terapêutica para prevenir a progressão do trombo e complicações durante o procedimento.

Alternativa C: Incorreta. Embora o AAS possa ser usado por via endovenosa em casos específicos, a via oral/mastigável é o padrão. O erro principal está na dose do prasugrel (10 mg é dose de manutenção, a carga é de 60 mg) e na dose da enoxaparina (40 mg SC é geralmente uma dose profilática para tromboembolismo venoso; no IAMCSST, a dose deve ser terapêutica, usualmente 1 mg/kg de 12 em 12 horas, com ajuste para idade e função renal).

Alternativa D: Incorreta. A dose de 81 mg de AAS é de manutenção. No IAMCSST, diferentemente do que pode ocorrer em alguns protocolos de síndromes sem supra de ST, o inibidor P2Y12 deve ser administrado o mais precocemente possível, preferencialmente antes ou no momento do diagnóstico, não devendo aguardar o cateterismo para sua iniciação.

Questão 12

Análise Clínica e Eletrocardiográfica:

A paciente apresenta uma taquiarritmia com frequência cardíaca (FC) de 160 bpm. Ao analisar a imagem do monitor, observamos um ritmo de complexo QRS estreito, com intervalos R-R irregularmente irregulares e ausência de ondas P organizadas (presença de ondas f de fibrilação). O diagnóstico eletrocardiográfico é de fibrilação atrial (FA) com alta resposta ventricular.

A paciente está instável, apresentando sinais clássicos de gravidade: hipotensão (PA 85x55 mmHg) e sinais de insuficiência cardíaca aguda/congestão (paciente congesta e taquipneica, com FR 29 irpm). Segundo os protocolos de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS), qualquer taquiarritmia que cause instabilidade hemodinâmica (hipotensão, alteração do nível de consciência, sinais de choque, dor torácica isquêmica ou insuficiência cardíaca aguda) deve ser tratada imediatamente com cardioversão elétrica sincronizada.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O diltiazem é um bloqueador dos canais de cálcio utilizado para controle de frequência em pacientes estáveis. Em uma paciente hipotensa e congesta, ele é contraindicado, pois possui efeito inotrópico negativo e vasodilatador, podendo agravar o choque. Além disso, o termo "choque" é impreciso; em ritmos organizados com pulso, o choque deve ser obrigatoriamente sincronizado.

b) Incorreta. O metoprolol é um betabloqueador. Assim como o diltiazem, é indicado apenas para pacientes estáveis para controle de frequência. Seu uso em pacientes com sinais de insuficiência cardíaca descompensada e hipotensão pode levar ao choque cardiogênico.

c) Correta. Diante de uma taquiarritmia instável, a conduta imediata e definitiva é a cardioversão elétrica sincronizada. O termo "sincronizada" é fundamental para garantir que a descarga elétrica ocorra na onda R, evitando o fenômeno R sobre T, que poderia induzir uma fibrilação ventricular. A amiodarona é um antiarrítmico que pode ser utilizado em ambiente de terapia intensiva para auxiliar na reversão ao ritmo sinusal ou na manutenção do ritmo após a cardioversão, embora a prioridade absoluta seja o procedimento elétrico.

d) Incorreta. A digoxina tem um início de ação lento (horas), sendo totalmente inadequada para o manejo de uma emergência ou instabilidade aguda. Embora a alternativa mencione a cardioversão sincronizada, a escolha da droga adjuvante torna a opção inferior à letra (c).

Resumo: Paciente com taquiarritmia + sinais de instabilidade (hipotensão e congestão) = cardioversão elétrica sincronizada imediata.

Questão 13

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de exacerbação aguda de DPOC, preenchendo os três critérios de Anthonisen: piora da dispneia, aumento do volume do escarro e aumento da purulência. A gasometria arterial revela uma insuficiência respiratória hipercápnica com acidose respiratória moderada a grave (pH 7,28 e pCO₂ 68 mmHg), além de hipoxemia (pO₂ 54 mmHg). O raio X de tórax associado demonstra sinais clássicos de DPOC e hiperinsuflação pulmonar, como a retificação das cúpulas diafragmáticas, aumento dos espaços intercostais e coração em gota.

Embora a Ventilação Não Invasiva (VNI) seja a primeira linha de tratamento para pacientes com DPOC e acidose respiratória, este paciente apresenta uma contraindicação absoluta: o rebaixamento do nível de consciência e sonolência. Pacientes que não conseguem proteger as vias aéreas, que estão sonolentos ou não cooperativos, não devem realizar VNI pelo alto risco de falha e broncoaspiração. Nestes casos, a via aérea definitiva deve ser estabelecida imediatamente.

Alternativa a: Correta. A presença de alteração do nível de consciência em um paciente com falência respiratória e acidose é uma indicação clássica de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.

Alternativa b: Incorreta. Apesar de a VNI ser o tratamento de escolha inicial na maioria das exacerbações de DPOC com acidose, ela é contraindicada quando há rebaixamento do sensório, instabilidade hemodinâmica grave ou excesso de secreções sem capacidade de expectoração.

Alternativa c: Incorreta. O uso de oxigênio em alto fluxo com alvos de saturação elevados (acima de 98%) é perigoso em pacientes com DPOC. Isso pode causar a depressão do drive respiratório (que nesses pacientes é dependente da hipoxemia), piorar a hipercapnia e levar à narcose pelo CO₂. O alvo terapêutico correto seria entre 88% e 92%. Além disso, o oxigênio sozinho não trata a ventilação deficiente (hipercapnia).

Alternativa d: Incorreta. O tratamento medicamentoso com broncodilatadores e corticoides é fundamental, porém, diante da gravidade do quadro clínico, da acidose e do comprometimento neurológico, o suporte ventilatório invasivo é a prioridade absoluta para estabilização do paciente.

Questão 14

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Edema Agudo de Pulmão (EAP) de origem cardiogênica, classificado pelo perfil hemodinâmico como "Quente e Úmido". O principal gatilho neste caso é a crise hipertensiva (PA 190x110 mmHg), que gera um aumento súbito da pós-carga, dificultando o esvaziamento do ventrículo esquerdo e levando ao acúmulo de líquido nos pulmões (congestão). A saturação de 86% indica insuficiência respiratória iminente.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A conduta prioritária no EAP hipertensivo baseia-se em dois pilares: redução da pressão arterial (pós-carga) e suporte ventilatório. Os nitratos (como a nitroglicerina ou o nitroprussiato) agem rapidamente promovendo venodilatação (reduzindo o retorno venoso) e arteriolodilatação (facilitando o trabalho do coração). Já a Ventilação Não Invasiva (VNI), seja por CPAP ou BiPAP, é o padrão-ouro para esses casos, pois a pressão positiva recruta alvéolos colapsados, melhora a oxigenação, reduz o trabalho respiratório e ainda auxilia na redução do retorno venoso, acelerando a melhora clínica e reduzindo a taxa de intubação orotraqueal.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Furosemida 80 mg EV isolada: Embora os diuréticos de alça façam parte do tratamento para reduzir a sobrecarga hídrica, eles não devem ser utilizados de forma isolada em um paciente com hipoxemia grave e crise hipertensiva. O efeito vasodilatador inicial da furosemida é leve e demora mais que o dos nitratos. O foco imediato deve ser o controle da pressão e da ventilação.

c) Morfina em altas doses e hidratação vigorosa: A morfina, antes muito utilizada, hoje é evitada ou usada com extrema cautela, pois está associada a uma maior necessidade de ventilação mecânica e à piora do prognóstico. A hidratação vigorosa é absolutamente contraindicada, pois aumentaria ainda mais a congestão pulmonar em um paciente que já está sobrecarregado de volume.

d) Amiodarona EV: A amiodarona é um antiarrítmico. O paciente apresenta taquicardia (FC 118 bpm), mas esta é uma resposta fisiológica compensatória ao estresse respiratório e à hipóxia (taquicardia sinusal). Não há evidência de arritmia maligna que justifique o uso dessa medicação no momento inicial.

RESUMO DA CONDUTA:

No Edema Agudo de Pulmão Hipertensivo, a prioridade é o "MOV" (Monitorização,

Oxigênio/VNI e Veia), associado ao uso de vasodilatadores potentes para reduzir a carga sobre o coração. A alternativa (b) contempla exatamente essa estratégia de salvamento.

Questão 15

A questão apresenta um caso clínico clássico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP). A paciente possui fatores de risco importantes (cirurgia ortopédica recente), quadro clínico compatível (dor torácica, dispneia e taquicardia) e sinais de Trombose Venosa Profunda (TVP) no membro inferior.

Ao aplicarmos os Critérios de Wells para estratificação de risco, a paciente soma uma pontuação elevada: sinais de TVP (3 pontos), TEP como diagnóstico principal (3 pontos), frequência cardíaca acima de 100 bpm (1,5 ponto) e cirurgia recente (1,5 ponto). Totalizando 9 pontos, ela é classificada como de alta probabilidade clínica. O eletrocardiograma (ECG) fornecido corrobora o quadro, demonstrando uma taquicardia sinusal, o achado eletrocardiográfico mais comum no TEP. A gasometria arterial revela hipoxemia e uma alcalose respiratória (pCO₂ baixa devido à taquipneia), padrão frequente nessa patologia.

Análise das alternativas:

- a) CORRETA. Em pacientes com alta probabilidade clínica de TEP e que estão hemodinamicamente estáveis, a conduta recomendada é iniciar a anticoagulação empírica (com heparina, por exemplo) enquanto se aguarda a realização do exame confirmatório (angiotomografia de tórax). O atraso no início do tratamento em casos de alta suspeita aumenta a mortalidade por novos episódios embólicos.
- b) INCORRETA. Aguardar o resultado do exame de imagem para iniciar o tratamento em um paciente com probabilidade tão alta é perigoso. A anticoagulação deve preceder o exame se não houver contraindicações imediatas ao uso do fármaco e se o diagnóstico for altamente provável.
- c) INCORRETA. O uso de trombolíticos (como a alteplase) é reservado para casos de TEP de alto risco, definido pela instabilidade hemodinâmica (choque obstrutivo ou hipotensão persistente com PAS inferior a 90 mmHg). Como a paciente está normotensa (PA 118x74 mmHg), a trombólise não está indicada neste momento.
- d) INCORRETA. O D-dímero possui alto valor preditivo negativo, sendo útil apenas para excluir TEP em pacientes de baixa ou moderada probabilidade. Em pacientes com alta probabilidade clínica, um D-dímero negativo não é suficiente para descartar a doença; portanto, sua solicitação é desnecessária e atrasaria a conduta correta.

Questão 16

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico descreve um paciente com cirrose hepática Child-Pugh C (estágio avançado) apresentando um quadro de hemorragia digestiva alta (HDA). Os sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia) associados ao histórico de cirrose sugerem fortemente que a origem do sangramento seja variceal (varizes esofágicas ou gástricas). Em pacientes cirróticos com HDA, o manejo deve ser agressivo e focado em reduzir a pressão portal, prevenir infecções e realizar o diagnóstico/tratamento endoscópico precocemente.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A transfusão de plasma fresco congelado não é uma medida prioritária inicial, a menos que haja uma coagulopatia grave com sangramento ativo refratário, o que não é o caso (TP de 60%). Além disso, essa alternativa ignora a necessidade fundamental de antibioticoterapia profilática e de drogas vasoativas (como octreotídeo ou terlipressina) antes da endoscopia.

Alternativa b) Incorreta. O uso de sonda nasogástrica para lavagem gástrica não traz benefício na sobrevida ou na redução do sangramento em casos de varizes esofágicas. Atualmente, a lavagem gástrica "vigorosa" é considerada uma prática obsoleta e potencialmente traumática, não fazendo parte das diretrizes modernas de manejo da HDA variceal.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve o tripé fundamental do tratamento da HDA no cirrótico: 1. Droga vasoativa (Octreotídeo, Terlipressina ou Somatostatina) para reduzir a pressão portal e o fluxo sanguíneo nas varizes; 2. Antibioticoterapia profilática (geralmente Ceftriaxone ou Norfloxacino), que é mandatória, pois reduz drasticamente a mortalidade e o risco de ressangramento; 3. Inibidor de Bomba de Prótons (IBP), que, embora menos importante que a droga vasoativa no sangramento variceal, é utilizado para cobrir a possibilidade de úlcera péptica e auxiliar na cicatrização após a ligadura elástica. A endoscopia deve ser realizada, idealmente, nas primeiras 12 horas após a estabilização hemodinâmica inicial.

Alternativa d) Incorreta. O prazo de 48 horas para a realização da endoscopia é muito longo para um paciente com suspeita de sangramento por varizes, o que aumenta o risco de óbito. Além disso, a alternativa ignora o uso de antibióticos e de drogas vasoativas, que são essenciais para o controle do sangramento portal.

SÍNTESE DO MANEJO ESPECÍFICO

Diante de um cirrótico com hemorragia digestiva, a conduta deve sempre incluir a estabilização hemodinâmica cuidadosa (evitando super-hidratação para não aumentar a pressão portal), início imediato de drogas vasoativas, antibioticoterapia profilática e planejamento de endoscopia digestiva alta precoce (em até 12 horas). O gabarito é a alternativa C, por contemplar todas essas medidas essenciais.

Questão 17

A questão apresenta um caso clássico de pancreatite aguda, caracterizado pela dor epigástrica irradiada para o dorso (dor em barra), náuseas, vômitos e a confirmação laboratorial pela elevação das enzimas amilase e lipase. A presença de microcálculos na ultrassonografia aponta para a etiologia biliar, que é a causa mais comum, mesmo em pacientes etilistas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Antigamente, acreditava-se que o repouso pancreático absoluto (jejum) deveria ser mantido até que os sintomas sumissem ou as enzimas normalizassem. Hoje, sabemos que o nível das enzimas pancreáticas não reflete a gravidade da doença nem serve como parâmetro para o retorno da dieta. O jejum prolongado prejudica a barreira intestinal, favorecendo a translocação bacteriana e infecções.

Alternativa b) Incorreta. Não existe indicação de antibioticoterapia profilática na pancreatite aguda, mesmo em casos potencialmente graves (sugerida pela PCR de 130 mg/L). O uso de antibióticos fica restrito a casos de infecção comprovada, como necrose pancreática infectada ou focos infecciosos extrapancreáticos (colangite, pneumonia, infecção urinária).

Alternativa c) Correta. O tratamento fundamental da pancreatite aguda nas primeiras 24 a 48 horas baseia-se em dois pilares: reposição volêmica e suporte nutricional. A hidratação vigorosa é essencial para garantir a perfusão da glândula pancreática e prevenir a necrose. O Ringer lactato é o fluido de escolha, pois está associado a uma menor incidência de síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) em comparação ao soro fisiológico. Além disso, a nutrição precoce (assim que o paciente tolerar e a dor diminuir) é recomendada para manter a integridade da mucosa intestinal.

Alternativa d) Incorreta. Os corticoides não têm papel no manejo inicial da pancreatite aguda biliar ou alcoólica. Eles poderiam ser considerados em casos raros de pancreatite autoimune, o que não condiz com a história clínica de etilismo e cálculos biliares apresentada.

Questão 18

Diagnóstico: O quadro clínico descrito (dor abdominal, náuseas, vômitos, perda de peso e respiração profunda/ofegante de Kussmaul) associado aos exames laboratoriais (glicemia > 250 mg/dL, pH < 7,30 e HCO₃ < 18 mEq/L) sela o diagnóstico de Cetoacidose Diabética (CAD), provavelmente desencadeada por uma infecção urinária em uma paciente com diabetes mellitus tipo 1 recém-descoberto.

Análise da conduta: No tratamento da CAD, seguimos os pilares de hidratação venosa, correção eletrolítica e insulinoaterapia. No entanto, existe uma regra de segurança absoluta: a insulinoaterapia nunca deve ser iniciada se o potássio sérico estiver abaixo de 3,3 mEq/L.

Por que o potássio é a prioridade aqui?

A insulina promove o influxo de potássio para dentro da célula (*shift* intracelular). Além disso, a correção da acidose também desloca o potássio para o meio intracelular. Como a paciente já apresenta hipocalemia (K⁺ de 3,1 mEq/L), iniciar insulina agora causaria uma queda ainda mais acentuada dos níveis séricos de potássio, podendo levar a arritmias fatais e parada cardiorrespiratória.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Iniciar insulina com potássio de 3,1 mEq/L é contraindicado pelo risco de hipocalemia grave e morte súbita. O potássio deve ser repostado até atingir um valor acima de 3,3 mEq/L antes de ligar a bomba de insulina.

b) Incorreta. O uso de bicarbonato de sódio na CAD é controverso e indicado apenas em casos de acidose extrema (geralmente pH < 6,9) que não responde à hidratação. Além disso, o bicarbonato também reduz o potássio sérico, o que agravaria o quadro desta paciente. A insulina também não pode ser iniciada pelo motivo já exposto.

c) Correta. Esta é a conduta prioritária. Deve-se repor potássio (geralmente 20 a 30 mEq/h) e aguardar que ele suba para um nível seguro (> 3,3 mEq/L) para, só então, iniciar a insulina regular.

d) Incorreta. Embora o uso de soluções balanceadas como Ringer-lactato venha ganhando espaço na hidratação da CAD por reduzir o risco de acidose hiperclorêmica, a alternativa está errada ao propor o início imediato da insulina antes da correção do potássio.

Questão 19

O quadro clínico descrito, caracterizado por febre elevada, taquicardia importante (140 bpm), agitação psicomotora e sudorese intensa em uma paciente com doença de Graves que interrompeu o tratamento, é patognomônico de uma tempestade tireoidiana. Trata-se de uma emergência endocrinológica com alta taxa de mortalidade, exigindo intervenção rápida e organizada em etapas específicas para bloquear a síntese, a liberação e a ação periférica dos hormônios tireoidianos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso de corticoides, como a hidrocortisona ou dexametasona, é um componente essencial no tratamento da tempestade tireoidiana. Eles atuam reduzindo a conversão periférica de T4 em T3 e prevenindo a insuficiência adrenal relativa que pode ocorrer no estado hipermetabólico. No entanto, na sequência clássica de manejo farmacológico após o início da tiamida, a prioridade é o bloqueio da liberação hormonal glandular com iodo, respeitando o intervalo de tempo necessário.

Alternativa b) Incorreta. O verapamil é um bloqueador dos canais de cálcio utilizado para controle de frequência cardíaca apenas quando existe contraindicação absoluta ao uso de betabloqueadores (como em casos de asma brônquica grave ou insuficiência cardíaca descompensada com baixo débito). Como a paciente já iniciou o betabloqueador e não há menção à refratariedade ou contraindicação, não há indicação para o verapamil.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa apresenta um erro conceitual perigoso. O iodo nunca deve ser administrado antes da tiamida. Se o iodo for oferecido a uma glândula hiperativa sem o bloqueio prévio da síntese (organificação), ele servirá como substrato para a produção de novos hormônios, o que pode exacerbar gravemente a tireotoxicose (fenômeno de Jod-Basedow).

Alternativa d) Correta. A sequência terapêutica correta na tempestade tireoidiana envolve primeiro o bloqueio da síntese hormonal com tiamidas (preferencialmente o propiltiouracil, que também inibe a conversão periférica de T4 em T3). Após cerca de 60 minutos da dose inicial da tiamida, deve-se administrar o iodo inorgânico (como a solução de Lugol). Esse intervalo de uma hora é fundamental para garantir que a glândula já esteja "bloqueada" e que o iodo atue apenas impedindo a liberação do hormônio pré-formado que já está estocado nos folículos tireoidianos (efeito Wolff-Chaikoff), sem o risco de ser utilizado para sintetizar novos hormônios.

Questão 20

O caso clínico apresenta um paciente com Neutropenia Febril. Os critérios para esse diagnóstico são preenchidos por: febre (temperatura única acima de 38,3 °C) e contagem absoluta de neutrófilos abaixo de 500/mm³ (o paciente apresenta 200/mm³). Trata-se de uma emergência médica que exige antibioticoterapia empírica imediata após a coleta de culturas.

A escolha do antibiótico deve, obrigatoriamente, cobrir a *Pseudomonas aeruginosa*. Além disso, a presença de hipotensão e desconforto respiratório classifica o paciente como de alto risco, exigindo tratamento hospitalar intravenoso.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o Cefepime seja uma opção válida como monoterapia para neutropenia febril por cobrir *Pseudomonas*, a dose de 1 g de 8/8 horas é considerada insuficiente para este cenário, especialmente em pacientes com sinais de instabilidade clínica. A dose padrão recomendada é de 2 g de 8/8 horas.

b) Incorreta. A Ceftriaxona é uma cefalosporina de 3ª geração que não possui atividade contra *Pseudomonas aeruginosa*, sendo, portanto, contraindicada como monoterapia ou esquema principal na neutropenia febril. A azitromicina (macrolídeo) é usada para germes atípicos, o que não é a prioridade inicial aqui.

c) Correta. A Piperacilina-tazobactam (Tazocin) é um dos esquemas de primeira escolha para o tratamento empírico da neutropenia febril de alto risco. Possui excelente espectro contra bactérias Gram-negativas (incluindo *Pseudomonas*), Gram-positivas e anaeróbios. A dose de 4,5 g de 8/8 horas (ou 6/6 horas) está correta para pacientes com função renal preservada (Creatinina de 0,9 mg/dL).

d) Incorreta. A associação Amoxicilina-clavulanato não possui cobertura contra *Pseudomonas aeruginosa*. Esse esquema (geralmente associado à Ciprofloxacina) é reservado apenas para pacientes de baixo risco (estáveis, sem focos infecciosos graves) que podem realizar tratamento via oral domiciliar, o que não é o caso deste paciente, que apresenta sinais de sepse (hipotensão e desconforto respiratório).

Questão 21

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso descreve o nascimento de um recém-nascido prematuro extremo (28 semanas) que apresenta sinais de depressão neonatal ao nascer (apneia e hipotonia). De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e

do Programa de Reanimação Neonatal, a abordagem deve ser rápida e focada na estabilização térmica e respiratória.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

Para prematuros com menos de 34 semanas, a manutenção da temperatura é crítica (normotermia), pois a superfície corporal é grande e a pele é fina, facilitando a perda de calor. No que diz respeito à respiração, se o bebê nasce em apneia ou com respiração irregular, a conduta prioritária é iniciar a Ventilação com Pressão Positiva (VPP) nos primeiros 60 segundos de vida (o chamado Minuto de Ouro). O ventilador mecânico manual em T é o equipamento de escolha para prematuros, pois permite o controle exato da pressão inspiratória e a aplicação de PEEP (pressão expiratória final positiva), o que protege o pulmão imaturo e evita o colapso dos alvéolos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A intubação orotraqueal não é o primeiro passo imediato. A maioria dos recém-nascidos responde à VPP feita com máscara facial. A intubação é indicada apenas se a ventilação com máscara não for efetiva, se houver necessidade de massagem cardíaca ou em situações específicas como hérnia diafragmática.

Alternativa (b): As compressões torácicas nunca são o procedimento prioritário. Elas só são indicadas se, após 30 segundos de VPP bem executada (com técnica adequada e via aérea garantida), a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 batimentos por minuto. A prioridade absoluta na reanimação neonatal é a ventilação pulmonar.

Alternativa (c): Um recém-nascido em apneia não pode ser transportado apenas com cateter nasal. O cateter oferece oxigênio suplementar, mas não trata a falha respiratória (apneia). Ele necessita de suporte ventilatório com pressão positiva para estabilização antes de qualquer transporte. Além disso, o clampeamento do cordão em prematuros não vigorosos deve ser imediato para iniciar a reanimação sem atraso.

RESUMO DO MANEJO PARA O CASO:

1. Manter a temperatura (usar berço radiante, envolver em saco plástico e colocar touca).
2. Posicionar as vias aéreas e aspirar se necessário.
3. Iniciar Ventilação com Pressão Positiva (VPP) com máscara e ventilador em T preferencialmente.
4. Monitorar frequência cardíaca e saturação de oxigênio.

Questão 22

A questão descreve um quadro clássico de sopro inocente na infância, especificamente o Sopro de Still. Este é o sopro funcional mais comum em crianças em idade escolar e possui características clínicas muito específicas que permitem o diagnóstico apenas com o exame físico.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A comunicação interventricular (CIV) tipicamente se manifesta como um sopro holossistólico (ou pansistólico), e não apenas sistólico ejetivo. Além disso, a CIV costuma ser mais intensa e não apresenta a característica de diminuir significativamente de intensidade com a mudança de posição para ortostatismo da forma como um sopro inocente faz.

Alternativa B (Incorreta): O prolapso de valva mitral (PVM) caracteriza-se por um clique mesossistólico seguido de um sopro telessistólico (no final da sístole). Diferente do caso apresentado, as manobras que reduzem o retorno venoso (como o ortostatismo ou a manobra de Valsalva) tendem a antecipar o clique e aumentar a duração ou intensidade do sopro no PVM, o oposto do que foi descrito na questão.

Alternativa C (Correta): O sopro descrito é o Sopro de Still. Suas principais características são: localização em borda esternal esquerda baixa ou entre o ápice e a borda esternal; timbre vibratório ou "musical"; intensidade leve a moderada (geralmente até ++/++++); e caráter ejetivo. Um ponto fundamental para o diagnóstico de sopro inocente é a mudança com a posição: ao ficar de pé (ortostatismo), o retorno venoso diminui, o volume de sangue dentro do ventrículo se reduz e, conseqüentemente, a intensidade do sopro diminui ou ele desaparece. Diante de um sopro com características tipicamente inocentes e exame físico sem outras anormalidades (sem frêmitos, sem alterações de bulhas ou pulsos), a conduta correta é tranquilizar a família, sem necessidade de exames complementares.

Alternativa D (Incorreta): A persistência do canal arterial (PCA) manifesta-se classicamente como um sopro contínuo (sistólico e diastólico), comumente chamado de sopro "em maquinaria", melhor audível em região infraclavicular esquerda. Não se apresenta como um sopro apenas sistólico ejetivo que diminui ao ficar em pé. Além disso, o ECG e a radiografia seriam desnecessários para o quadro clínico descrito.

Questão 23

A amamentação é contraindicada temporária ou permanentemente em situações específicas de uso de substâncias psicoativas ou medicamentos, dependendo da toxicidade e do tempo de excreção de cada composto. A análise de cada alternativa deve considerar o perfil de segurança e o tempo de depuração da substância conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Alternativa A) INCORRETA. O propiltiouracil (PTU) é um fármaco antitireoidiano considerado compatível com a amamentação. Ele possui alta ligação a proteínas plasmáticas e baixa lipossolubilidade, o que resulta em uma passagem mínima para o leite materno. Não há necessidade de suspensão do aleitamento para mães que utilizam essa medicação.

Alternativa B) CORRETA. A maconha é contraindicada durante o aleitamento materno. O tetra-hidrocanabinol (THC) é altamente lipofílico, concentra-se no leite materno (podendo atingir níveis oito vezes maiores que no plasma materno) e tem uma meia-vida longa, podendo ser detectado por semanas em usuários crônicos. O uso recente (há 6 horas) exige a suspensão imediata da amamentação devido ao risco de sedação, atraso no desenvolvimento psicomotor e prejuízo na sucção do lactente. O Ministério da Saúde recomenda a interrupção da amamentação por, no mínimo, 24 horas após o uso ocasional.

Alternativa C) INCORRETA. A risperidona é um antipsicótico atípico classificado como provavelmente compatível com a amamentação (L3 na classificação de Hale). Embora seja excretada no leite, a dose relativa recebida pelo bebê é geralmente baixa. Recomenda-se o monitoramento do lactente quanto a possíveis efeitos de sedação ou ganho de peso, mas o uso da substância há 24 horas não é uma indicação absoluta de suspensão do aleitamento.

Alternativa D) INCORRETA. A cocaína é uma droga de abuso que exige a suspensão temporária da amamentação devido ao risco de intoxicação grave no lactente (hipertermia, convulsões e taquicardia). No entanto, o período recomendado de suspensão e descarte do leite após o uso de cocaína é de 24 horas. Como o uso relatado foi há 36 horas, a mãe já estaria apta a retomar a amamentação, não sendo mais necessária a suspensão no momento avaliado pela questão.

Questão 24

A questão aborda os critérios do algoritmo PECARN (Pediatric Emergency Care Applied Research Network), que é a principal ferramenta clínica utilizada para decidir a necessidade de tomografia computadorizada (TC) de crânio em crianças menores de 2 anos após um traumatismo cranioencefálico (TCE).

Alternativa A (Correta): Para crianças menores de 2 anos, a Escala de Coma de Glasgow Pediátrica (ECGp) é adaptada. No caso descrito: abertura ocular ao comando verbal (3 pontos), choro irritado (4 pontos) e retirada à dor (4 pontos) totalizam uma ECGp de 11. Segundo o critério PECARN, qualquer paciente com ECGp menor ou igual a 14 ou com sinais de estado mental alterado (agitação, sonolência, perguntas repetitivas ou resposta lenta) é classificado como alto risco para lesão cerebral traumática clinicamente importante, sendo a TC de crânio fortemente recomendada.

Alternativa B (Incorreta): A presença de fratura de crânio palpável em menores de 2 anos é um dos critérios de alto risco no algoritmo PECARN. Nesses casos, a TC de crânio é o exame de escolha devido à sua alta sensibilidade para detectar lesões intracranianas associadas. A radiografia simples (raio X) tem utilidade limitada no trauma agudo e não substitui a TC na avaliação de lesões cerebrais.

Alternativa C (Incorreta): No algoritmo PECARN para menores de 2 anos, a perda de consciência maior ou igual a 5 segundos é considerada um fator de risco intermediário. A presença desse critério isoladamente coloca a criança em um grupo no qual o médico deve considerar a TC ou a observação clínica, dependendo da evolução, da experiência do examinador e do desejo dos pais. Portanto, é, sim, um critério previsto para a recomendação/consideração do exame.

Alternativa D (Incorreta): Nem toda queda indica a realização de TC. O PECARN define como "mecanismo grave de trauma" quedas de altura superior a 3 pés (aproximadamente 0,9 metro) para menores de 2 anos. Quedas de alturas menores, em pacientes assintomáticos e sem outros fatores de risco, geralmente não justificam a exposição à radiação de uma tomografia.

Questão 25

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um lactente de 3 meses com quadro de irritabilidade intensa e achado de hemorragia retiniana ao exame físico. A história relatada pela mãe (queda de apenas 20 centímetros) é incompatível com a gravidade dos achados clínicos. A presença de hemorragia retiniana em lactentes, associada ou não a hematoma subdural e edema cerebral, compõe a tríade clássica da Lesão Cerebral Traumática

Abusiva, anteriormente conhecida como Síndrome do Bebê Sacudido. Diante de uma discrepância entre o mecanismo de trauma relatado e os achados físicos, a principal hipótese deve ser maus-tratos ou abuso infantil.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e normativas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes é compulsória. Importante destacar que a lei exige apenas a suspeita fundamentada, e não a confirmação absoluta do crime, para que a notificação seja feita ao Conselho Tutelar ou autoridade competente. O objetivo é a proteção imediata da vítima.

Alternativa B (INCORRETA): O médico não deve retardar a notificação aguardando um diagnóstico diferencial completo ou a exclusão de todas as outras causas. A proteção da criança é prioritária. A notificação de suspeita não é uma denúncia formal de crime com culpado constituído, mas um alerta para que os órgãos de proteção investiguem a segurança do ambiente em que a criança vive. Aguardar o fechamento do diagnóstico pode expor o lactente a novas agressões, possivelmente fatais.

Alternativa C (INCORRETA): Embora casos de violência possam envolver a força policial, o fluxo assistencial e ético correto determina a notificação ao Conselho Tutelar da localidade. Além disso, o dever ético do médico não se resume apenas ao registro e comunicação; envolve garantir a estabilização clínica, a segurança do paciente (muitas vezes indicando a internação hospitalar para proteção e investigação) e o acolhimento necessário.

Alternativa D (INCORRETA): A suspeita clínica deve ser imediata ao encontrar sinais de alerta, como a hemorragia retiniana ou a incompatibilidade da história clínica com o estado do paciente. Os exames de neuroimagem (como tomografia ou ressonância) são fundamentais para confirmar lesões intracranianas e documentar a extensão do dano, mas a suspeita diagnóstica e a conduta de proteção devem ser iniciadas assim que os sinais físicos sugestivos são detectados.

Questão 26

Análise do caso clínico:

O paciente é um recém-nascido de 16 dias com icterícia persistente (prolongada), de início tardio (6º dia), com bom estado geral, ganho ponderal adequado e eliminações normais. O quadro sugere uma hiperbilirrubinemia indireta prolongada. Em recém-nascidos a termo, a icterícia que ultrapassa 14 dias de vida exige investigação

para diferenciar causas benignas, como a icterícia do leite materno, de patologias mais graves.

Alternativa A (Incorreta): A indicação de fototerapia depende dos níveis séricos de bilirrubina total confrontados com a idade gestacional e horas de vida em curvas específicas (como as de Bhutani ou da Academia Americana de Pediatria). Não se inicia fototerapia "imediatamente" apenas pela idade cronológica, especialmente em um quadro clinicamente leve (icterícia apenas em escleras, face e tronco superior). Além disso, o risco de exsanguineotransusão é maior na primeira semana de vida, quando a barreira hematoencefálica está mais vulnerável e os níveis de bilirrubina tendem a subir mais abruptamente.

Alternativa B (Correta): Diante de uma icterícia prolongada, uma das etapas da investigação é descartar processos hemolíticos. Se o hemograma apresentar reticulocitose (aumento de glóbulos vermelhos jovens), isso indica que a medula óssea está tentando compensar uma destruição aumentada de hemácias. Nesse cenário, as enzimopatias, como a deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase) e a deficiência de piruvato quinase, tornam-se diagnósticos diferenciais fundamentais, pois causam hemólise e consequente aumento da bilirrubina indireta.

Alternativa C (Incorreta): A icterícia fisiológica típica do recém-nascido a termo surge após as primeiras 24 horas de vida, atinge o pico entre o 3º e o 5º dia e desaparece espontaneamente até o 10º ou 12º dia. No caso descrito, o bebê já está no 16º dia, o que caracteriza o quadro como icterícia prolongada ou persistente, não sendo mais considerada fisiológica típica.

Alternativa D (Incorreta): A recomendação atual da Sociedade Brasileira de Pediatria e de órgãos internacionais é contra a exposição direta à luz solar (banho de sol) para o tratamento da icterícia. O sol não tem eficácia comprovada para reduzir níveis patológicos de bilirrubina, além de expor o neonato a riscos de queimaduras, hipertermia, desidratação e danos à pele pelos raios ultravioleta. O tratamento padrão-ouro, quando necessário, é a fototerapia com lâmpadas específicas em ambiente controlado.

Questão 27

Alternativa a: Correta. De acordo com as diretrizes da American Heart Association (AHA) para Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), a proporção de compressões e ventilações em lactentes e crianças varia conforme o número de socorristas. Para um único socorrista, a relação é de 30:2, visando simplificar o procedimento. Quando há dois ou mais socorristas presentes, a proporção

recomendada passa a ser de 15:2, priorizando uma maior oferta ventilatória, já que as causas respiratórias são as mais comuns nessa faixa etária.

Alternativa b: Incorreta. A carga inicial para desfibrilação em pediatria é de 2 joules por quilo (J/kg). No segundo choque, a carga deve ser de 4 J/kg. Choques subsequentes devem ter carga mínima de 4 J/kg, podendo ser escalonados até um máximo de 10 J/kg ou a dose máxima para adultos, o que for menor. Portanto, 10 J/kg é o teto terapêutico, e não a carga inicial.

Alternativa c: Incorreta. Apesar de a hipóxia ser a principal causa de parada cardiorrespiratória em pediatria, a obtenção de uma via aérea avançada (como a cânula traqueal) não é obrigatória no primeiro ciclo. O manejo inicial deve ser feito com ventilação bolsa-valva-máscara de forma eficaz. A intubação precoce pode gerar interrupções desnecessárias nas compressões torácicas e está associada a complicações se não for executada por pessoal extremamente treinado.

Alternativa d: Incorreta. Em ritmos não chocáveis (assistolia e Atividade Elétrica sem Pulso - AESP), a medicação de primeira escolha e prioridade absoluta é a adrenalina (epinefrina), que deve ser administrada o mais rápido possível. A atropina não faz parte do protocolo de rotina da parada cardiorrespiratória pediátrica, sendo reservada para situações específicas de bradicardia sintomática (como em casos de bloqueio atrioventricular total ou aumento do tônus vagal).

Questão 28

A questão apresenta um quadro clássico de Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU), uma das principais causas de insuficiência renal aguda em pediatria. O diagnóstico baseia-se na tríade clínica composta por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e injúria renal aguda.

No caso descrito, o paciente de quatro anos apresenta um pródromo de "intoxicação alimentar" com diarreia sanguinolenta (provavelmente causada pela bactéria *Escherichia coli* produtora de toxina Shiga), seguido por palidez (refletindo a anemia), manchas avermelhadas (petéquias/púrpura indicando a queda de plaquetas), oligúria e hipertensão (sinais de comprometimento renal agudo).

Alternativa (a) Incorreta: A Glomerulonefrite Pós-Estreptocócica (GNPE) é uma síndrome nefrítica que ocorre após uma infecção de faringe ou de pele pelo estreptococo. Embora apresente hipertensão e oligúria, ela se manifesta classicamente com hematúria macroscópica (urina cor de chá ou cola) e edema, não estando associada a pródromo de diarreia sanguinolenta ou trombocitopenia.

Alternativa (b) Incorreta: A Síndrome Nefrótica caracteriza-se por proteinúria maciça, hipoalbuminemia e edema generalizado (anasarca). Não é uma complicação aguda de quadros de diarreia infecciosa e não cursa tipicamente com anemia hemolítica e plaquetopenia.

Alternativa (c) Correta: A Síndrome Hemolítico-Urêmica é o diagnóstico mais provável. O histórico de diarreia sanguinolenta precedendo os sintomas sistêmicos aponta para a SHU típica (pós-diarreica). A tríade de anemia (palidez), trombocitopenia (manchas avermelhadas) e insuficiência renal (oligúria e hipertensão) fecha perfeitamente o raciocínio clínico para esta patologia.

Alternativa (d) Incorreta: A Síndrome de Alport é uma doença hereditária progressiva ligada a defeitos no colágeno tipo IV. Ela se manifesta com hematúria persistente, perda auditiva neurossensorial e alterações oculares. Não se apresenta como um quadro agudo e sistêmico após uma infecção gastrointestinal.

Questão 29

O quadro clínico descrito — lactente de 6 meses com pródromos virais (contato com a irmã doente), febre, esforço respiratório e confirmação de Vírus Sincicial Respiratório (VSR) — é o diagnóstico clássico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA). Esta é a infecção das vias aéreas inferiores mais comum em crianças menores de 2 anos.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Embora o paciente possua histórico familiar de asma (o que pode sugerir uma predisposição à sibilância), as principais diretrizes nacionais e internacionais (como a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria) não recomendam o uso rotineiro de broncodilatadores, como o salbutamol, na bronquiolite. A fisiopatologia da BVA envolve edema de mucosa, excesso de secreção e necrose epitelial, e não propriamente o broncoespasmo do músculo liso. Estudos mostram que o salbutamol não reduz o tempo de internação nem melhora o desfecho clínico na maioria dos casos.

Alternativa b) Correta. O tratamento da Bronquiolite Viral Aguda é essencialmente de suporte. Como não existe uma terapia específica que ataque o vírus de forma rotineira, a conduta baseia-se em: garantir a oxigenação adequada (suporte ventilatório, que pode variar de cateter de O₂ a ventilação não invasiva ou mecânica, dependendo da gravidade) e manter a hidratação e nutrição do paciente (seja por via oral, sonda ou venosa), uma vez que o esforço respiratório e a taquipneia aumentam a perda hídrica e dificultam a ingestão.

Alternativa c) Incorreta. O oseltamivir é indicado para o vírus Influenza, e não para o VSR. Já a ribavirina é um antiviral que pode ser considerado apenas em casos raros de pacientes com imunossupressão grave ou cardiopatias congênitas complexas, devido ao seu alto custo, toxicidade e eficácia limitada. Não é uma conduta de primeira linha ou imediata para um lactente previamente hígido.

Alternativa d) Incorreta. A claritromicina é um antibiótico (macrolídeo). Como o agente etiológico identificado é o Vírus Sincicial Respiratório, o uso de antibióticos não está indicado. O uso indiscriminado de antibióticos na BVA não previne complicações bacterianas e não altera o curso da doença viral. Eles devem ser reservados apenas se houver evidência clara de infecção bacteriana secundária associada, o que não é o caso descrito.

Questão 30

Para compreender a abordagem da sífilis congênita, é fundamental seguir os protocolos do Ministério da Saúde do Brasil, que visam à investigação completa do recém-nascido sempre que houver falha no tratamento materno.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A droga de primeira escolha para o tratamento da neurosífilis congênita é a Penicilina G Cristalina, administrada por via intravenosa. A ceftriaxona é considerada uma alternativa em casos selecionados ou quando há indisponibilidade de penicilina, mas não ocupa o lugar de primeira escolha nos protocolos oficiais.

b) Incorreta. Se a gestante foi adequadamente tratada (esquema correto para o estágio da doença, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e com queda documentada de títulos de VDRL) e o recém-nascido está assintomático, com exames laboratoriais normais e VDRL não reagente ou inferior ao da mãe, não há indicação de internação por 10 dias. Nesses casos, realiza-se apenas o acompanhamento clínico-laboratorial ou, se o acompanhamento não for garantido, uma dose única de Penicilina Benzatina.

c) Incorreta. O ultrassom transfontanela e a punção lombar são exames que avaliam parâmetros distintos. O ultrassom busca alterações estruturais, enquanto a punção lombar é o único exame capaz de diagnosticar a neurosífilis por meio da análise de celularidade, bioquímica e VDRL no líquido cefalorraquidiano. Um ultrassom normal jamais substitui a necessidade de avaliar o líquido em casos suspeitos.

d) Correta. De acordo com as diretrizes nacionais, se a gestante não foi tratada ou foi tratada de forma inadequada durante o pré-natal, o recém-nascido deve passar por

uma investigação completa. Esta investigação inclui obrigatoriamente a punção lombar para análise do líquido, além de hemograma, radiografia de ossos longos e avaliação auditiva/visual. O objetivo é identificar o envolvimento do sistema nervoso central (neurosífilis), o que altera o manejo terapêutico e o prognóstico da criança. É considerada gestante inadequadamente tratada aquela que usou droga diferente da penicilina, não completou o esquema, iniciou o tratamento a menos de 30 dias do parto ou não apresentou queda dos títulos sorológicos.

Questão 31

Alternativa a: Incorreta. A artéria epigástrica inferior é, na verdade, um ramo da artéria ilíaca externa. Ela se origina logo acima do ligamento inguinal e sobe pela parede abdominal anterior, servindo como um importante marco anatômico para diferenciar as hérnias inguinais diretas das indiretas.

Alternativa b: Incorreta. A artéria pudenda interna é um dos ramos terminais da divisão anterior da artéria ilíaca interna. A artéria ilíaca externa não emite ramos significativos para a região pélvica profunda ou períneo, destinando-se principalmente ao suprimento do membro inferior após tornar-se artéria femoral.

Alternativa c: Correta. Na organização vascular da pelve e do abdome inferior, as veias geralmente situam-se posterior e medialmente às suas artérias correspondentes. A veia ilíaca comum esquerda localiza-se medialmente à artéria ilíaca comum esquerda em seu trajeto para se unir à veia ilíaca comum direita e formar a veia cava inferior. Um detalhe anatômico importante é que a veia ilíaca comum esquerda passa por baixo da artéria ilíaca comum direita, local onde pode sofrer compressão (Síndrome de May-Thurner).

Alternativa d: Incorreta. Existe uma assimetria clássica na drenagem venosa das gônadas. A veia ovariana direita (assim como a testicular direita) drena diretamente para a veia cava inferior. É a veia ovariana esquerda que drena para a veia renal esquerda. Essa diferença explica, por exemplo, por que processos patológicos de drenagem venosa são mais comuns no lado esquerdo.

Questão 32

Alternativa a) Correta. A mamografia é o padrão-ouro para o rastreamento, justamente por sua capacidade de detectar lesões subclínicas. Uma proporção considerável de tumores iniciais (entre 10% e 50%, dependendo da densidade mamária e da tecnologia utilizada) é visível no exame de imagem antes de se tornar clinicamente palpável.

Alternativa b) Correta. O rastreamento radiográfico não é infalível e apresenta uma taxa de falsos-negativos de aproximadamente 10% a 20%. Isso ocorre especialmente em mamas densas ou em tipos específicos de tumores, como o carcinoma lobular. Por esse motivo, um exame físico alterado exige investigação adicional, independentemente de um resultado mamográfico normal.

Alternativa c) Incorreta. Esta é a alternativa que deve ser assinalada. Mulheres portadoras de mutações nos genes BRCA 1 ou 2 são classificadas como de alto risco e necessitam de um protocolo de rastreamento mais precoce e intensivo. As principais diretrizes recomendam iniciar o rastreamento com ressonância magnética (RM) anual aos 25 anos e associar a mamografia anual a partir dos 30 anos. Portanto, iniciar apenas aos 35 anos é considerado tardio para esse grupo específico.

Alternativa d) Correta. Com o envelhecimento e a menopausa, o tecido glandular (mais denso e firme) sofre um processo de substituição por tecido adiposo (gordura), que é mais macio. Em uma mama predominantemente gordurosa, massas e nódulos endurecidos apresentam um contraste maior de consistência, facilitando a percepção tátil durante o exame físico.

Gabarito: Letra (c).

Questão 33

Alternativa (a) CORRETA: Os sintomas vasomotores, representados pelos fogachos (ondas de calor) e pela sudorese noturna, são as manifestações mais frequentes do climatério. Eles afetam entre 60% e 80% das mulheres (aproximadamente 75%, como citado). Embora a duração média desses sintomas seja de 2 a 5 anos, estudos epidemiológicos de longo prazo, como o estudo SWAN, demonstram que, em muitas mulheres, a duração mediana é de 7,4 anos e, em cerca de 10% a 15%, os sintomas podem persistir por 10 anos ou mais.

Alternativa (b) INCORRETA: A Síndrome Genitourinária da Menopausa (SGM) é muito mais comum do que os 10% sugeridos. Estima-se que cerca de 50% das mulheres na pós-menopausa apresentem sintomas de atrofia vulvovaginal (secura, dispareunia e irritação) e sintomas urinários. Diferentemente dos sintomas vasomotores, que podem regredir com o tempo, a SGM é progressiva e tende a piorar sem o tratamento adequado.

Alternativa (c) INCORRETA: As disfunções sexuais são muito comuns entre os 50 e 60 anos, justamente pela transição menopausal. A etiologia é multifatorial, incluindo a queda dos níveis de estrogênio (causando atrofia vaginal e dor na relação), a redução dos androgênios (impactando a libido) e fatores psicossociais e de relacionamento.

Pesquisas indicam que mais de 40% das mulheres nessa faixa etária relatam algum grau de disfunção sexual.

Alternativa (d) INCORRETA: O erro fundamental desta alternativa está no termo "aumento da massa óssea". Na pós-menopausa, ocorre justamente o contrário: a redução da massa óssea (osteopenia e osteoporose) devido à deficiência estrogênica, que leva a um desequilíbrio no remodelamento ósseo com predomínio da reabsorção pelos osteoclastos. Essa perda de densidade mineral óssea é o que aumenta o risco de fraturas por fragilidade.

Questão 34

Esta questão aborda o conhecimento técnico sobre os métodos de contracepção de emergência (CE), focando em mecanismos de ação, eficácia e efeitos colaterais. O objetivo é identificar a alternativa incorreta.

Alternativa a) Correta. O DIU de cobre é o método de contracepção de emergência mais eficaz que existe. Quando inserido em até 5 dias após a relação sexual desprotegida, sua taxa de falha é próxima de zero (aproximadamente 0,1 por cento), o que permite à literatura médica considerar sua eficácia como virtualmente 100 por cento. Ele atua principalmente causando uma reação inflamatória citotóxica que é tóxica para os espermatozoides e óvulos, impedindo a fertilização ou a implantação.

Alternativa b) Correta. O principal mecanismo de ação do levonorgestrel na contracepção de emergência é o bloqueio ou o atraso da ovulação. Ele age impedindo o pico do hormônio luteinizante (LH), desde que seja administrado antes que esse pico ocorra. É importante ressaltar que ele não possui efeito após a fertilização ou implantação, não sendo, portanto, um método abortivo.

Alternativa c) Incorreta (Gabarito). Esta afirmação está errada porque o perfil de tolerabilidade do levonorgestrel isolado é muito superior ao do regime combinado (Método de Yuzpe). O Método de Yuzpe utiliza pílulas anticoncepcionais comuns (estrogênio + progestogênio) em altas doses, o que causa náuseas em cerca de 50 por cento das usuárias e vômitos em 20 por cento. Já o uso isolado de levonorgestrel causa náuseas em apenas cerca de 20 por cento das mulheres e vômitos em menos de 6 por cento. Por essa razão, o levonorgestrel isolado é preferível ao esquema combinado.

Alternativa d) Correta. O levonorgestrel apresenta uma alta eficácia quando utilizado precocemente. Se administrado dentro das primeiras 72 horas após o coito, a taxa de gravidez observada é de aproximadamente 1 a 1,5 por cento. Vale lembrar que, embora sua bula recomende o uso até 72 horas, as diretrizes atuais do Ministério da

Saúde e da OMS indicam que o método ainda mantém certa eficácia se iniciado em até 5 dias (120 horas), embora esta diminua conforme o tempo passa.

Questão 35

A questão apresenta um quadro clínico clássico de cancro mole (ou chancroide), uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*. As principais características que definem o diagnóstico no enunciado são a dor intensa da úlcera, a presença de exsudato purulento (fundo sujo), as bordas escavadas ou irregulares e a evolução para linfadenopatia inguinal com flutuação (formação do bubão), que costuma drenar por um único orifício.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a) INCORRETA. A sífilis primária, também chamada de cancro duro, caracteriza-se por uma úlcera geralmente única, porém indolor, com base limpa (sem pus) e bordas endurecidas. A linfadenopatia da sífilis é tipicamente bilateral, indolor e não evolui para flutuação ou supuração. Embora o tratamento com penicilina benzatina esteja correto para sífilis, o quadro clínico descrito não corresponde a essa patologia.

Alternativa b) CORRETA. O diagnóstico é de chancroide (cancro mole). As características de úlcera profunda, dolorosa, com fundo purulento e bordas escavadas, associada a linfadenopatia inguinal que flutua, são típicas desta condição. O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil é a azitromicina 1 g por via oral, em dose única. Outra opção seria a ceftriaxona 250 mg via intramuscular, também em dose única.

Alternativa c) INCORRETA. O herpes genital manifesta-se inicialmente por pequenas vesículas agrupadas sobre base eritematosa que, ao se romperem, formam úlceras rasas, limpas e muito dolorosas. O quadro descrito de úlcera profunda, com fundo purulento e bordas escavadas, não é compatível com o padrão herpético.

Alternativa d) INCORRETA. No linfogranuloma venéreo (LGV), causado pela *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3), a lesão ulcerada inicial é pequena, indolor e transitória, muitas vezes nem sendo percebida pelo paciente. O destaque do LGV é a linfadenopatia inguinal dolorosa que pode fistulizar por múltiplos orifícios (aspecto em bico de regador), o que difere da úlcera purulenta descrita no enunciado. O tratamento com eritromicina por 21 dias é uma opção para o LGV, mas o diagnóstico clínico não condiz com a descrição da úlcera.

Questão 36

Para resolver essa questão, devemos analisar os critérios diagnósticos das síndromes hipertensivas na gestação, correlacionando os dados clínicos e laboratoriais da paciente.

Análise dos dados principais:

1. Idade gestacional: 34 semanas (após a 20ª semana, o que nos direciona para hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia).
2. Pressão arterial: 140 x 90 mmHg (critério de hipertensão).
3. Proteinúria: A relação proteína/creatinina (P/C) de 0,40 é o dado-chave. O ponto de corte para diagnóstico de proteinúria significativa é maior ou igual a 0,3. Portanto, a paciente apresenta proteinúria.
4. Critérios de gravidade: A paciente não possui níveis pressóricos acima de 160 x 110 mmHg, a cefaleia regrediu com analgésico simples (não é persistente), não há escotomas, dor abdominal, plaquetopenia (plaquetas > 100.000), disfunção renal (creatinina normal) ou elevação de enzimas hepáticas.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A hipertensão gestacional é definida pelo surgimento de níveis pressóricos elevados (PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg) após a 20ª semana de gestação, porém obrigatoriamente SEM a presença de proteinúria ou sinais de disfunção orgânica. Como a relação P/C é de 0,40, esse diagnóstico é excluído.
- b) Correta. A pré-eclâmpsia é diagnosticada pela presença de hipertensão (PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg) associada à proteinúria significativa (relação P/C maior ou igual a 0,3 ou proteinúria de 24 h acima de 300 mg) após 20 semanas de gestação. Como a paciente não apresenta sinais de alerta ou exames laboratoriais alterados que indiquem dano de órgão-alvo (como insuficiência renal, plaquetopenia ou lesão hepática), ela é classificada como "sem critérios de gravidade".
- c) Incorreta. A iminência de eclâmpsia é caracterizada por sinais e sintomas de irritação do sistema nervoso central, como cefaleia grave e persistente (que não cede a analgésicos), distúrbios visuais (escotomas, diplopia), dor epigástrica ou em hipocôndrio direito e reflexos exaltados. A paciente está assintomática no momento da reavaliação.
- d) Incorreta. A síndrome HELLP é uma forma grave de pré-eclâmpsia definida por critérios laboratoriais específicos: hemólise (anemia com esquizócitos ou aumento de bilirrubinas indiretas/DHL), elevação de enzimas hepáticas (TGO/TGP) e baixas plaquetas (menor que 100.000/mm³). Os exames da paciente estão todos dentro da normalidade para esses parâmetros.

Questão 37

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de placenta prévia, caracterizado por sangramento vaginal vermelho vivo, indolor, de início súbito, sem causa aparente e na ausência de hipertonia uterina ou sofrimento fetal agudo inicial. O diagnóstico é confirmado pela ultrassonografia, que descreve a placenta recobrando o orifício interno do colo uterino em uma gestação de 30 semanas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O sangramento da placenta prévia tem como uma de suas principais características o padrão intermitente. É comum que a paciente apresente episódios de sangramento que cessam espontaneamente (chamados de sangramentos sentinela) e retornam tempos depois, muitas vezes com maior volume.

Alternativa (b) Incorreta: A hipertonia uterina é uma característica típica do Descolamento Prematuro de Placenta (DPP). Na placenta prévia, o útero apresenta-se relaxado, com tônus normal e indolor à palpação. No caso clínico, a ausência de contrações e a vitalidade fetal preservada reforçam o diagnóstico de placenta prévia em detrimento do DPP.

Alternativa (c) Correta: O espectro do acretismo placentário (que inclui placenta acreta, increta e percreta) deve sempre ser considerado em pacientes com placenta prévia, especialmente naquelas com antecedentes de cirurgias uterinas. A paciente é G3P2 (duas paridades anteriores), o que aumenta a probabilidade de haver cicatrizes de cesariana. A combinação de placenta prévia e cicatriz de cesariana anterior é o principal fator de risco para o acretismo placentário, uma condição que exige planejamento cirúrgico devido ao alto risco de hemorragia grave no parto.

Alternativa (d) Incorreta: A hipertensão arterial crônica, assim como a pré-eclâmpsia e o tabagismo, é um fator de risco classicamente associado ao Descolamento Prematuro de Placenta (DPP). Os fatores de risco mais importantes para a placenta prévia são a multiparidade, a idade materna avançada, o tabagismo, as gestações múltiplas e, principalmente, as cicatrizes uterinas prévias (como cesarianas e curetagens). No caso descrito, embora a paciente seja hipertensa, essa condição não é a causa da sua placentação anômala.

Questão 38

Esta questão exige conhecimento atualizado sobre o Calendário de Vacinação da Gestante da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para o biênio 2024-2025. O objetivo é identificar a alternativa incorreta.

Alternativa A: Está correta. A vacina contra a febre amarela é composta por vírus vivos atenuados, o que geralmente contraindica seu uso em gestantes. No entanto, em cenários de surtos ou viagens inevitáveis para áreas de alta transmissão, onde o risco epidemiológico de contrair a doença (que possui alta letalidade) é maior que o risco teórico da vacina, a imunização pode ser realizada com supervisão médica.

Alternativa B: Está correta. A influenza representa um risco elevado de complicações respiratórias e hospitalização para gestantes devido às alterações fisiológicas e imunológicas da gravidez. A vacina é inativada e sua aplicação é recomendada em qualquer idade gestacional, incluindo o primeiro trimestre, assim que as doses estiverem disponíveis na sazonalidade.

Alternativa C: Está correta. A vacina dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) tem como objetivo principal a transferência transplacentária de anticorpos contra a coqueluche para o feto, protegendo o recém-nascido nos primeiros meses de vida. Deve ser aplicada a cada gestação a partir da 20ª semana. Caso a mulher não tenha sido vacinada durante a gravidez, deve receber a dose o mais rápido possível no puerpério (até 45 dias após o parto).

Alternativa D: Está incorreta (Gabarito). A vacina contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) — vacina RSVpreF (Abrysvo) — é uma das grandes novidades do calendário 2024-2025. Ela é indicada em dose única entre a 24ª e a 36ª semana de gestação (preferencialmente). Ao contrário do que afirma a alternativa, a SBIIm e as evidências atuais indicam que a vacina contra o VSR pode, sim, ser coadministrada (aplicada no mesmo dia, em locais de aplicação diferentes) com as demais vacinas da gestante, como a dTpa e a Influenza, sem perda de eficácia ou aumento significativo de eventos adversos.

Questão 39

Para compreender esta questão, é fundamental dominar a classificação de Sultan para lacerações perineais, que é o padrão-ouro adotado por instituições como a FEBRASGO, o RCOG e o ACOG. Essa classificação divide os danos de acordo com as estruturas anatômicas atingidas:

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A laceração de primeiro grau é restrita à pele do períneo e/ou à mucosa vaginal. A partir do momento em que há o envolvimento da musculatura perineal (como os músculos transversos superficial do períneo e bulboesponjoso), a laceração é classificada como de segundo grau.

b) Incorreta. A laceração de segundo grau envolve os músculos do corpo perineal, mas não atinge o complexo do esfíncter anal. A ruptura de menos de 50 por cento das fibras do esfíncter anal externo define a laceração de terceiro grau subtipo 3a.

c) Correta. As lacerações de terceiro grau são aquelas que envolvem o complexo esfíncteriano anal e são subdivididas em três níveis:

- Grau 3a: Ruptura de menos de 50 por cento da espessura do esfíncter anal externo (EAE).
- Grau 3b: Ruptura de mais de 50 por cento da espessura do esfíncter anal externo (EAE).
- Grau 3c: Ruptura total do esfíncter anal externo (EAE) associada à ruptura do esfíncter anal interno (EAI).

d) Incorreta. Embora a laceração 3c envolva o esfíncter anal interno, ela não atinge a mucosa retal. Quando ocorre a ruptura do complexo esfíncteriano anal (EAE e EAI) associada à lesão da mucosa retal (epitélio anal), a laceração é classificada como de quarto grau. Portanto, o que invalida a alternativa é a menção à mucosa retal dentro do terceiro grau.

Questão 40

Análise do caso clínico:

Para o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), utilizamos os critérios adotados pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Diabetes, baseados no estudo HAPO. Os pontos de corte para o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g), realizado preferencialmente entre 24 e 28 semanas, são:

- Jejum: maior ou igual a 92 mg/dL.
- 1 hora após sobrecarga: maior ou igual a 180 mg/dL.
- 2 horas após sobrecarga: maior ou igual a 153 mg/dL.

A presença de apenas um valor igual ou superior a esses limites confirma o diagnóstico de DMG.

Avaliando os dados da paciente:

- Glicemia de jejum com 10 semanas: 91 mg/dL (Normal, pois o ponto de corte para DMG precocemente é 92 mg/dL).
- TOTG 75g (realizado com 26 semanas):
 - Jejum: 90 mg/dL (Normal).
 - 1 hora: 179 mg/dL (Normal, pois é menor que 180).
 - 2 horas: 152 mg/dL (Normal, pois é menor que 153).

Como todos os valores estão estritamente abaixo dos limites de corte, a paciente não preenche critérios para diabetes gestacional. No entanto, devido aos fatores de risco (idade de 41 anos, obesidade, sedentarismo, histórico prévio de DMG) e ao ganho de peso excessivo no último mês (4 kg), a intervenção no estilo de vida é obrigatória.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Os resultados dos exames estão dentro da normalidade, portanto não há diabetes. Contudo, a dieta e a atividade física são indicadas para controlar o ganho de peso excessivo e reduzir o risco de complicações obstétricas e metabólicas.

Alternativa b) Incorreta. O diabetes pré-gestacional (ou overt diabetes) é diagnosticado quando a glicemia de jejum no primeiro trimestre é maior ou igual a 126 mg/dL. O valor de 91 mg/dL é normal.

Alternativa c) Incorreta. Não há diagnóstico de diabetes gestacional. Mesmo que houvesse, o tratamento inicial preconizado é a terapia nutricional associada a exercícios físicos. A insulino terapia só é iniciada se não houver controle glicêmico após 1 a 2 semanas de medidas não farmacológicas.

Alternativa d) Incorreta. Como a paciente não possui diabetes, não há indicação clínica para a realização de mapa glicêmico domiciliar (glicemias capilares múltiplas ao dia). O acompanhamento permanece sendo o de um pré-natal de risco habitual para o metabolismo de carboidratos, mantendo o foco no controle do peso.

Questão 41

Análise das assertivas:

Primeira afirmativa (Verdadeira): A Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS é organizada exatamente conforme a complexidade e a frequência do cuidado necessário. A modalidade AD1 é voltada para usuários que apresentam problemas de saúde controlados e com dificuldade de locomoção, sendo acompanhados pela equipe de Atenção Primária. As modalidades AD2 e AD3 são destinadas a casos que

exigem maior frequência de visitas, uso de equipamentos (como suporte ventilatório) e equipes multiprofissionais específicas (EMAD e EMAP).

Segunda afirmativa (Verdadeira): O Plano de Atenção Domiciliar (PAD) é o documento que organiza o cuidado. Para que a assistência em domicílio seja eficaz, é indispensável que o plano seja pactuado com o paciente e seus familiares, respeitando a autonomia e a realidade de cada residência. Além disso, o PAD é dinâmico e deve ser revisado periodicamente para se adequar às mudanças no estado clínico do paciente.

Terceira afirmativa (Falsa): Esta afirmativa apresenta dois erros conceituais importantes. Primeiro, a instabilidade hemodinâmica é uma contraindicação para a atenção domiciliar, exigindo ambiente hospitalar para monitorização intensiva. Segundo, pacientes que necessitam de procedimentos complexos ou equipamentos (como oxigenoterapia de alto fluxo ou ventilação mecânica) são classificados em AD2 ou AD3. A modalidade AD1 é restrita a cuidados de baixa complexidade técnica.

Quarta afirmativa (Verdadeira): A figura do cuidador é um dos pilares da Atenção Domiciliar, especialmente nas modalidades AD2 e AD3. A equipe de saúde tem a atribuição legal e assistencial de identificar um responsável familiar ou cuidador e capacitá-lo para realizar tarefas do dia a dia (como higiene, administração de dietas e medicamentos), garantindo a continuidade do cuidado na ausência da equipe profissional.

Conclusão: Seguindo a análise, a sequência correta é V - V - F - V.

Alternativa Correta: Letra (a).

Questão 42

Esta questão exige o conhecimento das ferramentas de abordagem familiar utilizadas na Atenção Primária à Saúde para compreender a dinâmica, a estrutura e o contexto social dos pacientes.

CORRELAÇÃO DOS ITENS

(3) APGAR familiar: O primeiro parêntese refere-se à funcionalidade e satisfação familiar. O nome APGAR é um acrônimo para as dimensões avaliadas: Adaptação (Adaptation), Parceria (Partnership), Crescimento (Growth), Afeto (Affection) e Resolutividade (Resolve). É um questionário que mede a percepção do indivíduo sobre o funcionamento de sua família.

(4) Ciclo vital: O segundo parêntese trata do desenvolvimento da família ao longo do tempo. O ciclo vital compreende as fases previsíveis que a maioria das famílias atravessa (como casamento, nascimento dos filhos, adolescência, ninho vazio e velhice). Cada fase possui crises intrínsecas e eventos marcantes que podem estar relacionados ao processo de adoecimento.

(2) Ecomapa: O terceiro parêntese descreve a ferramenta que avalia os apoios sociais. O ecomapa é um diagrama que mostra a relação da família com o ambiente externo (igreja, escola, serviços de saúde, trabalho, amigos). Ele serve para identificar a força e a qualidade dos vínculos da família com sua rede de apoio social.

(1) Genograma: O quarto parêntese refere-se à representação gráfica da estrutura familiar. O genograma detalha a composição da família de pelo menos três gerações, permitindo identificar padrões de comportamento, doenças hereditárias, tipos de vínculos (estreitos, conflituosos) e os papéis ocupados por cada membro.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) 2- 4- 3- 1: Incorreta. Atribui erroneamente o Ecomapa (2) à definição de funcionalidade familiar, que pertence ao APGAR.

Alternativa b) 3- 4- 2- 1: Correta. Estabelece a sequência exata das definições conforme os conceitos da Medicina de Família e Comunidade: APGAR (funcionalidade), Ciclo Vital (eventos temporais), Ecomapa (rede externa) e Genograma (estrutura geracional).

Alternativa c) 1- 3- 4- 2: Incorreta. Associa o Genograma (1) à funcionalidade e o APGAR (3) aos eventos temporais do ciclo vital, invertendo os conceitos fundamentais.

Alternativa d) 3- 2- 1- 4: Incorreta. Embora acerte o primeiro item (APGAR), confunde a definição de Ecomapa com Ciclo Vital e de Genograma com a rede de vínculos externos.

Questão 43

Esta questão aborda o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção, especialmente em casos de pacientes complexos com múltiplas comorbidades. O objetivo é identificar a alternativa incorreta sobre como melhorar essa coordenação.

Alternativa a) Esta afirmação está correta. O Plano Terapêutico Singular (PTS) é uma

ferramenta fundamental na APS para casos complexos. Ele permite que a equipe multidisciplinar, junto com o paciente e a família, estabeleça metas comuns, organize as prioridades clínicas e alinhe as responsabilidades de cada envolvido, evitando condutas conflitantes vindas de diferentes especialistas.

Alternativa b) Esta afirmação está correta. A coordenação do cuidado depende diretamente do fluxo de informações entre os níveis de atenção. O resumo clínico estruturado e a contrarreferência garantem que o médico da APS saiba o que foi conduzido pelo especialista, enquanto a teleinterconsulta permite uma discussão direta entre profissionais, facilitando a tomada de decisão compartilhada e a continuidade do tratamento sem fragmentação.

Alternativa c) Esta é a alternativa incorreta e, portanto, o gabarito. O encaminhamento para especialistas sem o devido retorno (contrarreferência) e acompanhamento concomitante pela APS gera a fragmentação do cuidado. Na lógica das Redes de Atenção à Saúde, a APS deve ser o centro de comunicação e o "maestro" do cuidado. Quando o paciente perde o vínculo com a APS e transita apenas entre especialistas isolados, aumentam os riscos de exames duplicados, prescrições contraditórias e perda da visão integral do indivíduo. Profissionais renomados, de forma isolada, não garantem a coordenação do cuidado se não houver integração com a unidade de base.

Alternativa d) Esta afirmação está correta. A conciliação medicamentosa é uma estratégia de segurança essencial para idosos com polifarmácia. Ela consiste na revisão detalhada de todos os fármacos utilizados (prescritos ou não), visando a identificar interações medicamentosas, duplicidades terapêuticas e ajustes de dose necessários para a condição renal e clínica do paciente, o que reduz eventos adversos e hospitalizações.

Questão 44

CONCEITO DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

A prevenção quaternária (P4) consiste na detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias (sobrediagnóstico e sobretratamento), protegendo-os de novas invasões médicas e sugerindo alternativas eticamente aceitáveis. O foco é o princípio da não maleficência: "Primum non nocere" (primeiro, não causar dano).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. Solicitar uma ressonância magnética para lombalgia aguda (10 dias) sem sinais de alarme em uma paciente jovem é um exemplo clássico

de prática que contraria a prevenção quaternária. Exames de imagem precoces em casos inespecíficos aumentam a chance de achados incidentais sem relevância clínica, o que gera ansiedade, medicalização desnecessária e intervenções cirúrgicas evitáveis.

Alternativa b) INCORRETA. Manter rastreios de rotina (mamografia e citologia) em uma paciente de 82 anos com demência moderada costuma ser considerado um excesso de intervenção. Nessas condições, a expectativa de vida e a qualidade de vida devem ser priorizadas, pois o tempo necessário para que o rastreio traga benefício real é maior do que a sobrevida esperada, e os danos dos procedimentos diagnósticos e tratamentos agressivos superam os possíveis ganhos.

Alternativa c) INCORRETA. O rastreio de câncer de ovário com ultrassom transvaginal e CA-125 em mulheres de risco habitual não é recomendado por nenhuma diretriz internacional (como a USPSTF). Essa prática possui alta taxa de resultados falso-positivos, levando a cirurgias desnecessárias e complicações iatrogênicas, sem reduzir a mortalidade pela doença.

Alternativa d) CORRETA. Esta conduta exemplifica perfeitamente a prevenção quaternária. Diante do desejo da paciente por um "check-up" com marcadores tumorais (que não possuem evidência para rastreio em pacientes assintomáticos), o médico atua para protegê-la de exames que trariam mais riscos do que benefícios. O médico utiliza a comunicação e a pactuação para explicar as limitações dos testes, evita o sobrediagnóstico e foca nas ações preventivas que realmente possuem evidência científica para a idade da paciente.

GABARITO: ALTERNATIVA (D)

Questão 45

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

Primeira afirmativa: Verdadeira. No acompanhamento de crianças nascidas prematuras (antes de 37 semanas de gestação), é fundamental utilizar a idade corrigida para plotar os dados nas curvas de crescimento da OMS. Isso garante que o desenvolvimento seja comparado de forma justa, considerando o tempo que o bebê "perdeu" de vida intrauterina. O consenso clínico e as orientações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) indicam que essa correção deve ser mantida até os 2 anos de idade.

Segunda afirmativa: Verdadeira. O índice Peso para Estatura (P/E) é o indicador utilizado para avaliar a harmonia entre o peso e o comprimento, sendo um marcador

de desnutrição aguda (magreza). Um escore-Z menor ou igual a -2 é o ponto de corte para definir magreza. Como o lactente apresenta escore-Z de -2,3, ele se enquadra em um quadro de déficit nutricional que exige intervenção imediata da equipe de saúde e monitoramento frequente na Atenção Primária.

Terceira afirmativa: Verdadeira. Lactentes prematuros nascem com estoques de ferro reduzidos, pois a maior transferência transplacentária desse mineral ocorre no terceiro trimestre. Por isso, as diretrizes da SBP recomendam que todo prematuro receba suplementação profilática de ferro (geralmente a partir de 30 dias de vida), independentemente de estar em aleitamento materno. A alimentação responsiva, que respeita os sinais de fome e saciedade da criança, também é parte essencial do manejo clínico.

Quarta afirmativa: Falsa. O perímetro cefálico (PC) é uma medida antropométrica indispensável na pediatria, pois reflete o crescimento cerebral. Ele nunca deve ser ignorado, mesmo que o peso e a estatura estejam normais. No caso de prematuros, o acompanhamento do PC é ainda mais rigoroso devido ao risco de complicações neurológicas e atrasos no desenvolvimento.

CONCLUSÃO:

A sequência correta de preenchimento dos parênteses é Verdadeiro (V), Verdadeiro (V), Verdadeiro (V) e Falso (F).

Portanto, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 46

Para compreender esta questão, devemos analisar a relação entre a prevalência de uma doença e os indicadores de acurácia de um teste diagnóstico.

Alternativa (a) - CORRETA: O Valor Preditivo Positivo (VPP) indica a probabilidade de um indivíduo realmente estar doente após receber um resultado positivo. O VPP é diretamente proporcional à prevalência. Isso significa que, em uma população na qual a doença é muito frequente, a chance de um resultado positivo ser um verdadeiro positivo é muito maior. Portanto, se mantivermos a sensibilidade e a especificidade fixas, o VPP aumentará conforme a prevalência da doença aumentar.

Alternativa (b) - INCORRETA: O Valor Preditivo Negativo (VPN) indica a probabilidade de um indivíduo estar realmente saudável após um resultado negativo. O VPN tem uma relação inversa com a prevalência. Quando a prevalência populacional diminui (ou seja, a doença é rara), o VPN tende a aumentar, pois torna-se muito provável que um resultado negativo seja realmente verdadeiro.

Alternativa (c) - INCORRETA: Os valores preditivos (VPP e VPN) são dependentes da prevalência. O VPP aumenta com o aumento da prevalência, e o VPN diminui com o aumento da prevalência. Apenas a sensibilidade e a especificidade são, teoricamente, independentes da prevalência.

Alternativa (d) - INCORRETA: A sensibilidade (capacidade do teste de identificar os doentes) e a especificidade (capacidade do teste de identificar os saudáveis) são características intrínsecas do teste diagnóstico. Elas dependem da qualidade técnica do exame e dos critérios de corte definidos, e não variam com a prevalência da doença na população. O que varia com a prevalência são os valores preditivos.

Questão 47

Texto Original:

O quadro clínico descrito — urticária difusa (pele), estridor (via aérea superior) e hipotensão (sistema cardiovascular) após um gatilho (picada de inseto) — define um diagnóstico de anafilaxia. A anafilaxia é uma emergência médica que requer intervenção imediata para evitar a progressão para o óbito.

Alternativa (a): CORRETA. A adrenalina é a única medicação que reduz a mortalidade na anafilaxia e deve ser administrada assim que o diagnóstico for suspeitado. A via intramuscular (IM) no vasto lateral da coxa (face anterolateral da coxa) é a via de escolha devido à absorção rápida e ao perfil de segurança superior em comparação à via intravenosa ou subcutânea. O posicionamento do paciente (em decúbito dorsal com pernas elevadas para otimizar o retorno venoso, exceto se houver vômitos ou desconforto respiratório grave) e a oferta de oxigênio são medidas de suporte fundamentais. A reavaliação contínua é necessária, e a dose de adrenalina pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos se não houver melhora clínica.

Alternativa (b): INCORRETA. A adrenalina intravenosa (IV) em bolus apresenta um risco significativamente maior de efeitos adversos graves, como arritmias fatais, isquemia miocárdica e crise hipertensiva. Ela deve ser reservada para casos de choque refratário a múltiplas doses de adrenalina IM ou parada cardiorrespiratória, e idealmente deve ser administrada por médicos experientes, sob monitorização cardíaca e de forma diluída/titulada.

Alternativa (c): INCORRETA. O uso de corticoides e anti-histamínicos como primeira linha é um erro comum e perigoso. Essas medicações são consideradas de segunda linha; elas não tratam os sintomas que ameaçam a vida (estridor e hipotensão) e demoram a agir. Retardar a administração de adrenalina para dar essas drogas aumenta drasticamente o risco de morte.

Alternativa (d): INCORRETA. O beta-2-agonista nebulizado pode ser usado como adjuvante se houver broncoespasmo (sibilos), mas ele não trata o edema de laringe (causador do estridor) nem o colapso circulatório. Aguardar a iminência de uma parada cardiorrespiratória para administrar a adrenalina é uma conduta inadequada, pois o benefício da droga é máximo quando usada precocemente, antes que o quadro se torne irreversível.

Questão 48

Análise das assertivas:

Primeira assertiva (Falsa): O manejo da dor local no escorpionismo envolve o uso de analgésicos e, nos casos de dor intensa, o bloqueio anestésico local com lidocaína a 2% sem vasoconstritor. Entretanto, o erro da alternativa reside na indicação de compressas frias. No acidente escorpiônico, recomenda-se o uso de compressas mornas, pois o calor ajuda no alívio da dor, enquanto o frio pode acentuar o desconforto e a vasoconstrição.

Segunda assertiva (Verdadeira): O soro antiescorpiônico (SAEsc) ou o soro antiaracnídico (SAAr) tem indicação específica conforme a gravidade do quadro. Casos leves (apenas dor e parestesia local) não necessitam de soroterapia. A indicação de antiveneno é mandatória em casos moderados (com sintomas sistêmicos leves, como vômitos ocasionais e sudorese discreta) e graves (com manifestações sistêmicas graves, como vômitos profusos, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão e choque).

Terceira assertiva (Falsa): Em qualquer acidente por animal peçonhento, o uso de garroteamento (torniquete), incisões no local da picada, sucção do veneno ou aplicação de substâncias externas é terminantemente contraindicado. Essas práticas não impedem a circulação do veneno e aumentam drasticamente o risco de complicações como infecções, necrose e lesões vasculares ou nervosas.

Quarta assertiva (Verdadeira): A observação clínica é fundamental. Pacientes com acidentes aparentemente leves devem permanecer em observação por um período de 6 a 12 horas, pois a progressão para quadros sistêmicos pode ocorrer de forma rápida, especialmente nas primeiras horas após a picada. A orientação sobre sinais de alerta no momento da alta é uma boa prática médica essencial.

Conclusão: A sequência correta é F - V - F - V.

Alternativa correta: Letra (c).

Questão 49

A alternativa A está correta, porque a Regra dos Nove de Wallace é o método padrão e rápido para estimar a Superfície Corporal Queimada (SCQ) em adultos. No caso descrito, o tronco anterior corresponde a 18% e o membro superior direito, a 9%, totalizando 27% de SCQ. A menção ao risco de compartimentação em queimaduras circunferenciais é um cuidado fundamental, pois o edema sob uma escara inelástica pode comprometer a perfusão distal, exigindo escarotomia.

A alternativa B está correta, pois a reposição volêmica precoce é essencial em queimaduras extensas (geralmente acima de 15% a 20% de SCQ). A fórmula de Parkland ($4 \text{ ml} \times \text{peso em kg} \times \% \text{SCQ}$) com solução cristalóide (Ringer Lactato) é amplamente utilizada, embora diretrizes mais recentes sugiram iniciar com $2 \text{ ml/kg}/\% \text{SCQ}$ em alguns protocolos. O ajuste da velocidade de infusão deve ser dinâmico, baseando-se principalmente no débito urinário, que deve ser mantido entre 0,5 e 1,0 ml/kg/h em adultos.

A alternativa C é a INCORRETA e, portanto, o gabarito da questão. O uso de antibióticos sistêmicos de forma profilática não é recomendado no atendimento inicial ao queimado. Essa prática não previne infecções e aumenta o risco de seleção de bactérias multirresistentes. O controle de infecções é realizado por meio da limpeza adequada da ferida e do uso de agentes tópicos (como a sulfadiazina de prata). Antibióticos sistêmicos só devem ser prescritos em caso de infecção diagnosticada.

A alternativa D está correta ao descrever as medidas básicas de suporte: analgesia (muitas vezes com opioides devido à intensidade da dor), limpeza com água ou solução salina e uso de coberturas (curativos) para proteção. Além disso, a alternativa cita corretamente os critérios de gravidade que justificam o encaminhamento para Centros de Tratamento de Queimados (CTQs), como o acometimento de áreas funcionais ou estéticas (face, mãos, períneo) e a extensão da queimadura de segundo grau superior a 10% da SCQ.

Questão 50

CONTEXTO CLÍNICO:

Estamos diante de uma gestante de 16 semanas com diagnóstico de sífilis (testes treponêmico e não treponêmico reagentes). O ponto crucial da questão é a classificação do estágio da doença para definir o tratamento. A paciente refere tratamento incompleto no passado (apenas 1 dose há 6 meses) e não possui documentos que comprovem cura ou esquema adequado. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, casos de sífilis de duração ignorada ou com mais de um ano de evolução (sífilis latente tardia) devem

ser tratados com o esquema de três doses.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): Esta é a conduta preconizada para sífilis latente tardia ou de duração ignorada. Como a paciente não tem comprovação de tratamento anterior adequado e o tempo de infecção não pode ser precisado (o tratamento de 6 meses atrás foi inadequado), deve-se realizar o esquema de penicilina benzatina 2,4 milhões de UI, por via intramuscular, semanalmente, por 3 semanas (totalizando 7,2 milhões de UI). Na gestação, o tratamento adequado é fundamental para prevenir a sífilis congênita.

Alternativa B (INCORRETA): Jamais se deve aguardar ou postergar o tratamento da sífilis em uma gestante. O risco de transmissão vertical e complicações fetais é alto. Uma vez diagnosticada, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível. Além disso, títulos baixos (como VDRL 1:2) não excluem a necessidade de tratamento em pacientes sem histórico de cura documentada.

Alternativa C (INCORRETA): O esquema de dose única (2,4 milhões de UI) é reservado para sífilis primária, secundária ou latente recente (com menos de um ano de evolução comprovada). No caso descrito, não há elementos que permitam classificar a infecção como recente, prevalecendo a conduta para duração ignorada.

Alternativa D (INCORRETA): A doxiciclina é absolutamente contraindicada para gestantes, pois atravessa a placenta e pode causar toxicidade fetal, incluindo alterações ósseas e coloração dos dentes. Além disso, a penicilina benzatina é a única medicação capaz de tratar adequadamente o feto durante a gestação. Caso a gestante fosse alérgica à penicilina, o protocolo exigiria a dessensibilização e o tratamento com penicilina, nunca a substituição por doxiciclina.