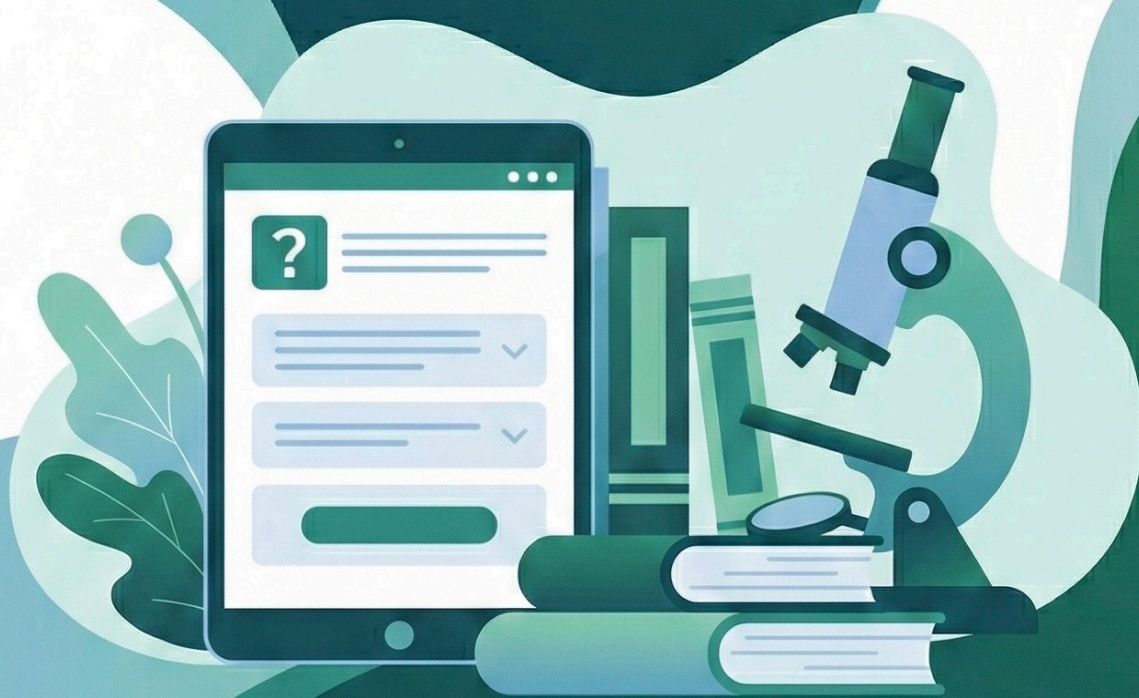


HIAE

GABARITO | 2026 | SP | 75 Questões



Gabarito: HIAE

2026 | SP

1 - C	40 - C
2 - C	41 - D
3 - B	42 - C
4 - C	43 - A
5 - D	44 - C
6 - C	45 - D
7 - A	46 - C
8 - B	47 - B
9 - A	48 - C
10 - C	49 - C
11 - B	50 - D
12 - C	51 - B
13 - B	52 - D
14 - B	53 - D
15 - A	54 - B
16 - B	55 - A
17 - C	56 - C
18 - D	57 - A
19 - B	58 - C
20 - D	59 - D
21 - C	60 - B
22 - D	61 - C
23 - B	62 - B
24 - D	63 - C
25 - A	64 - A
26 - A	65 - B
27 - C	66 - C
28 - A	67 - C
29 - A	68 - D
30 - C	69 - C
31 - B	70 - B
32 - A	71 - A
33 - B	72 - B
34 - C	73 - B
35 - D	74 - C
36 - A	75 - C
37 - C	
38 - A	
39 - B	

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do caso clínico: Trata-se de um paciente jovem com asma não controlada. Ele apresenta sintomas quase diários e já teve duas exacerbações nos últimos 6 meses que exigiram corticoterapia oral, o que o classifica como de alto risco para novas crises. Atualmente, ele utiliza apenas o salbutamol (um beta-2-agonista de curta duração ou SABA) sob demanda. Segundo as diretrizes mais recentes da GINA (Global Initiative for Asthma), o uso de SABA isoladamente não é mais recomendado para nenhum estágio da asma, pois não trata a inflamação das vias aéreas e aumenta o risco de exacerbações graves e morte.

Alternativa A: Incorreta. Essa conduta descreve o manejo de uma crise asmática aguda em ambiente de emergência. Embora o paciente apresente sibilos à ausculta, ele está clinicamente estável, com frequência respiratória normal, boa saturação de oxigênio e sem sinais de desconforto. O maior problema deste paciente não é a crise atual, mas a falta de um tratamento de manutenção adequado. Manter o salbutamol isolado, mesmo reorientando a técnica, mantém o paciente em risco.

Alternativa B: Incorreta. A hidrocortisona endovenosa é indicada para crises graves ou para pacientes que não toleram a via oral. O quadro clínico atual não justifica o uso de corticoide sistêmico por via parenteral. Além disso, manter o salbutamol como única terapia inalatória a cada 6 horas não resolve a inflamação crônica da asma.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa segue a recomendação preferencial da GINA (conhecida como Track 1). Para pacientes com sintomas frequentes ou em risco de exacerbação, a introdução de uma combinação de corticoide inalatório (Budesonida) com um broncodilatador de longa duração e início rápido (Formoterol) é a melhor estratégia. Essa combinação pode ser usada tanto para o alívio dos sintomas quanto para a manutenção, tratando a inflamação toda vez que o paciente utiliza o medicamento para alívio. Isso reduz significativamente o risco de crises graves em comparação ao uso de salbutamol isolado.

Alternativa D: Incorreta. O Omalizumabe é uma terapia biológica (anti-IgE) indicada especificamente para casos de asma grave alérgica que permanecem não controlados mesmo com o uso de altas doses de corticoide inalatório e LABA (Step 5 da GINA). Não há indicação para iniciar um medicamento de alto custo e alta complexidade antes mesmo de tentar o tratamento padrão com corticoterapia inalatória.

Questão 2

Esta questão aborda o diagnóstico diferencial e as manifestações clínicas das principais artropatias por cristais. O objetivo é identificar a alternativa incorreta.

Alternativa (a): Esta alternativa está correta. A Síndrome do Dente Coroado é uma manifestação específica da Doença por Depósito de Pirofosfato de Cálcio (CPPD ou pseudogota). Ela se caracteriza por dor cervical aguda, febre e rigidez, mimetizando quadros de meningite ou polimialgia reumática. O achado tomográfico de calcificações em formato de "coroa" ao redor do processo odontoide da segunda vértebra cervical (C2), associado à clínica, é suficiente para o diagnóstico desta condição.

Alternativa (b): Esta alternativa está correta. O quadro descrito é conhecido como Ombro de Milwaukee. É uma artropatia altamente destrutiva que atinge predominantemente mulheres idosas e está associada ao depósito de cristais de fosfato de cálcio básico (hidroxiapatita). O líquido sinovial costuma ser do tipo não inflamatório ou hemorrágico, e a artrocentese é necessária para identificar os cristais (embora eles exijam colorações especiais, como o Vermelho de Alizarina, ou microscopia eletrônica para visualização).

Alternativa (c): Esta alternativa é a incorreta (gabarito). Embora a artrite da primeira metatarsofalangiana (podagra) seja o quadro clínico clássico e mais sugestivo de gota, ela não é patognomônica. Outras doenças, como a artrite por pirofosfato de cálcio, artrite séptica ou mesmo sarcoidose, podem se apresentar de forma idêntica. O padrão-ouro para o diagnóstico de gota é a demonstração de cristais de urato monossódico com birrefringência negativa no líquido sinovial ou em aspirado de tofos. De acordo com os critérios do ACR/EULAR, o diagnóstico clínico é provável, mas não dispensa a confirmação, especialmente em diagnósticos iniciais.

Alternativa (d): Esta alternativa está correta. A oxalose (depósito de cristais de oxalato de cálcio) é uma causa rara de artrite. Ocorre principalmente em pacientes com insuficiência renal crônica terminal em hemodiálise prolongada ou em casos de hiperoxalúria primária. Os cristais possuem um formato bipiramidal característico (semelhante a envelopes) e a análise do líquido sinovial é essencial para diferenciá-la de outras artropatias comuns no paciente renal, como gota e pseudogota.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 3

Essa questão aborda o manejo diagnóstico de uma pneumonia hospitalar (HAP), definida como aquela que ocorre 48 horas ou mais após a admissão. A paciente apresenta critérios clínicos e radiológicos de pneumonia surgindo no 5º dia de internação, o que exige uma investigação diagnóstica criteriosa para guiar o ajuste da antibioticoterapia.

Alternativa a) Esta afirmação está correta. O swab nasal para pesquisa de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) possui um elevado valor preditivo negativo (frequentemente acima de 95-99%). Isso significa que, se o swab for negativo, é muito pouco provável que o MRSA seja o agente causador da pneumonia, permitindo a suspensão segura da vancomicina (descalonamento), diminuindo a toxicidade e os custos.

Alternativa b) Esta é a alternativa incorreta (o "exceto" da questão) e, portanto, o gabarito. Atualmente, as diretrizes recomendam a coleta de painel molecular para vírus respiratórios (como Influenza, Coronavírus e Vírus Sincicial Respiratório) em pacientes com pneumonia hospitalar, especialmente em períodos de sazonalidade ou surtos. A identificação de um vírus pode, sim, mudar a conduta, seja pela introdução de antivirais específicos (como o oseltamivir), pelo reforço de medidas de isolamento ou pela possibilidade de suspensão precoce de antibióticos se a suspeita de coinfeção bacteriana for baixa.

Alternativa c) Esta afirmação está correta. A procalcitonina é um biomarcador de cinética rápida que responde bem a estímulos bacterianos. Seu uso é recomendado principalmente para auxiliar na decisão de interromper a antibioticoterapia. Níveis em queda ou abaixo de determinados pontos de corte sugerem resolução da infecção bacteriana, auxiliando na redução do tempo de exposição aos antimicrobianos.

Alternativa d) Esta afirmação está correta. Em casos de pneumonia hospitalar, a coleta de hemoculturas e de culturas de secreção respiratória (seja por escarro, aspirado traqueal ou lavado broncoalveolar) é fundamental, independentemente da presença de sepse ou choque séptico. O objetivo é identificar o patógeno específico e seu perfil de sensibilidade (antibiograma) para transitar da terapia empírica de amplo espectro para uma terapia dirigida e mais estreita.

Resumo: A alternativa B é a incorreta porque desconsidera a importância diagnóstica e terapêutica dos painéis virais no contexto hospitalar atual, no qual a etiologia viral pode influenciar diretamente o manejo clínico e as medidas de controle de infecção.

Questão 4

Para resolver esta questão, o primeiro passo é classificar o risco da paciente para o desenvolvimento de câncer colorretal (CCR). A paciente tem 50 anos e possui um único familiar de primeiro grau (pai) diagnosticado com a doença aos 65 anos.

De acordo com as principais diretrizes nacionais e internacionais, quando um indivíduo possui apenas um familiar de primeiro grau com câncer colorretal diagnosticado após os 60 anos, o risco é considerado semelhante ao da população geral (risco habitual). Nesses casos, a estratégia de rastreamento segue o protocolo padrão para a população de médio risco, iniciando-se entre os 45 e 50 anos de idade.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O rastreamento com colonoscopia a cada 5 anos é reservado para pacientes de alto risco, como aqueles com um familiar de primeiro grau diagnosticado antes dos 60 anos ou que possuem dois ou mais familiares de primeiro grau com a doença em qualquer idade. Para esta paciente, o intervalo padrão de colonoscopia seria de 10 anos.

Alternativa b: Incorreta. Atualmente, as diretrizes recomendam iniciar o rastreio aos 45 ou 50 anos. Como a paciente já tem 50 anos, iniciar apenas aos 55 anos seria um atraso desnecessário no programa de prevenção.

Alternativa c: Correta. Para pacientes de risco habitual, a pesquisa de sangue oculto nas fezes (preferencialmente pelo método imunoquímico — FIT), realizada anualmente, é uma estratégia de rastreamento validada, eficaz e amplamente aceita. Ela é considerada uma alternativa segura à colonoscopia para aqueles que preferem um método não invasivo ou em contextos de saúde pública onde o acesso à colonoscopia é limitado, desde que, se o resultado for positivo, a colonoscopia seja realizada em seguida.

Alternativa d: Incorreta. A sigmoidoscopia flexível é uma opção de rastreio, mas a periodicidade recomendada é a cada 5 anos (ou a cada 10 anos se associada ao sangue oculto anual). O intervalo de 2 anos sugerido na alternativa não é preconizado pelos protocolos vigentes.

Conclusão: Como a paciente se enquadra no grupo de risco habitual devido à idade do diagnóstico de seu pai (maior que 60 anos), a pesquisa de sangue oculto anual é uma estratégia de rastreio perfeitamente adequada e recomendada.

Questão 5

O quadro clínico descrito é clássico de Hiperalgesia Induzida por Opioide (HIO). A paciente apresenta um aumento da sensibilidade dolorosa e dor difusa (incluindo áreas não relacionadas à lesão original), com características de alodinia (dor a estímulos leves, como trocar de roupa) após o uso crônico e prolongado de oxicodona. Diferente da tolerância, em que a mesma dose perde o efeito, na HIO o próprio opioide torna o sistema nervoso mais sensível à dor.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Aumentar a dose de oxicodona é a conduta para casos de tolerância farmacológica. No entanto, na Hiperalgesia Induzida por Opioide, o aumento da dose agrava o quadro, intensificando a sensibilização central e a dor da paciente. O diagnóstico diferencial aqui é fundamental: a dor na HIO é frequentemente descrita como em queimação e mais difusa do que a dor original.

b) Incorreta. Embora os antidepressivos tricíclicos sejam excelentes adjuvantes para dor crônica, manter a dose atual do opioide não resolve o problema de base da HIO. Para reverter o estado de hipersensibilidade, é necessária a redução do agente causador (o opioide).

c) Incorreta. O uso de benzodiazepínicos associado a opioides é desaconselhado devido ao alto risco de depressão respiratória e sedação excessiva. Além disso, a troca por morfina (rotação de opioide) poderia ser uma estratégia em alguns contextos, mas não resolve a hiperalgesia se as doses não forem manejadas com o intuito de desmame ou redução significativa.

d) Correta. A conduta padrão na Hiperalgesia Induzida por Opioide é a redução gradual (desmame) da dose do opioide. A associação de medicações que atuam na sensibilização central, como a gabapentina (um ligante da subunidade alfa-2-delta dos canais de cálcio), ajuda a modular a excitabilidade neuronal e auxilia no controle da dor neuropática e central durante esse processo de redução. O objetivo é "resetar" os receptores e as vias de processamento da dor da paciente.

Questão 6

O paciente apresenta hipertensão arterial estágio 1 (pressão arterial entre 140/90 e 159/99 mmHg) associada ao diabetes mellitus tipo 2 e à microalbuminúria. A presença de lesão de órgão-alvo (microalbuminúria) e do diabetes classifica-o como um paciente de alto risco cardiovascular. Para pacientes de alto risco, as diretrizes nacionais e internacionais recomendam o início imediato de terapia farmacológica, preferencialmente com a combinação de dois medicamentos, visando alcançar a

meta pressórica (geralmente inferior a 130/80 mmHg em diabéticos) de forma mais rápida e eficaz.

Alternativa a: Incorreta. Os betabloqueadores não são fármacos de primeira escolha para hipertensão arterial primária sem comorbidades específicas que os exijam, como insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou angina. Em pacientes diabéticos, os betabloqueadores clássicos podem prejudicar a sensibilidade à insulina e dificultar a percepção de sinais de alerta em crises de hipoglicemia.

Alternativa b: Incorreta. Embora os diuréticos tiazídicos sejam excelentes anti-hipertensivos e eficazes em idosos, a monoterapia não é a estratégia preferencial para um paciente de alto risco. Além disso, a presença de microalbuminúria torna imperativo o uso de uma droga que bloqueie o sistema renina-angiotensina-aldosterona, como um inibidor da ECA ou um bloqueador dos receptores de angiotensina, devido ao seu efeito de nefroproteção superior ao dos tiazídicos.

Alternativa c: Correta. A combinação de um inibidor da ECA (ou BRA) com um bloqueador de canais de cálcio é uma das associações preferenciais no tratamento da hipertensão. O inibidor da ECA é fundamental neste caso, pois reduz a pressão intraglomerular e a proteinúria, retardando a evolução da nefropatia diabética. O bloqueador de canais de cálcio atua de forma sinérgica na vasodilatação periférica. A terapia combinada inicial é a recomendação padrão para pacientes com risco cardiovascular elevado ou PA acima de 140/90 mmHg.

Alternativa d: Incorreta. Adiar o tratamento medicamentoso em um paciente com diabetes, microalbuminúria e pressão arterial de 150/92 mmHg está em desacordo com as evidências clínicas. O controle pressórico rigoroso é uma das intervenções mais importantes para prevenir complicações macro e microvasculares no paciente diabético, devendo ser iniciado simultaneamente às mudanças de estilo de vida.

Questão 7

Para entender a diferenciação dos bloqueios atrioventriculares (BAV) de segundo grau, vamos analisar cada alternativa:

Alternativa (a) CORRETA: No BAV de 2º grau Mobitz I, também conhecido como fenômeno de Wenckebach, ocorre um atraso progressivo da condução no nó atrioventricular. Isso se traduz no eletrocardiograma como um aumento gradual do intervalo PR a cada batimento, até que uma onda P não seja conduzida (onda P bloqueada). Após a pausa gerada pelo bloqueio, o sistema de condução se recupera e o ciclo recomeça com o intervalo PR mais curto de todos. Portanto, comparando os

batimentos ao redor da onda P bloqueada, o intervalo PR que vem imediatamente antes do bloqueio (que é o mais longo do ciclo) é maior que o intervalo PR do batimento que ocorre logo após o bloqueio (que é o mais curto).

Alternativa (b) INCORRETA: Esta alternativa inverte os conceitos. No Mobitz II, o intervalo PR permanece fixo e constante antes do bloqueio súbito de uma onda P. O alongamento progressivo do intervalo PR antes da falha de condução é a marca registrada do Mobitz I (Wenckebach).

Alternativa (c) INCORRETA: No BAV 2:1, ocorre uma onda P conduzida para cada onda P bloqueada. Como não existem dois batimentos conduzidos em sequência, não é possível observar se o intervalo PR está aumentando (como no Mobitz I) ou se está constante (como no Mobitz II). Embora a largura do complexo QRS e a duração do PR possam dar pistas (QRS estreito e PR longo sugerem Mobitz I; QRS largo e PR normal sugerem Mobitz II), o diagnóstico definitivo nem sempre é possível apenas pelo ECG de repouso, podendo exigir manobras ou estudo eletrofisiológico.

Alternativa (d) INCORRETA: Na verdade, o BAV Mobitz II é significativamente mais grave que o Mobitz I. O Mobitz I geralmente resulta de um atraso funcional no nó atrioventricular, costuma ser benigno e raramente progride para bloqueio total. Já o Mobitz II decorre de uma doença no sistema de condução infra-hissiano (abaixo do nó AV), possui um alto risco de evolução para bloqueio atrioventricular total (BAVT) e geralmente tem indicação de implante de marca-passo definitivo, mesmo em pacientes assintomáticos.

Questão 8

O manejo do tromboembolismo pulmonar (TEP) baseia-se inicialmente na estratificação da probabilidade clínica, geralmente utilizando o Escore de Wells ou o Escore de Genebra. Essa classificação define se o paciente tem baixa, média (intermediária) ou alta probabilidade de apresentar a doença, o que direciona a escolha dos exames e o momento de iniciar o tratamento.

Alternativa A: Incorreta. Em pacientes de baixo risco pré-teste, a conduta inicial é a realização do D-dímero. Devido ao alto valor preditivo negativo desse exame, um resultado normal exclui o TEP sem necessidade de novos testes. Não se deve iniciar a anticoagulação (como a enoxaparina) antes do resultado do exame em pacientes de baixo risco, pois a chance de doença é pequena e o risco de sangramento não justifica o início empírico.

Alternativa B: Correta. Para pacientes com média probabilidade clínica (risco intermediário), a diretriz recomenda a solicitação do D-dímero ou a realização direta

de exames de imagem, dependendo da disponibilidade. No entanto, o ponto crucial é que, em pacientes com probabilidade moderada ou alta, deve-se iniciar a anticoagulação plena de forma empírica enquanto se aguarda a confirmação diagnóstica por exames de imagem, desde que não haja contraindicações ao uso de anticoagulantes. A dose de enoxaparina de 1 mg/kg por via subcutânea (administrada de 12 em 12 horas) é a dose terapêutica padrão.

Alternativa C: Incorreta. Pacientes de alto risco pré-teste não devem realizar o D-dímero. Nesse grupo, a probabilidade da doença é tão elevada que um resultado de D-dímero negativo não seria suficiente para excluir o diagnóstico de forma segura. Esses pacientes devem ser encaminhados diretamente para exames de imagem confirmatórios, como a angiotomografia das artérias pulmonares. Além disso, embora a dose de 1,5 mg/kg uma vez ao dia seja uma opção posológica, a dose de 1 mg/kg de 12 em 12 horas é mais comum no ambiente de urgência.

Alternativa D: Incorreta. O PERC (Pulmonary Embolism Rule-out Criteria) é uma ferramenta aplicada apenas em pacientes que já foram classificados como de baixo risco, com o objetivo de evitar a solicitação desnecessária até mesmo do D-dímero. Se um paciente de baixo risco tem PERC positivo (ou seja, não preenche todos os critérios de exclusão), ele deve realizar o D-dímero. Outro erro grave da alternativa é indicar "angiotomografia da aorta", que é o exame para diagnóstico de dissecação da aorta ou aneurismas, e não para TEP, cujo exame correto é a angiotomografia das artérias pulmonares.

Questão 9

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta a tríade clínica de cefaleia, febre e náuseas. Um ponto semiótico fundamental no enunciado é a piora da dor ao movimentar a cabeça horizontalmente, manobra conhecida como *Jolt Accentuation* (acentuação por solavanco). Este teste possui alta sensibilidade para meningite, sendo frequentemente positivo mesmo na ausência de rigidez de nuca ou sinais de Kernig e Brudzinski.

O exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) revela pleocitose (153 leucócitos/microL) com predomínio linfocitário e níveis normais de glicose e proteína. Esse padrão líquórico é clássico das meningites virais. No entanto, o diagnóstico diferencial imediato deve sempre incluir a meningite bacteriana, que é uma emergência médica com alta morbimortalidade.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: Embora o padrão do líquido sugira fortemente uma etiologia viral (linfocitária, glicose e proteínas normais), a conduta inicial segura em casos de pleocitose é o início ou manutenção da antibioticoterapia empírica até que os resultados das culturas (que levam de 48 a 72 horas) ou de testes moleculares (PCR/painel molecular) confirmem a ausência de crescimento bacteriano. Não se deve suspender o tratamento precocemente apenas com base na celularidade inicial, pois fases muito precoces de meningite bacteriana ou casos parcialmente tratados podem se manifestar de forma atípica.

Alternativa (b) INCORRETA: O diagnóstico de meningite está confirmado pela presença de 153 leucócitos no líquido (o valor normal é de até 5 células). Dar alta hospitalar com anti-inflamatórios seria um erro grave, pois o paciente apresenta uma inflamação do sistema nervoso central que exige vigilância e exclusão definitiva de causa bacteriana.

Alternativa (c) INCORRETA: A hipótese de meningite não está descartada; pelo contrário, ela foi confirmada pela pleocitose no líquido. Exames de imagem (tomografia ou ressonância) são indicados na suspeita de complicações (como abscessos ou infartos), sinais de hipertensão intracraniana ou déficit focal, mas não substituem o manejo infeccioso já estabelecido pelo líquido alterado.

Alternativa (d) INCORRETA: Esta alternativa propõe um tratamento excessivamente agressivo para o perfil do paciente. O uso de antifúngicos não é indicado empiricamente para um paciente hígido, sem comorbidades ou sinais de imunossupressão (como HIV), e com líquido apresentando glicose e proteínas normais. Além disso, a afirmação de que o líquido possui "alta taxa de falso-negativo" está incorreta no contexto da detecção de inflamação (celularidade), que é o padrão-ouro para o diagnóstico de meningite.

CONCLUSÃO

Diante de uma pleocitose no LCR, a segurança do paciente exige a cobertura antibiótica empírica até que a causa bacteriana seja formalmente excluída por culturas negativas em 48-72 horas, mesmo que o perfil inicial sugira vírus.

Questão 10

Texto Original:

O diagnóstico principal desta paciente é pielonefrite aguda. Embora ela apresente sintomas típicos de cistite (disúria e polaciúria), a presença de febre e náuseas indica o acometimento do trato urinário superior (parênquima renal). Por ser uma paciente jovem, previamente hígida, sem gestação e hemodinamicamente estável, trata-se de uma pielonefrite aguda não complicada.

Alternativa a) Incorreta. A nitrofurantoína é um antisséptico urinário eficaz apenas para o tratamento de cistites (infecção do trato urinário inferior). Ela não atinge concentrações terapêuticas adequadas no tecido renal, sendo, portanto, contraindicada em casos de pielonefrite.

Alternativa b) Incorreta. A internação hospitalar e a solicitação de exames de imagem (como a ultrassonografia) não são necessárias de rotina para todos os casos de pielonefrite. Elas são reservadas para pacientes com sinais de gravidade (instabilidade hemodinâmica), incapacidade de ingestão oral, suspeita de complicações (como abscessos ou obstruções), gestantes ou pacientes que não apresentam melhora após 48 a 72 horas de tratamento adequado. A paciente em questão está estável e pode ser tratada de forma ambulatorial.

Alternativa c) Correta. Para casos de pielonefrite aguda não complicada em pacientes com estabilidade clínica e sem critérios de internação, o tratamento ambulatorial é seguro. A prática de administrar uma dose inicial de antibiótico parenteral (como a ceftriaxona 1 g) no pronto-atendimento serve para garantir níveis terapêuticos imediatos, sendo seguida pela prescrição de antibióticos por via oral para completar o ciclo em domicílio. As fluoroquinolonas, como o ciprofloxacino, são as drogas de escolha para o tratamento oral devido à excelente penetração no tecido renal e eficácia contra os principais uropatógenos.

Alternativa d) Incorreta. Assim como na alternativa a), o erro reside em tratar o quadro como uma infecção não complicada simples (cistite). Embora o sulfametoxazol-trimetoprima possa ser usado na pielonefrite em alguns contextos, ele não é a primeira escolha empírica devido às altas taxas de resistência bacteriana da *E. coli* a essa medicação em diversas regiões. Além disso, no cenário de infecção do trato superior, a estratégia descrita na alternativa c) (dose inicial parenteral seguida de quinolona) é clinicamente superior e mais recomendada pelos consensos de infectologia.

Questão 11

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um paciente no pós-operatório imediato (segundo dia) de uma cirurgia intracraniana específica: a ressecção transesfenoidal de adenoma hipofisário. O dado laboratorial de maior relevância é a hipernatremia (sódio de 153 mEq/L), que, em um contexto de manipulação cirúrgica da hipófise ou da haste hipofisária, levanta imediatamente a suspeita de Diabetes Insipidus (DI) Central. O DI Central ocorre pela deficiência na secreção do hormônio antidiurético (ADH ou vasopressina), resultando em incapacidade de concentrar a urina.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

Para confirmar o diagnóstico de Diabetes Insipidus, precisamos observar a tríade clínica de poliúria (volume urinário excessivo), polidipsia (sede excessiva) e a evidência laboratorial de que o rim não está concentrando a urina adequadamente, o que é demonstrado por uma osmolaridade urinária reduzida (urina diluída), mesmo na presença de uma osmolaridade plasmática elevada (hipernatremia). Como a causa provável é a deficiência de ADH decorrente da cirurgia, o tratamento consiste na reposição do hormônio através da desmopressina (DDAVP), um análogo sintético da vasopressina.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Está incorreta porque o Diabetes Insipidus se manifesta com um aumento maciço do volume urinário (poliúria), e não redução. Além disso, embora fluidos hipotônicos possam ser usados para corrigir a hipernatremia, a redução do volume urinário não é o achado que auxilia na confirmação desta hipótese específica.

Alternativa C: Embora cite corretamente a polidipsia, poliúria e a osmolaridade urinária reduzida, o erro está na proposta terapêutica. Os diuréticos tiazídicos são utilizados no tratamento do Diabetes Insipidus Nefrogênico (resistência renal ao ADH). No caso de pós-operatório de hipófise, a causa é central (falta de produção de ADH), sendo o tratamento padrão a desmopressina.

Alternativa D: Está incorreta pelos mesmos motivos da alternativa A. O paciente com DI apresenta poliúria severa. Adicionalmente, o uso de cloreto de sódio 0,9% (soro fisiológico) não é a primeira escolha para tratar hipernatremia por perda de água livre, a menos que o paciente apresente instabilidade hemodinâmica grave, pois o objetivo é repor o déficit de água livre.

RESUMO DIDÁTICO

1. Cenário: Pós-operatório de neurocirurgia/hipófise + Hipernatremia.
2. Hipótese: Diabetes Insipidus Central.
3. Clínica: Poliúria e polidipsia.
4. Laboratório: Sódio sérico elevado e Osmolaridade urinária baixa.
5. Tratamento: Desmopressina (DDAVP).

Questão 12

A questão aborda o manejo perioperatório dos inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2 (iSGLT2), como a dapagliflozina, um tema recorrente e atualizado nas principais diretrizes médicas.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora os iSGLT2 apresentem baixo risco de hipoglicemia isoladamente, o maior perigo no perioperatório não é a queda glicêmica, mas sim o risco de complicações metabólicas graves, especificamente a cetoacidose. Manter a droga até o dia da cirurgia em um paciente que ficará em jejum e sob estresse cirúrgico é contraindicado.

Alternativa B: Incorreta. Suspender apenas no dia do procedimento é insuficiente. A meia-vida desses fármacos e seus efeitos metabólicos persistem por mais tempo. O jejum prolongado e o estresse metabólico da cirurgia aumentam a produção de glucagon e reduzem a insulina circulante, o que, somado à ação do iSGLT2, predispõe à cetogênese.

Alternativa C: Correta. Esta é a conduta preconizada pelas diretrizes atuais [como as da American Diabetes Association (ADA) e as recomendações do FDA]. Os iSGLT2 devem ser suspensos de 3 a 4 dias antes de cirurgias de grande porte ou que exijam jejum prolongado. O motivo principal é o risco de cetoacidose diabética euglicêmica (CAD euglicêmica). Nessa condição, o paciente desenvolve acidose e cetonemia, mas os níveis de glicemia permanecem normais ou apenas levemente elevados (geralmente abaixo de 250 mg/dL), o que pode retardar o diagnóstico e colocar a vida do paciente em risco.

Alternativa D: Incorreta. A afirmação é oposta à prática clínica correta. A insulina é fundamental no tratamento da cetoacidose, e sua falta é justamente o que precipita o quadro. Em pacientes hospitalizados para procedimentos cirúrgicos, a substituição de antidiabéticos orais por insulina é a estratégia padrão para manter o controle glicêmico de forma segura.

Resumo didático: O uso de iSGLT2 no perioperatório está associado à cetoacidose com glicemia normal (euglicêmica). Por isso, a recomendação é suspender a medicação pelo menos 3 dias antes de procedimentos eletivos. Em casos de cirurgia de urgência em pacientes fazendo uso da droga, deve-se monitorar rigorosamente o pH sanguíneo e a presença de corpos cetônicos, independentemente do valor da glicemia capilar.

Questão 13

Análise do caso clínico: O paciente em questão apresenta critérios para pré-diabetes (glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL e HbA1c entre 5,7% e 6,4%) associados a obesidade grau I (IMC maior ou igual a 30 kg/m²). Segundo as principais diretrizes, como as da American Diabetes Association (ADA) e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), quando a mudança no estilo de vida (dieta e exercícios) falha em promover perda de peso significativa e controle metabólico em seis meses, a terapia farmacológica deve ser considerada.

Alternativa (b): Correta. Os análogos do receptor de GLP-1 (como liraglutida e semaglutida) estão indicados como adjuvantes no tratamento de pacientes com pré-diabetes e obesidade. Essas medicações auxiliam na perda ponderal sustentada e possuem robusta evidência científica na prevenção da progressão para o diabetes tipo 2. Estudos como o SCALE (com liraglutida) e o STEP (com semaglutida) demonstraram que o tratamento farmacológico reduz drasticamente o risco de conversão de pré-diabetes para diabetes em comparação ao tratamento apenas com mudança de estilo de vida.

Alternativa (a): Incorreta. A conduta médica moderna preza pela intervenção precoce no pré-diabetes para evitar o desenvolvimento do diabetes tipo 2 e suas complicações crônicas. O papel preventivo dos análogos de GLP-1 não é controverso; pelo contrário, é bem fundamentado em ensaios clínicos randomizados de larga escala, especialmente quando há obesidade associada.

Alternativa (c): Incorreta. Existe forte evidência de que os análogos de GLP-1 reduzem a incidência de diabetes tipo 2. O estudo SCALE Obesity and Prediabetes, por exemplo, evidenciou que o uso de liraglutida 3,0 mg reduziu em cerca de 80% o risco de desenvolvimento de diabetes em um seguimento de três anos em pacientes com pré-diabetes e obesidade.

Alternativa (d): Incorreta. Embora os análogos de GLP-1 ofereçam proteção cardiovascular (redução de eventos como infarto e AVC) em pacientes de alto risco, sua indicação no pré-diabetes e na obesidade não depende da presença de doença aterosclerótica documentada. O objetivo aqui é o manejo da obesidade como doença

primária e a prevenção metabólica do diabetes.

Questão 14

Este é um caso de Doença Renal do Diabetes (DRD) em estágio avançado (estágio G4, com Taxa de Filtração Glomerular de 25 mL/min/1,73 m²). O ponto central da questão é o impacto da dieta na hemodinâmica renal e no equilíbrio metabólico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Uma ingestão proteica de 1,6 g/kg/dia é considerada hiperproteica e é contraindicada para pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) nos estágios 3 a 5. O excesso de proteínas causa vasodilatação da arteríola aferente, aumentando a pressão intraglomerular (hiperfiltração), o que acelera a perda de função renal e aumenta a albuminúria. Além disso, a carga ácida derivada das proteínas animais contribui para a acidose metabólica, já presente neste paciente (bicarbonato de 21 mEq/L).

b) Correta. As diretrizes atuais (como KDIGO e KDOQI) recomendam uma restrição proteica para 0,6 a 0,8 g/kg/dia em pacientes com DRC nos estágios 3-5 não dialíticos para retardar a progressão da doença. Reduzir a ingestão pela metade (de 1,6 para 0,8 g/kg) coloca o paciente dentro do alvo terapêutico. A preferência por proteínas de origem vegetal é benéfica, pois estas possuem menor biodisponibilidade de fósforo, menor carga ácida e podem reduzir a pressão intraglomerular de forma mais eficaz do que a proteína animal, auxiliando no controle da acidose e da progressão da doença.

c) Incorreta. Uma redução de apenas 5-10% na ingestão de proteínas manteria o paciente em uma dieta hiperproteica (aproximadamente 1,4 g/kg/dia), o que é lesivo ao rim. Embora os inibidores de SGLT2 tenham efeito nefroprotetor por reduzirem a pressão intraglomerular (via feedback tubuloglomerular), eles não são capazes de neutralizar o impacto hemodinâmico negativo de uma dieta com tamanha sobrecarga proteica.

d) Incorreta. Embora a restrição de sódio seja fundamental para o controle da pressão arterial e da proteinúria, a restrição de cálcio não é uma prioridade universal e deve ser individualizada. O erro principal da alternativa é sugerir a preservação de uma dieta hiperproteica ou normoproteica para um paciente com TFG de 25 mL/min. O manejo dietético das proteínas é um dos pilares para evitar o acúmulo de toxinas urêmicas e controlar complicações como a acidose e o hiperparatireoidismo secundário.

Questão 15

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de hipotensão ortostática (HO), definida tecnicamente pela queda da pressão arterial sistólica em pelo menos 20 mmHg ou da pressão arterial diastólica em pelo menos 10 mmHg dentro de três minutos após assumir a posição ortostática. No caso em questão, houve uma queda de 30 mmHg na sistólica (de 138 para 108 mmHg) e 14 mmHg na diastólica (de 84 para 70 mmHg), confirmando o diagnóstico de HO.

O ponto-chave para diferenciar a etiologia é a resposta da frequência cardíaca (FC). Em condições normais ou em causas não neurogênicas (como desidratação), a queda da pressão arterial desencadeia um aumento compensatório da FC mediado pelos barorreflexos. Este paciente, no entanto, manteve a FC praticamente estável (72 para 70 bpm), evidenciando uma falha autonômica. Somado ao histórico de 15 anos de diabetes mellitus e aos achados de neuropatia periférica no exame físico (hiporreflexia e diminuição da sensibilidade vibratória), o diagnóstico se confirma como neuropatia autonômica diabética.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O paciente preenche os critérios para hipotensão ortostática. A ausência de taquicardia compensatória diante da queda pressórica caracteriza a natureza neurogênica do distúrbio. O diabetes de longa data é uma das causas mais comuns de disautonomia, afetando as fibras nervosas que controlam o tônus vascular e a resposta cardíaca. Sintomas que pioram pela manhã, após refeições (pela redistribuição de fluxo para o trato gastrointestinal) e após banhos quentes (pela vasodilatação periférica) são típicos dessa condição.

Alternativa b) Incorreta. A metformina é um medicamento da classe das biguanidas que atua principalmente na resistência insulínica e na produção hepática de glicose, não possuindo efeito colateral conhecido de causar hipotensão ortostática. Além disso, se a causa fosse puramente medicamentosa ou hipovolêmica (não neurogênica), seria esperado um aumento reflexo da frequência cardíaca.

Alternativa c) Incorreta. Embora o calor do banho possa ser um gatilho para a síncope vasovagal por promover vasodilatação, a síncope vasovagal é um evento reflexo episódico e geralmente precedido por prodromos autonômicos exuberantes (sudorese, náuseas, palidez). O quadro do paciente é crônico, reprodutível ao se levantar e o exame físico confirmou a hipotensão postural sustentada com falha na resposta cronotrópica, o que aponta para falência autonômica crônica e não um reflexo situacional isolado.

Alternativa d) Incorreta. A Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática (POTS) é caracterizada por um aumento excessivo da frequência cardíaca ao se levantar (geralmente um aumento superior a 30 bpm em adultos) na ausência de hipotensão ortostática significativa. O paciente em questão apresenta justamente o oposto: uma queda importante da pressão arterial sem o aumento esperado da frequência cardíaca. Além disso, a POTS é mais comum em mulheres jovens, diferindo do perfil epidemiológico deste paciente.

Questão 16

DIAGNÓSTICO E RACIOCÍNIO CLÍNICO

O quadro clínico de uma paciente idosa (65 anos) com dor abdominal localizada em fossa ilíaca esquerda, febre baixa e leucocitose é a apresentação clássica da Diverticulite Aguda. Por ser uma inflamação de divertículos, geralmente no cólon sigmoide, é frequentemente referida como a "apendicite à esquerda". O histórico de episódio semelhante anterior reforça a hipótese de doença diverticular dos cólons.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA

A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste intravenoso é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de diverticulite aguda. Ela permite confirmar a hipótese, excluir outros diagnósticos diferenciais e, principalmente, classificar a gravidade da doença (geralmente pela Classificação de Hinchey). O jejum é indicado no momento inicial para repouso intestinal e preparo para o exame, enquanto os sintomáticos garantem o conforto da paciente durante a investigação.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa (a): A colonoscopia e o preparo de cólon são formalmente contraindicados na fase aguda da diverticulite. A insuflação de ar necessária para o exame e a manipulação do aparelho aumentam drasticamente o risco de perfuração intestinal, já que a parede do cólon está fragilizada pelo processo inflamatório. O rastreo colonoscópico só deve ser feito 4 a 6 semanas após a resolução do quadro.

Alternativa (c): Embora o uso de antibióticos (como Ceftriaxone e Metronidazol) e a TC façam parte do manejo, a alternativa (b) é mais precisa ao indicar o jejum inicial. Em pacientes com dor aguda e necessidade de imagem, o repouso intestinal (NPO) é a conduta de escolha até que se defina, pela tomografia, se o quadro é simples ou complicado e se haverá necessidade de intervenção.

Alternativa (d): A presença de febre e leucocitose sugere uma resposta inflamatória sistêmica que exige investigação imediata no pronto-atendimento. Não é seguro liberar a paciente para investigação ambulatorial sem antes realizar um exame de imagem para descartar complicações graves, como abscessos ou perfurações bloqueadas, que necessitariam de internação hospitalar.

Questão 17

O caso clínico apresenta um paciente com diagnóstico de pancreatite aguda grave, provavelmente de etiologia alcoólica (história de ingestão abusiva há 3 dias). O diagnóstico é corroborado pela clínica de dor abdominal em barra no andar superior e vômitos, além do exame de imagem.

****Análise da Imagem:****

A tomografia de abdome mostra um pâncreas com aumento volumétrico e borramento da gordura peripancreática (edema pancreático). Um achado importante na imagem é a presença de ar livre (pneumoperitônio) anterior ao fígado e ao estômago. Embora o pneumoperitônio sugira perfuração de víscera oca, o quadro clínico sistêmico do paciente (choque obstrutivo/distributivo com instabilidade hemodinâmica e rebaixamento de consciência) exige estabilização imediata.

****Análise das Alternativas:****

****a) Incorreta.**** A laparotomia exploradora não é a conduta inicial para um paciente em choque e instabilidade hemodinâmica por pancreatite aguda. Mesmo que haja suspeita de complicação cirúrgica, a prioridade absoluta é a estabilização clínica e a ressuscitação volêmica. A pancreatite é, em essência, uma doença de tratamento clínico na sua fase inicial.

****b) Incorreta.**** Pelo mesmo motivo da alternativa anterior, a laparoscopia não deve ser realizada em um paciente instável. Além disso, o aumento da pressão intra-abdominal pelo pneumoperitônio artificial da laparoscopia poderia agravar ainda mais o estado hemodinâmico do paciente.

****c) Correta.**** O paciente apresenta sinais claros de choque (taquicardia, hipotensão, má perfusão e alteração do nível de consciência) e uma resposta inflamatória sistêmica grave decorrente da pancreatite. A conduta imediata e mais importante na pancreatite aguda grave é a ressuscitação volêmica agressiva. O Ringer-lactato é o fluido de escolha preferencial (superior ao soro fisiológico por reduzir a inflamação sistêmica). O suporte intensivo e o jejum completam a terapia inicial para "descansar" o pâncreas e monitorar a falência orgânica.

****d) Incorreta.**** Embora o suporte intensivo e a hidratação estejam corretos, o uso de antibióticos (ceftriaxona e metronidazol) de forma profilática não é recomendado na pancreatite aguda, mesmo nas formas necrotizantes. O antibiótico só deve ser iniciado se houver suspeita ou confirmação de infecção (geralmente após a segunda ou terceira semana de evolução) ou se a causa da instabilidade for comprovadamente um foco infeccioso abdominal, o que não é a prioridade no momento zero da ressuscitação do choque.

****Resumo Didático:****

Diante de uma pancreatite aguda com sinais de gravidade e instabilidade hemodinâmica, a regra de ouro é: ****Estabilização Clínica Primeiro****. A reposição volêmica precoce e adequada nas primeiras 24 a 48 horas é o fator que mais impacta na redução da mortalidade e na prevenção de necrose pancreática. O tratamento cirúrgico na pancreatite é exceção e deve ser evitado na fase precoce (primeiras semanas).

Questão 18

O caso descreve uma lesão traumática na ponta do dedo (quirodátilo) com perda de substância na polpa digital, porém sem exposição de estruturas nobres (osso ou tendão). O objetivo no tratamento de lesões de extremidades digitais é manter o comprimento do dedo, preservar a sensibilidade e proporcionar uma cobertura cutânea estável e acolchoada.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O enxerto de pele parcial (retirado da coxa, por exemplo) é muito fino e sofre grande contração cicatricial. Na polpa digital, ele não ofereceria o preenchimento necessário para proteger a extremidade, resultando em uma cobertura frágil, pouco estética e com baixa qualidade sensorial.

b) Incorreta. A pele da ponta do dedo é firmemente aderida aos tecidos profundos por septos fibrosos. Tentar um fechamento primário com descolamento amplo em uma área com perda de substância gera tensão excessiva, o que pode levar à necrose das bordas, dor crônica e deformidade em "unha em bico de papagaio" ou encurtamento do dedo.

c) Incorreta. Embora o fechamento por segunda intenção possa ser utilizado em lesões muito pequenas e superficiais (geralmente menores que 1 cm² em crianças ou feridas muito distais), ele demanda um tempo de cicatrização prolongado e pode resultar em uma cicatriz atrófica e hipersensível. Em um paciente jovem de 28 anos com exposição da polpa, busca-se um resultado funcional superior.

d) Correta. O retalho de avanço V-Y local (como as técnicas de Atasoy ou Kutler) é a conduta de escolha para perdas de substância na ponta do dedo com exposição da polpa. Esse procedimento consiste em avançar um retalho de pele e tecido subcutâneo da própria região para cobrir o defeito. Ele é ideal porque leva tecido vascularizado e com inervação preservada para a área lesionada, garantindo o "acolchoamento" necessário para a pinça digital e mantendo a sensibilidade local.

Resumo: Para lesões de polpa digital onde se deseja manter a sensibilidade e o volume da ponta do dedo, os retalhos locais (V-Y) superam os enxertos e o fechamento simples.

Questão 19

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de disfagia progressiva (inicialmente para sólidos e evoluindo para líquidos), perda ponderal e idade avançada (69 anos), além de carga tabágica expressiva (50 anos/maço). Embora a origem geográfica (Bahia) e o hábito de ingerir líquidos para auxiliar a deglutição sugiram a Doença de Chagas (megaesôfago chagásico), a presença de sinais de alerta (idade, tabagismo e perda de peso) torna obrigatória a exclusão de neoplasia de esôfago como primeira medida.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

Em qualquer paciente idoso com disfagia de início recente e perda de peso, a conduta inicial deve ser a Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Esse exame permite a visualização direta da mucosa esofágica, a identificação de lesões estenosantes ou tumorais e a realização de biópsias para confirmação diagnóstica. Além de descartar o câncer de esôfago, a EDA pode sugerir acalásia ao encontrar resíduos alimentares e resistência na passagem pelo esfíncter esofágico inferior (sinal da "porta fechada"), mas sua principal função aqui é excluir malignidade.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A esofagografia baritada (estudo contrastado) é útil para avaliar a anatomia do esôfago e o grau de dilatação (classificação de Rezende), mas não é o melhor exame inicial para descartar neoplasia, pois não permite a realização de biópsias. Em casos de suspeita de câncer, a EDA tem prioridade.

Alternativa (c): A manometria esofágica é o exame padrão-ouro para o diagnóstico

funcional da acalásia. No entanto, ela deve ser realizada após a exclusão de obstruções mecânicas por EDA. Além disso, existe a entidade chamada "pseudoacalásia", em que um tumor no cárdia mimetiza os achados manométricos da acalásia primária. Portanto, a manometria não é a conduta inicial neste cenário.

Alternativa (d): O tratamento empírico com nifedipina (bloqueador de canal de cálcio para relaxar o esfíncter) e omeprazol é totalmente inadequado. Diante de disfagia e perda de peso, retardar o diagnóstico de uma possível neoplasia com tratamento sintomático é um erro grave na prática médica. O diagnóstico deve ser estabelecido antes de qualquer intervenção terapêutica definitiva.

Questão 20

Análise do caso:

A questão apresenta uma paciente de 48 anos com uma linfonomegalia cervical no nível II (região jugular superior), persistente há 2 meses e em crescimento. Em adultos nessa faixa etária, qualquer nódulo cervical que persista por mais de 3 semanas deve ser encarado com suspeita de neoplasia até que se prove o contrário, seja por tumor primário de cabeça e pescoço (metástase linfonodal) ou linfoma.

Alternativa (a) Incorreta: O perfil da paciente (48 anos) associado aos achados ultrassonográficos aumenta consideravelmente a suspeita de neoplasia. Na ultrassonografia, os sinais de malignidade incluem o formato arredondado (em vez do habitual aspecto ovalado/reniforme) e, principalmente, a ausência ou desestruturação do hilo central gorduroso. Linfonodos reacionais ou infecciosos costumam manter o hilo visível e são mais comuns em pacientes jovens.

Alternativa (b) Incorreta: A ultrassonografia é, sim, um excelente exame para a investigação inicial de massas cervicais. Ela é acessível, não utiliza radiação e possui alta sensibilidade para diferenciar linfonodos reacionais de linfonodos com características suspeitas de malignidade. Embora a tomografia computadorizada de face e pescoço seja fundamental para o estadiamento e para ajudar na busca do tumor primário, ela não invalida a utilidade da ultrassonografia como passo inicial.

Alternativa (c) Incorreta: A ausência de tabagismo não exclui a necessidade de oroscopia e de um exame físico completo das vias aerodigestivas superiores. Atualmente, há uma incidência crescente de tumores de orofaringe relacionados ao HPV, que ocorrem frequentemente em pacientes mais jovens e não tabagistas, tendo como primeira manifestação clínica justamente a linfonomegalia cervical (frequentemente no nível II).

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta adequada. A paciente apresenta diversos

sinais de alarme que obrigam a continuidade da investigação diagnóstica: idade acima de 40 anos, tempo de evolução prolongado (2 meses), crescimento progressivo, consistência firme ao exame físico e características ultrassonográficas de alta suspeição (formato arredondado e perda do hilo central). O próximo passo geralmente envolve a realização de uma Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) e exames endoscópicos (nasofibrolaringoscopia) para busca do sítio primário.

Questão 21

Análise do caso clínico: Estamos diante de uma paciente jovem com quadro clássico de cólica nefrética (dor aguda em flanco e hematúria) causada por um cálculo ureteral de 6 mm localizado na porção distal do ureter. Não há sinais de complicações, como febre (que sugeriria infecção/pionefrose), insuficiência renal ou dor incoercível.

Alternativa a) Incorreta. A cirurgia aberta para retirada de cálculos ureterais (ureterolitomia aberta) caiu em desuso com o avanço das técnicas minimamente invasivas. Atualmente, é reservada apenas para casos excepcionais onde múltiplas tentativas endoscópicas falharam ou em situações anatômicas muito complexas. Um cálculo de 6 mm é pequeno e tem alta chance de eliminação com métodos menos invasivos.

Alternativa b) Incorreta. A internação hospitalar é indicada em situações específicas: dor que não melhora com medicação venosa, presença de febre/infecção associada, rim único ou obstrução bilateral, e impossibilidade de hidratação oral por vômitos. No caso descrito, a paciente está estável e sem febre. O uso de antibiótico profilático não tem papel no tratamento de cálculos não infectados.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta de escolha para cálculos ureterais distais entre 5 mm e 10 mm em pacientes clinicamente estáveis. A Terapia Medicamentosa Expulsiva (TME), geralmente realizada com alfabloqueadores (como a tansulosina), promove o relaxamento da musculatura lisa do ureter distal, facilitando a passagem do cálculo, aumentando as taxas de sucesso de eliminação espontânea e diminuindo a necessidade de analgésicos. Como o cálculo tem 6 mm e está bem localizado (ureter distal), a chance de eliminação é alta.

Alternativa d) Incorreta. A litotripsia intracorpórea por ureteroscopia é um tratamento excelente e definitivo, porém é um procedimento invasivo que requer anestesia e ambiente cirúrgico. Pelas diretrizes urológicas atuais, em cálculos menores que 10 mm sem complicações, deve-se oferecer primeiro a chance de tratamento conservador (TME) por um período de 2 a 4 semanas antes de indicar uma intervenção cirúrgica.

Resumo do manejo: Para cálculos de ureter distal menores que 10 mm, sem sinais de infecção ou obstrução grave, a conduta inicial é analgesia e tentativa de eliminação espontânea auxiliada por bloqueadores alfa-adrenérgicos.

Questão 22

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta uma Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) complexa. O quadro é caracterizado por sinais flogísticos (eritema e calor), exsudato purulento e, crucialmente, odor fétido e necrose tecidual. O odor fétido sugere a presença de microrganismos anaeróbios, enquanto a necrose e a deiscência em uma paciente com múltiplos fatores de risco (diabetes descompensado, obesidade e uso de corticoide) indicam uma infecção profunda e potencialmente grave, exigindo intervenção imediata e agressiva.

Alternativa a: Incorreta. O uso de corticosteroides é um fator de risco para infecções e retardo na cicatrização. Aumentar a dose pioraria o controle glicêmico (hiperglicemia) e suprimiria ainda mais a resposta imunológica necessária para combater a infecção, além de interferir na síntese de colágeno e na fibroplasia.

Alternativa b: Incorreta. A cefadroxila é uma cefalosporina de primeira geração com espectro limitado, insuficiente para tratar uma infecção com sinais de necrose e odor fétido (anaeróbios). O tratamento por via oral não é adequado para um quadro com esse grau de gravidade e extensão. O uso isolado de compressas não resolve o foco infeccioso nem remove tecidos mortos.

Alternativa c: Incorreta. Além de a antibioticoterapia oral ser insuficiente, as compressas frias promovem vasoconstrição local. Em um tecido que já apresenta necrose (isquemia e morte celular), a redução do fluxo sanguíneo agravaria a lesão e dificultaria a chegada de células de defesa e antibióticos ao local da infecção.

Alternativa d: Correta. A presença de necrose tecidual é uma indicação absoluta de controle de foco através do desbridamento cirúrgico. Sem a remoção do tecido desvitalizado, o antibiótico não consegue penetrar efetivamente no local e a infecção tende a progredir. Devido ao alto risco de gravidade (comorbidades) e à provável etiologia polimicrobiana (incluindo Gram-positivos, Gram-negativos e anaeróbios), a terapia com antibióticos de amplo espectro por via intravenosa, como o meropenem e a vancomicina, é a conduta inicial correta enquanto se aguarda o resultado das culturas.

Questão 23

O objetivo central da profilaxia antimicrobiana cirúrgica é garantir que o nível sérico e tecidual do antibiótico seja adequado e esteja no seu pico no momento em que a pele é rompida e o campo cirúrgico é exposto.

Confira a análise de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A intubação orotraqueal é um procedimento anestésico que precede a cirurgia. Embora ocorra antes da operação, o marco temporal utilizado mundialmente para a eficácia da profilaxia não é a intubação, mas sim o início da agressão tecidual (incisão).

Alternativa b) Correta. De acordo com as diretrizes nacionais (Anvisa) e internacionais (CDC e OMS), a administração do antibiótico deve ocorrer preferencialmente dentro de 60 minutos antes da incisão cirúrgica. Esse intervalo permite que a droga seja distribuída pelos tecidos, oferecendo proteção máxima contra a colonização por patógenos durante o ato operatório. Para antibióticos com meia-vida mais longa ou que exigem infusão lenta (como vancomicina ou fluoroquinolonas), esse prazo pode ser estendido para até 120 minutos, mas a regra geral de 60 minutos antes da incisão permanece como o padrão-ouro para a maioria dos fármacos.

Alternativa c) Incorreta. O acesso venoso pode ser instalado muito tempo antes do início da cirurgia, ainda na enfermaria ou na sala de pré-anestesia. Se o antibiótico for administrado nesse momento, os níveis teciduais podem estar abaixo da dose inibitória mínima quando a cirurgia de fato começar, deixando o paciente desprotegido.

Alternativa d) Incorreta. A entrada do paciente na sala operatória é um marco administrativo e logístico. Entre a entrada na sala e a incisão real, ocorrem diversos processos, como a transferência para a mesa, a monitorização, a indução anestésica e o posicionamento cirúrgico. Esse intervalo pode ser longo e variável, não servindo como parâmetro seguro para a cronometragem da antibioticoterapia.

Questão 24

Análise do caso clínico:

A paciente é uma vítima de trauma de alta energia (capotamento a 90 km/h) que apresenta sinais claros de choque hemorrágico. Embora a pressão arterial ainda esteja em 100 x 70 mmHg (o que caracteriza um choque compensado), a presença de taquicardia (110 bpm), tempo de enchimento capilar prolongado (4 segundos) e o

FAST positivo em dois quadrantes (esplenorrenal e hepatorrenal) confirmam a presença de hemoperitônio e a necessidade de intervenção imediata.

Alternativa a: Incorreta. A laparotomia de urgência é indicada para pacientes com FAST positivo que apresentam instabilidade hemodinâmica franca (hipotensão grave) ou que são não respondedores à reanimação volêmica inicial. Como a paciente ainda mantém níveis pressóricos limiares, a conduta inicial preconizada pelo ATLS (Advanced Trauma Life Support) é a reanimação volêmica seguida de reavaliação para determinar o próximo passo.

Alternativa b: Incorreta. A realização de tomografia de abdome é formalmente contraindicada em pacientes com sinais de instabilidade hemodinâmica ou choque progressivo. O transporte de uma paciente com FAST positivo e sinais de choque para o ambiente da radiologia é perigoso, pois o exame é demorado e a paciente pode evoluir para parada cardiorrespiratória fora do ambiente de ressuscitação. A tomografia é reservada para pacientes estáveis.

Alternativa c: Incorreta. Esta alternativa sugere apenas a expansão com cristalóide. No entanto, diante de um trauma de alta energia com sangramento abdominal evidente (FAST positivo) e sinais clínicos de choque classe II/III, a tendência atual da medicina de trauma é a reanimação hemostática precoce. Apenas o cristalóide pode contribuir para a coagulopatia dilucional e não repõe a capacidade de transporte de oxigênio.

Alternativa d: Correta. Esta conduta alinha-se aos protocolos modernos de atendimento ao trauma. A administração de um volume inicial de cristalóide aquecido (500 mL a 1 L) associada ao início precoce de concentrado de hemácias (neste caso, O negativo por ser uma emergência sem tipagem prévia) visa estabilizar a paciente e prevenir a tríade da morte (hipotermia, acidose e coagulopatia). A reavaliação após essa infusão inicial é o ponto-chave para decidir se a paciente seguirá para a cirurgia (se for respondedora transitória ou não respondedora) ou se poderá realizar exames de imagem adicionais (se tornar-se estável e respondedora rápida).

Considerações sobre a avaliação inicial:

A saturação de O₂ de 92% com máscara de alto fluxo é um dado de alerta no exame físico. Sugere que a paciente possa ter uma contusão pulmonar ou outra lesão torácica decorrente do impacto, mesmo que o murmúrio vesicular esteja presente e sem ruídos. Isso reforça a necessidade de uma reanimação cuidadosa e vigilante. O uso de líquidos aquecidos é fundamental para manter a temperatura corporal e garantir o funcionamento adequado da cascata de coagulação.

Questão 25

Esta questão aborda o manejo inicial de um paciente vítima de queimadura com foco em lesão por inalação. O cenário descrito apresenta uma paciente que permaneceu em ambiente fechado durante um incêndio por tempo prolongado (vinte minutos) e apresenta queimaduras na face e no tórax. Esses fatores são indicadores clássicos de alto risco para lesão térmica das vias aéreas superiores e intoxicação por gases.

Alternativa (a): Esta é a alternativa correta. Em vítimas de incêndio, a presença de cílios e vibrissas (pelos nasais) chamuscados, associada a queimaduras na face e história de confinamento, é um sinal clínico preditor de lesão térmica das vias aéreas superiores. Como o edema inflamatório nessas regiões é progressivo e pode levar à obstrução total da passagem de ar em poucas horas, a conduta recomendada é a intubação orotraqueal precoce (preventiva). Aguardar o surgimento de sinais de insuficiência respiratória pode tornar a intubação tecnicamente difícil ou impossível devido ao inchaço maciço.

Alternativa (b): Incorreta. O escarro carbonáceo (presença de fuligem no muco expelido) é, de fato, um sinal de que houve inalação de produtos da combustão. No entanto, a conduta de realizar apenas a aspiração da orofaringe é insuficiente. O escarro carbonáceo é um indicativo para a avaliação da árvore traqueobrônquica e, frequentemente, para a proteção definitiva da via aérea, e não apenas para limpeza local de secreções.

Alternativa (c): Incorreta. A rouquidão em um paciente queimado é um sinal de alerta de gravidade extrema, indicando que já existe edema nas cordas vocais ou na laringe. O uso de spray de lidocaína não trata o processo inflamatório nem o edema; ele é apenas um anestésico local. Diante de rouquidão ou estridor, a conduta imediata deve ser o estabelecimento de uma via aérea artificial.

Alternativa (d): Incorreta. A presença de fuligem na cavidade oral confirma que a paciente foi exposta à fumaça, mas a remoção mecânica dessa fuligem não tem impacto na redução da inflamação local ou sistêmica causada pela queimadura. A inflamação é decorrente do dano térmico e químico tecidual, e a conduta prioritária deve focar na manutenção da patência respiratória e na estabilização hemodinâmica.

Questão 26

O quadro clínico descrito, caracterizado por dificuldade progressiva para evacuar, fezes afiladas e dor anal cerca de 4 semanas após uma hemorroidectomia, é um caso clássico de estenose anal cicatricial. A estenose é uma das complicações tardias mais temidas da cirurgia orifical.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Correta): A técnica de Milligan-Morgan é uma hemorroidectomia aberta. O princípio fundamental para evitar a estenose anal nesta técnica é a preservação de pontes de mucosa e pele entre as áreas ressecadas (pontes mucocutâneas). Essas pontes permitem a reepitelização adequada do canal anal. Quando ocorre uma ressecção excessiva de tecido, sem o devido respeito a essas pontes, o processo de cicatrização por segunda intenção resulta em fibrose circular e estreitamento do lúmen anal, explicando perfeitamente os sintomas de fezes afiladas e esforço evacuatório.

Alternativa B (Incorreta): A lesão das fibras do esfíncter anal externo ou interno durante a cirurgia resultaria, primariamente, em quadros de incontinência fecal (perda de gases ou fezes) devido ao prejuízo na pressão de fechamento do canal anal, e não em obstrução ou estreitamento (estenose).

Alternativa C (Incorreta): Embora infecções graves e persistentes possam, teoricamente, aumentar a resposta fibrótica, a causa principal e mais comum de estenose pós-hemorroidectomia é técnica e mecânica (falta de tecido para regeneração). Além disso, um processo infeccioso tardio manifestar-se-ia geralmente com sinais flogísticos, secreção purulenta ou formação de abscessos/fístulas, o que não foi o foco do enunciado.

Alternativa D (Incorreta): O termo deiscência refere-se à abertura de uma sutura. Como a técnica de Milligan-Morgan é uma técnica aberta, as feridas já são deixadas deliberadamente abertas para cicatrizar por segunda intenção. Portanto, não se fala em deiscência nesse contexto. O problema relatado não é a irregularidade da cicatriz em si, mas sim a redução do diâmetro do canal anal pela falta de revestimento epitelial remanescente.

Questão 27

O quadro clínico descrito — vesícula biliar distendida, preenchida por líquido transparente (semelhante à água) e sem a presença de bile — caracteriza a hidropisia vesicular, também conhecida como mucocele da vesícula biliar.

Explicação detalhada das alternativas:

a) Incorreta. Embora neoplasias mucinosas possam produzir muco, elas são raras na vesícula biliar. O achado de líquido claro e fluido em uma vesícula distendida é muito mais característico de uma obstrução mecânica benigna do que de um processo neoplásico primário da mucosa.

b) Incorreta. Uma comunicação pancreatobiliar (fístula) resultaria na presença de bile ou suco pancreático na vesícula ou no trato digestivo, e não no isolamento da vesícula com reabsorção de pigmentos biliares. Além disso, fístulas geralmente levam a uma vesícula murcha ou com conteúdo inflamatório, não a uma vesícula hidrópica e tensa.

c) Correta. A hidropisia vesicular ocorre devido à obstrução crônica e persistente do ducto cístico ou do infundíbulo (colo) da vesícula, geralmente por um cálculo impactado. Com a obstrução, a bile fica retida; com o tempo, os pigmentos biliares (bilirrubinas) são reabsorvidos pela mucosa vesicular. A mucosa, no entanto, continua a secretar muco e líquido seroso, o que leva à distensão do órgão por um conteúdo estéril e transparente, popularmente chamado de "bile branca".

d) Incorreta. A colecistite aguda enfisematosa é uma forma grave de infecção da vesícula, geralmente causada por bactérias formadoras de gás (como o *Clostridium perfringens*). O quadro clínico seria de sepse e dor intensa, e os achados macroscópicos incluiriam a presença de gás na parede ou no lúmen, além de pus ou tecido necrótico, o que é o oposto do líquido claro e límpido descrito na questão.

Questão 28

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta uma síndrome colestática obstrutiva clássica (icterícia, colúria, prurido) de evolução progressiva e indolor, associada a uma síndrome consumptiva importante (perda de 12 kg). O achado de uma massa palpável e indolor em hipocôndrio direito é o sinal de Courvoisier-Terrier, que sugere fortemente uma obstrução biliar maligna distal (periampular), pois a vesícula se distende por não estar inflamada ou fibrótica (diferente da colelitíase).

A tomografia confirma uma lesão de 25 mm na cabeça do pâncreas com o sinal do "duplo ducto" (dilatação simultânea do colédoco e do ducto pancreático principal), achado patognomônico de tumores de cabeça de pâncreas.

CRITÉRIOS DE RESSECABILIDADE

Para definir a conduta, avaliamos o estadiamento radiológico:

1. Localização: Cabeça do pâncreas.
2. Tamanho: 25 mm.
3. Relação vascular: Sem contato com os vasos mesentéricos superiores (veia e artéria).

4. Metástases: Ausentes.

Esses achados classificam o tumor como ressecável upfront (de imediato). Em pacientes com tumores ressecáveis de cabeça de pâncreas, o tratamento padrão com intenção curativa é a cirurgia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) CORRETA. A duodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple) é o tratamento de escolha para o câncer de cabeça de pâncreas ressecável. Embora o paciente apresente um ECOG 3 (status de performance reduzido), na lógica de provas de residência, a presença de uma lesão ressecável em um paciente com comorbidades controladas direciona para a tentativa cirúrgica curativa.

b) INCORRETA. A CPRE com drenagem biliar sem tentativa de ressecção é uma conduta paliativa. Ela seria indicada se o tumor fosse irressecável (presença de metástases ou invasão vascular extensa) ou se o paciente não tivesse condições clínicas mínimas para a cirurgia. A drenagem pré-operatória de rotina não é recomendada, pois aumenta o risco de complicações infecciosas no pós-operatório, sendo reservada para casos específicos (como colangite ou demora excessiva para a cirurgia).

c) INCORRETA. A confirmação histológica por ecoendoscopia com punção (EUS-FNA) não é obrigatória em casos de forte suspeita clínica e radiológica de câncer de pâncreas com indicação cirúrgica. A biópsia é fundamental apenas se o paciente for submetido a tratamento neoadjuvante ou se houver dúvida diagnóstica importante (como suspeita de linfoma ou pancreatite autoimune).

d) INCORRETA. A quimioterapia neoadjuvante é frequentemente discutida para casos "borderline" (limítrofes), onde há contato vascular parcial que dificulta a margem livre. Como a tomografia descreveu ausência de contato vascular, o tumor é claramente ressecável de entrada, e a conduta padrão-ouro permanece a cirurgia seguida de quimioterapia adjuvante.

Questão 29

DIAGNÓSTICO E CONTEXTO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente com Retocolite Ulcerativa (RCU) apresentando uma complicação grave e potencialmente fatal: o Megacólon Tóxico. Os critérios diagnósticos clássicos estão presentes: evidência radiológica de dilatação colônica (geralmente superior a 6 cm no cólon transverso) associada a pelo menos três sinais

de toxicidade sistêmica (febre, taquicardia, leucocitose ou anemia) e um sinal de disfunção orgânica ou distúrbio eletrolítico (neste caso, hipotensão e alteração de função renal).

ACHADOS DA IMAGEM

A radiografia simples de abdome demonstra uma acentuada dilatação das alças colônicas, com destaque para o cólon transverso, que apresenta perda das haustrações habituais e diâmetro aumentado. Esse achado, no contexto de uma crise de colite inflamatória, é patognomônico de megacólon tóxico.

INDICAÇÃO CIRÚRGICA

O tratamento inicial para colite grave e megacólon tóxico envolve jejum, reposição volêmica vigorosa, antibioticoterapia de amplo espectro e corticoterapia endovenosa. No entanto, quando não há melhora clínica evidente em um intervalo de 24 a 72 horas (o enunciado especifica 24 horas sem melhora em um paciente já instável), a intervenção cirúrgica de urgência torna-se mandatória para evitar a perfuração e o óbito.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: A colectomia subtotal com ileostomia terminal e sepultamento do reto (ou fístula mucosa) é a cirurgia de escolha nas urgências da RCU. Esse procedimento permite a remoção do cólon doente, que é a fonte da sepse e do risco de perfuração, mas preserva o reto. A preservação do reto em ambiente de urgência é estratégica porque a dissecação pélvica profunda em um paciente inflamado e instável aumentaria drasticamente a morbidade, o tempo cirúrgico e o risco de lesões nervosas, além de permitir uma futura reconstrução do trânsito com bolsa ileal em condições eletivas.

Alternativa (b) INCORRETA: A realização de uma estomia (transversostomia) sem a retirada do órgão afetado não resolve o problema. O cólon inflamado e dilatado continuaria sendo um foco de translocação bacteriana e liberação de citocinas inflamatórias, mantendo o estado de choque e o risco de perfuração diastática.

Alternativa (c) INCORRETA: A proctocolectomia total com bolsa ileal é o tratamento cirúrgico definitivo e curativo da RCU, mas deve ser reservada para o cenário eletivo. Realizar a proctectomia (retirada do reto) em um paciente com sepse e instabilidade hemodinâmica aumenta excessivamente o risco cirúrgico e as complicações pós-operatórias.

Alternativa (d) INCORRETA: A neostigmina e a descompressão por colonoscopia são terapias indicadas para a Síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução colônica aguda), que ocorre por desequilíbrio autonômico sem inflamação de mucosa. No megacólon tóxico da RCU, a colonoscopia é formalmente contraindicada pelo altíssimo risco de perfurar um cólon com parede extremamente friável e inflamada.

Questão 30

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A associação de adrenalina à lidocaína em bloqueios peridurais é uma prática comum e não é contraindicada. A adrenalina atua promovendo vasoconstrição local, o que reduz a absorção sistêmica do anestésico, prolonga a duração do efeito e diminui o risco de toxicidade sistêmica. Não há evidências de que essa associação aumente a neurotoxicidade em doses e concentrações clínicas usuais.

Alternativa (b) Incorreta: A dose de 10 mg/kg de lidocaína é excessiva e perigosa, especialmente em crianças pequenas e quando aplicada em mucosas, onde a absorção é muito rápida. O limite de segurança para a lidocaína sem vasoconstritor em pediatria geralmente gira em torno de 3 a 5 mg/kg. Doses elevadas em crianças aumentam drasticamente o risco de toxicidade do sistema nervoso central (convulsões) e toxicidade cardiovascular.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa reflete o ensinamento clássico da anestesiologia e cirurgia. Áreas com circulação terminal (supridas por artérias terminais sem circulação colateral exuberante), como dedos, pênis, ponta do nariz e pavilhões auriculares, são vulneráveis à isquemia. O uso de vasoconstritores como a adrenalina nessas regiões pode causar um espasmo vascular prolongado, levando à hipóxia tecidual, isquemia e, em casos graves, necrose das extremidades. Embora existam estudos recentes discutindo a segurança em doses muito diluídas, para fins de provas e concursos, a regra de evitar vasoconstritores nessas áreas permanece o padrão.

Alternativa (d) Incorreta: A bupivacaína a 0,5% é amplamente utilizada em bloqueios de nervos periféricos (como bloqueio do plexo braquial) devido à sua longa duração de ação. Ela não é restrita à anestesia raquidiana. Além disso, a dose máxima citada de 5 mg/kg está incorreta e é extremamente tóxica para a bupivacaína; o limite de segurança geralmente recomendado é de até 2 mg/kg (ou 3 mg/kg se associada à adrenalina), devido ao seu elevado potencial de cardiotoxicidade (arritmias graves e depressão miocárdica).

Questão 31

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Síndrome Torácica Aguda (STA), uma das principais causas de mortalidade em pacientes com anemia falciforme. O diagnóstico já foi estabelecido (febre, dor torácica, taquipneia e infiltrado radiológico novo). O ponto crucial da questão é que, apesar do tratamento inicial adequado (antibioticoterapia, oxigênio e hidratação), o paciente evoluiu com persistência da hipoxemia (saturação < 90%) e queda nos níveis de hemoglobina (6,5 g/dL).

Nesse cenário de gravidade, a medida que visa interromper o ciclo de falcização pulmonar e melhorar a oferta de oxigênio aos tecidos é a transfusão de hemácias.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A transfusão sanguínea é a intervenção fundamental na STA grave ou progressiva. O objetivo é reduzir a porcentagem de hemoglobina S (HbS) e aumentar a hemoglobina total, melhorando a oxigenação e diminuindo a polimerização dos eritrócitos.

Existem duas modalidades principais:

1. Transfusão simples: Indicada quando há queda significativa da hemoglobina basal (como no caso, em que está em 6,5 g/dL) e o paciente tolera o volume.
2. Transfusão de troca (exsanguinotransfusão): Indicada em casos graves, com hipoxemia persistente ou progressão rápida do infiltrado pulmonar, especialmente se a hemoglobina inicial já estiver em níveis mais elevados (acima de 9-10 g/dL), para evitar hiperviscosidade.

Como o paciente mantém hipoxemia e teve queda de hemoglobina, a indicação de transfundir é imediata.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Introduzir corticosteroide sistêmico em alta dose: O uso de corticoides na anemia falciforme é controverso. Embora possam reduzir o tempo de internação e a necessidade de transfusão em alguns estudos, eles estão associados a um alto índice de reinternação por crise algica de rebote (vaso-oclusão grave após a suspensão do corticoide). Não são a conduta prioritária na vigência de hipoxemia grave.

c) Iniciar anticoagulação profilática com heparina: Pacientes com anemia falciforme têm um estado pró-trombótico, e a profilaxia para tromboembolismo venoso pode ser considerada em pacientes internados. No entanto, a anticoagulação não trata a causa-base da STA nem reverte a hipoxemia aguda, não sendo a conduta imediata

para salvar a vida do paciente neste momento.

d) Observar por 24h em UTI com suporte clínico: O paciente já está em tratamento há 24 horas e não apresentou melhora; pelo contrário, mantém saturação baixa e houve queda da hemoglobina. A conduta expectante (apenas observar) é inadequada, pois a STA pode evoluir rapidamente para insuficiência respiratória grave e óbito se não houver intervenção agressiva com transfusão.

Questão 32

Esta questão aborda o manejo da Infecção do Trato Urinário (ITU) febril, especificamente a pielonefrite, em uma criança pequena. O quadro clínico de febre, dor em flanco, irritabilidade, vômitos e mau estado geral, associado aos achados laboratoriais (leucocitúria, nitrito positivo e leucocitose), confirma a necessidade de início imediato de antibioticoterapia.

Alternativa A (Correta): A paciente apresenta sinais de gravidade, como mau estado geral, taquicardia (sugerindo sepse inicial) e vômitos, o que impossibilita a garantia de absorção por via oral. Nesses casos, a indicação inicial é de antibioticoterapia parenteral (intravenosa ou intramuscular). A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração com excelente cobertura para os principais patógenos urinários (como *E. coli*). A prática de realizar o *step-down* (troca para via oral) após melhora clínica e 48 horas de apirexia é a conduta padrão recomendada pelas principais diretrizes pediátricas para completar o tratamento (geralmente de 7 a 14 dias no total).

Alternativa B (Incorreta): Embora a via oral possa ser utilizada em casos selecionados de pielonefrite, ela é contraindicada nesta paciente devido ao mau estado geral e à presença de vômitos. Além disso, a cefalexina (cefalosporina de primeira geração) apresenta taxas de resistência maiores do que as das cefalosporinas de terceira geração, não sendo a primeira escolha para um quadro com sinais de toxemia.

Alternativa C (Incorreta): Jamais se deve aguardar o resultado da urocultura para iniciar o tratamento em uma criança com suspeita de pielonefrite e sinais sistêmicos. O atraso no início do antibiótico aumenta o risco de lesões cicatríciais renais definitivas e de evolução para choque séptico. O tratamento deve ser empírico e iniciado logo após a coleta dos exames.

Alternativa D (Incorreta): A ciprofloxacina (quinolona) não é utilizada como primeira linha no tratamento empírico de ITU em pediatria. Seu uso é restrito a casos de microrganismos multirresistentes (como *Pseudomonas aeruginosa*) ou quando não há outras opções terapêuticas seguras, devido ao risco potencial de toxicidade em

cartilagens de crescimento observado em estudos animais, embora esse risco seja muito baixo na prática clínica. A ceftriaxona é mais indicada e segura para este cenário inicial.

Questão 33

Análise do quadro clínico:

O paciente é um lactente de 12 meses (menor de 5 anos) que apresenta um padrão de sibilância recorrente (quatro episódios em quatro meses). Três pontos fundamentais no enunciado direcionam a conduta: a gravidade (história de hospitalização), a persistência (sintomas respiratórios leves entre as crises) e a presença de atopia (lesões eczematosas compatíveis com dermatite atópica).

De acordo com as recomendações do GINA 2025 para crianças de 5 anos ou menos, o tratamento de controle (etapa 2) deve ser iniciado se o padrão de sibilância sugerir diagnóstico de asma ou se os episódios forem frequentes ou graves.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Manter apenas o broncodilatador (salbutamol) sob demanda é a conduta para a Etapa 1. Ela é indicada para crianças com episódios de sibilância viral intermitente e sem sintomas no intervalo. O paciente em questão tem sintomas persistentes e fatores de risco para asma (eczema e hospitalização), exigindo terapia de controle.

Alternativa b) Correta. Segundo o GINA, o uso diário de corticoide inalatório (CI) em baixa dose é a terapia de controle preferencial para crianças com sibilância recorrente que apresentam: 1) Episódios frequentes (três ou mais por ano); 2) Sintomas no intervalo entre as crises; ou 3) Episódios graves desencadeados por vírus. A presença de dermatite atópica reforça a probabilidade de asma e a boa resposta ao corticoide inalatório. O salbutamol permanece como medicação de resgate.

Alternativa c) Incorreta. O tratamento de suporte é insuficiente para um paciente com sibilância recorrente, sintomas persistentes no intervalo e histórico de internação. Ignorar a necessidade de controle inflamatório aumenta o risco de novas hospitalizações e perda de função pulmonar.

Alternativa d) Incorreta. O corticoide oral associado ao salbutamol é o tratamento indicado para a crise aguda de sibilância ou asma. No entanto, a questão pede a conduta terapêutica com base no perfil clínico global do lactente. O uso recorrente de corticoide oral sem um tratamento de manutenção adequado é uma falha

terapêutica; o foco deve ser a prevenção com corticoide inalatório diário.

Questão 34

A questão aborda a mudança de paradigma na introdução de alimentos potencialmente alergênicos em lactentes. Atualmente, entende-se que a exposição precoce e frequente é a melhor forma de prevenir o desenvolvimento de alergias alimentares, mesmo em crianças com histórico familiar ou risco aumentado.

Alternativa (a) está incorreta porque a solicitação de IgE específica para rastreio em pacientes assintomáticos antes da introdução alimentar não é recomendada. Um resultado positivo indica apenas sensibilização e não necessariamente alergia clínica. Realizar esses testes sem sintomas prévios gera ansiedade e restrições dietéticas desnecessárias que, paradoxalmente, podem prejudicar o desenvolvimento da tolerância oral.

Alternativa (b) está incorreta pois reflete uma conduta ultrapassada. Estudos clínicos robustos demonstraram que o atraso na introdução de alimentos como ovo, amendoim, castanhas e peixe para depois do primeiro ano de vida aumenta significativamente o risco de a criança desenvolver alergia a esses alimentos. A recomendação atual é que esses alimentos sejam apresentados ao sistema imunológico precocemente.

Alternativa (c) está correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da ASBAI e de consensos internacionais, todos os alimentos, incluindo os altamente alergênicos, podem e devem ser introduzidos a partir dos 6 meses de idade, assim que a alimentação complementar for iniciada. A orientação é que a dieta seja variada, respeitando a cultura alimentar da família e o valor nutricional, aproveitando a janela imunológica (geralmente entre os 6 e 9 meses) para promover a tolerância.

Alternativa (d) está incorreta porque a exclusão preventiva de castanhas não é mais indicada para irmãos de crianças alérgicas; pelo contrário, a introdução segura é encorajada. Além disso, o uso de fórmulas extensamente hidrolisadas é uma medida terapêutica para crianças já diagnosticadas com alergia ou, em situações muito específicas, como alternativa de prevenção quando o aleitamento materno não é possível em grupos de altíssimo risco, mas não substitui a conduta correta de introdução de alimentos sólidos variados.

Questão 35

O quadro clínico descrito — adolescente com febre prolongada, faringite exsudativa, linfadenopatia generalizada e visceromegalia (hepatoesplenomegalia) — é a apresentação clássica da mononucleose infecciosa, causada majoritariamente pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Embora o exantema na mononucleose seja frequentemente associado ao uso inadvertido de aminopenicilinas (como amoxicilina), ele pode ocorrer de forma espontânea em uma porcentagem menor de casos, como no paciente em questão.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A anemia normocítica com reticulocitose sugere um processo hemolítico. Embora a anemia hemolítica autoimune seja uma complicação descrita na mononucleose infecciosa, ela é rara e não representa o achado laboratorial mais característico da doença.

b) Incorreta. Na mononucleose infecciosa, o que se observa habitualmente é uma leucocitose (aumento dos glóbulos brancos) à custa de linfócitos, e não uma leucopenia intensa com neutropenia.

c) Incorreta. A eosinofilia periférica está associada a processos alérgicos ou infecções parasitárias (helmintos), não sendo um marcador de infecção pelo vírus Epstein-Barr.

d) Correta. O achado hematológico mais típico e característico da mononucleose infecciosa é a linfocitose absoluta (mais de 50% de linfócitos no hemograma) com a presença de linfócitos atípicos. Essas células são linfócitos T citotóxicos ativados que estão combatendo as células B infectadas pelo vírus. Para fins de prova, a presença de mais de 10% de linfócitos atípicos no esfregaço de sangue periférico é altamente sugestiva do diagnóstico.

Questão 36

O quadro clínico descreve um paciente pediátrico com queimaduras extensas (40% da superfície corpórea) que evoluiu com insuficiência respiratória aguda grave. A radiografia de tórax revela infiltrado alveolar bilateral difuso, o que, somado ao contexto de resposta inflamatória sistêmica, fecha o diagnóstico de SDRA pediátrica (PARDS).

CÁLCULO DO ÍNDICE DE OXIGENAÇÃO (IO)

O IO é uma ferramenta fundamental para avaliar a gravidade da disfunção respiratória em pediatria. A fórmula é:

$$IO = (\text{Pressão Média de Vias Aéreas [Paw]} \times FiO_2) / PaO_2$$

Aplicando os dados do enunciado:

$$Paw = 15$$

$$FiO_2 = 100 \text{ (utiliza-se o número inteiro, não decimal)}$$

$$PaO_2 = 100$$

$$IO = (15 \times 100) / 100 = 15$$

Este valor (IO entre 8 e 16) classifica a PARDS como moderada, exigindo uma estratégia de ventilação protetora.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): O IO calculado é 15. A conduta baseia-se nos princípios da ventilação protetora (diretrizes PALICC). O volume corrente (V_t) atual de 7 mL/kg está no limite superior; o ideal na SDRA é reduzi-lo para 4 a 6 mL/kg para evitar volutrauma. Para isso, reduz-se a pressão controlada (PC) de 18 para 15. O aumento da PEEP para 10 visa melhorar o recrutamento alveolar e a oxigenação, já que o paciente está com FiO_2 de 100%. A redução da frequência respiratória e a aceitação de um pH de até 7,20 configuram a hipercapnia permissiva, priorizando a proteção pulmonar em vez da normalização dos gases sanguíneos.

Alternativa B (INCORRETA): O valor do IO está calculado incorretamente como 18. Embora a estratégia de reduzir o volume corrente e tolerar a hipercapnia esteja correta conceitualmente para SDRA, o erro no cálculo inicial invalida a opção.

Alternativa C (INCORRETA): Apesar de o IO estar correto (15), a conduta de aumentar a pressão controlada (PC) para 20 vai contra os princípios da ventilação protetora. Aumentar a PC elevaria ainda mais o volume corrente (que já está em 7 mL/kg), aumentando o risco de lesão induzida pelo ventilador (VILI).

Alternativa D (INCORRETA): O valor do IO está calculado incorretamente como 18. Além disso, propõe manter o alvo de volume corrente entre 6 a 8 mL/kg, o que é considerado alto para um pulmão com complacência reduzida pela SDRA, onde o alvo deve ser mais restrito (4 a 6 mL/kg).

ASSOCIAÇÃO COM A IMAGEM

A radiografia de tórax apresentada é típica de SDRA, exibindo o chamado "pulmão branco". Notam-se opacidades alveolares bilaterais e difusas, que não são explicadas por insuficiência cardíaca (conforme o ecocardiograma normal citado) ou sobrecarga hídrica isolada, confirmando a necessidade de uma estratégia ventilatória que

minimize a pressão de distensão e o volume excessivo nos alvéolos remanescentes saudáveis (baby lung).

Questão 37

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descreve uma criança de 8 anos com sintomas clássicos de hepatite viral aguda: febre, prostração, dor abdominal e icterícia acompanhada de colúria (urina escura) e hipocolia fecal (fezes claras). O dado epidemiológico fundamental é o fato de colegas de classe apresentarem sintomas semelhantes, o que sugere fortemente uma transmissão fecal-oral, característica da Hepatite A, muito comum em ambiente escolar. Os exames laboratoriais confirmam lesão hepatocelular (AST e ALT elevadas) e colestase (hiperbilirrubinemia direta).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A colangite aguda é uma infecção bacteriana das vias biliares, geralmente associada a obstruções anatômicas (cálculos ou malformações), o que é raro em crianças previamente saudáveis. O contexto de surto escolar e a elevação acentuada de transaminases direcionam o diagnóstico para hepatite viral, e não para uma emergência cirúrgica ou bacteriana biliar. O uso de ceftriaxona não teria benefício no caso de hepatite viral.

Alternativa b) Incorreta. Não há relato de ingestão acidental de substâncias tóxicas ou medicamentos (como paracetamol em doses supratherapêuticas). Além disso, a presença de febre e o vínculo epidemiológico com outros casos na escola reforçam a etiologia infecciosa. A lavagem gástrica e o carvão ativado são medidas indicadas para intoxicações agudas ocorridas há poucos minutos ou horas, o que não condiz com a evolução de dias descrita no enunciado.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico mais provável é Hepatite A aguda. Na imensa maioria dos casos em pediatria, essa doença é autolimitada e o tratamento é exclusivamente de suporte. Isso inclui repouso relativo (conforme a tolerância da criança), hidratação oral, dieta leve (pobre em gorduras para facilitar a digestão devido à redução da bile no intestino) e uso de medicamentos sintomáticos para febre ou náuseas. O monitoramento deve ser clínico, observando sinais de alerta para insuficiência hepática, como alteração do nível de consciência (encefalopatia) ou sangramentos.

Alternativa d) Incorreta. Não existe tratamento antiviral específico indicado para a Hepatite A aguda. A ribavirina é utilizada em contextos muito específicos, como em

protocolos para Hepatite C crônica ou certas infecções por vírus sincicial respiratório, não tendo aplicação no manejo desta criança. O tratamento das hepatites agudas comuns é expectante.

Questão 38

A questão aborda o manejo terapêutico da Doença de Kawasaki, uma vasculite sistêmica febril que acomete principalmente crianças pequenas. O caso clínico apresenta um lactente de 5 meses com critérios clássicos para o diagnóstico: febre persistente, conjuntivite não purulenta, alterações orais (língua em framboesa), exantema e edema de extremidades. Além disso, o paciente apresenta exames laboratoriais com alta atividade inflamatória e um achado ecocardiográfico preocupante: Z-score de 2,7 na artéria coronária direita, o que já caracteriza uma dilatação coronariana (considerada quando o Z-score é maior ou igual a 2 e menor que 2,5 para dilatação leve, ou maior ou igual a 2,5 para aneurisma pequeno).

De acordo com as diretrizes da American Heart Association (AHA), este paciente é classificado como de alto risco para o desenvolvimento de aneurismas de artérias coronárias devido a fatores como: idade inferior a 6 meses e, principalmente, a presença precoce de dilatação coronariana já no 6º dia de doença.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Para pacientes com Doença de Kawasaki classificados como de alto risco, as diretrizes recomendam a intensificação da terapia primária. Isso consiste na administração da Imunoglobulina Intravenosa (IGIV) na dose padrão de 2 g/kg em infusão única, associada ao Ácido Acetilsalicílico (AAS). O diferencial para o grupo de alto risco é a adição imediata de uma terapia adjuvante inicial, que pode ser a corticoterapia (como a prednisolona por 2 a 3 semanas ou pulsoterapia com metilprednisolona) ou agentes biológicos (como o infliximabe). Essa estratégia visa reduzir a inflamação de forma mais rápida e diminuir a progressão das lesões coronarianas.

Alternativa (b) Incorreta: A dose estabelecida e eficaz de Imunoglobulina Intravenosa para o tratamento da Doença de Kawasaki é de 2 g/kg. A utilização de 1 g/kg é considerada subótima e não é a recomendação padrão das diretrizes internacionais para prevenir sequelas cardíacas.

Alternativa (c) Incorreta: Esta alternativa descreve o tratamento convencional ou padrão (IGIV 2 g/kg + AAS) indicado para casos de Doença de Kawasaki de risco habitual. No entanto, o enunciado especifica um paciente de alto risco (lactente jovem com Z-score > 2,5). Para este perfil específico, a recomendação atual da AHA

é não utilizar apenas a terapia padrão, mas sim a terapia intensificada com corticoides ou biológicos associados.

Alternativa (d) Incorreta: Esta opção está incorreta tanto pela dose inadequada da Imunoglobulina (1 g/kg) quanto pela omissão da terapia adjuvante necessária para o manejo de pacientes com alto risco de complicações coronarianas.

Em resumo, o reconhecimento precoce de pacientes de alto risco permite a instituição de uma terapia mais agressiva (IGIV + AAS + corticoide/biológico) para tentar impedir a progressão da vasculite nas artérias coronárias.

Questão 39

Análise da Questão

O primeiro passo é a interpretação correta do gráfico de IMC para idade (BMI-for-age) da Organização Mundial da Saúde para meninos de 5 a 19 anos. O paciente tem 8 anos e o ponto vermelho plotado está posicionado entre a linha do escore-z +2 (cor vermelha) e a linha do escore-z +3 (cor preta superior). De acordo com os critérios da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde, a classificação para crianças de 5 a 19 anos é:

- Entre os escores-z +1 e +2: Sobrepeso.
- Entre os escores-z +2 e +3: Obesidade.
- Acima do escore-z +3: Obesidade grave.

Portanto, o diagnóstico nutricional deste paciente é obesidade.

Quanto à investigação laboratorial inicial, a SBP recomenda o rastreamento de comorbidades em todas as crianças classificadas com obesidade. Os exames fundamentais para a triagem metabólica inicial incluem: glicemia de jejum (avaliação do metabolismo glicídico), perfil lipídico completo (colesterol total e frações, triglicérides) e a dosagem de TGP/ALT (rastreamento de doença hepática gordurosa não alcoólica). A dosagem de insulina não é recomendada rotineiramente pela SBP como triagem inicial de resistência insulínica, devido à variabilidade dos métodos e à falta de pontos de corte universais para a pediatria.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O estado nutricional é de obesidade, e não obesidade grave, uma vez que o ponto não ultrapassou a linha do escore-z +3. Além disso, insulina e hemograma não são exames de triagem metabólica inicial recomendados para esse

quadro.

Alternativa b: Correta. A classificação de obesidade condiz com o posicionamento do ponto no gráfico (entre +2 e +3 desvios-padrão), e os exames listados (glicemia de jejum, perfil lipídico e TGP) seguem exatamente as recomendações da SBP para a avaliação inicial de comorbidades em crianças obesas.

Alternativa c: Incorreta. Novamente, a classificação de obesidade grave está errada. O TSH não é um exame de rotina para obesidade, sendo indicado apenas se houver suspeita clínica de hipotireoidismo (como baixa velocidade de crescimento), e o perfil de ferro também não faz parte do rastreamento metabólico padrão.

Alternativa d: Incorreta. O diagnóstico não é de sobrepeso, pois o IMC está acima do escore-z +2. Além disso, a insulina e o hemograma não constam nas recomendações de rastreamento laboratorial inicial para obesidade pediátrica pela SBP.

Gabarito: Letra B.

Questão 40

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente de 4 anos apresenta um quadro de febre associado a sinais claros de comprometimento do parênquima cerebral. Os pontos fundamentais para o diagnóstico são a alteração do estado de consciência (confusão mental, irritabilidade e sonolência progressiva) e a ocorrência de uma crise convulsiva focal em vigência de febre.

DIFERENCIAÇÃO ENTRE MENINGITE E MENINGOENCEFALITE

A meningite é a inflamação das membranas que envolvem o cérebro (meninges). Seus sintomas clássicos são febre, cefaleia e rigidez de nuca. Já a meningoencefalite ocorre quando a inflamação atinge também o tecido cerebral (parênquima). A marca clínica da encefalite é justamente a alteração do estado mental, mudanças de comportamento, déficit neurológico focal ou crises convulsivas complexas. No caso da questão, a sonolência e a confusão mental são indicadores de encefalite.

DEFINIÇÃO DE CRISE CONVULSIVA SINTOMÁTICA AGUDA

Uma crise convulsiva sintomática aguda é aquela que ocorre em decorrência direta de uma agressão aguda ao Sistema Nervoso Central (SNC), como infecções, distúrbios metabólicos, traumatismos ou acidentes vasculares. Como a criança

apresenta sinais de uma infecção ativa no SNC, a convulsão é uma manifestação direta dessa doença.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora a meningoencefalite seja o diagnóstico correto para o quadro parenquimatoso, o termo convulsão febril (seja simples ou complexa) é um diagnóstico de exclusão. Por definição, a convulsão febril ocorre apenas na ausência de infecção do SNC. Se há suspeita de meningoencefalite, a crise não pode ser classificada como convulsão febril.

Alternativa b) Incorreta. A meningite isolada geralmente não cursa com alterações profundas de comportamento e consciência como as descritas (sonolência progressiva). Além disso, assim como na alternativa anterior, o diagnóstico de convulsão febril é excluído quando existe infecção intracraniana.

Alternativa c) Correta. A meningoencefalite justifica as alterações de comportamento, irritabilidade e sonolência. A crise convulsiva é classificada como sintomática aguda por ser uma consequência direta da inflamação aguda do tecido cerebral causada pela infecção.

Alternativa d) Incorreta. Embora a crise seja sintomática aguda, o termo meningite bacteriana é incompleto para descrever o quadro, pois os sintomas neurológicos de rebaixamento do nível de consciência e confusão mental indicam que o processo inflamatório ultrapassou as meninges e atingiu o parênquima cerebral, caracterizando a meningoencefalite.

Questão 41

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta o quadro clássico de Síndrome Nefrítica, caracterizada pela tríade hematúria (urina avermelhada), edema e hipertensão arterial. O antecedente de faringoamigdalite há 2 semanas (período de latência adequado de 1 a 3 semanas) direciona o diagnóstico para a Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNDA) Pós-Estreptocócica.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A queda do complemento (hipocomplementemia), especificamente da fração C3 e do CH50, ocorre em mais de 90 por cento dos casos de GNDA pós-estreptocócica. No entanto, esse achado não é patognomônico, pois outras condições também cursam com hipocomplementemia, como o Lúpus

Eritematoso Sistêmico, a Glomerulonefrite Membranoproliferativa e a Endocardite Infecciosa. O que é característico da GNDA é o retorno aos níveis normais de C3 em até 8 semanas.

Alternativa B (Incorreta): A presença de depósitos de IgA no mesângio é o achado clássico da Nefropatia por IgA (Doença de Berger), que é o principal diagnóstico diferencial. Na GNDA, a biópsia (raramente necessária) revelaria depósitos granulares de IgG e C3, além das famosas corcovas ou humps (depósitos subepiteliais) na microscopia eletrônica.

Alternativa C (Incorreta): Como o sangramento tem origem nos glomérulos, as hemácias sofrem deformação ao atravessar a membrana basal glomerular e os túbulos renais. Portanto, a hematúria é predominantemente dismórfica (presença de acantócitos). Hemácias isomórficas são encontradas em sangramentos do trato urinário baixo (ureteres, bexiga ou uretra).

Alternativa D (Correta): Esta alternativa descreve corretamente a evolução temporal da doença. Na GNDA pós-estreptocócica, o edema e a hipertensão costumam regredir em 1 a 2 semanas; a hematúria macroscópica desaparece em algumas semanas, mas a hematúria microscópica pode persistir por um período prolongado, de 12 a 18 meses (ou até 2 anos em alguns casos), sem que isso indique falha no tratamento ou evolução para insuficiência renal crônica. É apenas um marcador de cicatrização glomerular lenta.

Questão 42

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Síndrome de Turner. Os sinais clínicos fundamentais descritos são a baixa estatura (altura abaixo do percentil 3 e velocidade de crescimento reduzida), o linfedema residual no dorso dos pés (comum no período neonatal, mas que pode persistir) e o pescoço alado (*pterygium colli*). A Síndrome de Turner ocorre pela ausência total ou parcial de um cromossomo X (cariótipo 45,X em cerca de 50% dos casos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A valva aórtica bicúspide é, de fato, a malformação cardíaca mais comum na Síndrome de Turner (presente em cerca de 30% das pacientes). No entanto, a alteração ortopédica característica nos membros superiores é o cúbito valgo (aumento do ângulo de transporte do cotovelo) e não o cúbito varo.

b) Incorreta. O hipotireoidismo (especialmente a tireoidite de Hashimoto) é frequente em pacientes com Síndrome de Turner. Contudo, a síndrome cursa tipicamente com hipogonadismo hipergonadotrófico devido à disgenesia gonadal, o que leva ao atraso puberal e à amenorreia primária, e não à puberdade precoce.

c) Correta. Esta alternativa reúne duas características marcantes da patologia. A valva aórtica bicúspide é a alteração cardiovascular mais prevalente. A falência ovariana (ou disgenesia gonadal) ocorre em cerca de 90% das pacientes, resultando em "ovários em fita" (*streak ovaries*), o que acarreta a falta de caracteres sexuais secundários e infertilidade.

d) Incorreta. Embora a infertilidade seja uma característica quase constante devido à falência ovariana prematura, o hirsutismo (excesso de pelos em áreas dependentes de andrógenos) não faz parte do quadro clínico da Síndrome de Turner. O hirsutismo está mais associado a condições como a Síndrome dos Ovários Policísticos ou a Hiperplasia Adrenal Congênita.

Gabarito: Letra (c).

Questão 43

A criptorquidia é a ausência de um ou ambos os testículos na bolsa escrotal, sendo uma das anomalias congênitas mais comuns do trato geniturinário masculino. O diagnóstico é clínico e o manejo adequado é crucial para minimizar complicações futuras.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve com precisão as principais preocupações associadas aos testículos não descidos. Pacientes com criptorquidia apresentam um risco maior de desenvolver neoplasias testiculares (especialmente o seminoma) e infertilidade. A literatura médica demonstra que o risco de malignidade é proporcional à "altura" em que o testículo se encontra: quanto mais alta a posição (ex.: intra-abdominal), maior o risco. Além disso, a temperatura intra-abdominal mais elevada prejudica a espermatogênese, afetando a fertilidade futura.

Alternativa B (Incorreta): O tempo recomendado para a intervenção cirúrgica (orquidopexia) mudou ao longo dos anos. Atualmente, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e de associações de urologia recomendam que a cirurgia seja realizada entre os 6 e 12 meses de idade, podendo se estender até os 18 meses. Realizar a cirurgia antes dos 6 meses é precoce, pois ainda existe a possibilidade de descida testicular espontânea até essa idade.

Alternativa C (Incorreta): O tratamento de escolha para a criptorquidia na infância é a

orquidopexia, que consiste na mobilização e fixação do testículo na bolsa escrotal. A remoção cirúrgica (orquidectomia) é reservada para casos específicos, como testículos nitidamente atróficos, inviáveis ou quando o diagnóstico é feito apenas após a puberdade, devido ao alto risco de malignização e menor benefício funcional da fixação tardia.

Alternativa D (Incorreta): A conduta conservadora (observação) só é indicada até os 6 meses de vida. Após essa idade, a probabilidade de descida espontânea é mínima. No caso do enunciado, o menino já tem 1 ano e 6 meses (18 meses), o que torna a indicação cirúrgica imediata e mandatória para tentar preservar a função germinativa e permitir o acompanhamento clínico adequado para detecção precoce de tumores.

Questão 44

Esta questão aborda a conduta imediata na Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE) em lactentes (crianças menores de 1 ano). O reconhecimento rápido e a aplicação da técnica correta são fundamentais para evitar a parada cardiorrespiratória.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A manobra de Heimlich, que consiste em compressões abdominais, é indicada apenas para adultos e crianças com mais de 1 ano de idade. Em lactentes (como o bebê de 1 mês do caso), essa manobra é contraindicada devido ao risco de lesões em órgãos abdominais, como o fígado e o baço, que estão proporcionalmente mais expostos e frágeis nessa faixa etária.

Alternativa (b) Incorreta: Embora remover excesso de leite visível possa ajudar, apenas levantar o bebê e fazer estímulo tátil é uma conduta insuficiente para uma criança que já apresenta sinais de gravidade, como a cianose perioral (cor azulada ao redor da boca). A cianose indica que a obstrução está impedindo a oxigenação adequada, exigindo manobras de desobstrução imediatas.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta padrão-ouro para lactentes conscientes com obstrução grave das vias aéreas, conforme as diretrizes da American Heart Association (AHA) e da Sociedade Brasileira de Pediatria. A técnica consiste em:

1. Posicionar o bebê em decúbito ventral (de bruços) sobre o antebraço do socorrista, com a cabeça levemente mais baixa que o tronco.
2. Aplicar 5 golpes firmes com o "calcanhar" da mão na região interescapular (entre as escápulas).
3. Virar o bebê em decúbito dorsal (de costas) e realizar 5 compressões torácicas na linha entre os mamilos (semelhante às compressões da RCP, mas com foco na

desobstrução).

4. Repetir o ciclo até que o objeto seja expelido ou o bebê se torne irresponsivo.

Alternativa (d) Incorreta: As manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), que incluem compressões torácicas alternadas com ventilações em um paciente sem pulso ou sem respiração, só devem ser iniciadas se o bebê perder a consciência. Como o enunciado afirma que o bebê se mantém consciente, a prioridade absoluta são as manobras de desobstrução (golpes e compressões).

Resumo: Em bebês menores de 1 ano conscientes com engasgo grave, a técnica correta é a alternância de 5 golpes dorsais e 5 compressões torácicas. A manobra de Heimlich é exclusiva para maiores de 1 ano.

Questão 45

O caso clínico apresenta um paciente pediátrico com quadro de dor abdominal intensa no andar superior (epigástrio), acompanhada de náuseas e vômitos, sem sinais de irritação peritoneal ou icterícia. O ponto-chave para o diagnóstico está na interpretação dos exames laboratoriais e no histórico medicamentoso.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o ácido valproico possa causar hepatotoxicidade, os exames laboratoriais descartam hepatite aguda. As transaminases (TGO e TGP), a gama-GT e as bilirrubinas estão dentro dos valores de referência, indicando integridade do parênquima hepático e ausência de colestase.

b) Incorreta. A colecistite alitiásica é mais comum em pacientes gravemente enfermos (em UTI, grandes queimados ou em nutrição parenteral total). Além disso, não justificaria a elevação isolada e significativa das enzimas pancreáticas (amilase e lipase) sem alterações em exames de imagem ou nas vias biliares.

c) Incorreta. Uma gastrite aguda poderia justificar a dor epigástrica e os vômitos, porém não elevaria os níveis de amilase e, principalmente, de lipase. A lipase é um marcador muito mais específico para o pâncreas, e sua elevação acima de três vezes o valor de referência é um critério diagnóstico fundamental para a pancreatite.

d) Correta. O diagnóstico de pancreatite aguda é confirmado pela presença de dor abdominal sugestiva associada à elevação das enzimas pancreáticas (amilase 4,5 vezes acima do normal e lipase mais de 10 vezes acima do valor de referência). O ácido valproico é uma causa clássica e bem documentada de pancreatite aguda medicamentosa, sendo uma reação idiossincrásica que pode ocorrer em qualquer

momento do tratamento, independentemente da dose ou do nível sérico da droga. É uma complicação que exige a suspensão imediata da medicação e suporte clínico.

Questão 46

Análise da Imagem e do Caso

A imagem mamográfica exhibe um grupamento de microcalcificações pleomórficas (irregulares e de diferentes formas), achado que, na ausência de nódulos palpáveis ou alterações ao exame físico, classifica a lesão como BI-RADS 4 ou 5, indicando a necessidade de investigação histopatológica.

Conduta e Justificativa

Para lesões que se manifestam exclusivamente como microcalcificações, a biópsia deve ser guiada por um método que as identifique com clareza. O ultrassom geralmente não é eficaz para localizar microcalcificações isoladas. Portanto, utiliza-se a estereotaxia, que é a localização por coordenadas radiográficas (raio X).

Entre as técnicas de biópsia por agulha, a biópsia vácuo-assistida, também conhecida como mamotomia, é a mais indicada para microcalcificações. Ela utiliza uma agulha de maior calibre e um sistema de vácuo que permite retirar múltiplos fragmentos e até remover toda a área de calcificações, o que reduz drasticamente a taxa de subestimação (quando uma biópsia simples mostra apenas lesão benigna ou in situ, mas a cirurgia revela algo invasivo).

Hipótese Histopatológica

O achado de microcalcificações agrupadas em uma paciente assintomática de rastreamento é a apresentação clássica do carcinoma ductal in situ (CDIS). Estima-se que mais de 80% dos casos de CDIS sejam detectados apenas pela presença dessas calcificações na mamografia, sem formação de massa ou nódulo. O carcinoma invasivo, embora possa apresentar calcificações, manifesta-se mais frequentemente como um nódulo ou massa densa.

Análise das Alternativas

Alternativa a) Incorreta. O guiamento por ultrassonografia é inadequado para microcalcificações isoladas, pois o método não as detecta de forma confiável para biópsia. Além disso, o carcinoma invasivo não é a principal hipótese para este achado radiológico isolado.

Alternativa b) Incorreta. Embora a estereotaxia seja o método de guia correto, a core biopsy (biópsia de fragmento com agulha grossa comum) é considerada inferior à mamotomia para o estudo de calcificações, pois retira menos material e apresenta maior risco de erro de amostragem.

Alternativa c) Correta. A biópsia percutânea vácuo-assistida (mamotomia) guiada por estereotaxia é o procedimento padrão-ouro para investigar microcalcificações suspeitas. Caso a malignidade seja confirmada, o carcinoma ductal in situ é o tipo histológico mais provável devido ao padrão da imagem.

Alternativa d) Incorreta. O procedimento está correto, mas a hipótese histopatológica de carcinoma invasivo é menos provável que a de carcinoma ductal in situ diante de microcalcificações agrupadas sem nódulo associado.

Questão 47

Para resolver essa questão, devemos seguir o algoritmo de investigação da amenorreia primária. A paciente tem 16 anos e apresenta caracteres sexuais secundários normais (Tanner IV), o que indica que o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano está ativo e produzindo estrogênio de forma adequada. Os exames laboratoriais (FSH, LH, Prolactina e TSH) estão todos dentro da normalidade, o que afasta causas centrais (hipofisárias ou hipotalâmicas) e falência ovariana precoce (que cursaria com FSH elevado), apesar da história familiar materna.

Quando uma paciente tem mamas e pelos pubianos, mas não menstrua, a principal suspeita recai sobre anomalias anatômicas do trato reprodutivo (malformações müllerianas ou obstruções do fluxo menstrual).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ressonância de hipófise seria solicitada se houvesse alteração nos níveis de prolactina ou níveis muito baixos de FSH e LH (hipogonadismo hipogonadotrófico), sugerindo tumores ou lesões centrais. Como os exames hormonais estão normais, não há indicação inicial para esse exame.

b) Correta. O próximo passo fundamental é avaliar a anatomia pélvica para verificar a presença ou ausência do útero. A ultrassonografia é o exame de escolha, inicial e de baixo custo, para diferenciar entre causas obstrutivas (como hímen imperfurado ou septo vaginal transversal) e causas de agenesia mülleriana (como a Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, onde o útero está ausente ou é rudimentar).

c) Incorreta. O cariótipo é uma ferramenta importante na investigação de amenorreia primária, especialmente na suspeita de disgenesia gonadal (como a Síndrome de Turner, onde o FSH estaria elevado) ou Síndrome de Insensibilidade Androgênica (onde haveria mamas, mas pouco ou nenhum pelo pubiano). No caso desta paciente, a presença de caracteres sexuais normais e exames hormonais normais direcionam primeiro para a avaliação anatômica por imagem.

d) Incorreta. A dosagem de estradiol confirmaria o que o exame físico já demonstra (produção estrogênica presente devido ao desenvolvimento mamário). A testosterona seria útil na suspeita de hiperandrogenismo clínico severo ou insensibilidade androgênica, mas não é o passo prioritário antes de definir a presença ou ausência de útero. O índice de Ferriman de 7 é considerado normal (hirsutismo geralmente é definido por valores maiores ou iguais a 8), diminuindo a suspeita imediata de distúrbios de excesso de androgênios.

Questão 48

Esta é uma questão que exige conhecimento sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV, com foco na assistência pré-natal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Esta afirmação está correta. De acordo com as diretrizes de imunização para pessoas vivendo com HIV (PVHIV), a vacinação contra a hepatite A é recomendada para todos os indivíduos suscetíveis (aqueles que apresentam sorologia negativa para anticorpos anti-HAV). Como as PVHIV têm maior risco de complicações por hepatites virais, a prevenção é uma prioridade, inclusive durante o ciclo gravídico.

Alternativa b) Esta afirmação está correta. A rotina laboratorial de uma gestante com HIV deve ser rigorosa. Além dos exames comuns de pré-natal, solicita-se periodicamente a avaliação da função renal (creatinina) e hepática (transaminases). Isso é necessário tanto para o acompanhamento clínico da paciente quanto para o monitoramento de possíveis efeitos adversos da terapia antirretroviral (TARV), que pode causar toxicidade em ambos os órgãos.

Alternativa c) Esta afirmação é INCORRETA (gabarito da questão). Não existe contra-indicação ou recomendação de evitar a vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) em mulheres com HIV menores de 19 anos. Na verdade, por serem imunocomprometidas, as gestantes com HIV fazem parte do grupo que pode se beneficiar de vacinas contra germes encapsulados em situações específicas. Por ser

uma vacina de componentes inativados (mortos), não há risco de replicação viral ou dano à gestante ou ao feto.

Alternativa d) Esta afirmação está correta. O tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTb) é uma estratégia fundamental para reduzir a morbimortalidade em pacientes com HIV. Em gestantes com contagem de CD4 abaixo de 350 células/mm³ (e após excluir tuberculose ativa), o tratamento com isoniazida está indicado. A associação com a piridoxina (vitamina B6) é obrigatória nesses casos para prevenir a ocorrência de neuropatia periférica, um efeito colateral da isoniazida que é potencializado durante a gestação.

Questão 49

Alternativa (a) Incorreta: O estudo dopplervelocimétrico da artéria oftálmica materna é utilizado para avaliar a hemodinâmica central e o risco de encefalopatia hipertensiva. Nas gestantes que desenvolverão pré-eclâmpsia, observa-se uma diminuição do índice de pulsatilidade (IP) da artéria oftálmica, e não um aumento. Essa redução ocorre devido a uma hiperperfusão e vasodilatação no território cerebral em resposta à patologia. Além disso, o IP da artéria oftálmica reflete alterações da circulação central/cerebral e não é um marcador direto da resistência vascular periférica sistêmica.

Alternativa (b) Incorreta: A recomendação para gestantes de alto risco é a administração de ácido acetilsalicílico (AAS) em doses baixas, que variam de 100 mg a 150 mg por dia, preferencialmente à noite, iniciando entre a 12ª e a 16ª semana de gestação. A dose de 1,0 g (1.000 mg) mencionada na alternativa está incorreta e é muito superior à dose profilática estabelecida pelos protocolos nacionais e internacionais.

Alternativa (c) Correta: O rastreamento combinado do primeiro trimestre (realizado entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias) é a estratégia mais eficaz atualmente. Ele utiliza o algoritmo da Fetal Medicine Foundation, que combina fatores de risco maternos (história clínica), pressão arterial média, Doppler das artérias uterinas (IP médio) e marcadores bioquímicos (fator de crescimento placentário - PIGF). Esse modelo apresenta uma sensibilidade próxima a 95% para a identificação da pré-eclâmpsia precoce (aquela que surge antes de 34 semanas) e uma alta taxa de detecção para a pré-eclâmpsia pré-termo (antes de 37 semanas).

Alternativa (d) Incorreta: O fator de crescimento placentário (PIGF) é uma molécula pró-angiogênica produzida pela placenta. Na fisiopatologia da pré-eclâmpsia, ocorre uma invasão trofoblástica inadequada e disfunção placentária, o que leva a uma menor produção dessa substância. Portanto, no rastreamento do primeiro trimestre das

pacientes que desenvolverão a doença, a dosagem de PIGF encontra-se diminuída, e não aumentada.

Questão 50

Para explicar esta questão sobre a síndrome de antifosfolípide (SAF) na gestação, vamos analisar as bases do tratamento e as complicações associadas:

Alternativa (a) Incorreta: O uso de aspirina (AAS) em baixas doses (geralmente entre 81 e 150 mg) não contraindica a realização de anestesia regional (raquianestesia ou peridural) e, portanto, não precisa ser suspenso 12 horas antes do parto para este fim. As recomendações de suspensão rigorosa de 12 a 24 horas aplicam-se aos anticoagulantes injetáveis, como a heparina de baixo peso molecular ou a heparina não fracionada, devido ao risco de hematoma epidural.

Alternativa (b) Incorreta: A pesquisa de polimorfismos da enzima metilenotetrahidrofolato redutase (MTHFR) não faz parte do protocolo diagnóstico ou de manejo da SAF. Atualmente, as diretrizes de medicina reprodutiva e hematologia não recomendam a testagem de rotina do polimorfismo MTHFR em casos de perdas gestacionais, pois sua associação clínica com desfechos adversos é fraca e não altera a conduta quanto ao uso de AAS.

Alternativa (c) Incorreta: Na gestante com SAF obstétrica (aquela que possui apenas histórico de perdas gestacionais e critérios laboratoriais, sem eventos trombóticos prévios), o tratamento padrão-ouro é a combinação de AAS em baixa dose associada à heparina em dose profilática. Portanto, o anticoagulante injetável não é restrito apenas a mulheres com histórico de trombose; ele é parte fundamental da prevenção de novas perdas gestacionais na SAF.

Alternativa (d) Correta: A trombocitopenia induzida pela heparina (HIT) é uma complicação imunológica grave e paradoxalmente pró-trombótica. Se houver suspeita ou diagnóstico de HIT durante a gestação, a conduta imediata e obrigatória é a suspensão de qualquer forma de heparina (seja de baixo peso molecular ou não fracionada). O tratamento deve ser substituído por outros anticoagulantes que não apresentem reação cruzada, como o fondaparinux ou inibidores diretos da trombina, dependendo da disponibilidade e da segurança para o período gestacional.

Resumo: A questão exige o conhecimento de que a SAF obstétrica requer tanto AAS quanto heparina, e que a HIT é uma contraindicação absoluta à continuidade do uso de qualquer heparina.

Questão 51

Para compreender a vigilância do bem-estar fetal na Restrição de Crescimento Fetal (RCF), é fundamental dominar a aplicação da dopplervelocimetria e da cardiotocografia computadorizada. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A variação de curto prazo (VCP) da frequência cardíaca fetal, avaliada preferencialmente pela cardiotocografia computadorizada, é um parâmetro que reflete a integridade do sistema nervoso central e a oxigenação fetal. Em situações de hipóxia e acidemia fetal, ocorre uma redução (e não um aumento) da VCP. Além disso, a queda acentuada da VCP (abaixo de 3 ms ou 2,6 ms, dependendo do protocolo) é considerada um marcador tardio e crítico de sofrimento fetal, precedendo muitas vezes o óbito intrauterino, e não um marcador precoce.

Alternativa (b) Correta: O fenômeno de centralização hemodinâmica, também conhecido como "brain-sparing", é a resposta fetal à insuficiência placentária. O feto redireciona o fluxo sanguíneo para órgãos nobres (cérebro, coração e adrenais). Isso é identificado no Doppler pelo aumento da resistência na artéria umbilical e pela redução da resistência (vasodilatação) na artéria cerebral média. A relação cérebro-placentária (RCP) é o cálculo que divide o índice de pulsatilidade da artéria cerebral média pelo da artéria umbilical. Quando essa relação está reduzida (geralmente abaixo de 1 ou do percentil 5 para a idade gestacional), confirma-se o quadro de centralização.

Alternativa (c) Incorreta: Embora o mobilograma (contagem de movimentos fetais pela mãe) apresente baixa sensibilidade e altos índices de falsos positivos por ser um método subjetivo, ele não é proscrito ou evitado de forma absoluta. Ele ainda é recomendado como um método complementar e de baixo custo para o rastreamento do bem-estar fetal, servindo de alerta para que a gestante procure assistência médica, embora na RCF o seguimento principal seja ditado pelo Doppler e pela cardiotocografia.

Alternativa (d) Incorreta: No manejo da restrição de crescimento, a conduta é guiada principalmente pelos achados dopplervelocimétricos. Fetos com peso abaixo do percentil 3 (ou percentil 1), mas que apresentam Doppler de artérias umbilicais, artéria cerebral média e relação cérebro-placentária normais, são geralmente classificados como RCF estágio I (ou pequenos para a idade gestacional constitucionalmente, dependendo da classificação). Nesses casos, a recomendação atual, baseada em protocolos como os da ISUOG e do grupo de Barcelona, é aguardar até 37 semanas para o parto, e não 34 semanas, desde que a vigilância permaneça rigorosa e sem alterações. O parto com 34 semanas é indicado quando há alterações Doppler específicas, como diástole zero na artéria umbilical.

Questão 52

Para a resolução desta questão, devemos analisar sistematicamente cada uma das quatro manobras de Leopold descritas no enunciado, que permitem identificar a situação, posição, apresentação e o grau de insinuação fetal.

Análise das Manobras de Leopold no caso:

1. Primeira Manobra (Fundo Uterino): A questão relata polo duro, regular e globoso no fundo uterino. Essas são características clássicas da cabeça fetal. Se a cabeça está no fundo, a apresentação é pélvica.

2. Segunda Manobra (Flancos): O enunciado descreve superfícies irregulares e pequenas partes palpáveis bilateralmente, sem dorso definido. Quando o dorso fetal está voltado para a frente (anterior) ou para os lados (esquerda/direita), palpamos uma superfície lisa e resistente em um dos lados. A presença de pequenas partes em ambos os lados e a dificuldade de definir o dorso indicam que o dorso está voltado para a coluna da mãe, ou seja, dorso posterior.

3. Terceira e Quarta Manobras (Estreito Superior): É descrita uma estrutura mole e volumosa ocupando o estreito superior, sem pés palpáveis. A estrutura mole corresponde às nádegas (polo pélvico). A ausência de pés palpáveis junto às nádegas caracteriza a apresentação pélvica incompleta, modo de nádegas (onde as coxas estão flexionadas, mas as pernas estão estendidas à frente do tronco). Na apresentação pélvica completa, os pés estariam flexionados próximos às nádegas e seriam facilmente palpáveis.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O polo duro e globoso no fundo uterino exclui a apresentação cefálica. Na apresentação cefálica, o polo cefálico seria palpado acima da sínfise púbica.

b) Incorreta. Além de não ser apresentação cefálica, o dorso não está à esquerda. Se estivesse, o examinador sentiria uma resistência lisa e contínua no flanco esquerdo da mãe, o que não ocorre (partes pequenas bilaterais indicam dorso posterior).

c) Incorreta. Embora identifique a apresentação pélvica, o dorso não é anterior. Além disso, a apresentação pélvica completa exigiria a palpação dos pés junto ao polo inferior (atitude de flexão das pernas sobre as coxas), o que é negado pelo enunciado ("sem pés palpáveis").

d) Correta. A alternativa reflete todos os achados: apresentação pélvica (cabeça no fundo), incompleta (apenas nádegas no estreito superior, sem pés), dorso posterior

(pequenas partes palpáveis bilateralmente) e atitude fletida (referente à flexão da cabeça fetal sobre o tórax).

Gabarito: Letra (d).

Questão 53

Para resolver esta questão, é necessário identificar a urgência obstétrica e avaliar as condições técnicas para a realização de um parto vaginal assistido.

A paciente encontra-se no período expulsivo (segundo estágio do parto) e apresenta um sinal de sofrimento fetal agudo grave: uma desaceleração prolongada de 6 minutos que não respondeu às medidas de ressuscitação fetal (como decúbito lateral esquerdo, oxigenoterapia e hidratação). Diante de um comprometimento da vitalidade fetal no período expulsivo, a conduta deve ser a abreviação imediata do nascimento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Diante de uma desaceleração de 6 minutos sem resposta às manobras iniciais, a monitorização passiva é contraindicada. A persistência da bradicardia ou de desacelerações profundas indica risco iminente de acidose metabólica, lesão neurológica e óbito fetal.

Alternativa b) Incorreta. Embora a cesariana seja uma via para interromper a gestação, ela não é a mais rápida neste contexto. A paciente está com dilatação total e o feto encontra-se no plano +2 de De Lee (cabeça baixa e encaixada). Preparar o centro cirúrgico e realizar a laparotomia levaria mais tempo do que o parto instrumental. Além disso, a extração de um feto profundamente encaixado por via abdominal aumenta o risco de lacerações uterinas e trauma fetal.

Alternativa c) Incorreta. A ocitocina aumenta o número e a intensidade das contrações, o que reduz o aporte de oxigênio para o feto através da placenta. Em um cenário de sofrimento fetal agudo, o objetivo é aliviar o estresse uterino e retirar o feto, e não estimular ainda mais a atividade contrátil.

Alternativa d) Correta. O parto instrumental (fórcipe ou vácuo-extrator) é a conduta de escolha para abreviar o período expulsivo em situações de sofrimento fetal, desde que os critérios de aplicabilidade sejam preenchidos. No caso descrito, a paciente apresenta todos os requisitos: dilatação total, bolsa rota (implícito pelo plano avançado), pelve adequada, posição fetal conhecida (occipito-direita-anterior) e, crucialmente, o feto está no plano +2 de De Lee (estação baixa), o que torna a

extração instrumental segura e imediata.

Questão 54

Esta questão aborda o manejo farmacológico da gestação ectópica íntegra com metotrexato (MTX) e os critérios de seguimento baseados nos níveis de beta-hCG.

A conduta de escolha para pacientes com gestação ectópica que preenchem critérios para tratamento clínico (estabilidade hemodinâmica, massa anexial pequena, beta-hCG em níveis moderados e ausência de atividade cardíaca embrionária) é o metotrexato. O protocolo de dose única exige a monitorização do beta-hCG nos dias 1 (dia da aplicação), 4 e 7.

Análise do caso:

- Beta-hCG no dia 4: 3.050 mUI/mL.
- Beta-hCG no dia 7: 2.750 mUI/mL.

Para considerar que o tratamento está sendo efetivo e migrar para o seguimento semanal, é necessária uma queda maior ou igual a 15% nos níveis de beta-hCG entre o 4º e o 7º dia.

Cálculo da queda:

- Diferença absoluta: $3.050 - 2.750 = 300$.
- Percentual de queda: $(300 / 3.050) \times 100 =$ aproximadamente 9,8%.

Como a queda foi de apenas 9,8% (menor que os 15% preconizados), o protocolo define que o tratamento inicial falhou, sendo necessária uma nova intervenção.

Análise das alternativas:

- Incorreta. A conduta expectante ou apenas a repetição em 48 horas não é adequada, pois o critério de sucesso do 7º dia não foi atingido. Insistir na conduta sem nova intervenção aumenta o risco de ruptura tubária.
- Correta. Diante de uma queda inferior a 15% entre o 4º e o 7º dia em uma paciente que permanece clinicamente estável e assintomática, a conduta protocolar é administrar uma segunda dose de metotrexato (50 mg/m²).
- Incorreta. O seguimento semanal até a negatificação só é iniciado após a confirmação de uma queda satisfatória (igual ou superior a 15%) entre o D4 e o D7. No caso em questão, essa queda não ocorreu.

d) Incorreta. Embora a cirurgia (salpingectomia ou salpingostomia) seja o tratamento definitivo, ela é reservada prioritariamente para casos de instabilidade hemodinâmica, sinais de ruptura (líquido livre na USG), falha de múltiplas doses de MTX ou desejo da paciente. Como a paciente está assintomática e estável, a repetição da dose do medicamento é a conduta preferencial antes de indicar um procedimento invasivo.

Questão 55

Esta questão aborda as recentes mudanças nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, que incorporaram o teste de DNA-HPV oncogênico como tecnologia preferencial. Vamos analisar cada alternativa para identificar a que está incorreta:

Alternativa A (Incorreta/Gabarito): Esta afirmação está errada porque a introdução de uma nova tecnologia de rastreamento não deve retroceder ou anular condutas clínicas já estabelecidas por métodos anteriores. Se uma mulher já possui uma indicação de colposcopia baseada nos achados citológicos (como HSIL ou ASC-H), ela deve seguir o fluxo de investigação diagnóstica normalmente. O teste de DNA-HPV não deve ser utilizado como ferramenta para "desmarcar" ou reavaliar uma colposcopia já indicada, sob o risco de atrasar o diagnóstico de lesões precursoras.

Alternativa B (Correta): Esta é a orientação fundamental para a transição. A substituição da citologia pelo teste de DNA-HPV deve ocorrer de forma oportunista ou convocatória no momento em que a paciente comparecer para o seu próximo rastreio de rotina, respeitando a disponibilidade da nova tecnologia no serviço de saúde.

Alternativa C (Correta): O objetivo da implementação do teste de DNA-HPV é que ele se torne o teste de rastreio primário isolado. Portanto, em locais onde a transição foi concluída com sucesso e a rede de saúde está estruturada, o rastreio puramente citológico deixa de ser a porta de entrada, reservando-se a citologia apenas para a triagem (reflexa) de casos positivos para HPV.

Alternativa D (Correta): Como o Brasil é um país de dimensões continentais, a implementação da nova tecnologia será gradual. Nos cenários e municípios onde o teste molecular ainda não estiver disponível, as diretrizes reforçam que o rastreamento não deve ser interrompido, mantendo-se a conduta atual de citologia anual e, após dois resultados negativos, a manutenção do rastreio a cada três anos.

Questão 56

Diagnóstico: O caso clínico descreve uma paciente de 62 anos com Síndrome Genitourinária da Menopausa (SGM). A queda dos níveis de estrogênio no climatério provoca atrofia do epitélio vaginal e do trato urinário inferior, resultando em sintomas como urge-incontinência, infecções urinárias de repetição e sinais físicos de atrofia (petéquias, perda de rugosidade e hipotrofia).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O tratamento de primeira linha para a SGM em mulheres com sintomas leves a moderados consiste no uso de hidratantes e lubrificantes vaginais. Para casos persistentes ou moderados a graves, o padrão-ouro é o estrogênio tópico de baixa dose. O laser de CO2 fracionado é uma tecnologia emergente considerada uma alternativa terapêutica, especialmente para pacientes com contraindicação ao uso de hormônios, mas não é a primeira linha de escolha nos protocolos atuais.

b) Incorreta. A terapia hormonal sistêmica é indicada principalmente para o controle de sintomas vasomotores (fogachos). Quando os sintomas são exclusivamente genitourinários, como no caso desta paciente, a terapia local (vaginal) é preferencial por ser mais eficaz especificamente nesses tecidos, utilizar doses menores de hormônio e minimizar a absorção sistêmica e seus riscos associados.

c) Correta. O estrogênio vaginal de baixa dose, quando utilizado de forma isolada, não promove absorção sistêmica suficiente para causar proliferação do endométrio. Portanto, os principais consensos de ginecologia e menopausa estabelecem que não é necessário o uso de progestágeno para proteção endometrial em pacientes que utilizam apenas estrogênio por via vaginal, independentemente do tempo de uso.

d) Incorreta. O estrogênio vaginal é altamente eficaz na melhora dos sintomas urinários. Ele restaura o epitélio da uretra e do trígono vesical, que são tecidos dependentes de estrogênio. Além disso, ao restaurar a flora de lactobacilos e acidificar o pH vaginal, ele reduz significativamente a incidência de infecções urinárias de repetição e melhora os sintomas de bexiga hiperativa e urgência miccional.

Questão 57

ANÁLISE DA QUESTÃO

O ponto central para a resolução desta questão é o diagnóstico de enxaqueca com aura. De acordo com os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), a presença de enxaqueca com aura em qualquer idade contraindica

formalmente o uso de métodos contraceptivos combinados (que contêm estrogênio). Essa contraindicação é classificada como Categoria 4 (risco inaceitável à saúde), devido ao aumento significativo do risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico nessas pacientes.

ALTERNATIVA A - CORRETA

O Dispositivo Intrauterino liberador de Levonorgestrel (DIU-LNG) é um método que contém apenas progestagênio. Para pacientes com enxaqueca com aura, os métodos de progestagênio isolado são classificados como Categoria 2 pela OMS (os benefícios superam os riscos). Por não conter etinilestradiol (estrogênio), o DIU-LNG não aumenta o risco de eventos tromboembólicos ou neurovasculares, sendo uma opção segura, altamente eficaz e adequada para uma paciente nulípara com ciclos irregulares.

ALTERNATIVA B - INCORRETA

A proibição do uso de hormônios para mulheres com enxaqueca com aura restringe-se aos métodos combinados (estrogênio + progestagênio). Pacientes com essa condição podem utilizar com segurança métodos hormonais compostos apenas por progestagênio (como o DIU-LNG, o implante subdérmico e a minipílula) ou métodos não hormonais (como o DIU de cobre). O preservativo é um método de barreira importante, mas não é a única opção disponível.

ALTERNATIVA C - INCORRETA

O anel vaginal é um método contraceptivo combinado, pois contém etinilestradiol. Embora a via vaginal evite a primeira passagem hepática, o estrogênio atinge a circulação sistêmica e mantém o risco elevado de complicações isquêmicas em pacientes com enxaqueca com aura. Portanto, é classificado como Categoria 4 da OMS para este caso, independentemente da via de administração.

ALTERNATIVA D - INCORRETA

O adesivo transdérmico também é um método combinado. Assim como no caso do anel vaginal e das pílulas combinadas, a via transdérmica não elimina o risco associado ao componente estrogênico (etinilestradiol) em pacientes que apresentam aura. A classificação da OMS para o adesivo nesta paciente também é Categoria 4 (uso proibido). A discussão sobre a trombogenicidade do progestagênio é irrelevante frente à contraindicação absoluta do estrogênio para esta patologia neurológica.

Questão 58

A questão aborda um tema crítico na ginecologia cirúrgica moderna: o risco de disseminação de neoplasias malignas ocultas durante a fragmentação (morcelamento) de úteros supostamente portadores de miomas benignos.

Análise das alternativas:

Alternativa (c) - Correta: O sarcoma uterino, em especial o leiomiossarcoma, é o principal motivo para a adoção do morcelamento protegido (dentro de bolsas de contenção). Esses tumores são raros, mas extremamente agressivos, e muitas vezes não podem ser diferenciados dos leiomiomas benignos por exames de imagem, como ultrassonografia ou ressonância magnética. Se um sarcoma oculto for fragmentado livremente na cavidade abdominal, ocorre o espalhamento de células neoplásicas por toda a superfície peritoneal e vísceras. Esse evento causa o chamado *upstaging* iatrogênico, transformando uma doença que estava restrita ao útero (Estádio I) em uma doença disseminada (Estádio IV), o que reduz drasticamente as chances de cura e o tempo de sobrevida da paciente.

Alternativa (a) - Incorreta: O carcinoma espinocelular do colo uterino é geralmente detectado por meio do rastreamento citopatológico (Papanicolaou) e do exame físico ginecológico (inspeção e colposcopia) no pré-operatório. Ele não costuma se apresentar como uma massa miometrial volumosa que mimetiza um mioma a ponto de ser o foco principal da preocupação com o morcelamento protegido do corpo uterino.

Alternativa (b) - Incorreta: O adenocarcinoma do endométrio costuma causar sangramento uterino anormal, o que leva à investigação endometrial (biópsia ou curetagem) antes da indicação cirúrgica definitiva. Embora a fragmentação de qualquer câncer seja indesejada, o risco de encontrar um câncer de endométrio de forma totalmente incidental em uma cirurgia para "mioma gigante" é menor do que o risco epidemiológico e o impacto prognóstico devastador relacionado especificamente ao sarcoma oculto no miométrio.

Alternativa (d) - Incorreta: O carcinoma seroso de ovário é uma neoplasia anexial. O planejamento cirúrgico para massas ovarianas suspeitas difere do tratamento para miomas, e a via preferencial geralmente não envolve a fragmentação do órgão. O enunciado foca especificamente na histerectomia por suposto mioma, o que direciona a patologia para a musculatura uterina (miométrio), local de origem dos sarcomas.

Em resumo, a técnica de morcelamento em bolsa (*contained morcellation*) visa mitigar o risco de disseminação de um sarcoma uterino não diagnosticado

previamente, preservando o prognóstico da paciente caso a malignidade seja confirmada pelo estudo anatomopatológico.

Questão 59

O tratamento cirúrgico da endometriose é indicado quando o tratamento clínico falha ou quando há risco de perda funcional de órgãos. As indicações são divididas entre absolutas e relativas.

Alternativa (a) Incorreta: A estenose ureteral pélvica com uretero-hidronefrose é considerada uma indicação absoluta. A obstrução das vias urinárias pela endometriose pode levar à perda progressiva e silenciosa da função renal. Mesmo que a função ainda esteja preservada, a cirurgia é mandatória para desobstruir o ureter e prevenir a falência renal definitiva do lado afetado.

Alternativa (b) Incorreta: A presença de endometriose no apêndice cecal é uma indicação absoluta para cirurgia (apendicectomia). Isso ocorre porque a lesão pode atuar como ponto de partida para intussuscepção, mimetizar uma apendicite aguda ou causar complicações inflamatórias agudas que exigem intervenção de emergência.

Alternativa (c) Incorreta: A endometriose de retossigmoide que cursa com semioclusão intestinal é uma indicação absoluta. Quando a doença compromete a luz intestinal a ponto de prejudicar o trânsito, o tratamento conservador não é mais eficaz ou seguro, sendo necessária a ressecção do segmento afetado ou a realização de nodulectomia para evitar uma obstrução completa e outras complicações digestivas graves.

Alternativa (d) Correta: A infertilidade como causa única é considerada uma indicação relativa. Embora a cirurgia (laparoscopia) possa aumentar as chances de gravidez espontânea ao remover focos inflamatórios e restaurar a anatomia pélvica, ela não é a única opção de tratamento. A paciente e o médico podem optar diretamente por técnicas de reprodução assistida, como a fertilização in vitro, sem a necessidade de intervenção cirúrgica prévia, especialmente se não houver sintomas de dor associados. A decisão depende da idade da mulher, do tempo de infertilidade e da reserva ovariana.

Questão 60

Alternativa a: Incorreta. Tanto a gestação em si quanto o parto vaginal são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária e distopias genitais. Durante a gravidez, ocorrem alterações hormonais (como a ação da relaxina) e um aumento mecânico da pressão intra-abdominal sobre os músculos do assoalho pélvico, o que pode predispor a essas patologias independentemente da via de parto, embora o parto vaginal apresente um risco adicional por trauma direto à musculatura e inervação pélvica.

Alternativa b: Correta. O envelhecimento é um fator que predispõe a alterações na musculatura do detrusor (hiperatividade) e na integridade dos mecanismos de suporte uretral. Por esse motivo, é muito comum que pacientes idosas apresentem a incontinência urinária mista, que combina sintomas de esforço e de urgência. O diagnóstico preciso é fundamental, pois o tratamento inicial deve priorizar o componente que mais impacta a qualidade de vida da paciente.

Alternativa c: Incorreta. Atualmente, os slings de uretra média (sintéticos) são considerados o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço, inclusive em pacientes com deficiência esfínteriana intrínseca, por apresentarem melhores taxas de cura e serem menos invasivos. A cirurgia de Burch (colpossuspensão retropúbica) é uma técnica abdominal que tem perdido espaço para os slings, especialmente em casos de uretra fixa ou baixa pressão uretral.

Alternativa d: Incorreta. Existe uma confusão de conceitos nesta alternativa. O sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) serve exclusivamente para quantificar e estadiar os prolapso de órgãos pélvicos (distopias). A identificação dos tipos de incontinência urinária e a medida das pressões de perda (como a Pressão de Perda sob Esforço, medida em cmH₂O) são competências do estudo urodinâmico. Além disso, a hiper mobilidade uretral é avaliada clinicamente pelo teste do cotonete (Q-tip test) ou pelo ultrassom, e não pelo POP-Q.

Questão 61

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma paciente idosa com um início agudo de alteração do comportamento, curso flutuante (apatia e agitação) e prejuízo da atenção (confirmado pelo escore 4AT igual a 6). Essas características são diagnósticas de delirium. No idoso, o delirium é frequentemente multifatorial. Nesta paciente, destacam-se dois gatilhos principais: o uso de múltiplas medicações com forte efeito anticolinérgico (amitriptilina, oxibutinina, difenidramina e ciclobenzaprina) e causas orgânicas reversíveis (constipação/fecaloma e provável desidratação evidenciada pelas mucosas ressecadas).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. O uso de antipsicóticos como o haloperidol deve ser reservado para casos de agitação grave que coloque em risco a paciente ou terceiros, e sempre na menor dose possível pelo menor tempo. O manejo inicial deve focar na identificação e tratamento das causas subjacentes. A TC de crânio não é o exame de primeira escolha para um quadro de delirium com gatilhos óbvios e sem sinais neurológicos focais ou história de trauma.

Alternativa B: Incorreta. Embora a hidratação e o tratamento da constipação estejam corretos, a introdução de benzodiazepínicos em idosos com delirium é contraindicada na maioria das vezes (exceto em casos de abstinência alcoólica ou de benzodiazepínicos), pois essas drogas podem causar sedação excessiva, piorar a confusão mental e aumentar o risco de quedas.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa aborda os pilares do tratamento do delirium: 1) Medidas não farmacológicas, como reorientação constante, mobilização precoce e higiene do sono; 2) Tratamento dos fatores precipitantes, como a hidratação; 3) Revisão rigorosa da polifarmácia, suspendendo as drogas com maior potencial tóxico. No caso, a amitriptilina e a difenidramina foram iniciadas recentemente e possuem altíssima carga anticolinérgica, sendo os principais suspeitos do gatilho medicamentoso. A oxibutinina também contribui para essa carga e deve ser revisada.

Alternativa D: Incorreta. A conduta de adiar mudanças no esquema medicamentoso é inadequada, pois a toxicidade medicamentosa é a causa mais provável do quadro. Tratar bacteriúria assintomática em idosos não previne nem trata delirium e contribui para a resistência bacteriana. A TC de crânio, como mencionado anteriormente, não é necessária de imediato neste contexto clínico específico.

CONCLUSÃO

A base do manejo do delirium no idoso é a identificação e remoção de fatores precipitantes. A retirada de medicações inapropriadas (especialmente anticolinérgicos e sedativos) e o manejo ambiental e clínico (hidratação e tratamento do fecaloma) são as condutas prioritárias.

Questão 62

O quadro clínico descrito — paciente idosa com dor mecânica nos joelhos, crepitação, redução de espaço articular e presença de osteófitos ao raio X — é clássico de osteoartrite (OA) de joelhos. O manejo deve ser baseado nas diretrizes atuais (como ACR e OARSI), que priorizam medidas não farmacológicas e segurança medicamentosa.

Análise das alternativas:

Alternativa A: INCORRETA. O sulfato de glucosamina possui evidência científica fraca ou conflitante, não sendo recomendado de forma rotineira pelas principais diretrizes internacionais. Embora a reabilitação seja correta, o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) por via oral (como o ibuprofeno) deve ser evitado como primeira escolha em idosos, especialmente naqueles com queixas dispépticas, devido ao risco de complicações gastrointestinais e renais, mesmo associando o omeprazol.

Alternativa B: CORRETA. Esta alternativa segue as recomendações padrão-ouro para o tratamento da osteoartrite. Medidas não farmacológicas, como exercícios físicos (fortalecimento de quadríceps e aeróbicos) e perda ponderal (o IMC da paciente é 29 kg/m², indicando sobrepeso), são as intervenções mais eficazes a longo prazo. Quanto à farmacologia, os AINEs tópicos são a primeira linha para mãos e joelhos, pois oferecem eficácia similar aos orais com uma incidência muito menor de efeitos colaterais sistêmicos, sendo ideais para pacientes idosos e com dispepsia.

Alternativa C: INCORRETA. A perda ponderal é correta, porém suspender exercícios é uma conduta contraindicada na osteoartrite, pois o sedentarismo leva à atrofia muscular e piora da dor e da função articular. Além disso, o paracetamol em dose única de 1 g é geralmente insuficiente para o controle da dor crônica na OA, e diretrizes recentes questionam sua eficácia superior ao placebo nesse contexto.

Alternativa D: INCORRETA. A infiltração intra-articular com glicocorticoide é uma opção para alívio de crises agudas ou quando o tratamento inicial falha. No entanto, seu efeito é temporário (geralmente dura de algumas semanas a poucos meses) e não deve substituir ou ser considerada superior às medidas não farmacológicas (exercício e controle de peso), que são os pilares do tratamento duradouro e modificador da qualidade de vida.

Questão 63

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

Carolina é uma idosa de 76 anos com história de quedas recorrentes (dois episódios em seis meses), o que caracteriza uma síndrome geriátrica. Ela apresenta fatores de risco intrínsecos (uso de medicamentos potencialmente inapropriados, tontura e marcha lenta) e extrínsecos (tapetes, iluminação inadequada e calçados inseguros). A conduta em quedas no idoso deve ser sempre multifatorial, focando nos pontos de maior impacto para a segurança do paciente.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A revisão da medicação e o exercício físico são as intervenções com maior nível de evidência para a redução de quedas. O clonazepam é um benzodiazepínico, classe de fármaco associada a um aumento significativo no risco de quedas, fraturas e declínio cognitivo em idosos (Critérios de Beers). A desprescrição dessa droga reduz a sedação e melhora o equilíbrio. Somado a isso, o treinamento de força e equilíbrio supervisionado é a intervenção isolada mais eficaz para melhorar a estabilidade postural e reduzir a recorrência de quedas, superando intervenções isoladas no ambiente.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O Timed Up and Go (TUG) é uma excelente ferramenta de rastreo e avaliação funcional, mas é um teste diagnóstico e não uma conduta terapêutica. A questão pede a conduta com maior impacto imediato na redução do risco. Apenas classificar o risco não previne a queda se não houver uma intervenção ativa imediata.

Alternativa (b): Embora a adequação ambiental (remover tapetes, melhorar iluminação) seja recomendada, ela isoladamente tem impacto menor do que a intervenção nos fatores biológicos (medicamentos e força física). Além disso, esta alternativa ignora completamente o uso do clonazepam, que é um dos principais fatores de risco modificáveis no caso de Carolina.

Alternativa (d): O ajuste dos anti-hipertensivos poderia ser considerado se houvesse hipotensão ortostática clara (queda de pelo menos 20 mmHg na PAS ou 10 mmHg na PAD ao levantar), o que não ocorreu (a variação foi de 140/85 para 130/80 mmHg). Além disso, fornecer uma bengala sem o devido treinamento de força e equilíbrio pode, por vezes, aumentar a instabilidade se o dispositivo for usado de forma inadequada ou se a causa-base do desequilíbrio não for tratada.

RESUMO DIDÁTICO

Para a prova e para a prática: Diante de um idoso que cai, a primeira prioridade é identificar fatores modificáveis de alto risco. O uso de psicotrópicos (como benzodiazepínicos) e a sarcopenia/instabilidade de marcha são os alvos principais. A combinação de revisão farmacológica (desprescrição) e exercícios resistidos é a "regra de ouro" para a prevenção de novos eventos.

Questão 64

Esta questão aborda os Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), propostos por Barbara Starfield: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do Cuidado. Vamos analisar cada alternativa para entender por que a letra (a) é a correta.

Alternativa (a): Correta. O Acesso de Primeiro Contato (ou Acessibilidade) implica que a unidade de saúde seja a porta de entrada preferencial do usuário no sistema para cada nova necessidade. No caso relatado, Rita buscou a UBS por demanda espontânea e foi prontamente acolhida pela enfermagem. O acesso foi garantido pelo acolhimento e pela classificação de risco. Como a dor era crônica (três meses) e não apresentava sinais de alerta (red flags), não havia necessidade clínica de uma consulta médica imediata na sexta-feira, sendo adequado o agendamento para o início da semana seguinte.

Alternativa (b): Incorreta. A Longitudinalidade refere-se à existência de um aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e à construção de um vínculo terapêutico ao longo do tempo, independentemente da presença de doença. O simples agendamento de uma consulta para a semana seguinte é uma ação de organização de agenda e acesso, não sendo o que define, isoladamente, o atributo da longitudinalidade.

Alternativa (c): Incorreta. A Integralidade significa que a equipe de APS deve reconhecer as diversas necessidades de saúde da população e ser capaz de oferecer (ou providenciar) os serviços necessários para atendê-las, indo além da cura de doenças. O fato de não ter ocorrido atendimento médico imediato não prejudica a integralidade, pois a paciente foi acolhida, teve seu risco avaliado (afastando sinais de gravidade) e foi inserida no fluxo de cuidado da unidade para a definição de um plano terapêutico completo em momento oportuno.

Alternativa (d): Incorreta. A Coordenação do Cuidado é a capacidade da APS de integrar e sincronizar as informações e o cuidado, especialmente quando o paciente transita por diferentes níveis de atenção. No caso da dor lombar sem sinais de alerta,

a conduta inicial preconizada é o manejo na própria APS. Encaminhar ao especialista precocemente, sem antes realizar o manejo clínico e a investigação inicial na atenção básica, vai contra os protocolos de resolutividade da APS e não configura falha na coordenação. Pelo contrário, coordenar o cuidado significa garantir que o especialista seja acionado apenas quando necessário.

Questão 65

Análise do Caso e Imagem:

A imagem apresenta uma face com múltiplas pápulas eritematosas e pústulas distribuídas principalmente nas regiões malar e mandibular. Não são observados nódulos exuberantes, cistos ou cicatrizes profundas, o que permite classificar o quadro como acne inflamatória moderada (graus II ou III). A história clínica revela má adesão terapêutica, com tratamentos interrompidos precocemente (menos de 30 dias), impedindo a remissão da doença, já que o ciclo de renovação celular e controle bacteriano exige mais tempo.

Alternativa a: Incorreta. A classificação de acne grave é reservada para casos com nódulos, cistos e alto potencial cicatricial, o que não é o quadro predominante na imagem. Além disso, na Unidade Básica de Saúde (UBS), o médico deve instituir o tratamento para acne moderada antes de encaminhar a paciente ao especialista, especialmente quando ela nunca realizou um ciclo terapêutico completo e correto.

Alternativa b: Correta. Para acne moderada com componente inflamatório (pústulas), as diretrizes recomendam a associação de antibióticos orais da família das tetraciclina (como a própria tetraciclina, doxiciclina ou limeciclina) com agentes tópicos (retinoides, peróxido de benzoíla ou ácido azelaico). O período de sessenta dias é adequado para a primeira avaliação de resposta. A solicitação do Papanicolaou é uma conduta correta de medicina preventiva e saúde da mulher na atenção primária, sendo importante realizar o rastreamento citopatológico antes da troca do método contraceptivo (inserção do DIU).

Alternativa c: Incorreta. Embora a doxiciclina seja uma opção válida, o uso de corticoide tópico é formalmente contraindicado no tratamento da acne vulgar, pois seu uso pode agravar as lesões ou causar erupções acneiformes. Além disso, trinta dias é um tempo muito curto para avaliar a eficácia real do tratamento antibiótico na acne.

Alternativa d: Incorreta. A conduta descrita seria indicada para acne leve (grau I), predominantemente comedônica. A paciente da foto apresenta um componente inflamatório nítido com pústulas, o que exige uma abordagem mais robusta com o uso de medicação por via oral para o controle adequado do quadro.

Questão 66

Esta questão exige conhecimento sobre o tratamento do tabagismo na adolescência, especificamente sobre os estágios de mudança de Prochaska e DiClemente e as diretrizes terapêuticas para menores de 18 anos.

Alternativa a: Incorreta. Ao contrário do que afirma a alternativa, o cérebro do adolescente é mais vulnerável à dependência de nicotina devido ao desenvolvimento do sistema neurocognitivo e de recompensa. Além disso, como Christian já se encontra no estágio de ação, o aconselhamento breve é insuficiente; ele precisa de uma abordagem mais intensiva e estruturada para sustentar a interrupção do hábito.

Alternativa b: Incorreta. Embora o paciente esteja motivado, o tratamento medicamentoso (como adesivos de nicotina ou bupropiona) não é a conduta de primeira linha para adolescentes. As evidências sobre a segurança e eficácia desses fármacos em menores de 18 anos são limitadas. A recomendação inicial é priorizar a abordagem psicossocial e a terapia cognitivo-comportamental.

Alternativa c: Correta. A conduta médica adequada é avaliar o grau de dependência (utilizando instrumentos como o teste de Fagerström) e aproveitar o momento motivacional do paciente. O estágio de ação é o momento ideal para iniciar a abordagem intensiva, que pode ser realizada de forma individual ou em grupo, focando em estratégias comportamentais para lidar com a abstinência e evitar recaídas. No SUS, o tratamento em grupo é uma das principais ferramentas para esse fim.

Alternativa d: Incorreta. Não há consenso de que a abordagem individual tenha melhor evidência do que a em grupo; ambas são eficazes e recomendadas. O uso da bupropiona em adolescentes não deve ser a conduta inicial e não há dados que comprovem resultados mais rápidos que justifiquem a prescrição imediata nesse caso, sem antes tentar a abordagem comportamental isolada.

Questão 67

A questão aborda o rastreamento do câncer de próstata em um idoso de 80 anos sob a ótica da prevenção quaternária. A prevenção quaternária define-se como a detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas para protegê-los de novos danos médicos e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. No contexto do câncer de próstata, o rastreamento é um tema sensível, pois o tratamento de tumores indolentes em pacientes com idade avançada pode causar mais prejuízos (como incontinência urinária e impotência) do que benefícios em sobrevivência.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a relação médico-paciente e a decisão compartilhada sejam pilares da medicina de família, a alternativa é considerada incompleta para o que a questão pede. Para fundamentar a decisão técnica de oferecer ou não o rastreio, o médico precisa, primeiro, analisar parâmetros clínicos de prognóstico e sobrevida, que não são citados nesta opção.

Alternativa b) Incorreta. Antecedentes pessoais e familiares são dados importantes, mas não são suficientes para a tomada de decisão em pacientes idosos. A idade avançada, por si só, já é um fator de risco para o câncer, mas o que define a utilidade do rastreio é se o paciente viverá o suficiente para se beneficiar do diagnóstico e tratamento precoces.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa é a mais completa e alinhada aos princípios da prevenção quaternária e às diretrizes de urologia e geriatria. O rastreio do câncer de próstata geralmente não é recomendado para homens com expectativa de vida inferior a 10 ou 15 anos. Roberto tem 80 anos e possui comorbidades (diabetes, obesidade e hipertensão). O médico deve avaliar se essas condições e sua idade limitam sua expectativa de vida de tal forma que um diagnóstico de câncer de próstata agora não alteraria sua mortalidade, evitando, assim, o sobrediagnóstico e o sobretratamento.

Alternativa d) Incorreta. A alternativa afirma que o exame deve ser solicitado, o que é uma conduta precipitada. A maioria das diretrizes internacionais (como a USPSTF) e nacionais (como as do Ministério da Saúde) recomenda contra o rastreamento sistemático em homens acima de 75-80 anos, justamente porque o risco de danos supera os possíveis benefícios. O foco deve ser a discussão individualizada e não a solicitação automática.

Questão 68

A questão exige o conhecimento dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente aplicados à análise de um documento técnico. O boletim apresentado foca na Saúde Materna da Mulher Negra e destaca o objetivo de analisar intercorrências obstétricas e mortes maternas segundo a raça/cor.

Analise das alternativas:

a) Incorreta. A Universalidade estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso de qualquer cidadão ao sistema, independentemente de raça, credo ou condição social. Embora o boletim ocorra dentro de um sistema

universal, seu recorte específico para uma população vulnerável visa ir além do acesso básico, focando na disparidade de resultados.

b) Incorreta. O Controle Social refere-se à participação da comunidade na gestão e na fiscalização do SUS, ocorrendo principalmente através dos Conselhos e Conferências de Saúde. O boletim é um instrumento de produção de conhecimento e dados epidemiológicos, e não uma ferramenta direta de deliberação ou participação popular na gestão.

c) Incorreta. A Abordagem Comunitária é um princípio mais vinculado à organização da Atenção Primária, que prevê que o cuidado deve considerar o contexto familiar e social onde o indivíduo está inserido. Embora relevante, não explica a fundamentação filosófica de se produzir um boletim focado em desigualdades raciais.

d) Correta. A Equidade é o princípio que reconhece que as pessoas são diferentes e possuem necessidades distintas. Para garantir a justiça social, o SUS deve tratar de forma desigual os desiguais, direcionando mais esforços e recursos para aqueles que estão em situação de maior vulnerabilidade. Ao produzir um boletim específico sobre a saúde da mulher negra e analisar dados por raça/cor, o objetivo é identificar e combater as desigualdades históricas e o racismo institucional que geram piores indicadores de saúde para essa população. O foco na especificidade para alcançar a igualdade é a base da equidade.

Associação com a imagem: O título do boletim (Saúde Materna da Mulher Negra) e o texto que menciona a análise segundo raça/cor evidenciam a intenção de dar visibilidade a um grupo específico que sofre com maiores taxas de mortalidade materna no Brasil, caracterizando uma ação pautada pela busca da equidade no cuidado à saúde.

Questão 69

A abordagem da fibromialgia, especialmente em pacientes idosos com comorbidades e componentes psicossociais importantes, deve ser baseada no modelo biopsicossocial. A questão apresenta uma paciente com dor crônica, fadiga, insônia e sinais de isolamento social e humor depressivo, o que exige uma estratégia que vá além da simples prescrição medicamentosa.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, sejam opções de primeira linha no tratamento farmacológico da fibromialgia, seu uso em idosos (74 anos) deve ser feito com extrema cautela. De acordo com os Critérios

de Beers, os tricíclicos possuem forte efeito anticolinérgico, aumentando o risco de quedas, sedação, retenção urinária e prejuízo cognitivo nesta faixa etária. Além disso, focar apenas no medicamento ignora a necessidade de intervenções não farmacológicas que são o pilar do tratamento.

Alternativa (b) Incorreta: Gabapentina e pregabalina são úteis no manejo da dor crônica, mas não devem ser a conduta isolada ou prioritária sem um plano de cuidados abrangente. Vale ressaltar que a pregabalina exige ajuste de dose em pacientes com insuficiência renal, como é o caso de Lúcia (TFG 55 mL/min). Assim como na alternativa anterior, o tratamento medicamentoso isolado é insuficiente para a reabilitação funcional e social da paciente.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta prioritária e mais adequada segundo as diretrizes atuais (como as da EULAR). O tratamento da fibromialgia deve ser centrado no paciente, priorizando medidas não farmacológicas. O plano multiprofissional aborda a resistência da paciente aos exercícios por meio da educação em saúde, trata o isolamento social e a tristeza por meio da psicoterapia e suporte da equipe, e utiliza a medicação apenas como um adjuvante para controle de sintomas, facilitando a adesão às outras terapias. O foco é a melhora da qualidade de vida e funcionalidade, e não apenas a redução da escala de dor.

Alternativa (d) Incorreta: O paracetamol tem eficácia limitada ou nula na fibromialgia, pois a fisiopatologia da doença envolve a sensibilização central e não processos inflamatórios periféricos. Escalar a dose em uma paciente idosa com função renal limítrofe, para uma medicação que ela já referiu ser ineficaz, é uma conduta tecnicamente inadequada e potencialmente iatrogênica.

Em resumo, a alternativa (c) é a correta por defender a abordagem multimodal, que é o padrão-ouro para o manejo de quadros de dor crônica complexos na Atenção Primária à Saúde.

Questão 70

Esta questão aborda o manejo da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb) em contatos de casos bacilíferos, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil.

Para entender a conduta correta, devemos seguir o fluxograma de investigação de contatos:

1. Afastar doença ativa: O paciente é assintomático e tem radiografia de tórax normal, o que exclui tuberculose-doença no momento.
2. Identificar infecção: Em adultos contatos de casos bacilíferos, o ponto de corte para a Prova Tuberculínica (PPD) ser considerada positiva é de 5 mm ou mais. Como

o paciente apresenta PPD de 5 mm, ele é diagnosticado com ILTB.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Em indivíduos que são contatos de pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera, o valor de PPD maior ou igual a 5 mm é considerado reator (positivo), indicando a presença de infecção latente. O valor de 10 mm como ponto de corte era utilizado anteriormente para outros grupos, mas, para contatos próximos, 5 mm já define a necessidade de intervenção.

b) Correta. O paciente preenche os critérios para ILTB (contato + PPD de 5 mm + raio X normal). O tratamento está indicado para prevenir a progressão para a forma ativa da doença. O esquema de rifapentina + isoniazida (3HP), administrado uma vez por semana durante 12 semanas, é uma das opções preferenciais atualmente devido à sua curta duração e maior taxa de adesão quando comparado ao esquema tradicional de isoniazida isolada.

c) Incorreta. A repetição da PPD em 8 semanas é indicada apenas quando o primeiro teste resulta entre 0 e 4 mm (não reator). Esse intervalo serve para aguardar a viragem tuberculínica caso a infecção tenha sido muito recente. Como o paciente já apresentou um resultado de 5 mm, ele já é considerado reator desde a primeira avaliação.

d) Incorreta. Embora o tratamento preventivo seja indicado para este contato, ele não é feito independentemente do valor do PPD em adultos imunocompetentes. É necessário comprovar a infecção (PPD ou IGRA positivo) e excluir a doença ativa antes de iniciar a quimioprofilaxia. Além disso, o regime clássico de isoniazida por seis meses não é a única ou necessariamente a melhor opção hoje em dia, dado que regimes mais curtos, como o 3HP, são recomendados.

Questão 71

ANÁLISE DO CASO

O caso clínico apresenta uma paciente com obesidade (IMC 34) inserida em um contexto de extrema vulnerabilidade social e insegurança alimentar. O ponto central da questão é a aplicação dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). A paciente consome ultraprocessados não por escolha, mas por necessidade financeira, o que torna qualquer intervenção puramente biológica ou prescritiva insuficiente.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) - CORRETA: Em cenários de vulnerabilidade, a equipe de saúde deve atuar com base na equidade e na intersetorialidade. Priorizar mudanças graduais respeita a realidade da paciente, evitando a frustração de dietas restritivas que já falharam anteriormente. Além disso, a articulação com programas sociais (como o CRAS) é fundamental para tentar mitigar a insegurança alimentar, tratando a causa raiz do problema nutricional. O impacto clínico pode ser lento, mas é a única via para uma mudança sustentável e ética.

Alternativa (b) - INCORRETA: Embora o tratamento farmacológico possa ser um adjuvante na obesidade, ele jamais deve ser a prioridade em um contexto de insegurança alimentar. Medicamentos para emagrecer têm custo elevado e não resolvem a base do problema, que é o acesso a alimentos de qualidade. Prescrever fármacos sem antes garantir a segurança alimentar da paciente seria uma conduta descontextualizada e com alto risco de iatrogenia social.

Alternativa (c) - INCORRETA: O estímulo à atividade física é parte importante do manejo da obesidade, mas não é a prioridade imediata neste caso. A paciente relata fadiga constante e uma barreira alimentar severa. Grupos comunitários são estratégias complementares, mas não substituem a necessidade urgente de intervenção sobre o padrão de consumo alimentar forçado pela pobreza.

Alternativa (d) - INCORRETA: A obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9) associada a fatores sociais deve ser manejada preferencialmente pela APS, utilizando os recursos do território. O encaminhamento para o nível secundário (especialista) deve ser reservado para casos refratários, obesidade mórbida ou quando há necessidade de tecnologias complexas. No caso em tela, o problema é majoritariamente social e territorial, competências precípuas da equipe de Saúde da Família.

Questão 72

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro descrito apresenta uma paciente gestante com úlceras genitais múltiplas e dolorosas que foram precedidas por vesículas (lesões bolhosas). Este é o sinal clínico mais característico do Herpes Simplex. O relato de um episódio semelhante há cerca de um ano confirma o caráter de recorrência da doença, que é típico desta infecção viral.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA:

O tratamento de escolha para o herpes genital, seja ele primário ou recorrente, é o

uso de antivirais como o aciclovir. Na gestação, o tratamento é essencial para diminuir o tempo de excreção viral, aliviar a dor intensa da mãe e reduzir riscos de complicações. Complementarmente, diante de qualquer ferida genital, os protocolos do Ministério da Saúde recomendam a investigação de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A realização do teste rápido para sífilis é mandatária, pois permite o diagnóstico e o tratamento imediato com penicilina caso seja reagente, protegendo o binômio mãe-feto.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

Alternativa A: A penicilina G benzatina é o tratamento para sífilis. O cancro duro (sífilis primária) é classicamente uma lesão única, de base limpa e, principalmente, indolor. O quadro da paciente é de dor intensa e lesões múltiplas precedidas por bolhas, o que torna a sífilis um diagnóstico menos provável para a lesão atual, embora a testagem seja necessária.

Alternativa C: A ceftriaxona associada à azitromicina é utilizada para o tratamento de cancro mole e linfogranuloma venéreo. O cancro mole (*Haemophilus ducreyi*) também causa úlceras dolorosas, mas estas geralmente apresentam fundo purulento e não são precedidas por vesículas. Além disso, não há o caráter de recorrência anual típico do herpes. Postergar o antiviral em um caso tão sugestivo de herpes prejudica a recuperação da paciente.

Alternativa D: O tratamento sintomático é uma estratégia para locais onde não há disponibilidade de exames laboratoriais imediatos. No entanto, a conduta descrita na alternativa B é mais adequada por ser direcionada à principal hipótese diagnóstica (herpes) e condicionar o uso da penicilina (um fármaco injetável e doloroso) à confirmação por teste rápido, que é amplamente disponível nos serviços de saúde que atendem gestantes.

RESUMO DIDÁTICO:

1. Lesão que começa com bolha e vira úlcera dolorosa = Pense em Herpes.
2. História de lesões que "vão e voltam" no mesmo local = Reforça Herpes.
3. Gestante com úlcera genital = Trate a causa provável e sempre rastreie Sífilis e HIV.
4. Droga de escolha para Herpes = Aciclovir.

Questão 73

Para analisar esta questão, devemos interpretar os dois gráficos fornecidos, que resumem os achados do estudo MONITOR (Young et al., 2017) sobre o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC) em pacientes com diabetes tipo 2 que não usam insulina.

O primeiro gráfico apresenta a evolução da Hemoglobina A1c. Note que, nos períodos de 3, 6 e 9 meses, os valores de p são menores que 0,05 (0,014; 0,001 e 0,005, respectivamente), o que indica que a intervenção (AMGC) foi superior ao controle nesses momentos. No entanto, aos 12 meses, o p salta para 0,44, indicando que não há mais diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

O segundo gráfico mostra a "Proporção de Testes Realizados". Observa-se uma inclinação negativa constante em ambas as curvas de intervenção, demonstrando que os pacientes realizaram cada vez menos testes de glicemia à medida que os meses passavam.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A intervenção mostrou-se eficaz nos três primeiros trimestres (3, 6 e 9 meses), conforme comprovado pelos valores de p inferiores a 0,05 e pelos intervalos de confiança que, nesses períodos, mostram separação entre os grupos de intervenção e o controle.

Alternativa b: Correta. Esta é a interpretação lógica ao correlacionar os dois gráficos. O segundo gráfico mostra uma queda clara e progressiva na adesão (realização dos testes). Essa perda de adesão ao longo do tempo explica por que o benefício observado no início do estudo desapareceu na marca de 12 meses, fazendo com que os níveis de A1c dos grupos de intervenção voltassem a subir e se igualassem ao controle.

Alternativa c: Incorreta. No primeiro gráfico, as linhas que representam o grupo AMGC com mensagens e o grupo AMGC sem mensagens estão praticamente sobrepostas durante todo o estudo. Isso demonstra que o envio de lembretes por mensagens de texto não trouxe melhora adicional no controle da A1c quando comparado ao automonitoramento convencional.

Alternativa d: Incorreta. A alternativa afirma que houve diferença significativa ao final dos 12 meses, mas o gráfico mostra o contrário: o valor de $p = 0,44$ no mês 12 confirma que a diferença entre os grupos deixou de ser estatisticamente significativa ao término do acompanhamento.

Questão 74

Esta questão exige a análise crítica de uma curva de Kaplan-Meier e dos dados estatísticos provenientes do estudo CheckMate 816. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A validade externa refere-se à capacidade de generalizar os resultados do estudo para a população do "mundo real", o que depende mais dos critérios de inclusão e exclusão do que do número de pacientes no final da curva. Além disso, o valor de 73,7 meses não é a "sobrevida acumulada", mas sim a mediana de sobrevida global do grupo controle (o tempo em que 50% da amostra faleceu). Embora o número de pacientes sob risco diminua ao longo do tempo (o que aumenta a incerteza estatística nos períodos tardios), a conclusão sobre o benefício da droga é baseada em toda a trajetória da curva e no Hazard Ratio.

Alternativa (b) Incorreta: A censura ocorre quando o evento (morte) não foi observado até o último contato com o paciente ou o término do estudo. Observando a tabela de "Número de pacientes sob risco", vemos que o número permanece robusto até os 60 meses (111 no grupo experimental e 91 no controle). A redução drástica ocorre após os 60-66 meses, indicando que o tempo de acompanhamento da maioria dos pacientes ainda não atingiu os 72 ou 84 meses, e não que houve censura excessiva "nos primeiros cinco anos".

Alternativa (c) Correta: Esta é a interpretação direta e correta dos dados. A curva do grupo Nivolumab + Quimioterapia (azul) permanece consistentemente acima da curva de Quimioterapia isolada (cinza), indicando maior sobrevida. A mediana de sobrevida é o ponto no eixo X onde a curva atinge 50% no eixo Y. No gráfico, aos 48 meses, a sobrevida é de 70,6% e 57,3%; aos 60 meses, é de 65,4% e 55,0%. Como ambos os valores estão acima de 50%, a mediana ainda não foi alcançada (NA) em 48 ou 60 meses para nenhum dos grupos. A mediana do grupo controle só é atingida mais tarde, aos 73,7 meses.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o valor de p seja 0,048 (próximo ao limite de significância de 0,05) e o intervalo de confiança do Hazard Ratio (0,523 - 0,998) chegue perto de 1,0, o erro técnico da alternativa está no método estatístico citado. Para análises de sobrevida (tempo até o evento), utiliza-se o Modelo de Riscos Proporcionais de Cox ou testes de log-rank, e não a regressão logística, que é aplicada para desfechos binários em um ponto fixo no tempo.

Gabarito: Letra (c).

Questão 75

A resolução dessa questão exige o conhecimento das normas éticas e legais que regem a telemedicina no Brasil, fundamentadas principalmente na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.314/2022.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a falha no registro detalhado das orientações seja uma infração ética e dificulte a defesa do médico local, a responsabilidade não é exclusiva dele. Na interconsulta por telemedicina, o especialista que fornece as orientações também assume responsabilidade técnica sobre o que foi prescrito ou sugerido. A execução física do procedimento não anula a responsabilidade intelectual do especialista remoto.

Alternativa b) Incorreta. O médico que está presencialmente com o paciente detém a autonomia clínica para decidir se as orientações do especialista são aplicáveis à realidade imediata do paciente. Ele não é um mero executor passivo; ele deve avaliar a segurança das condutas sugeridas. Portanto, a responsabilidade não pode ser atribuída apenas ao médico remoto.

Alternativa c) Correta. Este é o entendimento atual estabelecido pelo CFM. Na teleinterconsulta (quando dois médicos trocam informações sobre um caso), ambos compartilham a responsabilidade assistencial. O médico assistente (local) é responsável pela execução e pelo acompanhamento direto, enquanto o médico consultor (remoto) responde pela qualidade e precisão das orientações técnicas fornecidas. Ambos respondem de forma solidária pelo desfecho, respeitando-se a parcela de atuação de cada um no processo.

Alternativa d) Incorreta. A orientação remota estabelece, sim, um vínculo profissional e assistencial. O fato de não haver exame físico presencial por parte do especialista não o isenta de responsabilidade, uma vez que suas decisões influenciaram diretamente o manejo do paciente. O especialista, ao aceitar o caso via telemedicina, assume o dever de zelar pela correção técnica de suas instruções.

Resumo didático: Na prática da telemedicina, a responsabilidade médica é compartilhada. O médico local responde pelas ações executadas e pela escolha de seguir as orientações, e o médico remoto responde pelas orientações técnicas fornecidas. Em caso de complicações, a justiça e os conselhos de ética avaliam a conduta de ambos dentro de suas respectivas esferas de decisão.