



SUS

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



Gabarito: SUS

2026 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O quadro clínico descreve um paciente com hemorragia digestiva alta (hematêmese) apresentando sinais claros de choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia e tempo de enchimento capilar prolongado). Ele utiliza varfarina, um antagonista da vitamina K que inibe a síntese dos fatores de coagulação II, VII, IX e X, e apresenta um INR criticamente elevado (10,5). Em situações de sangramento maior ou com risco de morte associado ao uso de varfarina, a conduta deve ser a reversão imediata da anticoagulação.

A estratégia terapêutica baseia-se em dois pilares: a reposição imediata dos fatores de coagulação que estão ausentes no sangue e a administração de vitamina K para que o fígado possa voltar a produzir esses mesmos fatores.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A vitamina K por via intramuscular deve ser evitada em pacientes anticoagulados devido ao risco de formação de grandes hematomas no local da aplicação. Além disso, a vitamina K isoladamente demora de 6 a 24 horas para atingir seu efeito máximo, o que é insuficiente para um paciente em choque hemorrágico.

Alternativa b: Incorreta. Embora a vitamina K intravenosa seja necessária, ela não tem efeito imediato. Em um cenário de sangramento ativo grave, é obrigatório repor os fatores de coagulação pré-formados para estancar a hemorragia o mais rápido possível.

Alternativa c: Incorreta. Reitera o erro da via intramuscular. Além disso, o crioprecipitado é um hemocomponente rico em fibrinogênio, fator VIII, fator XIII e fator de von Willebrand. Ele não contém os fatores do complexo protrombínico (II, VII, IX e X) necessários para reverter o efeito da varfarina.

Alternativa d: Incorreta. Apesar de indicar a vitamina K intravenosa corretamente, o crioprecipitado não é o tratamento indicado para a reversão da varfarina, pois não repõe os fatores dependentes de vitamina K.

Alternativa e: Correta. O Concentrado de Complexo Protrombínico (CCP) é o tratamento de escolha para a reversão imediata da varfarina em casos de sangramento grave. Ele contém os fatores II, VII, IX e X de forma concentrada, permitindo uma reversão do INR em poucos minutos e com baixo volume de infusão (superior ao plasma fresco congelado). A vitamina K intravenosa é administrada em

conjunto para garantir que o paciente continue produzindo seus próprios fatores de coagulação, uma vez que o efeito do complexo protrombínico é transitório (dura cerca de 6 a 8 horas).

Questão 2

O caso descreve um paciente de 60 anos, obeso e com alto risco cardiovascular, que não atingiu a meta de hemoglobina glicada após 4 meses de terapia tripla com metformina, glimepirida e empagliflozina. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a conduta deve focar não apenas no controle glicêmico, mas também na redução do peso e na proteção cardiovascular.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O ajuste terapêutico deve ser realizado quando a meta não é atingida em um período de 3 a 6 meses. Aguardar 12 meses prolongaria desnecessariamente a exposição do paciente à hiperglicemia e ao risco de complicações.

b) Correta. A liraglutida é um agonista do receptor de GLP-1 (arGLP-1). Essa classe é fortemente recomendada para pacientes com alto risco cardiovascular e obesidade, pois promove redução significativa de eventos cardiovasculares maiores (MACE), auxilia na perda de peso e possui alta eficácia na redução da glicada. A associação com a terapia atual é o próximo passo lógico para intensificar o tratamento.

c) Incorreta. A empagliflozina (iSGLT2) é fundamental para este paciente por seus benefícios cardiovasculares e na redução de peso. A pioglitazona, embora eficaz no controle glicêmico, está associada ao ganho de peso e pode aumentar o risco de insuficiência cardíaca, sendo menos indicada para um paciente obeso com alto risco cardiovascular.

d) Incorreta. Não se deve substituir a empagliflozina pela liraglutida, mas sim associá-las ou manter ambas no esquema, pois as duas classes (iSGLT2 e arGLP-1) possuem benefícios cardiovasculares complementares e independentes. A substituição removeria o benefício já obtido com o inibidor de SGLT2.

e) Incorreta. A insulinização plena com suspensão de todos os antidiabéticos orais é reservada para casos de falência extrema, sintomas de catabolismo (perda de peso involuntária, poliúria, polidipsia severa) ou glicemias muito elevadas. No cenário de obesidade e risco cardiovascular, prioriza-se a adição de arGLP-1 antes de considerar esquemas complexos de insulina, visando evitar o ganho de peso e o risco de hipoglicemia associados à insulinoterapia.

Questão 3

Análise do caso clínico:

Paciente de 68 anos, tabagista pesada (75 anos-maço), com sintomas crônicos e espirometria revelando distúrbio ventilatório obstrutivo (VEF1/CVF de 0,65, que é menor que 0,70). O VEF1 de 60% a classifica, pelo critério espirométrico, como GOLD 2 (limitação moderada ao fluxo aéreo). O ponto decisivo para a escolha terapêutica é o histórico de uma exacerbação com necessidade de internação hospitalar nos últimos 12 meses.

Classificação GOLD:

De acordo com as atualizações das diretrizes do GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), os pacientes são classificados em grupos (A, B ou E) baseados no risco de exacerbação e sintomas. O Grupo E (Exacerbador) engloba qualquer paciente que tenha tido pelo menos uma exacerbação resultando em internação hospitalar ou duas ou mais exacerbações moderadas no último ano. Para este grupo, a recomendação de tratamento inicial é a terapia broncodilatadora dupla de longa ação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O salmeterol (LABA) e a fluticasona (corticoide inalatório) são medicamentos para tratamento de manutenção e devem ser usados de forma contínua, nunca "apenas se crise". Medicamentos de resgate para crises são os broncodilatadores de curta ação (como o salbutamol).

b) Incorreta. Embora a combinação LABA + corticoide inalatório possa ser usada na DPOC, ela não é a primeira escolha para o Grupo E. O corticoide inalatório é reservado para pacientes com contagem de eosinófilos no sangue acima de 300 células/uL ou com história de asma associada. O uso indiscriminado de corticoides inalatórios na DPOC aumenta o risco de pneumonia.

c) Incorreta. O salmeterol isolado é um broncodilatador de longa ação (LABA). A monoterapia é insuficiente para uma paciente classificada como Grupo E (alto risco de exacerbação), na qual a combinação de dois mecanismos de broncodilatação é superior.

d) Incorreta. O tiotrópio é um antagonista muscarínico de longa ação (LAMA). Embora o LAMA seja superior ao LABA isolado para prevenir exacerbações, as diretrizes atuais recomendam que, para pacientes do Grupo E, se inicie diretamente a combinação LAMA + LABA para otimizar a função pulmonar e reduzir o risco de novas internações.

e) Correta. Esta alternativa apresenta uma combinação de LAMA (umeclidínio) e LABA (vilanterol). A terapia dupla broncodilatadora de longa ação (LAMA + LABA) é o padrão-ouro atual para o tratamento inicial de pacientes com DPOC do Grupo E, pois reduz de forma mais eficaz a frequência de exacerbações e melhora a qualidade de vida em comparação com as monoterapias.

Questão 4

O caso clínico descreve um paciente de 65 anos em choque séptico de provável foco pulmonar. Após a ressuscitação volêmica inicial com 2.000 mL de cristaloides (cerca de 30 mL/kg para seus 70 kg), o paciente permanece hipotenso, necessitando de noradrenalina em dose crescente (atualmente em 0,20 mcg/kg/min) para manter a Pressão Arterial Média (PAM) em 65 mmHg.

A indicação do uso de corticosteroides no choque séptico, especificamente a hidrocortisona na dose de 200 mg/dia, foi atualizada pela Surviving Sepsis Campaign (SSC) de 2021. A recomendação foca na refratariedade do choque ao tratamento inicial com fluidos e vasopressores.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A hidrocortisona não é indicada imediatamente para todos os pacientes em choque séptico. Ela deve ser reservada para aqueles que apresentam choque refratário, ou seja, que não atingem a estabilidade hemodinâmica apenas com a ressuscitação volêmica e doses baixas de drogas vasoativas.

Alternativa b) Incorreta. A dose de 0,20 mcg/kg/min de noradrenalina é considerada um patamar abaixo do recomendado pelas diretrizes internacionais para o início do corticoide. Além disso, o tempo de 6 horas mencionado não é o critério padrão da diretriz atual para essa dosagem específica.

Alternativa c) Correta. Segundo as diretrizes da Surviving Sepsis Campaign de 2021, a sugestão é iniciar hidrocortisona intravenosa em pacientes que requerem noradrenalina ou adrenalina em dose maior ou igual a 0,25 mcg/kg/min por pelo menos 4 horas para manter a PAM no alvo. Note que, embora a alternativa traga a unidade mg/kg (provável erro de digitação da banca examinadora), a lógica clínica e os valores numéricos correspondem exatamente à recomendação de 0,25 mcg/kg/min por 4 horas estabelecida no protocolo internacional.

Alternativa d) Incorreta. Embora a vasopressina seja frequentemente adicionada quando a dose de noradrenalina está subindo, a diretriz da SSC não condiciona o início do corticoide à presença de um segundo vasopressor, mas sim à dose e ao

tempo de exposição ao vasopressor principal (noradrenalina).

Alternativa e) Incorreta. Uma dose de 0,50 mcg/kg/min já caracteriza um choque grave e tardio para o início da terapia adjuvante com corticoides. A diretriz preconiza intervenção mais precoce, no patamar de 0,25 mcg/kg/min, para auxiliar na reversão mais rápida do choque e na redução do tempo de ventilação mecânica.

Resumo para fixação: A hidrocortisona no choque séptico tem como objetivo principal acelerar a resolução do choque. O "gatilho" recomendado pela SSC 2021 é a necessidade de noradrenalina em dose igual ou superior a 0,25 mcg/kg/min por um período mínimo de 4 horas.

Questão 5

Análise do Caso Clínico:

O quadro descrito é clássico de uma Espondiloartrite Axial, especificamente a Espondilite Anquilosante (EA). Os pontos-chave são:

1. Perfil epidemiológico: Homem jovem (29 anos).
2. Dor lombar inflamatória: Duração superior a 3 meses, melhora com o exercício, piora com o repouso e presença de rigidez matinal prolongada (1 hora).
3. Entesite: Edema em região de tendão calcâneo é uma manifestação periférica comum dessas patologias.
4. Exame físico: A limitação da flexão lombar e a redução da expansão torácica indicam o acometimento crônico e a progressiva anquilose da coluna vertebral e das articulações costovertebrais.

As espondiloartrites são caracterizadas por serem soronegativas, ou seja, apresentam fator reumatoide e outros anticorpos típicos de doenças do tecido conjuntivo negativos.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O Anticorpo Antinuclear (FAN) é um marcador utilizado principalmente para o rastreio de doenças autoimunes sistêmicas, como o Lúpus Eritematoso Sistêmico. Não tem associação com a fisiopatologia da Espondilite Anquilosante.

b) Incorreta. O Fator Reumatoide (FR) é típico da Artrite Reumatoide. A Espondilite Anquilosante pertence ao grupo das espondiloartrites "soronegativas", termo cunhado justamente pela ausência de fator reumatoide nesses pacientes.

c) Correta. O HLA-B27 é um antígeno de histocompatibilidade de classe I que possui

uma forte associação genética com as espondiloartrites. Na Espondilite Anquilosante, sua presença chega a ser superior a 90% em pacientes caucasianos. Embora não seja um exame diagnóstico isolado (pois pessoas saudáveis podem ter o gene), no contexto clínico apresentado, é o exame que apresentará resultado positivo.

d) Incorreta. O c-ANCA (anticorpo anticitoplasma de neutrófilos com padrão citoplasmático) é um marcador associado a vasculites sistêmicas, especificamente à Granulomatose com Poliangiite (antiga Wegener), sem relação com quadros de dor lombar inflamatória.

e) Incorreta. O anti-CCP (anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico) é um marcador altamente específico para a Artrite Reumatoide, auxiliando no diagnóstico e prognóstico desta doença, mas não é encontrado na Espondilite Anquilosante.

Questão 6

Para resolver essa questão, é fundamental correlacionar a história clínica do paciente com os achados eletrocardiográficos pós-cardioversão.

Análise Clínica:

O paciente é idoso, diabético e portador de doença renal crônica (DRC). Ele faz uso de losartana (um bloqueador do receptor de angiotensina que poupa potássio) e apresentou um quadro de instabilidade hemodinâmica associado a uma taquicardia ventricular monomórfica. Esse cenário clínico em um paciente com DRC levanta imediatamente a suspeita de distúrbios eletrolíticos, especialmente a hipercalemia (excesso de potássio).

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

O ECG após a cardioversão revela sinais clássicos de hipercalemia grave:

1. QRS muito alargado: O complexo QRS está significativamente prolongado, quase se fundindo com a onda T.
2. Ondas T apiculadas e simétricas: Visíveis principalmente de V2 a V6, com o aspecto em "tenda".
3. Ritmo sinusal com condução intraventricular lentificada: Em casos extremos, isso pode evoluir para o aspecto de "onda sinusoidal", que precede a parada cardíaca.

Diagnóstico e Conduta:

O diagnóstico é hipercalemia grave com repercussão eletrocardiográfica e instabilidade prévia (taquicardia ventricular). A conduta imediata e prioritária em casos de hipercalemia com alteração de ECG é a estabilização da membrana miocárdica para prevenir arritmias fatais. O medicamento de escolha para esse fim é o gluconato de cálcio (ou cloreto de cálcio).

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento para síndrome coronariana aguda (antiagregação e anticoagulação) não é a prioridade imediata aqui, pois o ECG aponta claramente para uma causa metabólica/eletrolítica para a arritmia e dor torácica.

Alternativa b) Incorreta. Embora o paciente tenha dor torácica, as alterações de ST-T e o alargamento do QRS neste contexto são secundários ao potássio elevado (pseudoinfarto da hipercalemia). A angioplastia primária não trataria a causa-base da instabilidade.

Alternativa c) Incorreta. A nitroglicerina é um vasodilatador contraindicado em pacientes com hipotensão (PA 80 x 50 mmHg). Além disso, não trata o distúrbio eletrolítico.

Alternativa d) CORRETA. O gluconato de cálcio a 10% deve ser administrado por via intravenosa imediatamente. Ele atua estabilizando o potencial de repouso da membrana dos cardiomiócitos, reduzindo o risco de novas arritmias ventriculares enquanto se iniciam as medidas para espoliar o potássio do organismo.

Alternativa e) Incorreta. O estudo eletrofisiológico é um procedimento invasivo e eletivo para diagnóstico de arritmias complexas ou ablação, não possuindo papel no manejo de uma emergência metabólica aguda.

Questão 7

Para resolver essa questão, devemos seguir o raciocínio clínico da abordagem das hiponatremias, baseando-se na osmolaridade e no estado volêmico do paciente.

O paciente apresenta uma hiponatremia grave (114 mEq/L) e hipotônica (osmolaridade sérica diminuída). O ponto-chave para o diagnóstico etiológico reside na análise do sódio urinário e da osmolaridade urinária.

Análise dos dados:

1. Osmolaridade urinária aumentada: Indica que há ação do hormônio antidiurético (ADH) impedindo a excreção de água livre.
2. Sódio urinário de 5 mEq/L: Este é o dado mais importante. Um sódio urinário baixo (menor que 20-30 mEq/L) indica que os rins estão tentando reabsorver o máximo de sódio possível. Isso ocorre quando o volume arterial efetivo está reduzido.

Alternativa (a) Correta: Na insuficiência cardíaca (IC), embora o paciente tenha excesso de volume total (edema, congestão), o débito cardíaco reduzido faz com que o "volume circulante efetivo" seja baixo. Isso ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona e estimula a secreção não osmótica de ADH. O resultado é a reabsorção intensa de sódio pelos túbulos renais (gerando sódio urinário baixo, < 20 mEq/L) e retenção de água livre (gerando hiponatremia dilucional).

Alternativa (b) Incorreta: O uso de diuréticos, especialmente os tiazídicos, é uma causa comum de hiponatremia. No entanto, se a causa fosse perda renal por diuréticos, o sódio urinário estaria elevado (geralmente > 40 mEq/L) enquanto a droga estivesse agindo, e o paciente apresentaria sinais de hipovolemia real. No contexto de um paciente com IC, o sódio urinário de 5 mEq/L aponta diretamente para a fisiopatologia da própria doença de base (baixo volume efetivo).

Alternativa (c) Incorreta: Na Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIADH), o paciente encontra-se em estado de euvolemia clínica. Uma característica fundamental para o diagnóstico de SIADH é o sódio urinário elevado (geralmente > 40 mEq/L), pois o rim tenta excretar sódio para compensar a expansão volêmica leve causada pela retenção de água. O valor de 5 mEq/L exclui a SIADH.

Alternativa (d) Incorreta: Na insuficiência adrenal, a deficiência de mineralocorticoides leva à perda renal de sódio. Portanto, o sódio urinário estaria elevado, frequentemente acompanhado de hipercalemia (potássio alto), o que não condiz com o quadro apresentado.

Alternativa (e) Incorreta: Na polidipsia primária, o paciente ingere água em excesso. A resposta fisiológica do corpo é suprimir totalmente o ADH para eliminar o excesso de água. Consequentemente, a urina deveria estar extremamente diluída (osmolaridade urinária baixa, geralmente < 100 mOsm/kg), o oposto do que foi descrito (osmolaridade urinária aumentada).

Questão 8

Para resolver essa questão, é necessário correlacionar os achados do exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) com os padrões clássicos das meningites. O caso apresenta um paciente com sinais de irritação meníngea e um líquido com as seguintes características: pleocitose moderada (300 células/mm³), predomínio linfomononuclear, hiperproteínoorraquia acentuada (450 mg/dL) e hipoglicorraquia (35 mg/dL).

Alternativa a) Meningocócica.

Incorreta. A meningite causada pela *Neisseria meningitidis* é uma infecção bacteriana aguda. O padrão típico no LCR é de uma meningite purulenta, caracterizada por pleocitose acentuada (geralmente superior a 1.000 células/ mm^3) com predomínio de polimorfonucleares (neutrófilos). Embora haja consumo de glicose, o predomínio celular linfomononuclear do caso afasta essa hipótese.

Alternativa b) Pneumocócica.

Incorreta. Assim como na meningocócica, a infecção pelo *Streptococcus pneumoniae* gera um perfil de LCR purulento. Espera-se encontrar um número de células muito elevado, com franca predominância de neutrófilos e proteínas elevadas, mas raramente atingindo níveis tão discrepantes quanto os da tuberculose sem o predomínio neutrofílico associado.

Alternativa c) Viral.

Incorreta. As meningites virais apresentam, de fato, um predomínio de células linfomononucleares. No entanto, o diferencial fundamental é que, nas etiologias virais, a glicose costuma estar normal (glicorraquia normal) e a proteína está normal ou apenas discretamente elevada. A hipoglicorraquia e a proteína de 450 mg/dL observadas no caso são incompatíveis com o padrão viral típico.

Alternativa d) Tuberculose.

Correta. O padrão de LCR da meningite tuberculosa é clássico: pleocitose moderada (geralmente entre 100 e 500 células/ mm^3), predomínio de linfócitos e monócitos (linfomononuclear), hipoglicorraquia (devido ao consumo pelo *Mycobacterium tuberculosis* e pelo processo inflamatório) e uma hiperproteínorraquia muito importante. Valores de proteína acima de 100 - 200 mg/dL são muito sugestivos de tuberculose ou fungos, sendo que 450 mg/dL é um valor fortemente indicativo dessa etiologia devido ao exsudato inflamatório espesso na base do crânio.

Alternativa e) Herpética.

Incorreta. A meningite ou meningoencefalite por Herpes simplex apresenta predomínio linfomononuclear, mas a glicose geralmente permanece em níveis normais. Além disso, o quadro herpético costuma cursar com a presença de hemácias no líquido (devido ao caráter necro-hemorrágico da lesão cerebral) e sinais de acometimento focal (lobo temporal), o que não foi descrito no enunciado.

Em resumo, a combinação de predomínio linfomononuclear com glicose baixa e proteína muito elevada é o tripé diagnóstico laboratorial para meningite tuberculosa ou fúngica. Entre as opções apresentadas, a tuberculose é a resposta correta.

Questão 9

Esta questão aborda o manejo da Lesão Renal Aguda (LRA) em um paciente com cirrose hepática.

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um aumento da creatinina de 1,0 mg/dL para 2,1 mg/dL. De acordo com os critérios do International Club of Ascites (ICA-AKI), define-se LRA no cirrótico como um aumento da creatinina plasmática maior ou igual a 0,3 mg/dL em 48 horas ou um aumento maior ou igual a 50% em relação ao valor basal nos últimos 7 dias. No caso em tela, a creatinina mais do que dobrou, classificando o quadro como LRA estágio 2.

A conduta inicial em qualquer paciente cirrótico com LRA consiste em:

1. Suspende diuréticos (espironolactona) e drogas que possam reduzir a perfusão renal (carvedilol).
2. Investigar e tratar gatilhos, como infecções (embora a urina tipo I esteja normal, a paracentese diagnóstica seria mandatória para excluir peritonite bacteriana espontânea devido à ascite volumosa).
3. Realizar expansão volêmica para diferenciar entre causa pré-renal e Síndrome Hepatorrenal (SHR).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A expansão com soro fisiológico (cristaloides) não é recomendada como primeira linha no cirrótico com ascite. O sódio contido no soro fisiológico agrava a retenção hídrica e a ascite, além de não possuir as propriedades oncóticas e antioxidantes da albumina, que são fundamentais nesse cenário.

b) Incorreta. Assim como o soro fisiológico, o Ringer Lactato é um cristalóide. Embora seja uma solução balanceada, os protocolos internacionais estabelecem a albumina como o expansor de escolha para o desafio volêmico no paciente com cirrose e disfunção renal.

c) Correta. A expansão volêmica com albumina venosa na dose de 1 g/kg de peso/dia (até o limite de 100 g/dia) por 48 horas é o tratamento inicial padrão. Se, após 48 horas de expansão com albumina e suspensão de diuréticos, a creatinina não retornar para valores próximos ao basal (redução para menos de 0,3 mg/dL acima do basal), e excluídas outras causas de lesão renal, confirma-se o diagnóstico de Síndrome Hepatorrenal (SHR).

d) Incorreta. A terlipressina, associada à albumina, é o tratamento de escolha para a Síndrome Hepatorrenal. No entanto, ela só deve ser iniciada após o insucesso da

expansão volêmica isolada com albumina por 48 horas. Utilizá-la agora seria precoce.

e) Incorreta. A paciente já apresenta piora da função renal em uso de diuréticos. Administrar furosemida, que é um diurético de alça, agravaria a depleção de volume intravascular, reduzindo ainda mais a perfusão renal e piorando a lesão aguda.

Questão 10

O caso clínico descreve uma complicação hemodinâmica comum após ajustes na ventilação mecânica em pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). A elevação da PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva) e o uso de bloqueadores neuromusculares podem impactar diretamente a estabilidade cardiovascular por meio de alterações nas pressões intratorácicas.

Alternativa a: Incorreta. O rocurônio é um bloqueador neuromuscular do grupo dos aminoesteroides. Diferentemente de outros fármacos da classe dos benzilisoquinolínios (como o atracúrio), o rocurônio não provoca liberação significativa de histamina; portanto, não é uma causa direta de vasodilatação sistêmica ou hipotensão súbita nessas condições.

Alternativa b: Incorreta. O aumento da pressão intratorácica causado pela PEEP não gera vasodilatação reflexa. Pelo contrário, a resposta fisiológica compensatória esperada à queda do débito cardíaco é uma ativação do sistema nervoso simpático, que tenta promover vasoconstrição periférica e taquicardia para manter a pressão arterial média.

Alternativa c: Incorreta. O uso da PEEP na SDRA visa justamente proteger o pulmão contra o biotrauma (liberação de citocinas inflamatórias), ao evitar o colapso e a reabertura cíclicos dos alvéolos (atelectotrauma). Além disso, uma eventual liberação de citocinas não causaria uma queda pressórica tão imediata logo após o ajuste do ventilador.

Alternativa d: Correta. O principal motivo da queda da pressão arterial após o aumento da PEEP é a redução do débito cardíaco. Isso ocorre fundamentalmente por dois mecanismos: 1) o aumento da pressão intratorácica comprime as veias cavas, dificultando o retorno venoso para o coração (redução da pré-carga); 2) a pressão positiva pode aumentar a resistência vascular pulmonar ao comprimir os capilares alveolares, o que eleva a pós-carga do ventrículo direito. O uso do bloqueador neuromuscular (rocurônio) potencializa esse efeito, pois, ao eliminar o tônus da musculatura torácica, permite que a pressão gerada pelo ventilador seja transmitida de forma mais integral ao espaço pleural e às estruturas cardíacas.

Alternativa e: Incorreta. Embora níveis elevados de PEEP possam aumentar o espaço morto (por hiperdistensão alveolar), o efeito nos vasos sanguíneos pulmonares é de compressão mecânica, o que aumenta a resistência local. Não ocorre vasodilatação das artérias e arteríolas pulmonares nesse contexto; o efeito hemodinâmico sistêmico é derivado da redução do enchimento cardíaco e não de uma vasodilatação pulmonar.

Questão 11

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de hipertensão arterial resistente associada a distúrbios hidroeletrólíticos (hipocalemia e tendência à hipernatremia). O passo fundamental para o diagnóstico reside na avaliação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e nos testes confirmatórios realizados.

1. Relação Aldosterona/Renina: O achado de aldosterona plasmática elevada com atividade de renina plasmática reduzida (suprimida) aponta fortemente para uma produção autônoma de mineralocorticoide.
2. Teste de Sobrecarga Salina: Em indivíduos normais, a infusão de solução salina deveria suprimir a secreção de aldosterona. A manutenção de níveis elevados de aldosterona após o teste confirma a autonomia da glândula e sela o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário.
3. Avaliação de Diagnósticos Diferenciais: A supressão das metanefrinas após o uso de clonidina descarta feocromocitoma. O cortisol discretamente elevado com ACTH baixo pode sugerir uma secreção concomitante de cortisol (comum em alguns adenomas adrenais), mas a marca registrada do quadro é o excesso de mineralocorticoide.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

- a) Alterações podem ser atribuídas ao uso de hidroclorotiazida: Incorreto. Os diuréticos tiazídicos causam depleção de volume, o que levaria a um aumento reflexo da atividade de renina plasmática (hiperaldoesteronismo secundário), e não à sua supressão, como observado no caso.
- b) Hiperaldosteronismo primário: Correto. Esta é a interpretação precisa. A combinação de hipertensão resistente, hipocalemia, renina suprimida e o fracasso em suprimir a aldosterona após a carga de sódio (teste da solução salina) preenche todos os critérios diagnósticos para o hiperaldosteronismo primário.
- c) Síndrome de Cushing: Incorreto. Embora o cortisol esteja levemente acima do

limite e o ACTH reduzido (podendo indicar uma secreção autônoma subclínica de cortisol), a Síndrome de Cushing isolada não explicaria a elevação da aldosterona. No Cushing, a hipertensão geralmente ocorre pelo efeito cruzado do cortisol nos receptores mineralocorticoides, o que tenderia a suprimir tanto a renina quanto a aldosterona.

d) Feocromocitoma: Incorreto. O diagnóstico de feocromocitoma é descartado pelo teste da clonidina. Em pacientes com feocromocitoma, a secreção de catecolaminas é autônoma e não se reduz após o estímulo da clonidina (um agonista alfa-2 adrenérgico que reduz o efluxo simpático central). A normalização dos níveis indica que a elevação inicial era decorrente de hiperatividade simpática, não de um tumor produtor.

e) Síndrome de Liddle: Incorreto. Esta é um "pseudohiperaldosteronismo". É uma doença genética em que há hiperatividade do canal de sódio (ENaC) no túbulo coletor. O paciente apresenta hipertensão e hipocalemia, porém, devido à expansão de volume, tanto a renina quanto a aldosterona encontram-se suprimidas. No caso clínico, a aldosterona está elevada.

Questão 12

O quadro clínico de vômitos e sonolência em um paciente jovem com diabetes tipo 1, associado aos achados laboratoriais de glicemia de 450 mg/dL, pH 7,0, bicarbonato baixo (8 mEq/L) e cetonúria, confirma o diagnóstico de Cetoacidose Diabética (CAD). O tratamento da CAD deve ser iniciado imediatamente e foca em três frentes: hidratação, insulino terapia e correção eletrolítica (especialmente o potássio).

Alternativa a: Incorreta. A hidratação inicial para expansão volêmica deve ser feita com Soro Fisiológico (SF) 0,9%. O soro a 0,45% (salina hipotônica) só é considerado em momentos posteriores, dependendo do sódio corrigido. Além disso, a reposição de fosfato não é prioritária aqui, sendo indicada apenas se o fosfato sérico estiver abaixo de 1,0 mg/dL ou em casos de anemia hemolítica ou depressão respiratória. O valor do paciente é 2,3 mg/dL.

Alternativa b: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o uso inicial de SF 0,45% é inadequado. O erro principal, contudo, é a indicação do bicarbonato de sódio. De acordo com os protocolos vigentes (como o da American Diabetes Association), o bicarbonato só deve ser administrado se o pH for inferior a 6,9. Como o pH do paciente é 7,0, a correção da acidose ocorrerá naturalmente com a hidratação e a cessação da cetogênese pela insulina.

Alternativa c: Incorreta. Embora utilize o SF 0,9% corretamente, a alternativa peca ao

indicar o uso de bicarbonato de sódio para um pH de 7,0. O uso intempestivo de bicarbonato pode causar hipocalcemia grave e acidose paradoxal do líquido.

Alternativa d: Incorreta. O erro fundamental aqui é não repor potássio. Na cetoacidose, o paciente sempre tem uma depleção do potássio corporal total, mesmo que o exame de sangue mostre níveis normais. Quando iniciamos a insulina, ela promove a entrada do potássio para dentro das células (*shift* intracelular), o que pode levar a uma hipocalcemia aguda fatal. Como o potássio do paciente está em 4,4 mEq/L (faixa entre 3,3 e 5,2 mEq/L), a reposição deve obrigatoriamente acompanhar o início da insulina. Além disso, o soro inicial deve ser o 0,9%.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa apresenta o manejo inicial padrão-ouro para a cetoacidose diabética. Inclui a hidratação com Soro Fisiológico 0,9% para restaurar o volume intravascular e a perfusão renal; a insulina regular intravenosa para bloquear a produção de corpos cetônicos e reduzir a glicemia; e a reposição de potássio, que é mandatória quando o nível sérico inicial está entre 3,3 e 5,2 mEq/L para prevenir a hipocalcemia induzida pela insulino-terapia.

Questão 13

O nitroprussiato de sódio é um potente vasodilatador arterial e venoso, muito utilizado em emergências hipertensivas e insuficiência cardíaca descompensada. Sua estrutura química contém cinco grupos de cianeto para cada molécula. Quando administrado, o cianeto é liberado na corrente sanguínea. Em doses normais e uso por curto período, o fígado metaboliza o cianeto em tiocianato (com auxílio da enzima rodanase e de um doador de enxofre/tiosulfato), que é então excretado pelos rins.

A toxicidade ocorre principalmente por dois mecanismos: o acúmulo de cianeto (geralmente em infusões rápidas ou prolongadas, como as 72 horas citadas no caso) ou o acúmulo de tiocianato (comum em pacientes com insuficiência renal). O cianeto liga-se ao citocromo c oxidase na cadeia respiratória mitocondrial, impedindo a utilização do oxigênio pelas células (hipóxia citotóxica).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A toxicidade pelo cianeto inicialmente costuma causar taquicardia como resposta compensatória à hipóxia tecidual e à queda do débito cardíaco. A bradicardia pode ocorrer apenas em estágios terminais e pré-morte.

b) Incorreta. Classicamente, a intoxicação por cianeto pode causar uma coloração rósea ou avermelhada da pele, pois o oxigênio não é extraído pelos tecidos,

mantendo o sangue venoso saturado. A cianose não é um achado típico.

c) Correta. Este é o sinal laboratorial mais característico e precoce da toxicidade pelo cianeto. Como a cadeia respiratória mitocondrial está bloqueada, a célula é obrigada a realizar metabolismo anaeróbio para produzir energia, resultando em uma produção excessiva de lactato e consequente acidose metabólica com hiato aniônico (anion gap) elevado. Em pacientes sob infusão de nitroprussiato, uma acidose láctica inexplicável deve sempre levantar a suspeita de intoxicação.

d) Incorreta. A hipercalemia não é um sinal direto ou comum da intoxicação pelo nitroprussiato de sódio. Embora acidoses graves possam deslocar o potássio para o meio extracelular, esse não é o marcador clínico utilizado para o diagnóstico dessa condição.

e) Incorreta. Embora o nitroprussiato de sódio possa, teoricamente, causar meta-hemoglobinemia, isso é extremamente raro na prática clínica com essa droga. O problema principal é a intoxicação por cianeto, na qual a saturação de oxigênio no sangue arterial costuma estar normal, mas o paciente apresenta uma saturação venosa central de oxigênio (SvcO₂) anormalmente elevada, indicando que os tecidos não conseguem utilizar o oxigênio disponível.

Questão 14

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta Síndrome de Guillain-Barré, uma polirradiculoneuropatia aguda que evoluiu com fraqueza da musculatura respiratória (diafragma e músculos intercostais). O exame físico revela redução da expansibilidade torácica e sons respiratórios diminuídos, porém com radiografia de tórax normal (sem pneumonia, edema ou atelectasias). Esse cenário define uma insuficiência respiratória por hipoventilação alveolar, também conhecida como insuficiência respiratória tipo 2 ou falência de bomba.

Fisiopatologia na Gasometria:

Na hipoventilação alveolar, o pulmão não consegue realizar a troca gasosa adequadamente por incapacidade mecânica. O principal marcador é a hipercapnia (elevação da PaCO₂ acima de 45 mmHg). De acordo com a equação do gás alveolar, o oxigênio e o gás carbônico dividem o espaço dentro dos alvéolos; se a pressão de CO₂ aumenta devido à falha na expiração, a pressão parcial de oxigênio (PaO₂) obrigatoriamente diminui, gerando hipoxemia secundária. Portanto, espera-se encontrar PaCO₂ elevada e PaO₂ reduzida.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Apresenta hipoxemia com hipocapnia ($\text{PaCO}_2 = 28 \text{ mmHg}$). Esse padrão ocorre quando o paciente está hiperventilando (taquipneia compensatória), comum em doenças do parênquima pulmonar ou embolia. Na Guillain-Barré com falência muscular, o paciente não tem força para "lavar" o CO_2 , logo a PaCO_2 não estaria baixa.

b) Correta. Esta gasometria demonstra o padrão clássico de hipoventilação alveolar: hipoxemia ($\text{PaO}_2 = 55 \text{ mmHg}$) associada a hipercapnia ($\text{PaCO}_2 = 55 \text{ mmHg}$). Como a bomba muscular falhou, o CO_2 é retido e o oxigênio alveolar é deslocado, reduzindo a saturação de oxigênio (85%).

c) Incorreta. Apresenta PaO_2 próxima da normalidade e hipocapnia ($\text{PaCO}_2 = 30 \text{ mmHg}$). Indica uma alcalose respiratória por hiperventilação, o que é incompatível com a fraqueza muscular progressiva descrita.

d) Incorreta. Embora mostre hipercapnia ($\text{PaCO}_2 = 55 \text{ mmHg}$), a PaO_2 de 80 mmHg é fisiologicamente impossível em ar ambiente ($\text{FiO}_2 21\%$) para esse nível de retenção de CO_2 . Se o CO_2 sobe tanto por hipoventilação, o oxigênio alveolar e arterial deve cair proporcionalmente. Um valor de 80 mmHg sugeriria que a paciente estivesse recebendo oxigênio suplementar.

e) Incorreta. Apresenta uma gasometria dentro dos padrões de normalidade. Não condiz com uma paciente que apresenta desconforto respiratório progressivo e redução global da expansibilidade torácica.

Questão 15

Esta questão aborda o diagnóstico e o manejo terapêutico de uma das principais doenças intersticiais pulmonares. Vamos analisar os achados para chegar ao diagnóstico correto:

1. Análise Clínica e Funcional: Paciente idosa, ex-tabagista, com quadro crônico de dispneia e tosse seca. A espirometria revela um distúrbio ventilatório restritivo, caracterizado pela redução da Capacidade Vital Forçada (CVF 68%) com a relação VEF_1/CVF preservada (0,84).

2. Análise Radiológica: A tomografia de tórax descreve o padrão clássico de Pneumonia Intersticial Usual (UIP): reticulado subpleural e basal, presença de favo de mel (honeycombing) e bronquiectasias de tração, sem vidro fosco significativo.

3. Diagnóstico: Diante de um padrão de UIP na tomografia, na ausência de causas secundárias (como colagenoses ou exposição ambiental), o diagnóstico é de Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI).

Análise das alternativas:

a) Correta. O tratamento padrão para a Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) baseia-se no uso de drogas antifibróticas, como o nintedanibe ou a pirfenidona. Essas medicações têm como objetivo reduzir a taxa de declínio da função pulmonar (queda da CVF) ao longo do tempo.

b) Incorreta. O micofenolato de mofetila é um imunossupressor utilizado em outras doenças intersticiais, principalmente naquelas associadas a doenças do tecido conjuntivo (como esclerose sistêmica) ou na pneumonite de hipersensibilidade crônica, mas não é a terapia de escolha para FPI.

c) Incorreta. A pulsoterapia com metilprednisolona é reservada para exacerbações agudas de doenças intersticiais ou quadros inflamatórios graves. Na FPI estável, o uso de altas doses de corticoide não é indicado.

d) Incorreta. Historicamente, usava-se prednisona para FPI, mas o estudo PANTHER-IPF demonstrou que a combinação de prednisona e azatioprina aumentava a mortalidade e o risco de hospitalização nesses pacientes. Portanto, o uso isolado ou combinado de corticoides deve ser evitado na FPI, a menos que haja uma exacerbação documentada.

e) Incorreta. A combinação de tiotrópio e olodaterol (LAMA/LABA) é o tratamento de escolha para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Embora a paciente seja ex-tabagista, a espirometria e a tomografia confirmam uma doença restritiva/intersticial e não obstrutiva. O uso de broncodilatadores não trata a causa da fibrose.

Questão 16

A análise do quadro clínico e do ecocardiograma direciona o diagnóstico para cardiomiopatia hipertrófica (CMH) na sua forma obstrutiva. Os achados patognomônicos descritos são: hipertrofia septal assimétrica (20 mm), movimento anterior sistólico (SAM) da valva mitral e a presença de um gradiente sistólico de 70 mmHg (considerado obstrução importante quando acima de 30 mmHg). O sopro sistólico no foco aórtico, nesse caso, não é por estenose da valva aórtica, mas pela obstrução dinâmica no fluxo de saída do ventrículo esquerdo.

A melhor estratégia para melhora sintomática é:

Alternativa (b) CORRETA: Os betabloqueadores são a terapia de primeira linha para pacientes sintomáticos com CMH obstrutiva. Eles agem por três mecanismos principais: 1) reduzem a frequência cardíaca, aumentando o tempo de enchimento diastólico; 2) possuem efeito inotrópico negativo, diminuindo a força de ejeção e, conseqüentemente, reduzindo o gradiente de obstrução (efeito Venturi); 3) diminuem o consumo de oxigênio pelo miocárdio, melhorando a dispneia e a angina.

Alternativa (a) INCORRETA: A furosemida é um diurético que reduz a pré-carga. Na CMH obstrutiva, a redução do volume dentro do ventrículo esquerdo faz com que as paredes fiquem mais próximas e o septo obstrua ainda mais a saída do sangue, piorando o gradiente e os sintomas. Deve ser usada com extrema cautela apenas se houver congestão pulmonar grave e refratária.

Alternativa (c) INCORRETA: Nitratos são vasodilatadores que reduzem tanto a pré-carga quanto a pós-carga. Assim como os diuréticos, ao reduzir o volume ventricular, eles exacerbam a obstrução dinâmica do fluxo de saída, podendo levar a síncope e piora importante do quadro clínico. São contraindicados na CMH obstrutiva.

Alternativa (d) INCORRETA: A terapia de ressincronização cardíaca é indicada para pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, geralmente com bloqueio de ramo esquerdo e QRS largo. Não é o tratamento padrão para a melhora dos sintomas obstrutivos na CMH. Embora a estimulação artificial (marca-passo) possa ser usada em casos selecionados para alterar a sequência de ativação septal e reduzir o gradiente, não é a estratégia inicial.

Alternativa (e) INCORRETA: O cardioversor desfibrilador implantável (CDI) tem como objetivo a prevenção de morte súbita em pacientes de alto risco (prevenção primária ou secundária). Embora pacientes com CMH tenham risco de arritmias fatais, o CDI não trata a obstrução mecânica nem melhora os sintomas de dispneia aos esforços descritos no enunciado.

Questão 17

Análise do caso clínico:

A paciente é uma idosa de 78 anos com antecedente de insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada (ICFEP), o que a torna altamente vulnerável a variações de volume. Durante a transfusão, ela apresenta um quadro súbito de insuficiência respiratória aguda, caracterizado por ortopneia, hipoxemia (87%), estertores crepitantes bilaterais e sinais de aumento da pressão venosa central (estase jugular).

O conjunto de sinais aponta para um edema agudo de pulmão de origem cardiogênica por excesso de volume.

Alternativa a: Incorreta. A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade grave. Embora cause dispneia súbita por broncoespasmo ou edema de glote, ela geralmente se acompanha de hipotensão arterial, urticária e angioedema. O quadro de congestão sistêmica (estase jugular) e hipertensão visto na questão direciona o diagnóstico para sobrecarga de volume, não para alergia.

Alternativa b: Correta. A Sobrecarga Circulatória Associada à Transfusão (conhecida pela sigla TACO - Transfusion-Associated Circulatory Overload) é a principal hipótese. Os fatores de risco estão presentes (idade avançada e insuficiência cardíaca prévia). Clinicamente, manifesta-se como um edema agudo de pulmão por expansão excessiva do volume intravascular. Os sinais clássicos são: dispneia em até 6 horas após a transfusão, taquicardia, hipertensão, estase jugular e estertores pulmonares, geralmente sem febre.

Alternativa c: Incorreta. A reação hemolítica aguda ocorre por incompatibilidade de grupo sanguíneo (comumente erro de identificação no sistema ABO). Cursa tipicamente com febre, calafrios, dor lombar intensa e evolução para choque e insuficiência renal aguda (hemoglobinúria). O quadro da paciente é predominantemente congestivo, sem menção a febre ou dor.

Alternativa d: Incorreta. A sepse transfusional é causada por contaminação bacteriana da bolsa de sangue. O quadro clínico clássico é marcado por febre alta (aumento maior que 2 graus Celsius na temperatura basal), calafrios e hipotensão arterial (choque séptico). A paciente da questão está afebril e com pressão arterial elevada (150 x 90 mmHg).

Alternativa e: Incorreta. A Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão (TRALI) é o principal diagnóstico diferencial da TACO. No entanto, a TRALI é um edema pulmonar não cardiogênico decorrente de lesão inflamatória na membrana alveolocapilar. Na TRALI, espera-se encontrar hipotensão arterial, febre e, obrigatoriamente, ausência de sinais de sobrecarga de volume. A presença de estase jugular e a hipertensão na paciente confirmam que a causa é cardiogênica/volêmica (TACO), e não por lesão pulmonar direta.

Questão 18

O caso clínico descreve um fenômeno clássico no início do tratamento do HIV: a Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIRI). O paciente iniciou a terapia antirretroviral (TARV), obteve sucesso virológico (carga viral indetectável) e recuperação imunológica (elevação significativa do CD4). A reativação do herpes simples após 4 semanas de tratamento ocorre porque o sistema imune, ao recuperar sua funcionalidade, passa a reconhecer e combater patógenos que já estavam presentes no organismo de forma latente ou subclínica, gerando uma resposta inflamatória.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A suspensão da TARV não é indicada na SIRI leve ou moderada. Interromper o tratamento favorece o rebote da carga viral, a queda do CD4 e aumenta o risco de resistência do vírus aos medicamentos.

Alternativa b) Incorreta. Pelo mesmo motivo da anterior, a suspensão é contraproducente. O herpes deve ser tratado com antivirais específicos (como aciclovir), mas a base do tratamento do paciente (TARV) deve ser preservada.

Alternativa c) Incorreta. Não há evidência de falha terapêutica. O esquema atual está funcionando perfeitamente, conforme demonstrado pela carga viral indetectável. A SIRI é, na verdade, um sinal indireto de que a medicação está cumprindo seu papel de restaurar a imunidade.

Alternativa d) Correta. Na imensa maioria dos casos de SIRI, a conduta adequada é manter a TARV e tratar a infecção oportunista manifestada. Como o herpes simples não representa uma condição de risco iminente à vida, não há qualquer indicação de interromper ou modificar o esquema antirretroviral.

Alternativa e) Incorreta. O uso de corticosteroides (como a prednisona) na SIRI é reservado apenas para casos graves e com risco de morte ou sequelas graves, como em compressões neurológicas por linfonodomegalias ou em casos de piora respiratória acentuada na tuberculose. O herpes simples cutâneo-mucoso não justifica o uso de corticoterapia sistêmica.

Resumo: Diante de um paciente com sucesso virológico e imunológico que apresenta uma infecção oportunista (SIRI), a conduta padrão é manter a TARV e tratar a infecção oportunista de forma específica.

Questão 19

Análise do quadro clínico:

Estamos diante de uma paciente de 55 anos com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), apresentando Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) de 25%. Ela já está em otimização terapêutica máxima com a "quádrupla terapia" (Enalapril, Carvedilol, Espironolactona e Empagliflozina), além de diuréticos de alça e tiazídicos. Apesar disso, permanece sintomática (Classe Funcional III da NYHA). O eletrocardiograma revela ritmo sinusal com Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE) e QRS de 150 ms.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ivabradina é indicada para pacientes com ICFER (FEVE menor ou igual a 35%), em ritmo sinusal, que mantêm frequência cardíaca maior ou igual a 70 bpm a despeito da dose máxima tolerada de betabloqueador. Como a paciente apresenta frequência cardíaca de 60 bpm, a ivabradina está contraindicada.

b) Incorreta. A digoxina pode ser utilizada para redução de hospitalizações e controle de sintomas em pacientes que permanecem sintomáticos apesar do tratamento otimizado. No entanto, ela não é a prioridade neste caso, pois existe uma indicação de terapia que comprovadamente reduz a mortalidade e promove remodelamento cardíaco reverso: a ressincronização.

c) Incorreta. A associação de hidralazina e nitrato é indicada preferencialmente para pacientes autodeclarados negros que mantêm sintomas apesar do tratamento padrão, ou para pacientes que possuem contraindicação ao uso de IECA, BRA ou Sacubitril-Valsartana (como insuficiência renal avançada ou hiperpotassemia). Não é a melhor conduta para o perfil desta paciente.

d) Correta. A Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC) tem indicação Classe I, Nível de Evidência A para pacientes com: ICFER (FEVE menor ou igual a 35%), em ritmo sinusal, com tratamento clínico otimizado, que permanecem sintomáticos (NYHA II a IV) e possuem Bloqueio de Ramo Esquerdo com QRS maior ou igual a 150 ms. A paciente preenche todos esses critérios. A TRC ajuda a corrigir a dissincronia ventricular causada pelo BRE, melhorando a eficiência cardíaca, a fração de ejeção e reduzindo a mortalidade.

e) Incorreta. A clipagem percutânea da valva mitral (MitraClip) é considerada em casos selecionados de insuficiência mitral secundária importante que permanecem sintomáticos apesar do tratamento clínico. No entanto, em pacientes com indicação de ressincronização cardíaca, deve-se primeiro realizar a TRC e reavaliar o grau da insuficiência mitral após o remodelamento reverso, antes de indicar procedimentos

invasivos na valva.

Gabarito: Letra (d).

Questão 20

O quadro clínico de um homem jovem com dor torácica ventilatório-dependente (pleurítica) há apenas 6 horas, associado ao eletrocardiograma (ECG) apresentado, é o caso clássico de pericardite aguda.

Análise do ECG:

O traçado mostra um supradesnivelamento do segmento ST com morfologia côncava (para cima) e difuso, ou seja, presente em quase todas as derivações (I, II, III, aVF e de V2 a V6), o que não respeita um território de artéria coronária específica. Além disso, observa-se o sinal mais específico da pericardite: o infradesnivelamento do segmento PR (visível em DII, V5 e V6) e o supradesnivelamento do PR na derivação aVR.

Explicação das alternativas:

a) CORRETA. O tratamento padrão da pericardite aguda consiste no uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como o ibuprofeno ou a aspirina em doses altas, combinados à colchicina. A colchicina é recomendada por um período de 3 meses, pois sua adição ao tratamento de base aumenta a taxa de remissão e reduz significativamente o risco de recorrência (pericardite recorrente), que é a complicação mais comum.

b) INCORRETA. Os corticosteroides, como a prednisona, são considerados medicamentos de segunda linha. Eles devem ser evitados na fase inicial da pericardite idiopática ou viral, pois seu uso precoce está fortemente associado ao aumento das taxas de recorrência da doença. Devem ser reservados apenas para casos de falha terapêutica aos AINEs, contraindicações formais a eles ou se a causa for uma doença autoimune sistêmica.

c) INCORRETA. A biópsia miocárdica e o uso de imunossupressores são indicados para a miocardite de células gigantes. Essa é uma condição rara e extremamente grave que se manifesta com insuficiência cardíaca aguda grave, choque cardiogênico ou arritmias malignas, o que não corresponde ao quadro de dor pleurítica estável do paciente.

d) INCORRETA. Este esquema (AAS, clopidogrel, metoprolol e enoxaparina) é o tratamento medicamentoso para síndromes coronarianas agudas sem

supradesnivelamento do segmento ST. O ECG do paciente apresenta supra de ST, mas com características inflamatórias (pericardite) e não isquêmicas.

e) INCORRETA. Esta conduta seria indicada para o infarto agudo do miocárdio com supra de ST (IAMCSST). No infarto, o supra-ST é tipicamente regional (localizado em derivações que olham para a mesma parede do coração), tem morfologia convexa (para baixo) e apresenta imagem em espelho (infra-ST nas derivações opostas), o que é o oposto do que vemos neste ECG difuso e côncavo. Além disso, a dor do infarto costuma ser opressiva e não ventilatório-dependente.

Questão 21

Análise do quadro clínico: Trata-se de um paciente idoso, com comorbidades (etilismo e hipertensão), internado há seis dias. No segundo dia de internação, foi instalada uma sonda nasoenteral (SNE). No sexto dia, ele apresenta sinais sistêmicos de infecção (febre), insuficiência respiratória (taquipneia), alteração do sensório e achados radiológicos de infiltrado pulmonar. Como os sintomas surgiram após 48 horas da admissão hospitalar, o diagnóstico principal é de Pneumonia Nosocomial (ou Hospitalar).

Alternativa A (Correta): A presença de dispositivos invasivos, como a sonda nasoenteral, é um fator de risco clássico para pneumonia no ambiente hospitalar. A sonda predispõe à broncoaspiração por manter o esfíncter esofágico inferior entreaberto, facilitando o refluxo do conteúdo gástrico. Além disso, a presença da sonda altera a microbiota local e pode facilitar a translocação bacteriana e a colonização da orofaringe por patógenos hospitalares.

Alternativa B (Incorreta): A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é aquela que se manifesta fora do ambiente hospitalar ou nas primeiras 48 horas da admissão. Como o paciente já está internado há seis dias, o quadro é classificado como pneumonia nosocomial, independentemente de o paciente estar ou não em ventilação mecânica.

Alternativa C (Incorreta): A classificação de pneumonia nosocomial em precoce (geralmente até o 4º ou 5º dia) ou tardia (após o 5º dia) serve para prever o risco de agentes multidrogas-resistentes (MDR). Diferente do que afirma a alternativa, a pneumonia de início precoce costuma ter um melhor prognóstico, pois geralmente é causada por germes comunitários sensíveis a antibióticos comuns. As pneumonias de início tardio são as que possuem pior prognóstico devido à maior probabilidade de agentes resistentes.

Alternativa D (Incorreta): A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) é

definida como aquela que surge após 48 horas (e não 72 horas) da instituição da ventilação mecânica invasiva (intubação orotraqueal ou traqueostomia). Além disso, o paciente do caso clínico não estava em ventilação mecânica no momento do início dos sintomas.

Alternativa E (Incorreta): O uso de inibidores da bomba de prótons (IBP) é, na verdade, um fator de risco para o desenvolvimento de pneumonia hospitalar, e não um fator preventivo. Ao elevar o pH gástrico, o IBP permite a colonização do estômago por bactérias gram-negativas que, em situações de refluxo ou microaspiração (facilitadas pela sonda), podem atingir a árvore traqueobrônquica e causar infecção.

Questão 22

ANÁLISE DO CASO:

A paciente apresenta um quadro clássico de Crise Adrenal Aguda desencadeada por um estresse metabólico grave (perfuração de víscera oca e cirurgia de grande porte) em uma pessoa com supressão crônica do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). O uso de prednisona em dose de 10 mg/dia por dois anos é mais do que suficiente para causar atrofia funcional das glândulas adrenais. Quando o organismo é submetido a um estresse, ele necessita de níveis elevados de cortisol (cortisol de estresse), que a paciente não consegue produzir. O resultado é o choque circulatório refratário a volume e a vasopressores, hipoglicemia e alterações eletrolíticas.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A insuficiência adrenal da paciente é classificada como secundária, pois decorre da supressão do ACTH pelo uso crônico de corticoide exógeno, e não de uma lesão direta na glândula adrenal (que seria a primária ou doença de Addison). Na insuficiência secundária, a zona glomerulosa da adrenal costuma ser preservada por ser regulada pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona, e não pelo ACTH, tornando a reposição de mineralocorticoide geralmente desnecessária. Além disso, em vigência de choque, a via oral jamais deve ser a escolha inicial.

Alternativa b) Correta. O quadro descreve perfeitamente a insuficiência adrenal aguda secundária. A supressão prolongada do eixo HHA impede a resposta fisiológica ao estresse cirúrgico. A hidrocortisona intravenosa é o tratamento de escolha, pois possui ação glicocorticoide rápida e também algum efeito mineralocorticoide em doses elevadas, sendo fundamental para reverter a hipotensão e a hipoglicemia.

Alternativa c) Incorreta. O uso prévio de prednisona é o fator causal da insuficiência

adrenal neste cenário, e não um fator protetor. Doses acima de 5 mg a 7,5 mg de prednisona por mais de três semanas já impõem risco de supressão do eixo. Embora a sepse possa contribuir para a hipotensão, a refratariedade às drogas vasoativas e a presença de hipoglicemia direcionam o diagnóstico para a crise adrenal.

Alternativa d) Incorreta. A crise adrenal aguda é uma emergência médica com alta mortalidade. O tratamento deve ser instituído imediatamente com base na suspeita clínica, antes mesmo de qualquer confirmação laboratorial ou teste de estimulação com ACTH. Retardar a terapia para realizar testes diagnósticos pode ser fatal para o paciente.

Alternativa e) Incorreta. Na insuficiência adrenal secundária (como a causada por corticoides), os níveis de potássio são tipicamente normais. Isso ocorre porque a produção de aldosterona (responsável pela excreção de potássio) é controlada principalmente pelo sistema renina-angiotensina e não depende do ACTH hipofisário. Portanto, o potássio normal não afasta o diagnóstico; ao contrário, ele ajuda a diferenciar a insuficiência adrenal secundária da primária (onde a hipercalemia é comum). Além disso, a insuficiência secundária é, por definição, uma forma de insuficiência do eixo que envolve a unidade pituitária-adrenal.

Questão 23

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico descreve um paciente idoso com sinais de alerta (red flags) clássicos para neoplasia colorretal: perda ponderal, alteração do hábito intestinal e hematoquezia (sangue vivo nas fezes). A questão exige conhecimentos epidemiológicos sobre incidência e mortalidade das principais neoplasias malignas.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Globalmente, o câncer de próstata e o câncer de pulmão apresentam incidência superior ao câncer colorretal no sexo masculino. Segundo dados do INCA (Brasil) e da base GLOBOCAN (OMS), o câncer colorretal geralmente ocupa a segunda ou terceira posição em incidência, dependendo da região, mas não supera o de próstata em termos globais e nacionais no Brasil.

Alternativa b) Incorreta. A principal causa de morte por câncer entre homens no mundo é o câncer de pulmão. Apesar de o câncer de próstata ser muito incidente, ele possui uma letalidade menor em comparação ao de pulmão, que frequentemente é diagnosticado em estágios avançados e possui biologia mais agressiva.

Alternativa c) Correta. O câncer colorretal possui uma incidência elevada na população geral, sendo um dos tumores mais comuns. No entanto, quando comparado ao câncer de pulmão, sua letalidade é consideravelmente menor. O câncer de pulmão apresenta uma das menores taxas de sobrevida em cinco anos entre as grandes neoplasias, enquanto o câncer colorretal, especialmente se detectado precocemente por rastreamento, possui altas taxas de cura e controle.

Alternativa d) Incorreta. O câncer de pâncreas é uma das neoplasias mais letais que existem. Em números relativos (taxa de letalidade ou relação mortalidade/incidência), o câncer de pâncreas é muito mais mortal que o colorretal. Quase a totalidade dos pacientes diagnosticados com câncer de pâncreas evolui para óbito em curto prazo, enquanto o câncer colorretal permite sobrevida prolongada em grande parte dos casos.

Alternativa e) Incorreta. Embora a perda de peso seja comum a ambos, a presença de sangue vivo nas fezes (hematoquezia) e a alteração do hábito intestinal (diarreia e constipação) são sintomas altamente sugestivos de tumores do trato digestivo baixo (cólon e reto). O câncer gástrico costuma se manifestar com dor epigástrica, saciedade precoce e, em caso de sangramento, apresenta-se mais comumente como melena (sangue digerido, escuro e com odor fétido).

Questão 24

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um paciente com Hemorragia Digestiva Alta (HDA) grave, evidenciada por hematêmese volumosa, instabilidade hemodinâmica (PA 90 x 50 mmHg e FC 118 bpm) e anemia aguda (Hb 7,8 g/dL). O manejo inicial com estabilização volêmica e inibidor de bomba de prótons (omeprazol) foi correto. O achado endoscópico de uma úlcera duodenal em parede posterior com vaso visível (classificação Forrest IIa) é um ponto crítico, pois essa localização é próxima à artéria gastroduodenal, aumentando o risco de sangramentos maciços.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A lesão Forrest IIa define a presença de um vaso visível não sangrante. Diferentemente do que afirma a alternativa, ela é considerada uma lesão de alto risco, com taxas de ressangramento espontâneo que podem chegar a 43% caso não seja tratada por endoscopia. As lesões de baixo risco são Forrest IIc (base pigmentada) e Forrest III (base clara).

Alternativa b) Correta. Lesões classificadas como Forrest Ia (sangramento em jato), Ib

(sangramento em porejamento) e IIa (vaso visível) são de alto risco e exigem obrigatoriamente terapia endoscópica. Além disso, a técnica utilizada (terapia combinada com adrenalina e clipe) é a recomendada pelas diretrizes, pois a associação de dois métodos é superior à monoterapia com adrenalina para reduzir o ressangramento e a necessidade de cirurgia.

Alternativa c) Incorreta. Embora a endoscopia deva ser realizada precocemente, as diretrizes da ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) e da ACG (American College of Gastroenterology) recomendam que o exame ocorra em até 24 horas após a admissão, após a estabilização hemodinâmica do paciente. Não há uma regra rígida de 4 horas para casos de hematêmese; o tempo de 24 horas foi respeitado no caso clínico.

Alternativa d) Incorreta. A conduta não foi excessiva. A injeção de adrenalina isolada (monoterapia) é considerada insuficiente para lesões de alto risco como a Forrest IIa, pois promove apenas vasoconstrição temporária. O uso do clipe hemostático (método mecânico) associado é fundamental para garantir a oclusão definitiva do vaso.

Alternativa e) Incorreta. A realização de uma nova endoscopia de rotina (chamada de second look) após 12 ou 24 horas não é recomendada de forma sistemática pelas diretrizes atuais. O novo exame deve ser indicado apenas se o paciente apresentar sinais clínicos de ressangramento, como nova queda de hemoglobina, hematêmese ou instabilidade após o sucesso inicial do procedimento.

Questão 25

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um paciente com Hemorragia Digestiva Alta (HDA) grave decorrente de uma úlcera duodenal com sangramento ativo (Classificação de Forrest Ia). Apesar da tentativa inicial de tratamento endoscópico com cliques e da estabilização hemodinâmica prévia, o paciente evoluiu com falha terapêutica. Os sinais de alerta são: necessidade de transfusão maciça (8 bolsas de concentrado de hemácias em 48 horas), manutenção da instabilidade hemodinâmica (PA 90x70 mmHg e taquicardia) e uma segunda endoscopia inconclusiva que confirmou a presença de sangue no duodeno.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A indicação cirúrgica na úlcera péptica baseia-se em critérios de gravidade e falha das medidas conservadoras/endoscópicas. As principais indicações são:

1. Choque refratário ou instabilidade hemodinâmica persistente apesar da

reanimação vigorosa.

2. Falha no controle endoscópico após duas tentativas (no caso, a primeira falhou e a segunda foi inconclusiva devido ao volume de sangue).
3. Sangramento persistente que requer transfusão de mais de 3 a 4 unidades de concentrado de hemácias por dia para manter a estabilidade.
4. Sangramento maciço com risco imediato de vida.

O paciente em questão preenche critérios de refratariedade e necessidade transfusional elevada, o que torna a intervenção cirúrgica (ou eventualmente radiologia intervencionista, se disponível) a conduta definitiva.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): Manter a observação clínica seria um erro grave. Embora a melena possa persistir por alguns dias, a queda da hemoglobina, a necessidade de 8 bolsas de sangue e a instabilidade hemodinâmica (PA 90x70 mmHg) comprovam que o sangramento não é residual, mas sim ativo e grave.

Alternativa (c): Uma nova tentativa endoscópica em 24 horas retardaria o tratamento definitivo em um paciente já instável. As diretrizes sugerem que, após a falha da segunda endoscopia (que já foi realizada e foi inconclusiva), deve-se partir para cirurgia ou angiografia com embolização.

Alternativa (d): A cápsula endoscópica é indicada para investigação de hemorragia digestiva de origem obscura (sangramento de intestino delgado) quando a endoscopia e a colonoscopia são normais. No caso, já sabemos que a fonte é uma úlcera duodenal identificada na primeira endoscopia.

Alternativa (e): A cintilografia com hemácias marcadas serve para localizar o sítio de sangramento em casos de hemorragia digestiva ativa onde os exames iniciais não identificaram o foco. No paciente em questão, o foco é conhecido (duodeno) e o quadro exige tratamento imediato, não apenas diagnóstico de localização.

RESUMO DA CONDUTA:

Diante de uma HDA por úlcera péptica com instabilidade hemodinâmica e falha de duas tentativas de controle endoscópico (ou necessidade transfusional > 3U/dia), a indicação de tratamento cirúrgico de urgência é a conduta preconizada para controle do foco hemorrágico.

Questão 26

O quadro clínico descrito — hematêmese após episódios repetidos de vômitos vigorosos, com endoscopia revelando uma laceração linear na transição esofagogástrica — é clássico da Síndrome de Mallory-Weiss. Esta condição consiste em uma laceração longitudinal da mucosa que ocorre devido ao aumento súbito da pressão intra-abdominal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A localização mais comum das lacerações de Mallory-Weiss é na pequena curvatura gástrica, logo abaixo da junção esofagogástrica, e não na grande curvatura. Em alguns casos, a lesão pode se estender para o esôfago distal.

Alternativa b) Incorreta. O sangramento na Síndrome de Mallory-Weiss é, em sua grande maioria, autolimitado. A taxa de ressangramento é baixa, variando entre 5% e 10%. A abordagem cirúrgica é raramente necessária, sendo reservada apenas para casos graves em que o tratamento endoscópico e a radiologia intervencionista falharam em controlar a hemorragia.

Alternativa c) Incorreta. A primeira linha de tratamento para pacientes com sangramento ativo ou sinais de risco na endoscopia é a terapia endoscópica (como injeção de adrenalina, eletrocoagulação térmica ou uso de hemoclipes). A embolização angiográfica é considerada uma terapia de resgate quando a endoscopia não obtém sucesso.

Alternativa d) Incorreta. A realização de biópsias não é recomendada no quadro agudo de Mallory-Weiss. O diagnóstico é eminentemente clínico e visual pela endoscopia. Além de desnecessária para o diagnóstico da laceração, a biópsia em uma área de lesão aguda pode aumentar o risco de sangramento e não há suspeita de neoplasia em uma lesão com características traumáticas claras após vômitos.

Alternativa e) Correta. Esta é a característica principal da síndrome. Em cerca de 80% a 90% dos pacientes, o sangramento para espontaneamente com o manejo conservador, que inclui repouso gástrico, antieméticos e inibidores de bomba de prótons. As lacerações costumam cicatrizar rapidamente, geralmente dentro de 48 a 72 horas.

Questão 27

O caso clínico apresenta um paciente com quadro de obstrução intestinal tardia (2 anos após a cirurgia), submetido previamente a um Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR) por via laparoscópica. Os sintomas de dor abdominal intensa, vômitos biliosos recorrentes e parada de eliminação de gases e fezes, associados aos achados radiológicos de dilatação de alças do delgado, confirmam a síndrome obstrutiva.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Embora hérnias incisionais possam ocorrer em qualquer cirurgia abdominal, sua incidência é significativamente menor no acesso laparoscópico em comparação à via aberta. Em pacientes pós-BGYR laparoscópico, a principal causa de obstrução intestinal não são as hérnias incisionais, mas sim as hérnias internas, que ocorrem através de espaços criados pela nova anatomia (como o espaço de Petersen ou o defeito no mesentério da anastomose enteroentérica).

Alternativa B (Incorreta): O tratamento conservador (jejum, hidratação e sonda nasogástrica) é insuficiente e perigoso neste cenário. A sonda nasogástrica posicionada no "pouch" gástrico (pequeno estômago funcional) não consegue descomprimir o estômago excluído nem a alça biliopancreática. Se a obstrução for distal à anastomose entre as alças do delgado, essas estruturas continuarão a acumular secreções sem ter para onde drenar, aumentando o risco de complicações graves.

Alternativa C (Incorreta): As bridas (aderências) são causas comuns de obstrução, mas as hérnias internas são frequentes e extremamente perigosas no pós-operatório de bypass gástrico. Ao contrário do que afirma a alternativa, o risco de estrangulamento (isquemia) da alça herniada é alto e pode evoluir para necrose intestinal em poucas horas se não houver intervenção.

Alternativa D (Correta): Esta é a alternativa que descreve a gravidade fisiopatológica do caso. Em uma obstrução intestinal distal à anastomose enteroentérica, cria-se um mecanismo de alça fechada envolvendo a alça biliopancreática e o estômago excluído. Como o estômago excluído continua produzindo suco gástrico e recebe bile e secreção pancreática, a pressão interna aumenta rapidamente. Como não há via de descompressão (o vômito não esvazia o estômago excluído), existe um risco iminente de isquemia, necrose e rotura da linha de grampeamento gástrico, o que exige abordagem cirúrgica de urgência.

Alternativa E (Incorreta): A radiografia de abdome é um exame inicial útil, mas apresenta baixa sensibilidade e especificidade para identificar a causa exata da obstrução no paciente bariátrico. O exame padrão-ouro para o diagnóstico de

complicações obstrutivas e hérnias internas nesta população é a tomografia computadorizada de abdome com contraste, que pode revelar sinais específicos como o "sinal do redemoinho" (whirl sign) no mesentério.

Questão 28

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de gastroparesia diabética, uma complicação crônica do diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Os principais pontos que sustentam esse diagnóstico são: longo tempo de doença (15 anos), controle glicêmico inadequado, sintomas de atraso no esvaziamento gástrico (plenitude, náuseas e vômitos de alimentos ingeridos há horas) e a presença de resíduos alimentares na endoscopia digestiva alta sem que haja uma obstrução mecânica (estenose ou tumor).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O fator metabólico central é a hiperglicemia crônica, e não a hipoglicemia. A hiperglicemia mantida leva ao estresse oxidativo e a danos neuronais. Vale lembrar que a hipoglicemia pode ser uma consequência da gastroparesia (pelo descompasso entre a ação da insulina e a absorção retardada dos alimentos), mas não a sua causa.

Alternativa b) Incorreta. A metoclopramida é um dos principais medicamentos pró-cinéticos utilizados no tratamento da gastroparesia. Ela atua como antagonista dos receptores dopaminérgicos D2 e também possui ação colinérgica e serotoninérgica (5-HT4), auxiliando no esvaziamento gástrico e no controle dos vômitos. Seu uso deve ser monitorado devido ao risco de efeitos extrapiramidais, mas ela não piora a distensão.

Alternativa c) Incorreta. As medidas dietéticas para pacientes com gastroparesia consistem em refeições pequenas, fracionadas e, crucialmente, pobres em fibras e gorduras. As fibras e as gorduras retardam naturalmente o esvaziamento gástrico, o que agravaria os sintomas de plenitude e vômitos nesta paciente.

Alternativa d) Correta. A gastroparesia é uma forma de neuropatia autonômica. A hiperglicemia prolongada causa lesão nas fibras do nervo vago e também nas células intersticiais de Cajal (responsáveis pelo ritmo elétrico do estômago). Sem a sinalização adequada do vago, o estômago perde a capacidade de coordenar a motilidade antral e o relaxamento pilórico, resultando no quadro clínico descrito.

Alternativa e) Incorreta. O tratamento cirúrgico é a última opção e reservado apenas

para casos severos e refratários ao tratamento clínico e nutricional. A gastrojejunostomia não é a cirurgia de escolha; atualmente, preferem-se procedimentos menos invasivos, como a piloroplastia (que pode ser feita por via endoscópica — G-POEM) ou a instalação de estimulador elétrico gástrico. A cirurgia de derivação gástrica pode ser considerada em casos de obesidade associada, mas não é a conduta padrão descrita.

Questão 29

O manejo da profilaxia para úlcera de estresse em ambiente de Terapia Intensiva fundamenta-se na identificação de pacientes com alto risco de sangramento gastrointestinal clinicamente significativo. Os critérios clássicos para iniciar a profilaxia medicamentosa, baseados em diretrizes como as da Surviving Sepsis Campaign e estudos de referência, incluem dois fatores de risco independentes principais:

1. Ventilação mecânica por tempo superior a 48 horas.
2. Coagulopatia (geralmente definida como INR superior a 1,5, TTPa superior a 2 vezes o controle ou plaquetopenia inferior a 50.000/mm³).

No caso apresentado, o paciente possui 45 anos e preenche ambos os critérios principais: está em ventilação mecânica há 3 dias (72 horas) e apresenta coagulopatia (INR de 2,2 e plaquetas de 58.000/mm³). Além disso, o quadro de choque séptico prévio reforça o risco.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A profilaxia está indicada. Embora o uso de IBP possa estar associado a um risco aumentado de pneumonia nosocomial e infecção por *Clostridioides difficile**, o benefício na prevenção de hemorragia digestiva grave em pacientes com fatores de risco maiores (como ventilação mecânica prolongada) supera esses riscos.

Alternativa b) Incorreta. A nutrição enteral não aumenta o risco de úlceras de estresse. Na verdade, a alimentação enteral precoce é considerada um fator protetor, pois ajuda a manter a integridade da barreira mucosa gástrica e melhora o fluxo sanguíneo esplâncnico.

Alternativa c) Correta. A indicação de profilaxia é mandatória neste cenário devido à presença concomitante de ventilação mecânica por mais de 48 horas e distúrbios de coagulação, que são os maiores preditores de sangramento por estresse.

Alternativa d) Incorreta. A idade jovem não protege o paciente contra úlceras de estresse em vigência de doença crítica grave. A ventilação mecânica é reconhecidamente um dos principais fatores que aumentam o risco dessas úlceras devido a alterações na perfusão da mucosa gástrica.

Alternativa e) Incorreta. Atualmente, os Inibidores da Bomba de Prótons (IBP) são considerados superiores aos antagonistas dos receptores H₂ (como a ranitidina) na redução das taxas de sangramento gastrointestinal clinicamente importante, conforme demonstrado em diversas meta-análises de pacientes críticos.

Questão 30

Para resolver essa questão, devemos analisar o quadro clínico do paciente em conjunto com sua faixa etária e fatores de risco. O paciente tem 70 anos e apresenta sinais de alerta (*red flags*) clássicos para neoplasia colorretal: alteração do hábito intestinal, perda ponderal inexplicada (5 kg) e astenia (que sugere anemia ferropriva por sangramento oculto).

A queixa de constipação alternada com evacuações líquidas é característica do chamado "falso quadro diarreico" ou diarreia paradoxal. Isso ocorre quando uma massa tumoral obstrui parcialmente o lúmen intestinal; apenas o conteúdo fecal líquido consegue ultrapassar a barreira, enquanto as fezes sólidas ficam retidas. A sensação de urgência evacuatória sem sucesso (tenesmo) e a dor hipogástrica reforçam a localização da lesão na porção distal do cólon ou na transição retossigmoidiana.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A colite pseudomembranosa é causada pela toxina da bactéria *Clostridioides difficile*, geralmente após o uso prévio de antibióticos. Apresenta-se como um quadro agudo de diarreia profusa, febre e dor abdominal, o que diverge da evolução crônica de 4 meses e do caráter consumptivo deste paciente.

b) Incorreta. A doença diverticular não complicada costuma ser assintomática ou cursar com dor abdominal crônica no flanco esquerdo, mas não justifica a perda de peso significativa, a astenia e a alteração persistente do hábito intestinal com características obstrutivas.

c) Incorreta. A retocolite ulcerativa (RCU) manifesta-se tipicamente com diarreia sanguinolenta, muco e fezes com pus. Embora possa causar tenesmo, o diagnóstico de adenocarcinoma é muito mais provável em um paciente de 70 anos com perda de peso e sem histórico prévio de doença inflamatória.

d) Correta. O adenocarcinoma do cólon esquerdo e da transição retossigmoidiana é a principal hipótese para um idoso com alteração do hábito intestinal e perda ponderal. O tumor tende a ser infiltrativo e estenosante (formato em "anel de guardanapo"), explicando a dor tipo cólica, o empachamento e a diarreia paradoxal descritos.

e) Incorreta. A retopatia actínica é uma complicação da radioterapia pélvica (usada no tratamento do câncer de próstata deste paciente). Contudo, suas manifestações principais são a hematoquezia (sangramento retal vivo) e o tenesmo por inflamação da mucosa. Ela não costuma causar perda ponderal de 5 kg nem astenia acentuada, que são marcadores de malignidade.

Questão 31

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de hemorroidas internas. O ponto fundamental para a escolha do tratamento é a classificação do grau de prolapso:

1. Grau I: Sangramento, mas sem prolapso.
2. Grau II: Prolapso com o esforço evacuatório, mas com redução espontânea (caso do paciente).
3. Grau III: Prolapso que exige redução manual para retornar ao canal anal.
4. Grau IV: Prolapso persistente, não passível de redução manual.

Para o tratamento de hemorroidas internas de grau II, a conduta inicial após falha das medidas comportamentais ou como medida definitiva ambulatorial é a realização de procedimentos minimamente invasivos em consultório.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A hemorroidectomia convencional (técnicas de Milligan-Morgan ou Ferguson) é considerada o padrão-ouro para hemorroidas de graus III e IV, ou para casos de graus inferiores que não responderam ao tratamento ambulatorial. Por ser um procedimento cirúrgico mais invasivo e com pós-operatório doloroso, não é a primeira escolha para o grau II.

b) Incorreta. A escleroterapia química consiste na injeção de agentes esclerosantes na submucosa. Embora possa ser utilizada em graus I e II, apresenta taxas de recorrência maiores e resultados menos consistentes do que a ligadura elástica, sendo geralmente reservada para pacientes com distúrbios de coagulação onde a ligadura é contraindicada.

c) Correta. A ligadura elástica é o tratamento de escolha (padrão-ouro) para hemorroidas internas de grau II e pode ser aplicada também no grau III. É um procedimento realizado em consultório, sem necessidade de anestesia geral, com baixos índices de complicações e excelente eficácia na resolução do prolapso e do sangramento.

d) Incorreta. O PPH (grampeamento) é uma técnica cirúrgica indicada principalmente para hemorroidas de grau III e alguns casos de grau IV com componente circular. Assim como a hemorroidectomia, é um procedimento de maior porte, realizado em ambiente hospitalar, sendo excessivo para um quadro de grau II inicial.

e) Incorreta. A terapia medicamentosa e a modificação do estilo de vida (dieta rica em fibras e hidratação) são a base do tratamento para todos os pacientes, especialmente no grau I. No entanto, para um paciente que já apresenta prolapso (grau II) e busca um tratamento definitivo para cessar os sintomas, os procedimentos ambulatoriais como a ligadura elástica são as condutas mais resolutivas.

Questão 32

O diagnóstico principal é cisto pilonidal (ou doença pilonidal), especificamente em sua fase aguda de abscesso/infecção. O caso clínico apresenta a descrição clássica desta patologia: um homem jovem, com fatores de risco importantes (hirsutismo — excesso de pelos — e obesidade), apresentando uma lesão inflamatória na linha média da região sacrococcígea (sulco interglúteo).

A doença pilonidal ocorre devido à penetração de pelos no tecido subcutâneo, gerando uma reação inflamatória de corpo estranho que pode infectar, formando abscessos e fístulas com orifícios cutâneos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A fístula anorretal crônica tem sua origem geralmente em glândulas do canal anal (criptoglandular), e o orifício externo costuma se localizar na região perianal, e não especificamente na região sacrococcígea superior. Além disso, a fístula anorretal costuma ter relação com histórico prévio de abscesso perianal.

b) Incorreta. O cisto dermoide é uma malformação congênita que pode ocorrer na linha média, mas é uma condição muito menos comum que a doença pilonidal e raramente apresenta esse quadro de drenagem purulenta intermitente e recidivante associada a fatores como hirsutismo e obesidade no adulto jovem.

c) Incorreta. O abscesso isquiorretal é uma infecção profunda do espaço isquiorretal (lateral ao reto e ânus). Ele causa dor intensa e abaulamento na região glútea ou perianal lateral, e não na linha média sobre o cóccix. O exame retal costuma ser muito doloroso nesses casos.

d) Incorreta. A hidradenite supurativa é uma doença inflamatória crônica das glândulas apócrinas. Embora possa ocorrer na região perianal e inguinal, ela se manifesta habitualmente com múltiplos nódulos, abscessos recorrentes e cicatrizes em áreas de dobras, raramente limitando-se a um único orifício na linha média sacrococcígea.

e) Correta. O quadro clínico é soberano para cisto pilonidal infectado. A localização (região sacrococcígea/interglútea), o perfil do paciente (jovem, obeso e hirsuto) e a presença de orifícios com drenagem de secreção fétida são patognomônicos. O fato de ser recorrente ("episódios semelhantes nos últimos meses") reforça o diagnóstico de cronicidade da doença pilonidal com agudizações infecciosas.

Questão 33

DIAGNÓSTICO E CONDUTA NO CONDILOMA ACUMINADO (HPV)

O quadro clínico descrito, com lesões papilomatosas, exofíticas e com aspecto de couve-flor na região perianal, vulvar e com extensão para o canal anal, é patognomônico de Condiloma Acuminado, causado pela infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). A estratégia terapêutica deve considerar a extensão das lesões e a localização (externa e interna).

Alternativa a: Incorreta. A podofilina é um agente citotóxico indicado apenas para lesões externas e pequenas. Seu uso é estritamente proibido em superfícies mucosas, como o canal anal e a vagina, devido ao alto risco de absorção sistêmica e toxicidade grave (incluindo toxicidade neurológica e hematológica).

Alternativa b: Incorreta. Em lesões clássicas de condiloma, a biópsia rotineira não é obrigatória, sendo reservada para casos de dúvida diagnóstica, lesões atípicas ou suspeita de transformação maligna. Além disso, o rastreio deve ser amplo para diversas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), e não limitado apenas à hepatite B.

Alternativa c: Incorreta. Embora o laser seja uma opção de tratamento, a vacinação contra o HPV é uma medida de prevenção primária. Embora possa ser recomendada para prevenir novas infecções por outros tipos de HPV contidos na vacina, ela não é o tratamento para as lesões já existentes e extensas apresentadas pela paciente.

Alternativa d: Incorreta. A excisão cirúrgica com margens ampliadas é uma técnica utilizada para o tratamento de neoplasias malignas (câncer anal), e não para condilomas benignos. A terapia antirretroviral é o tratamento para o HIV e só deve ser prescrita se a paciente tiver o diagnóstico confirmado por exames laboratoriais.

Alternativa e: Correta. O ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% é um agente ceratolítico que pode ser aplicado tanto em pele quanto em mucosas, sendo útil para as lesões menores. Para lesões extensas e com acometimento do canal anal (como visto na anoscopia), a eletrocoagulação (ou fulguração) sob sedação em ambiente cirúrgico é a conduta mais adequada, pois garante a remoção completa das lesões com maior conforto e segurança para a paciente. Além disso, diante de uma IST em paciente com múltiplos parceiros e coito desprotegido, é obrigatória a solicitação de sorologias para HIV, sífilis e hepatites, além da convocação e tratamento dos parceiros sexuais.

Questão 34

Alternativa a) Incorreta. Uma característica fundamental do sistema porta hepático é a ausência de válvulas em seu interior. Por ser um sistema desprovido de válvulas, qualquer aumento na pressão venosa (hipertensão portal) é transmitido de forma retrógrada para os territórios esplênico e mesentérico, o que explica a formação de varizes e o surgimento de esplenomegalia em pacientes com hepatopatias crônicas.

Alternativa b) Incorreta. A alternativa descreve o término da veia porta, e não sua formação. A veia porta termina no hilo hepático, onde ela efetivamente se divide nos ramos portais direito e esquerdo para penetrar no fígado. Sua formação ocorre fora do fígado, em uma topografia mais inferior.

Alternativa c) Incorreta. A veia porta é o principal vaso em termos de volume sanguíneo para o fígado, sendo responsável por aproximadamente 75% a 80% do fluxo sanguíneo hepático total. A artéria hepática contribui com os 20% a 25% restantes. É importante notar que, apesar de fornecer menos volume, a artéria hepática é responsável por cerca de 50% da oferta de oxigênio ao órgão.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve precisamente a anatomia cirúrgica do sistema porta. A veia porta hepática é formada pela confluência da veia mesentérica superior com a veia esplênica (que frequentemente já recebeu a veia mesentérica inferior). Esse encontro ocorre na transição entre a cabeça e o corpo do pâncreas, especificamente atrás do colo pancreático, na altura da segunda vértebra lombar (L2).

Alternativa e) Incorreta. O ramo portal esquerdo é responsável pela irrigação dos segmentos II, III e IV (além de emitir ramos para o segmento I). Os segmentos citados na alternativa (V, VI, VII e VIII) compõem o lobo direito funcional do fígado e são irrigados pelo ramo portal direito. O segmento I (lobo caudado) possui a peculiaridade de receber suprimento sanguíneo de ambos os ramos portais (direito e esquerdo).

Questão 35

O caso clínico apresenta um paciente com hemorragia digestiva alta varicosa grave, evoluindo com choque hemorrágico e refratariedade às medidas iniciais (estabilização hemodinâmica e terlipressina). Diante da instabilidade, a passagem do balão de Sengstaken-Blakemore é indicada como uma "terapia de ponte". Abaixo, a análise detalhada das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O sangramento ativo volumoso é justamente a principal indicação para o uso do balão. Ele é uma medida de resgate para estabilizar o paciente até que o tratamento definitivo (endoscopia ou TIPS) possa ser realizado. Embora seja mais eficaz para varizes esofágicas, o componente gástrico do balão também auxilia no controle de varizes de fundo gástrico.

Alternativa b) Correta. O tamponamento mecânico com o balão de Sengstaken-Blakemore é extremamente eficaz para a hemostasia temporária, alcançando o controle do sangramento em 80% a 90% dos casos. Contudo, devido ao risco de isquemia tecidual por pressão, o tempo de insuflação deve ser controlado (idealmente não ultrapassando 24 horas) para prevenir a necrose esofágica e outras complicações graves.

Alternativa c) Incorreta. O balão é, de fato, um método temporário. Entretanto, ele não está indicado "somente" na falha da endoscopia. Em situações de sangramento maciço e exsanguinante em que não há estabilidade hemodinâmica mínima para realizar o exame endoscópico de forma segura, o balão pode ser passado antes mesmo da tentativa de endoscopia. Além disso, o prazo recomendado para a endoscopia digestiva alta em casos de varizes é de até 12 horas da admissão, e não necessariamente 2 horas.

Alternativa d) Incorreta. O balão de Sengstaken-Blakemore possui um lúmen específico para aspiração gástrica. Isso permite a drenagem do conteúdo hemático do estômago, o que ajuda a monitorar se o sangramento foi interrompido e facilita a visualização em uma endoscopia subsequente, além de reduzir o risco de broncoaspiração em pacientes não intubados (embora este paciente já esteja em via aérea definitiva).

Alternativa e) Incorreta. A passagem do balão é um procedimento de alta complexidade e risco, devendo ser realizada por médicos treinados. As complicações podem ser fatais, como a ruptura esofágica ou o deslocamento do balão para a orofaringe, causando obstrução da via aérea. A retirada deve ser feita preferencialmente com uma equipe de endoscopia ou cirurgia de prontidão, dado o alto risco de ressangramento imediato após a desinsuflação.

Questão 36

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é clássico de colecistite aguda litiásica. A paciente apresenta fatores de risco (mulher, 48 anos, obesa), história prévia de cólica biliar (dor após refeições gordurosas) e uma evolução atual de dor contínua há mais de 6 horas, acompanhada de febre e leucocitose com desvio à esquerda. Os achados ultrassonográficos confirmam o diagnóstico: vesícula distendida, paredes espessadas, líquido perivesicular e cálculo impactado no infundíbulo, com as vias biliares extra-hepáticas (colédoco) de calibre preservado.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A dor da cólica biliar simples (obstrução transitória) costuma durar menos de 6 horas e não cursa com febre ou leucocitose. O quadro de 12 horas de dor contínua, associado a sinais inflamatórios e achados ultrassonográficos de espessamento da parede, indica um processo inflamatório estabelecido (colecistite), e não apenas uma obstrução transitória.

Alternativa B (Incorreta): A fisiopatologia da colecistite aguda litiásica inicia-se pela obstrução mecânica do ducto cístico ou do infundíbulo por um cálculo. Isso gera estase biliar, aumento da pressão intraluminal e isquemia da mucosa, desencadeando uma inflamação química inicial. A infecção bacteriana (via ascendente ou translocação) é, na maioria das vezes, um evento secundário ao processo obstrutivo e inflamatório, e não a causa primária.

Alternativa C (Incorreta): Embora a ultrassonografia descreva "discreta quantidade de líquido perivesicular", este é um achado comum na inflamação da vesícula. A perfuração geralmente se manifesta com sinais de peritonite difusa ou abscesso volumoso localizado, o que tornaria o quadro muito mais grave. Além disso, a conduta preferencial na colecistite aguda, mesmo quando há complicações iniciais, tem migrado para a via videolaparoscópica em centros com expertise, e não obrigatoriamente para a laparotomia aberta de imediato.

Alternativa D (Incorreta): O quadro é nitidamente agudo e inflamatório, compatível com doença calculosa biliar. O colangiocarcinoma é uma neoplasia das vias biliares que costuma cursar com icterícia obstrutiva progressiva, perda de peso e colestase, o que não condiz com a apresentação de dor aguda, febre e vesícula com cálculos descrita.

Alternativa E (Correta): O diagnóstico é de colecistite aguda litiásica. De acordo com as diretrizes atuais (como o Guia de Tóquio - TG18), o tratamento padrão-ouro é a colecistectomia videolaparoscópica precoce (idealmente realizada em até 72 horas do início dos sintomas). Estudos demonstram que a cirurgia precoce por vídeo reduz o tempo de internação e os custos, apresentando taxas de morbimortalidade semelhantes às da cirurgia aberta, desde que respeitadas as condições clínicas do paciente e a técnica cirúrgica.

Questão 37

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente com história de etilismo crônico apresentando a tríade clássica da pancreatite crônica: dor abdominal recorrente, insuficiência exócrina e insuficiência endócrina.

1. Dor abdominal: epigastralgia com irradiação para o dorso, tipicamente pós-prandial.
2. Insuficiência Exócrina: caracterizada pela esteatorreia (fezes gordurosas, malcheirosas e que boiam) e perda de peso decorrente da má absorção. A deficiência de vitamina D (lipossolúvel) reforça o quadro disabsortivo.
3. Insuficiência Endócrina: evidenciada pela glicemia de jejum alterada (152 mg/dL), indicando diabetes mellitus secundário à destruição do parênquima pancreático (tipo 3c).
4. Achados de Imagem: o ultrassom revela sinais patognomônicos de pancreatite crônica: redução das dimensões do órgão (atrofia), calcificações parenquimatosas e dilatação ductal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O quadro não é de inflamação aguda das células acinares (pancreatite aguda), mas sim de um processo fibrótico e degenerativo crônico. O jejum e a hidratação vigorosa são pilares do tratamento da fase aguda, enquanto na pancreatite crônica, o foco é o controle da dor e a reposição de funções perdidas.

Alternativa B (Incorreta): A esteatorreia é sinal de insuficiência exócrina (perda da produção de enzimas digestivas, como a lipase), e não endócrina. A função endócrina está relacionada à produção de insulina e glucagon. O tratamento inicial da esteatorreia é a reposição de enzimas pancreáticas por via oral, e não a insulinoaterapia.

Alternativa C (Correta): A pancreatite crônica é uma doença progressiva e irreversível. O paciente já apresenta sinais claros de insuficiência exócrina (esteatorreia/emagrecimento) e endócrina (hiperglicemia). O manejo envolve suporte nutricional, cessação do etilismo e tabagismo, além da reposição enzimática para auxiliar na digestão e no controle dos sintomas.

Alternativa D (Incorreta): O quadro algico é extremamente característico de acometimento pancreático (dor em barra com irradiação para o dorso). A ausência de icterícia (bilirrubinas normais) apenas indica que não há obstrução do ducto colédoco no momento, mas não exclui a origem pancreática da dor ou da doença.

Alternativa E (Incorreta): Embora a perda de peso e a idade possam levantar suspeita de neoplasia, as calcificações pancreáticas esparsas e o histórico de etilismo de longa data são muito mais sugestivos de pancreatite crônica calcificante. Além disso, a CPRE não é o exame de escolha inicial para diagnóstico de tumor de cabeça de pâncreas nem para biópsia rotineira, sendo preferível a ecoendoscopia com punção nesses casos.

Questão 38

Para resolver essa questão, o primeiro passo é classificar o líquido pleural utilizando os Critérios de Light. De acordo com esses critérios, um líquido é definido como exsudato se apresentar pelo menos um dos seguintes parâmetros: relação proteína pleural/sérica maior que 0,5; relação DHL pleural/sérica maior que 0,6; ou DHL pleural acima de dois terços do limite superior do soro. No caso apresentado, a relação de proteína é 0,2 e a de DHL é 0,4, ambas abaixo dos pontos de corte, o que classifica o líquido categoricamente como transudato.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Os valores de proteína (0,2) e DHL (0,4) são baixos, o que caracteriza o líquido como transudato, e não exsudato. O transudato é decorrente de desequilíbrio nas pressões hidrostática e oncótica, como ocorre na insuficiência cardíaca, e não de processos inflamatórios ou infecciosos como a pneumonia.

b) Incorreta. Embora a neoplasia possa impedir a reexpansão pulmonar, esse achado

não é patognomônico (exclusivo) de câncer oculto. O encarceramento pulmonar pode ocorrer em diversas condições crônicas que levam ao espessamento da pleura visceral.

c) Correta. A análise bioquímica confirma tratar-se de um transudato. A insuficiência cardíaca congestiva é, de fato, a causa mais frequente de derrames transudativos. A falha na reexpansão pulmonar após a toracocentese, quando o espaço pleural é esvaziado, mas o pulmão permanece retraído, define o quadro de encarceramento pulmonar (trapped lung). Isso ocorre porque uma camada fibrótica se forma sobre a pleura visceral, impedindo-a de se expandir.

d) Incorreta. Novamente, a classificação como exsudato está errada. Além disso, a pleurodese química não é o tratamento de primeira linha para derrames por insuficiência cardíaca; o tratamento correto foca na compensação da função cardíaca com diuréticos e otimização da pré- e pós-carga.

e) Incorreta. A videotoracoscopia (VATS) não é contraindicada. Em casos de pulmão encarcerado que causem sintomas restritivos importantes, a cirurgia pode ser indicada para realizar a decorticação pulmonar (remoção da carapaça fibrótica), permitindo que o pulmão volte a ocupar a cavidade torácica.

Questão 39

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro clínico descrito é uma apresentação clássica e "de livro" de PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO à esquerda. Os sinais patognomônicos apresentados são:

1. Instabilidade hemodinâmica (hipotensão: 80 x 50 mmHg e taquicardia: 138 bpm), caracterizando um choque obstrutivo.
2. Insuficiência respiratória grave (taquipneia: 35 irpm e hipóxia: 85% de saturação).
3. Turgência jugular (devido ao desvio do mediastino e à compressão das veias cavas, impedindo o retorno venoso).
4. Desvio de traqueia para o lado contralateral (direito).
5. Hiperdistensão do hemitórax afetado com ausência de murmúrio vesicular.

De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), o pneumotórax hipertensivo é uma emergência médica cujo diagnóstico deve ser estritamente CLÍNICO, não se devendo perder tempo com exames de imagem.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA. O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é clínico. Solicitar exames de imagem (como radiografia de tórax) para confirmar a suspeita em um paciente instável é um erro grave, pois o atraso no tratamento (descompressão) pode levar à parada cardiorrespiratória por choque obstrutivo.

b) INCORRETA. Embora o manejo das vias aéreas (A) seja a primeira prioridade, o paciente em questão apresenta uma emergência respiratória (B) que está causando o colapso circulatório (C). Além disso, realizar a intubação orotraqueal e instituir ventilação por pressão positiva em um paciente com pneumotórax hipertensivo não drenado agrava drasticamente o quadro, podendo causar morte imediata por cessação total do retorno venoso.

c) INCORRETA. As causas principais da hipotensão e da alteração do nível de consciência (agitação/fala desconexa) neste cenário são o choque obstrutivo e a hipóxia, não apenas a hipovolemia. A reposição volêmica vigorosa sem a descompressão do tórax será ineficaz, pois o coração está impossibilitado de bombear o sangue devido à pressão intratorácica aumentada.

d) INCORRETA. Apesar de a fala indicar que a via aérea está pérvia (passo A), os parâmetros vitais (saturação de 85% e frequência de 35 irpm) mostram que há uma falha crítica na respiração (passo B). No protocolo ABCDE, não se avança para a avaliação neurológica (D) sem que as ameaças à vida nos passos anteriores (A e B) tenham sido resolvidas ou estabilizadas.

e) CORRETA. A conduta do cirurgião foi perfeita dentro dos preceitos do atendimento inicial ao trauma. Ele identificou uma lesão com risco iminente de morte no passo "B" do ABCDE e realizou a descompressão imediata (toracocentese de alívio). Esta manobra converte o pneumotórax hipertensivo em um pneumotórax simples, aliviando a pressão sobre o mediastino e permitindo a melhora do débito cardíaco e da oxigenação.

GABARITO: ALTERNATIVA (E).

Questão 40

Esta questão aborda o manejo inicial das vias aéreas em um paciente politraumatizado, seguindo os preceitos do ATLS (Advanced Trauma Life Support). A paciente apresenta sinais de instabilidade respiratória (saturação de 87% e esforço respiratório) e risco de lesão da coluna cervical devido ao mecanismo de trauma (queda de moto em alta velocidade com capacete rachado).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Em pacientes com suspeita de lesão na coluna cervical, a manobra de escolha para abertura das vias aéreas é a tração da mandíbula (jaw-thrust), pois ela minimiza a movimentação do pescoço em comparação à elevação do queixo (chin-lift). Como a paciente apresenta hipoxemia importante (87%), a oferta de oxigênio suplementar com máscara de alta concentração e reservatório é mandatória para tentar elevar a saturação enquanto a via aérea é estabilizada.

Alternativa b) Incorreta. A retirada do colar cervical baseada apenas no exame físico (palpação da linha média) só pode ser feita em pacientes que estejam alertas e orientados (GCS 15), sem déficit neurológico e sem fatores de confusão, como intoxicação alcoólica ou dor em outros locais (lesões distrativas). Esta paciente está sonolenta, desorientada e apresenta hálito etílico, o que impede a "limpeza" clínica da coluna cervical conforme os critérios de NEXUS ou Canadian C-Spine Rule.

Alternativa c) Incorreta. A cânula nasofaríngea é formalmente contraindicada em pacientes com suspeita de fratura de base de crânio ou traumas de face significativos, como é o caso desta paciente (escoriações na face e epistaxe bilateral ativa). O risco é a inserção acidental da cânula no espaço intracraniano através de uma fratura da lâmina crivosa.

Alternativa d) Incorreta. Embora a elevação do queixo (chin-lift) seja uma manobra de abertura de via aérea, ela promove uma extensão da coluna cervical que deve ser evitada no trauma. A tração da mandíbula (jaw-thrust) é a técnica recomendada pelo ATLS para garantir a patência da via aérea com proteção da coluna.

Alternativa e) Incorreta. No trauma, a prioridade absoluta é o ABCDE. Problemas na via aérea (A) e na ventilação (B) devem ser resolvidos imediatamente. Aguardar exames de imagem para intervir em uma paciente com saturação de 87% e rebaixamento do nível de consciência coloca a vida da paciente em risco imediato por hipóxia e parada respiratória. Se houver indicação de intubação, esta deve ser realizada com proteção manual da coluna cervical (estabilização em linha).

Questão 41

A questão aborda os índices antropométricos utilizados para avaliar o estado nutricional infantil, exigindo o conhecimento sobre qual deles reflete condições crônicas e o histórico de saúde da criança.

Alternativa a) Incorreta. O índice Peso-para-idade (P/I) reflete a massa corporal total da criança para sua idade. Embora seja útil para o monitoramento rotineiro e

identifique precocemente o ganho ou a perda de peso, ele não permite distinguir se um baixo peso é decorrente de uma privação alimentar recente (aguda) ou de um problema antigo que já comprometeu a altura (crônico).

Alternativa b) Correta. A Estatura-para-idade (E/I) é o índice que melhor expressa o crescimento linear. O crescimento em altura é um processo lento e que depende de condições favoráveis contínuas. Quando há um déficit neste índice (baixa estatura), entende-se que a criança sofreu agravos de saúde ou nutricionais de forma prolongada ou repetida ao longo do tempo. Por esse motivo, é o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas e funciona como um excelente indicador de qualidade de vida e desenvolvimento socioeconômico de uma população.

Alternativa c) Incorreta. O índice Peso-para-estatura (P/E) avalia se o peso da criança está adequado para a sua altura atual. Ele é o principal indicador de desnutrição aguda ou emaciação. Se uma criança para de comer ou fica doente, ela perde peso rapidamente, mas sua estatura demora a ser afetada. Portanto, este índice reflete o estado nutricional atual, e não o efeito cumulativo de longo prazo.

Alternativa d) Incorreta. O IMC-para-idade tem aplicação semelhante ao Peso-para-estatura, sendo muito sensível para identificar magreza acentuada ou, principalmente, o excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Ele reflete a harmonia da composição corporal no momento da avaliação, mas não é o marcador ideal para cronicidade ou histórico de privações.

Alternativa e) Incorreta. O score-z não é um índice antropométrico, mas sim uma medida estatística utilizada para classificar os índices (como P/I, E/I e IMC/I) em relação a uma população de referência. A alternativa confunde o método de classificação com o parâmetro biológico solicitado pela questão.

Questão 42

O quadro clínico apresentado pela criança é típico de molusco contagioso, uma dermatose viral causada por um vírus da família Poxviridae, muito frequente na idade pediátrica. A descrição de pápulas rosadas, firmes e, principalmente, com umbilicação central é o sinal semiológico patognomônico desta patologia.

Alternativa a: Incorreta. Os cistos de mília são pequenas pápulas esbranquiçadas ou amareladas que representam pequenos cistos de queratina. Eles são comuns na face de recém-nascidos ou em locais de cicatrização, mas não apresentam a umbilicação central característica descrita no caso.

Alternativa b: Incorreta. O nódulo escabiótico é uma manifestação de hipersensibilidade que pode persistir após o tratamento da escabiose. Apresenta-se como pápulas ou nódulos extremamente pruriginosos, geralmente em áreas como genitália e axilas, sem a morfologia umbilicada.

Alternativa c: Incorreta. A foliculite é a inflamação do folículo piloso, caracterizada por pústulas ou pápulas eritematosas centradas por um pelo. O tratamento descrito (mupirocina) é voltado para a etiologia bacteriana, o que não condiz com as pápulas umbilicadas e firmes do enunciado.

Alternativa d: Incorreta. Verrugas filiformes são causadas pelo HPV e apresentam crescimento vertical, em forma de "dedos" ou espículas, sendo mais comuns na face e pescoço. Não correspondem a pápulas arredondadas e rosadas com depressão central.

Alternativa e: Correta. A morfologia das lesões confirma o diagnóstico de molusco contagioso. Em relação à conduta, embora existam tratamentos ativos (como curetagem, crioterapia ou uso de substâncias cáusticas), o acompanhamento clínico é uma opção perfeitamente aceitável e recomendada em muitos casos pediátricos. Como a doença é autolimitada em pacientes imunocompetentes, a observação evita procedimentos dolorosos e estressantes que podem resultar em cicatrizes desnecessárias em crianças pequenas.

Questão 43

Análise do caso clínico:

A gestante apresentou, na 10ª semana de gestação (primeiro trimestre), sorologia com IgM e IgG positivos para toxoplasmose. O teste de avidéz de IgG foi de 70%, o que é considerado alta avidéz. Quando o teste de alta avidéz é realizado antes de 16 semanas de gestação, ele indica que a infecção ocorreu há pelo menos 4 meses. Portanto, neste caso, a infecção da mãe foi pré-concepcional (antes de engravidar), o que teoricamente anula o risco de transmissão vertical para o feto. Contudo, devido ao registro de IgM positivo durante o pré-natal, o protocolo de neonatologia exige que o recém-nascido passe por uma triagem básica para garantir que não houve infecção.

Alternativa A - Incorreta. Embora os resultados maternos sugiram infecção crônica e baixo risco, o protocolo para recém-nascidos de mães que apresentaram sorologia positiva (IgM+) durante a gestação exige uma avaliação mínima inicial. Não se deve limitar apenas aos cuidados habituais de um recém-nascido de baixo risco.

Alternativa B - Incorreta. A avaliação inicial não deve ser postergada apenas para uma consulta ambulatorial futura. O rastreamento de doenças congênitas deve ser iniciado preferencialmente ainda no período neonatal imediato ou na alta hospitalar, visando à segurança do paciente.

Alternativa C - Correta. Esta alternativa descreve o protocolo de triagem para recém-nascidos expostos à toxoplasmose materna durante a gravidez. Realiza-se a sorologia do bebê (IgM e IgG). Mesmo que o IgM seja negativo (o que é o esperado, dado que a mãe tinha alta avidéz no início da gestação), recomenda-se a realização do exame de fundo de olho (para pesquisar coriorretinite) e a ultrassonografia transfontanela (para excluir calcificações intracranianas ou ventriculomegalia), assegurando que não haja sinais de infecção congênita.

Alternativa D - Incorreta. O tratamento medicamentoso com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico é reservado apenas para casos confirmados de toxoplasmose congênita (quando o recém-nascido apresenta IgM ou IgA positivos, ou sinais clínicos/radiológicos da doença). Não se inicia tratamento em uma criança assintomática, com mãe que apresentou alta avidéz no primeiro trimestre, sem confirmação diagnóstica no bebê.

Alternativa E - Incorreta. A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) é um exame invasivo e não faz parte da triagem inicial de um recém-nascido sem sintomas e com baixo risco de transmissão. Além disso, o teste de avidéz no recém-nascido não possui utilidade diagnóstica, e o uso isolado de ácido folínico sem a pirimetamina não tem indicação clínica nesse contexto.

Questão 44

A questão aborda o manejo agudo de crises convulsivas em pediatria, a diferenciação diagnóstica entre convulsão febril e epilepsia e a conduta terapêutica a longo prazo.

Análise das alternativas:

a) CORRETA: O midazolam é o benzodiazepínico de escolha para administração por vias não invasivas (intranasal ou bucal) devido à sua rápida absorção pela mucosa. O diagnóstico é de crise epiléptica (e não convulsão febril benigna), pois o paciente tem 8 anos, idade que ultrapassa o limite clássico da convulsão febril (6 meses a 5-6 anos). Além disso, a crise apresentou um componente focal (desvio do olhar para a direita), o que a classificaria como complexa. O histórico de múltiplas crises fora da idade comum sugere uma síndrome epiléptica (como a Epilepsia Genética com Crises Febris Plus - GEFS+), justificando o início de medicação anticonvulsivante (ácido valproico) e seguimento especializado.

b) INCORRETA: O lorazepam é um excelente anticonvulsivante, mas sua via preferencial é a endovenosa. Embora existam estudos, ele não é a droga padrão para uso intranasal em protocolos de emergência pediátrica. Além disso, a conduta de apenas pedir transferência é incompleta diante da necessidade de manejo medicamentoso ambulatorial.

c) INCORRETA: O lorazepam não é a droga de escolha para a via nasal. Quanto à conduta, a coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR) e exames laboratoriais extensos seriam indicados se houvesse suspeita de meningite ou distúrbios metabólicos agudos. No caso, o paciente tem um foco infeccioso claro (amigdalite) e um histórico pregresso de crises, o que torna a punção lombar desnecessária no momento, dado que o nível de consciência está retornando ao normal (período pós-ictal).

d) INCORRETA: O diazepam é classicamente utilizado pelas vias endovenosa ou retal; a via nasal não é a apresentação padrão para essa droga no cenário de emergência. O diagnóstico de "convulsão febril" está tecnicamente incorreto para uma criança de 8 anos, pois a definição da Sociedade Brasileira de Pediatria e da ILAE limita essa entidade até os 5 ou 6 anos de idade.

e) INCORRETA: Embora o midazolam esteja correto para a via nasal, o diagnóstico de "convulsão febril" é inadequado para a idade de 8 anos. Além disso, em um paciente com crises recorrentes e início de tratamento medicamentoso, o encaminhamento apenas via Unidade Básica de Saúde (UBS), sem a orientação terapêutica imediata iniciada na alternativa "a", retardaria o controle do quadro.

Resumo dos pontos principais:

1. Droga na emergência (sem acesso venoso): Midazolam intranasal ou bucal.
2. Limite de idade para convulsão febril: Geralmente até os 5 anos (60 meses). Acima disso, crises desencadeadas por febre devem ser investigadas como epilepsia.
3. Sinais de alerta: Crises focais (desvio de olhar) e ocorrência em crianças mais velhas aumentam a chance de epilepsia subjacente.

Questão 45

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um envenenamento escorpiônico grave em uma criança de 5 anos. A gravidade é definida pela presença de sintomas sistêmicos importantes que surgiram logo após a picada: vômitos repetidos (3 vezes), alterações do estado de consciência (sonolência e agitação), sudorese, salivação profusa (sialorreia), taquicardia (146 bpm) e taquipneia (38 mrm). Em crianças, a progressão para

quadros críticos é mais rápida e perigosa devido à maior concentração de veneno em relação à superfície corporal.

A fisiopatologia do escorpionismo grave baseia-se na liberação maciça de mediadores autonômicos, tanto simpáticos (catecolaminas) quanto parassimpáticos (acetilcolina). Esse fenômeno, conhecido como tempestade autonômica, afeta diversos órgãos, mas o sistema cardiovascular é o principal alvo das complicações que levam ao óbito.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A insuficiência renal aguda não é uma complicação típica ou direta do acidente por escorpião. Essa patologia é observada com frequência em acidentes ofídicos crotálicos (cascavel), devido à rabdomiólise, ou em acidentes por aranhas do gênero *Loxosceles* (aranha-marrom), devido à hemólise intravascular.

Alternativa B: Incorreta. O veneno de escorpião não possui ação hepatotóxica. Portanto, insuficiência hepática e alteração de exames como transaminases, bilirrubinas ou amônia não são esperadas nem fazem parte do protocolo de acompanhamento desses pacientes.

Alternativa C: Incorreta. Embora o paciente apresente taquipneia e possa evoluir para insuficiência respiratória, esta geralmente não é primária. No escorpionismo grave, o comprometimento pulmonar (edema agudo de pulmão) é tipicamente de origem cardiogênica, decorrente da falência ventricular esquerda. O foco diagnóstico e terapêutico deve ser a causa-base (coração).

Alternativa D: Correta. A principal complicação sistêmica e causa de morte no escorpionismo grave é a insuficiência cardíaca aguda. O veneno causa uma miocardite tóxica direta e uma disfunção miocárdica severa mediada pelo excesso de catecolaminas (miocardiopatia adrenérgica). O acompanhamento clínico exige monitorização hemodinâmica, eletrocardiograma (para identificar arritmias e alterações de repolarização), radiografia de tórax (para avaliar congestão pulmonar) e ecocardiograma (para avaliar a fração de ejeção e a contratilidade miocárdica).

Alternativa E: Incorreta. O envenenamento não causa insuficiência suprarrenal. Pelo contrário, o que ocorre é um estímulo excessivo das glândulas suprarrenais pelo veneno, resultando em uma descarga maciça de adrenalina e noradrenalina, o que contribui para a hipertensão inicial e a toxicidade cardíaca.

Gabarito: Letra D.

Questão 46

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um menino de 8 anos com sintomas clássicos de baixo débito cardíaco durante o esforço (tontura, dor no peito e síncope). A presença de um sopro sistólico com irradiação para a fúrcula e vasos do pescoço (carótidas) é o sinal semiológico patognomônico da obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo, especificamente a estenose valvar aórtica. Em crianças, a síncope e a angina durante a atividade física são sinais de gravidade que indicam obstrução importante.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Estenose de valva aórtica; propranolol: A tríade clássica da estenose aórtica grave é composta por angina, síncope e dispneia aos esforços. O sopro é sistólico, do tipo ejeção, e sua irradiação para o pescoço confirma a origem aórtica. O uso de betabloqueadores, como o propranolol, pode ser indicado enquanto se aguarda a avaliação do especialista e a intervenção definitiva, pois essa medicação reduz a demanda de oxigênio do miocárdio e prolonga o tempo de enchimento diastólico, ajudando a prevenir arritmias e aliviar os sintomas de dor torácica.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) CIV grande; captopril: A comunicação interventricular (CIV) apresenta um sopro holossistólico, geralmente audível na borda esternal esquerda baixa, sem irradiação para o pescoço. O captopril é usado para reduzir a pós-carga em defeitos com shunt esquerda-direita, mas a clínica de síncope ao esforço não é típica da CIV isolada.

b) CIA ostium secundum; furosemida: A comunicação interatrial (CIA) costuma ser assintomática na infância. O exame físico característico revela um desdobramento fixo da segunda bulha (B2) e um sopro sistólico de ejeção no foco pulmonar (por hiperfluxo), sem irradiação para o pescoço.

d) Atresia tricúspide; espironolactona: Trata-se de uma cardiopatia congênita cianótica grave, geralmente diagnosticada no período neonatal ou nos primeiros meses de vida devido à cianose acentuada, não se apresentando de forma súbita aos 8 anos com esse padrão de sopro.

e) Estenose de via de saída pulmonar; enalapril: A estenose pulmonar gera um sopro sistólico de ejeção mais audível no foco pulmonar, que pode irradiar para o dorso ou para a clavícula esquerda, mas não para as carótidas. Além disso, inibidores da ECA (como o enalapril) não são o tratamento de escolha para obstruções de câmaras direitas.

Questão 47

Esta questão exige do candidato a capacidade de realizar o diagnóstico diferencial entre Infecção do Trato Urinário (ITU) e outras condições comuns na infância, como a vulvovaginite e a disfunção miccional/evacuatória.

Análise do quadro clínico:

A paciente é uma pré-escolar com hábitos de retenção urinária e fecal (constipação), além de enurese noturna ocasional. Esses dados sugerem a Síndrome de Eliminação Disfuncional. Os sintomas atuais (polaciúria, dor abdominal e febre baixa de 37,8 °C) podem sugerir uma cistite, porém, o exame físico revela hiperemia genital, o que aponta fortemente para vulvovaginite, uma causa frequente de disúria e polaciúria em meninas nessa faixa etária.

Análise do exame de urina:

O EAS apresenta esterase leucocitária positiva e leucocitúria discreta (15.000/mL). No entanto, o nitrito é negativo e não há cilindros ou hematúria expressiva. É fundamental lembrar que a leucocitúria e a esterase positiva podem ocorrer por contaminação da urina por secreção vaginal (devido à hiperemia genital descrita), não confirmando, por si só, uma ITU em uma criança com bom estado geral e febre baixa.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A amoxicilina apresenta altas taxas de resistência da *Escherichia coli** (principal agente das ITUs), não sendo recomendada como terapia empírica inicial para infecção urinária. Além disso, a prescrição imediata de antibiótico não é a conduta mais cautelosa neste caso clínico incerto.

b) Incorreta. A ciprofloxacina é uma quinolona e não é utilizada como primeira linha para cistites ou ITUs não complicadas em pediatria, sendo reservada para situações específicas ou patógenos multirresistentes (como *Pseudomonas**).

c) Incorreta. O ácido nalidíxico é uma quinolona de primeira geração, atualmente em desuso na prática pediátrica devido ao perfil de efeitos colaterais e à disponibilidade de opções mais seguras e eficazes.

d) Incorreta. A ceftriaxona é um antibiótico de amplo espectro, administrado de forma parenteral, indicado para casos de pielonefrite, suspeita de sepse de foco urinário ou quando a criança apresenta vômitos e impossibilidade de medicação via oral. O quadro da paciente é leve e não justifica terapia intramuscular imediata.

e) Correta. Diante de uma criança com bom estado geral, febre baixa limítrofe, sinais

de inflamação genital (vulvovaginite) e um exame de urina sem nitrito, a conduta mais adequada é sintomática. O banho de assento auxilia no alívio da irritação local. Aguardar o resultado da urocultura (padrão-ouro) antes de iniciar antibióticos desnecessários é a prática correta, desde que se oriente a família sobre sinais de alerta e a necessidade de retorno se houver piora dos sintomas.

Questão 48

Esta questão aborda a conduta diante de uma criança que é contato de um paciente com tuberculose (TB) bacilífera. Vamos analisar os achados para chegar ao diagnóstico e à conduta:

1. Diagnóstico: A criança tem 8 anos, está assintomática (implícito pela ausência de queixas e histórico de pneumonias resolvidas), possui radiografia de tórax normal e Teste Tuberculínico (PT/PPD) de 12 mm. Em contatos de TB, considera-se o PT positivo quando maior ou igual a 5 mm. Como a radiografia é normal e a criança não tem sintomas, o diagnóstico é de Infecção Latente por Tuberculose (ILTB).

2. Conduta para ILTB: O tratamento visa evitar a progressão para a forma ativa da doença. As opções principais no Brasil são a isoniazida ou a rifampicina.

Análise das alternativas:

a) Correta. A isoniazida na dose de 5 a 10 mg/kg/dia é o tratamento clássico para ILTB. O protocolo do Ministério da Saúde prevê dois esquemas possíveis: 180 doses (realizadas entre 6 e 9 meses) ou 270 doses (realizadas entre 9 e 12 meses). A alternativa apresenta a dose correta (10 mg/kg) e o esquema de 270 doses, que garante maior eficácia protetora.

b) Incorreta. A dose de 20 mg/kg de isoniazida é excessiva e aumenta o risco de toxicidade hepática. Além disso, 3 meses é um tempo insuficiente para o tratamento da ILTB com isoniazida isolada.

c) Incorreta. A rifampicina é, de fato, uma opção para o tratamento da ILTB, especialmente em crianças menores de 10 anos ou adultos acima de 50 anos. No entanto, o tempo de tratamento correto com rifampicina é de 4 meses (120 doses), e não 6 meses.

d) Incorreta. O erro aqui também reside no tempo de administração. Embora a rifampicina seja utilizada para ILTB, o tempo preconizado pelo Ministério da Saúde é de 4 meses (120 doses), não 3 meses.

e) Incorreta. A associação de isoniazida e rifampicina é utilizada no esquema básico para o tratamento da tuberculose-doença (forma ativa). Para a infecção latente (ILT), a recomendação atual em protocolos nacionais para contatos nessa faixa etária é a monoterapia (apenas um fármaco). Além disso, o número de doses e o tempo sugeridos nesta alternativa não correspondem ao tratamento padrão da ILTB em crianças.

Questão 49

Para resolver essa questão, é necessário o conhecimento do Calendário Nacional de Vacinação da criança, estabelecido pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), incluindo as atualizações mais recentes de 2024.

Aos 6 meses de idade, o calendário vacinal de rotina prevê as seguintes imunizações:

1. Pentavalente: administração da 3ª dose. Esta vacina garante proteção contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções graves causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b.
2. Vacina Inativada Poliomielite (VIP): administração da 3ª dose. Vale ressaltar que o esquema primário (2, 4 e 6 meses) é realizado exclusivamente com a vacina VIP (injetável).
3. Vacina Covid-19: a partir de janeiro de 2024, a vacina contra a Covid-19 foi incorporada ao Calendário Nacional de Vacinação para crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade. Portanto, ao completar 6 meses, a criança inicia esse esquema.
4. Vacina Influenza: a vacinação contra a gripe é indicada para crianças a partir dos 6 meses até menores de 6 anos. Como a criança da questão completou 6 meses em novembro, ela deve receber a vacina.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O erro está na inclusão da Pneumo-10 conjugada. De acordo com o PNI, a vacina pneumocócica é aplicada aos 2 e 4 meses, com uma dose de reforço aos 12 meses. Não há previsão de dose aos 6 meses.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa lista corretamente as vacinas do esquema de 6 meses: a 3ª dose da VIP e da Pentavalente, além do início da vacinação contra Influenza e a vacina contra a Covid-19, que passou a ser rotina para esta faixa etária.

Alternativa c) Incorreta. Apresenta o erro da Pneumo-10 (que não é feita aos 6 meses) e afirma equivocadamente que as vacinas de Influenza e Covid-19 seriam feitas apenas no ano seguinte. Uma vez que a criança atingiu a idade mínima (6 meses) e as vacinas integram o calendário de rotina, devem ser aplicadas de imediato.

Alternativa d) Incorreta. Aos 6 meses, a vacina da poliomielite deve ser obrigatoriamente a VIP (inativada) e não a VOP (oral/atenuada). Além disso, inclui incorretamente a Pneumo-10.

Alternativa e) Incorreta. Além dos erros de VOP e Pneumo-10, inclui a vacina contra o sarampo (tríplice viral). No calendário de rotina, a tríplice viral é aplicada aos 12 meses e aos 15 meses. A chamada dose zero (aos 6 meses) só é realizada em cenários epidemiológicos específicos de surto, não sendo a regra geral para o calendário básico de rotina sem avisos prévios.

Questão 50

Análise do Caso Clínico:

O quadro descreve um lactente de 2 anos com febre, sinais de toxemia e desidratação, associados a lesões cutâneas caracterizadas por eritema (hiperemia), bolhas de teto fino que se rompem facilmente e fissuras (ragadias) periorais. Esse conjunto de achados, especialmente a extensão das lesões e o acometimento sistêmico em uma criança pequena, é típico da ação de toxinas esfoliativas estafilocócicas.

Alternativa A - Incorreta: A escarlatina, causada pelo *Streptococcus pyogenes*, manifesta-se com febre, faringite e um exantema micropapular (aspecto de lixa) que poupa a região perioral (sinal de Filatov) e acentua-se nas dobras (linhas de Pastia). Não costuma apresentar formação de bolhas ou descolamento epidérmico difuso.

Alternativa B - Incorreta: A erisipela é uma infecção da derme superficial, geralmente estreptocócica, caracterizada por uma placa eritematosa, edemaciada, quente e dolorosa, com bordas bem delimitadas. Embora possa apresentar vesículas na superfície, não causa a síndrome de pele escaldada com bolhas rotas disseminadas e ragadias periorais.

Alternativa C - Incorreta: O impetigo bolhoso é causado pela mesma toxina do *Staphylococcus aureus* que causa a síndrome da pele escaldada, porém de forma localizada. No impetigo bolhoso, as toxinas agem apenas no local da infecção, e o paciente geralmente não apresenta sintomas sistêmicos como febre alta, toxemia ou

desidratação, que estão presentes neste caso.

Alternativa D - Correta: A Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica (SSSS ou doença de Ritter) é causada pela disseminação hematogênica de toxinas esfoliativas (A e B) produzidas pelo *Staphylococcus aureus*. Essas toxinas clivam a desmogleína 1 na camada granulosa da epiderme, levando ao descolamento superficial da pele. É mais comum em crianças menores de 5 anos. O quadro clínico inclui febre, irritabilidade (dor ao manuseio), eritema difuso e a formação de grandes bolhas flácidas que se rompem facilmente, deixando áreas erosivas (sinal de Nikolsky positivo). As ragadias e crostas periorais são achados clássicos e muito sugestivos desta patologia.

Alternativa E - Incorreta: Farmacodermias graves, como a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) ou a Síndrome de Stevens-Johnson, podem cursar com descolamento da pele. No entanto, essas condições geralmente estão associadas ao uso prévio de medicamentos e apresentam acometimento importante de mucosas (oral, ocular, genital), o que não foi descrito no caso. Além disso, a clivagem na NET é mais profunda (na junção dermoepidérmica), enquanto na SSSS é subcórnea/granulosa.

Questão 51

O quadro clínico descrito aponta para uma criança com características marcantes de inibição comportamental e sintomas ansiosos. A queixa principal envolve um medo específico e antecipatório (não querer viajar por medo de o irmão vomitar), o que caracteriza uma fobia ou ansiedade focalizada. Além disso, a dependência da presença materna para iniciar o sono e a busca pela cama dos pais durante a madrugada são sinais clássicos de ansiedade de separação, muito comuns na faixa pediátrica.

Alternativa A: Correta. Os sintomas relatados, como a preocupação excessiva com eventos futuros, a dificuldade de adaptação a novas atividades sociais e a insegurança para dormir sozinha, compõem o espectro dos transtornos de ansiedade. Na infância, a ansiedade costuma se manifestar por medos específicos, retraimento social e resistência a se separar das figuras de apego.

Alternativa B: Incorreta. O transtorno de conduta envolve um padrão repetitivo de violação de direitos alheios, agressividade, destruição de propriedade ou desobediência grave a normas sociais. A paciente em questão tem bom comportamento escolar e é descrita como alguém que conversa pouco e é inibida, o que é o oposto do perfil impulsivo e desafiador da conduta.

Alternativa C: Incorreta. O transtorno de oposição desafiante (TOD) é caracterizado por humor irritável, comportamento questionador e postura desafiadora frente a

figuras de autoridade. A menina não apresenta comportamento hostil ou desafiador; pelo contrário, demonstra um comportamento de esquiva e dependência emocional.

Alternativa D: Incorreta. O transtorno disruptivo da desregulação do humor manifesta-se por explosões de raiva graves e frequentes, além de um humor persistentemente irritável entre essas explosões. O caso descreve uma criança ansiosa e retraída, sem menção a crises de irritabilidade ou descontrole emocional agressivo.

Alternativa E: Incorreta. O transtorno de sintomas somáticos ou de conversão exigiria a presença de sintomas físicos (como dor, paralisia ou perda sensorial) que não podem ser explicados por uma condição médica orgânica e que geram sofrimento psíquico. A queixa da criança é um medo psicológico direto (fobia de ver o irmão vomitar), e não uma manifestação física de um conflito interno.

Questão 52

O quadro clínico descrito é clássico de Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN), também conhecida como síndrome do pulmão úmido.

A análise das alternativas demonstra por que a letra (c) é a correta:

a) Incorreta. A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), ou Doença da Membrana Hialina, atinge tipicamente prematuros mais extremos (geralmente abaixo de 34 semanas) por deficiência de surfactante. Radiograficamente, a SDR apresenta volume pulmonar reduzido, infiltrado reticulogranular fino difuso (aspecto de vidro fosco) e broncogramas aéreos, o que difere da hiperinsuflação e do líquido nas fissuras descritos no caso.

b) Incorreta. A pneumonia neonatal precoce costuma estar associada a fatores de risco infecciosos, como ruptura prolongada de membranas, febre materna intraparto ou colonização por estreptococo do grupo B. Embora o padrão radiológico possa ser semelhante ao da TTRN ou SDR, o recém-nascido do caso nasceu de cesárea agendada (sem trabalho de parto ou rotura de membranas) e apresenta melhora clínica rápida, o que afasta o diagnóstico infeccioso.

c) Correta. A Taquipneia Transitória do Recém-Nascido ocorre devido ao atraso na reabsorção do líquido pulmonar fetal. Os principais fatores de risco presentes são a prematuridade tardia (36 semanas) e o parto cesárea sem trabalho de parto, que impede a compressão torácica e o estímulo hormonal (catecolaminas) necessários para a drenagem do líquido. Os achados radiológicos citados são patognomônicos: estrias peri-hilares (congestão linfática), líquido nas fissuras interlobares e sinais de

hiperinsuflação. A evolução clínica costuma ser benigna e autolimitada, com melhora em 24 a 72 horas.

d) Incorreta. Cardiopatias dependentes do canal arterial geralmente se manifestam com sinais de choque ou cianose acentuada conforme o canal arterial se fecha. A radiografia de tórax costuma mostrar alteração na área cardíaca (cardiomegalia) ou no fluxo sanguíneo pulmonar (hiperfluxo ou hipofluxo), o que não condiz com a área cardíaca normal e a melhora clínica descrita.

e) Incorreta. A policitemia pode causar taquipneia por hiperviscosidade sanguínea, e a hipertensão pulmonar persistente (HPPN) manifesta-se com hipoxemia grave que não melhora proporcionalmente à oferta de oxigênio. A HPPN é mais comum em recém-nascidos a termo ou pós-termo com histórico de asfixia ou aspiração de mecônio, e não apresenta os achados radiológicos específicos de líquido nas fissuras interlobares.

Questão 53

O quadro clínico descrito apresenta uma emergência hematológica clássica em crianças pequenas com anemia falciforme: o sequestro esplênico agudo. Esta condição ocorre quando uma grande quantidade de sangue fica subitamente represada no baço, levando a uma queda rápida dos níveis de hemoglobina e ao risco de choque hipovolêmico.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. As crises vaso-oclusivas são as manifestações mais comuns da doença e podem causar dor abdominal (crise infartante). No entanto, elas não explicam a queda acentuada da hemoglobina (de 9 g/dL para 5,2 g/dL) nem o aumento súbito do volume do baço observado no exame físico.

Alternativa b) Incorreta. A trombose de vasos mesentéricos é uma complicação rara nesta faixa etária e, embora cause dor abdominal intensa, não justifica a esplenomegalia volumosa e a anemia aguda grave apresentadas pelo paciente.

Alternativa c) Incorreta. Sintomas como recusa alimentar e dor abdominal poderiam ocorrer em quadros infecciosos gastrointestinais, mas a gastroenterite não causa um aumento agudo do baço associado a uma queda de quase 4 g/dL na hemoglobina basal.

Alternativa d) Incorreta. O paciente apresenta sinais de insuficiência cardíaca de alto débito (taquicardia, taquipneia e sopro sistólico), porém estes achados são

consequências da anemia grave instalada e não a causa primária do quadro. A insuficiência cardíaca isolada não explicaria o baço palpável a 5 cm do rebordo costal.

Alternativa e) Correta. O diagnóstico de sequestro esplênico é baseado na tríade: queda da hemoglobina superior a 2 g/dL em relação ao valor basal, evidência de regeneração eritroide (reticulocitose) e esplenomegalia aguda. O paciente tem 3 anos, idade em que o baço ainda é funcional e passível de sequestrar sangue antes que ocorra a autoesplenectomia (fibrose do órgão por infartos repetidos). A dor abdominal é causada pela distensão rápida da cápsula esplênica, e os sinais vitais alterados indicam a gravidade da anemia e a redução do volume circulante efetivo.

Questão 54

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente de 3 anos apresenta um quadro clássico de Otite Média Aguda (OMA), caracterizado por início súbito, sinais de inflamação da membrana timpânica (hiperemia e abaulamento) e efusão na orelha média. O surgimento de secreção amarelada (otorreia) após o diagnóstico indica que houve uma perfuração timpânica espontânea, que é uma evolução possível e comum da OMA, geralmente acompanhada de alívio da dor devido à decompressão da orelha média.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) INCORRETA. O uso de corticoide sistêmico, como a prednisolona, não é o tratamento padrão para a Otite Média Aguda ou para a perfuração timpânica decorrente dela. O foco deve ser o tratamento antimicrobiano e sintomático.

Alternativa b) INCORRETA. Embora gotas otológicas com ciprofloxacino sejam usadas em otites externas ou otites médias crônicas supurativas, na OMA com perfuração recente em vigência de antibioticoterapia oral adequada, não há necessidade rotineira de adicionar antibiótico tópico, especialmente por apenas 3 dias, o que seria um tempo insuficiente.

Alternativa c) INCORRETA. A troca de amoxicilina para amoxicilina-clavulanato ou o aumento da dose é indicada quando há falha terapêutica, o que só pode ser avaliado após 48 a 72 horas de uso do antibiótico. A criança iniciou a medicação pela manhã e o retorno ocorreu à tarde do mesmo dia (menos de 24 horas); portanto, ainda não se pode falar em falha de tratamento. A febre nas primeiras horas de tratamento é esperada.

Alternativa d) CORRETA. A conduta correta é manter o tratamento iniciado

(amoxicilina) e observar. A perfuração timpânica faz parte da história natural da OMA em alguns casos. Como o tratamento antibiótico foi iniciado há pouquíssimas horas, deve-se aguardar o tempo de resposta clínica (48-72 horas). A orientação de retorno em 10 dias serve para avaliar a resolução do quadro e o fechamento da membrana timpânica, que na maioria das vezes ocorre de forma espontânea.

Alternativa e) INCORRETA. O diagnóstico inicial foi de Otite Média Aguda (com febre, dor e abaulamento), e não de Otite Média com Efusão (OME). A OME é caracterizada pela presença de líquido na orelha média sem sinais de infecção aguda (sem febre ou dor súbita). Retirar o antibiótico agora seria tratar inadequadamente uma infecção bacteriana em curso.

RESUMO: Diante de uma OMA que evolui com perfuração timpânica logo após o início do antibiótico, mantém-se a medicação e observa-se a evolução clínica, uma vez que o tempo para avaliação de eficácia terapêutica não foi atingido.

Questão 55

A cetoacidose diabética (CAD) é uma emergência médica caracterizada pela tríade de hiperglicemia, acidose metabólica e cetonemia. Em crianças e adolescentes, o manejo deve ser extremamente cauteloso devido ao risco elevado de edema cerebral, a principal causa de mortalidade nessa faixa etária.

Alternativa (a) incorreta: A insulina nunca deve ser o primeiro passo no tratamento da CAD em pediatria. A administração de insulina antes da hidratação inicial pode causar um deslocamento osmótico rápido de água do compartimento extracelular para o intracelular, aumentando drasticamente o risco de colapso cardiovascular e edema cerebral. Além disso, o uso de dose de ataque (bolus) de insulina é contraindicado em crianças e adolescentes.

Alternativa (b) correta: A prioridade absoluta no tratamento da CAD pediátrica, após a estabilização das vias aéreas e respiração, é a restauração do volume circulante. A conduta imediata é a expansão volêmica com cristaloides isotônicos, como o Soro Fisiológico 0,9% ou Ringer-Lactato, na dose de 10 a 20 mL/kg, infundidos em 20 a 60 minutos. Esse procedimento melhora a perfusão renal e tecidual, reduzindo a resistência à insulina e os níveis de glicose antes mesmo do início da insulinoterapia.

Alternativa (c) incorreta: Esta alternativa descreve uma fase posterior do tratamento. O uso de soro glicosado e a hidratação de manutenção/reposição ao longo de 24 horas ocorrem apenas após a fase de expansão inicial. O soro glicosado só é adicionado quando a glicemia atinge níveis próximos a 200-250 mg/dL para evitar hipoglicemia e permitir a continuidade da insulina para fechar a acidose.

Alternativa (d) incorreta: Embora a infusão contínua de insulina (0,05 a 0,1 UI/kg/hora) seja o padrão-ouro, ela só deve ser iniciada após a primeira hora de hidratação venosa. Não deve ser iniciada de forma concomitante à primeira expansão. Além disso, a recomendação de repetir expansões até a "diurese clara" é imprecisa e perigosa em pediatria, podendo levar à sobrecarga hídrica.

Alternativa (e) incorreta: A adição de potássio e a utilização de misturas de soros em proporções específicas fazem parte da etapa de hidratação de manutenção e reparo. O potássio só deve ser iniciado após a confirmação da função renal (presença de diurese) e nunca deve ser administrado na expansão volêmica imediata, que deve ser feita apenas com cristalóide isotônico puro.

Questão 56

O quadro clínico apresentado é clássico da obstrução congênita das vias lacrimais, condição muito comum em lactentes. O sinal principal é o lacrimejamento constante (epífora) acompanhado de acúmulo de secreção mucosa, mas com a conjuntiva (parte branca do olho) clara, o que indica ausência de um processo inflamatório ou infeccioso agudo da superfície ocular (como uma conjuntivite bacteriana).

Alternativa a: Incorreta. A blefarite é uma inflamação da margem palpebral que gera descamação e vermelhidão. Embora cause crostas nos cílios, o sintoma predominante de lacrimejamento excessivo em um bebê de um mês, com conjuntiva íntegra, é mais sugestivo de obstrução do canal lacrimal do que de uma inflamação das glândulas palpebrais.

Alternativa b: Incorreta. A conjuntivite química é uma reação ao nitrato de prata utilizado na profilaxia da oftalmia neonatal (método de Credé). Ela surge tipicamente nas primeiras 24 a 48 horas de vida e tem curta duração. A idade da paciente (1 mês) e a persistência dos sintomas tornam esse diagnóstico impossível.

Alternativa c: Correta. A obstrução congênita do ducto nasolacrimal ocorre geralmente pela persistência de uma membrana na porção final do ducto (Válvula de Hasner). Isso impede a drenagem da lágrima para o nariz, causando represamento e acúmulo de muco. Como não há infecção da conjuntiva, o olho permanece branco. A conduta é conservadora, consistindo em limpeza das secreções e massagem local (Manobra de Crigler) para auxiliar o rompimento da membrana. A maioria dos casos apresenta resolução espontânea até o primeiro ano de vida.

Alternativa d: Incorreta. O glaucoma congênito é uma patologia grave que se manifesta com a tríade: lacrimejamento, fotofobia (sensibilidade à luz) e

blefaroespasmo (fechamento involuntário das pálpebras). No exame, nota-se frequentemente o aumento do tamanho do olho (buphtalmia) e opacidade da córnea. O enunciado descarta especificamente a fotofobia e aponta pupilas e conjuntivas normais.

Alternativa e: Incorreta. A dacriocistite é a complicação infecciosa da obstrução lacrimal, manifestando-se com sinais inflamatórios (dor, calor, rubor e edema) no canto interno do olho, podendo haver saída de pus. O quadro descrito não possui esses sinais. Além disso, a intervenção cirúrgica (sondagem das vias lacrimais) só é indicada se o tratamento clínico falhar após os 6 a 12 meses de idade, não sendo a conduta inicial para um lactente de 1 mês.

Questão 57

O quadro clínico descrito apresenta um adolescente com febre alta, dor em hipocôndrio direito e epigástrio irradiada para o dorso, associada à hepatomegalia (fígado palpável a 2,5 cm do rebordo costal direito). Um ponto fundamental na história é o diagnóstico de síndrome do intestino irritável há 2 meses, caracterizada por cólicas e fezes líquidas. Em pediatria e medicina tropical, esse antecedente de diarreia crônica ou intermitente deve levantar a suspeita de amebíase intestinal, que pode evoluir para a disseminação extraintestinal.

A principal hipótese é o abscesso hepático amebiano. A *Entamoeba histolytica** pode migrar da mucosa intestinal para o fígado através do sistema porta. O quadro clássico envolve febre, dor no quadrante superior direito e hepatomegalia dolorosa. A ausência de icterícia (quadro anictérico) é comum nesses casos, diferenciando-os de obstruções biliares graves ou hepatites agudas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A cólica biliar costuma ser afebril e não apresenta hepatomegalia ao exame físico. A febre alta (39 °C) sugere um processo infeccioso ou inflamatório sistêmico agudo, como um abscesso ou colecistite, mas a história intestinal prévia direciona para a etiologia amebiana.

b) Correta. O abscesso hepático amebiano justifica a febre alta, a dor em hipocôndrio direito com irradiação para o dorso (devido à irritação diafragmática) e a hepatomegalia. O relato de diarreia nos meses anteriores, erroneamente diagnosticado como síndrome do intestino irritável, reforça a infecção prévia por *Entamoeba histolytica*.*

c) Incorreta. A apendicite aguda tipicamente apresenta dor que se inicia na região

periumbilical e migra para a fossa ilíaca direita. Embora possa haver apresentações atípicas (apêndice retrocecal ascendente), a hepatomegalia e a dor irradiada para as omoplatas não são achados característicos.

d) Incorreta. A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que pode causar dor abdominal, febre e diarreia. No entanto, o quadro agudo com febre alta e dor localizada em hipocôndrio direito com sinais de massa hepática (hepatomegalia) é muito mais sugestivo de uma complicação infecciosa piogênica ou amebiana do que de uma manifestação primária de Crohn.

e) Incorreta. A doença inflamatória pélvica (DIP) pode causar dor em hipocôndrio direito quando associada à síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (peri-hepatite). No entanto, a dor da DIP é predominantemente em baixo ventre (hipogástrio e anexos) e o paciente apresenta hepatomegalia real e uma história intestinal marcante que aponta para outra etiologia.

Questão 58

O quadro clínico descreve um clássico caso de Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU), que é a principal causa de insuficiência renal aguda em crianças. A identificação baseia-se na tríade característica presente nos exames do paciente:

1. Anemia hemolítica microangiopática: observada pela hemoglobina baixa (7,1 g/dL), reticulócitos elevados (10%) e, fundamentalmente, pela presença de esquizócitos (fragmentos de hemácias) no esfregaço de sangue periférico.
2. Plaquetopenia: contagem de 95.000/mm³.
3. Lesão renal aguda: creatinina elevada (2 mg/dL) para a idade de 4 anos.

A epidemiologia reforça o diagnóstico: o contato com gado (fazenda) é fator de risco para a infecção pela *Escherichia coli* produtora de toxina Shiga (STEC/EHEC). O quadro costuma iniciar com diarreia (muitas vezes sanguinolenta) que evolui para a SHU após alguns dias.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o *Campylobacter* possa causar disenteria, ele não explica a tríade de anemia com esquizócitos, plaquetopenia e insuficiência renal. Além disso, o uso de quinolonas (levofloxacina) não é a conduta de primeira linha para diarreias bacterianas comuns em crianças de 4 anos.

b) Incorreta. A *Shigella dysenteriae* tipo 1 pode causar SHU, mas a história de contato com gado aponta preferencialmente para *E. coli*. Mais importante: o tratamento da

SHU não foca no uso de ceftriaxona para a disenteria em si, mas sim no suporte clínico das complicações multissistêmicas. O uso de antibióticos na suspeita de SHU por *E. coli* é controverso e muitas vezes contraindicado, pois pode aumentar a liberação de toxinas.

c) Incorreta. A *Yersinia enterocolitica* causa dor abdominal intensa (podendo simular apendicite) e diarreia, mas não justifica os achados hematológicos (esquizócitos e plaquetopenia) e a falência renal apresentados.

d) Incorreta. A *Salmonella* pode causar quadros graves e sepse, mas a evolução com esquizócitos e insuficiência renal aguda isolada sem sinais claros de choque séptico direciona o diagnóstico para a microangiopatia trombótica da SHU, e não para uma infecção sistêmica comum por *Salmonella*.

e) Correta. O quadro fecha perfeitamente com infecção por *E. coli* entero-hemorrágica (EHEC) complicada por Síndrome Hemolítica Urêmica. O histórico de fazenda de gado é o gatilho epidemiológico clássico. A conduta é a internação para suporte clínico rigoroso, incluindo controle hidroeletrolítico, manejo da hipertensão e da uremia, e suporte transfusional ou dialítico, se necessário. Antibióticos devem ser evitados nessa condição.

Questão 59

A hipótese diagnóstica principal para este quadro é uma reação distônica aguda, que é um tipo de efeito extrapiramidal. O quadro clínico de opistótono (corpo curvado para trás), hipertonia, espasmos musculares e face parkinsoniana em uma criança que foi medicada para vômitos é clássico da intoxicação ou efeito adverso de bloqueadores dopaminérgicos.

Alternativa a) Incorreta. O dimenidrato é um anti-histamínico de primeira geração utilizado como antiemético. Seus principais efeitos colaterais são a sedação profunda e a sonolência. Em casos de intoxicação grave, pode causar a síndrome anticolinérgica (caracterizada por pupilas dilatadas, pele seca, febre e agitação), mas não costuma provocar os sintomas motores extrapiramidais descritos.

Alternativa b) Incorreta. Embora a clorpromazina seja um antipsicótico da classe dos fenotiazínicos que bloqueia receptores de dopamina e possa, teoricamente, causar esses sintomas, ela não é uma medicação de rotina utilizada para tratar quadros agudos de vômitos e diarreia em crianças de 2 anos em prontos-atendimentos.

Alternativa c) Incorreta. A ondansetrona é um antagonista dos receptores de serotonina (5-HT₃). Atualmente, é o antiemético de escolha na pediatria justamente

por não possuir ação dopaminérgica, o que significa que ela não causa reações extrapiramidais como o opistótono e o parkinsonismo, apresentando um perfil de segurança muito superior.

Alternativa d) Correta. A metoclopramida é um bloqueador dos receptores D2 de dopamina. Em crianças, devido à imaturidade do sistema nervoso central, essa medicação atravessa facilmente a barreira hematoencefálica e causa frequentemente reações extrapiramidais agudas. Os sintomas apresentados pela paciente (espasmos, rigidez, hipertonia e opistótono) são manifestações típicas desse efeito adverso, sendo a causa mais provável no cenário de urgência pediátrica para tratamento de vômitos.

Alternativa e) Incorreta. A loperamida é um antidiarreico derivado opioide. Seu uso em crianças pequenas é perigoso e geralmente contraindicado, pois pode causar íleo paralítico (parada do movimento intestinal), distensão abdominal severa e depressão do sistema nervoso central, mas não está associada a reações de distonia ou parkinsonismo.

Questão 60

Esta questão aborda a conduta inicial no trauma pediátrico, seguindo os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support) e do PALS (Pediatric Advanced Life Support). O paciente apresenta um quadro de traumatismo cranioencefálico (TCE) moderado e politraumatismo após queda de altura.

Análise clínica:

O paciente apresenta Escala de Coma de Glasgow de 11 (Abertura ocular ao chamado = 3; Resposta verbal confusa = 4; Resposta motora de retirada à dor = 4). Sinais vitais estão compensados para a idade, embora no limite superior da frequência cardíaca, o que pode ser justificado pela dor da fratura e pelo estresse do trauma.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: O paciente apresenta indicação clara de Tomografia de Crânio devido ao mecanismo de trauma (queda de rampa), perda de consciência inicial e alteração do estado mental atual (Glasgow 11). Segundo os critérios de PECARN (para crianças acima de 2 anos), um escore de Glasgow abaixo de 15 ou história de perda de consciência associada a confusão mental exige imagem. A Tomografia de Coluna Cervical também é necessária, pois o paciente foi transportado em carro particular (sem imobilização pré-hospitalar adequada), apresenta alteração do nível de consciência (o que impede a avaliação clínica confiável da coluna) e

sofreu um trauma de energia considerável.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora a tipagem sanguínea possa ser solicitada em grandes traumas, a recomendação de iniciar soro de manutenção com apenas 1/3 da necessidade diária está errada. No trauma, a prioridade é a estabilização hemodinâmica e a manutenção da euvolemia. Além disso, essa conduta ignora a necessidade prioritária de diagnóstico das lesões neurológicas.

Alternativa (c) INCORRETA: A intubação nasotraqueal é contraindicada em pacientes com suspeita de trauma de base de crânio (sugerido pela laceração parietal e mecanismo de queda). Além disso, a indicação clássica de proteção de via aérea por rebaixamento de consciência ocorre com Glasgow menor ou igual a 8. O paciente em questão tem Glasgow 11 e mantém saturação de 95%.

Alternativa (d) INCORRETA: No trauma, a tríade letal (acidose, coagulopatia e hipotermia) deve ser evitada a todo custo. Infundir líquidos a 25 graus induziria hipotermia, o que piora o prognóstico do paciente, aumenta o sangramento e prejudica a função enzimática. Os fluidos devem ser aquecidos, se necessário.

Alternativa (e) INCORRETA: A monitorização da pressão intracraniana (PIC) é reservada para casos de TCE grave (Glasgow entre 3 e 8) com alterações tomográficas específicas. O tratamento da fratura de antebraço é secundário à estabilização do quadro neurológico e à avaliação de lesões que coloquem a vida em risco (ABCDE do trauma). Primeiro deve-se diagnosticar a extensão da lesão cerebral antes de encaminhar ao centro cirúrgico para procedimentos ortopédicos.

Questão 61

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro clínico de G.M.V. apresenta elementos clássicos que direcionam para o diagnóstico de Doença Trofoblástica Gestacional, especificamente a Mola Hidatiforme Completa. Os principais achados são:

1. Discrepância entre Altura Uterina e Idade Gestacional: A paciente tem 17 semanas de gestação, mas o útero mede 20 cm. O útero maior que o esperado para a idade gestacional é um sinal clássico de mola, devido à proliferação trofoblástica e à presença de coágulos.
2. Sangramento vaginal escuro: Frequentemente descrito como "em suco de ameixa", é típico desta patologia.
3. Vômitos incoercíveis: Ocorrem devido aos níveis extremamente elevados de beta-hCG, que superestimulam o centro do vômito.

4. Hipertensão arterial precoce: O surgimento de pré-eclâmpsia (DHEG) antes das 20 semanas de gestação é um sinal patognomônico de mola hidatiforme. Em gestações normais, a hipertensão específica da gravidez só surge após a 20ª semana.
5. BCF inaudível: Na mola completa, não há formação de tecido fetal ou anexos, justificando a ausência de batimentos.
6. Taquicardia e fraqueza: Podem indicar tireotoxicose (hipertireoidismo secundário), já que a subunidade alfa do hCG é idêntica à do TSH, podendo estimular a tireoide.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. A prenhez ectópica íntegra geralmente apresenta-se com atraso menstrual, dor pélvica e útero vazio ou menor que o esperado. Não justifica uma altura uterina de 20 cm nem o quadro de hipertensão severa.
- b) Incorreta. No abortamento incompleto, o colo uterino encontra-se aberto (pérvio) ao exame físico, e a altura uterina costuma ser menor do que a esperada para a idade gestacional, pois parte do conteúdo já foi expelido. Além disso, não há associação direta com hipertensão precoce.
- c) Incorreta. No abortamento completo, o útero já se encontra vazio, contraído e de tamanho reduzido, com o colo fechado e cessação ou diminuição importante do sangramento. O hipertireoidismo é uma complicação possível da mola, mas o diagnóstico de aborto não se sustenta.
- d) Incorreta. Na ameaça de abortamento, há sangramento vaginal com colo do útero fechado, porém a altura uterina é condizente com a idade gestacional e, obrigatoriamente, o feto está vivo (BCF presente). O hipotireoidismo não explicaria a taquicardia nem os outros sintomas agudos.
- e) Correta. A alternativa correlaciona perfeitamente os achados clínicos. A mola hidatiforme completa explica o crescimento uterino exagerado, os vômitos (pelo hCG alto) e o sangramento. A complicação apresentada (hipertensão arterial 170x90 mmHg antes das 20 semanas) define o diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação associada ao quadro molar.

Questão 62

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A vacina contra a febre amarela é composta por vírus vivos atenuados. Embora seja evitada na rotina de gestantes, sua contraindicação é relativa. Em situações de surtos, viagens para áreas de alto risco ou quando o

benefício da proteção supera o risco potencial de infecção pelo vírus vacinal, a vacina pode ser administrada durante a gestação.

Alternativa b: Incorreta. A vacina contra o HPV (Papilomavírus Humano) não deve ser administrada durante a gestação. Não há dados de segurança suficientes que recomendem seu uso nesse período. Se uma mulher engravidar durante o esquema vacinal, as doses restantes devem ser adiadas para o período pós-parto.

Alternativa c: Incorreta. A vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) deve ser administrada em todas as gestações, a partir da 20ª semana, independentemente de a paciente ter recebido a dose em gestações anteriores. O objetivo principal é a transferência passiva de anticorpos contra a coqueluche para o feto, protegendo o recém-nascido até que ele complete seu próprio esquema vacinal.

Alternativa d: Correta. A paciente é suscetível à rubéola (IgG negativo). A vacina tríplice viral (que protege contra sarampo, caxumba e rubéola) é produzida com vírus vivos atenuados e é formalmente contraindicada durante a gestação devido ao risco teórico de transmissão viral ao feto. Por isso, a orientação correta é realizar a vacinação no puerpério para garantir a proteção futura da mulher.

Alternativa e: Incorreta. A vacina contra a hepatite B é recomendada para gestantes que não possuem imunidade prévia (Anti-HBs negativo), como é o caso da paciente. Ela pode ser iniciada em qualquer trimestre da gestação, seguindo o esquema de três doses (0, 1 e 6 meses), não havendo necessidade de aguardar até o terceiro trimestre.

Observação sobre a tipagem sanguínea: A questão informa que a gestante é A negativo e o parceiro é B negativo. Como ambos são Rh negativo, não há risco de isoimunização Rh, pois o feto será necessariamente Rh negativo. Esse dado funciona como um distrator em relação ao foco principal, que é a imunização.

Questão 63

A questão aborda o ultrassom morfológico de primeiro trimestre, exame realizado preferencialmente entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias de gestação, que possui objetivos que vão além da simples datação da gravidez, incluindo o rastreamento de anomalias cromossômicas e de complicações obstétricas.

Alternativa a: Incorreta. No primeiro trimestre, a regurgitação tricúspide é considerada um marcador secundário (ou "soft marker") para o rastreamento de aneuploidias, especialmente a trissomia 21. Embora possa estar associada a um risco aumentado de cardiopatias congênitas, ela não é classificada isoladamente como um

marcador maior de cardiopatias nesse período. O principal marcador ultrassonográfico para defeitos cardíacos e cromossomopatias no primeiro trimestre é o aumento da translucência nucal (TN).

Alternativa b: Correta. O Doppler das artérias uterinas é uma ferramenta fundamental no rastreamento combinado de pré-eclâmpsia (PE) no primeiro trimestre. A avaliação do índice de pulsatilidade (IP) médio das artérias uterinas, somada a fatores de risco maternos, pressão arterial média e biomarcadores séricos, permite identificar pacientes com alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia precoce (antes de 34 semanas), permitindo a intervenção profilática com aspirina.

Alternativa c: Incorreta. A avaliação do índice de pulsatilidade das artérias umbilicais não faz parte do protocolo padrão do ultrassom morfológico de primeiro trimestre. O Doppler da artéria umbilical tem sua utilidade clínica estabelecida no segundo e terceiro trimestres para vigilância da vitalidade fetal e diagnóstico de insuficiência placentária em casos de restrição de crescimento fetal. No primeiro trimestre, os vasos avaliados para rastreamento de aneuploidias e predição de desfechos são o ducto venoso e as artérias uterinas.

Alternativa d: Incorreta. Para que o cálculo de risco de trissomias (rastreamento combinado) seja válido seguindo os protocolos internacionais (como os da Fetal Medicine Foundation), o comprimento cabeça-nádega (CCN) do feto deve estar obrigatoriamente entre 45 mm e 84 mm. Valores abaixo de 45 mm ou acima de 84 mm não permitem a utilização das curvas de normalidade para a translucência nucal.

Alternativa e: Incorreta. A medida do colo uterino (cervicometria) é realizada para rastrear o risco de parto prematuro espontâneo. O padrão-ouro para essa medida é a via transvaginal, e não a transabdominal, pois a via abdominal sofre interferências da gordura subcutânea e da posição fetal, além de não permitir a visualização adequada do orifício interno. A recomendação de bexiga vazia está correta para evitar o alongamento artificial do colo, mas a via de acesso proposta torna a alternativa falsa.

Questão 64

Esta questão aborda as estratégias de rastreamento e prevenção do parto pré-termo, um dos temas mais prevalentes na obstetrícia moderna. Para respondê-la corretamente, é necessário conhecer os fatores de risco, a técnica de ultrassonografia cervical e as indicações de intervenções como a cerclagem.

Alternativa A: Incorreta. A desnutrição materna, o tabagismo e a vaginose bacteriana são fatores de risco bem estabelecidos para a prematuridade. O tabagismo está associado à restrição de crescimento e à ruptura prematura de membranas; a

desnutrição pode comprometer o suporte nutricional fetal; e a vaginose bacteriana provoca uma resposta inflamatória local que pode desencadear contrações uterinas e alterações cervicais precoces.

Alternativa B: Incorreta. O valor de corte mais aceito universalmente para a definição de colo curto, visando à prevenção de parto prematuro, é de 25 mm (e não 20 mm). Além disso, a tendência atual recomendada por diversas sociedades médicas, incluindo a FEBRASGO, é o rastreamento universal (para todas as gestantes) durante o exame morfológico do segundo trimestre (entre 18 e 24 semanas), e não apenas para gestantes com antecedentes de risco.

Alternativa C: Incorreta. Embora a recomendação de bexiga vazia esteja correta para evitar o alongamento artificial do colo, a via de escolha é a transvaginal. A mensuração transabdominal é considerada imprecisa devido à interferência da gordura abdominal, da posição fetal e da própria bexiga, que, se cheia, pressiona as paredes do colo dando uma falsa impressão de comprimento normal.

Alternativa D: Incorreta. O sinal do dedo de luva (também conhecido como afunilamento ou herniação de membranas) é a abertura do orifício interno do colo com a protrusão das membranas. Apesar de ser um sinal de alerta importante para a insuficiência istmocervical, ele não é um critério obrigatório ou essencial para o diagnóstico de colo curto. O diagnóstico baseia-se exclusivamente na medida linear da porção funcional (fechada) do canal cervical.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa descreve a indicação da chamada cerclagem secundária ou cerclagem baseada no ultrassom. Pacientes com histórico de parto prematuro espontâneo anterior (geralmente antes de 34 semanas) que, na gestação atual, apresentam encurtamento do colo uterino (menor que 25 mm) antes de 24 semanas, possuem indicação formal de cerclagem para reduzir o risco de recorrência da prematuridade.

Questão 65

A principal causa de hemorragia pós-parto (HPP) é a atonia uterina, responsável por aproximadamente 70 a 80 por cento dos casos. O manejo inicial de qualquer sangramento vaginal aumentado no pós-parto deve priorizar a identificação e o tratamento dessa condição, que faz parte do primeiro T (Tono) do mnemônico dos 4 Ts (Tono, Trauma, Tecido e Trombina).

Alternativa a: Incorreta. O exame especular é fundamental para diagnosticar lacerações de trajeto, que representam a causa Trauma. Embora seja um passo importante no protocolo de HPP, não é a primeira conduta voltada para a causa mais

frequente, que é a atonia uterina.

Alternativa b: Incorreta. A ultrassonografia pode auxiliar na identificação de restos placentários (causa Tecido), mas é um exame complementar. Em um quadro de sangramento agudo, a prioridade são as manobras clínicas imediatas e a estabilização da paciente, não sendo o primeiro passo.

Alternativa c: Incorreta. O teste do tubo seco é utilizado para avaliar a formação de coágulo e a presença de coagulopatias (causa Trombina). Esta é a causa menos comum de hemorragia pós-parto e não deve ser a conduta inicial.

Alternativa d: Correta. Diante da atonia uterina, que é a principal causa de HPP, a primeira medida manual é a massagem uterina bimanual (como a manobra de Hamilton). Essa ação estimula a contração das fibras miométriais e o fechamento dos vasos sanguíneos (ligaduras vivas de Pinard), sendo realizada simultaneamente à administração de ocitocina.

Alternativa e: Incorreta. A laparotomia exploradora é uma intervenção cirúrgica invasiva de grande porte. Ela é reservada para casos graves e refratários ao tratamento conservador (massagem e drogas uterotônicas) ou medidas compressivas (como o balão de Bakri). Como a paciente está estável hemodinamicamente, condutas menos invasivas devem ser priorizadas primeiro.

Questão 66

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de abdome agudo hemorrágico no primeiro trimestre da gestação (8 semanas). Os achados fundamentais para o diagnóstico são a dor abdominal de início súbito, a presença de sinais de irritação peritoneal (dor à descompressão brusca positiva) e a instabilidade hemodinâmica marcada por hipotensão (PA 80 x 50 mmHg), taquicardia (110 bpm) e palidez cutâneo-mucosa. Esse conjunto de sinais e sintomas indica sangramento maciço para a cavidade abdominal (hemoperitônio).

Análise das alternativas:

a) Mola hidatiforme: A doença trofoblástica gestacional costuma cursar com sangramento vaginal indolor (às vezes com saída de vesículas), útero com volume maior do que o esperado para a idade gestacional e níveis excessivamente altos de hCG. Não é uma causa comum de irritação peritoneal e choque hipovolêmico súbito, a menos que ocorra uma perfuração uterina, o que não foi sugerido pelo exame

físico.

b) Aborto retido: Caracteriza-se pela morte do embrião ou feto sem a sua expulsão. O colo uterino permanece fechado (impérvio) e a paciente costuma estar hemodinamicamente estável. Não apresenta sinais de peritonismo (dor à descompressão brusca), pois o conteúdo está restrito ao interior do útero.

c) Aborto incompleto: No aborto incompleto, parte do conteúdo ovular já foi expulso, mas restos permanecem no útero. O quadro clínico típico inclui sangramento vaginal moderado a intenso e dor tipo cólica, mas o colo uterino estaria aberto (pérvio) ao exame físico, o que difere do caso apresentado. Além disso, não justifica a dor à descompressão abdominal.

d) Torção de ovário: É uma causa de dor abdominal súbita e pode cursar com sinais de peritonismo e choque em casos graves. Entretanto, o quadro de atraso menstrual de 8 semanas e o sangramento vaginal escuro orientam o diagnóstico para uma complicação obstétrica direta. Na presença de gravidez confirmada e sinais de hemoperitônio, a gestação ectópica é a hipótese mais provável.

e) Prenhez ectópica rota: Esta é a alternativa correta. O rompimento de uma gravidez implantada fora do útero (geralmente na tuba uterina) causa sangramento intraperitoneal intenso. O quadro clínico típico é exatamente o descrito: dor abdominal aguda, sangramento vaginal discreto e escuro (devido à descamação da decídua), colo uterino fechado e sinais claros de choque hipovolêmico e irritação peritoneal. A idade gestacional de 8 semanas é o período mais comum para a ruptura tubária.

Questão 67

Para compreender esta questão, devemos revisar os critérios diagnósticos de hiperglicemia na gestação durante o primeiro trimestre, conforme as recomendações da FEBRASGO e do Ministério da Saúde:

1. Glicemia de jejum inferior a 92 mg/dL: Considerada normal no rastreio inicial. Esta paciente deverá realizar o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g) entre 24 e 28 semanas de idade gestacional.
2. Glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL: Define o diagnóstico de Diabetes Mellito Gestacional (DMG).
3. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL ou Hemoglobina Glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5% ou Glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL com

sintomas: Define o diagnóstico de Diabetes Mellito pré-existente, tecnicamente chamado de "overt diabetes".

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. De acordo com os critérios brasileiros, um valor de 92 mg/dL classifica a gestante como portadora de Diabetes Gestacional. No entanto, o gabarito oficial fornecido aponta a alternativa B como a correta. Isso ocorre frequentemente em questões de prova onde há um erro de digitação no enunciado (o valor de glicemia pretendido pelo examinador provavelmente seria maior ou igual a 126 mg/dL) ou quando se deseja testar especificamente o conceito de "overt diabetes".

Alternativa b) Correta (conforme gabarito). O termo "overt diabetes" refere-se ao diabetes diagnosticado durante a gestação, mas cujos níveis glicêmicos atingem os patamares de diagnóstico para diabetes fora do período gestacional. O critério padrão para essa classificação é uma glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL no primeiro trimestre.

Alternativa c) Incorreta. A solicitação de TOTG entre 24-28 semanas é reservada exclusivamente para gestantes que apresentaram glicemia de jejum inicial normal (menor que 92 mg/dL). Como a paciente já apresenta uma alteração glicêmica (92 mg/dL), o diagnóstico de hiperglicemia na gestação já está firmado, tornando o TOTG desnecessário.

Alternativa d) Incorreta. A hemoglobina glicada pode ser utilizada no rastreio inicial, mas, como a glicemia de jejum já foi realizada e apresenta valor diagnóstico (seja para DMG ou "overt diabetes", conforme o critério adotado), não há necessidade de complementação para fins diagnósticos.

Alternativa e) Incorreta. O tratamento inicial para o diabetes na gestação consiste em mudanças no estilo de vida, incluindo orientação nutricional e atividade física. O tratamento farmacológico, seja com insulina (padrão-ouro) ou metformina (em casos selecionados), só deve ser iniciado se as metas glicêmicas não forem atingidas após 1 a 2 semanas de dieta e exercícios.

Questão 68

Alternativa a: Correta. A determinação da corionicidade é mais fidedigna no primeiro trimestre de gestação, preferencialmente entre a 11ª e a 14ª semana. Esse é o período ideal porque a morfologia da inserção das membranas na placenta (sinais de lambda ou T) é claramente visível, o que permite definir se há uma ou duas placentas, informação crucial para o acompanhamento pré-natal.

Alternativa b: Incorreta. O sinal do lambda (ou sinal do twin-peak) é característico das gestações dicoriônicas. Ele representa a projeção de tecido placentário entre as duas camadas de córion e as duas de âmnio na base da membrana divisória, indicando que cada feto possui seu próprio córion.

Alternativa c: Incorreta. O sinal do T é característico das gestações monocoriônicas e diamnióticas. Ele ocorre quando a membrana divisória (formada apenas por dois âmnios, sem córion entre eles) se insere na placenta em um ângulo reto, assemelhando-se à letra T. Nas gestações monocoriônicas e monoamnióticas, não existe membrana divisória entre os fetos, logo não há sinal do T.

Alternativa d: Incorreta. Nem toda gestação dicoriônica e diamniótica é obrigatoriamente dizigótica (proveniente de dois óvulos). Se a divisão de um único ovo (monozigótica) ocorrer de forma muito precoce, até o terceiro dia após a fertilização (fase de mórula), a gestação resultará em dois córions e dois âmnios, sendo, portanto, dicoriônica e diamniótica.

Alternativa e: Incorreta. A síndrome da transfusão feto-fetal é uma complicação exclusiva de gestações monocoriônicas. Ela depende da existência de anastomoses vasculares profundas na placenta compartilhada, que geram um desequilíbrio no fluxo sanguíneo entre os fetos. Em gestações dicoriônicas, as placentas são funcionalmente independentes, não havendo comunicação vascular entre as circulações fetais.

Questão 69

A ultrassonografia transvaginal de primeiro trimestre segue uma ordem cronológica rígida de aparecimento das estruturas, refletindo o desenvolvimento biológico do conceito. Compreender essa sequência é fundamental para datar a gestação e identificar precocemente gestações não evolutivas ou ectópicas.

A sequência correta de aparecimento é:

1. Reação Decidual: É o espessamento e o aumento da ecogenicidade do endométrio sob influência hormonal (progesterona), preparando o útero para a implantação. É o sinal mais precoce, visível antes mesmo da delimitação nítida de uma cavidade com líquido.
2. Saco Gestacional: Primeira evidência direta da gestação, caracterizado por uma pequena coleção anecoica (líquida) envolta por um halo hiperecogênico, visível geralmente entre a 4ª e 5ª semana de gestação.
3. Vesícula Vitelínica: É a primeira estrutura a surgir dentro do saco gestacional, por

volta de 5 semanas a 5 semanas e meia. Sua presença confirma que a imagem visualizada é de fato um saco gestacional e não um pseudossaco (comum em prenhez ectópica).

4. Embrião: Torna-se visível como um pequeno polo sólido adjacente à vesícula vitelínica por volta da 6ª semana.

5. Batimentos Cardioembrionários: São detectados assim que o polo embrionário atinge dimensões mínimas (geralmente a partir de 2 mm de comprimento cabeça-nádega), ocorrendo simultaneamente ou logo após a visualização do embrião.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O embrião e os batimentos cardíacos não aparecem antes do saco gestacional e da vesícula vitelínica.

Alternativa b: Incorreta. A reação decidual é um fenômeno endometrial que precede a visualização do saco gestacional.

Alternativa c: Incorreta. Apresenta a ordem de forma quase invertida, colocando os batimentos (o último sinal da lista) como o primeiro a ser identificado.

Alternativa d: Correta. Descreve exatamente a sequência cronológica baseada na embriologia e na física do ultrassom: reação decidual (preparação), saco gestacional (alocação), vesícula vitelínica (nutrição inicial), embrião (o conceito em si) e batimentos (viabilidade).

Alternativa e: Incorreta. Coloca o embrião antes da vesícula vitelínica e a reação decidual como o último evento, o que é biologicamente impossível.

Questão 70

Alternativa a) Incorreta. O conceito atual divide a pré-eclâmpsia em dois grandes fenótipos. A pré-eclâmpsia precoce (antes de 34 semanas) é a que possui maior relação com a má placentação e isquemia placentária crônica. Já a pré-eclâmpsia tardia está mais associada a fatores constitucionais maternos e inflamação sistêmica.

Alternativa b) Incorreta. Embora seja o achado mais comum, a proteinúria não é mais considerada critério obrigatório para o diagnóstico. Na ausência de proteinúria, o diagnóstico de pré-eclâmpsia pode ser firmado se houver hipertensão de início recente associada a qualquer um dos seguintes sinais de gravidade: plaquetopenia, insuficiência renal, alteração da função hepática, edema agudo de pulmão ou sintomas visuais e cerebrais.

Alternativa c) Incorreta. Estudos mostram que o montante da proteinúria (mesmo acima de 5 gramas em 24 horas) não se correlaciona diretamente com o prognóstico materno ou fetal. Por isso, a proteinúria maciça foi retirada dos critérios de gravidade

da doença nas diretrizes mais recentes (ACOG e FEBRASGO).

Alternativa d) Incorreta. A eclâmpsia ocorre predominantemente antes do parto (anteparto) ou durante o trabalho de parto. O período pós-parto responde por uma porcentagem menor dos casos (cerca de 20 a 30%), embora ainda exija vigilância clínica.

Alternativa e) Correta. A relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina é uma ferramenta diagnóstica validada e prática. O ponto de corte de 0,3 tem excelente correlação com a coleta de urina de 24 horas (superior a 300 mg), sendo um critério oficial para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Questão 71

A análise do caso clínico é fundamental para diferenciar as principais causas de sangramento na segunda metade da gestação. A paciente apresenta 36 semanas de gestação, histórico de duas cesáreas anteriores e um quadro de sangramento vaginal vermelho-vivo, de início súbito e, crucialmente, indolor (nega dor e nega contrações). Além disso, os sinais vitais maternos estão estáveis e o batimento cardíaco fetal (BCF) está normal (140 bpm).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O descolamento prematuro de placenta (DPP) caracteriza-se por dor abdominal intensa, de início súbito, associada a sangramento vaginal (geralmente escuro) e hipertonia uterina (útero de madeira). É comum haver repercussão hemodinâmica materna e sinais de sofrimento fetal agudo, o que não foi observado neste caso.

Alternativa b) Correta. A placenta prévia é a hipótese diagnóstica mais provável. O quadro clássico é o de sangramento vermelho-vivo, indolor, espontâneo, de repetição e com tônus uterino normal. A estabilidade hemodinâmica materna e o bem-estar fetal no momento do exame corroboram essa hipótese. Vale ressaltar que a paciente possui um fator de risco importante: duas cesáreas anteriores, que aumentam significativamente a chance de implantação baixa da placenta.

Alternativa c) Incorreta. A vasa prévia ocorre quando vasos fetais atravessam as membranas e se posicionam à frente da apresentação fetal. O sangramento tipicamente ocorre logo após a ruptura das membranas (amniorrexe). Como o sangue perdido é de origem fetal, o quadro evolui rapidamente para bradicardia fetal e morte, o que é incompatível com o BCF de 140 bpm descrito.

Alternativa d) Incorreta. A rotura de seio marginal apresenta um quadro clínico muito semelhante ao da placenta prévia, com sangramento indolor e boa vitalidade fetal. No entanto, é um diagnóstico de exclusão, sendo confirmado geralmente pelo exame histopatológico da placenta após o parto (presença de coágulo organizado na margem placentária). Diante do histórico de cesáreas e da apresentação típica, a placenta prévia é a alternativa mais correta em provas de residência.

Alternativa e) Incorreta. A rotura uterina é uma complicação gravíssima que geralmente ocorre durante o trabalho de parto, especialmente em úteros com cicatrizes prévias. O quadro clínico envolve dor abdominal excruciante, interrupção das contrações, recuo da apresentação fetal (sinal de Reas), sangramento vaginal variável e choque materno. O quadro clínico da paciente é de estabilidade e ausência de dor, descartando esta hipótese.

Questão 72

Texto Original:

A puberdade precoce verdadeira, também conhecida como puberdade precoce central, é caracterizada pela ativação prematura do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Isso significa que o organismo da criança passa a secretar de forma pulsátil o hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), o que estimula a hipófise a produzir LH e FSH, levando ao desenvolvimento das gônadas e à produção de esteroides sexuais (estrogênio nas meninas).

Alternativa (a): Correta. O tratamento de escolha para a puberdade precoce central consiste na administração de análogos de GnRH de ação prolongada (como o acetato de leuprolida). Diferentemente do GnRH natural, que é secretado em pulsos, a medicação fornece um estímulo contínuo aos receptores hipofisários. Essa estimulação constante causa uma dessensibilização (down-regulation) dos receptores de GnRH na hipófise, bloqueando a secreção de LH e FSH. Com isso, interrompe-se a progressão dos caracteres sexuais e a aceleração da idade óssea, preservando o potencial de estatura final da paciente.

Alternativa (b): Incorreta. A terapia com estrogênio teria o efeito oposto ao desejado. Ela é indicada para casos de atraso puberal ou hipogonadismo, visando estimular o surgimento de caracteres sexuais secundários. Em uma menina com puberdade precoce, o estrogênio agravaria os sintomas e aceleraria ainda mais o fechamento das epífises ósseas.

Alternativa (c): Incorreta. A combinação de estrogênio e progesterona é utilizada em contextos de contracepção hormonal ou terapia de reposição em adultos. Não tem indicação no tratamento de supressão da puberdade precoce verdadeira.

Alternativa (d): Incorreta. A progesterona isolada (como a medroxiprogesterona) chegou a ser utilizada no passado para suprimir a menstruação em casos de puberdade precoce, mas ela não é eficaz na supressão completa do eixo hormonal e não traz benefícios comprovados para a estatura final da criança. Por isso, foi substituída pelos análogos de GnRH.

Alternativa (e): Incorreta. A hidrocortisona é o tratamento específico para a Hiperplasia Adrenal Congênita, uma condição que pode causar puberdade precoce periférica (ou pseudopuberdade isossexual/heterossexual) devido ao excesso de androgênios adrenais. No entanto, ela não é o tratamento para a puberdade precoce verdadeira (central), que depende da ativação das gonadotrofinas.

Questão 73

Alternativa a) Incorreta. Embora a endometriose seja tipicamente uma doença de mulheres em idade reprodutiva, existem relatos documentados na literatura médica de ocorrência em meninas pré-púberes e até mesmo em homens (geralmente relacionada ao uso de altas doses de estrogênio no tratamento de câncer de próstata). Portanto, não se pode afirmar categoricamente que a doença não os acomete.

Alternativa b) Incorreta. A tomografia computadorizada de pelve não possui boa sensibilidade e especificidade para a detecção de focos de endometriose, especialmente os pequenos implantes peritoneais. Os exames de imagem de escolha, com protocolos específicos, são a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética de pelve.

Alternativa c) Incorreta. O biomarcador sérico que pode estar elevado e é utilizado em alguns protocolos de acompanhamento da endometriose é o CA-125. O CA 19-9 é um marcador mais relacionado a neoplasias do trato gastrointestinal e biliopancreático. Vale lembrar que o CA-125 tem baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico inicial, não sendo recomendado como exame de triagem isolado.

Alternativa d) Correta. A laparoscopia permanece sendo o padrão-ouro (*gold standard*) para o diagnóstico da endometriose. Ela permite a inspeção direta da cavidade peritoneal, a identificação visual de implantes, aderências e endometriomas, além de possibilitar a realização de biópsia para confirmação histopatológica e o tratamento cirúrgico imediato das lesões encontradas.

Alternativa e) Incorreta. Estudos clínicos demonstram que tanto os anticoncepcionais orais combinados quanto os progestagênios isolados são eficazes no controle da dor

associada à endometriose. Não há superioridade terapêutica estabelecida dos combinados sobre os isolados no que diz respeito ao alívio da dor pélvica e da dismenorreia. A escolha entre eles deve ser baseada no perfil da paciente e em possíveis contraindicações ao uso de estrogênios.

Questão 74

Esta questão aborda as atualizações recentes nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, que incorporaram o teste de DNA-HPV como tecnologia primordial no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 2024/2025.

Alternativa a) Incorreta. O início do rastreamento permanece aos 25 anos de idade para mulheres que já iniciaram a vida sexual, seguindo a mesma faixa etária da recomendação anterior baseada em citologia. A idade de 30 anos é utilizada em alguns protocolos internacionais, mas o Ministério da Saúde do Brasil manteve o início aos 25 anos.

Alternativa b) Incorreta. O teste de DNA-HPV oncogênico (com genotipagem para os tipos 16 e 18) passa a ser o método de rastreamento primário, e não secundário. Ele substitui a citologia como o primeiro exame a ser realizado na rotina de triagem.

Alternativa c) Correta. As novas diretrizes brasileiras recomendam o rastreamento primário apenas com o teste de DNA-HPV. Se o resultado for negativo, o intervalo de seguimento é de 5 anos. Se for positivo para HPV, realiza-se a citologia (chamada de citologia reflexa) a partir da mesma amostra ou de nova coleta. A estratégia de realizar os dois exames ao mesmo tempo em todas as mulheres (coteste) não é recomendada para o rastreamento populacional no SUS por questões de custo-efetividade e gestão.

Alternativa d) Incorreta. Uma das inovações da implementação do teste de HPV é a flexibilidade na coleta. A amostra pode ser obtida por profissionais de saúde capacitados (como enfermeiros), e a diretriz incentiva inclusive a autocoleta (realizada pela própria mulher em ambiente privado ou na unidade de saúde) como estratégia para aumentar a cobertura do rastreamento.

Alternativa e) Incorreta. O rastreamento deve ser encerrado aos 64 anos, desde que a mulher tenha pelo menos dois exames citológicos negativos nos últimos 10 anos ou, na nova lógica, um teste de DNA-HPV negativo recente. A alternativa está incorreta ao simplificar o encerramento a apenas um teste negativo após os 64 anos, sem considerar o histórico prévio de rastreio exigido pelos protocolos de segurança.

Questão 75

Alternativa a: Esta alternativa está incorreta. Atualmente, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda a vacinação contra o HPV para meninas e meninos na mesma faixa etária, que compreende dos 9 aos 14 anos de idade. A distinção que iniciava a vacinação de meninos apenas aos 11 anos foi eliminada para simplificar a estratégia vacinal e aumentar a proteção coletiva.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta de acordo com as diretrizes mais recentes. Em abril de 2024, o Ministério da Saúde alterou o esquema vacinal para o público de 9 a 14 anos, passando a adotar uma dose única (esquema de 1 dose), substituindo o esquema anterior de duas doses. O objetivo é ampliar a adesão e facilitar a logística de vacinação.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. O PNI não estabelece uma estratégia de resgate universal para pessoas de 15 a 30 anos na rotina do calendário nacional. O foco prioritário do programa permanece na faixa etária de 9 a 14 anos e nos grupos com condições médicas específicas.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A vacina contra o HPV é exclusivamente profilática, ou seja, preventiva. Ela induz a formação de anticorpos para evitar que uma futura infecção ocorra. Ela não possui efeito terapêutico e não serve para tratar infecções persistentes, verrugas genitais ou lesões precursoras de câncer que já estejam presentes no paciente.

Alternativa e: Esta alternativa está correta. O Ministério da Saúde disponibiliza a vacina quadrivalente para grupos em condições clínicas especiais, o que inclui pessoas vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea e pacientes oncológicos. Para esses grupos, a vacinação é indicada para homens e mulheres na faixa etária de 9 a 45 anos. Diferente do público geral, o esquema para esses pacientes é de três doses (administradas nos meses 0, 2 e 6).

Questão 76

Para resolver essa questão, é necessário identificar a fase de vida da paciente, a indicação de tratamento e a via de administração mais segura com base no seu perfil clínico.

Análise Clínica:

A paciente tem 49 anos e apresenta sintomas clássicos de transição menopáusicas ou menopausa, como fogachos (calorões), irritabilidade e distúrbios do sono. O valor de FSH (80 mUI/mL) é elevado, confirmando o estado de hipoestrogenismo. Como os sintomas estão prejudicando a qualidade de vida e não há contraindicações absolutas

(o antecedente de câncer de tireoide não impede o uso de hormônios sexuais), a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) é a conduta de escolha.

Critérios para escolha da TRH:

1. Presença de útero: A paciente possui útero (a única cirurgia prévia foi tireoidectomia). Em mulheres com útero preservado, é obrigatório associar um progestágeno ao estrogênio. O uso de estrogênio isolado causaria estímulo endometrial contínuo, aumentando significativamente o risco de hiperplasia e câncer de endométrio.
2. Comorbidades (Obesidade): A paciente é obesa (IMC 32). Em pacientes com risco cardiovascular aumentado, tabagistas, hipertensas ou obesas, a via transdérmica para o estrogênio é preferível à via oral. Isso ocorre porque a via transdérmica evita a primeira passagem hepática, não aumentando a síntese de fatores de coagulação e, conseqüentemente, não elevando o risco de eventos tromboembólicos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O estrogênio isolado é reservado apenas para mulheres histerectomizadas. Como esta paciente tem útero, o uso isolado de estrogênio é contraindicado pelo risco de câncer endometrial.

Alternativa b) Incorreta. A progesterona isolada não trata de forma eficaz os sintomas vasomotores (fogachos) causados pela falta de estrogênio no hipotálamo.

Alternativa c) Correta. É a melhor opção porque utiliza a via transdérmica para o estrogênio, garantindo maior segurança em relação ao risco de trombose na paciente obesa, e associa a progesterona para garantir a proteção do endométrio.

Alternativa d) Incorreta. Embora a combinação dos dois hormônios esteja correta para quem tem útero, a via oral para o estrogênio não é a ideal para uma paciente obesa, devido ao maior risco de tromboembolismo venoso em comparação à via transdérmica.

Alternativa e) Incorreta. A paroxetina (um inibidor seletivo da recaptação de serotonina) pode ser usada para tratar fogachos, mas é considerada uma terapia de segunda linha. Ela é indicada apenas quando a paciente tem contraindicações formais à terapia hormonal (como histórico de câncer de mama ou trombose prévia) ou quando opta por não usar hormônios, o que não é o caso aqui.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 77

A questão aborda a escolha do método anticoncepcional no puerpério imediato (3 dias após o parto) em uma paciente que amamenta exclusivamente. Para responder corretamente, devemos aplicar os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Alternativa a: Incorreta. O anticoncepcional combinado contém estrogênio, que é contraindicado nas primeiras 6 semanas de pós-parto em mulheres que amamentam. O estrogênio aumenta o risco de tromboembolismo venoso, que já está elevado no puerpério, e pode interferir negativamente na produção e na composição do leite materno.

Alternativa b: Incorreta. O anel vaginal também é um método combinado (estrogênio e progestogênio). Portanto, apresenta os mesmos riscos de trombose e interferência na lactação descritos para as pílulas combinadas, sendo contraindicado neste momento.

Alternativa c: Correta. O implante de etonogestrel é um método que contém apenas progestogênio. Ele é classificado como seguro para uso imediato após o parto, mesmo para mulheres que amamentam, não afetando a produção de leite ou o desenvolvimento do bebê. Por ser um método de longa duração (LARC) e alta eficácia, é uma opção ideal para ser oferecida antes da alta hospitalar, garantindo a contracepção segura.

Alternativa d: Incorreta. O momento da inserção do DIU (seja de levonorgestrel ou de cobre) é fundamental. A recomendação é que a inserção ocorra nas primeiras 48 horas após o parto ou somente após 4 semanas. Entre 48 horas e 4 semanas (período em que a paciente se encontra, no PO3), o risco de expulsão do dispositivo e de perfuração uterina é muito elevado devido à involução uterina, sendo classificado como Critério 3 da OMS (os riscos geralmente superam os benefícios).

Alternativa e: Incorreta. O injetável trimestral contém apenas progestogênio e poderia ser utilizado. No entanto, em questões de prova que comparam progestogênios no puerpério, o implante e os métodos de longa duração costumam ser considerados superiores pela maior taxa de continuidade e eficácia. Além disso, existe uma discussão teórica sobre evitar o pico hormonal do injetável nos primeiros dias de vida do recém-nascido, preferindo-se métodos com liberação mais estável ou aguardando 6 semanas, embora a OMS o classifique como Critério 2 (os benefícios superam os riscos) para uso imediato. O implante permanece como a resposta mais robusta e adequada ao cenário clínico exposto.

Questão 78

ANÁLISE DO CASO

A questão apresenta uma menina de 9 anos que iniciou o desenvolvimento de mamas (telarca) e pelos pubianos (pubarca) aos 8 anos de idade. No exame físico atual, ela se encontra no estágio II de Tanner (M2P2).

O ponto principal para a resolução desta questão é o marco cronológico da puberdade feminina. Pelos critérios clínicos e consensos de endocrinologia pediátrica, a puberdade é considerada precoce em meninas quando os caracteres sexuais secundários surgem antes dos 8 anos de idade. Como a paciente iniciou o quadro aos 8 anos, ela está dentro da faixa considerada normal (fisiológica), que compreende o início entre os 8 e 13 anos de idade.

O corrimento mucoide relatado (iniciado há 3 meses) é a chamada leucorreia fisiológica. Esse fenômeno ocorre devido à descamação e maturação do epitélio vaginal por ação do estrogênio produzido pelos ovários durante a puberdade. É um sinal de que o corpo está sob influência estrogênica normal e costuma preceder a menarca (primeira menstruação) em cerca de 6 a 12 meses.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Para o diagnóstico de puberdade precoce (central ou periférica), os sinais de desenvolvimento mamário ou de pelos deveriam ter aparecido antes dos 8 anos de idade. A paciente iniciou aos 8 anos, o que é o limite inferior da normalidade.

Alternativa b) Incorreta. Além de a idade de início estar na faixa da normalidade, a puberdade precoce periférica costuma apresentar uma evolução asincrônica ou sinais de virilização (como clitoromegalia), o que foi expressamente descartado pelo exame físico da questão.

Alternativa c) Incorreta. A telarca precoce é o desenvolvimento isolado de tecido mamário antes dos 8 anos de idade, sem outros sinais de puberdade. No caso descrito, a paciente já possui 9 anos e apresenta tanto telarca quanto pubarca, configurando o início da puberdade propriamente dita.

Alternativa d) Incorreta. A pubarca precoce é definida como o aparecimento isolado de pelos pubianos, axilares ou odor axilar antes dos 8 anos em meninas, geralmente associada à adrenarca. A paciente iniciou o quadro na idade esperada.

Alternativa e) Correta. O desenvolvimento puberal iniciado aos 8 anos e o estágio

Tanner II aos 9 anos são marcos perfeitamente fisiológicos. O corrimento mucoide sem sinais inflamatórios é um achado esperado da estimulação estrogênica normal desta fase.

Questão 79

Para compreender a questão, é fundamental diferenciar os dois principais índices utilizados na densitometria óssea: o T-score e o Z-score.

Alternativa (a) Incorreta. O parâmetro que reflete o risco absoluto de fraturas osteoporóticas em um período de dez anos é o FRAX (Fracture Risk Assessment Tool). O FRAX é um algoritmo que combina a densidade mineral óssea com diversos fatores de risco clínicos (como idade, histórico familiar e uso de corticoides) para estimar essa probabilidade. O T-score é apenas um dos componentes que podem ser inseridos nesse cálculo.

Alternativa (b) Incorreta. A comparação da densidade óssea do paciente com a média esperada para pessoas da mesma idade, sexo e etnia define o Z-score. Este índice é particularmente importante na avaliação de crianças, adolescentes, mulheres na pré-menopausa e homens com menos de 50 anos, ajudando a identificar causas secundárias de perda óssea.

Alternativa (c) Correta. O T-score é definido como o número de desvios-padrão acima ou abaixo da média da densidade mineral óssea de uma população de adultos jovens saudáveis (geralmente entre 20 e 30 anos, no pico de massa óssea) do mesmo sexo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), este é o parâmetro utilizado para o diagnóstico de osteopenia e osteoporose em mulheres na pós-menopausa e homens acima de 50 anos.

Alternativa (d) Incorreta. O T-score não é uma medida de risco relativo temporal (dez anos). Ele é uma medida estatística de variação em relação a uma referência fixa (o pico de massa óssea). Embora um T-score baixo indique maior risco de fratura, ele não fornece, sozinho, uma porcentagem de risco em um intervalo de tempo específico.

Alternativa (e) Incorreta. A relação é exatamente a oposta. O T-score é expresso em valores que podem ser negativos. Quanto mais baixo (ou seja, mais negativo, como -3,0 em comparação a -1,0) for o T-score, menor é a densidade óssea do paciente e, conseqüentemente, maior é a fragilidade óssea e o risco de fraturas.

Resumo dos critérios da OMS baseados no T-score:

Normal: T-score até -1,0 desvio-padrão.

Osteopenia: T-score entre -1,1 e -2,4 desvios-padrão.

Osteoporose: T-score igual ou menor que -2,5 desvios-padrão.

Questão 80

O achado de calcificações em pipoca na mamografia é um sinal clássico e patognomônico de um fibroadenoma em processo de involução e calcificação. Esse fenômeno é comum em mulheres após a menopausa, como a paciente do caso (52 anos, menopausa há 1 ano). De acordo com o sistema BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System), esse tipo de calcificação é classificado como um achado tipicamente benigno, recebendo a categoria BI-RADS 2.

Por ser um achado de risco nulo para malignidade, não requer biópsias, exames de imagem adicionais ou tratamentos cirúrgicos. A conduta correta é a manutenção do rastreamento mamográfico de rotina, seguindo as orientações de periodicidade para a idade da paciente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A PAAF (punção aspirativa por agulha fina) é um procedimento citológico indicado para o esvaziamento de cistos volumosos/dolorosos ou para a avaliação de linfonodos. Não tem papel na avaliação de calcificações tipicamente benignas como as "em pipoca".

b) Incorreta. A mamotomia (biópsia percutânea a vácuo guiada por imagem) está indicada para microcalcificações suspeitas, geralmente classificadas como BI-RADS 4 ou 5. As calcificações grosseiras e em pipoca não possuem suspeição oncológica que justifique um procedimento invasivo.

c) Correta. Como o achado é BI-RADS 2 (benigno), a orientação correta é manter o controle mamográfico de rotina para a idade, sem necessidade de intervenção imediata ou investigação adicional.

d) Incorreta. O ultrassom de mamas é útil na avaliação de nódulos palpáveis ou para complementar a avaliação de mamas densas, onde a mamografia tem menor sensibilidade. No caso de calcificações benignas já bem caracterizadas pela mamografia, o ultrassom não traz benefício diagnóstico adicional.

e) Incorreta. A ressonância nuclear magnética (RNM) é um exame de alta tecnologia reservado para o rastreamento de pacientes de altíssimo risco (mutação BRCA, por exemplo), avaliação de próteses ou planejamento cirúrgico em casos de câncer já confirmado. Solicitar RNM para uma calcificação tipicamente benigna geraria custos

desnecessários e risco de resultados falso-positivos.

Questão 81

A alternativa correta é a (d).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A integralidade é um princípio do SUS que pressupõe a compreensão do indivíduo como um todo, englobando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Embora o Agente Comunitário de Saúde (ACS) seja fundamental para o vínculo e a busca ativa, a integralidade não é alcançada primariamente por ele, mas pela articulação de toda a rede de saúde e pelo trabalho multidisciplinar. Além disso, a função do ACS é ser o elo entre a comunidade e a equipe, e não apenas garantir o vínculo específico entre usuário e médico.

b) Incorreta. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 foi amplamente criticada justamente por deixar de considerar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o único modelo de organização da Atenção Básica para fins de financiamento federal, permitindo a criação de "Equipes de Atenção Básica" (EAB) sem a obrigatoriedade de Agentes Comunitários de Saúde ou de uma composição multidisciplinar rígida. Isso não promoveu um padrão homogêneo, mas sim uma maior diversidade (e possível fragmentação) de modelos.

c) Incorreta. A territorialização é uma ferramenta de planejamento e vigilância em saúde que delimita a área de atuação e a população sob responsabilidade da equipe. No entanto, a equipe de Saúde da Família não possui autonomia para gerenciar a agenda de serviços de média e alta complexidade; essa regulação é feita centralizadamente por complexos reguladores (como o SISREG), visando à equidade no acesso em nível municipal ou estadual.

d) Correta. As equipes eMulti (nome atual do antigo NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) operam por meio do apoio matricial. Esse conceito envolve o compartilhamento de casos e a construção conjunta de projetos terapêuticos entre especialistas (como psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas) e as equipes de referência (Saúde da Família). O objetivo é aumentar a resolutividade da atenção primária, permitindo que casos complexos sejam tratados no território e evitando encaminhamentos desnecessários para especialistas focais.

e) Incorreta. O modelo de financiamento "Previne Brasil", embora utilize a captação ponderada (levando em conta critérios de vulnerabilidade socioeconômica e perfil

demográfico) para buscar a equidade, é focado em um sistema de pagamento por desempenho baseado em indicadores específicos. Muitos sanitaristas argumentam que esse modelo pode colocar em risco a integralidade, pois induz a equipe a focar apenas nas metas batíveis e nos pacientes cadastrados para garantir o recurso, podendo negligenciar ações de promoção e prevenção mais amplas que não estão vinculadas aos indicadores de desempenho.

Questão 82

ANÁLISE DO CASO

O paciente em questão é um homem de 66 anos, ex-tabagista, com fatores de risco cardiovasculares (hipertensão, diabetes e hiperlipidemia), mas que se encontra assintomático e com exames de rastreamento de câncer colorretal e vacinação em dia. A questão exige o conhecimento das diretrizes de rastreamento populacional baseadas em evidências, especificamente para a faixa etária e o histórico de exposição.

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

O rastreamento do aneurisma de aorta abdominal (AAA) é recomendado para homens entre 65 e 75 anos que já fumaram em algum momento da vida (mesmo que tenham parado, como é o caso do paciente, que tem histórico de 15 anos-maço). A evidência (como as recomendações da USPSTF e de sociedades de cardiologia/cirurgia vascular) demonstra que a realização de um ultrassom de abdome total ou da aorta, uma única vez nessa faixa etária, reduz a mortalidade relacionada ao rompimento do aneurisma em ex-tabagistas do sexo masculino. Como o paciente tem 66 anos e histórico de tabagismo, o ultrassom é a conduta indicada.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Angiotomografia de coronárias: Não é recomendada como exame de rastreamento para pacientes assintomáticos, independentemente dos fatores de risco cardiovasculares. É um exame utilizado para estratificação em casos específicos de dor torácica duvidosa ou em cenários clínicos muito pontuais, mas não tem indicação em check-up de rotina para promoção da saúde.

b) Antígeno prostático específico (PSA): O rastreamento do câncer de próstata é um tema de decisão compartilhada entre médico e paciente para homens entre 55 e 69 anos. Embora pudesse ser discutido, o ultrassom abdominal para AAA em ex-tabagistas possui um nível de evidência de benefício populacional mais consolidado em diretrizes internacionais para essa faixa etária específica do que o

rastreamento universal com PSA.

c) Teste de esforço em esteira (ergométrico): Não há indicação de teste ergométrico para pacientes assintomáticos que já realizam atividade física vigorosa (como as longas caminhadas diárias citadas) sem apresentar sintomas. O rastreamento de doença arterial coronariana em indivíduos assintomáticos com exames de esforço não reduz eventos cardiovasculares e pode levar a procedimentos invasivos desnecessários.

d) Tomografia computadorizada de tórax de baixa dose: O rastreamento de câncer de pulmão é indicado para adultos de 50 a 80 anos com carga tabágica de pelo menos 20 anos-maço e que sejam fumantes ativos ou tenham parado há menos de 15 anos. O paciente em questão tem apenas 15 anos-maço e parou de fumar há 30 anos; portanto, não preenche os critérios para esse rastreamento.

Questão 83

Esta questão aborda os passos iniciais da investigação de um surto ou cluster (agregado) de doenças. Na epidemiologia de campo, existe uma sequência lógica de ações que deve ser respeitada para garantir a precisão dos achados e a eficácia das medidas de controle.

Alternativa A (Correta): De acordo com os protocolos de vigilância epidemiológica (como os do Ministério da Saúde e do CDC), os primeiros passos de uma investigação de surto são: 1) Confirmar o diagnóstico (revisar prontuários para verificar se os sinais e sintomas são consistentes e descartar erros); e 2) Confirmar a existência do surto (comparar o número de casos atuais com o limiar endêmico ou a série histórica da região para o mesmo período). Se o aumento não for real ou o diagnóstico for equivocado, não há surto a ser investigado. Portanto, esta é a ação prioritária.

Alternativa B (Incorreta): Embora a inspeção sanitária e a coleta de amostras sejam fundamentais, deslocar a equipe para inspecionar e interditar preventivamente todas as 15 barracas de forma imediata é uma medida precipitada. A investigação epidemiológica descritiva deve vir primeiro para direcionar as ações da vigilância sanitária para os pontos ou alimentos mais prováveis, evitando desperdício de recursos e danos econômicos desnecessários aos estabelecimentos.

Alternativa C (Incorreta): Comunicar à imprensa e à população que a feira é a "fonte confirmada" do surto logo no início da investigação é um erro técnico e ético grave. A confirmação da fonte exige a conclusão de estudos epidemiológicos (descritivos e, por vezes, analíticos) e laboratoriais. Divulgar informações não confirmadas pode gerar pânico, disseminar notícias falsas e causar prejuízos injustos.

Alternativa D (Incorreta): O estudo de caso-controle é uma ferramenta da epidemiologia analítica, utilizada para testar hipóteses e identificar o veículo específico de transmissão. No entanto, ele não é a fase inicial. Antes de partir para o estudo analítico, o investigador deve realizar a epidemiologia descritiva (caracterizar os casos por tempo, lugar e pessoa), definir o que é um "caso" para o estudo e confirmar se o surto de fato existe.

Alternativa E (Incorreta): A suspensão generalizada de eventos gastronômicos por 30 dias é uma medida desproporcional e sem fundamentação técnica no estágio atual da investigação. Medidas de controle populacional devem ser baseadas no risco e na evidência. Interromper atividades econômicas em todo o município antes mesmo de confirmar a origem do surto fere os princípios da proporcionalidade e da precaução na saúde pública.

Questão 84

Esta é uma questão clássica sobre o manejo da exposição ao vírus varicela-zóster (VVZ) durante a gestação. A paciente teve um contato relevante (festa familiar) com uma pessoa no período de transmissibilidade (a varicela é transmissível desde 48 horas antes do aparecimento das vesículas até que todas as lesões estejam em fase de crosta).

A análise das alternativas fundamenta-se nos protocolos de profilaxia pós-exposição em gestantes:

Alternativa (a) Incorreta: A vacina contra a varicela é composta por vírus vivos atenuados. Por essa razão, seu uso é terminantemente contraindicado durante a gestação, devido ao risco teórico de infecção fetal e síndrome da varicela congênita. A vacinação deve ser realizada apenas no puerpério, caso a paciente seja suscetível.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a imunoglobulina específica para varicela-zóster (VZIG) seja o tratamento indicado para gestantes suscetíveis expostas ao vírus, ela não é o primeiro passo neste caso. Como a paciente tem história vacinal e de doença prévia incertas, o protocolo recomenda primeiro verificar se ela já possui imunidade. Estima-se que a grande maioria dos adultos que não se lembram de ter tido a doença sejam, na verdade, imunes. A administração de imunoglobulina seria o próximo passo apenas se a sorologia (IgG) resultasse negativa.

Alternativa (c) Correta: Este é o próximo passo recomendado. Diante de uma história clínica incerta de imunidade em uma gestante exposta, deve-se realizar a sorologia (IgG) para VVZ com urgência. Se o IgG for positivo, a paciente é considerada imune e

nenhum tratamento adicional é necessário, tranquilizando a gestante. Se o IgG for negativo, procede-se à administração da imunoglobulina específica (idealmente em até 96 horas, mas podendo ser feita até 10 dias após a exposição).

Alternativa (d) Incorreta: O uso de antivirais como o valaciclovir ou aciclovir não é a conduta de escolha para a profilaxia pós-exposição primária em gestantes. Os antivirais são reservados para o tratamento da doença estabelecida (quando a gestante apresenta as lesões) ou em protocolos específicos de quimioprofilaxia secundária quando a imunoglobulina não está disponível, o que não é a conduta padrão inicial.

Alternativa (e) Incorreta: A conduta expectante é perigosa. A varicela na gestante pode evoluir com complicações graves, como a pneumonia herpética, que apresenta alta morbimortalidade materna. Além disso, a infecção perto do parto pode levar à varicela neonatal grave. Portanto, a investigação da suscetibilidade é obrigatória para intervir, se necessário.

Questão 85

Esta questão avalia o conhecimento sobre epidemiologia clínica, especificamente sobre as limitações dos desenhos de estudos observacionais.

A alternativa correta é a letra (d).

Para entender por que o viés de confusão é a principal ameaça, devemos analisar a natureza do estudo descrito:

Um estudo de caso-controle retrospectivo foi utilizado para avaliar a eficácia de um tratamento. Diferentemente de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR), no qual a distribuição dos pacientes entre os grupos é feita de forma aleatória (neutralizando variáveis de confusão conhecidas e desconhecidas), em estudos retrospectivos, os grupos já chegam "prontos". O pesquisador tenta parear os grupos e controlar variáveis (como idade e comorbidades), mas nunca consegue garantir que os dois grupos sejam perfeitamente comparáveis.

Sempre haverá o risco de que fatores não medidos ou desconhecidos (como a gravidade específica do quadro clínico no momento da decisão terapêutica ou o viés de seleção do médico que prescreveu o novo tratamento) tenham influenciado o resultado mais do que o tratamento em si. Isso é o que chamamos de viés de confusão: quando uma variável externa está associada tanto à exposição (o novo tratamento) quanto ao desfecho (sobrevivência), distorcendo a associação real.

Análise das alternativas incorretas:

a) Ausência de um grupo placebo: Em doenças graves e raras, como a síndrome antifosfolípide catastrófica, muitas vezes é antiético usar placebo puro. O estudo comparou o "novo tratamento" com o "tratamento usual", o que é um comparador válido. O problema maior não é a falta de placebo, mas a falta de randomização.

b) Baixo poder estatístico: O poder estatístico refere-se à capacidade do estudo de detectar uma diferença quando ela realmente existe. O estudo encontrou um resultado estatisticamente significativo (OR: 0,51 com IC95% que não inclui o valor 1), o que sugere que, para a amostra analisada, o poder foi suficiente para demonstrar uma associação.

c) Efeito Hawthorne: Este efeito ocorre em estudos prospectivos, quando os participantes mudam seu comportamento apenas por saberem que estão sendo observados. Como este é um estudo retrospectivo (análise de prontuários de eventos passados), o efeito Hawthorne não se aplica.

e) Raridade da síndrome antifosfolípide catastrófica: A raridade da doença justifica a escolha do desenho de estudo (caso-controle) e o tamanho reduzido da amostra, mas a raridade em si não é uma ameaça à validade das conclusões. O que ameaça a validade é como o pesquisador lida com as limitações metodológicas desse desenho.

Questão 86

Análise do caso clínico:

A paciente está na 10ª semana de gestação e apresenta uma glicemia de jejum de 95 mg/dL. De acordo com o Consenso Brasileiro de Diabetes e as diretrizes do Ministério da Saúde, o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é estabelecido quando a glicemia de jejum, realizada no início da gestação, apresenta valores entre 92 mg/dL e 125 mg/dL. Se o valor fosse igual ou superior a 126 mg/dL, o diagnóstico seria de Diabetes Mellitus pré-existente (Overt Diabetes). Como o valor encontrado foi 95 mg/dL, o diagnóstico de DMG já está firmado.

Alternativa (a) Incorreta: O manejo inicial da náusea de fato envolve o fracionamento das refeições. No entanto, o pantoprazol não é a droga de escolha para o manejo de náuseas e vômitos na gestação; costuma-se iniciar com medidas dietéticas, piridoxina (vitamina B6) ou anti-hipertensivos específicos se necessário. Além disso, a alternativa ignora o achado patológico da glicemia de jejum, que é a prioridade clínica no momento.

Alternativa (b) Incorreta: O calendário de consultas de pré-natal recomenda

periodicidade mensal até a 28ª semana de gestação. Agendar para daqui a dois meses é um intervalo excessivo. Além disso, a presença de uma glicemia alterada (95 mg/dL) exige intervenção imediata e acompanhamento mais rigoroso, não permitindo classificar o seguimento como puramente de baixo risco sem intervenção.

Alternativa (c) Correta: Como a glicemia de jejum foi de 95 mg/dL (dentro da faixa de 92 a 125 mg/dL), o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional está estabelecido. A conduta imediata é iniciar as mudanças de estilo de vida, que incluem orientação nutricional adequada e atividade física (se não houver contraindicações), além de instituir a monitorização glicêmica capilar para verificar se essas medidas são suficientes para manter a euglicemia.

Alternativa (d) Incorreta: Ter sobrepeso (IMC 27,5) e antecedente de filho com peso elevado (3.850 g) são fatores de risco para diabetes gestacional e macrossomia, mas a conduta de escolha no momento não é o encaminhamento baseado apenas nesses fatores, e sim o tratamento do diagnóstico de DMG que já foi confirmado pelos exames laboratoriais apresentados.

Alternativa (e) Incorreta: O Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g) entre a 24ª e 28ª semana é reservado para gestantes que apresentaram glicemia de jejum normal (menor que 92 mg/dL) no primeiro trimestre. Como esta paciente já possui uma glicemia de jejum alterada no início da gestação (95 mg/dL), ela já tem o diagnóstico de DMG, não havendo necessidade de aguardar ou realizar o TOTG para confirmação.

Questão 87

Esta questão aborda os critérios (ou pontos de vista) propostos por Austin Bradford Hill em 1965 para avaliar se uma associação estatística observada em estudos epidemiológicos pode ser interpretada como uma relação de causalidade.

Alternativa A: Incorreta. A descrição apresentada refere-se ao critério da Consistência, e não ao da Coerência. A Consistência ocorre quando os mesmos resultados são obtidos por diferentes pesquisadores, em diferentes locais e com diferentes delineamentos de estudo. A Coerência, por sua vez, estabelece que a interpretação de causa e efeito não deve conflitar com os fatos conhecidos da história natural e da biologia da doença.

Alternativa B: Incorreta. A Analogia é considerada um dos critérios mais fracos de Hill. Ela sugere que, se uma exposição similar causa um desfecho conhecido (ex.: talidomida causando malformações), é razoável considerar que uma nova exposição similar possa causar desfechos semelhantes. Ela não permite transferência

quantitativa de evidências, servindo mais como um exercício de inferência qualitativa.

Alternativa C: Incorreta. Hill argumentava que a Plausibilidade Biológica é limitada pelo estado do conhecimento científico da época. Portanto, a ausência de um mecanismo biológico conhecido no momento da investigação não deve ser usada para descartar uma relação causal, pois a ciência pode ainda não ter descoberto tal mecanismo (como ocorreu inicialmente na relação entre cigarro e câncer de pulmão).

Alternativa D: Incorreta. Embora o uso de controles negativos e de exposições de falsificação seja uma ferramenta contemporânea valiosa na epidemiologia moderna para testar a robustez de associações, esses elementos não faziam parte dos nove pontos de vista originais descritos por Hill em seu artigo de 1965. O critério da Especificidade original de Hill sugeria que uma causa levaria a um único efeito, um conceito hoje considerado limitado para doenças crônicas.

Alternativa E: Correta. Entre todos os pontos de vista de Hill, a Temporalidade é o único consenso absoluto e indispensável. Para que um fator seja considerado causa, ele deve obrigatoriamente preceder o surgimento do efeito (desfecho). Se o desfecho ocorre antes ou simultaneamente à exposição em uma observação específica, a hipótese de causalidade direta para aquele caso é necessariamente refutada. Todos os outros critérios de Hill são guias que auxiliam o raciocínio, mas não são obrigatórios.

Questão 88

O ponto central para a resolução desta questão reside na interpretação dos dados clínicos e laboratoriais: o paciente apresenta um estado de pré-diabetes e segue uma dieta restritiva (vegana).

O valor de hemoglobina glicada (HbA1c) de 6,3% classifica o paciente na faixa de pré-diabetes (definida entre 5,7% e 6,4%). Estudos epidemiológicos demonstram que o risco de complicações macrovasculares, especificamente a doença cardiovascular (como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral), já está aumentado nessa fase, ocorrendo de forma contínua mesmo antes de o paciente atingir os critérios diagnósticos para diabetes mellitus (HbA1c maior ou igual a 6,5%).

Quanto à dieta vegana, a ausência de ingestão de proteínas de origem animal é o principal fator de risco para a deficiência de vitamina B12 (cobalamina), uma vez que essa vitamina não é encontrada em alimentos de origem vegetal. A deficiência de B12 é uma causa clássica de neuropatia periférica e degeneração combinada subaguda da medula. Além disso, o próprio estado de pré-diabetes já pode estar

associado a danos nervosos iniciais (neuropatia de pequenas fibras).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o risco cardiovascular esteja presente no pré-diabetes, a doença renal crônica dialítica é uma complicação microvascular extrema e tardia, que geralmente requer anos de diabetes mellitus franco e mal controlado para se desenvolver.

b) Correta. A alternativa contempla o risco macrovascular aumentado pelo pré-diabetes (doença cardiovascular) e o risco neurológico associado tanto à hiperglicemia intermediária quanto à potencial deficiência de vitamina B12 decorrente da dieta vegana (neuropatia periférica).

c) Incorreta. O comprometimento cognitivo pode ocorrer em pacientes metabólicos, mas a doença renal crônica não é a complicação de maior risco ou mais provável para alguém que ainda está no estágio de pré-diabetes e não apresenta outras comorbidades, como hipertensão descontrolada.

d) Incorreta. A retinopatia diabética é uma complicação microvascular que possui um "limiar" de aparecimento. Ela raramente é observada em pacientes com HbA1c abaixo de 6,5%. O risco de retinopatia torna-se clinicamente significativo apenas após o diagnóstico estabelecido de diabetes.

e) Incorreta. Novamente, a retinopatia não é a complicação esperada para o nível de glicemia atual do paciente (6,3%). As complicações microvasculares (retina e rim) são muito mais sensíveis ao controle glicêmico rigoroso e ao diagnóstico de diabetes do que as complicações macrovasculares.

Questão 89

Para escolher o teste estatístico correto nesta questão, é necessário identificar dois pontos fundamentais descritos no enunciado: a natureza dos grupos e o tipo de variável que está sendo analisada. O estudo compara dois grupos distintos e independentes (não pareados): um que passou por cirurgia e outro que realizou tratamento conservador. A variável analisada é a dor, que, em estudos clínicos, é coletada por meio de escalas (como a Escala Visual Analógica) e tratada estatisticamente como uma variável numérica para a comparação de médias.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A ANOVA (Análise de Variância) de medidas repetidas é

utilizada quando o pesquisador deseja comparar a média de uma mesma variável em três ou mais momentos diferentes no mesmo grupo de indivíduos (por exemplo: avaliar a dor do grupo cirúrgico antes da cirurgia, 1 mês após e 6 meses após). O enunciado deixa claro que os grupos são diferentes e não pareados.

Alternativa b) Incorreta. O coeficiente de correlação de Spearman é um teste utilizado para verificar a força e a direção da relação entre duas variáveis (por exemplo: verificar se, quanto maior a idade do paciente, maior é o seu nível de dor). Ele não serve para comparar se um tratamento foi superior ao outro.

Alternativa c) Incorreta. O teste do qui-quadrado é aplicado a variáveis categóricas nominais, ou seja, quando os dados são frequências ou proporções (por exemplo: comparar a quantidade de pacientes que tiveram alta versus os que permaneceram internados entre os dois grupos). Para comparar intensidades de dor em escalas numéricas entre grupos, ele não é o teste de primeira escolha.

Alternativa d) Incorreta. A regressão logística é um modelo estatístico complexo usado para prever a probabilidade de ocorrência de um desfecho binário (sim ou não, como "óbito" ou "cura") com base em uma ou mais variáveis explicativas. Não é um teste simples de comparação de médias.

Alternativa e) Correta. O teste t para amostras independentes (ou teste t de Student) é o procedimento estatístico padrão para comparar as médias de uma variável numérica entre dois grupos independentes e não relacionados. Como o objetivo é comparar as classificações de dor entre o grupo cirúrgico e o grupo conservador, este é o teste apropriado para identificar se existe diferença significativa entre as intervenções.

Questão 90

O ponto central para resolver esta questão é a estratificação de risco cardiovascular do paciente. De acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (SBC), a presença de doença aterosclerótica subclínica (identificada neste caso por placas nas carótidas no Doppler, mesmo que menores que 50%) classifica automaticamente o paciente como de ALTO RISCO cardiovascular.

Análise das alternativas:

a) Correta. Como o paciente possui placas carotídeas, ele é classificado como de alto risco cardiovascular. Para essa categoria, a meta de LDL preconizada pelas diretrizes brasileiras é inferior a 70 mg/dL e uma redução de pelo menos 50% do valor basal. Atualmente, ele utiliza rosuvastatina 10 mg (estatina de moderada intensidade), e

seu LDL é 121 mg/dL, o que está significativamente acima da meta. Portanto, intensificar para uma dose de alta intensidade (rosuvastatina 40 mg ou 20 mg) é a conduta prioritária e baseada em evidências para redução de eventos maiores.

b) Incorreta. O paciente possui pré-diabetes (HbA1c 5,9% e glicemia 102 mg/dL), mas a metformina é indicada na prevenção do diabetes prioritariamente para pacientes com IMC acima de 35 kg/m², idade inferior a 60 anos ou mulheres com histórico de diabetes gestacional. Além disso, a dose de 850 mg três vezes ao dia é excessiva para um início de tratamento, e a intervenção no estilo de vida é a primeira escolha.

c) Incorreta. Embora os agonistas do receptor de GLP-1 (como semaglutida ou liraglutida) tenham excelentes benefícios na redução de peso e proteção cardiovascular, eles são indicados formalmente em pacientes com diabetes tipo 2 estabelecido e alto risco CV ou obesidade. No contexto de uma prova de residência, diante de placas de carótida e LDL fora da meta, o manejo da dislipidemia com estatina de alta potência precede o uso dessas medicações para prevenção cardiovascular primária.

d) Incorreta. A pressão arterial do paciente (138 x 86 mmHg) está acima da meta recomendada para pacientes de alto risco (que seria < 130 x 80 mmHg). No entanto, o objetivo de < 120 x 70 mmHg não é o padrão-ouro absoluto para este perfil clínico, e a intensificação do controle lipídico, dada a presença de placa, é considerada mais urgente e impactante conforme as opções apresentadas.

e) Incorreta. O escore FIB-4 é utilizado para rastrear fibrose hepática em pacientes com doença hepática gordurosa não alcoólica (atualmente chamada de esteato-hepatite metabólica — MASH). Embora o paciente tenha obesidade e discreta elevação de transaminases, a pioglitazona não é a droga de escolha inicial aqui, especialmente pelo risco de ganho ponderal e edema, não sendo a conduta de "maior relevância" frente ao risco de infarto e AVC derivado das placas carotídeas.

Questão 91

Para resolver essa questão, precisamos analisar dois conceitos fundamentais de bioestatística aplicados a estudos de coorte: o tamanho da amostra (refletido na precisão) e a significância estatística (refletida no intervalo de confiança em relação à linha de nulidade).

****Conceitos-chave:****

1. ****Tamanho da Amostra e Intervalo de Confiança (IC):**** A largura da barra horizontal (o intervalo de confiança) é inversamente proporcional ao tamanho da

amostra.

- **Intervalo largo:** Menor precisão, o que sugere uma **menor amostra**.
- **Intervalo estreito:** Maior precisão, o que sugere uma **maior amostra**.

2. **Significância Estatística:** Em estudos que utilizam Risco Relativo (RR), o valor de nulidade é **1,0**.

- Se o intervalo de confiança **toca ou cruza a linha do 1,0**, o resultado **não tem significância estatística** (o valor de p é maior que 0,05).

- Quanto mais longe o intervalo estiver da linha de nulidade e quanto mais estreito ele for, maior será a significância estatística (menor o valor de p).

Análise da Imagem:

* **Estudo A:** Possui o intervalo mais estreito de todos. Portanto, é o que apresenta a **maior amostra**. Como está totalmente à direita do 1,0 e é muito preciso, teria uma alta significância.

* **Estudo B:** Possui a barra horizontal mais longa (o intervalo mais largo). Portanto, é o estudo que apresenta a **menor amostra**.

* **Estudo D:** É o único estudo cujo intervalo de confiança cruza a linha vertical do $RR = 1,0$. Isso significa que ele é o estudo com a **menor significância estatística** (cl clinicamente, ele não conseguiu demonstrar associação).

Análise das Alternativas:

A questão solicita, respectivamente, o estudo de **menor amostra** e o de **maior significância**. No entanto, observando o gabarito oficial (letra D), nota-se que há uma inversão comum em enunciados de provas. Para que a alternativa (d) seja a correta, a questão deveria pedir o estudo de **menor significância** e o de **menor amostra**.

* **a) Incorreta (A; D):** A representa a maior amostra (mais preciso) e D, a menor significância.

* **b) Incorreta (B; A):** Esta seria a resposta estrita para "menor amostra e maior significância", mas não corresponde ao gabarito oficial indicado.

* **c) Incorreta (C; E):** Ambos são estudos com precisão e significância intermediárias.

* **d) CORRETA (D; B):** Seguindo a lógica do gabarito para esta questão (frequente em concursos como o PSU-MG), o estudo **D** é apontado como o de **menor significância** (pois cruza a linha de nulidade) e o estudo **B**, como o de **menor amostra** (pois possui o intervalo mais largo).

* **e) Incorreta (E; C):** Semelhante à alternativa C, são valores intermediários.

****Resumo Didático:****

Para identificar a ****menor amostra****, procure a ****barra mais comprida**** (Estudo B). Para identificar a ****menor significância****, procure o estudo que ****toca ou atravessa a linha do 1,0**** (Estudo D). O gabarito D (D; B) inverte a ordem da pergunta do enunciado ou assume a busca pelos dois extremos de "fragilidade" estatística do gráfico.

Questão 92

Análise geral: A questão exige o conhecimento dos quatro níveis de prevenção aplicados à saúde ocupacional do médico, especificamente no contexto da síndrome de burnout (SB). A prevenção primária atua sobre os fatores de risco (organizacionais); a secundária foca no diagnóstico precoce (rastreamento); a terciária visa à reabilitação e à redução de sequelas; e a quaternária busca evitar o excesso de intervenções médicas e a iatrogenia.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve com precisão uma estratégia de prevenção quaternária. A síndrome de burnout é frequentemente um fenômeno relacionado ao ambiente de trabalho e à organização do sistema de saúde. Ao instituir uma revisão por pares antes da prescrição de psicofármacos, o plano estratégico busca evitar que problemas de ordem laboral sejam tratados exclusivamente como transtornos psiquiátricos individuais. Isso previne a medicalização desnecessária da vida e protege o residente de possíveis efeitos colaterais de medicamentos que não tratam a causa raiz (o ambiente de trabalho), caracterizando a prevenção da iatrogenia.

Alternativa B (Incorreta): Promover discussões sobre o clima do programa e buscar o equilíbrio entre vida pessoal e profissional são medidas de prevenção primária. A prevenção primária ocorre antes do surgimento da doença, visando a remover ou reduzir os fatores de risco e estressores. A alternativa erra ao classificar essa ação como prevenção secundária.

Alternativa C (Incorreta): Esta alternativa descreve ações de prevenção terciária, que é a fase de reabilitação para quem já apresenta a síndrome estabelecida, visando a minimizar a incapacidade laboral e as complicações. Contudo, o enunciado gera uma confusão conceitual ao sugerir reabilitação para residentes de "risco". Além disso, a alternativa A é tecnicamente superior ao abordar a prevenção quaternária, um tema muito cobrado em provas recentes para destacar o papel da organização frente ao sofrimento do médico.

Alternativa D (Incorreta): A aplicação periódica de instrumentos validados como o

Maslach Burnout Inventory (MBI) é, de fato, o exemplo clássico de prevenção secundária (rastreamento). No entanto, em concursos médicos, quando se discute burnout e prevenção quaternária, a alternativa que foca na desmedicalização de problemas sistêmicos costuma ser considerada a resposta "mais correta" ou a "atitude correta" frente ao paradigma atual da medicina preventiva, que critica o rastreamento em massa sem mudanças estruturais.

Alternativa E (Incorreta): Reduzir a carga horária e garantir folgas semanais são intervenções de prevenção primária fundamentais, pois modificam o ambiente de risco. Entretanto, a implementação de um sistema de "alerta de colega" para reporte anônimo não é uma prática recomendada pelas diretrizes de saúde mental ocupacional, pois pode gerar desconfiança entre os pares e quebra de sigilo, e não substitui a responsabilidade da diretoria em monitorar o ambiente de forma institucional e ética.

Questão 93

A resolução desta questão baseia-se nas diretrizes de rastreamento oncológico para a população transgênero. O ponto fundamental é entender que o rastreamento deve ser orientado pelos órgãos e tecidos presentes no corpo do indivíduo, independentemente da identidade de gênero.

Análise da alternativa correta:

Alternativa (c) solicitar mamografia: O paciente é um homem transgênero de 51 anos que não realizou a mastectomia masculinizante (o exame físico descreve mamas em estágio 5 de Tanner e uso de colete/binder). Segundo as diretrizes nacionais e internacionais, homens trans que mantêm o tecido mamário devem seguir os mesmos protocolos de rastreamento de câncer de mama indicados para mulheres cisgênero. Aos 51 anos, ele entra na faixa etária recomendada para o rastreamento mamográfico periódico.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a) encaminhar para ginecologia para um teste de Papanicolaou: Esta conduta está incorreta porque o paciente foi submetido a uma histerectomia. Se a cirurgia foi total (incluindo a retirada do colo do útero) e não houve histórico de lesões precursoras de alto grau ou câncer cervical, o rastreamento citopatológico não é mais necessário.

Alternativa (b) encaminhar para reconstrução masculinizante do tórax: Embora a cirurgia de afirmação de gênero (mastectomia) seja um desejo comum e uma opção

para homens trans, a questão foca na conduta de manutenção da saúde e no rastreamento preventivo imediato para a idade atual. Além disso, mesmo que ele opte pela cirurgia no futuro, o rastreamento deve ser feito enquanto o tecido mamário estiver presente.

Alternativa (d) solicitar o teste genético BRCA: Testes genéticos para mutações BRCA1 e BRCA2 não são exames de rastreio populacional. Eles são indicados apenas para pacientes com critérios específicos, como forte histórico familiar de câncer de mama ou ovário em idade jovem, o que não foi relatado no caso clínico.

Alternativa (e) suspender a testosterona: Não há indicação clínica para suspender a terapia hormonal. O paciente está satisfeito com os resultados, os níveis hormonais laboratoriais estão normais e não há contraindicações agudas mencionadas. A testosterona é fundamental para a saúde mental e o bem-estar do homem transgênero em transição.

Resumo do raciocínio médico: No cuidado de pacientes transgênero, a regra de ouro é: "Se o órgão está presente, ele deve ser rastreado conforme as normas para aquele tecido". Como o paciente tem 51 anos e possui mamas, a mamografia é a conduta correta.

Questão 94

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um idoso de 78 anos com múltiplos fatores de risco para quedas (Geriatría: Gigantes da Geriatría - Instabilidade Postural). Ele apresenta:

1. Hipotensão ortostática documentada (queda de 22 mmHg na pressão sistólica ao se levantar), provavelmente agravada pelo uso de clortalidona e doxazosina.
2. Osteoartrite de joelhos com limitação funcional.
3. Déficit de mobilidade (Teste Timed Up and Go de 15 segundos; o normal esperado é abaixo de 10-12 segundos).
4. Uso de medicações potencialmente inapropriadas para idosos (Critérios de Beers), como glibenclamida (risco de hipoglicemia) e anti-inflamatório (diclofenaco).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O rastreio universal e de rotina para demência em idosos assintomáticos (sem queixas cognitivas relatadas pelo próprio ou por familiares) não é recomendado pelas principais diretrizes, como a USPSTF. Embora o paciente tenha sofrido uma queda, o quadro clínico sugere fortemente causas mecânicas e hemodinâmicas (hipotensão ortostática e osteoartrite), e não necessariamente um

déficit cognitivo como causa primária.

Alternativa b) Incorreta. Embora a atualização vacinal seja importante, a vacina contra herpes-zóster preferencial atualmente é a recombinante (inativada), e não a de vírus vivo atenuado para esta faixa etária em muitos protocolos. Além disso, a vacinação, apesar de necessária, não aborda a prioridade clínica imediata do paciente, que é o risco iminente de novas quedas e a perda de funcionalidade.

Alternativa c) Incorreta. Esta conduta é perigosa para o paciente. Ele já apresenta hipotensão ortostática (PA cai para 110 x 68 mmHg em pé). Intensificar a meta pressórica para níveis inferiores a 120 mmHg aumentaria drasticamente o risco de síncope, quedas e fraturas decorrentes da hipoperfusão cerebral postural. No idoso frágil ou com risco de queda, as metas de PA e controle glicêmico devem ser mais flexíveis.

Alternativa d) Correta. De acordo com as diretrizes de prevenção de quedas em idosos (como o relatório da AGS/BGS e o World Falls Guidelines), a intervenção mais eficaz para um idoso que já caiu e apresenta déficit de equilíbrio ou marcha é o exercício físico multicomponente. Este programa deve incluir treinamento de força (resistido), equilíbrio e marcha. Além de prevenir novas quedas, o exercício é o tratamento de primeira linha para a osteoartrite, melhorando a dor e a capacidade funcional, permitindo que o paciente retome suas atividades sociais.

Alternativa e) Incorreta. A desprescrição da glibenclamida e a reavaliação da doxazosina são condutas adequadas (devido ao alto risco de hipoglicemia e hipotensão ortostática, respectivamente). No entanto, a substituição por glimepirida (outra sulfonilureia) mantém o risco de hipoglicemia, ainda que menor. Além disso, a investigação exaustiva de arritmias não é a prioridade inicial, visto que a "tontura" tem nítida característica posicional, compatível com a hipotensão ortostática já diagnosticada no exame físico. A intervenção funcional (exercício) é considerada a estratégia primária e mais abrangente neste cenário.

Questão 95

Análise do Caso Clínico:

O paciente em questão tem 48 anos e apresenta diversos fatores de risco cardiovascular: sedentarismo, dieta inadequada, sobrepeso (IMC 28,5 kg/m²), circunferência abdominal aumentada (99 cm), histórico familiar de doença arterial coronariana precoce e uma pressão arterial (PA) que, embora não atinja os critérios para diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), situa-se na faixa de pré-hipertensão (121-139 / 81-89 mmHg). Além disso, possui alterações lipídicas limítrofes.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, uma PA de 128 x 84 mmHg é classificada como pré-hipertensão. Embora a reavaliação anual seja citada em alguns protocolos para pacientes de baixo risco, este paciente possui múltiplos fatores de risco metabólicos e familiares. Afirmar que não há necessidade de "intervenções imediatas" é um erro, pois mudanças no estilo de vida (MEV) devem ser iniciadas prontamente para prevenir a progressão para HAS e reduzir o risco cardiovascular.

Alternativa (b) Incorreta: O termo técnico correto é "pré-hipertensão", e não "hipertensão limítrofe". Embora a conduta de focar em mudanças no estilo de vida e reavaliar em curto prazo (3 a 6 meses) esteja correta para o nível de pressão apresentado, a nomenclatura da classificação invalida a alternativa.

Alternativa (c) Incorreta: As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das Sociedades Brasileiras de Cardiologia para adultos são de, no mínimo, 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada por semana, ou 75 a 150 minutos de intensidade vigorosa. O valor de 320 minutos mencionado na alternativa não é o padrão estabelecido pelas diretrizes vigentes.

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta fundamental. Diante de um paciente com fatores de risco somados (idade, histórico familiar, dislipidemia, sobrepeso e pré-hipertensão), a estratificação do risco cardiovascular global (usando escores como o de Framingham ou o Escore de Risco Global) é indispensável. É essa estratificação que definirá as metas terapêuticas para o LDL-colesterol e decidirá se o tratamento da PA ou da dislipidemia exigirá intervenção farmacológica precoce, caso as mudanças de estilo de vida não sejam suficientes.

Alternativa (e) Incorreta: A dieta DASH é, de fato, recomendada. No entanto, o erro reside na quantidade de sódio. As diretrizes recomendam a restrição de sódio para menos de 2 gramas por dia (o que equivale a aproximadamente 5 gramas de sal de cozinha). A alternativa sugere 4 gramas de sódio, o que é o dobro do recomendado para o controle pressórico e a redução do risco cardiovascular.

Questão 96

Análise do Caso Clínico:

O paciente em questão apresenta obesidade grau II (IMC de 35,9 kg/m²) com histórico de efeito sanfona (perda e ganho de peso recorrentes) desde a infância. Ele relata uma ingestão calórica de 1.800 kcal/dia, que é inferior ao seu gasto energético basal estimado (1.940 kcal/dia), mas seu peso está estabilizado (platô). Este é um cenário clássico de adaptação metabólica, onde o corpo reduz o gasto energético em resposta a dietas restritivas crônicas. O desafio principal não é apenas perder peso, mas manter a perda a longo prazo e superar o platô metabólico.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora o paciente tenha um IMC de 35,9 kg/m², o que poderia qualificá-lo para cirurgia bariátrica caso houvesse comorbidades graves (como diabetes tipo 2, apneia do sono ou hipertensão resistente), o exame físico e os exames laboratoriais mostram que ele está metabolicamente estável (glicemia normal, pressão arterial controlada e sem medicamentos). Além disso, a cirurgia é geralmente considerada após a falha documentada do tratamento clínico otimizado, que ainda pode ser intensificado com atividade física estruturada.

Alternativa (b) Incorreta: A terapia comportamental-dialética é uma abordagem específica voltada principalmente para transtornos de personalidade (como o transtorno borderline) ou transtornos alimentares graves, como a compulsão alimentar. Embora o apoio psicológico seja útil na obesidade, não há evidências no enunciado de que o paciente sofra de um transtorno que exija especificamente essa modalidade de terapia como a "próxima intervenção de maior utilidade".

Alternativa (c) Correta: O exercício físico desempenha um papel fundamental, não tanto na perda de peso isolada, mas crucialmente na manutenção do peso perdido e na superação do platô metabólico. Para indivíduos que buscam manutenção de peso a longo prazo e melhora da composição corporal, as diretrizes sugerem um volume de atividade física superior ao da população geral (frequentemente entre 200 a 300 minutos por semana). Como o paciente já consome menos calorias do que seu metabolismo basal e o peso está estagnado, aumentar o gasto energético através de um programa estruturado de exercícios é a intervenção mais lógica e eficaz para aumentar o déficit calórico sem precisar reduzir ainda mais a comida, o que poderia piorar a adaptação metabólica.

Alternativa (d) Incorreta: Inibidores de apetite catecolaminérgicos (como a dietilpropiona ou anfepramona) visam reduzir a ingestão calórica. No entanto, o paciente já relata uma ingestão de 1.800 kcal, que é baixa para um homem de 110 kg. O problema atual não parece ser o excesso de fome ou a incapacidade de

restringir calorias, mas sim o baixo gasto energético e o platô. O uso de medicação pode ser considerado no futuro, mas o aumento da atividade física é prioridade para a saúde metabólica e manutenção do peso.

Alternativa (e) Incorreta: Embora o ajuste de macronutrientes (como aumentar a proteína) possa ajudar na saciedade e na preservação da massa magra, o enunciado foca na "próxima intervenção adicional de maior utilidade" para atingir os objetivos de longo prazo. O aumento do gasto energético via exercício físico tem um impacto muito mais robusto na reversão do platô metabólico e na manutenção do peso em comparação com ajustes finos na proporção de proteínas da dieta, dado que ele já pratica uma restrição calórica diligente.

Questão 97

Texto Original:

O caso clínico descreve um trabalhador rural com exposição crônica e agudizada a organofosforados e carbamatos. Esses compostos agem inibindo a enzima acetilcolinesterase, responsável pela degradação do neurotransmissor acetilcolina. O acúmulo de acetilcolina nas fendas sinápticas gera a chamada síndrome colinérgica, que se manifesta por efeitos muscarínicos (miose, bradicardia, salivação excessiva, broncorreia) e efeitos nicotínicos (fasciculações, tremores, fraqueza muscular).

Alternativa A (Correta): A confirmação laboratorial da intoxicação por esses agentes é feita por meio da mensuração da atividade das colinesterases. A colinesterase plasmática (pseudocolinesterase) é um marcador sensível de exposição recente, enquanto a colinesterase eritrocitária (colinesterase verdadeira) é mais específica e reflete a gravidade e a exposição crônica. Em casos de intoxicação por esses agrotóxicos, espera-se encontrar valores reduzidos dessas enzimas, confirmando o diagnóstico.

Alternativa B (Incorreta): O erro técnico está na nomenclatura. Os organofosforados e carbamatos são inibidores (ou anticolinesterásicos) da enzima colinesterase, e não agonistas. Eles impedem o funcionamento da enzima, levando ao excesso de acetilcolina.

Alternativa C (Incorreta): Embora piretroides possam causar sintomas neurológicos, a síndrome apresentada pelo paciente é clássica da toxicidade colinérgica (presença de miose, bradicardia e salivação intensa). Os piretroides atuam prolongando a abertura dos canais de sódio, mas não explicam o quadro muscarínico sistêmico descrito no enunciado.

Alternativa D (Incorreta): Fraqueza muscular e fasciculações são sinais de

hiperestimulação de receptores nicotínicos na junção neuromuscular devido ao excesso de acetilcolina. O termo "síndrome avançada medular" não é uma terminologia médica reconhecida para descrever as complicações dessa exposição. As complicações neurológicas conhecidas são a Síndrome Intermediária e a Polineuropatia Tardia Induzida por Organofosforados.

Alternativa E (Incorreta): O tratamento na fase aguda realmente envolve a atropina para bloquear os efeitos muscarínicos (como a bradicardia e a salivação). No entanto, o EDTA é um agente quelante utilizado exclusivamente para intoxicações por metais pesados (como o chumbo). Para a intoxicação por organofosforados, utilizam-se as oximas (como a pralidoxima), que atuam na reativação da enzima acetilcolinesterase.

Questão 98

Análise do caso: O paciente apresenta DPOC com sintomas persistentes (mMRC grau 3) apesar do uso correto da terapia inalatória com dupla broncodilatação (LAMA + LABA). Ele possui baixo risco de exacerbação (apenas uma exacerbação moderada no último ano) e contagem de eosinófilos baixa (96 células/mm^3), o que influencia diretamente a escolha da próxima conduta.

Alternativa A: Incorreta. Embora o controle da temperatura ambiente e os cuidados com a qualidade do ar sejam recomendações gerais úteis para evitar crises respiratórias, elas são medidas de suporte ambiental. Diante de um paciente com mMRC 3, o foco deve ser em intervenções clínicas que comprovadamente melhorem a capacidade funcional e a qualidade de vida.

Alternativa B: Incorreta. O diagnóstico e o acompanhamento da gravidade da obstrução na DPOC exigem a realização da espirometria pós-broncodilatador. O teste pré-broncodilatador isolado não define a obstrução fixa característica da doença e não é o parâmetro padrão para guiar o escalonamento terapêutico.

Alternativa C: Incorreta. As diretrizes de imunização para pacientes com DPOC foram atualizadas. Atualmente, a recomendação principal é o uso da vacina pneumocócica conjugada PCV20 em dose única ou a PCV15 seguida pela PPSV23. A sequência sugerida na alternativa (PPSV23 antes da PCV13) não é a conduta padrão atual.

Alternativa D: Incorreta. O escalonamento para a terapia tripla (LAMA/LABA + corticoide inalatório) não é indicado neste momento. O corticoide inalatório deve ser considerado principalmente em pacientes com histórico de exacerbações frequentes (duas ou mais moderadas ou uma hospitalização) ou com eosinófilos séricos acima de 300 células/mm^3 . Com eosinófilos abaixo de 100 células/mm^3 , o benefício do

corticoide é muito improvável e o risco de pneumonia aumenta.

Alternativa E: Correta. A reabilitação pulmonar é uma intervenção multidisciplinar com o maior nível de evidência para pacientes que permanecem sintomáticos (mMRC maior ou igual a 2) apesar do tratamento farmacológico otimizado. Ela foca no condicionamento físico e na educação do paciente, resultando em melhora significativa da dispneia, aumento da tolerância ao esforço e melhora da qualidade de vida, sendo a conduta mais adequada para este caso.

Questão 99

Esta questão aborda a conduta de profilaxia pós-exposição (PPE) para o vírus da hepatite A (VHA). O cenário envolve uma profissional de saúde (enfermeira de 32 anos) que teve contato com um caso confirmado em uma creche, ambiente de alto risco para surtos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A imunoglobulina padrão (IG) é indicada para profilaxia pós-exposição em grupos específicos: crianças menores de 1 ano, adultos com mais de 40 anos, pessoas imunocomprometidas ou com doença hepática crônica. Como a paciente tem 32 anos e é previamente hígida, a vacina é a preferência.

b) Correta. De acordo com os protocolos atuais (Ministério da Saúde e CDC), a vacina contra a hepatite A é a medida de escolha para profilaxia pós-exposição em pessoas saudáveis na faixa etária entre 1 e 40 anos. Para ser eficaz na prevenção da doença clínica, a dose deve ser administrada o mais rápido possível, preferencialmente dentro de 14 dias após a exposição. Além de prevenir a infecção atual, a vacina garante imunidade duradoura.

c) Incorreta. A solicitação de exames bioquímicos e perfil hepático não é a prioridade no momento da profilaxia pós-exposição em uma paciente assintomática. O objetivo imediato é a prevenção da doença e o bloqueio da cadeia de transmissão, e não o diagnóstico de uma hepatite que ainda estaria em período de incubação.

d) Incorreta. Embora a sorologia (anti-HAV IgG) pudesse identificar se a enfermeira já é imune, aguardar o resultado do exame poderia atrasar a administração da profilaxia dentro da janela de oportunidade de 14 dias. Em situações de surto ou bloqueio vacinal, a conduta prática é vacinar prontamente. Se ela já for imune, a vacina não trará prejuízos.

e) Incorreta. O seguimento observacional (conduta expectante) é inadequado, pois a

hepatite A é altamente contagiosa. A ausência de intervenção em um contato suscetível permite o desenvolvimento da doença e a continuidade da transmissão, o que é especialmente grave em uma enfermeira pediátrica.

Resumo do raciocínio: Em contatos de casos de hepatite A, a profilaxia pós-exposição deve ser feita em até 14 dias. Se o contato tiver entre 1 e 40 anos e for saudável, a vacina é a conduta de maior efetividade prática. Se tiver menos de 1 ano, mais de 40 anos ou for imunodeprimido, opta-se pela imunoglobulina.

Questão 100

Análise do caso clínico:

O cenário descreve uma falha assistencial e de vigilância. Uma gestante com sífilis (VDRL 1:64) não teve o tratamento documentado no e-SUS AB. O desfecho foi um parto prematuro e o óbito do recém-nascido por sepse e sífilis congênita, com notificação tardia e incompleta no SINAN.

Alternativa a: Incorreta. O linkage (vínculo de bancos de dados) é uma estratégia relevante, mas a alternativa propõe a vinculação entre e-SUS AB e SIH-SUS para recuperar variáveis do SINASC. Na prática da vigilância, o linkage prioritário para enriquecer a análise do óbito infantil ocorre entre o SIM (Mortalidade) e o SINASC (Nascidos Vivos), ou entre o SIM e o SINAN (Agravos). O SIH-SUS, por ser um sistema administrativo hospitalar, não é a fonte padrão para complementar dados do nascimento.

Alternativa b: Correta. O e-SUS AB (Atenção Primária) é o sistema onde devem constar todos os registros da assistência prestada na Unidade Básica de Saúde. Ele permite ao gestor auditar se o protocolo de pré-natal foi seguido, incluindo o número de consultas, o início precoce do acompanhamento e a realização de exames e tratamentos. É a ferramenta essencial para a gestão da qualidade do cuidado na ponta do sistema.

Alternativa c: Incorreta. Não existe um cruzamento automático entre o SINAN e o SIM que encerre casos sem intervenção manual. A integração dos sistemas ainda depende de rotinas de limpeza e vinculação de dados (linkage) realizadas pelas equipes de vigilância epidemiológica para garantir que os bancos sejam consistentes.

Alternativa d: Incorreta. O SisPreNatal foi o sistema precursor, mas atualmente o acompanhamento das gestantes na rede pública é integrado ao e-SUS AB. Não há a obrigatoriedade de um sistema à parte apenas por ser alto risco; a estratégia e-SUS é o modelo vigente para o monitoramento individualizado e populacional na Atenção Primária.

Alternativa e: Incorreta. O SIH-SUS utiliza dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para fins de faturamento e gestão hospitalar. Ele não é a base adequada para o cálculo de incidência municipal, pois registra apenas eventos que geraram internação no SUS, excluindo casos ambulatoriais ou do setor privado. A incidência oficial de sífilis é calculada via SINAN e a mortalidade via SIM.
