



USP

GABARITO | 2025 | SP | 120 Questões



Gabarito: USP

2025 | SP

1 - B	40 - B	79 - B	118 - D
2 - C	41 - B	80 - D	119 - B
3 - D	42 - B	81 - B	120 - C
4 - C	43 - A	82 - C	
5 - D	44 - A	83 - D	
6 - A	45 - D	84 - A	
7 - C	46 - B	85 - A	
8 - D	47 - C	86 - D	
9 - B	48 - D	87 - B	
10 - A	49 - B	88 - B	
11 - C	50 - B	89 - A	
12 - C	51 - B	90 - B	
13 - B	52 - B	91 - C	
14 - A	53 - A	92 - A	
15 - D	54 - A	93 - D	
16 - A	55 - D	94 - B	
17 - C	56 - C	95 - A	
18 - B	57 - D	96 - C	
19 - C	58 - C	97 - B	
20 - C	59 - C	98 - A	
21 - C	60 - C	99 - B	
22 - D	61 - C	100 - D	
23 - D	62 - B	101 - C	
24 - D	63 - C	102 - C	
25 - B	64 - C	103 - D	
26 - B	65 - A	104 - B	
27 - A	66 - C	105 - D	
28 - C	67 - A	106 - B	
29 - C	68 - D	107 - B	
30 - B	69 - B	108 - B	
31 - B	70 - B	109 - C	
32 - C	71 - D	110 - B	
33 - D	72 - D	111 - C	
34 - D	73 - A	112 - C	
35 - B	74 - B	113 - A	
36 - A	75 - B	114 - C	
37 - B	76 - B	115 - D	
38 - A	77 - C	116 - A	
39 - D	78 - B	117 - D	

Comentários e Explicações

Questão 1

O caso clínico apresenta uma paciente de 39 anos com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) em regime de imunossupressão tripla (prednisona, azatioprina e hidroxicloroquina). Ela desenvolve um quadro subagudo (4 semanas) de febre, sintomas respiratórios (tosse, dispneia e hipoxemia importante com saturação de 88%) e sinais de comprometimento sistêmico do sistema reticuloendotelial (hepatomegalia dolorosa e esplenomegalia). O ponto-chave é identificar doenças que causem, simultaneamente, comprometimento pulmonar e hepatoesplênico em um hospedeiro imunocomprometido.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o linfoma possa causar febre, hepatoesplenomegalia e sintomas respiratórios, a doença de Still do adulto é um diagnóstico de exclusão caracterizado por febre alta, artrite e exantema evanescente. Em uma paciente já diagnosticada com LES e sob imunossupressão, a principal preocupação deve ser com doenças oportunistas ou disseminação de infecções granulomatosas, tornando a doença de Still uma hipótese muito pouco provável para explicar o quadro de insuficiência respiratória aguda.

Alternativa b) Correta. Esta é a alternativa que melhor explica o quadro. Tanto a tuberculose (em sua forma miliar/disseminada) quanto a histoplasmose (em sua forma disseminada aguda/subaguda) são doenças granulomatosas que ocorrem com frequência em pacientes imunossuprimidos. Ambas explicam a febre prolongada, a dispneia com hipoxemia e tosse (muitas vezes com ausculta pulmonar limpa no início, como descrito) e a disseminação para fígado e baço, causando a hepatoesplenomegalia observada no exame físico.

Alternativa c) Incorreta. A pneumocistose (*Pneumocystis jirovecii*) é uma causa clássica de dispneia progressiva e hipoxemia com ausculta pulmonar normal em imunossuprimidos. No entanto, a pneumocistose é uma infecção restrita aos pulmões e não causa hepatoesplenomegalia. A sarcoidose pode causar ambos, mas o quadro agudo de febre e hipoxemia grave sugere mais fortemente uma etiologia infecciosa em uma paciente já lúpica.

Alternativa d) Incorreta. A endocardite infecciosa poderia causar febre e fenômenos embólicos pulmonares, mas a hepatoesplenomegalia maciça não é o achado clínico predominante esperado. A doença de Gaucher é uma doença de depósito de caráter genético e crônico, que causa hepatoesplenomegalia e citopenias, mas não se manifesta como um quadro febril agudo/subagudo com insuficiência respiratória em

uma paciente adulta previamente hígida quanto a essa patologia.

Conclusão: Diante de uma paciente imunossuprimida com febre, sintomas respiratórios e hepatoesplenomegalia, deve-se sempre suspeitar de doenças granulomatosas disseminadas, sendo a tuberculose e a histoplasmose as principais hipóteses diagnósticas.

Questão 2

Análise do GASA (Gradiente de Albumina Soro-Ascite):

Para diagnosticar a causa de uma ascite, o passo fundamental é calcular o GASA, que é a subtração da albumina do soro pela albumina do líquido ascítico.

$GASA = \text{Albumina Sérica (3,3 g/dL)} - \text{Albumina do Líquido Ascítico (2,3 g/dL)} = 1,0 \text{ g/dL}$.

Interpretação do GASA:

- GASA maior ou igual a 1,1 g/dL: indica hipertensão portal (ex.: cirrose, insuficiência cardíaca, trombose de veia porta).
- GASA menor que 1,1 g/dL: indica causas sem hipertensão portal (ex.: carcinomatose peritoneal, tuberculose peritoneal, síndrome nefrótica, pancreatite).

No caso em questão, o GASA é 1,0 g/dL (baixo gradiente). O líquido também apresenta proteínas totais elevadas (3,1 g/dL), o que é característico de exsudatos. Diante de um quadro de perda de peso, ascite com baixo GASA e proteínas altas, as principais suspeitas são tuberculose peritoneal e neoplasia (carcinomatose).

Alternativa (a) Incorreta: O uso de diuréticos, como a espironolactona, é o tratamento de escolha para ascites decorrentes de hipertensão portal (GASA alto). Para ascites com GASA baixo, o tratamento deve focar na causa-base (inflamatória, infecciosa ou neoplásica), e o quadro não costuma responder bem a diuréticos.

Alternativa (b) Incorreta: A insuficiência cardíaca congestiva pode causar ascite; porém, nesses casos, o GASA esperado seria elevado (maior ou igual a 1,1 g/dL), pois a fisiopatologia envolve um aumento da pressão hidrostática que é transmitido ao sistema porta (hipertensão portal pós-sinusoidal).

Alternativa (c) Correta: Como o paciente apresenta um GASA de 1,0 g/dL e proteínas totais de 3,1 g/dL, a tuberculose peritoneal torna-se um diagnóstico diferencial prioritário. A dosagem da adenosina deaminase (ADA) no líquido ascítico é um exame com alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de tuberculose em serosas. Como a citologia oncológica foi negativa, a investigação de TB é o próximo passo lógico e menos invasivo antes de se considerar uma biópsia peritoneal.

Alternativa (d) Incorreta: A infusão de albumina endovenosa é indicada em situações específicas, como na profilaxia de insuficiência renal na peritonite bacteriana espontânea (PBE) ou para reposição volêmica após paracenteses de grande volume (retirada de mais de 5 litros). O paciente não apresenta PBE (o número de neutrófilos no líquido é de apenas $56/\text{mm}^3$, enquanto o critério é $> 250/\text{mm}^3$) e a paracentese realizada foi apenas diagnóstica.

Questão 3

O quadro clínico descrito é clássico de uma hemorragia subaracnoidea (HSA) espontânea: cefaleia súbita de forte intensidade, que atinge o pico em poucos minutos (cefaleia em trovoadas ou *thunderclap headache*), acompanhada de náuseas e vômitos. A tomografia de crânio apresentada confirma o diagnóstico ao demonstrar imagens hiperdensas (brancas) preenchendo as cisternas da base e sulcos corticais, o que representa sangue no espaço subaracnoideo. A angiotomografia subsequente revelou a etiologia: a ruptura de um aneurisma sacular.

Uma das principais complicações da HSA é o vasoespasm cerebral, que pode levar à isquemia cerebral tardia, ocorrendo geralmente entre o 3º e o 14º dia após o evento inicial. O nimodipino é um bloqueador dos canais de cálcio com seletividade para a vasculatura cerebral e é o único medicamento com evidência de classe I (fortemente recomendado) para melhorar o prognóstico neurológico nesses pacientes, reduzindo a incidência de déficits isquêmicos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O atenolol é um betabloqueador utilizado principalmente para controle de hipertensão arterial crônica e certas arritmias. Não possui indicação no manejo agudo da HSA para prevenção de complicações isquêmicas.

b) Incorreta. A clonidina é um agonista alfa-2 de ação central usado como anti-hipertensivo. Embora o controle da pressão arterial seja importante na fase aguda da HSA para evitar o ressangramento, a clonidina não é a droga de escolha e não atua na prevenção do vasoespasm ou isquemia tardia.

c) Incorreta. O captopril é um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA). Assim como os anteriores, não tem papel na neuroproteção ou na prevenção das complicações específicas da hemorragia subaracnoidea.

d) Correta. O nimodipino deve ser iniciado precocemente para todos os pacientes

com HSA aneurismática (preferencialmente por via oral, 60 mg a cada 4 horas). Seu principal benefício não é necessariamente prevenir o vasoespasmó visível na angiografia, mas sim reduzir a ocorrência de isquemia cerebral tardia e melhorar o desfecho funcional do paciente.

Questão 4

A questão aborda o manejo transfusional em uma paciente com anemia falciforme, uma condição que frequentemente exige múltiplas transfusões ao longo da vida (paciente politransfundida). O foco é entender quais medidas preventivas são necessárias para minimizar complicações imunológicas crônicas nesses casos.

Por que a alternativa (c) está correta?

Pacientes com hemoglobinopatias, como a anemia falciforme e a talassemia, apresentam um risco muito elevado de aloimunização eritrocitária (produção de anticorpos contra antígenos do sangue do doador). Isso ocorre devido à exposição recorrente a diferentes antígenos sanguíneos. Para evitar reações hemolíticas e a dificuldade futura de encontrar bolsas compatíveis, é obrigatória a realização da fenotipagem estendida, no mínimo para os sistemas Rh (antígenos C, c, E, e) e Kell (antígeno K). Dessa forma, além de filtrar a bolsa para reduzir leucócitos, busca-se uma bolsa que "combine" com o fenótipo da paciente para esses sistemas específicos, prevenindo a formação de novos anticorpos.

Análise das alternativas incorretas:

a) Irradiação: A irradiação de hemocomponentes tem o objetivo de inativar linfócitos T do doador para prevenir a doença do enxerto contra o hospedeiro transfusional (TA-GVHD). Essa técnica é reservada para situações de imunodeficiência celular grave, transfusões intrauterinas, prematuros extremos ou quando o doador possui parentesco de primeiro grau com o receptor. A anemia falciforme, isoladamente, não é uma indicação para irradiação.

b) Leucodepleção: A leucodepleção (ou leucorredução) é o processo de filtração do sangue para remover os glóbulos brancos. O enunciado já afirma que a filtração será realizada ("além da filtração"). A leucodepleção serve para prevenir reações febris não hemolíticas, prevenir a transmissão de CMV e reduzir a aloimunização HLA, mas a questão pede o procedimento complementar específico para o perfil da paciente.

d) Lavagem com solução salina: A lavagem das hemácias com solução salina serve para remover proteínas plasmáticas. Ela é indicada para pacientes com histórico de reações alérgicas graves (anafilaxia) em transfusões anteriores ou para indivíduos com deficiência de IgA que possuem anticorpos anti-IgA. Não é um procedimento

padrão para pacientes com anemia falciforme sem histórico de anafilaxia.

Resumo: Em pacientes falciformes e cronicamente transfundidos, a fenotipagem estendida (Rh e Kell) é fundamental para prevenir a aloimunização eritrocitária.

Questão 5

Para resolver essa questão, devemos seguir um raciocínio clínico estruturado sobre os distúrbios do sódio:

1. Diagnóstico de Hiponatremia: A paciente apresenta sódio sérico de 126 mEq/L (valor de referência: 135-145 mEq/L). Pela osmolalidade sérica de 255 mOsm/kg (baixa), confirmamos tratar-se de uma hiponatremia hipotônica verdadeira.

2. Avaliação do Volume Extracelular (Volemia): O exame físico é fundamental aqui. A paciente está corada, hidratada, sem turgência jugular, sem edema e com pulmões limpos. Isso a classifica como euvolêmica (normovolêmica).

3. Diagnóstico Diferencial: A principal causa de hiponatremia hipotônica euvolêmica é a Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIADH). Os critérios para SIADH incluem: hiponatremia hipotônica, euvolemia clínica e sódio urinário elevado (geralmente acima de 40 mEq/L), o que condiz perfeitamente com o sódio urinário de 60 mEq/L apresentado pela paciente.

4. Identificação da Causa: Entre as medicações da paciente, a sertralina (um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina — ISRS) é uma causa clássica e frequente de SIADH, especialmente em pacientes idosos.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O cloreto de sódio a 3% (solução hipertônica) é reservado para casos de hiponatremia aguda ou crônica com sintomas neurológicos graves (crises convulsivas, coma, rebaixamento do nível de consciência). A paciente apresenta sintomas leves e crônicos (náusea e fadiga há 1 mês), não justificando o risco de uma correção rápida.

Alternativa B (Incorreta): O soro fisiológico 0,9% é indicado para hiponatremia hipovolêmica. Na SIADH (euvolemia), o uso de solução isotônica pode, paradoxalmente, piorar a hiponatremia, pois o organismo retém a água e excreta o sódio na urina devido à ação do hormônio antidiurético.

Alternativa C (Incorreta): O clonazepam é um benzodiazepínico e não possui

associação estabelecida com a fisiopatologia da hiponatremia ou SIADH.

Alternativa D (Correta): A conduta inicial e mais eficaz na SIADH induzida por fármacos é a suspensão do agente causal. A sertralina é a culpada mais provável neste cenário clínico. Após a suspensão, espera-se a normalização gradual dos níveis de sódio acompanhada de restrição hídrica, se necessário.

Questão 6

O quadro clínico e as imagens apresentadas são patognomônicos de uma infecção pelo vírus herpes simples (HSV).

Análise do Caso:

O paciente apresenta uma história clássica de herpes simples recidivante: pródromo de queimação (parestesia), seguido pelo aparecimento de lesões vesiculares agrupadas sobre base eritematosa (imagem clínica) em uma região específica (nádega), com episódios prévios no mesmo local.

A imagem da citologia (raspado da lesão) revela o teste de Tzanck positivo, evidenciando células gigantes multinucleadas com amoldamento nuclear e inclusões virais. Esse achado confirma a etiologia por herpesvírus (HSV-1, HSV-2 ou VZV). Pela característica de recorrência no mesmo local e idade do paciente, o diagnóstico de herpes simples tipo 2 é o mais provável.

Análise das Alternativas:

a) Aciclovir (Correta): É o tratamento de escolha. O aciclovir é um análogo de nucleosídeo que inibe a síntese do DNA viral, sendo eficaz tanto no tratamento do episódio agudo quanto na terapia supressiva, se necessário. O tratamento precoce ajuda a reduzir o tempo de cicatrização e a gravidade dos sintomas.

b) Cefalexina (Incorreta): A cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração, indicada para infecções cutâneas bacterianas (como impetigo ou celulite), geralmente causadas por *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*. Não possui atividade contra vírus.

c) Cetoconazol (Incorreta): Trata-se de um antifúngico azólico. Seria indicado para micoses superficiais (dermatofitoses ou candidíase), que clinicamente se apresentam com descamação, prurido ou placas esbranquiçadas, e não com vesículas agrupadas e células gigantes multinucleadas.

d) Betametasona (Incorreta): É um corticosteroide de alta potência. O uso de

corticoides isolados em lesões virais ativas é contraindicado, pois a imunossupressão local pode favorecer a replicação viral e a disseminação das lesões, retardando a cura.

Questão 7

A análise deste caso clínico baseia-se na história clínica detalhada e nos achados do eletrocardiograma (ECG). A paciente apresenta um quadro clássico de síncope reflexa, especificamente a síncope vasovagal.

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

O traçado mostra um ritmo sinusal (ondas P positivas em I, II e aVF precedendo cada complexo QRS) com uma frequência cardíaca de aproximadamente 58 batimentos por minuto (bradicardia sinusal leve). O intervalo PR está normal, o complexo QRS é estreito e não há alterações do segmento ST ou da onda T que sugiram isquemia ou arritmias malignas. A ausência de pré-excitação ventricular descarta causas arrítmicas evidentes.

Análise das alternativas:

a) Hipoglicemia: Incorreta. Embora a paciente tenha diabetes, ela faz uso de metformina, uma medicação que não costuma causar hipoglicemia em monoterapia, pois não aumenta a secreção de insulina. Além disso, quadros de hipoglicemia não costumam apresentar uma recuperação tão rápida e completa (em um minuto) sem a administração de glicose.

b) Crise epiléptica: Incorreta. O quadro clínico não sugere epilepsia. Na síncope vasovagal, a perda de consciência é breve e a recuperação da consciência e do nível de alerta é imediata. Na crise epiléptica, é esperado um período de confusão mental, sonolência ou déficits focais após o evento (estado pós-ictal), o que não ocorreu nesta paciente, que retornou ao diálogo normal rapidamente.

c) Síncope vasovagal: Correta. Esta é a principal causa de síncope em pacientes jovens e adultos saudáveis. O diagnóstico é essencialmente clínico. O evento ocorreu após um gatilho (término de treino na academia/calor) e foi precedido por pródromos autonômicos típicos (sudorese e sensação de calor). A perda de consciência foi breve, com queda amparada e recuperação rápida e total, o que caracteriza perfeitamente a síncope mediada por reflexo neurocardiogênico. O ECG com leve bradicardia corrobora um tônus vagal possivelmente aumentado.

d) Síndrome de Wolff-Parkinson-White: Incorreta. O ECG apresentado é normal e não demonstra os critérios clássicos desta síndrome: intervalo PR curto (menor que 120

ms) e presença de onda delta (empastamento inicial do complexo QRS). Sem esses achados eletrocardiográficos, o diagnóstico de WPW é excluído.

Em resumo, a história de pródromos autonômicos após esforço físico, a brevidade do evento e a ausência de sinais de alerta no ECG ou exame físico direcionam o diagnóstico para síncope vasovagal.

Questão 8

A questão aborda o manejo de um paciente com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Recuperada (ICFErec). Inicialmente, o paciente apresentava Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) de 35% (reduzida) e, após o tratamento otimizado com a "quadrúplice terapia" (Sacubitril/Valsartana, Betabloqueador, Antagonista da Aldosterona e iSGLT2), evoluiu para FEVE de 54% e classe funcional NYHA I.

O ponto central aqui é entender que a melhora da fração de ejeção e a ausência de sintomas não significam cura da doença, mas sim uma resposta clínica e ecocardiográfica excelente ao tratamento.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a frequência cardíaca de 52 bpm e a PA de 98 x 64 mmHg estejam em níveis limítrofes, o paciente está em classe funcional I (assintomático). Na insuficiência cardíaca, níveis pressóricos e de frequência cardíaca mais baixos são frequentemente bem tolerados e estão associados a um melhor prognóstico, desde que não causem sintomas de hipoperfusão ou bradicardia sintomática. Reduzir as doses em um paciente estável pode levar à descompensação e à perda do remodelamento reverso alcançado.

b) Incorreta. Este é um erro comum na prática clínica. O estudo TRED-HF demonstrou que a suspensão da terapia farmacológica em pacientes com IC de etiologia não isquêmica que recuperaram a FEVE resulta em uma alta taxa de recaída clínica (remodelamento negativo, queda da FEVE e retorno dos sintomas) em curto período. Portanto, o tratamento medicamentoso para ICFE reduzida deve ser mantido indefinidamente, mesmo após a normalização da fração de ejeção.

c) Incorreta. A troca de Sacubitril/Valsartana (um ARNI) por Hidralazina e Isossorbida não tem justificativa neste caso. A combinação de Hidralazina e Isossorbida é indicada geralmente para pacientes que não toleram inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona por insuficiência renal grave ou hipercalemia, ou como terapia adicional em pacientes negros que permanecem sintomáticos apesar

do tratamento otimizado. O paciente em questão está estável, com função renal e potássio dentro de limites aceitáveis para a manutenção da terapia atual.

d) Correta. A conduta baseada em evidências para pacientes com Fração de Ejeção Recuperada (HFimpEF ou ICFErec) é a manutenção da terapia tripla ou quádrupla nas doses que levaram à recuperação ventricular. A manutenção do tratamento garante a estabilidade do quadro e previne o remodelamento deletério do ventrículo esquerdo. Como o paciente está assintomático, não há necessidade de ajuste por conta dos sinais vitais ou exames laboratoriais apresentados.

Questão 9

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente de 22 anos apresenta um histórico clássico de infecções recorrentes das vias aéreas superiores (sinusites) e inferiores (pneumonias) que se iniciaram na adolescência. O quadro clínico atual de tosse produtiva e febre sugere uma nova infecção respiratória. Além do histórico infeccioso, a paciente apresenta diarreia crônica e esplenomegalia (baço palpável), sintomas que frequentemente acompanham as imunodeficiências primárias.

A principal hipótese diagnóstica para um adulto jovem com infecções sinopulmonares de repetição, diarreia e esplenomegalia é a Imunodeficiência Comum Variável (IDCV). Esta é a imunodeficiência primária sintomática mais comum no adulto e se caracteriza por uma falha na maturação dos linfócitos B em plasmócitos, resultando em uma produção deficitária de anticorpos.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A dosagem de imunoglobulinas (IgG, IgA e IgM) é o exame inicial e fundamental para o rastreio de imunodeficiências humorais (defeitos de anticorpos). Na IDCV, espera-se encontrar níveis reduzidos de IgG associados a níveis baixos de IgA e/ou IgM, além de uma resposta vacinal inadequada. Como os defeitos de anticorpos representam a vasta maioria das imunodeficiências primárias, este deve ser o primeiro passo na investigação diagnóstica.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O FAN (anticorpos antinucleares) é utilizado principalmente na triagem de doenças autoimunes sistêmicas, como o Lúpus Eritematoso Sistêmico. Embora pacientes com IDCV possam apresentar fenômenos autoimunes, o foco inicial da investigação de uma paciente com histórico de infecções graves e recorrentes deve

ser a competência do sistema imunológico, e não a autoimunidade.

Alternativa C: O aspirado de medula óssea é indicado para a investigação de doenças hematológicas primárias, como leucemias, linfomas ou doenças de depósito. Apesar da esplenomegalia, o histórico clínico de infecções recorrentes desde os 15 anos direciona o raciocínio para uma imunodeficiência, tornando a medula óssea um exame secundário ou desnecessário no primeiro momento.

Alternativa D: A citometria de fluxo de sangue periférico é utilizada para quantificar as subpopulações de linfócitos (T, B e NK). Embora possa ser realizada posteriormente para detalhar o defeito imunológico, ela não é o exame de triagem inicial. Na IDCV, os linfócitos B circulantes costumam estar presentes em números normais ou levemente reduzidos, porém não funcionais. Portanto, medir o produto final (as imunoglobulinas) é mais eficaz para o diagnóstico inicial do que contar as células.

Questão 10

Diagnóstico: Dissecção aguda da aorta.

A apresentação clínica de um paciente hipertenso e tabagista com dor torácica súbita e excruciante, associada a níveis tensionais muito elevados (182 x 104 mmHg) e taquicardia (114 bpm), é altamente sugestiva de dissecção da aorta.

Associação com as imagens:

1. O raio X de tórax demonstra um alargamento evidente do mediastino, que é o sinal radiográfico clássico da dissecção da aorta.
2. O eletrocardiograma (ECG) revela uma taquicardia sinusal, sem sinais de supradesnivelamento do segmento ST ou outras alterações isquêmicas agudas que sugerissem um infarto do miocárdio como causa primária.

Objetivo do tratamento:

Na dissecção aguda da aorta, o objetivo imediato é reduzir a força de contração do ventrículo esquerdo e a velocidade de ejeção do sangue (dP/dt), que são os principais fatores que fazem a dissecção progredir. Para isso, devemos controlar a frequência cardíaca (alvo < 60 bpm) e a pressão arterial sistólica (alvo entre 100 e 120 mmHg).

Análise das alternativas:

a) Esmolol intravenoso: Correta. O betabloqueador intravenoso de ação curta (como o esmolol ou o labetalol) é o primeiro medicamento a ser administrado. Ele reduz a frequência cardíaca e a contratilidade miocárdica, diminuindo o estresse de

cisalhamento na parede da aorta. O controle da frequência cardíaca deve sempre preceder a tentativa de baixar a pressão com vasodilatadores isolados.

b) Nitroprussiato intravenoso: Incorreta. Embora o nitroprussiato seja um potente vasodilatador usado para baixar a pressão arterial, ele nunca deve ser usado como primeira droga isolada na dissecação da aorta. O seu uso isolado pode causar taquicardia reflexa e aumentar o dP/dt , o que pode ampliar a dissecação e piorar o quadro do paciente. Ele só deve ser iniciado após o paciente estar adequadamente betabloqueado.

c) Ácido acetilsalicílico (AAS) oral: Incorreta. O AAS é indicado na suspeita de síndrome coronariana aguda. No caso da dissecação da aorta, o AAS e outros antiagregantes ou anticoagulantes são contraindicados, pois aumentam o risco de sangramento e complicações caso o paciente precise de intervenção cirúrgica de emergência.

d) Dinitrato de isossorbida oral: Incorreta. Nitratos orais ou sublinguais não têm papel no manejo agudo da dissecação da aorta, que exige medicações intravenosas para controle pressórico rigoroso e imediato. Além disso, assim como outros vasodilatadores, não tratam a taquicardia, que é um componente crítico da fisiopatologia da doença.

Questão 11

O caso clínico descreve uma paciente de 25 anos com esquizofrenia que, após o aumento da dose de um antipsicótico, desenvolveu uma sensação subjetiva de inquietude e a necessidade objetiva de se movimentar (andar de um lado para o outro). Essa apresentação é patognomônica de acatisia, um efeito extrapiramidal comum dos bloqueadores de receptores dopaminérgicos D2.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A discinesia tardia é uma complicação que surge após o uso crônico e prolongado de antipsicóticos (geralmente meses ou anos). Ela se caracteriza por movimentos involuntários e repetitivos, frequentemente na região orofacial (como movimentos de mastigação e protrusão da língua) ou nos membros (coreoatetose). A paciente do caso apresenta uma queixa aguda após a alteração da dose e descreve uma necessidade de se mover, o que não é característico da discinesia tardia.

b) Incorreta. A distonia aguda manifesta-se como contrações musculares sustentadas e involuntárias que levam a posturas anômalas. Exemplos clássicos incluem o torcicolo, a crise oculógira (desvio dos olhos para cima) e o trismo. Embora ocorra

precocemente após o início ou o aumento da dose, o quadro clínico é de espasmo muscular doloroso, e não de inquietude motora generalizada ou ansiedade subjetiva.

c) Correta. A acatisia caracteriza-se exatamente pela tríade: uso recente ou aumento da dose de antipsicótico, sensação subjetiva de agonia interna ou pressa e manifestação motora de incapacidade de ficar parado (como marchar sem sair do lugar, cruzar e descruzar as pernas ou caminhar incessantemente). Diferentemente da agitação psicótica, o paciente com acatisia geralmente consegue descrever que o movimento é uma tentativa de aliviar o desconforto interno, mantendo a cooperação, como visto no enunciado.

d) Incorreta. A catatonia hipercinética (ou excitada) é uma síndrome psicomotora grave que envolve agitação extrema, movimentos sem propósito e desorganização mental acentuada. Geralmente é acompanhada de outros sinais catatônicos (como mutismo, maneirismos ou posturas fixas em outros momentos). No caso, a paciente está amistosa, sem alterações sensoperceptivas e com discurso coerente sobre sua sensação de inquietude, o que aponta para um efeito colateral medicamentoso motor puro, e não para uma síndrome catatônica.

Questão 12

Para entender esta questão, devemos analisar os critérios diagnósticos do diabetes melito (DM) e as condições que podem interferir nos resultados dos exames laboratoriais da paciente.

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta uma glicemia de jejum de 133 mg/dL (o valor de referência para DM é maior ou igual a 126 mg/dL). No entanto, sua hemoglobina glicada (HbA1c) é de 5,4%, o que seria considerado normal (abaixo de 5,7%). Essa discordância exige uma investigação cuidadosa sobre a validade dos exames.

Por que a Hemoglobina Glicada (HbA1c) não é confiável neste caso?

A HbA1c reflete a média da glicemia dos últimos 2 a 3 meses, baseando-se na glicação da hemoglobina dentro das hemácias. No entanto, qualquer condição que altere a sobrevivência das hemácias ou a renovação do estoque de sangue invalida o resultado. Esta paciente recebeu um concentrado de hemácias (transfusão de sangue) há 6 semanas e apresenta-se hipocorada (sugerindo anemia). A transfusão introduz hemácias "novas" e não glicadas (ou glicadas em níveis normais do doador) no sistema da paciente, o que reduz artificialmente o valor da HbA1c, tornando-a um parâmetro não confiável para diagnóstico neste momento.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Para o diagnóstico de diabetes, são necessários dois exames alterados (seja a glicemia de jejum, a glicada ou o teste de tolerância) ou um único exame com valor inquestionável em presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia (polidipsia, poliúria, perda de peso). A glicemia de 203 mg/dL foi colhida em um momento de estresse agudo (colecistite), o que pode representar apenas uma hiperglicemia reacional ao estresse. A glicemia de jejum de 133 mg/dL é apenas um resultado alterado e precisa de confirmação.

Alternativa (b) Incorreta: Repetir a HbA1c agora não resolveria o problema, pois o efeito da transfusão de sangue e as alterações na cinética das hemácias persistem por cerca de 90 a 120 dias (tempo de vida média da hemácia). O resultado continuaria sendo pouco confiável.

Alternativa (c) Correta: Diante de um resultado de glicemia de jejum alterado (133 mg/dL) e uma HbA1c que não pode ser utilizada devido a fatores de interferência (transfusão e anemia), o próximo passo mais adequado é realizar o Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG 75g). O TOTG é o padrão-ouro para diagnóstico em casos de dúvida e não sofre interferência de anemias ou transfusões recentes, permitindo avaliar a resposta metabólica da paciente de forma direta.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o valor de 203 mg/dL no hospital possa ter sido causado pelo estresse metabólico da infecção, a glicemia de jejum de 133 mg/dL foi colhida 4 semanas após a alta, em ambiente ambulatorial e fora do quadro agudo. Isso indica que a paciente provavelmente possui de fato uma alteração crônica no metabolismo da glicose, e não apenas uma alteração transitória por estresse.

Questão 13

O quadro clínico descreve um paciente com dispepsia funcional, especificamente a Síndrome da Dor Epigástrica (SDE), de acordo com os critérios de Roma IV. Ele apresenta dor epigástrica crônica há 6 meses, com exames complementares (laboratoriais, ultrassonografia e endoscopia com biópsia) que descartam causas orgânicas e confirmam a ausência de infecção por *H. pylori*. O fato de o paciente não ter respondido a 12 semanas de omeprazol (um Inibidor de Bomba de Prótons - IBP) caracteriza o quadro como dispepsia funcional refratária ao tratamento inicial.

Análise das alternativas:

a) Bupropiona: Incorreta. É um antidepressivo utilizado principalmente no tratamento do tabagismo e do transtorno depressivo maior. Não possui evidência ou indicação formal no manejo da dispepsia funcional ou de distúrbios de sensibilidade visceral.

b) Amitriptilina: Correta. Os antidepressivos tricíclicos (em doses baixas) são a terapia de segunda linha recomendada para a dispepsia funcional que não respondeu ao tratamento com IBP ou à erradicação do *H. pylori*. Eles atuam na modulação da hipersensibilidade visceral e nas vias de dor do eixo cérebro-intestino, sendo particularmente eficazes nos casos de Síndrome da Dor Epigástrica.

c) Esomeprazol contínuo: Incorreta. O paciente já realizou um teste terapêutico prolongado (12 semanas) com omeprazol sem obter resposta. Manter o uso contínuo ou apenas trocar por outro IBP da mesma classe não é a conduta mais adequada quando a fisiopatologia da dor parece não estar relacionada à secreção ácida.

d) Hidróxido de magnésio: Incorreta. É um antiácido de ação local e curta duração, indicado apenas para alívio sintomático temporário. Não é uma terapia de manutenção para dispepsia funcional e não trata a causa-base da dor crônica do paciente.

Questão 14

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um homem jovem com uma polirradiculoneuropatia aguda, caracterizada por fraqueza muscular ascendente (membros inferiores progredindo para superiores), arreflexia (reflexos ausentes) e acometimento de nervos cranianos (diparesia facial). O antecedente de infecção viral (dengue) há duas semanas é o gatilho clássico para uma reação autoimune contra a bainha de mielina dos nervos periféricos.

O achado laboratorial fundamental no líquido cefalorraquidiano (líquor) é a dissociação albuminocitológica, definida pelo aumento expressivo das proteínas (150 mg/dL) com contagem de células normal (1 célula/mm³). Esse conjunto de achados confirma a principal hipótese diagnóstica: Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

As duas complicações mais frequentes e temidas da SGB, que exigem monitorização em ambiente de terapia intensiva, são:

1. Insuficiência Respiratória: Ocorre pela fraqueza da musculatura intercostal e do diafragma. Cerca de 20 a 30 por cento dos pacientes necessitam de ventilação mecânica invasiva.
2. Disautonomia: O acometimento do sistema nervoso autônomo pode causar

arritmias cardíacas (taquicardia ou bradicardia), oscilações bruscas da pressão arterial (hiper ou hipotensão), íleo paralítico e retenção urinária. É uma causa importante de morte súbita nesses pacientes.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Correta. A insuficiência respiratória e a disautonomia são as complicações clássicas e mais graves da Síndrome de Guillain-Barré, justificando a vigilância rigorosa.

b) Incorreta. Embora a insuficiência respiratória seja comum, a meningoencefalite é uma inflamação do sistema nervoso central (cérebro e meninges). A SGB é uma patologia do sistema nervoso periférico (nervos e raízes).

c) Incorreta. A disautonomia é frequente, mas crises epiléticas não fazem parte do quadro clínico da SGB, pois esta não afeta o córtex cerebral. Crises epiléticas sugerem envolvimento do sistema nervoso central.

d) Incorreta. Tanto crises epiléticas quanto meningoencefalite são manifestações de patologias do sistema nervoso central, o que descaracteriza a Síndrome de Guillain-Barré.

Questão 15

O quadro clínico descrito é clássico da Demência com Corpos de Lewy (DCL), que é a segunda causa mais comum de demência degenerativa em idosos, atrás apenas da Doença de Alzheimer. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseia-se na presença de características centrais que este paciente apresenta de forma completa.

Análise dos achados clínicos:

1. Flutuação cognitiva: O relato de que o paciente acorda bem, mas fica aéreo e desorientado ao longo do dia, não ocorrendo todos os dias, é a manifestação típica da flutuação da consciência e da atenção na DCL.
2. Alucinações visuais: A percepção de figuras detalhadas e formadas (como crianças correndo) é um critério diagnóstico maior.
3. Distúrbio comportamental do sono REM: O sono agitado, com gritos e movimentos motores que podem machucar o acompanhante, reflete a perda da atonia muscular característica dessa fase do sono, um sintoma que frequentemente precede o quadro demencial na DCL.
4. Parkinsonismo: A bradicinesia e a marcha em pequenos passos completam os critérios. Na DCL, o parkinsonismo surge concomitantemente ou dentro de um

intervalo de até um ano do início do declínio cognitivo.

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora a depressão possa cursar com sintomas psicóticos, ela não explica o parkinsonismo nem o distúrbio do sono REM. Além disso, o uso de antipsicóticos como a olanzapina é perigoso em pacientes com DCL devido à hipersensibilidade grave a neurolépticos, que pode levar ao agravamento drástico da rigidez e até à síndrome neuroléptica maligna.

Alternativa b: Incorreta. Na Doença de Parkinson (DP), os sintomas motores devem obrigatoriamente preceder o declínio cognitivo em pelo menos um ano (regra de um ano). Quando a demência ocorre precocemente ou ao mesmo tempo em que os sintomas motores, como no caso em questão, o diagnóstico correto é Demência com Corpos de Lewy.

Alternativa c: Incorreta. A Demência Frontotemporal se manifesta predominantemente por alterações precoces de personalidade, desinibição social ou dificuldades de linguagem (afasias), o que não é o foco do relato. Alucinações visuais detalhadas não são sintomas típicos dessa patologia.

Alternativa d: Correta. O diagnóstico de Demência com Corpos de Lewy está bem fundamentado pelos critérios clínicos de flutuação, alucinações, parkinsonismo e distúrbio do sono REM. O tratamento inicial indicado para os sintomas cognitivos e comportamentais (como as alucinações e a flutuação) são os inibidores da acetilcolinesterase, sendo a rivastigmina a principal droga recomendada e com melhor evidência para o controle desses sintomas nesta doença.

Questão 16

O quadro clínico descrito e os achados do exame físico apontam para o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). O paciente apresenta a tríade clássica de febre, tosse produtiva e sinais focais na ausculta pulmonar (estertores crepitantes na base esquerda).

Análise do Diagnóstico:

A hipótese de PAC é fundamentada na história aguda de 5 dias e nos sinais de infecção das vias aéreas inferiores. O paciente possui comorbidades (diabetes e gota), o que o coloca em um grupo de risco, mas apresenta estabilidade hemodinâmica (PA normal e FR pouco elevada), sugerindo que o tratamento inicial pode ser direcionado para o perfil clínico e radiológico.

Análise Radiológica:

Nas radiografias de tórax em perfil, utilizamos o sinal da coluna para identificar consolidações nos lobos inferiores. Em um exame normal, a coluna vertebral deve tornar-se mais radiolúcida (mais escura) à medida que o olhar desce em direção ao diafragma, pois há menos tecido sobreposto. Quando ocorre uma pneumonia no lobo inferior, essa região torna-se mais radiopaca (mais branca), fazendo com que a parte inferior da coluna pareça mais densa que a superior.

Alternativa A (Correta): Radiografia A e Pneumonia adquirida na comunidade.

A imagem A demonstra claramente o sinal da coluna positivo. Observa-se uma opacidade na região posterior e inferior do tórax que sobrepõe os corpos vertebrais inferiores, tornando-os mais brancos do que os superiores. Esse achado é compatível com uma consolidação em lobo inferior, o que corrobora o exame físico de estertores na base pulmonar. O diagnóstico de PAC é o mais provável para o quadro de febre e tosse produtiva.

Alternativa B (Incorreta): Radiografia B e Pneumonia adquirida na comunidade.

Embora o diagnóstico esteja correto, a Radiografia B não apresenta a consolidação típica em base posterior demonstrada na imagem A. A imagem B mostra uma coluna que mantém sua radiolucência esperada ou não evidencia a condensação de forma tão nítida quanto a alternativa correta.

Demais Alternativas:

As outras imagens (C e D) representam padrões radiológicos diferentes. A imagem D, por exemplo, aproxima-se de um perfil com pulmões bem aerados, onde o espaço retrocardíaco está livre e a coluna escurece normalmente em direção à base, não sendo compatível com o foco infeccioso descrito no exame físico do paciente.

Conclusão:

A correlação entre os estertores na base esquerda e a imagem que mostra o aumento de densidade sobre a coluna vertebral inferior (Sinal da Coluna na Radiografia A) confirma a letra (a) como a resposta correta.

Questão 17

O quadro clínico descreve um paciente com pneumonia adquirida na comunidade que, após tratamento inicial, apresenta falha terapêutica e sinais de complicação. A persistência da febre, associada à abolição do murmúrio vesicular na base esquerda e à instabilidade hemodinâmica (taquicardia e hipotensão), aponta fortemente para o diagnóstico de derrame pleural parapneumônico ou empiema. No contexto de ultrassonografia à beira do leito (POCUS), buscamos a presença de líquido no espaço pleural.

Alternativa (a): Incorreta. A imagem mostra as chamadas Linhas A. Elas são artefatos de reverberação da pleura, caracterizadas por linhas horizontais paralelas e equidistantes. A presença de Linhas A indica que o pulmão está aerado (preenchido por ar), sendo um achado normal ou presente em casos de pneumotórax (se houver ausência de deslizamento pleural), mas não é compatível com derrame pleural.

Alternativa (b): Incorreta. A imagem demonstra Linhas B, que são artefatos verticais, hiperecogênicos (brilhantes), que nascem na linha pleural e se estendem até o final da tela sem perder a intensidade, apagando as Linhas A. Elas representam a síndrome intersticial (edema pulmonar, congestão ou pneumonia intersticial), indicando perda da aeração pulmonar por líquido no interstício/alvéolo, e não líquido livre no espaço pleural.

Alternativa (c): Correta. Esta imagem mostra uma coleção anecoica (espaço preto/escuro) entre a parede torácica e o pulmão, localizada acima do diafragma. Este é o achado clássico de derrame pleural na ultrassonografia. Em casos de empiema ou derrames complicados, poderíamos observar ainda septações ou débris (aspecto de "queijo suíço" ou "cauda de cometa" dentro do líquido), mas a presença do espaço anecoico confirma o acúmulo de fluido compatível com a abolição da ausculta descrita.

Alternativa (d): Incorreta. A imagem apresenta o Modo M da ultrassonografia pulmonar exibindo o "Sinal da Beira-Mar" (Seashore Sign). A parte superior (estática) parece linhas retas e a parte inferior ao deslizamento pleural (dinâmica) tem aspecto granular (areia). Este é um achado de normalidade, confirmando que há deslizamento entre as pleuras e descartando, naquele ponto, um pneumotórax ou derrame volumoso.

Associação com a questão: O paciente evoluiu com sinais clínicos de derrame pleural (abolição de murmúrio e macicez, embora a questão foque na ausculta). A alternativa C é a única que representa visualmente o acúmulo de líquido no espaço pleural, confirmando a complicação da pneumonia.

Questão 18

O quadro clínico descrito — dor torácica que melhora com a inclinação do tronco para a frente (posição pleurostótica ou de prece maometana) — é clássico de pericardite aguda. O eletrocardiograma confirma essa suspeita ao demonstrar um supradesnivelamento difuso do segmento ST com morfologia côncava (presente em quase todas as derivações, exceto aVR e V1) e, crucialmente, o infradesnivelamento do segmento PR (mais visível na derivação II), achado altamente específico para

inflamação pericárdica.

A escolha da conduta deve levar em conta as comorbidades do paciente. Embora o tratamento de primeira linha para pericardite aguda geralmente envolva anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) associados à colchicina, este paciente possui doença renal crônica (DRC) estágio IIIb.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O alteplase é um trombolítico indicado para o infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (IAMCSST). Apesar de haver supra de ST no eletrocardiograma, as características clínicas (dor posicional) e eletrocardiográficas (supra difuso e côncavo, infra de PR) apontam para pericardite. O uso de trombolíticos na pericardite é contraindicado, pois pode causar hemorragia para o espaço pericárdico e tamponamento cardíaco.

b) Correta. Os corticoides, como a prednisona, são indicados como terapia de segunda linha na pericardite aguda quando há contraindicação formal ao uso de AINEs. Neste caso, a doença renal crônica estágio IIIb contraindica o uso de ibuprofeno ou aspirina em doses anti-inflamatórias, tornando a prednisona a opção adequada para o controle do processo inflamatório.

c) Incorreta. O ibuprofeno é um AINE e seria a primeira escolha em pacientes com função renal preservada. No entanto, em pacientes com DRC estágio IIIb (taxa de filtração glomerular entre 30-44 mL/min), os AINEs devem ser evitados pelo risco de nefrotoxicidade e piora aguda da função renal.

d) Incorreta. A enoxaparina é um anticoagulante utilizado em síndromes coronarianas agudas sem supra de ST ou para profilaxia/tratamento de tromboembolismo. Não tem papel no tratamento da pericardite e, assim como os trombolíticos, aumenta o risco de derrame pericárdico hemorrágico.

Questão 19

Esta questão aborda o diagnóstico de uma reação adversa grave a medicamentos, especificamente a Síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), que deve ser prontamente reconhecida pelo médico generalista e pelo clínico.

Análise do quadro clínico:

O paciente iniciou o uso de fenitoína há 5 semanas, o que está dentro da janela clássica de latência para o desenvolvimento da DRESS (geralmente de 2 a 8 semanas

após o início da droga). O quadro clínico apresenta a tríade característica: febre, exantema cutâneo e acometimento de órgãos internos.

Os achados que corroboram o diagnóstico de DRESS são:

1. Uso de medicação suspeita (fenitoína é um dos principais gatilhos, junto com carbamazepina e alopurinol).
2. Febre e linfadenopatia generalizada (axilar e inguinal).
3. Erupção cutânea infiltrativa e edema de face.
4. Alterações hematológicas: eosinofilia importante ($3.500/\text{mm}^3$; o valor de referência costuma ser até $500/\text{mm}^3$).
5. Acometimento visceral: hepatite medicamentosa (AST e ALT elevadas) e disfunção renal (creatinina de 1,7 mg/dL).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a sífilis secundária (roséola sífilítica) possa causar exantema e linfadenopatia, ela tipicamente envolve as regiões palmoplantares e não costuma cursar com eosinofilia tão acentuada, insuficiência renal aguda ou elevação importante de transaminases. O antecedente de início da fenitoína há 5 semanas é um dado crucial que direciona para a etiologia medicamentosa.

b) Incorreta. A hepatite autoimune explicaria a elevação de transaminases, mas não justifica o exantema súbito, a eosinofilia periférica, a linfadenopatia generalizada nem a cronologia relacionada à introdução de um novo fármaco.

c) Correta. O quadro é típico de uma reação de hipersensibilidade a medicamentos com sintomas sistêmicos (DRESS). O manejo envolve a interrupção imediata da droga suspeita (fenitoína) e, nos casos com acometimento de órgãos internos (como hepatite e nefrite evidenciadas aqui), o uso de corticosteroides sistêmicos, como a prednisolona ou prednisona, é a conduta padrão para controlar a resposta imune.

d) Incorreta. A mononucleose infecciosa pode cursar com febre, linfadenopatia, exantema (especialmente se o paciente usar amoxicilina) e transaminite. No entanto, ela não costuma causar eosinofilia (pelo contrário, apresenta linfocitose com atipia linfocitária) nem insuficiência renal aguda. Além disso, a forte associação temporal com a fenitoína torna a reação medicamentosa a hipótese principal.

Questão 20

Análise Clínica e Eletrocardiográfica:

O eletrocardiograma apresentado mostra um ritmo regular, com complexos QRS estreitos e presença de ondas P claramente visíveis precedendo cada complexo QRS (especialmente em DII, DIII e aVF, onde são positivas). A frequência cardíaca calculada está em torno de 115 bpm. O diagnóstico eletrocardiográfico é de taquicardia sinusal.

Na prática médica, a taquicardia sinusal raramente é uma arritmia primária do coração; ela funciona quase sempre como uma resposta fisiológica a um estressor externo. No cenário deste paciente, existem dois gatilhos evidentes para o aumento da frequência cardíaca: a dor moderada no flanco (causada pelo cálculo ureteral) e o processo infeccioso/inflamatório (pielonefrite). O tratamento correto da taquicardia sinusal consiste em identificar e tratar a causa subjacente, e não em tentar reverter o ritmo cardíaco diretamente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A manobra vagal é uma técnica utilizada para o diagnóstico e tratamento de taquicardias supraventriculares paroxísticas por reentrada (como a taquicardia por reentrada nodal). Na taquicardia sinusal, a estimulação vagal pode causar apenas uma lentificação transitória e discreta da frequência, sem tratar a origem do problema.

Alternativa (b) Incorreta: A amiodarona é um antiarrítmico potente (classe III) indicado para arritmias ventriculares ou controle de ritmo em fibrilação atrial. Não há qualquer indicação para o seu uso em casos de taquicardia sinusal, sendo uma conduta desproporcional e com potencial de efeitos colaterais graves.

Alternativa (c) Correta: A dipirona é um analgésico e antipirético. Como o paciente se queixa de dor moderada e apresenta um quadro de pielonefrite (infecção), a taquicardia é uma resposta simpática compensatória. Ao realizar a analgesia com dipirona, remove-se o estímulo doloroso, o que resultará na redução natural da frequência cardíaca para níveis normais. É a conduta mais adequada para o momento.

Alternativa (d) Incorreta: O metoprolol é um betabloqueador que reduz a frequência cardíaca. No entanto, utilizá-lo para tratar uma taquicardia sinusal compensatória é contraindicado. Se a taquicardia for uma resposta à dor ou a um estado inicial de sepse, bloquear essa resposta adrenérgica pode mascarar a gravidade do quadro clínico e até levar ao choque hemodinâmico por incapacidade de manter o débito

cardíaco.

Questão 21

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta um quadro de pancitopenia aguda (anemia, leucopenia/neutropenia e plaquetopenia severas) associado a febre e sangramento mucocutâneo e vaginal. A presença de neutropenia importante (neutrófilos abaixo de $500/\text{mm}^3$) acompanhada de febre configura uma emergência médica denominada neutropenia febril, que exige intervenção imediata.

Alternativa a) Incorreta. A Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) manifesta-se tipicamente com anemia hemolítica microangiopática e plaquetopenia, mas não costuma cursar com neutropenia grave (pancitopenia). No esfregaço de sangue periférico da PTT, o achado característico são os esquizócitos, e não apenas esferócitos ou poiquilocitose genérica.

Alternativa b) Incorreta. A aplasia de medula óssea é um diagnóstico diferencial importante para pancitopenia, porém o quadro de febre em um paciente neutropênico exige antibioticoterapia imediata, o que não foi mencionado nesta alternativa. Além disso, em quadros agudos com sangramento e febre, a leucemia deve ser a primeira hipótese a ser investigada e manejada devido à sua agressividade.

Alternativa c) Correta. A Leucemia Aguda é a principal suspeita para uma falência medular de instalação rápida (adinamia há 7 dias e sangramento há 2 dias) resultando em pancitopenia. A conduta está correta e completa para o cenário de urgência: suporte transfusional para corrigir a anemia grave (Hb 6,2) e plaquetopenia crítica (8.000); bloqueio hormonal para controlar o sangramento vaginal volumoso em uma paciente com plaquetas baixas; antibioticoterapia imediata para tratar a neutropenia febril; e o estudo medular (mielograma e/ou biópsia) para definir o diagnóstico etiológico.

Alternativa d) Incorreta. Embora a tuberculose possa acometer a medula óssea e causar pancitopenia, essa é uma apresentação menos comum e geralmente mais arrastada, ocorrendo com frequência em pacientes imunossuprimidos. O quadro agudo e a gravidade da citopenia direcionam o raciocínio prioritariamente para as neoplasias hematológicas. O tratamento com esquema RIPE não seria a conduta inicial de emergência antes de uma confirmação ou forte indicação clínica.

Questão 22

O diagnóstico principal é Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), fundamentado na idade (63 anos), carga tabágica elevada (46 anos-maço) e, fundamentalmente, nos achados da prova de função pulmonar.

Análise da Espirometria:

Ao observar a tabela, notamos que a relação VEF1/CVF pós-broncodilatador é de 0,69. De acordo com as diretrizes GOLD, um valor pós-broncodilatador inferior a 0,70 confirma a presença de obstrução fixa (não totalmente reversível), o que é o critério diagnóstico para DPOC. O aumento absoluto do VEF1 foi de 220 mL, porém representou apenas 9% de variação em relação ao valor pré-BD. Para ser considerada uma resposta significativa (sugestiva de asma), o aumento deveria ser superior a 200 mL e maior que 12%.

Critérios para o Tratamento:

O paciente apresenta dois fatores determinantes para a escolha da terapia tripla (LABA + LAMA + corticoide inalatório):

1. História Clínica: Teve uma exacerbação grave recente que exigiu internação hospitalar.
2. Biomarcador: O hemograma revelou 320 eosinófilos/mm³. As evidências atuais mostram que pacientes com DPOC e eosinófilos acima de 300 células/mm³ apresentam melhor resposta e redução de novas exacerbações com o uso de corticoide inalatório associado aos broncodilatadores de longa duração.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O histórico de tabagismo pesado e a obstrução fixa na espirometria direcionam o diagnóstico para DPOC, não asma. Além disso, o tratamento da asma nunca deve ser feito apenas com broncodilatadores (formoterol e tiotrópio) sem a associação de um corticoide inalatório.

b) Incorreta. O valor de IgE está normal (35 UI/mL), o que não corrobora asma alérgica. O quadro de obstrução fixa e a carga tabágica confirmam DPOC. Apenas o uso de fluticasona (corticoide isolado) é contraindicado no manejo da DPOC estável.

c) Incorreta. Embora alguns pacientes possam ter sobreposição de asma e DPOC, a conduta terapêutica para este caso exige a terapia tripla. Vilanterol (LABA) e umeclidínio (LAMA) formam uma terapia dupla, sendo insuficiente para um paciente com eosinófilos > 300 e histórico de internação recente.

d) Correta. O diagnóstico de DPOC está bem estabelecido pela espirometria e história clínica. O tratamento indicado é a terapia tripla: olodaterol (LABA - beta-2 agonista de

longa duração), budesonida (ICS - corticoide inalatório) e tiotrópio (LAMA - antimuscarínico de longa duração). Essa combinação é a escolha ideal para reduzir o risco de novas exacerbações em pacientes com o perfil descrito.

Questão 23

Para a resolução desta questão, devemos integrar os achados clínicos, os dados da espirometria e os exames laboratoriais para classificar a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e definir a conduta terapêutica conforme as diretrizes atuais (GOLD 2023/2024).

1. Análise da Função Pulmonar (Imagem 1):

O diagnóstico de DPOC é confirmado pela presença de uma limitação fixa ao fluxo aéreo. Na tabela de espirometria, observamos que a relação VEF1/CVF pós-broncodilatador é de 0,69. Como esse valor é menor que 0,70, está confirmada a presença de obstrução.

Para o estadiamento da gravidade da obstrução, olhamos o VEF1 pós-broncodilatador, que é de 57% do valor predito. Isso classifica o paciente como GOLD 2 (obstrução moderada, que compreende valores entre 50% e 79%).

2. Classificação Clínica (Grupos GOLD):

A classificação em grupos (A, B ou E) define o tratamento inicial e baseia-se nos sintomas e no histórico de exacerbações.

- Sintomas: O paciente apresenta dispneia que interrompe atividades habituais (caminhada até a padaria), o que indica um escore mMRC igual ou superior a 2.

- Histórico de exacerbações: O paciente teve uma internação hospitalar há um mês devido a uma crise respiratória.

Pelas diretrizes GOLD, qualquer paciente que tenha tido pelo menos uma exacerbação levando à hospitalização no último ano é classificado automaticamente no Grupo E (Exacerbadores), independentemente do nível de sintomas.

3. Escolha do Tratamento:

A base do tratamento para o Grupo E é a terapia broncodilatadora dupla com um antagonista muscarínico de longa ação (LAMA) associado a um beta-2-agonista de longa ação (LABA).

Entretanto, o hemograma do paciente mostra 320 eosinófilos/mm³. A contagem de eosinófilos acima de 300 células/mm³ é um forte preditor de resposta aos corticoides inalatórios em pacientes que exacerbam. Portanto, para este paciente, a conduta mais adequada é a Terapia Tripla (LABA + LAMA + Corticoide Inalatório).

4. Análise das Alternativas e Imagens:

A alternativa (d) é a correta, pois correlaciona o diagnóstico de DPOC Grupo E com o

tratamento otimizado (LAMA + LABA + Corticoide).

Sobre a Imagem 2: Esta tabela apresenta parâmetros de suporte ventilatório e oxigenoterapia (como BiPAP na linha A e Cateter Nasal de Alto Fluxo na linha D). É importante notar que esses parâmetros seriam aplicáveis durante a fase aguda da exacerbação (quando o paciente estava internado). Como o enunciado pergunta sobre o diagnóstico e tratamento “neste momento” (atendimento ambulatorial, paciente estável, sem desconforto), a tabela de ventilação não se aplica à conduta crônica, reforçando que a resposta correta foca na classificação clínica da DPOC e na farmacoterapia de manutenção.

Resumo das alternativas:

- Alternativas (a), (b) e (c): Incorretas, pois não consideram a classificação correta do grupo (E) ou ignoram a indicação do corticoide inalatório baseada nos eosinófilos e no histórico de internação.
- Alternativa (d): Correta. O paciente tem DPOC confirmada, é GOLD 2 pela espirometria, pertence ao Grupo E por ter sido internado e deve iniciar terapia tripla devido à contagem de eosinófilos superior a 300.

Questão 24

A questão apresenta um homem de 63 anos com histórico recente de infecção de pele por *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA), que agora manifesta um quadro agudo de dor e derrame articular bilateral nos joelhos. A análise do líquido sinovial revela uma celularidade de 61.000 células/mm³ com 93% de polimorfonucleares, além da presença de cristais de pirofosfato e monourato.

O ponto-chave para a resolução desta questão é a interpretação do líquido sinovial no contexto clínico. Uma contagem de leucócitos acima de 50.000/mm³ com predominância de neutrófilos (neste caso, 93%) é fortemente sugestiva de artrite séptica. Embora a presença de cristais (gota e pseudogota) possa causar inflamação exuberante, eles não excluem a possibilidade de infecção coexistente. Na verdade, articulações previamente lesadas por deposição de cristais são mais suscetíveis à colonização bacteriana hematogênica. Dado que o paciente teve uma infecção recente por *S. aureus* (uma causa comum de disseminação hematogênica para articulações), a hipótese de artrite séptica deve ser a prioridade diagnóstica e terapêutica, pois é uma emergência médica que pode levar à destruição articular rápida.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Embora existam cristais de monourato, o quadro clínico pós-infecção

estafilocócica e a alta celularidade sinovial exigem a exclusão ou tratamento de artrite séptica. O tratamento apenas para gota seria insuficiente e perigoso se a infecção estiver presente.

b) Incorreta. A presença de cristais de pirofosfato caracteriza a condrocalcinose (pseudogota), mas, assim como na gota, isso não explica a gravidade do quadro nem o risco iminente de sepse articular após uma infecção sistêmica recente.

c) Incorreta. A artrite reativa geralmente ocorre após infecções gastrointestinais ou geniturinárias, e o líquido sinovial costuma ser estéril e sem cristais. O tratamento com metotrexato não é indicado na fase aguda de uma artrite inflamatória ou infecciosa.

d) Correta. A hipótese de artrite séptica é a mais adequada devido à celularidade sinovial ($61.000/\text{mm}^3$), ao predomínio de neutrófilos e ao histórico recente de infecção por *S. aureus*. A conduta padrão para artrite séptica envolve a drenagem da articulação (limpeza cirúrgica ou artroscópica) e antibioticoterapia sistêmica. Como o agente isolado previamente foi o MSSA, a oxacilina é a escolha terapêutica adequada. Note que a linezolida, usada anteriormente, não é a droga de escolha para MSSA e pode ter mascarado ou não ter sido suficiente para prevenir a disseminação articular.

Questão 25

ANALISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) Incorreta: As cooperativas médicas, quando atuam como operadoras de planos de saúde (como o sistema Unimed), estão submetidas às mesmas regras da Lei 9.656/98 e às resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Não existe uma regra de autonomia do cooperativismo que as autorize a rescindir contratos de forma diferente das demais operadoras (sociedades anônimas ou medicinas de grupo).

Alternativa (b) Correta: Esta é a regra fundamental da saúde suplementar no Brasil. A Lei 9.656/98 (Artigo 13) proíbe expressamente a rescisão unilateral imotivada apenas nos contratos individuais ou familiares. No entanto, nos contratos coletivos (empresariais ou por adesão), a ANS permite a rescisão imotivada por parte da operadora, desde que o contrato esteja em vigor há pelo menos 12 meses, haja previsão contratual para o cancelamento e o beneficiário seja notificado com 60 dias de antecedência. É por essa razão que a maioria das operadoras tem priorizado a venda de planos coletivos, onde o risco jurídico de rescisão é menor para a empresa.

Alternativa (c) Incorreta: O Estatuto do Idoso proíbe a discriminação do idoso em planos de saúde, especialmente no que diz respeito à variação de custos por idade após os 60 anos. Contudo, ele não traz uma proibição específica e absoluta contra a rescisão imotivada de contratos coletivos que envolva idosos. Embora o Poder Judiciário frequentemente dê ganho de causa aos pacientes idosos ou em tratamento de saúde grave (impedindo o cancelamento com base em princípios constitucionais), na legislação administrativa e na regra geral da ANS, a idade não impede a rescisão do contrato coletivo.

Alternativa (d) Incorreta: A Lei 9.656/98 não proíbe a rescisão unilateral de forma genérica para todos os planos. A proibição é restrita aos planos individuais e familiares. Nos casos de planos individuais, a operadora só pode rescindir por fraude ou falta de pagamento por período superior a 60 dias. Para os planos coletivos, que representam a maioria do mercado atual e o caso citado na notícia, a prática não é proibida pela referida lei, sendo essa a lacuna que permite situações como a descrita.

Questão 26

Esta questão aborda os dados da pesquisa "Contas-Satélites de Saúde" do IBGE, publicada em 2024 (referente à série histórica até 2021), que analisa o peso econômico da saúde no Brasil.

Alternativa A: Incorreta. O Brasil apresenta uma configuração atípica para países com sistemas universais de saúde. Enquanto países como Alemanha, França e Reino Unido possuem gastos governamentais em saúde que giram em torno de 8% a 10% do PIB, o gasto público brasileiro (SUS) é historicamente inferior, situando-se na casa dos 4% a 5% do PIB. No Brasil, o gasto privado é superior ao gasto público.

Alternativa B: Correta. Os dados do IBGE confirmam que o setor privado é o principal executor financeiro da saúde no país. Somando o consumo das famílias (planos de saúde, consultas e medicamentos) e o de instituições sem fins lucrativos, o gasto privado historicamente supera o gasto do governo. Em edições recentes da pesquisa, o gasto privado representou aproximadamente 58% a 60% do total investido em saúde no Brasil, validando a alternativa.

Alternativa C: Incorreta. Embora o gasto com medicamentos seja uma carga pesada para as famílias brasileiras, ele não corresponde a mais da metade das despesas totais de saúde desse grupo. Segundo o IBGE, os medicamentos respondem por cerca de um terço (aproximadamente 30% a 35%) dos gastos das famílias com saúde. O restante é majoritariamente destinado ao pagamento de planos de saúde e serviços médico-hospitalares privados.

Alternativa D: Incorreta. O setor de saúde é um dos maiores empregadores do Brasil. As atividades relacionadas à saúde (que incluem atendimento médico, fabricação de produtos farmacêuticos e comércio de produtos médicos) geram muito mais do que 3% dos postos de trabalho. Dados da série histórica indicam que a saúde responde por cerca de 7% a 8% do total de ocupações no país, demonstrando sua relevância para o mercado de trabalho nacional.

Questão 27

O objetivo central desta questão é identificar como realizar uma comparação justa da mortalidade entre diferentes populações (neste caso, estados brasileiros) sem o uso de técnicas de ajuste estatístico, como a padronização.

A taxa de mortalidade bruta é fortemente influenciada pela estrutura etária da população. Por exemplo, se o Rio Grande do Sul tiver uma população mais idosa que outro estado, sua mortalidade bruta naturalmente será maior, pois idosos morrem mais que jovens, independentemente da qualidade do sistema de saúde ou da agressividade de uma doença específica. A tabela da imagem demonstra justamente isso: a taxa bruta de mortalidade por HIV varia entre os estados, e a taxa padronizada (ajustada para uma população de referência, o Censo 2000) é utilizada para "anular" o efeito das diferentes idades e permitir a comparação.

Alternativa (a): CORRETA. Ao utilizar taxas de mortalidade específicas por faixa etária, comparamos grupos que possuem a mesma idade (por exemplo, a mortalidade por Aids apenas entre pessoas de 30 a 39 anos em cada estado). Como estamos comparando estratos homogêneos, o fator idade deixa de ser uma variável de confusão. Isso permite a comparação direta entre as regiões para aquela faixa etária específica, sem a necessidade de cálculos de padronização para a população total.

Alternativa (b): INCORRETA. A mortalidade proporcional (como o índice de Swaroop-Uemura ou as razões de mortalidade proporcional) indica apenas o peso de uma causa de morte em relação ao total de óbitos. Ela não mede o risco real de morrer na população e é influenciada pelo comportamento de todas as outras causas de morte. Se as mortes por causas externas diminuïrem muito em um estado, a proporção de mortes por Aids pode subir, mesmo que o número absoluto de mortes por Aids não tenha mudado.

Alternativa (c): INCORRETA. A taxa de incidência mede a ocorrência de casos novos de uma doença em um determinado período. Embora seja um indicador epidemiológico fundamental para entender a dinâmica da epidemia de Aids, ela mede o adoecimento e não a mortalidade (o óbito).

Alternativa (d): INCORRETA. A prevalência mede o número total de casos (novos e antigos) existentes em um ponto ou período de tempo. Na Aids, a prevalência tende a aumentar quando o tratamento é eficaz (pois os pacientes vivem mais tempo com a doença), mas ela não serve para comparar o risco de morte entre as populações.

Questão 28

O diagnóstico do paciente é de sífilis secundária. O tempo decorrido desde a exposição (três meses) e a apresentação clínica são clássicos: o aparecimento de manchas vermelhas no tronco, braços e, especialmente, o acometimento das palmas das mãos (sífilides palmoplantares), acompanhado de linfonodopatia generalizada, marca a fase de disseminação sistêmica da bactéria *Treponema pallidum*.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A sífilis primária é caracterizada pelo cancro duro, uma úlcera única e indolor no local da inoculação (pênis, boca ou ânus), que geralmente surge entre 10 e 90 dias após o contágio. O paciente já apresenta erupções cutâneas disseminadas e linfonodopatia em outros sítios, o que define a transição para a fase secundária.

b) Incorreta. Embora identifique corretamente a fase secundária, a alternativa afirma erroneamente que a transmissibilidade é baixa. Pelo contrário, as fases primária e secundária são as que apresentam as maiores taxas de transmissão, tanto sexual quanto vertical (para o feto), devido à alta carga bacteriana presente nas lesões e na corrente sanguínea.

c) Correta. O quadro de roséola sífilítica e acometimento palmoplantar meses após a relação sexual desprotegida confirma a sífilis secundária. A transmissibilidade nesta fase é muito elevada. Como o paciente mantém vida sexual com a esposa gestante, o risco de contágio dela e a transmissão transplacentária para o feto (sífilis congênita) são preocupações imediatas, exigindo busca ativa, diagnóstico e tratamento rápido da parceira para prevenir desfechos adversos na gravidez.

d) Incorreta. A sífilis terciária é uma fase tardia que ocorre anos ou décadas após a infecção inicial em pacientes não tratados. Ela se manifesta por meio de gomas sífilíticas (lesões destrutivas em pele e ossos), complicações cardiovasculares (como aneurisma da aorta) ou neurosífilis tardia. O tempo de evolução do paciente (meses) é incompatível com a fase terciária.

Questão 29

Para compreender a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso analisar o contexto das décadas de 1970 e 1980 no Brasil. O sistema de saúde anterior era fragmentado e centrado no modelo previdenciário (INPS/INAMPS), no qual apenas trabalhadores com carteira assinada tinham direito pleno à assistência médica.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O erro principal desta alternativa é citar a desmobilização dos movimentos sociais pela saúde. Na verdade, ocorreu o oposto: houve uma intensa mobilização da sociedade civil e de profissionais de saúde, conhecida como Movimento da Reforma Sanitária, que foi fundamental para as conquistas da Constituição de 1988.

Alternativa B: Incorreta. Embora cite corretamente a mobilização social, a alternativa afirma que o objetivo era a expansão da assistência médica previdenciária. O movimento sanitário buscava romper com o modelo previdenciário (que era contributivo e excludente) para instituir um sistema universal, no qual a saúde passasse a ser um direito de todos e dever do Estado, independentemente de contribuição para a previdência.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa sintetiza os pilares que levaram à mudança constitucional. A crise previdenciária (o modelo do INAMPS estava falido financeiramente e era ineficiente) somou-se à pressão dos movimentos sociais que exigiam a extensão das ações de saúde a toda a população. O SUS trouxe uma nova articulação entre os setores público e privado (com o privado atuando de forma complementar e sob regulação estatal) e garantiu a participação popular como uma de suas diretrizes organizativas, consolidada por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Alternativa D: Incorreta. A alternativa apresenta várias incorreções. Ela menciona a desmobilização dos movimentos sociais, quando houve intensa mobilização. Também cita a crise das instituições democráticas, mas o contexto era justamente de redemocratização e fortalecimento das instituições após o fim da ditadura militar.

Em resumo, o SUS surge como uma resposta política e social à falência do modelo excludente anterior, impulsionado pelo desejo de democratização do acesso e pela organização da sociedade civil durante a Assembleia Nacional Constituinte.

Questão 30

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico descreve uma interação entre uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) e um paciente com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). O foco da questão está na identificação de dois conceitos fundamentais na abordagem da Saúde da Família: o enfrentamento ao capacitismo e a coleta de dados sobre raça/cor como ferramenta de combate ao racismo institucional.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Embora o capacitismo seja um ponto central (pela forma como a ACS lida com a limitação motora do paciente, respeitando sua autonomia), o termo "acesso" refere-se à entrada do usuário no sistema de saúde e à disponibilidade de serviços. O diálogo foca na identificação e no respeito à identidade do sujeito durante o cadastro, e não especificamente em barreiras geográficas ou organizacionais de acesso.

Alternativa B: Correta. O diálogo contempla dois determinantes sociais de vulnerabilidade:

1. **CAPACITISMO:** Ocorre quando a ACS pergunta ao paciente como ele prefere responder (se ele mesmo ou a filha). Ao fazer isso, ela evita o preconceito de presumir que, por ter uma limitação física, o paciente não tenha capacidade cognitiva ou de escolha. Ela o reconhece como sujeito de direitos, combatendo a visão capacitista que desumaniza ou silencia pessoas com deficiência.
2. **RACISMO:** Ao perguntar especificamente sobre a identificação de raça/cor (preto, pardo, branco, indígena ou amarelo), a ACS segue as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e do IBGE. A coleta da autodeclaração é uma ferramenta para monitorar e enfrentar as desigualdades em saúde geradas pelo racismo estrutural e institucional, permitindo que o sistema de saúde identifique perfis epidemiológicos específicos e vulnerabilidades sociais vinculadas à cor/raça.

Alternativa C: Incorreta. O racismo é um determinante presente, mas o etnocentrismo não se aplica ao caso. O etnocentrismo é a visão de mundo focada no próprio grupo étnico, considerando-o superior aos demais. No diálogo, não há evidências de julgamento de valor sobre a cultura do paciente ou imposição de valores culturais da agente sobre ele.

Alternativa D: Incorreta. Como mencionado anteriormente, nem o etnocentrismo nem o acesso são os focos principais da interação descrita. A questão destaca a postura da profissional frente às limitações físicas (capacitismo) e à identidade étnico-racial (racismo) do paciente.

Questão 31

A questão descreve um estudo transversal de base populacional realizado em Pelotas. Esse tipo de delineamento epidemiológico funciona como uma fotografia de um momento específico, analisando a presença de uma condição de saúde (neste caso, a depressão) em uma população em um ponto determinado no tempo.

Ao analisar a tabela apresentada na imagem, a última coluna exibe valores percentuais. O cálculo realizado para chegar a esses números foi a divisão do número de casos positivos (coluna Depressão +) pelo total de indivíduos avaliados em cada grupo. Por exemplo, para o sexo masculino: 50 meninos doentes divididos pelo total de 359 meninos resultam em aproximadamente 13,9%. Para o sexo feminino: 76 meninas doentes divididas por 384 resultam em 19,8%. Essa relação entre o número de casos existentes e a população total em um corte temporal define a medida de prevalência.

Alternativa a) Incorreta. A incidência mede o surgimento de novos casos em uma população inicialmente saudável ao longo de um período de acompanhamento. Como o estudo é transversal e não houve seguimento dos participantes no tempo, não é possível aferir a incidência.

Alternativa b) Correta. A prevalência é a medida de ocorrência que indica a proporção de indivíduos que apresentam uma doença ou característica em um ponto específico no tempo. O cálculo (Casos / População Total) mostrado na última coluna da tabela corresponde exatamente a essa definição.

Alternativa c) Incorreta. O risco relativo é uma medida de associação que compara a probabilidade de um evento ocorrer entre dois grupos (ex.: risco em mulheres dividido pelo risco em homens). A tabela apresenta dados de ocorrência dentro de cada grupo isoladamente, e não uma razão entre eles. Além disso, o risco relativo é tipicamente oriundo de estudos de coorte.

Alternativa d) Incorreta. A densidade de incidência é uma medida que utiliza o tempo-atendimento (como pessoas-ano) no denominador. Ela exige o acompanhamento individualizado de cada participante para saber por quanto tempo cada um ficou sob risco antes de adoecer ou sair do estudo, o que não ocorre em levantamentos transversais.

Questão 32

Análise da Questão:

O enunciado descreve um cenário em que há uma diferença significativa na taxa de recusas entre os sexos (50% nos homens contra 10% nas mulheres). Quando a participação em um estudo não ocorre de forma equilibrada e certos grupos deixam de compor a amostra final de maneira sistemática, ocorre um problema na composição da amostra.

Alternativa (c) - Correta: O viés de seleção ocorre quando há uma distorção na estimativa dos resultados decorrente dos procedimentos utilizados para selecionar os participantes ou de fatores que influenciam a participação voluntária. No caso descrito, a alta taxa de recusa entre os homens (50%) indica que os 359 meninos que participaram podem não representar fielmente a população total de meninos da cidade. Se os meninos que recusaram participar tivessem níveis de depressão diferentes daqueles que aceitaram, a prevalência calculada estaria errada. A recusa diferencial (ou viés de não resposta) é uma forma clássica de viés de seleção.

Alternativa (a) - Incorreta: O viés de confundimento acontece quando uma variável externa está associada tanto à exposição quanto ao desfecho, distorcendo a associação observada. O problema central apontado pelo enunciado não é a interferência de uma terceira variável, mas sim o fato de que metade da população masculina convidada não chegou a entrar no estudo.

Alternativa (b) - Incorreta: A causalidade reversa é um problema comum em estudos transversais nos quais, por se medir exposição e desfecho simultaneamente, não se sabe qual surgiu primeiro. Por exemplo, não se sabe se a depressão causou o isolamento social ou se o isolamento causou a depressão. O enunciado, porém, foca na taxa de recusas, o que remete à seleção da amostra, e não à temporalidade dos fatos.

Alternativa (d) - Incorreta: O viés de informação (ou de aferição) ocorre após o participante entrar no estudo, durante a coleta dos dados. Seria o caso de erros na aplicação do questionário PHQ-9 ou falhas de memória dos entrevistados. A questão trata de quem deixou de participar (recusas), o que caracteriza um erro na etapa de seleção, antes da coleta de informações.

Conexão com a Imagem: A tabela apresenta os dados dos adolescentes que efetivamente participaram. A coluna final com interrogações mostra a prevalência calculada (13,9% para o sexo masculino e 19,8% para o feminino). O viés de seleção mencionado no enunciado coloca em dúvida a validade desses 13,9%, uma vez que esse número foi obtido ignorando os 50% de meninos que se recusaram a responder à pesquisa.

Questão 33

Análise do perfil epidemiológico:

O enunciado descreve uma mudança brusca no perfil da hepatite A em São Paulo no ano de 2017. Historicamente, a hepatite A é considerada uma doença de transmissão fecal-oral vinculada a condições precárias de saneamento, acometendo principalmente crianças. No entanto, os dados apresentados apontam para um surto concentrado em adultos jovens (18 a 39 anos), do sexo masculino e residentes em bairros centrais. Esse cenário é compatível com o surto real ocorrido naquele período, onde a principal via de disseminação foi a sexual.

Alternativa A - Incorreta: A via parenteral é a principal forma de transmissão das hepatites B e C, além do HIV, através do compartilhamento de seringas ou transfusões. O vírus da hepatite A (HAV) é um vírus entérico. Embora exista uma fase de presença do vírus no sangue (viremia), ela é muito curta, tornando a transmissão parenteral estatisticamente irrelevante para explicar um surto com centenas de casos.

Alternativa B - Incorreta: A contaminação da água é uma via comum de transmissão em locais com infraestrutura de saneamento deficiente. Se a água fosse a fonte, o surto atingiria indistintamente homens, mulheres, idosos e crianças em uma determinada área geográfica. O fato de o surto atingir majoritariamente homens adultos em bairros centrais (geralmente com bom saneamento) afasta essa hipótese.

Alternativa C - Incorreta: A transmissão por alimentos contaminados (seja no preparo ou por irrigação com água contaminada) é uma via fecal-oral clássica. Contudo, assim como a água, o alimento contaminado não seleciona gênero ou faixa etária específica de forma tão desproporcional como descrito no enunciado (80% de adultos jovens do sexo masculino).

Alternativa D - Correta: Esta alternativa descreve exatamente o fenômeno observado em São Paulo em 2017 e em diversas capitais europeias no mesmo período. Devido à melhoria do saneamento nas últimas décadas, uma geração de homens chegou à idade adulta sem ter tido contato com o vírus na infância (sendo, portanto, soronegativos e suscetíveis). O vírus passou a circular intensamente através do contato oro-anal e dígito-anal (contato fecal-oral direto) durante a prática sexual entre homens (HSH). Isso explica por que o surto se concentrou em homens adultos e em regiões centrais, onde há maior densidade de locais de socialização desse grupo específico.

Gabarito: Letra D.

Questão 34

ESTRUTURA DO SOAP E CONTEXTO ÉTICO

O prontuário no formato SOAP é a base do Registro Orientado por Problemas. Suas etapas são:

S (Subjetivo): Relatos do paciente, sentimentos e queixas.

O (Objetivo): Dados do exame físico e resultados de exames.

A (Avaliação): Diagnósticos confirmados, sintomas ou problemas identificados.

P (Plano): Propostas terapêuticas, exames solicitados e orientações.

No atendimento a adolescentes, o Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garantem o direito ao sigilo e à autonomia, desde que o jovem apresente discernimento para compreender sua situação e que não haja risco de vida para si ou para terceiros. Isso inclui a prescrição de métodos contraceptivos e de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) sem a obrigatoriedade da presença dos pais.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

Campo A (Avaliação): "Desconforto genital" e "medo de ISTs" são os problemas ativos identificados a partir da queixa do paciente. "Contraceção" é um problema preventivo essencial, já que o jovem tem vida sexual ativa e uso inconsistente de preservativos. A alternativa evita rotular o paciente (como "pansexual"), respeitando sua fala de que não deseja definir sua orientação sexual.

Campo P (Plano): A abordagem da contraceção e a oferta de PrEP são condutas técnicas corretas diante do risco de ISTs e gravidez (considerando parcerias de diversos gêneros). A afirmação de que não há necessidade de contar para um adulto para autorizar a prescrição está correta, pois o adolescente demonstra discernimento e o sigilo é fundamental para garantir o acesso à saúde nessa faixa etária.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Incorreta. O erro principal está no campo A ao utilizar o termo "pansexualidade". O médico não deve impor rótulos ou orientações sexuais no prontuário se o paciente explicitamente afirmou que não deseja se definir. O registro deve ser fiel à autopercepção do paciente.

Alternativa (b): Incorreta. Além do erro de rotular o paciente como "pansexual", o plano afirma erroneamente que há necessidade de um adulto para autorizar a prescrição. Isso viola o direito ao sigilo do adolescente que possui capacidade de discernimento.

Alternativa (c): Incorreta. Embora a avaliação inclua pontos relevantes, o plano falha gravemente ao exigir a presença de um adulto para a autorização da PrEP. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e conselhos de ética, o adolescente pode consentir com o tratamento e a prevenção de ISTs individualmente.

RESUMO PARA ESTUDO

1. Autonomia do Adolescente: Jovens com discernimento podem ser atendidos e receber prescrições (incluindo PrEP e anticoncepcionais) sem a presença dos pais, mantendo-se o sigilo médico.
2. Identidade e Orientação: Deve-se respeitar a forma como o paciente se identifica, evitando diagnósticos ou termos que ele mesmo não utiliza para si.
3. PrEP: É indicada para populações com risco aumentado de infecção pelo HIV, o que inclui adolescentes sexualmente ativos com parcerias múltiplas e uso inconsistente de preservativo.

Questão 35

Para compreender esta questão, é necessário aplicar o modelo de Leavell e Clark, que divide os níveis de prevenção de acordo com a história natural da doença. No caso clínico apresentado, o médico realiza duas ações distintas que se enquadram em diferentes níveis:

1. Vacinação: A vacina é uma medida aplicada no período de pré-patogênese, ou seja, antes de o indivíduo adoecer. Ela é classificada como Proteção Específica dentro da Prevenção Primária. O objetivo é diminuir a incidência da doença.
2. Manejo da diarreia: A criança já apresenta sintomas (fezes amolecidas) há 3 dias. Ao prescrever soro de reidratação oral e fornecer orientações alimentares, o médico está realizando o Diagnóstico Precoce e o Tratamento Imediato, além da Limitação do Dano (evitar a desidratação). Essas ações ocorrem já no período de patogênese e são classificadas como Prevenção Secundária.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A prevenção primária ocorreu através da vacina, mas esta alternativa está incompleta, pois ignora o tratamento da diarreia já manifestada, que pertence ao nível secundário.
- b) Correta. Esta é a resposta que engloba as duas intervenções realizadas no atendimento: a vacina (prevenção primária) e o tratamento da diarreia iniciada (prevenção secundária).

c) Incorreta. Não houve prevenção terciária. A prevenção terciária foca na reabilitação e na redução de sequelas de doenças crônicas ou graves, visando reintegrar o indivíduo à sociedade. O quadro de diarreia aguda de 3 dias ainda está na fase de tratamento inicial (secundária).

d) Incorreta. A prevenção quaternária refere-se a ações que visam evitar o excesso de intervenção médica (superdiagnóstico e sobretratamento) e prevenir a iatrogenia. O caso descreve condutas clínicas de rotina e necessárias para a queixa apresentada, não focando especificamente na prevenção de danos causados pelo sistema de saúde.

Gabarito: Alternativa b.

Questão 36

Esta questão aborda os princípios organizativos e as diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, fundamentados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O foco principal aqui é o conceito de territorialização e longitudinalidade do cuidado.

Alternativa (a): Está correta. A Atenção Primária tem como uma de suas diretrizes a longitudinalidade, que pressupõe a continuidade da relação entre a equipe de saúde e o paciente ao longo do tempo. Para que isso ocorra de forma eficiente, o sistema é organizado por meio da territorialização, onde cada Unidade Básica de Saúde (UBS) é responsável pela população que reside em sua área de abrangência. Como a paciente buscava o acompanhamento de uma condição crônica (hipercolesterolemia) e não apresentava queixas agudas ou emergenciais, o correto é que ela seja acompanhada pela UBS de sua região de moradia, onde o vínculo e a coordenação do cuidado são estabelecidos.

Alternativa (b): Está incorreta. O motivo do redirecionamento não é o "bloqueio" de pessoas não cadastradas, mas sim a necessidade de organizar o fluxo de atendimento e garantir que o cuidado continuado ocorra na unidade de referência do paciente. O SUS é universal e deve acolher a todos, mas o acompanhamento eletivo deve seguir as normas de territorialização.

Alternativa (c): Está incorreta. Embora o SUS seja universal, ele também é regido pelos princípios da regionalização e hierarquização. A universalidade garante o acesso ao sistema, mas não significa que o paciente possa escolher qualquer unidade para realizar acompanhamentos de rotina ou de longo prazo sem seguir a organização territorial. O atendimento em qualquer unidade é obrigatório em casos de urgência e emergência, o que não era o caso da paciente (sem outras queixas).

Alternativa (d): Está incorreta. A área de abrangência de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é delimitada pelo local de residência dos usuários, e não por laços de parentesco com moradores da região. O fato de a mãe da paciente morar naquela área não confere à paciente o direito de acompanhamento longitudinal naquela UBS específica, caso ela resida em outro território.

Questão 37

Essa questão aborda o manejo de casos de violência no âmbito da saúde pública brasileira, especificamente a notificação compulsória e a especificidade da motivação do ato.

O ponto central para resolver a questão é entender a diferença entre a notificação para as autoridades sanitárias (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN) e a realização de um boletim de ocorrência (esfera policial).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Existe uma confusão comum entre a notificação epidemiológica e a denúncia policial. O encaminhamento para o boletim de ocorrência (esfera policial/judicial) é um direito do paciente adulto e capaz, dependendo da sua concordância. No entanto, a notificação para as autoridades sanitárias é um dever do profissional de saúde e da instituição, sendo compulsória em casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica, sexual e outras violências (conforme a Portaria de Consolidação nº 4/2017 do Ministério da Saúde), não dependendo da autorização do paciente para ser realizada.

Alternativa b) Correta. A violência interpessoal é um agravo de notificação compulsória. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e a Lei nº 10.778/2003, casos de violência atendidos em serviços de saúde devem ser notificados para fins epidemiológicos. Essa notificação é sigilosa e serve para a formulação de políticas públicas. É fundamental especificar a motivação LGBTfóbica, pois isso permite ao sistema de saúde monitorar crimes de ódio e vulnerabilidades específicas dessa população, orientando ações de prevenção e proteção.

Alternativa c) Incorreta. Embora a orientação sexual do paciente seja um dado importante no preenchimento da ficha de notificação (campos sociodemográficos), o que define a natureza da violência e o dado epidemiológico mais relevante para o enfrentamento do problema é a motivação do agressor (a LGBTfobia). Apenas citar a orientação não caracteriza o crime de ódio ou a motivação específica que levou ao atendimento médico.

Alternativa d) Incorreta. Não existe dispensa de notificação por se tratar de violência comunitária ou em pessoa adulta. A violência interpessoal (seja ela física, psicológica, tortura, etc.) deve ser notificada independentemente da idade ou do local onde ocorreu, visando alimentar o banco de dados do VIVA (Vigilância de Violências e Acidentes) e do SINAN. A notificação é uma ferramenta de visibilidade para fenômenos de violência que, de outra forma, ficariam ocultos nas estatísticas de saúde.

Resumo do raciocínio:

A notificação compulsória de violência para as autoridades sanitárias é um ato técnico-epidemiológico obrigatório para o profissional de saúde, independentemente do consentimento do paciente adulto, e deve detalhar a motivação do evento (neste caso, a LGBTfobia) para a correta vigilância em saúde. Não se deve confundir esse processo com a denúncia policial, que, em adultos capazes, segue o desejo da vítima na maioria das lesões corporais leves.

Questão 38

A abordagem motivacional, fundamentada na Entrevista Motivacional, tem como objetivo principal identificar em qual estágio de mudança o indivíduo se encontra (Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação ou Manutenção) e estimulá-lo a avançar nesse processo de forma não confrontadora, empática e centrada na pessoa.

Alternativa (a): Correta. Esta pergunta é o ponto de partida ideal para a abordagem motivacional. Ela busca identificar a prontidão do pai para a mudança sem julgamentos. Ao questionar se ele já pensou em parar, o médico permite que o paciente se autoavale e expresse sua ambivalência. Se o pai responder que nunca pensou nisso, ele está em Pré-contemplação; se ele disser que já pensou, mas acha difícil, ele está em Contemplação. Essa informação é essencial para guiar os próximos passos da conversa.

Alternativa (b): Incorreta. Focar nos riscos do cigarro é uma estratégia de aconselhamento diretivo tradicional que costuma ser pouco eficaz em estágios iniciais. Na abordagem motivacional, falar sobre riscos antes de entender a prontidão do paciente pode gerar resistência, negação e uma postura defensiva, dificultando o estabelecimento de um vínculo de confiança.

Alternativa (c): Incorreta. Esta pergunta avalia a carga tabágica e o grau de dependência física, sendo puramente técnica e quantitativa. Embora faça parte da anamnese clínica de um paciente tabagista, ela não serve para avaliar a motivação ou o desejo de mudança, que é o foco da abordagem motivacional solicitada pela

questão.

Alternativa (d): Incorreta. Esta é uma pergunta fechada e retórica que carrega uma forte carga de julgamento e culpabilização. No contexto de uma criança em crise de asma, questionar o pai dessa forma pode soar como uma acusação, fazendo com que ele se sinta culpado pela doença do filho. O sentimento de culpa e o confronto são barreiras para a mudança de comportamento e contrariam os pilares da Entrevista Motivacional.

Questão 39

A cascata do cuidado é uma ferramenta de gestão e monitoramento que permite visualizar o desempenho de cada etapa da assistência a uma determinada condição de saúde, desde o diagnóstico até o desfecho final desejado. Na imagem da cascata do HIV, a primeira barra representa o total estimado de pessoas infectadas (100%) e a última barra representa o sucesso terapêutico (supressão viral).

Para a transmissão vertical da sífilis, a lógica é a mesma. O objetivo final do sistema de saúde é garantir que a gestante infectada seja identificada e tratada adequadamente para que o desfecho final seja um recém-nascido saudável.

Alternativa A: Incorreta. Essa razão mede apenas a eficácia do tratamento entre as mulheres que já foram tratadas. Uma cascata de cuidado deve refletir o desempenho de todo o sistema, partindo do total de pessoas infectadas, incluindo aquelas que sequer chegaram a ser diagnosticadas ou tratadas.

Alternativa B: Incorreta. O denominador "Número de nascidos vivos" inclui todas as gestantes, inclusive as que nunca tiveram sífilis. Para avaliar o desempenho da assistência ao agravo sífilis, o denominador deve ser a população afetada pela doença (gestantes infectadas).

Alternativa C: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o uso do total de nascidos vivos no denominador não permite avaliar a efetividade da cascata de cuidado para as mulheres infectadas. Essa seria uma medida de saúde pública geral, mas não um indicador da cascata de cuidado contínuo da sífilis.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa segue exatamente o modelo da cascata do HIV apresentada na imagem. O denominador é a população que entra no sistema (Número de gestantes infectadas, equivalente à primeira barra de 100%) e o numerador é o objetivo final alcançado (Número de nascidos vivos sem sífilis, equivalente à última barra de sucesso). Esse indicador mostra qual proporção do problema inicial foi efetivamente resolvida pelo sistema de saúde.

Questão 40

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de Insuficiência Cardíaca (IC) avançada, provavelmente em Estágio D ou classe funcional NYHA IV, caracterizada por sintomas mesmo em repouso, apesar do tratamento otimizado. O histórico de cinco internações no último ano é um marcador de péssimo prognóstico e alta mortalidade a curto prazo. Como o paciente está lúcido e orientado (Miniexame do Estado Mental de 28/30), ele possui plena capacidade de autogoverno e tomada de decisão sobre seu tratamento.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o apoio familiar seja fundamental, o foco inicial deve ser o próprio paciente, respeitando sua autonomia. A alternativa sugere priorizar a informação à família e avaliar a disponibilidade do paciente de forma secundária. Em cuidados paliativos e bioética, a comunicação deve ser clara e direta com o paciente lúcido, respeitando seu direito de saber sobre sua condição e decidir sobre seu futuro.

Alternativa (b) Correta: O paciente preenche critérios de fragilidade e terminalidade para uma doença crônica orgânica. A introdução dos cuidados paliativos não significa abandonar o tratamento curativo ou modificador da doença, mas sim focar na qualidade de vida e no controle de sintomas (como a dispneia em repouso). A discussão sobre as diretivas antecipadas de vontade é fundamental neste momento, aproveitando que o paciente está clinicamente estável em domicílio e cognitivamente preservado, permitindo que ele registre seus desejos sobre quais intervenções aceitaria em caso de nova descompensação.

Alternativa (c) Incorreta: Estratégias de reabilitação podem até ser tentadas para melhorar a funcionalidade, mas a afirmação de que "ainda não há necessidade de introduzir os cuidados paliativos" é um erro técnico. A indicação de cuidados paliativos é baseada na carga de doença e no prognóstico; cinco internações em um ano e sintomas em repouso são indicações clássicas para o início dessa abordagem de forma integrada ao tratamento cardiológico.

Alternativa (d) Incorreta: O encaminhamento para internação em serviço especializado de cuidados paliativos (hospices ou unidades de internação) é indicado para controle de sintomas refratários ou cuidados de fim de vida iminente. No momento, o paciente recebeu alta há dois dias e está em seu domicílio. O acompanhamento deve ser feito de forma ambulatorial ou pela equipe de atenção domiciliar, visando manter o paciente em seu ambiente familiar, que é um dos objetivos dos cuidados paliativos.

Questão 41

A chave para responder a essa questão reside na unidade de análise utilizada pelos pesquisadores. No enunciado, é mencionado que a observação ocorreu nos municípios, ou seja, os dados foram coletados e analisados de forma agregada por grupos populacionais (as cidades), e não de forma individualizada para cada paciente.

Alternativa a) Incorreta. Em um estudo de coorte, os indivíduos são selecionados com base na sua exposição a determinado fator e acompanhados ao longo do tempo para observar o surgimento de um desfecho. O foco é individual e prospectivo, o que difere do estudo citado, que utiliza dados populacionais de municípios.

Alternativa b) Correta. O estudo ecológico é aquele em que a unidade de observação e análise é um grupo de indivíduos (como cidades, estados ou países), geralmente utilizando dados secundários e estatísticas de saúde pública. O objetivo é correlacionar a exposição média de uma população com a frequência média da doença nesse mesmo grupo. No caso descrito, correlacionou-se a cobertura de um programa (exposição) com a taxa de detecção de hanseníase (desfecho) nos municípios.

Alternativa c) Incorreta. O estudo transversal (ou seccional) realiza uma medição única em um ponto específico no tempo, como uma fotografia, analisando a presença de doenças e exposições em indivíduos simultaneamente. Embora possa fornecer dados sobre grupos, a característica principal do relato é a análise de indicadores agregados municipais, e não o exame individual de pessoas em um dado momento.

Alternativa d) Incorreta. O estudo de caso-controle é um desenho individualizado que parte de pessoas que já apresentam a doença (casos) e as compara com pessoas saudáveis (controles), buscando no passado a presença ou ausência de fatores de risco. Não se aplica à análise de taxas municipais de transferência de renda.

Questão 42

O sucesso do trabalho em equipe interprofissional no contexto da saúde baseia-se na transição de um modelo meramente multidisciplinar para um modelo colaborativo e integrado.

Alternativa a: Incorreta. A justaposição refere-se ao ato de colocar saberes e profissionais lado a lado, sem que haja necessariamente uma troca ou integração real entre eles. Esse conceito define o trabalho multidisciplinar clássico, no qual cada profissional executa sua tarefa de forma isolada e fragmentada, o que é insuficiente para as exigências do trabalho interprofissional.

Alternativa b: Correta. O núcleo do trabalho interprofissional é a colaboração. Para que a equipe tenha sucesso, é fundamental que existam espaços de diálogo, planejamento conjunto e coordenação das ações. A articulação garante que as intervenções não sejam redundantes ou contraditórias, enquanto a interação permite a construção de um projeto terapêutico comum, focado nas necessidades do paciente.

Alternativa c: Incorreta. O trabalho interprofissional não exige que o profissional abra mão de sua identidade ou dos conhecimentos específicos de sua categoria (o chamado núcleo de competência). O objetivo não é criar um saber comum que anule as especialidades, mas sim promover a convergência de diferentes saberes especializados em prol de um cuidado integral.

Alternativa d: Incorreta. O ordenamento hierárquico rígido e formal é, muitas vezes, uma barreira ao trabalho em equipe. O modelo interprofissional pressupõe relações mais horizontais, flexibilidade de papéis e uma gestão participativa. O foco deve ser a resolução de problemas e o bem-estar do usuário, e não a manutenção de uma estrutura de poder verticalizada que possa silenciar determinados saberes técnicos.

Questão 43

Para resolver essa questão, é necessário interpretar os dados estatísticos apresentados na tabela, especificamente o Risco Relativo ajustado (aRR) e o seu intervalo de confiança de 95% (I.C. 95%).

Um fator é considerado de proteção quando o aRR é menor do que 1 e o seu intervalo de confiança não engloba o valor 1 (ex.: 0,80 - 0,95). Um fator é considerado de risco quando o aRR é maior do que 1 e o intervalo de confiança não engloba o valor 1 (ex.: 1,10 - 1,30). Caso o intervalo de confiança passe pelo valor 1 (ex.: 0,90 - 1,10), o resultado é considerado sem significância estatística.

Alternativa a: Correta. Ao analisar a linha "Diabetes gestacional", observa-se um aRR de 0,89 com intervalo de confiança entre 0,85 e 0,94. Como ambos os limites do intervalo estão abaixo de 1, os dados deste estudo demonstram que o uso de *Cannabis* sp. foi um fator de proteção estatisticamente significativo para o desenvolvimento de diabetes gestacional.

Alternativa b: Incorreta. Para o desfecho "Eclâmpsia", o I.C. 95% é 0,80 - 1,71, e para "Placenta prévia", o I.C. 95% é 0,87 - 1,20. Em ambos os casos, os intervalos incluem o valor 1, o que indica que não há significância estatística para afirmar que o uso de *Cannabis* sp. oferece proteção ou risco para essas condições.

Alternativa c: Incorreta. O desfecho "Placenta acreta" apresenta um I.C. 95% de 0,92 - 1,95, cruzando a unidade (1), o que significa ausência de significância estatística. Além disso, o uso da palavra "apenas" está errado, pois o estudo identificou riscos significativos para hipertensão gestacional (1,13 - 1,21), pré-eclâmpsia (1,01 - 1,15) e descolamento prematuro da placenta (1,05 - 1,36).

Alternativa d: Incorreta. A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) é um termo que classicamente engloba a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia. Como a tabela mostra que a eclâmpsia não teve significância estatística (I.C. 0,80 - 1,71), não se pode generalizar o risco para todo o espectro da DHEG. A alternativa a é a única que descreve com precisão um achado estatisticamente válido da tabela.

Questão 44

A alternativa correta é a letra (a).

Análise da Questão:

O objetivo é identificar o melhor indicador para acompanhar o rastreamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Rastreamento é a busca ativa de uma doença em pessoas que ainda não possuem o diagnóstico conhecido. Portanto, o indicador deve focar naquelas que são elegíveis para o rastreio (neste caso, pessoas com 40 anos ou mais) e verificar se elas estão sendo avaliadas pela equipe de saúde.

Dados principais:

- Total de pessoas com 40 anos ou mais: 10.000.
- Pessoas com 40 anos ou mais com HAS já diagnosticada: 5.000.
- Pessoas com 40 anos ou mais sem HAS conhecida (alvo do rastreamento): 5.000.

Explicação das alternativas:

a) Correta. Este é o melhor indicador de rastreamento, pois foca nas oportunidades perdidas. Para chegar ao valor de 25%, realizamos o seguinte cálculo baseado na tabela:

Primeiro, somamos quem não teve a pressão medida no ano na coluna "Qualquer pessoa" (2.000 atendidos sem medida + 1.000 sem atendimento = 3.000).

Depois, subtraímos quem já tem HAS e não teve a pressão medida (300 atendidos sem medida + 200 sem atendimento = 500).

O resultado é de 2.500 pessoas com mais de 40 anos, sem diagnóstico de HAS, que passaram o ano sem nenhuma medida de pressão arterial.

Dividindo 2.500 pelo total de pessoas com mais de 40 anos (10.000), obtemos exatamente 25%. Esse indicador mostra para o gerente qual é a parcela da

população de risco que está totalmente fora das ações de rastreio.

b) Incorreta. A prevalência de HAS na comunidade é calculada dividindo o número de doentes (5.000) pelo total cadastrado (30.000), resultando em 16,6%. Embora o cálculo esteja correto, a prevalência é um indicador de situação de saúde (epidemiológico), e não um indicador de processo para avaliar a captação e o rastreamento realizado pela unidade.

c) Incorreta. A prevalência de HAS entre pessoas com mais de 40 anos (5.000 doentes divididos por 10.000 pessoas na faixa etária = 50%) também é um indicador epidemiológico. Ele descreve a carga da doença em um grupo específico, mas não mede a eficiência da equipe em buscar novos casos entre os indivíduos ainda não diagnosticados.

d) Incorreta. A proporção de pessoas com duas ou mais medidas no ano (4.000 na coluna "Qualquer pessoa" divididos pelo total de 10.000 = 40%) avalia a intensidade do acompanhamento ou a frequência de uso do serviço. Esse indicador é mais útil para monitorar o cuidado de quem já é hipertenso do que para avaliar a captação de novos pacientes para rastreio primário.

Associação com a imagem:

A tabela é fundamental para a resolução, pois permite diferenciar os dados da população geral ("Qualquer pessoa") dos dados de quem já possui a patologia ("Pessoas com HAS"). A alternativa A utiliza a subtração entre esses dois grupos nas linhas de pessoas sem medida de PA e sem atendimento para identificar o vácuo assistencial no rastreamento.

Questão 45

A análise desta questão exige o conhecimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e do conceito de acolhimento.

A paciente apresenta um quadro clínico de febre vespertina, astenia e tosse, sendo portadora de HIV e vivendo em situação de vulnerabilidade social (população de rua e profissional do sexo). Esse cenário sugere fortemente a suspeita de Tuberculose, uma condição de alta relevância clínica e epidemiológica, especialmente em pacientes imunossuprimidos.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. Embora o Consultório na Rua seja um dispositivo estratégico para o

cuidado dessa população, a territorialização não deve ser uma barreira ao acesso. Qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser porta de entrada e prestar o atendimento inicial. Encaminhar sem avaliar significa negar o acesso universal e postergar o cuidado de uma paciente grave.

b) Incorreta. Orientar a procura por outro serviço sem realizar o acolhimento e a avaliação inicial é uma prática conhecida como "empurroterapia". A UBS tem plena capacidade de realizar a avaliação inicial e o manejo diagnóstico de quadros respiratórios, devendo assumir a responsabilidade sobre o caso naquele momento.

c) Incorreta. A paciente já relatou o diagnóstico de HIV. Aguardar resultados de sorologias para então encaminhá-la gera um atraso inaceitável no manejo clínico. Além disso, a prioridade imediata é a investigação de Tuberculose (baciloscopia/TRM-TB) e a estabilização clínica, e não apenas o seguimento da sorologia em serviço especializado.

d) Correta. Esta alternativa está alinhada com os princípios de Universalidade e Equidade do SUS. O acolhimento com classificação de risco deve ser imediato. A importância clínica reside no estado debilitado e na imunossupressão da paciente. A importância epidemiológica justifica-se pela suspeita de Tuberculose em uma pessoa em situação de rua, o que exige medidas rápidas de diagnóstico e controle para evitar a transmissão comunitária. No SUS, a responsabilidade sobre o cuidado imediato prevalece sobre as divisões geográficas de área de cobertura.

Questão 46

Para compreender esta questão, é necessário dominar o conceito de vulnerabilidade proposto por José Ricardo Ayres, que é amplamente utilizado na Saúde Coletiva e em provas de Residência Médica. A vulnerabilidade é dividida em três dimensões interdependentes: individual, social e programática.

Alternativa A: Incorreta. A vulnerabilidade programática refere-se à forma como as instituições de saúde e as políticas públicas respondem às necessidades do indivíduo. Ela envolve o acesso aos serviços, a qualidade do atendimento, a existência de protocolos e a capacitação da equipe. Afirmar que "não há como fazer seguimento" é um equívoco conceitual e assistencial; o desafio do seguimento, neste caso, deriva da condição social da paciente, e não necessariamente de uma falha prévia do serviço ou da política de saúde em si (embora a dificuldade de acesso possa vir a ser uma barreira programática).

Alternativa B: Correta. A vulnerabilidade social diz respeito aos aspectos contextuais que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. No caso clínico, a

ausência de residência fixa (situação de rua) e a atividade ocupacional (profissional do sexo) são marcadores clássicos de exclusão social, precariedade econômica e estigma. Esses fatores limitam a capacidade de autocuidado e aumentam a exposição a riscos, sendo o ponto de maior destaque na descrição do caso para explicar sua condição atual.

Alternativa C: Incorreta. A vulnerabilidade individual refere-se aos aspectos biológicos, comportamentais e ao grau de informação que a pessoa possui sobre sua saúde. Embora a debilidade física e a possível coinfeção TB-HIV sejam aspectos biológicos (individuais), o que "chama a atenção" no relato como causa raiz de sua debilitação e dificuldade de manejo são os determinantes sociais. Além disso, a tuberculose é uma doença intrinsecamente ligada à vulnerabilidade social (aglomeração, desnutrição, falta de moradia).

Alternativa D: Incorreta. Como mencionado, a atividade ocupacional (trabalho sexual) e a falta de moradia são componentes da vulnerabilidade social, e não individual. A vulnerabilidade individual focaria mais na percepção de risco da paciente ou em sua capacidade cognitiva de aderir ao tratamento, o que não é o foco principal da descrição apresentada.

Em resumo, a questão exige que o aluno identifique que as condições de vida (rua) e trabalho (prostituição) são os elementos estruturais que colocam a paciente em uma posição de fragilidade perante a sociedade e o sistema de saúde, caracterizando a vulnerabilidade social.

Questão 47

Alternativa a: Incorreta. A principal limitação da vacina CYD-TDV (Dengvaxia) não foi meramente uma baixa eficácia, mas sim um problema crítico de segurança. Observou-se que indivíduos soronegativos (que nunca tiveram dengue antes da vacina) apresentavam um risco aumentado de desenvolver formas graves da doença ao serem infectados pelo vírus selvagem após a vacinação. Isso ocorre devido ao fenômeno de facilitação da infecção dependente de anticorpos (ADE). Por esse motivo, a vacina passou a ser indicada exclusivamente para pessoas que já tiveram pelo menos uma infecção prévia por dengue.

Alternativa b: Incorreta. A vacina TAK-003 (Qdenga) é aprovada pela Anvisa para uso em indivíduos dos 4 aos 60 anos de idade. Ela não é autorizada para crianças a partir de um ano de idade, conforme afirmado na alternativa. Diferentemente da Dengvaxia, a Qdenga pode ser administrada tanto em indivíduos soronegativos quanto em soropositivos.

Alternativa c: Correta. A vacina Butantan-DV é uma vacina tetravalente produzida com vírus vivos atenuados. Nos resultados de fase 3 publicados, a vacina demonstrou uma eficácia geral muito satisfatória (79,6%). No entanto, essa eficácia foi comprovada especificamente para os sorotipos 1 (DENV-1) e 2 (DENV-2). Como os sorotipos 3 (DENV-3) e 4 (DENV-4) não circularam de forma significativa durante o período de acompanhamento do estudo, não houve dados estatísticos suficientes para comprovar a eficácia da vacina contra esses dois sorotipos específicos.

Alternativa d: Incorreta. Houve, sim, evidência do efeito de resposta imune exacerbada por anticorpos (ADE). Esse fenômeno foi justamente o que motivou a restrição de uso da vacina Dengvaxia (CYD-TDV). Nela, os anticorpos induzidos pela vacina em pessoas que nunca tiveram a doença podiam atuar facilitando a entrada do vírus nas células em uma infecção natural posterior, mimetizando o que ocorre em uma segunda infecção natural por sorotipo diferente, que é historicamente mais grave.

Questão 48

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Ao contrário de outras arboviroses, como a dengue ou o vírus Zika, a febre chikungunya apresenta uma alta taxa de ataque clínico. Estima-se que cerca de 75% a 95% dos indivíduos infectados desenvolvam sintomas. Portanto, a grande maioria das infecções é sintomática, e não assintomática.

Alternativa b) Incorreta. Não existe uma predominância característica da doença no sexo masculino. Dados epidemiológicos de diversos surtos no Brasil indicam, muitas vezes, uma maior proporção de casos notificados em mulheres. Isso pode estar relacionado a fatores como maior exposição ao vetor no ambiente doméstico ou maior frequência de procura por assistência médica.

Alternativa c) Incorreta. A artrite crônica é, na verdade, a principal complicação e marca registrada da febre chikungunya. A fase crônica, definida pela persistência de sintomas articulares por mais de 90 dias, é uma seqüela muito frequente, atingindo uma parcela considerável dos pacientes (estimativas variam entre 40% e 60% dos casos).

Alternativa d) Correta. Apesar de ser uma doença que causa grande morbidade e impacto na qualidade de vida devido às dores articulares persistentes, a taxa de letalidade da chikungunya é baixa. No Brasil, assim como no restante do mundo, a maioria dos óbitos ocorre em grupos específicos de maior vulnerabilidade, como idosos com comorbidades e recém-nascidos infectados por transmissão vertical. Em

termos estatísticos globais, a letalidade permanece em patamares reduzidos, geralmente abaixo de 0,1%.

Questão 49

Análise do caso: O paciente apresenta um trauma penetrante por arma branca na região de transição cervicotorácica. O ponto crucial para a tomada de decisão é que o paciente encontra-se hemodinamicamente estável (PA 130/80 mmHg e saturação de 97%) e possui um e-FAST negativo. A imagem mostra a faca ainda inserida no corpo, o que exige conduta específica.

Alternativa a) Incorreta. Objetos empalados jamais devem ser retirados no atendimento inicial ou de forma cega. O objeto pode estar comprimindo um grande vaso e atuando como um tampão mecânico. Sua retirada sem controle pode causar hemorragia maciça e fatal. A remoção só deve ocorrer em ambiente cirúrgico ou após planejamento detalhado.

Alternativa b) Correta. Como o paciente apresenta estabilidade hemodinâmica, é possível e recomendável realizar exames de imagem complementares para avaliar a extensão da lesão. A tomografia de tórax (preferencialmente angiotomografia) é o melhor exame para identificar a trajetória da faca e sua relação anatômica com estruturas vitais, como grandes vasos, via aérea e esôfago. Isso permite planejar a cirurgia de forma segura.

Alternativa c) Incorreta. A toracotomia de emergência ou reanimatória é indicada para pacientes que apresentam parada cardiorrespiratória traumática presenciada ou instabilidade hemodinâmica extrema e refratária a medidas iniciais. Não é o caso deste paciente, que mantém pressão arterial normal.

Alternativa d) Incorreta. A janela pericárdica é um procedimento invasivo para diagnosticar lesão cardíaca (tamponamento). Embora o ferimento seja próximo à região precordial, o e-FAST foi negativo e o paciente está estável. Nesse cenário, a tomografia é superior por ser menos invasiva e fornecer uma avaliação global de todas as estruturas mediastinais e cervicais.

Questão 50

DIAGNÓSTICO E CENÁRIO CLÍNICO:

O quadro clínico descreve um homem de 63 anos com uma hérnia inguinal direita encarcerada há 8 horas, apresentando sinais de obstrução intestinal (vômitos e distensão abdominal). O paciente possui doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) grave, dependente de oxigênio, o que aumenta significativamente o risco anestésico

e cirúrgico. Laboratorialmente, apresenta sinais de desidratação e hemoconcentração (Ht e Hb elevados, além de azotemia pré-renal). Não há sinais claros de peritonite (irritação peritoneal) ou de sofrimento de alça avançado (ausência de febre, leucocitose ou hiperemia local), mas a obstrução intestinal indica que o conteúdo herniário está comprometido.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Laparoscopia): INCORRETA. Embora a laparoscopia possa ser utilizada em hérnias eletivas ou para avaliar a viabilidade da alça após redução, ela não é a conduta inicial padrão neste caso. Além disso, o paciente tem DPOC grave com uso de oxigênio domiciliar; o pneumoperitônio necessário na laparoscopia pode comprometer seriamente a função respiratória desse paciente, sendo preferível uma via que não demande pressões abdominais elevadas.

Alternativa B (Inguinotomia): CORRETA. A via inguinal (inguinotomia) é a abordagem de escolha para o tratamento de uma hérnia inguinal encarcerada. Ela permite o acesso direto ao saco herniário, sua abertura para avaliação do conteúdo (se há sofrimento de alça ou necrose) e a correção do defeito anatômico. Em pacientes de alto risco cirúrgico, como este com DPOC grave, a inguinotomia pode inclusive ser realizada sob bloqueio regional ou anestesia local e sedação, minimizando riscos.

Alternativa C (Laparotomia mediana): INCORRETA. A laparotomia mediana é uma cirurgia de grande porte e muito invasiva. Ela estaria indicada apenas se houvesse sinais claros de peritonite generalizada, perfuração intestinal ou se, durante a inguinotomia, não fosse possível reduzir ou tratar adequadamente uma alça necrótica. Utilizá-la como primeira opção aumentaria desnecessariamente a morbidade e o risco respiratório do paciente.

Alternativa D (Redução manual da hérnia): INCORRETA. A tentativa de redução manual (manobra de Taxe) é contraindicada quando há sinais de obstrução intestinal (vômitos e distensão) ou quando o tempo de encarceramento é prolongado (neste caso, 8 horas), devido ao risco de reduzir para dentro da cavidade abdominal uma alça intestinal já isquêmica ou necrótica, o que levaria a uma peritonite tardia e sepse (redução "em bloco").

GABARITO: A alternativa correta é a letra (b).

Questão 51

A questão apresenta um caso de uma paciente com sintomas persistentes de queimação retroesternal, apesar do uso de dose otimizada de inibidor de bomba de prótons (omeprazol 20 mg, duas vezes ao dia). A endoscopia revela apenas esofagite grau A de Los Angeles, o que é considerado um achado leve e não confirma, isoladamente, a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) refratária em pacientes que não respondem à medicação.

O ponto central aqui é a investigação da refratariedade ao tratamento. Quando um paciente mantém sintomas mesmo em uso de dose dobrada de IBP, o diagnóstico de DRGE deve ser questionado ou a causa da falha terapêutica deve ser investigada.

Alternativa a) Incorreta. Trocar o tipo de IBP ou associar um procinético é uma conduta empírica que raramente resolve casos de refratariedade verdadeira. Antes de escalonar ou alterar o tratamento medicamentoso de forma aleatória, é fundamental estabelecer o diagnóstico definitivo por meio de exames funcionais.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para pacientes com sintomas refratários ao IBP. A manometria esofágica é necessária para avaliar a motilidade do esôfago, excluir distúrbios motores (como acalasia ou espasmo esofágico distal) e localizar o esfíncter esofágico inferior para o correto posicionamento da sonda de pH-metria. A pH-metria (ou, idealmente, a impedância-pH-metria) irá confirmar se os sintomas da paciente estão realmente relacionados a episódios de refluxo (ácido ou não ácido) ou se a paciente apresenta hipersensibilidade esofágica ou pirose funcional.

Alternativa c) Incorreta. A indicação cirúrgica para o refluxo exige, obrigatoriamente, a confirmação diagnóstica da doença por meio de exames funcionais (manometria e pH-metria). Operar uma paciente com sintomas refratários sem comprovar que a causa da dor é o refluxo pode levar ao fracasso cirúrgico, especialmente se o diagnóstico final for uma desordem funcional. Além disso, a presença de uma esofagite grau A e de uma pequena hérnia de hiato de 2 cm não é indicação absoluta de cirurgia por si só.

Alternativa d) Incorreta. Embora neuromoduladores como a amitriptilina sejam usados no tratamento da pirose funcional ou esôfago hipersensível, essa conduta só deve ser tomada após a exclusão de refluxo patológico e distúrbios motores por meio da pH-metria e manometria. Pular etapas diagnósticas e iniciar tratamento para dor funcional sem exames comprobatórios é um erro de propedêutica.

Em resumo, diante de um quadro de sintomas de DRGE que não respondem ao tratamento convencional, o próximo passo é a investigação diagnóstica com exames

funcionais esofágicos para definir a conduta terapêutica apropriada.

Questão 52

O quadro clínico da paciente é clássico para colangite aguda, caracterizado pela Tríade de Charcot: dor abdominal em hipocôndrio direito, febre (38,1 °C) e icterícia (notada há 1 semana e confirmada no exame físico e laboratorial).

A análise laboratorial reforça o diagnóstico de obstrução biliar e infecção sistêmica, apresentando hiperbilirrubinemia direta (BD: 8,5 mg/dL), elevação de enzimas de colestase (FA e GGT), leucocitose e aumento da PCR. A alteração da função renal (creatinina: 1,5 mg/dL) e a hipotensão limítrofe sugerem uma gravidade que exige intervenção imediata para descompressão da via biliar. O ultrassom confirma a dilatação da via biliar extra-hepática (1,1 cm) e a presença de cálculos na vesícula, o que corrobora a etiologia obstrutiva litiásica.

Análise das alternativas:

a) Colangiressonância: É um excelente exame diagnóstico para identificar cálculos na via biliar (coledocolitíase) em casos de dúvida. No entanto, nesta paciente, o diagnóstico de colangite já está firmado clinicamente e ela apresenta sinais de gravidade. Postergar o tratamento definitivo para realizar um exame de imagem adicional aumentaria o risco de evolução para choque séptico.

b) Colangiografia endoscópica (CPRE): CORRETA. É o procedimento de escolha para a colangite aguda. A CPRE possui finalidade diagnóstica e, fundamentalmente, terapêutica, pois permite a descompressão imediata da via biliar através de papilotomia e retirada de cálculos ou colocação de drenos/stents, tratando a causa da infecção.

c) Colectomia com colangiografia: A colectomia (retirada da vesícula) deve ser realizada após a resolução do quadro agudo de colangite. Operar um paciente com infecção ativa das vias biliares e instabilidade clínica aumenta significativamente a morbimortalidade. O foco inicial deve ser a descompressão da via biliar principal, e não a retirada da vesícula.

d) Colectostomia percutânea: É um procedimento de exceção indicado para casos de colecistite aguda em pacientes muito graves que não suportariam uma cirurgia. Não é o tratamento de escolha para colangite por obstrução do colédoco, pois a drenagem da vesícula pode não desobstruir a via biliar principal de forma eficaz.

Questão 53

A questão aborda o manejo do traumatismo cranioencefálico (TCE) leve, definido por uma Escala de Coma de Glasgow entre 13 e 15. No caso clínico, a paciente possui Glasgow 15, está lúcida e orientada, mas apresenta um fator de risco determinante: a idade avançada.

Para decidir sobre a realização de tomografia de crânio (TC) em casos de TCE leve, utilizamos regras de predição clínica amplamente aceitas, como o Canadian CT Head Rule e os Critérios de New Orleans. De acordo com esses protocolos, a idade igual ou superior a 65 anos é um critério de alto risco que indica a necessidade obrigatória de realizar uma tomografia, mesmo que o paciente esteja assintomático ou sem déficit neurológico aparente. Isso ocorre porque idosos possuem maior fragilidade vascular e atrofia cerebral, o que aumenta o espaço para que coleções hemorrágicas (como o hematoma subdural) se expandam antes de causarem sintomas claros.

Alternativa (a): Correta. Como a paciente tem 78 anos, ela se enquadra no critério de indicação formal de tomografia de crânio para descartar lesões intracranianas agudas, independentemente da ausência de sintomas neurológicos no momento.

Alternativa (b): Incorreta. A ultrassonografia do nervo óptico é um método utilizado para avaliar indiretamente a presença de hipertensão intracraniana por meio da medida do diâmetro da bainha do nervo. No entanto, não é o exame de escolha para o rastreio inicial de lesões hemorrágicas no trauma e não substitui a tomografia de crânio.

Alternativa (c): Incorreta. Liberar uma paciente idosa para reavaliação ambulatorial sem a realização de um exame de imagem prévio é uma conduta insegura. O risco de sangramento intracraniano oculto ou tardio nesta faixa etária impede a alta baseada apenas no exame físico normal.

Alternativa (d): Incorreta. Embora a observação clínica seja importante, a prioridade após o tratamento do ferimento (sutura) é a investigação diagnóstica com imagem. A internação isolada, sem a realização da tomografia, atrasaria o diagnóstico de uma possível urgência neurocirúrgica que pode estar presente mesmo em pacientes com Glasgow 15.

Questão 54

O caso clínico descreve uma paciente idosa no 6º dia pós-operatório (PO) de uma cirurgia abdominal de grande porte e longa duração (6 horas), que envolveu manipulação intestinal intensa (lise de aderências). Ela apresenta um quadro de parada de eliminação de gases e fezes, distensão abdominal e vômitos (confirmados pelo alto débito da sonda nasogástrica).

A análise das alternativas fundamenta-se na diferenciação entre causas funcionais e mecânicas/inflamatórias no pós-operatório:

a) Íleo paralítico: **ESTÁ CORRETA**. O íleo paralítico (ou íleo adinâmico) é a falha temporária da motilidade intestinal após a cirurgia. Embora o esperado seja a resolução em 3 a 5 dias, ele pode se prolongar em cirurgias extensas, demoradas e com muita manipulação de alças, como foi o caso. O exame físico mostra ruídos hidroaéreos diminuídos e ausência de sinais de irritação peritoneal. Um ponto fundamental aqui é a estabilidade clínica e laboratorial: a paciente está em bom estado geral, hidratada, sem taquicardia e com queda expressiva da PCR (de 81 para 41 mg/L), o que afasta processos infecciosos ou inflamatórios agudos graves.

b) Gastroparesia: **ESTÁ INCORRETA**. A gastroparesia refere-se especificamente ao retardo do esvaziamento gástrico. Embora explique os vômitos e o débito da sonda nasogástrica, ela não justifica a distensão abdominal generalizada nem a ausência completa de eliminação de gases e fezes por seis dias, o que aponta para um acometimento de todo o trato intestinal (íleo).

c) Obstrução por brida: **ESTÁ INCORRETA**. Embora a obstrução mecânica por bridas seja um diagnóstico diferencial importante no pós-operatório, ela geralmente se manifesta com dor abdominal em cólica e ruídos hidroaéreos aumentados (metálicos) na fase inicial. No íleo paralítico, os ruídos estão diminuídos ou ausentes. Além disso, no pós-operatório precoce, a distinção clínica entre íleo prolongado e obstrução mecânica é difícil, mas o contexto de manipulação cirúrgica extensa favorece inicialmente a hipótese funcional (íleo).

d) Deiscência de anastomose: **ESTÁ INCORRETA**. Esta é uma complicação grave que normalmente ocorre entre o 5º e 7º dia PO, mas costuma cursar com sinais de sepse ou peritonite: febre, taquicardia, dor abdominal súbita e intensa, queda do estado geral e elevação de marcadores inflamatórios (leucocitose e aumento da PCR). No caso, a paciente está clinicamente bem, a PCR está em queda e o débito do dreno é seroso, o que torna essa hipótese improvável no momento.

Questão 55

Esta questão aborda os critérios prognósticos do melanoma cutâneo, um dos tumores com maior potencial de metástase na dermatologia. Para responder corretamente, devemos nos basear na classificação da AJCC (American Joint Committee on Cancer), que padroniza o estadiamento e os fatores de risco.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o índice mitótico (número de mitoses por mm^2) tenha relevância biológica e já tenha feito parte dos critérios de estadiamento para melanomas finos, ele não supera a importância da espessura de Breslow. O tipo histológico (extensivo superficial, nodular, etc.) influencia o comportamento da lesão, mas não é o principal determinante da sobrevida quando comparado a medidas objetivas de profundidade.

b) Incorreta. A invasão perineural é um fator de risco para recorrência local e pode indicar um comportamento mais agressivo, porém não é considerada um dos pilares fundamentais do estadiamento TNM do melanoma. Assim como o índice mitótico, é um dado complementar.

c) Incorreta. A espessura de Breslow é, de fato, o fator isolado mais importante. No entanto, o comprometimento da margem radial indica que a biópsia foi incompleta (excisional, mas com margens comprometidas) e que será necessária uma ampliação cirúrgica. Margens comprometidas influenciam o manejo terapêutico imediato, mas o impacto no prognóstico global da doença (sobrevida) é definido pelas características biológicas do tumor (como a ulceração), e não apenas pelo status da margem na biópsia inicial.

d) Correta. A espessura de Breslow (medida em milímetros da camada granulosa até a célula melânica mais profunda) e a presença de ulceração são os dois principais fatores anatomopatológicos que determinam o estadiamento T (tumor primário) no melanoma. No caso apresentado, um Breslow de 4,1 mm classifica a lesão como T4, e a presença de ulceração a classifica como T4b. Esses dois parâmetros são os que possuem maior correlação direta com o risco de metástase linfonodal e a sobrevida global do paciente.

Resumo didático:

Ao avaliar um laudo de melanoma, os olhos do médico devem buscar primeiro o Breslow (quanto mais profundo, pior) e a ulceração (sua presença sempre agrava o estadiamento). Outros fatores como nível de Clark, índice mitótico e invasão perineural são secundários ou ajudam a compor o perfil de agressividade, mas não definem o prognóstico de forma tão determinante quanto o Breslow e a ulceração.

Questão 56

O caso clínico apresenta uma paciente com um quadro de abdome agudo inflamatório (apendicite aguda) complicado por peritonite difusa e choque séptico (necessidade de noradrenalina após reanimação volêmica inicial). O foco da questão é a escolha da antibioticoterapia empírica adequada para uma infecção intra-abdominal de origem comunitária.

ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta uma infecção originada na comunidade. Nessas situações, os principais patógenos envolvidos são os da flora do trato gastrointestinal:

1. Gram-negativos entéricos (especialmente *Escherichia coli*).
2. Anaeróbios (especialmente *Bacteroides fragilis*).

Diferentemente de infecções hospitalares, em casos comunitários não se espera, rotineiramente, a presença de bactérias multirresistentes ou MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O Meropenem é um carbapenêmico de amplo espectro indicado para infecções por germes produtores de ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase) ou em contextos de falha terapêutica e infecção hospitalar grave. A Vancomicina é utilizada para cobrir Gram-positivos resistentes (MRSA). No contexto de uma apendicite comunitária, o uso de Vancomicina não é indicado de rotina, pois o foco não é a pele ou cateteres, e o Meropenem seria um "exagero" terapêutico para um quadro inicial comunitário.

b) INCORRETA. O Ertapenem é um carbapenêmico que cobre bem a flora abdominal comunitária (Gram-negativos e anaeróbios), porém a Teicoplanina, assim como a Vancomicina, foca em Gram-positivos resistentes (MRSA), o que não se justifica neste cenário clínico de infecção de origem intestinal.

c) CORRETA. Este é o esquema clássico e recomendado para infecções intra-abdominais comunitárias. A Ceftriaxona (uma cefalosporina de 3ª geração) oferece excelente cobertura para Gram-negativos da comunidade (como *E. coli* e *Klebsiella*), enquanto o Metronidazol é o padrão-ouro para a cobertura de germes anaeróbios (como *Bacteroides fragilis*). Mesmo em pacientes com sepse ou choque séptico, se a infecção é comunitária e a paciente não possui fatores de risco específicos para germes multirresistentes, este esquema é eficaz e seguro.

d) INCORRETA. A associação Ceftazidima + Avibactam é um antibiótico novo e de

altíssimo custo, reservado estritamente para o tratamento de bactérias Gram-negativas multirresistentes, especificamente aquelas produtoras de carbapenemases (como a KPC). Utilizá-lo em uma apendicite comunitária sem evidência de resistência seria um erro grave de gestão de antibióticos (stewardship).

RESUMO DIDÁTICO

Para provas de residência, diante de infecção intra-abdominal comunitária (apendicite, colecistite, diverticulite perforada):

1. Sempre cubra Gram-negativos + Anaeróbios.
2. Esquemas comuns: Ceftriaxona + Metronidazol OU Ciprofloxacino + Metronidazol OU Piperacilina/Tazobactam (em casos mais graves em alguns protocolos).
3. Evite Vancomicina ou esquemas para MRSA, a menos que haja fator de risco claro.

Questão 57

A questão apresenta uma paciente jovem (37 anos) com diagnóstico incidental de colelitíase do tipo microlitíase (múltiplos microcálculos), sem sintomas biliares clássicos e com exames laboratoriais sem alterações significativas nas enzimas canaliculares e transaminases (apenas uma elevação isolada e discreta de GGT).

A análise das alternativas fundamenta-se nos seguintes pontos:

Alternativas (a) e (b) Incorretas: Embora a regra geral para colelitíase assintomática seja a observação (conduta expectante), existem exceções importantes. A presença de microcálculos (microlitíase) aumenta significativamente o risco de migração biliar, o que pode resultar em complicações graves como pancreatite aguda biliar e colangite, mesmo em pacientes sem sintomas prévios.

Alternativa (c) Incorreta: A colangiorrressonância seria indicada caso houvesse forte suspeita de coledocolitíase (como dilatação de vias biliares ou alteração importante de bilirrubinas e fosfatase alcalina). No caso, os exames laboratoriais estão praticamente normais e a conduta cirúrgica já se justifica pela presença dos microcálculos na vesícula biliar.

Alternativa (d) Correta: A colecistectomia videolaparoscópica está indicada nesta paciente por dois motivos principais:

1. Microlitíase: Cálculos pequenos (geralmente menores que 3 a 5 mm) possuem maior facilidade de passar pelo ducto cístico e impactar na ampola de Vater, sendo o principal fator de risco para pancreatite aguda biliar.
2. Idade: Por ser uma paciente jovem, ela possui uma longa expectativa de vida, o que aumenta o risco cumulativo de desenvolver complicações biliares ao longo dos

anos. No contexto de provas de residência, a combinação de paciente jovem e microlitíase é uma indicação clássica de cirurgia profilática para evitar eventos graves futuros.

Questão 58

Esta é uma questão que aborda o manejo das complicações da pancreatite aguda necrotizante de origem biliar.

****Análise do Quadro Clínico e Imagens:****

A paciente apresentou uma pancreatite aguda grave/moderadamente grave (necessidade de nutrição enteral e dor de difícil controle). As imagens de tomografia mostram áreas de hipocaptção do parênquima pancreático e coleções peripancreáticas heterogêneas, caracterizando uma pancreatite necrotizante com Coleção Necrótica Aguda (ANC). No 16º dia, a paciente apresenta excelente evolução clínica: está assintomática, sem febre e com aceitação plena da dieta por via oral.

****Por que a alternativa (c) está correta?***

Em casos de pancreatite aguda necrotizante, a conduta em relação às coleções e à colecistectomia muda drasticamente em comparação à pancreatite leve.

1. ****Coleções:**** Como a paciente está clinicamente bem (afebril e comendo), as coleções devem ser observadas. Não há indicação de intervenção (drenagem) se não houver sinais de infecção ou compressão de órgãos adjacentes.
2. ****Momento da Colecistectomia:**** Diferente da pancreatite leve (onde a cirurgia é feita na mesma internação), na pancreatite necrotizante a recomendação é adiar a colecistectomia. Operar precocemente em um ambiente de intensa inflamação e coleções imaturas aumenta o risco de complicações e infecção das coleções. O ideal é aguardar pelo menos 6 a 8 semanas para que a inflamação ceda e as coleções se resolvam ou se organizem. Portanto, a alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial e reavaliação por imagem é a conduta mais segura e adequada.

****Análise das alternativas incorretas:****

* ****a) Colecistectomia laparoscópica com colangiografia:**** Embora a causa seja biliar, realizar a cirurgia no 16º dia em uma paciente com necrose pancreática e coleções ainda imaturas é prematuro e perigoso. O risco de converter uma coleção estéril em infectada e a dificuldade técnica devido ao processo inflamatório são muito altos.

* ****b) Colangiografia endoscópica (CPRE) seguida de colecistectomia:**** A CPRE está indicada na pancreatite biliar apenas se houver colangite associada ou obstrução biliar persistente (icterícia progressiva). Os exames laboratoriais da paciente (fosfatase alcalina e bilirrubinas normais) descartam obstrução biliar no momento.

* **d) Drenagem percutânea da coleção seguida da colecistectomia:** A drenagem de coleções na pancreatite (seja necrose ou pseudocisto) só deve ser realizada se houver suspeita de infecção (febre, leucocitose, piora clínica) ou se a coleção causar sintomas compressivos (obstrução gástrica, por exemplo). A paciente está assintomática e bem, logo, a drenagem é contraindicada.

****Associação com a Imagem:****

As imagens de tomografia (axial e coronal) revelam coleções volumosas e heterogêneas ocupando o leito pancreático e o espaço pararrenal anterior. A presença de material sólido/heterogêneo dentro da coleção confirma que se trata de necrose (ANC) e não apenas de um pseudocisto (que seria puramente líquido). O manejo conservador dessas imagens em pacientes estáveis é a regra de ouro atual (estratégia "step-up").

Questão 59

Para entender esta questão, devemos focar nos critérios utilizados para indicar a reanimação volêmica com hemoderivados (conhecida como protocolo de transfusão maciça ou reanimação de controle de danos) em pacientes vítimas de trauma.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta sinais claros de choque hipovolêmico classe III ou IV, evidenciados pela pressão arterial baixa (90x60 mmHg) e frequência cardíaca elevada (120 bpm), mesmo após a infusão inicial de cristaloides. Além disso, o FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) positivo no espaço hepatorenal confirma a presença de líquido livre na cavidade abdominal (hemoperitônio), identificando a origem do sangramento.

Por que a alternativa (c) é a correta:

A decisão de iniciar a reanimação com concentrado de hemácias, plasma e plaquetas em vez de apenas cristaloides baseia-se na presença de instabilidade hemodinâmica (pressão arterial alterada) associada à confirmação de uma fonte de sangramento ativo pelo FAST. Essa abordagem visa prevenir a tríade letal (acidose, coagulopatia e hipotermia) em pacientes com hemorragia grave.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o mecanismo de trauma (queda de 6 metros) sugira gravidade e alerte a equipe para lesões potenciais, ele sozinho não justifica o início de um protocolo de transfusão de múltiplos componentes. O trauma de crânio requer a manutenção de uma pressão arterial adequada para garantir a perfusão cerebral, mas não é a justificativa para a reanimação volêmica por choque hemorrágico neste

contexto.

Alternativa b) Incorreta. A pressão arterial é, de fato, um fator determinante para a reanimação. No entanto, o trauma de crânio, embora presente (Glasgow 3 e deformidade frontal), não explica a necessidade da reposição de hemácias, plasma e plaquetas da forma como foi feita; essa conduta é direcionada para tratar a hemorragia abdominal diagnosticada.

Alternativa c) Correta. A conjunção da instabilidade hemodinâmica (pressão arterial de 90x60 mmHg indicando choque) com o achado de líquido livre no abdome pelo FAST (confirmando o sítio da hemorragia) fornece a justificativa técnica direta para a reanimação volêmica com hemoderivados.

Alternativa d) Incorreta. O FAST positivo justifica a busca por hemorragia, mas o mecanismo de trauma é um dado epidemiológico e cinemático. Para a indicação clínica de transfusão imediata, os parâmetros fisiológicos (como a pressão arterial e a frequência cardíaca) são mais determinantes do que o mecanismo da queda isoladamente.

Resumo:

Em pacientes com trauma contuso de alta energia, a presença de hipotensão arterial persistente e um exame de imagem (FAST) que comprove sangramento interno são os pilares que sustentam a indicação de uma reanimação volêmica agressiva com componentes sanguíneos.

Questão 60

O caso clínico descreve um paciente com trauma de alta energia, apresentando choque hipovolêmico grau III/IV (hipotensão e taquicardia) e FAST positivo (líquido no espaço hepatorenal), indicando hemorragia abdominal. A conduta adotada foi a reanimação com hemoderivados (concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e plaquetas).

O ponto central da questão é a compreensão das complicações metabólicas associadas à transfusão de grandes volumes de hemoderivados. Para evitar a coagulação do sangue dentro das bolsas de armazenamento, utiliza-se o citrato de sódio como anticoagulante. O citrato atua quelando o cálcio ionizado do sangue (ligando-se a ele), impedindo a cascata de coagulação.

Ao infundir rapidamente múltiplas bolsas de sangue e plasma, o excesso de citrato presente nesses componentes entra na circulação do paciente e liga-se ao seu cálcio ionizado circulante. Isso resulta em uma queda rápida dos níveis de cálcio livre no

sangue, levando ao quadro de hipocalcemia.

Análise das alternativas:

a) Hipercalcemia. Incorreta. O efeito do citrato é justamente o oposto: ele reduz a disponibilidade de cálcio ionizado ao se ligar a ele. A hipercalcemia não é uma complicação esperada da transfusão maciça.

b) Hiperpotassemia. Incorreta (neste contexto). Embora o potássio possa aumentar em transfusões muito volumosas devido ao extravasamento desse íon das hemácias estocadas (especialmente em bolsas mais velhas), a alteração clássica e mais diretamente associada à presença de conservantes como o citrato em protocolos de transfusão equilibrada é a hipocalcemia. Além disso, a hipocalcemia é frequentemente mais sintomática e grave no cenário do choque.

c) Hipocalcemia. Correta. Conforme explicado, o citrato utilizado para a conservação dos hemoderivados quelata o cálcio ionizado do receptor, sendo a principal causa de distúrbio eletrolítico em pacientes que recebem reanimação volêmica com múltiplos componentes sanguíneos.

d) Hipopotassemia. Incorreta. A hipopotassemia pode ocorrer tardiamente após a transfusão, quando o citrato é metabolizado pelo fígado em bicarbonato, gerando uma alcalose metabólica que desloca o potássio para dentro das células. No entanto, não é o distúrbio imediato esperado pela ação direta dos componentes da bolsa.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 61

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão está no primeiro dia pós-operatório (PO) de uma cirurgia bariátrica (bypass gástrico em Y de Roux). O quadro clínico apresenta taquicardia (FC 113 bpm), leve taquipneia (FR 22 ipm) e uma saturação de oxigênio limítrofe (92%), associadas à diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares. O abdome, por outro lado, é inocente (flácido, pouco doloroso e com dreno de baixo débito hemático), o que reduz a suspeita imediata de complicações cirúrgicas agudas, como fístulas precoces ou hemorragias abdominais graves.

Em pacientes com obesidade mórbida submetidos a cirurgias abdominais altas, a causa mais comum de taquicardia e queda da saturação no PO imediato, especialmente quando o paciente permanece deitado, é a atelectasia basal. O peso

da parede abdominal e a restrição da expansibilidade pelo procedimento favorecem o colapso de alvéolos. Além disso, a dor pós-operatória pode impedir incursões respiratórias profundas e a deambulação precoce, agravando o quadro.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A conduta inicial mais adequada é otimizar a analgesia para permitir que a paciente consiga realizar movimentos e respirar melhor, além de iniciar fisioterapia motora (sentar e deambular) e respiratória (exercícios de expansão). Muitas vezes, a simples mudança da posição deitada para sentada e a deambulação corrigem a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio ao reexpandir as bases pulmonares e reduzir o estresse fisiológico.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Embora a paciente apresente critérios de SIRS (taquicardia e taquipneia), não há um foco infeccioso evidente ou sinais de choque que justifiquem a abertura de protocolo de sepse e transferência para UTI neste momento. A causa ventilatória/algica é muito mais provável no primeiro dia de pós-operatório.

Alternativa B: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma complicação temida em obesos, mas a presença de ausculta diminuída nas bases e a melhora esperada com manobras posturais tornam a atelectasia a hipótese principal. A angiotomografia é um exame com contraste e custo elevado, devendo ser reservada caso não haja melhora após as medidas iniciais ou se houver forte suspeita clínica (como hipoxemia refratária).

Alternativa D: A tomografia de abdome com contraste oral serve para investigar fístulas ou obstruções. No entanto, o exame físico abdominal da paciente está muito favorável (abdome flácido, ruídos presentes, dreno limpo). A taquicardia isolada no primeiro PO, sem sinais abdominais, deve primeiro ser tratada com medidas conservadoras (hidratação, analgesia e fisioterapia) antes de se realizar exames de imagem invasivos.

Questão 62

O caso clínico descreve um trauma de alta energia (queda de escada), resultando em uma fratura da extremidade distal da tíbia com envolvimento da superfície articular, conhecida como fratura do pílón tibial.

A análise da primeira imagem (exame físico) é fundamental: o paciente apresenta edema importante e flictenas (bolhas) hemorrágicas. Na ortopedia, o estado das

partes moles dita o tempo da cirurgia. Realizar uma incisão cirúrgica sobre uma pele nessas condições acarreta um risco altíssimo de deiscência de sutura, necrose cutânea e infecção profunda (osteomielite).

A radiografia confirma a complexidade da fratura, com cominuição articular e desalinhamento. O tratamento padrão para fraturas do pílón tibial com sofrimento de partes moles é o manejo em dois estágios (controle de danos).

Alternativa a) Incorreta. A redução incruenta e o gesso não são adequados para fraturas articulares complexas e instáveis como esta. O gesso impediria a monitorização das flictenas e dificilmente manteria a redução anatômica necessária para a superfície articular.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta inicial padrão. O fixador externo transarticular (pontando o tornozelo) permite a estabilização óssea, restaura o comprimento do membro e promove o alinhamento grosseiro, enquanto se aguarda a melhora das condições da pele (geralmente de 7 a 21 dias). Somente após a pele cicatrizar e o edema diminuir (sinal da ruga positivo) é que se parte para a fixação definitiva.

Alternativa c) Incorreta. A osteossíntese interna com placas e parafusos é o tratamento definitivo. No entanto, realizá-la de forma imediata neste paciente seria um erro técnico grave devido ao estado das partes moles. A cirurgia definitiva deve ser postergada até que o envelope de tecidos moles esteja recuperado.

Alternativa d) Incorreta. As hastas intramedulares são preferencialmente utilizadas para fraturas da diáfise (corpo) do osso. Em fraturas do pílón (articulares), a placa é o material de escolha para permitir a reconstrução anatômica da articulação. Além disso, a contraindicação por conta das partes moles permaneceria a mesma.

Questão 63

O quadro clínico e as imagens de tomografia de abdome apontam para o diagnóstico de ****Vôlvulo de Sigmoides****.

****Análise do Quadro Clínico e Exames:****

O paciente é um idoso com história de constipação crônica (fator de risco clássico) que apresenta um quadro de obstrução intestinal baixa (dor em cólica, distensão abdominal, parada de eliminação de gases e fezes, evoluindo com vômitos tardios). O toque retal com ampola vazia corrobora a obstrução mecânica distal. Os exames laboratoriais mostram uma discreta piora da função renal (Creatinina 1,7 mg/dL e Ureia 71 mg/dL), provavelmente de origem pré-renal por desidratação (vômitos e

terceiro espaço).

****Achados Tomográficos:****

Nas imagens de tomografia, observa-se uma acentuada distensão de alças colônicas. O achado patognomônico aparece na terceira imagem: o ****sinal do redemoinho (whirl sign)****, que representa a torção do mesentério e dos vasos ao redor do ponto de obstrução. A quarta imagem mostra a grande dilatação da alça sigmoide, que frequentemente assume a forma de "U" invertido ou "grão de café", ocupando grande parte da cavidade abdominal.

****Justificativa da alternativa correta:****

* ****Alternativa (c):**** Esta imagem destaca o ****cólon descendente e o cólon sigmoide****. Como o diagnóstico é de vôlvulo de sigmoide e houve indicação cirúrgica para ressecção, o segmento a ser retirado é justamente o sigmoide (sigmoidectomia), muitas vezes estendendo-se para o descendente dependendo da viabilidade tecidual e da técnica cirúrgica (como a cirurgia de Hartmann ou anastomose primária). Portanto, a ressecção do território do cólon esquerdo é a conduta correta.

****Análise das alternativas incorretas:****

* ****Alternativa (a):**** Representa uma colectomia direita (ressecção do ceco e cólon ascendente). Seria indicada em casos de vôlvulo de ceco ou tumores do cólon direito, o que não condiz com as imagens de torção distal e sinal do redemoinho em topografia de sigmoide.

* ****Alternativa (b):**** Representa a ressecção isolada do cólon transversos. É uma cirurgia pouco comum, indicada para lesões específicas e centralizadas nesse segmento, que não é o sítio do vôlvulo neste caso.

* ****Alternativa (d):**** Representa uma colectomia total ou subtotal (quase todo o cólon). Seria indicada em casos de inércia colônica grave, polipose adenomatosa familiar ou colite fulminante/megacólon tóxico com sofrimento de múltiplos segmentos, o que extrapola a necessidade terapêutica para um vôlvulo de sigmoide localizado.

Questão 64

O caso clínico apresenta uma criança de 5 anos com uma massa abdominal volumosa e indolor no flanco esquerdo, associada a hematúria (1 milhão de hemácias/mL) e anemia (Hb: 8,4 g/dL). Essa descrição é clássica para as principais neoplasias abdominais da infância, sendo necessário o diagnóstico diferencial entre o Tumor de Wilms e o neuroblastoma.

Análise das alternativas:

a) Incorreto. O neuroblastoma é o principal diagnóstico diferencial, porém costuma acometer crianças mais jovens (geralmente abaixo dos 2 anos). Ao exame físico, a massa costuma ser endurecida, irregular e frequentemente ultrapassa a linha média. Na imagem, o neuroblastoma tende a envolver os vasos (encapsulamento), enquanto o Tumor de Wilms os desloca. Além disso, a hematúria é muito menos comum no neuroblastoma do que no tumor renal.

b) Incorreto. A hidronefrose severa pode se apresentar como uma massa palpável, mas a imagem de ressonância magnética mostra uma massa sólida, heterogênea e com áreas de permeio, e não uma dilatação cística do sistema coletor preenchida por líquido (urina), que seria o padrão da hidronefrose.

c) Correto. O Tumor de Wilms (nefroblastoma) é o tumor renal primário mais comum da infância, com pico de incidência entre 2 e 5 anos. A apresentação típica é de uma massa abdominal de crescimento lento, indolor e que não ultrapassa a linha média (como visto na imagem coronal da ressonância, onde a massa está restrita ao lado esquerdo). A hematúria, presente no exame de urina da paciente, reforça a origem renal da neoplasia. As imagens de ressonância magnética (axial, coronal e sagital) revelam uma grande massa sólida originada do rim esquerdo, substituindo quase todo o parênquima renal normal.

d) Incorreto. Um tumor ovariano se manifestaria como uma massa pélvica ou no hipogástrio, e não no flanco. A ressonância magnética demonstra claramente que a origem da lesão é no andar superior/médio do abdome, ocupando o leito renal esquerdo, e não na região anexial.

Associação com a imagem:

As imagens de ressonância magnética mostram uma volumosa formação expansiva sólida e heterogênea no flanco esquerdo. Na imagem coronal (a segunda da sequência), observa-se o rim direito com aspecto normal e a massa à esquerda ocupando todo o espaço renal, sem cruzar a linha média da coluna vertebral, o que é um sinal radiológico muito sugestivo de Tumor de Wilms. Na imagem sagital (a primeira), nota-se como a massa comprime as estruturas adjacentes, mas mantém um contorno relativamente definido, característico desse tipo de tumor.

Questão 65

Esta questão aborda o manejo perioperatório de medicamentos de uso contínuo, um tema frequente em provas de residência e essencial na prática clínica. Para resolvê-la, devemos analisar individualmente cada fármaco:

1. Ácido Acetilsalicílico (AAS): Em cirurgias não cardíacas de risco hemorrágico baixo ou moderado (como a correção de hérnia incisional), a recomendação atual, visando à prevenção de eventos cardiovasculares, é manter o AAS. A suspensão só é indicada em procedimentos com risco de sangramento em espaço fechado (ex.: neurocirurgia, cirurgia de canal medular) ou cirurgias urológicas específicas (ex.: ressecção transuretral de próstata).

2. Clopidogrel: Por ser um antiagregante plaquetário mais potente (inibidor do receptor P2Y₁₂) e com efeito irreversível, o risco de sangramento operatório é significativamente maior. Para procedimentos eletivos, deve ser suspenso 5 dias antes da cirurgia para permitir a recuperação da função plaquetária.

3. Metformina: Devido ao risco de acidose láctica no período perioperatório, especialmente se houver instabilidade hemodinâmica ou redução da função renal, a orientação clássica é suspender o medicamento 24 a 48 horas antes do procedimento.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Está em conformidade com as principais diretrizes (como as da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do American College of Surgeons). Mantém-se o AAS para proteção cardiovascular, suspende-se o Clopidogrel com 5 dias de antecedência devido ao seu tempo de ação e suspende-se a Metformina 24 horas antes pelo risco de acidose.

Alternativa B (Incorreta): O erro está no prazo de suspensão do Clopidogrel. O intervalo de 48 horas é insuficiente para a reversão do efeito antiagregante, sendo necessários 5 dias.

Alternativa C (Incorreta): O AAS não precisa ser suspenso nesta cirurgia. O prazo para o Clopidogrel (48 horas) está incorreto e o prazo para a Metformina (3 dias) é excessivo, podendo prejudicar o controle glicêmico pré-operatório sem benefício adicional claro sobre a suspensão de 24 horas.

Alternativa D (Incorreta): Novamente, indica a suspensão desnecessária do AAS e propõe um tempo excessivo de suspensão para a Metformina (3 dias). Embora o prazo do Clopidogrel (5 dias) esteja correto nesta alternativa, os demais

componentes a tornam errada.

Questão 66

A resolução desta questão exige o conhecimento do manejo de complicações agudas do câncer colorretal, especificamente a obstrução intestinal em tumores de cólon direito.

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um adenocarcinoma de cólon direito (estágio IV, devido às metástases hepáticas) que evoluiu com obstrução intestinal. Ela encontra-se estável hemodinamicamente, o que permite uma abordagem cirúrgica definitiva para a obstrução.

Alternativa A (Incorreta): A colostomia em alça é uma técnica de derivação utilizada habitualmente para descompressão de obstruções localizadas no cólon esquerdo ou reto distal. Para o cólon direito, uma derivação simples (como uma ileostomia) não trataria a massa tumoral e deixaria o segmento obstruído "em fundo cego" se a válvula ileocecal for competente, mantendo o risco de perfuração (síndrome da alça fechada).

Alternativa B (Incorreta): O uso de stents metálicos autoexpansíveis é uma opção principalmente para tumores de cólon esquerdo, funcionando como ponte para cirurgia eletiva ou como medida paliativa. No cólon direito, a colocação de stent é tecnicamente mais difícil, apresenta menores taxas de sucesso e maiores riscos de complicações, não sendo a conduta de escolha padrão, especialmente quando a cirurgia de ressecção é factível.

Alternativa C (Correta): Em pacientes com câncer de cólon direito obstrutivo que estão em boas condições clínicas (estáveis), o tratamento padrão é a colectomia direita com anastomose primária (ileotransversostomia). A linfadenectomia deve ser realizada seguindo os princípios oncológicos, mesmo em vigência de metástases, para garantir o controle local da doença, evitar recidivas na região da anastomose e fornecer o estadiamento linfonodal adequado, que pode guiar terapias sistêmicas subsequentes.

Alternativa D (Incorreta): A ressecção de um tumor maligno colorretal deve sempre seguir os princípios da cirurgia oncológica, o que inclui a linfadenectomia regional. Realizar a ressecção sem a retirada dos linfonodos é tecnicamente inadequado e não oferece o controle regional necessário, mesmo em um cenário de urgência em paciente estável.

Questão 67

Para resolver esta questão, devemos integrar o diagnóstico de hepatocarcinoma (HCC) com a avaliação da função hepática e da hipertensão portal do paciente.

Diagnóstico de HCC: O paciente apresenta cirrose (vírus C) e nódulos hepáticos (3 cm e 2 cm) com o padrão radiológico típico: realce na fase arterial e lavagem (wash-out) na fase tardia. Esses achados em um fígado cirrótico são diagnósticos de hepatocarcinoma, sem necessidade de biópsia.

Critérios de Milão: O paciente preenche os Critérios de Milão (um nódulo de até 5 cm ou até três nódulos de até 3 cm cada). No caso, ele possui dois nódulos, sendo o maior de 3 cm. Pacientes dentro desses critérios são candidatos ao tratamento curativo via transplante hepático.

Avaliação da Conduta:

a) Correta. O transplante hepático é a melhor conduta porque trata simultaneamente o tumor e a doença de base (cirrose). O paciente possui disfunção hepática significativa (Child-Pugh B8 e MELD-Na 20) e sinais claros de hipertensão portal clinicamente significativa (varizes esofágicas com sangramento recente e shunt esplenorrenal). Nessas condições, o transplante é a única opção que oferece cura e resolve a hipertensão portal.

b) e c) Incorretas. As hepatectomias (regradas ou não regradas) são indicadas preferencialmente para pacientes com HCC em fígados não cirróticos ou cirróticos com função hepática muito preservada (Child-Pugh A), sem hipertensão portal e com bilirrubinas normais. Este paciente é Child B, tem MELD elevado e hipertensão portal grave, o que torna a ressecção cirúrgica de alto risco para insuficiência hepática pós-operatória e óbito.

d) Incorreta. A quimioterapia exclusiva não é o tratamento de escolha para um paciente que preenche critérios para transplante (curativo). A quimioterapia sistêmica é reservada para casos avançados (BCLC C), com invasão vascular ou metástases, o que não foi descrito. Tratamentos como a quimioembolização arterial (TACE) poderiam ser usados como ponte para o transplante, mas não como terapia exclusiva e definitiva neste cenário.

Questão 68

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um quadro de hemorragia digestiva alta (melena em grande quantidade) associado a instabilidade laboratorial (Hb 6,3 g/dL) e uso de anticoagulante oral (varfarina) com INR alargado (5,1). Diante de um sangramento importante com risco de morte em paciente anticoagulado com antagonista da vitamina K, a prioridade absoluta, além da estabilização hemodinâmica, é a reversão imediata da coagulopatia para permitir a realização segura da endoscopia digestiva alta e o controle da hemorragia.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

O Complexo Protrombínico (CPN) é a conduta de escolha para a reversão rápida da varfarina em situações de sangramento grave ou necessidade de cirurgia/procedimento de emergência. Ele contém os fatores de coagulação dependentes de vitamina K (II, VII, IX e X) de forma concentrada. Sua principal vantagem sobre o Plasma Fresco Congelado é o início de ação imediata, o baixo volume de infusão (evitando sobrecarga volêmica) e a desnecessidade de compatibilidade sanguínea, permitindo a correção do INR em poucos minutos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a) Vitamina K: Embora a vitamina K deva ser administrada nesses casos para garantir a síntese sustentada de novos fatores de coagulação, seu efeito demora de 6 a 12 horas para iniciar e cerca de 24 horas para atingir o pico. Em um cenário de sangramento ativo vultoso e necessidade de endoscopia urgente, ela não promove a reversão rápida necessária se usada isoladamente.

Alternativa (b) Fibrinogênio: O uso de crioprecipitado ou concentrado de fibrinogênio é indicado em situações de hipofibrinogenemia (geralmente abaixo de 100-150 mg/dL), como em traumas graves ou coagulação intravascular disseminada. O mecanismo de sangramento deste paciente é a deficiência dos fatores II, VII, IX e X pela varfarina, e não a falta de fibrinogênio.

Alternativa (c) Aférese de plaquetas: O paciente apresenta 135.000 plaquetas/mm³, valor que está bem acima do limite de segurança para a realização de procedimentos endoscópicos (geralmente > 50.000/mm³). O distúrbio da hemostasia aqui é secundário à anticoagulação e não à plaquetopenia ou plaquetopatia.

RESUMO DA CONDUTA

Em sangramentos maiores por varfarina, a diretriz recomenda o uso do Complexo Protrombínico associado à Vitamina K endovenosa. Como a questão foca na conduta imediata antes da endoscopia, o CPN é a prioridade por sua rapidez. Se o CPN não estivesse disponível, a alternativa seria o Plasma Fresco Congelado.

Questão 69

Esta questão aborda o manejo de um paciente com Tromboembolismo Venoso (TEV) agudo que necessita de uma cirurgia de grande porte e alto risco hemorrágico (gastrectomia total por câncer gástrico).

O ponto central do caso é que a paciente apresenta uma Trombose Venosa Profunda (TVP) proximal (iliofemoral) aguda, ocorrida durante a internação. O tratamento padrão para TVP é a anticoagulação plena. No entanto, a paciente será submetida a uma cirurgia oncológica de grande porte, o que contraindica a anticoagulação plena no período perioperatório imediato devido ao altíssimo risco de sangramento.

Ao mesmo tempo, uma TVP proximal aguda (com menos de 2 a 4 semanas de evolução) apresenta um risco muito elevado de se transformar em uma Embolia Pulmonar (TEP) maciça durante a manipulação cirúrgica e o período de imobilidade pós-operatória.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Manter a operação apenas com anticoagulação, suspendendo-a 12 horas antes, é perigoso. Em casos de TVP proximal muito recente (aguda), o trombo ainda está instável. A suspensão da anticoagulação para a cirurgia deixa a paciente desprotegida contra um TEP fatal durante o ato operatório e no pós-operatório imediato.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta preconizada pelas diretrizes (como as do American College of Chest Physicians - ACCP). O implante de filtro de veia cava inferior (FVCI) está indicado de forma temporária quando existe uma contraindicação absoluta à anticoagulação em pacientes com TEV agudo (neste caso, a necessidade de cirurgia de grande porte). O filtro protegerá a paciente contra um TEP durante a cirurgia. A anticoagulação plena deve ser iniciada assim que a segurança hemodinâmica e a cicatrização permitirem, geralmente em torno de 48 a 72 horas após o procedimento.

Alternativa c) Incorreta. Embora o adiamento da cirurgia pudesse permitir um tempo maior de anticoagulação antes do procedimento, estamos diante de uma patologia neoplásica (câncer gástrico) que já causou hemorragia digestiva. Adiar uma cirurgia

oncológica curativa por 4 semanas pode prejudicar o prognóstico do câncer e aumentar o risco de novos sangramentos tumorais. O uso do filtro de cava permite realizar a cirurgia de forma segura sem o adiamento prolongado.

Alternativa d) Incorreta. Pelos mesmos motivos citados acima, o adiamento por 4 semanas não é a melhor estratégia para uma paciente com câncer gástrico sintomático. Além disso, se a cirurgia for adiada por 4 semanas, o risco de TEP diminui consideravelmente (pois o trombo se torna mais aderido à parede do vaso), e a necessidade de filtro seria menor do que no cenário agudo, mas a questão foca na resolução do conflito entre o tratamento da trombose e a urgência da cirurgia do câncer.

Em resumo, o filtro de veia cava funciona como uma ponte de proteção para pacientes com trombose aguda que não podem ser anticoagulados por causa de uma cirurgia iminente.

Questão 70

O quadro clínico e as imagens de tomografia de abdome apontam para o diagnóstico de apendicite aguda. O paciente apresenta dor na fossa ilíaca direita e no hipogástrio há 48 horas, associada à leucocitose discreta e à elevação da PCR.

Análise das imagens de tomografia:

Nas imagens, observa-se o apêndice cecal com paredes espessadas, densificação (borramento) da gordura adjacente e, crucialmente, a presença de uma imagem hiperdensa em seu interior compatível com um apendicolito (visível principalmente no corte axial, na fossa ilíaca direita). A localização mais inferior da dor (hipogástrio) correlaciona-se com a posição pélvica do apêndice, como demonstrado nas reconstruções sagital e coronal.

Por que a alternativa (b) é a correta?

O tratamento padrão-ouro para a apendicite aguda, especialmente em pacientes jovens e sem comorbidades, é a apendicectomia (tratamento operatório). Embora o manejo conservador com antibióticos possa ser discutido em casos selecionados e muito precoces, a presença de um apendicolito na tomografia é um preditor de falha do tratamento clínico e aumenta o risco de complicações e recorrência, reforçando a indicação cirúrgica.

Análise das alternativas incorretas:

a) Metronidazol oral: O tratamento antibiótico isolado não é a conduta de escolha para apendicite aguda com apendicolito. Além disso, a antibioticoterapia para

apendicite, quando indicada como suporte ou em protocolos conservadores, deve cobrir germes Gram-negativos e anaeróbios (geralmente associando-se uma cefalosporina ou quinolona ao metronidazol).

c) Drenagem percutânea: Esta conduta é reservada para casos de apendicite complicada com abscesso volumoso e bloqueado (geralmente com mais de 3 a 5 cm), visando resfriar o processo inflamatório para uma cirurgia tardia. As imagens não mostram uma coleção líquida passível de drenagem, apenas o apêndice inflamado.

d) Observação com sintomáticos: A apendicite aguda é uma patologia inflamatória progressiva e potencialmente infectada. A simples observação com sintomáticos levaria à perfuração, peritonite e sepse, sendo, portanto, contraindicada.

Questão 71

O caso clínico apresenta um homem jovem com um nódulo tireoidiano de 2,1 cm, descoberto incidentalmente, mas que possui características ultrassonográficas de alta suspeição para malignidade. De acordo com o sistema ACR TI-RADS (American College of Radiology - Thyroid Imaging Reporting and Data System), o nódulo é classificado como TI-RADS 5 devido à sua composição sólida, hipoeogenicidade, formato mais alto do que largo, margens mal definidas e presença de focos hiperecogênicos puntiformes (sugestivos de microcalcificações).

Para nódulos classificados como TI-RADS 5, a recomendação de conduta baseia-se no tamanho: se o nódulo tiver 1,0 cm ou mais, deve-se realizar a Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF). Como o nódulo em questão mede 2,1 cm em seu maior eixo, a indicação de punção é clara.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A ablação por radiofrequência não é um procedimento diagnóstico. Ela é utilizada geralmente no tratamento de nódulos benignos que causam sintomas compressivos ou desconforto estético, ou em casos muito selecionados de microcarcinomas papilíferos, mas nunca como primeira abordagem em um nódulo suspeito sem diagnóstico citológico prévio.

Alternativa (b) Incorreta. A conduta cirúrgica (tireoidectomia) não deve ser a primeira escolha sem antes obter uma análise citológica por meio da PAAF. A biópsia é fundamental para definir o risco de malignidade (por meio da classificação de Bethesda) e planejar a extensão da cirurgia ou até mesmo evitar um procedimento invasivo desnecessário, caso o nódulo seja benigno.

Alternativa (c) Incorreta. O acompanhamento ultrassonográfico é reservado para nódulos com baixo risco de malignidade ou para nódulos TI-RADS 5 que medem menos de 1,0 cm (em que se pode optar por acompanhamento ou PAAF se houver outros fatores de risco). Um nódulo de 2,1 cm com tantas características suspeitas exige investigação diagnóstica imediata.

Alternativa (d) Correta. Diante de um nódulo TI-RADS 5 maior que 1,0 cm, o próximo passo padrão-ouro é a Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) com análise citológica. Esse procedimento permitirá classificar o nódulo conforme o Sistema Bethesda, orientando se a conduta subsequente será observação, repetição da punção ou cirurgia. O padrão de fluxo ao Doppler (Chammas III) corrobora a necessidade de investigação, embora as características morfológicas do TI-RADS sejam atualmente mais determinantes para a indicação da PAAF.

Questão 72

O quadro clínico descrito é um caso clássico de síndrome colestática neonatal. A icterícia persistente com início precoce (20º dia), associada a colúria e acolia fecal persistente, direciona fortemente o diagnóstico para causas obstrutivas extra-hepáticas.

A análise detalhada dos achados revela:

1. Diagnóstico: A biópsia hepática é o padrão-ouro para o diagnóstico diferencial das colestases neonatais. Os achados de proliferação ductal, trombos biliares e fibrose portal são patognomônicos de atresia de vias biliares (AVB). Embora a ultrassonografia não tenha mostrado alterações, o fato de ter sido realizada após a mamada prejudica a visualização da vesícula biliar (que deveria estar murcha ou ausente na AVB).

2. Conduta: O tratamento inicial da AVB é a cirurgia de Kasai (portoenteroanastomose), que deve ser realizada idealmente antes dos 60 dias de vida para ter sucesso. O lactente em questão já possui 4 meses (aprox. 120 dias) e apresenta sinais claros de falência hepática e hipertensão portal estabelecida: hepatomegalia endurecida, esplenomegalia e ascite. Diante desse cenário de diagnóstico tardio com cirrose hepática instalada, a portoenteroanastomose (Kasai) apresenta baixíssimas taxas de sucesso, tornando o transplante hepático a conduta mais adequada e definitiva.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O cisto de colédoco geralmente se manifesta com uma massa palpável e dilatação das vias biliares visível na ultrassonografia. A biópsia e a clínica de cirrose precoce são típicas de atresia. Além disso, a conduta inicial para cisto seria a ressecção do cisto com reconstrução biliar, não apenas "correção".

b) Incorreta. Além de o diagnóstico de cisto não ser o mais provável pelos achados de biópsia e ultrassom, o transplante não é a primeira escolha para cisto de colédoco sem complicações graves de cirrose biliar secundária.

c) Incorreta. Embora o diagnóstico de atresia de vias biliares esteja correto, a portoenteroanastomose (Kasai) é indicada para pacientes diagnosticados precocemente (preferencialmente antes dos 2 meses). Aos 4 meses, com ascite e esplenomegalia, a chance de sucesso do Kasai é mínima.

d) Correta. O diagnóstico é de atresia de vias biliares. Devido à idade avançada do paciente (4 meses) e à presença de sinais de hipertensão portal e cirrose (ascite, esplenomegalia e fibrose na biópsia), a indicação correta passa a ser o transplante hepático.

Questão 73

Esta questão aborda o diagnóstico etiológico de uma adolescente com amenorreia primária e atraso puberal. Vamos analisar os principais achados do caso clínico para chegar ao diagnóstico:

1. Dados Clínicos: A paciente tem 16 anos e nunca menstruou (amenorreia primária). O desenvolvimento das mamas é Tanner 2 (estágio inicial) e a pilificação é P2, o que caracteriza um atraso no desenvolvimento puberal para a idade.

2. Antropometria: O peso está no percentil 60 e a altura no percentil 20. Embora a altura não esteja abaixo do percentil 3, existe uma discrepância importante entre a estatura e o peso, sugerindo uma baixa estatura relativa, sinal clássico de determinadas síndromes genéticas.

3. Ultrassonografia: A presença de útero pequeno com linha endometrial tênue e gônadas de volume muito reduzido (inferior a 2 cm³), com raros folículos, indica disgenesia gonadal (ovários que não se desenvolveram adequadamente ou entraram em falência precocemente).

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O cariótipo 45,X é característico da Síndrome de Turner. Esta é a causa

mais comum de hipogonadismo hipergonadotrófico e disgenesia gonadal em mulheres. As pacientes apresentam baixa estatura, amenorreia primária e desenvolvimento incompleto dos caracteres sexuais secundários devido à falência ovariana prematura (gônadas em fita ou hipoplásicas). O útero é pré-puberal (pequeno) justamente pela falta de estímulo estrogênico.

b) INCORRETA. O cariótipo 46,XY em um fenótipo feminino poderia sugerir a Síndrome de Swyer (disgenesia gonadal pura) ou a Síndrome de Insensibilidade aos Androgênios (SIA). Na Síndrome de Swyer, as pacientes costumam ter estatura normal ou alta e gônadas em fita. Na SIA, a paciente teria desenvolvimento mamário (estímulo pela aromatização da testosterona), mas não teria útero, o que contradiz o achado da ultrassonografia desta paciente.

c) INCORRETA. O cariótipo 47,XXY corresponde à Síndrome de Klinefelter, que ocorre em indivíduos com fenótipo masculino (presença do cromossomo Y). Caracteriza-se por testículos pequenos, ginecomastia e infertilidade, não sendo compatível com o fenótipo feminino descrito.

d) INCORRETA. O cariótipo 46,XX+21 (Trissomia do 21) corresponde à Síndrome de Down. Embora essas pacientes possam ter alterações reprodutivas, a síndrome apresenta um conjunto de características fenotípicas sindrômicas marcantes (fácies típica, hipotonia, prega palmar única) que não foram descritas e não é a causa clássica de disgenesia gonadal isolada com o perfil antropométrico apresentado.

Conclusão: O quadro de amenorreia primária, atraso puberal, baixa estatura relativa e gônadas hipoplásicas em uma paciente fenotipicamente feminina é o quadro clínico "de livro" para a Síndrome de Turner (45,X).

Questão 74

A paciente apresenta um quadro clássico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), caracterizada pela perda involuntária de urina aos esforços (rir e tossir). As imagens exibidas demonstram a técnica cirúrgica do Sling Transobturatório (TOT). Na primeira imagem, observa-se a passagem das agulhas helicoidais através dos forames obturadores da bacia. Na segunda imagem, vemos o material utilizado: uma fita de tela sintética (geralmente polipropileno) com suas respectivas agulhas introdutoras.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A cistocele é o prolapso da parede vaginal anterior (bexiga). Embora possa coexistir com a incontinência de esforço, a cirurgia de correção de cistocele (colporrafia anterior) tem como objetivo tratar o defeito anatômico do prolapso e não

é o tratamento padrão-ouro para a incontinência urinária. O sling foca especificamente na uretra.

b) Correta. O mecanismo de ação dos slings de uretra média (tanto o retropúbico quanto o transobturatório) baseia-se na Teoria Integral de DeLancey. A fita é posicionada sem tensão na região da uretra média, funcionando como um suporte ou anteparo (rede). Quando ocorre um aumento da pressão abdominal, a uretra é comprimida contra essa fita, o que promove o seu fechamento extrínseco e impede a saída da urina. Portanto, o tratamento baseia-se na sustentação da uretra.

c) Incorreta. A suspensão da bexiga (ou do colo vesical) era o objetivo de técnicas cirúrgicas mais antigas, como a colpossuspensão de Burch. As técnicas modernas de sling não visam "levantar" a bexiga, mas sim oferecer suporte suburetral estável para que a uretra tenha onde se apoiar durante o esforço.

d) Incorreta. O reforço do esfíncter uretral remete a tratamentos para Deficiência Esfincteriana Intrínseca grave, como a injeção de agentes de preenchimento periuretrais ou o implante de esfíncter artificial. O sling atua mecanicamente no suporte uretral, não agindo diretamente na contratilidade ou força das fibras musculares do esfíncter.

Questão 75

A paciente apresenta um quadro clássico de mastalgia cíclica severa. A dor ocorre na fase lútea (15 dias antes da menstruação), é bilateral e tem impacto significativo na qualidade de vida, sendo refratária ao tratamento inicial com analgésicos e anti-inflamatórios comuns. O exame físico normal (sem nódulos) confirma que se trata de uma dor funcional, relacionada às variações hormonais do ciclo menstrual.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a) Vitamina E.

Incorreta. Por muitos anos, a vitamina E foi amplamente prescrita para dor mamária. No entanto, estudos clínicos randomizados e metanálises modernas demonstraram que sua eficácia é semelhante à do placebo. Portanto, não é considerada um tratamento eficiente para casos de dor intensa e persistente.

Alternativa b) Tamoxifeno.

Correta. O tamoxifeno é um modulador seletivo dos receptores de estrogênio (SERM). Ele atua bloqueando a ação do estrogênio diretamente no tecido mamário. Para casos de mastalgia cíclica grave que não respondem a medidas conservadoras ou analgésicos simples, o tamoxifeno (geralmente na dose de 10 mg/dia) é

comprovadamente o tratamento mais eficaz, apresentando taxas de melhora superiores a 70-90% dos casos. É importante notar que, embora seja muito eficaz, seu uso deve ser criterioso devido aos possíveis efeitos colaterais.

Alternativa c) Espironolactona.

Incorreta. A espironolactona é um diurético poupador de potássio com propriedades antiandrogênicas. Embora possa ser utilizada no manejo global da síndrome pré-menstrual (SPM) quando há queixa predominante de retenção hídrica e edema, ela não é a droga de escolha nem a mais eficiente para o tratamento específico da mastalgia cíclica isolada.

Alternativa d) Progesterona natural.

Incorreta. Antigamente, acreditava-se que a mastalgia era causada por uma deficiência de progesterona na segunda fase do ciclo. Contudo, estudos clínicos não conseguiram demonstrar uma superioridade consistente da suplementação de progesterona (seja via oral ou tópica) em relação ao placebo no alívio da dor mamária cíclica.

Resumo: Diante de uma mastalgia cíclica intensa e refratária, o tamoxifeno destaca-se na literatura médica como a opção farmacológica com maior nível de evidência para o controle dos sintomas.

Questão 76

O quadro clínico e laboratorial da paciente aponta diretamente para o diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). A paciente preenche os Critérios de Rotterdam por apresentar: 1) disfunção ovulatória (ciclos de 40 dias, caracterizando oligomenorreia); e 2) hiperandrogenismo clínico (hirsutismo e acne persistente) e laboratorial (testosterona livre e inversão da relação LH/FSH, na qual o LH está significativamente superior ao FSH). O cálculo do HOMA-IR de 2,6 e o IMC de 27,5 kg/m² confirmam a resistência insulínica e o sobrepeso, componentes metabólicos frequentemente associados à síndrome.

Para a confirmação da morfologia de ovários policísticos pela ultrassonografia (Critérios de Rotterdam), busca-se a presença de 12 ou mais folículos medindo entre 2 e 9 mm em pelo menos um dos ovários, e/ou um volume ovariano total superior a 10 cm³.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) - Incorreta: A imagem mostra um ovário com um folículo de maior calibre e outros poucos folículos menores dispersos. Esse aspecto é compatível com

um ovário em fase folicular de um ciclo ovulatório normal, no qual ocorre o recrutamento e seleção de um folículo dominante.

Alternativa (b) - Correta: Esta imagem apresenta o aspecto ultrassonográfico clássico da SOP, conhecido como sinal do "colar de pérolas". Observam-se múltiplos pequenos folículos (estruturas pretas/anecoicas) com menos de 10 mm, localizados predominantemente na periferia do ovário, acompanhados de um aumento da ecogenicidade do estroma central (parte central mais clara/cinza).

Alternativa (c) - Incorreta: A imagem demonstra uma formação cística única, grande, de conteúdo anecoico e paredes finas. Esse achado é característico de um cisto ovariano simples ou funcional (como um cisto folicular persistente), e não da distribuição multifolicular típica da SOP.

Alternativa (d) - Incorreta: Esta imagem mostra uma lesão complexa, com septações e uso de Doppler colorido evidenciando vascularização. Esse padrão sugere patologias como cistos complexos, endometriomas ou processos neoplásicos/inflamatórios pélvicos, distanciando-se completamente do padrão de microfolículos da síndrome em questão.

Questão 77

Diagnóstico: O quadro clínico da paciente - caracterizado por irregularidade menstrual (oligomenorreia), sinais de hiperandrogenismo (hirsutismo e acne, como evidenciado na imagem da face com pápulas e pústulas) e resistência insulínica (HOMA-IR elevado e dificuldade de perda de peso) - é clássico da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). Os exames laboratoriais reforçam o diagnóstico ao demonstrarem uma inversão da relação LH/FSH, com LH significativamente elevado (16,9 U/L) em relação ao FSH (2,8 UI/L).

Mecanismo de ação do tratamento: O uso do anticoncepcional hormonal oral combinado (AHOC) é a primeira linha para o tratamento dos sintomas de hiperandrogenismo e irregularidade menstrual na SOP. O componente progestagênico do AHOC atua no eixo hipotálamo-hipófise, promovendo um feedback negativo que reduz a frequência dos pulsos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) e, conseqüentemente, inibe a secreção de LH pela hipófise.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O uso de anticoncepcionais hormonais combinados promove a supressão das gonadotrofinas (LH e FSH) através do feedback negativo. Portanto, o objetivo não é aumentar o FSH, mas sim reduzir os níveis elevados de LH que

estimulam a produção excessiva de androgênios.

b) Incorreta. O bloqueio da produção de androgênios ovarianos ocorre de forma indireta. O AHOC não atua "diretamente" nas enzimas de síntese esteroidal no ovário para bloqueá-las, mas sim de forma central (hipófise), reduzindo o estímulo trófico (LH) necessário para que essa produção ocorra.

c) Correta. Na SOP, o excesso de LH estimula as células da teca interna dos ovários a produzirem grandes quantidades de androgênios (testosterona e androstenediona). O componente progestagênico do anticoncepcional suprime a secreção hipofisária de LH. Com níveis menores de LH circulante, há uma redução drástica do estímulo sobre as células da teca, diminuindo a síntese de androgênios e melhorando o quadro de acne e hirsutismo. Adicionalmente, o componente estrogênico do AHOC aumenta a proteína transportadora de hormônios sexuais (SHBG) no fígado, o que reduz a fração livre (ativa) da testosterona.

d) Incorreta. Embora o AHOC ajude na proteção endometrial ao evitar a hiperplasia (causada pela ação estrogênica sem oposição da progesterona na anovulação crônica), o termo "crescimento endometrial de forma adequada" não descreve o objetivo terapêutico principal frente aos sintomas de hiperandrogenismo apresentados pela paciente (acne e pelos). O foco do tratamento aqui é o controle do excesso androgênico.

Questão 78

O quadro clínico apresentado é compatível com a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), preenchendo os critérios de Rotterdam por meio da irregularidade menstrual (oligomenorreia) e dos sinais de hiperandrogenismo clínico (hirsutismo e acne). O exame laboratorial reforça o diagnóstico com a inversão da relação LH/FSH (LH significativamente superior ao FSH) e a presença de resistência insulínica (HOMA-IR de 2,6). A imagem exibida demonstra acne inflamatória com presença de pápulas e pústulas na região malar e mandibular, padrão comum em mulheres com excesso de hormônios androgênicos.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Estrona: Incorreta. A estrona é um estrogênio de baixa potência, produzido principalmente pela conversão periférica no tecido adiposo. Ela não possui indicação no tratamento da acne ou do hirsutismo. No tratamento da SOP, quando se opta por estrogênios, utiliza-se o etinilestradiol em associação com progestagênios, visando aumentar a SHBG e reduzir a testosterona livre, mas a estrona isolada não tem esse papel.

b) Finasterida: Correta. A acne e o hirsutismo na SOP são causados pela ação dos androgênios na unidade pilosebácea. A testosterona é convertida em di-hidrotestosterona (DHT), um metabólito muito mais potente, pela ação da enzima 5-alfa-redutase. A finasterida age inibindo essa enzima, reduzindo a concentração de DHT na pele e nos folículos. Embora não seja a primeira linha clássica (que costuma ser o anticoncepcional combinado ou a espironolactona), dentre as opções apresentadas, é a única que possui mecanismo de ação antiandrogênico capaz de tratar a causa-base da acne nesta paciente. É fundamental lembrar que seu uso em mulheres em idade fértil exige contracepção segura, dado o risco de teratogenia em fetos masculinos.

c) Cabergolina: Incorreta. É um agonista dopaminérgico utilizado para tratar hiperprolactinemia e prolactinomas. A paciente apresenta uma prolactina de 33 microgramas/L, o que é um aumento discreto, frequentemente observado na própria SOP ou por estresse, sem relevância clínica para explicar a acne ou o hirsutismo, não sendo este o tratamento indicado.

d) Progesterona: Incorreta. A progesterona isolada não é utilizada para tratar acne. O uso de progestagênios isolados pode, inclusive, piorar a acne se o composto tiver perfil androgênico (como o levonorgestrel). No manejo da SOP, a progesterona pode ser usada apenas para proteger o endométrio e regularizar o ciclo, mas não tem efeito redutor sobre os sinais dermatológicos do hiperandrogenismo. Para tratar a acne, o progestagênio precisaria ter ação antiandrogênica (como a ciproterona ou drospirenona) e estar associado a um estrogênio.

Questão 79

O quadro clínico de sangramento menstrual volumoso, cólicas (dismenorreia) e útero aumentado de forma difusa sugere fortemente o diagnóstico de adenomiose. A adenomiose ocorre quando o tecido endometrial está presente de forma ectópica dentro do miométrio. A imagem de ultrassonografia confirma essa suspeita ao mostrar um miométrio com textura heterogênea e pequenas áreas anecoicas (cistos miometriais), que são achados clássicos dessa patologia.

O ponto crucial para a escolha do tratamento nesta questão é o desejo da paciente de engravidar. Isso exclui tratamentos que agem como anticoncepcionais contínuos ou que impedem a ovulação de forma definitiva.

Alternativa a) Incorreta. O uso de progesterona apenas durante o período da menstruação não é eficaz para o controle do sangramento ou da dor. A progesterona precisa atuar na fase lútea do ciclo para preparar e estabilizar o endométrio,

reduzindo, assim, a descamação excessiva.

Alternativa b) Correta. A administração de progesterona por 10 dias no período pré-menstrual (segunda fase do ciclo ou fase lútea) é uma estratégia clássica para pacientes que apresentam sangramento uterino anormal e desejam engravidar. Esse esquema ajuda a opor o efeito proliferativo do estrogênio sobre o endométrio e sobre os focos de adeniose, reduzindo o volume do sangramento e a dor, sem necessariamente impedir a ovulação e a concepção nos ciclos seguintes, sendo a opção terapêutica hormonal mais adequada entre as apresentadas para quem busca gestação a curto prazo.

Alternativa c) Incorreta. O estrogênio é o hormônio responsável pela proliferação do tecido endometrial. Como a adeniose é uma condição estrogênio-dependente, o uso de estrogênio isolado agravaria os sintomas de sangramento e dor, sendo contraindicado neste contexto.

Alternativa d) Incorreta. O uso de estrogênio e progesterona combinados de forma contínua é um tratamento excelente para o controle dos sintomas da adeniose, pois promove a atrofia endometrial e o bloqueio do ciclo menstrual. No entanto, este método funciona como um contraceptivo, o que o torna incompatível com o desejo imediato da paciente de engravidar.

Questão 80

Esta questão apresenta um caso clínico clássico de vaginose citolítica. A paciente apresenta sintomas que mimetizam uma candidíase (prurido, dor e secreção esbranquiçada em grumos), porém os achados laboratoriais direcionam para outro diagnóstico. Os pontos-chave para o diagnóstico são: pH vaginal ácido (4,0), aumento excessivo de *Lactobacillus* sp., presença de restos celulares (lise celular) e ausência de fungos (hifas ou esporos). Na vaginose citolítica, o supercrescimento de lactobacilos leva a uma produção excessiva de ácido láctico, o que reduz o pH e provoca a destruição (citólise) das células epiteliais da vagina, gerando a sintomatologia.

Análise das alternativas:

a) Ácido acético: Incorreta. O ácido acético é um agente acidificante. Como a fisiopatologia da vaginose citolítica é justamente o excesso de acidez e o pH muito baixo, o uso de substâncias ácidas agravaria o quadro e a irritação da mucosa.

b) Clotrimazol: Incorreta. O clotrimazol é um antifúngico indicado para o tratamento de candidíase vulvovaginal. Embora os sintomas clínicos sejam parecidos, a

microscopia descartou a presença de fungos, tornando o uso de antifúngicos ineficaz neste caso.

c) Probiótico: Incorreta. A maioria dos probióticos vaginais contém cepas de *Lactobacillus*. Como a paciente já apresenta um aumento excessivo e patológico desses microrganismos, a administração de mais lactobacilos pioraria a produção de ácido lático e a citólise epitelial.

d) Bicarbonato de sódio: Correta. O tratamento da vaginose citolítica visa elevar o pH vaginal para neutralizar a acidez excessiva e reduzir a população de lactobacilos, interrompendo o processo de lise celular. O bicarbonato de sódio, por ser uma substância alcalina, é a escolha terapêutica ideal, geralmente utilizado em banhos de assento ou duchas vaginais diluídas.

Questão 81

O quadro clínico de irregularidade menstrual (ciclos longos), hirsutismo e acne em uma mulher jovem direciona o raciocínio para as causas de hiperandrogenismo. O ponto fundamental para a resolução desta questão é a elevação da 17-hidroxiprogesterona (17-OHP). Este é o marcador laboratorial específico da Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), em sua forma não clássica ou de início tardio, causada pela deficiência da enzima 21-hidroxilase.

Diferentemente da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), na qual a 17-OHP costuma estar normal, na HAC ocorre um bloqueio enzimático na glândula adrenal que impede a síntese adequada de cortisol. Isso gera um acúmulo de precursores (como a 17-OHP) que são desviados para a via de produção de androgênios, causando os sintomas relatados.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A metformina é um agente sensibilizador de insulina. Seu uso é indicado em casos selecionados de Síndrome dos Ovários Policísticos associada à resistência insulínica ou intolerância à glicose. Não possui efeito sobre o bloqueio enzimático da adrenal que caracteriza a Hiperplasia Adrenal Congênita.

Alternativa (b) Correta: O tratamento do diagnóstico etiológico da Hiperplasia Adrenal Congênita não clássica consiste no uso de glicocorticoides em baixas doses, como a prednisolona, prednisona ou dexametasona. O objetivo é fornecer o corticoide que a adrenal não consegue produzir adequadamente para realizar o feedback negativo na hipófise, reduzindo, assim, a secreção de ACTH (hormônio adrenocorticotrófico). Com a redução do ACTH, o estímulo excessivo sobre a adrenal cessa, diminuindo a

produção de 17-OHP e de androgênios, tratando a causa-base do problema.

Alternativa (c) Incorreta: A espironolactona é um diurético com potente ação antiandrogênica periférica (bloqueia o receptor de androgênios). É uma excelente opção para o tratamento sintomático do hirsutismo e da acne, mas não atua na correção do defeito enzimático da glândula adrenal, não sendo, portanto, o tratamento do diagnóstico etiológico.

Alternativa (d) Incorreta: O contraceptivo hormonal combinado é frequentemente utilizado para regularizar o ciclo menstrual e reduzir sintomas de hiperandrogenismo por meio da supressão ovariana e aumento da proteína carregadora de hormônios sexuais (SHBG). Embora possa ser usado para controle clínico na HAC não clássica, ele não trata a etiologia adrenal específica sinalizada pela elevação da 17-hidroxiprogesterona.

Questão 82

Esta questão aborda o manejo de sintomas vasomotores (fogachos) em pacientes com história de câncer de mama e em uso de inibidores de aromatase. O ponto central é identificar uma terapia eficaz que não seja baseada em hormônios, uma vez que a reposição hormonal é contraindicada nesse cenário.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O tamoxifeno é um modulador seletivo do receptor de estrogênio (SERM) utilizado no tratamento do câncer de mama. Um de seus efeitos colaterais mais comuns é justamente o surgimento ou agravamento de fogachos. Portanto, ele não serve para tratar o sintoma, além de não haver indicação de associá-lo ou substituir o inibidor de aromatase neste contexto clínico específico apenas para controle de sintomas.

b) Incorreta. A gestrinona é um esteroide sintético com propriedades androgênicas, progestagênicas e antiestrogênicas. Seu uso é contraindicado em pacientes com antecedente de câncer de mama devido ao seu perfil hormonal e potencial interferência na patologia de base.

c) Correta. A gabapentina é um anticonvulsivante que atua no centro termorregulador do hipotálamo. Estudos clínicos demonstraram que ela é significativamente superior ao placebo na redução da frequência e da intensidade dos fogachos em mulheres sobreviventes ao câncer de mama. É considerada uma das principais opções não hormonais de primeira linha, sendo particularmente útil quando há queixa associada de insônia, devido ao seu efeito sedativo.

d) Incorreta. As isoflavonas são fitoestrogênios (compostos derivados de plantas com atividade semelhante ao estrogênio). Além de sua eficácia ser considerada baixa e inconsistente para sintomas intensos, existe uma preocupação teórica quanto à segurança do uso de fitoestrogênios em pacientes com câncer de mama responsivo a hormônios, não sendo, portanto, a escolha mais adequada ou eficiente.

Resumo: Para mulheres em tratamento ou remissão de câncer de mama com sintomas vasomotores intensos, as opções de escolha são os tratamentos não hormonais, como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ex.: venlafaxina, paroxetina – exceto se a paciente usar tamoxifeno) ou a gabapentina. No caso desta paciente, que já utiliza inibidor de aromatase e apresenta insônia, a gabapentina apresenta o perfil de benefício ideal.

Questão 83

Texto Original:

O ponto central desta questão é identificar as complicações relacionadas ao uso crônico de bisfosfonatos, especificamente o alendronato, em pacientes no período pós-menopausa.

Alternativa a) Incorreta. A litotripsia (extracorpórea ou intracorpórea) é utilizada para a fragmentação de cálculos, principalmente renais ou biliares. Não existem evidências de que os bisfosfonatos, o cálcio ou a terapia hormonal interfiram na eficácia das ondas de choque ou na eliminação dos cálculos.

Alternativa b) Incorreta. A cirurgia refrativa visa corrigir problemas de visão por meio da remodelação da córnea. Embora a terapia hormonal possa ocasionalmente alterar a estabilidade do filme lacrimal (olho seco), isso não representa um comprometimento direto ou uma contraindicação que invalide o resultado do procedimento cirúrgico ocular.

Alternativa c) Incorreta. O uso de terapia hormonal (estrogênio e progesterona) aumenta o risco de fenômenos tromboembólicos, o que demanda atenção especial no manejo perioperatório de cirurgias de varizes. No entanto, a medicação não compromete o resultado técnico da cirurgia venosa em si, mas sim o risco sistêmico da paciente.

Alternativa d) Correta. O alendronato é um bisfosfonato, uma classe de drogas que inibe a atividade dos osteoclastos, reduzindo a reabsorção óssea. O uso crônico dessa medicação está fortemente associado à osteonecrose dos maxilares associada a medicamentos (MRONJ). Em procedimentos de implante dentário, a capacidade de

remodelação óssea e a osseointegração são fundamentais para o sucesso. A supressão excessiva do turnover ósseo causada pelo alendronato pode impedir a cicatrização adequada do osso ao redor do implante, levando à perda da prótese ou ao desenvolvimento de necrose óssea no local da intervenção. Por isso, o implante dentário é o procedimento com resultado mais claramente comprometido entre as opções apresentadas.

Questão 84

O diagnóstico de Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL), que engloba a NIC 2 e a NIC 3, exige uma conduta que seja simultaneamente terapêutica e diagnóstica. Em uma paciente jovem de 26 anos, o objetivo é erradicar a lesão preservando ao máximo a arquitetura cervical e a fertilidade futura, mas garantindo que toda a área afetada seja retirada para análise histopatológica.

Alternativa (a): Correta. A figura demonstra a Cirurgia de Alta Frequência (CAF), também chamada de LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure). O procedimento utiliza uma alça de arame fina pela qual passa uma corrente elétrica de alta frequência, permitindo a exérese da zona de transformação e da lesão. É o procedimento mais adequado para HSIL, pois retira a lesão por completo e fornece um espécime para o patologista confirmar o diagnóstico e avaliar a integridade das margens, descartando invasão oculta.

Alternativa (b): Incorreta. A imagem mostra a utilização de um eletrodo de bola para eletrocauterização ou ablação. Métodos ablativos (que destroem o tecido no local) não são recomendados como primeira escolha para lesões de alto grau, pois não permitem a análise anatomopatológica do tecido retirado, o que é fundamental para excluir a presença de câncer invasor que a biópsia prévia pode não ter captado.

Alternativa (c): Incorreta. A figura mostra a realização de uma biópsia de colo uterino com pinça. Este é um procedimento diagnóstico. Como a paciente já apresenta o diagnóstico de lesão de alto grau definido, o passo seguinte é o tratamento excisional, e não uma nova biópsia simples, que retiraria apenas um pequeno fragmento da lesão.

Alternativa (d): Incorreta. A imagem demonstra um procedimento cirúrgico mais agressivo e invasivo, compatível com uma histerectomia (retirada do útero). Para uma paciente de 26 anos com lesão precursora (HSIL), a histerectomia é considerada um tratamento excessivo (overtreatment). O protocolo padrão indica procedimentos conservadores (excisionais), como a CAF ou a conização a frio, reservando a histerectomia apenas para casos muito específicos ou falhas recorrentes de tratamento.

Questão 85

Esta é uma questão clássica de abdome agudo hemorrágico em ginecologia e obstetrícia. A análise do caso clínico revela uma paciente jovem, com vida sexual ativa e usuária de DIU de cobre (fator de risco para gestação ectópica), apresentando dor abdominal súbita, sinais de irritação peritoneal (abdome rígido e descompressão brusca positiva) e, crucialmente, instabilidade hemodinâmica (PA 80x40 mmHg e FC 120 bpm).

A associação entre o quadro clínico e as imagens de ultrassonografia confirma o diagnóstico. A primeira imagem mostra um útero vazio com uma estrutura extrauterina (anexial) contendo um saco gestacional e um embrião, caracterizando uma gravidez ectópica. A segunda imagem mostra o dispositivo intrauterino (DIU) corretamente posicionado dentro da cavidade uterina, o que prova que a gestação não é tópica. O quadro de dor súbita e choque aponta para uma gravidez ectópica rota com hemoperitônio vultoso.

Análise das alternativas:

a) Correta. A laparotomia exploradora é a conduta de escolha para pacientes com gravidez ectópica rota que apresentam instabilidade hemodinâmica. O objetivo é o controle rápido da hemorragia (hemostasia) e a estabilização da paciente. Em situações de choque grave, a via aberta é preferível por permitir um acesso mais rápido e direto ao sítio de sangramento sem os riscos hemodinâmicos adicionais do pneumoperitônio.

b) Incorreta. A videolaparoscopia é o padrão-ouro para o tratamento da gravidez ectópica em pacientes hemodinamicamente estáveis. No entanto, a presença de choque hipovolêmico (hipotensão e taquicardia) torna a laparotomia a via mais segura e rápida para o manejo emergencial.

c) Incorreta. A tomografia de pelve não tem indicação neste cenário. O diagnóstico já foi estabelecido pela clínica e pela ultrassonografia à beira do leito. Retardar o tratamento definitivo de uma paciente instável para realizar um exame de imagem complexo aumenta significativamente a mortalidade.

d) Incorreta. A retirada do DIU é irrelevante no manejo imediato de uma emergência hemorrágica por gravidez ectópica rota. O foco absoluto deve ser a interrupção do sangramento abdominal e a reposição volêmica. O DIU pode ser removido posteriormente ou durante o ato cirúrgico, mas não é a conduta prioritária.

Questão 86

Ao analisar o caso clínico e o partograma fornecidos, podemos chegar ao diagnóstico e identificar o tipo de pelve da paciente seguindo os passos abaixo:

****Análise do Partograma****

1. Evolução da Dilatação: A paciente iniciou o acompanhamento às 15h com 5 cm de dilatação. Às 17h, apresentava 8 cm e, às 19h, atingiu a dilatação total (10 cm), marcada pelo "X" no topo do gráfico.
2. Evolução da Descida: O polo cefálico (representado pelo círculo com o símbolo "Y") estava no plano -3 de De Lee às 15h, passou para o plano -1 às 17h e atingiu o plano 0 às 19h.
3. Diagnóstico Clínico: Entre 19h e 21h, a dilatação permaneceu em 10 cm (total), mas a apresentação fetal não progrediu, mantendo-se estacionada no plano 0 por duas horas consecutivas. Isso caracteriza uma Parada Secundária da Descida.
4. Variedade de Posição: O símbolo dentro do círculo (um "Y" vertical) representa a sutura sagital e a fontanela posterior (λ). A orientação vertical indica que o feto está em uma variedade de posição anteroposterior (como occipitopúbica ou occipitosacra).

****Relação com o Tipo de Pelve****

A pelve do tipo antropoide (Alternativa D) possui o diâmetro anteroposterior maior que o diâmetro transverso. Essa característica anatômica favorece o encaixe e a descida do feto em variedades anteroposteriores (especialmente a occipitosacra), podendo gerar dificuldades na rotação e progressão no plano médio, o que justifica a parada da descida observada no gráfico.

****Análise das Alternativas (Imagens)****

A) Incorreta. Esta imagem representa uma pelve do tipo androide. Ela possui um formato triangular ou "em coração", com o estreito superior estreitado anteriormente. É comum em homens e, na mulher, está associada a partos distócicos e variedades de posição transversas e posteriores persistentes.

B) Incorreta. Esta imagem representa uma pelve do tipo platipeloide. É uma pelve "achatada", onde o diâmetro transverso é muito maior que o anteroposterior. Favorece o encaixe em variedades transversas e costuma causar dificuldades logo no início do trabalho de parto (estreito superior).

C) Incorreta. Esta imagem representa uma pelve do tipo ginecoide. É o tipo de pelve feminina ideal, com diâmetros arredondados e harmônicos, o que geralmente

permite uma evolução do trabalho de parto sem as paradas demonstradas no partograma.

D) Correta. Esta imagem representa uma pelve do tipo antropoide. Note que ela é alongada no sentido vertical (anteroposterior) e estreita lateralmente (transversal). Como o feto no partograma se encontra em posição anteroposterior e apresentou parada na descida no plano médio, esta é a conformação pélvica mais provável.

Gabarito: A alternativa correta é a letra (d).

Questão 87

O caso clínico descreve uma gestante em fase ativa de trabalho de parto que evoluiu para o período expulsivo (dilatação total às 19h, 20h e 21h, com o feto no plano 0 de De Lee). O ponto central para a resolução é a interpretação do traçado da cardiocotografia (CTG) realizado às 21h.

No traçado da CTG, observamos a presença de desacelerações da frequência cardíaca fetal que são graduais e simétricas em relação às contrações uterinas (representadas na parte inferior do gráfico). O início da queda do batimento cardíaco coincide com o início da contração, e o ponto mais baixo da desaceleração (nadir) ocorre exatamente no pico da contração uterina. Esse padrão é conhecido como desaceleração precoce, DIP tipo I ou DIP cefálico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hipóxia fetal está classicamente associada às desacelerações tardias (DIP II) ou à perda de variabilidade da frequência cardíaca basal. No DIP I (precoce), o feto não está sofrendo de falta de oxigênio; trata-se de um fenômeno mecânico.

b) Correta. As desacelerações precoces (DIP I) ocorrem devido à compressão da cabeça fetal no canal de parto durante a contração. Essa compressão mecânica estimula o nervo vago do feto, resultando em uma queda transitória da frequência cardíaca que mimetiza o desenho da contração (imagem em espelho). Como o partograma mostra que a paciente está em período expulsivo (10 cm de dilatação e feto no plano 0), esse achado é comum e fisiológico.

c) Incorreta. A compressão do cordão umbilical produz desacelerações variáveis (DIP III). Elas se caracterizam por uma queda abrupta na frequência cardíaca, sem relação fixa com o ápice da contração, muitas vezes apresentando "ombros" (breves acelerações) antes e depois da queda, o que difere do padrão suave e sincronizado visto na imagem.

d) Incorreta. A insuficiência placentária é a causa fisiopatológica das desacelerações tardias (DIP II). No DIP II, o nadir da desaceleração ocorre após o pico da contração, e a recuperação do batimento fetal só acontece após o término da contração uterina, indicando reserva placentária reduzida, o que não corresponde ao traçado apresentado.

Questão 88

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), diagnosticada precocemente por uma glicemia de jejum de 98 mg/dL (o ponto de corte para DMG no primeiro trimestre é entre 92 e 125 mg/dL). Ela já realiza o tratamento de primeira linha, que é a terapia nutricional. No entanto, o perfil glicêmico de 26 semanas demonstra que os alvos terapêuticos não estão sendo atingidos. Na gestação, os limites são: Jejum < 95 mg/dL e 1 hora pós-prandial < 140 mg/dL. Pela análise da tabela, há diversas medidas excedendo esses valores (como jejum de 120 mg/dL e pós-prandiais chegando a 166 mg/dL). Quando mais de 30% das medidas estão alteradas após 1 a 2 semanas de dieta, deve-se iniciar o tratamento farmacológico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A metformina é um hipoglicemiante oral que atravessa a placenta. Embora seja utilizada em alguns serviços e protocolos internacionais, a insulina permanece como o padrão-ouro no tratamento do diabetes gestacional no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde e a FEBRASGO, devido à sua segurança e eficácia comprovadas sem atravessar a barreira placentária.

b) Correta. A insulina é a droga de escolha quando as medidas não farmacológicas (dieta e exercícios) falham. A insulina NPH é a terapia inicial recomendada para o controle dos níveis basais e auxílio no controle glicêmico geral. No perfil da paciente, existem escapes tanto no jejum quanto no período pós-prandial, justificando o início da insulinoterapia basal com NPH.

c) Incorreta. A insulina Regular (R) é uma insulina de ação rápida utilizada para controlar picos pós-prandiais específicos. Embora a paciente tenha alterações pós-prandiais, a conduta inicial padrão em provas de residência e diretrizes nacionais foca no início da insulina NPH. A associação com insulina Regular costuma ser o próximo passo caso o controle não seja atingido apenas com a NPH e ajustes dietéticos finos.

d) Incorreta. A reorientação dietética isolada é insuficiente neste momento. O perfil glicêmico mostra um descontrole significativo em múltiplos dias e horários. Postergar o início da medicação expõe o feto a riscos como macrossomia, polidrâmnio e hipoglicemia neonatal. O critério de falha da dieta já foi preenchido.

Questão 89

A questão apresenta um quadro clássico de isoimunização Rh evoluindo com gravidade fetal. Para chegar ao diagnóstico correto de anemia fetal, devemos analisar os dados clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos de forma integrada.

Análise dos dados principais:

1. Tipagem sanguínea e anticorpos: A paciente é A negativa e possui Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) positiva. Isso indica que ela está sensibilizada, ou seja, produz anticorpos que podem atravessar a placenta e destruir as hemácias fetais.
2. Achados ultrassonográficos: A presença de ascite e derrame pleural caracteriza um quadro de hidropisia fetal (acúmulo de líquido em dois ou mais compartimentos fetais), que é uma complicação grave da anemia profunda.
3. Doppler de Artéria Cerebral Média (ACM): Este é o ponto crucial. O pico sistólico da ACM é utilizado para rastrear anemia fetal. Quando o feto está anêmico, o sangue fica menos viscoso e o organismo prioriza a oxigenação cerebral (vasodilatação), o que aumenta a velocidade do fluxo sanguíneo. No caso, o valor medido foi de 52 cm/s, enquanto a mediana para a idade gestacional é de 30,7 cm/s. Ao calcularmos o múltiplo da mediana (MoM), temos $52 / 30,7 = 1,69$ MoM. Valores acima de 1,5 MoM são diagnósticos de anemia fetal moderada a grave.

Análise das alternativas:

- a) Correta. A combinação de mãe Rh negativa sensibilizada (PAI positivo), sinais de hidropisia (ascite e derrame pleural) e, principalmente, o aumento da velocidade do pico sistólico da artéria cerebral média acima de 1,5 MoM confirma a anemia fetal por eritroblastose fetal.
- b) Incorreta. Embora algumas infecções congênicas (como Parvovírus B19 ou Citomegalovírus) possam causar anemia e hidropisia, os exames laboratoriais da paciente descartam as principais (Toxoplasmose IgG+/IgM-, Rubéola negativa, Hepatites e HIV negativos). O VDRL 1:2 com FTA-ABS negativo indica um falso-positivo ou cicatriz sorológica não relacionada à sífilis ativa no momento. A sensibilização Rh é a causa mais provável diante do PAI positivo.
- c) Incorreta. Cardiopatias congênicas podem levar à hidropisia não imune por insuficiência cardíaca, mas não explicariam o aumento seletivo da velocidade na

artéria cerebral média no padrão de 1,69 MoM, que é específico para a resposta hemodinâmica à anemia.

d) Incorreta. A glicemia de jejum da paciente está normal (84 mg/dL). Embora o peso fetal esteja no percentil 90 (feto grande), o diabetes gestacional por si só não causa derrame pleural, ascite ou aumento do pico sistólico da artéria cerebral média. O crescimento fetal aumentado, neste caso, pode estar relacionado ao edema generalizado do feto anêmico e não ao excesso de glicose.

Questão 90

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma puérpera no 2º dia pós-parto com antecedentes de sintomas depressivos iniciados ainda na gestação (isolamento, alteração de sono, choro fácil e irritabilidade). No pós-parto imediato, apresentou desinteresse pelo recém-nascido, evoluindo rapidamente para uma atitude de agressividade física direta (chutar o berço com a criança dentro). Esse cenário configura uma emergência psiquiátrica puerperal.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Baby Blues: Incorreta. Também chamado de disforia puerperal, é um quadro leve, transitório e muito comum (atinge até 80% das mulheres). Inicia-se nos primeiros dias após o parto, com labilidade emocional, choro fácil e ansiedade. A principal diferença é que, no Baby Blues, a mãe mantém o vínculo com o bebê, consegue cuidar da criança e não apresenta comportamento violento ou perda de juízo crítico. O caso em questão descreve agressividade física, o que exclui essa hipótese.

b) Depressão psicótica: Correta. A paciente apresenta sintomas depressivos graves que culminaram em um comportamento psicótico ou de grave descontrole de impulsos (agressão ao berço). A psicose puerperal ou depressão com características psicóticas é uma condição grave que ocorre em cerca de 1 a 2 a cada 1.000 partos. Os sintomas incluem irritabilidade extrema, delírios, alucinações e, crucialmente, o risco de infanticídio ou maus-tratos, como demonstrado pelo ato de chutar o berço. O início precoce (2º dia) e a gravidade dos sintomas confirmam esta hipótese como a principal.

c) Depressão puerperal: Incorreta. Embora a paciente preencha critérios para depressão, a alternativa (b) é mais específica e acurada para o caso. A depressão pós-parto "clássica" costuma ter um início mais insidioso (geralmente após a 2ª semana) e manifesta-se por tristeza profunda, anedonia e desânimo. Quando o

quadro evolui com agressividade física contra o recém-nascido e desajuste grave logo nos primeiros dias, ele é classificado dentro do espectro psicótico/grave da doença mental puerperal.

d) Transtorno de personalidade: Incorreta. Transtornos de personalidade referem-se a padrões crônicos e persistentes de comportamento que vêm desde a adolescência ou início da vida adulta. O caso relata uma mudança aguda de comportamento exacerbada pelo período gravídico-puerperal. Atribuir a agressão apenas à personalidade ignoraria a patologia psiquiátrica aguda e o risco imediato à vida do recém-nascido.

Questão 91

Análise do caso clínico:

A paciente é uma primigesta de 33 semanas com um quadro claro de descompensação cardíaca. O exame físico revela um sopro diastólico mitral com reforço pré-sistólico, que é o achado clássico da estenose mitral. Durante a gestação, ocorrem mudanças hemodinâmicas fisiológicas, como o aumento do volume plasmático e da frequência cardíaca. Na estenose mitral, a valva estreitada impede a passagem adequada de sangue do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo. Com o aumento da frequência cardíaca, o tempo de diástole (enchimento ventricular) diminui, elevando a pressão no átrio esquerdo e, conseqüentemente, nos capilares pulmonares. Isso leva à congestão pulmonar, explicada pelos estertores, sibilos, dispnéia e queda na saturação de oxigênio.

Alternativa (c) Correta: A escolha terapêutica imediata deve focar no alívio da congestão pulmonar. A furosemida é um diurético de alça que promove a redução da pré-carga através da depleção de volume e venodilatação, diminuindo a pressão hidrostática nos vasos pulmonares e melhorando a troca gasosa. É a medida prioritária para estabilizar a mãe.

Alternativa (a) Incorreta: A terbutalina é um agente beta-agonista utilizado para tocolise (inibição das contrações no parto prematuro). No entanto, ela é formalmente contraindicada em pacientes cardiopatas, especialmente naquelas com estenose mitral. A terbutalina causa taquicardia significativa, o que encurta ainda mais o tempo diastólico, impedindo o esvaziamento do átrio esquerdo e agravando criticamente o edema agudo de pulmão.

Alternativa (b) Incorreta: A metildopa é um anti-hipertensivo de ação central indicado para o controle da hipertensão arterial crônica na gestação. A pressão arterial da paciente (130x90 mmHg) está no limite da normalidade e não justifica uma

intervenção de emergência. Além disso, a metildopa tem início de ação lento e não trata a causa da insuficiência respiratória da paciente, que é mecânica/valvular e não hipertensiva.

Alternativa (d) Incorreta: O sulfato de magnésio é utilizado para neuroproteção fetal em partos prematuros e para prevenção de eclâmpsia. Embora a paciente apresente contrações e dilatação cervical (trabalho de parto prematuro), a estabilização da função respiratória e hemodinâmica materna precede qualquer medida de neuroproteção ou tocogestão. Em uma paciente com edema pulmonar e saturação limite, a prioridade é salvar a vida da gestante através do manejo da insuficiência cardíaca.

Questão 92

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente é uma primigesta de 33 semanas com diagnóstico clínico de estenose mitral, evidenciado pelo sopro diastólico mitral com reforço pré-sistólico. Ela apresenta sinais de descompensação cardíaca (insuficiência cardíaca congestiva) desencadeada pelo esforço do trabalho de parto prematuro, manifestada por taquicardia (118 bpm), estertores pulmonares, saturação de oxigênio limítrofe (94%) e dispneia.

Na estenose mitral, a taquicardia é extremamente prejudicial, pois reduz o tempo de enchimento diastólico ventricular, aumentando a pressão no átrio esquerdo e, conseqüentemente, a congestão pulmonar. A dor das contrações do trabalho de parto gera uma descarga adrenérgica que piora essa taquicardia e a hemodinâmica materna.

ANÁLISE DA CARDIOTOCOGRAFIA

A imagem mostra um traçado cardiotocográfico de Categoria I (Normal). Observa-se uma linha de base em torno de 135-140 bpm, variabilidade moderada, presença de acelerações transitórias e ausência de desacelerações tardias ou variáveis. Na parte inferior, nota-se uma atividade uterina regular, confirmando o trabalho de parto. O feto está em boas condições de vitalidade no momento.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): A analgesia peridural é a conduta de escolha para gestantes cardiopatas em trabalho de parto, especialmente na estenose mitral. Ela reduz a dor e a ansiedade, bloqueando a descarga de catecolaminas (simpaticólise). Isso ajuda a

controlar a frequência cardíaca materna e reduz a pré-carga e a pós-carga, melhorando a performance cardíaca e prevenindo o edema agudo de pulmão durante as contrações.

Alternativa B (Incorreta): O atosibano é um tocolítico usado para inibir o trabalho de parto prematuro. Embora a paciente tenha 33 semanas, a prioridade absoluta é o manejo hemodinâmico da insuficiência cardíaca materna. Além disso, em casos de descompensação cardíaca grave, a manutenção da gestação pode ser contraindicada se colocar em risco a vida da mãe. O foco imediato deve ser o controle da estabilidade cardiovascular através da analgesia.

Alternativa C (Incorreta): O parto vaginal é geralmente preferível ao parto cesárea em pacientes cardiopatas, pois a cesariana envolve maiores perdas sanguíneas, riscos infecciosos e oscilações hemodinâmicas bruscas durante a cirurgia. Como a cardiotocografia está normal (feto bem) e a paciente já apresenta dilatação (4 cm), o objetivo é proporcionar um parto vaginal estável com auxílio de analgesia peridural e, se necessário, fórceps de alívio no segundo estágio.

Alternativa D (Incorreta): A conduta expectante não é adequada, pois a paciente apresenta sinais claros de congestão pulmonar e instabilidade clínica (FC elevada, estertores, saturação baixa). Sem intervenção para controle da dor e da frequência cardíaca, o quadro de insuficiência cardíaca tende a evoluir para edema agudo de pulmão.

Questão 93

Análise do Caso Clínico

A paciente apresenta uma gestação de 34 semanas com um feto cujo peso estimado está no percentil 7. Por definição, fetos com peso abaixo do percentil 10 para a idade gestacional são classificados como pequenos para a idade gestacional (PIG). O desafio principal é diferenciar o feto PIG constitucional (saudável, mas pequeno) daquele com restrição de crescimento fetal (RCF) por insuficiência placentária.

Para essa diferenciação e definição de conduta, analisamos os exames complementares:

1. Índice de Líquido Amniótico (ILA): O valor de 9 cm é considerado normal, o que afasta a suspeita de sofrimento fetal crônico por redistribuição de fluxo (que causaria oligodrômio).
2. Doppler de Artéria Umbilical: A imagem mostra um índice de pulsatilidade (PI) de

1,05. Para 34 semanas, este valor está dentro da normalidade (abaixo do percentil 95), indicando que a resistência placentária não está aumentada.

3. Doppler de Artéria Cerebral Média (ACM): A imagem mostra um PI de 2,16. Este é um valor alto, o que é o padrão normal para a ACM, indicando que o feto não apresenta o fenômeno de centralização (mecanismo de preservação cerebral no qual a resistência da ACM cai para aumentar o fluxo de sangue ao cérebro).

Conclusão diagnóstica: Trata-se de um feto pequeno para a idade gestacional (PIG) com Doppler normal e líquido amniótico normal. Nessas condições, o feto é classificado como tendo baixo risco de complicações perinatais imediatas, sendo provavelmente um feto constitucionalmente pequeno.

Análise das Alternativas

a) Incorreta. A indução imediata com 34 semanas seria indicada apenas em casos de interrupção necessária devido à gravidade do quadro (como pré-eclâmpsia grave ou Doppler com alteração importante), o que não é o caso. A prematuridade traria riscos desnecessários ao recém-nascido.

b) Incorreta. Não há indicação de parto cesárea imediato. O feto apresenta boa vitalidade (movimentação presente, BCF rítmico, Doppler normal e normotônico). Além disso, a via de parto em casos de restrição deve ser decidida com base nas condições obstétricas e na tolerância fetal ao trabalho de parto.

c) Incorreta. O parto com 37 semanas (termo precoce) costuma ser indicado para casos de restrição de crescimento fetal com Doppler alterado (como alteração de artérias uterinas ou peso abaixo do percentil 3, dependendo do protocolo adotado). Para um feto PIG com Doppler das artérias umbilical e cerebral média normais e ILA normal, não há benefício comprovado na antecipação para 37 semanas.

d) Correta. De acordo com os protocolos mais recentes de obstetrícia (como o da FIGO e os consensos de medicina fetal), o feto PIG (peso entre os percentis 3 e 10) que mantém Doppler de artéria umbilical, cerebral média e relação cérebro-placentária normais, além de volume de líquido amniótico normal, pode aguardar o termo, com recomendação de interrupção por volta de 40 semanas se o parto não ocorrer espontaneamente. O seguimento deve ser feito com vigilância fetal periódica (Doppler e perfil biofísico).

Questão 94

Para resolver essa questão, devemos analisar a indicação de indução do parto e as condições do colo uterino por meio do Índice de Bishop. A paciente encontra-se com 40 semanas e 5 dias de gestação, o que configura um quadro de pós-datismo (termo tardio), com indicação de resolução da gravidez para evitar riscos de insuficiência placentária, mesmo com a vitalidade fetal atual preservada (Perfil Biofísico 10/10 e ILA de 9 cm).

A escolha do método de indução depende de se o colo uterino é favorável ou desfavorável. De acordo com os dados do exame físico: a paciente é multípara (2 partos vaginais anteriores), tem 4 cm de dilatação e colo médio/medianizado. Um colo com 4 cm de dilatação já atinge uma pontuação no Índice de Bishop que o torna favorável (geralmente com Bishop maior ou igual a 6).

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Misoprostol: Incorreta. O misoprostol é um análogo da prostaglandina E1 utilizado para o preparo ou amadurecimento do colo uterino quando este se encontra desfavorável (Índice de Bishop baixo). Como a paciente já apresenta 4 cm de dilatação e é multípara, o uso de misoprostol é desnecessário e poderia causar uma hiperestimulação uterina.

Alternativa b) Ocitocina: Correta. A ocitocina é a droga de escolha para indução do parto em pacientes que já possuem um colo uterino favorável. A presença de 4 cm de dilatação em uma paciente com antecedentes de partos vaginais sugere que a infusão de ocitocina será eficaz para coordenar as contrações e progredir o trabalho de parto.

Alternativa c) Cesárea: Incorreta. Não há indicação de via alta neste momento. A vitalidade fetal está excelente (10/10) e a paciente tem ótimos antecedentes obstétricos. A via vaginal deve ser sempre a preferência, e a indução é o passo inicial correto.

Alternativa d) Reavaliar em 48 horas: Incorreta. Embora alguns protocolos permitam aguardar até 41 semanas com monitorização, a questão apresenta uma paciente que já está sendo avaliada para controle de pós-datismo e já apresenta um colo favorável (4 cm de dilatação). Diante da maturidade da gestação e das condições cervicais facilitadas, a conduta ativa de indução é a mais recomendada pelos principais protocolos nacionais.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 95

Para identificar a estática fetal através da ausculta, devemos analisar a localização dos pontos onde os batimentos cardíofetais (BCF) são mais audíveis. Na imagem apresentada, os pontos marcados com X situam-se na região infraumbilical (parte inferior do abdome) e estão claramente deslocados para o lado esquerdo da gestante.

A localização dos batimentos na parte inferior do abdome é característica da apresentação cefálica, uma vez que o coração do feto está posicionado mais próximo à pelve. O fato de a ausculta ser mais nítida no lado esquerdo indica que o dorso (as costas) do feto está voltado para esse lado, pois o som cardíaco é melhor transmitido através do gradil costal e da escápula fetal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O posicionamento infraumbilical dos pontos de ausculta confirma a apresentação cefálica, e a lateralização para o lado esquerdo do abdome materno confirma que o dorso fetal está à esquerda.

Alternativa b) Incorreta. Se o feto estivesse com o dorso à direita, a ausculta de maior nitidez seria realizada nos quadrantes direitos do abdome materno, o que não corresponde à imagem.

Alternativa c) Incorreta. Embora o dorso possa estar em posição anterior, a imagem enfatiza especificamente a lateralização para o lado esquerdo. Na prática obstétrica, a descrição completa da posição (como cefálica, dorso à esquerda) é a resposta mais precisa para a representação gráfica mostrada.

Alternativa d) Incorreta. Na apresentação pélvica, o polo cefálico do feto encontra-se no fundo uterino. Por esse motivo, o coração fetal fica em uma posição mais elevada, e a ausculta dos batimentos costuma ocorrer nos quadrantes superiores do abdome, acima da linha do umbigo (região supraumbilical).

Questão 96

A paciente apresenta um quadro de sepse no 8º dia de puerpério. Os sinais vitais revelam febre (38,1 °C), taquicardia (100 bpm) e hipotensão (90 x 60 mmHg), o que indica gravidade e necessidade de intervenção imediata.

As imagens corroboram o diagnóstico de múltiplos focos infecciosos:

1. A primeira imagem mostra a mama com eritema (vermelhidão) difuso, calor local e edema, características típicas de mastite.

2. A segunda imagem mostra a cicatriz cirúrgica da cesárea com hiperemia e sinais inflamatórios perilesionais, sugerindo uma infecção de ferida operatória (celulite de parede).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A curetagem uterina é o tratamento para restos ovulares que podem causar hemorragia ou endometrite. Embora a paciente tenha dor no hipogástrio, o foco infeccioso está claramente visível na mama e na parede abdominal. Mesmo que houvesse suspeita de endometrite, o manejo inicial de uma paciente com sinais de choque/sepsis seria a estabilização clínica e a antibioticoterapia, não o procedimento cirúrgico imediato.

b) Incorreta. A ordenha é uma medida auxiliar importante no tratamento da mastite para garantir o esvaziamento mamário e o alívio dos sintomas. No entanto, diante de uma paciente com instabilidade hemodinâmica (hipotensão) e sinais sistêmicos de infecção, a ordenha isolada é insuficiente. O foco deve ser o suporte de vida e o combate à infecção sistêmica.

c) Correta. Diante de um quadro de sepse puerperal com focos definidos (mastite e infecção de ferida operatória), a conduta padrão-ouro é a internação hospitalar para estabilização hemodinâmica (expansão volêmica) e início imediato de antibioticoterapia de amplo espectro por via endovenosa.

d) Incorreta. O bloqueio da lactação não é indicado de rotina na mastite. A recomendação atual é manter a amamentação ou realizar a ordenha para evitar o ingurgitamento, que piora o quadro infeccioso. Além disso, interromper a lactação não trataria a infecção da ferida operatória nem a condição sistêmica da paciente.

Questão 97

Esta questão aborda o protocolo de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do ILCOR. No cenário descrito, o recém-nascido de 35 semanas (prematureo tardio) apresenta-se deprimido ao nascer e não responde às manobras iniciais e à ventilação, evoluindo para a necessidade de massagem cardíaca e intubação orotraqueal.

De acordo com as diretrizes de reanimação neonatal:

1. Relação compressão/ventilação: Na sala de parto, a massagem cardíaca deve ser obrigatoriamente sincronizada com a ventilação. A proporção recomendada é de 3 compressões para 1 ventilação (3:1). O objetivo é realizar 120 eventos por minuto,

sendo 90 compressões e 30 ventilações.

2. Concentração de oxigênio (FiO₂): Diferentemente da fase inicial da ventilação (que, em recém-nascidos maiores de 34 semanas, começa com ar ambiente a 21 por cento), no momento em que a frequência cardíaca está abaixo de 60 batimentos por minuto e a massagem cardíaca é iniciada, a fração inspirada de oxigênio (FiO₂) deve ser elevada imediatamente para 100 por cento. Isso é feito para garantir a máxima oferta de oxigênio aos tecidos durante a falha circulatória.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A ventilação durante a massagem cardíaca neonatal deve ser obrigatoriamente sincronizada (um-dois-três-ventila... um-dois-três-ventila). Além disso, a FiO₂ de 60 por cento é insuficiente conforme o protocolo, que exige 100 por cento neste estágio.

Alternativa b) Correta. Reflete exatamente o protocolo da SBP: relação de 3:1 sincronizada e uso de oxigênio a 100 por cento assim que a massagem cardíaca é iniciada.

Alternativa c) Incorreta. A relação 15:2 é utilizada no suporte avançado de vida pediátrico (PALS) para lactentes e crianças fora do período neonatal imediato quando há dois socorristas, mas não se aplica à reanimação em sala de parto.

Alternativa d) Incorreta. A relação 30:2 é o padrão para reanimação de adultos ou em pediatria (PALS) quando há apenas um socorrista. A FiO₂ de 60 por cento também está incorreta para o procedimento de massagem cardíaca neonatal.

Gabarito: Letra b.

Questão 98

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente é um lactente de 8 meses com história de tosse há uma semana e febre elevada (39,5 °C) há três dias, evoluindo com grave desconforto respiratório. Os sinais de alerta no exame físico são a letargia, a gemência, a taquipneia extrema (88 ipm) e a hipoxemia (90%) que não reverte mesmo com o uso de máscara não reinalante (que oferece alta concentração de oxigênio). Esse conjunto de achados caracteriza uma insuficiência respiratória aguda grave com sinais de exaustão.

O diagnóstico mais provável é pneumonia. Em pediatria, a febre alta e o estado

toxêmico (palidez e letargia) são fortes indicadores de infecção bacteriana. Embora a ausculta pulmonar esteja descrita sem alterações, isso pode ocorrer em fases iniciais de consolidações graves ou devido à redução drástica da entrada de ar causada pela exaustão do paciente. A bronquiolite viral aguda costuma cursar com sibilância, pródromos virais (coriza) e febre habitualmente mais baixa.

Quanto à conduta, a alteração do nível de consciência (letargia) somada à hipoxemia refratária e ao esforço respiratório extenuante indicam a necessidade imediata de via aérea definitiva e ventilação mecânica invasiva (intubação orotraqueal).

POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ CORRETA?

A pneumonia é a hipótese mais condizente com o quadro de febre alta e toxemia. A indicação de intubação orotraqueal (IOT) é mandatória pela falência respiratória. A recomendação de manter o paciente em máscara não reinalante até que todo o material e medicações para a IOT estejam prontos é tecnicamente correta: o uso da bolsa-válvula-máscara (BVM/Ambu) em pacientes que ainda mantêm esforço respiratório espontâneo deve ser evitado durante a preparação, pois a pressão positiva pode causar distensão gástrica, aumentando significativamente o risco de vômito e aspiração pulmonar durante o procedimento.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa B: O cateter nasal de alto fluxo (CNAF) é um suporte não invasivo indicado para casos moderados a graves, mas que ainda não apresentam falência respiratória franca ou letargia. O paciente em questão já falhou na máscara não reinalante e está exausto, necessitando de suporte invasivo. Além disso, a ventilação por BVM antes da intubação não é a conduta de escolha se o paciente ainda respira.

Alternativa C: O diagnóstico de bronquiolite é menos provável devido à febre muito alta e à ausência de sibilos. Embora a indicação de IOT esteja correta, a manutenção com ventilação por BVM antes do procedimento aumenta o risco de complicações gástricas e broncoaspiração em comparação ao uso da máscara não reinalante durante a fase de preparo.

Alternativa D: O diagnóstico de bronquiolite é menos provável e o cateter de alto fluxo é insuficiente para a gravidade clínica apresentada (letargia e hipoxemia refratária), que exige proteção de via aérea e suporte ventilatório total.

Questão 99

O caso clínico descreve um lactente de 10 meses com febre alta e recusa alimentar, mas em bom estado geral e bem hidratado. A análise das imagens é fundamental para o diagnóstico: a oroscopia revela pequenas vesículas e úlceras em palato mole e pilares amigdalianos, lesões patognomônicas da herpangina (causada pelo vírus Coxsackie A). Já a otoscopia mostra uma membrana timpânica íntegra, translúcida e com brilho preservado, o que descarta otite média aguda.

Considerando que o paciente tem menos de 3 anos (idade em que a faringite estreptocócica é extremamente rara) e apresenta lesões vesiculares, o diagnóstico é de uma infecção viral autolimitada.

Alternativa a: Incorreta. A penicilina benzatina é o tratamento de escolha para a faringite bacteriana pelo *Streptococcus pyogenes*. Além de ser rara nessa faixa etária, a faringite bacteriana não costuma cursar com vesículas e úlceras, que são características de etiologia viral.

Alternativa b: Correta. Como se trata de uma doença viral autolimitada (herpangina), a conduta correta é o suporte clínico. O uso de analgésicos e antitérmicos visa aliviar a dor para facilitar a aceitação de líquidos/seio materno e controlar a febre. A alta com orientações sobre sinais de alerta é segura, dado o bom estado geral do paciente.

Alternativa c: Incorreta. Não há sinais de desidratação grave ou toxemia que justifiquem a internação para hidratação venosa (o paciente mantém mucosas úmidas e diurese presente). Além disso, a febre possui um foco claro visualizado no exame físico (as lesões orais), o que torna a coleta de urina desnecessária neste momento inicial.

Alternativa d: Incorreta. O uso de antibióticos de amplo espectro por via endovenosa é reservado para quadros bacterianos graves ou complicações, o que não se aplica a uma infecção viral benigna como a herpangina.

Questão 100

O caso clínico descreve um lactente de 10 meses que, após um quadro inicial compatível com uma infecção viral (herpangina/mão-pé-boca, sugerida pelas vesículas na orofaringe da primeira imagem), evoluiu após 10 dias com um quadro de choque cardiogênico, provavelmente secundário a uma miocardite viral.

A análise da avaliação sistematizada e das imagens é fundamental:

1. Oroscofia inicial: Presença de vesículas em palato mole e pilares amigdalianos, indicando infecção por enterovírus (Coxsackie).
2. Pulmão (B): O murmúrio com estertores bilaterais, a taquipneia e a imagem de ultrassom pulmonar com múltiplas "Linhas B" (caudas de cometa) indicam síndrome intersticial-alveolar, ou seja, edema agudo de pulmão.
3. Circulação (C): Taquicardia importante (184 bpm no monitor), hipotensão (68/36 mmHg), tempo de enchimento capilar muito prolongado (6 segundos) e hepatomegalia (fígado a 5 cm do rebordo costal). Esse conjunto de sinais — choque com sinais de congestão sistêmica (hepatomegalia) e congestão pulmonar (estertores e linhas B) — define o choque cardiogênico.

Diante desse diagnóstico, a conduta inicial deve focar no suporte inotrópico.

Explicação das alternativas:

- a) Incorreta. A introdução de antibióticos seria indicada se a principal suspeita fosse choque séptico. Embora o choque séptico possa causar disfunção miocárdica, os sinais de congestão importante (fígado muito aumentado e edema pulmonar no USG) logo no início do quadro direcionam para a etiologia cardiogênica (miocardite pós-viral).
- b) Incorreta. No choque cardiogênico com sinais de sobrecarga volêmica e insuficiência cardíaca descompensada, a expansão volêmica com cristalóide é contraindicada, pois pode agravar rapidamente o edema agudo de pulmão e a falência cardíaca.
- c) Incorreta. Embora a ventilação não invasiva possa auxiliar no trabalho respiratório e no manejo do edema pulmonar, ela não resolve a causa primária da instabilidade hemodinâmica (a falência da bomba cardíaca e a hipotensão). O paciente está letárgico e em choque grave, necessitando primeiro de estabilização circulatória.
- d) Correta. O início de inotrópico (como dobutamina ou milrinona, ou mesmo adrenalina em doses baixas a depender do protocolo) é a medida prioritária para aumentar a contratilidade miocárdica, melhorar o débito cardíaco e reverter o estado de choque cardiogênico. É a droga de escolha quando há sinais claros de falência de bomba e congestão.

Questão 101

Esta questão aborda o manejo da Púrpura Trombocitopênica Imunológica (PTI) na infância, um diagnóstico clássico em provas de residência.

Análise do Quadro Clínico e Laboratorial:

A paciente é uma criança de 6 anos com quadro isolado de petéquias em membros inferiores (púrpura seca) e plaquetopenia ($33.000/\mu\text{L}$). O hemograma apresentado na imagem confirma que as séries vermelha (hemoglobina $12,5 \text{ g/dL}$) e branca (leucócitos $11.780/\text{mm}^3$) estão normais, o que caracteriza a plaquetopenia como isolada. Na ausência de hepatoesplenomegalia, linfonomegalias ou sintomas sistêmicos (como febre e perda de peso), a principal hipótese diagnóstica é PTI.

Por que a alternativa (c) está correta?

De acordo com os consensos atuais (como o da Sociedade Brasileira de Pediatria e da American Society of Hematology — ASH), o tratamento da PTI em pediatria é guiado principalmente pela clínica (presença de sangramentos) e não apenas pelo número absoluto de plaquetas. Para crianças com manifestações exclusivamente cutâneas (petéquias e equimoses) e contagem de plaquetas acima de $20.000\text{-}30.000/\mu\text{L}$, a conduta inicial recomendada é a observação clínica e o seguimento ambulatorial próximo. A maioria dos casos na infância é autolimitada e apresenta resolução espontânea.

Análise das alternativas incorretas:

a) Transfusão de plaquetas por aférese: Incorreta. Na PTI, a sobrevivência das plaquetas transfundidas é curtíssima devido à destruição periférica mediada por autoanticorpos. A transfusão é reservada estritamente para situações de emergência com risco de morte (ex.: hemorragia intracraniana), o que não é o caso da paciente.

b) Corticoide oral por 1-3 meses: Incorreta. Embora o corticoide seja uma opção terapêutica para elevar as plaquetas mais rapidamente, ele é geralmente reservado para casos com sangramentos mucosos (púrpura úmida) ou contagens muito baixas (menores do que $10.000\text{-}20.000/\mu\text{L}$). Além disso, o tempo de 1 a 3 meses é excessivo para um quadro inicial de PTI na infância, onde se priorizam cursos curtos para evitar efeitos colaterais.

d) Ácido tranexâmico profilático até ascensão plaquetária: Incorreta. O ácido tranexâmico é um antifibrinolítico utilizado como terapia adjuvante em casos de sangramentos mucosos ativos (como gengivorragia ou epistaxe grave). Não há indicação de seu uso profilático apenas pelo valor das plaquetas na PTI.

Questão 102

Esta questão exige conhecimento sobre as precauções de isolamento para os principais agentes causadores de bronquiolite viral aguda em pediatria. Para definir a melhor alocação dos pacientes, é necessário identificar a via de transmissão de cada vírus e priorizar o leito de isolamento para o patógeno que apresenta maior risco de disseminação respiratória no ambiente.

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR), que infecta Enzo, e o Parainfluenza 3, que infecta Miguel, têm como principal via de disseminação o contato direto ou indireto com secreções e superfícies contaminadas. Portanto, exigem prioritariamente precauções de contato. Já o vírus Influenza A, que infecta Caio, é transmitido principalmente por gotículas, que são partículas maiores que permanecem pouco tempo no ar, mas podem atingir diretamente a mucosa de quem estiver próximo ao paciente. Por esse motivo, o Influenza A exige precaução de gotículas.

ANALISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a: Incorreta. Miguel (Parainfluenza) não é o paciente que mais necessita do quarto de isolamento individual em comparação ao Caio (Influenza). Ao colocar Caio (Influenza) e Enzo (VSR) em um quarto compartilhado, há um risco elevado de contaminação de Enzo pelo vírus Influenza, uma vez que a precaução de gotículas é mais complexa de ser mantida em ambientes comuns.

Alternativa b: Incorreta. O manejo do VSR (Enzo) baseia-se em precauções de contato, que podem ser realizadas em quarto compartilhado com higienização rigorosa das mãos, uso de luvas e capotes. O leito de isolamento único deve ser reservado para o caso que exige barreira para gotículas, que é o de Caio.

Alternativa c: Correta. Esta é a melhor opção de gestão de leitos. O paciente com Influenza A (Caio) é colocado no quarto de isolamento individual para garantir a precaução de gotículas. Enzo (VSR) e Miguel (Parainfluenza 3) são alocados no quarto compartilhado sob precauções de contato. Embora o ideal absoluto fosse o isolamento individual para cada vírus diferente (evitando coortes de patógenos distintos), na prática clínica e diante da limitação de recursos, prioriza-se o isolamento respiratório para o Influenza, enquanto os outros dois são manejados com distanciamento de 2 metros e medidas de higiene de contato.

Alternativa d: Incorreta. É possível internar os três pacientes. A medicina hospitalar exige a otimização dos recursos disponíveis. Como existe uma forma técnica de distribuir as crianças respeitando as precauções específicas de cada vírus, a internação de todos deve ser realizada seguindo a lógica da alternativa C.

Questão 103

O caso clínico descreve um recém-nascido de 20 dias com episódios intermitentes e breves de desvio ocular convergente (estrabismo). Para resolver essa questão, é fundamental conhecer o desenvolvimento visual normal na infância.

O estrabismo intermitente é considerado um achado fisiológico nos primeiros meses de vida, especificamente até os 4 a 6 meses de idade. Isso ocorre devido à imaturidade do sistema nervoso central e da coordenação dos músculos extraoculares, que ainda não possuem o controle fino necessário para manter o alinhamento ocular binocular constante.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O encaminhamento ao oftalmologista pediátrico seria indicado se o desvio fosse fixo (constante), se houvesse alteração no teste do reflexo vermelho, se o estrabismo persistisse após os 6 meses de vida ou se houvesse outros sinais de alerta neurológico. No caso apresentado, o desvio é intermitente e o exame físico é normal.

Alternativa b) Incorreta. A ultrassonografia transfontanela é um exame de imagem utilizado para avaliar estruturas cerebrais em recém-nascidos, buscando hemorragias, malformações ou hidrocefalia. O quadro descrito é puramente funcional e esperado para a idade, sem sinais de hipertensão intracraniana ou déficits neurológicos que justifiquem o exame.

Alternativa c) Incorreta. O exame de fundo de olho (mapeamento de retina) é um exame especializado. Na atenção primária, o médico realizou o teste do reflexo vermelho (Teste do Olhinho), que estava normal bilateralmente. Isso afasta as principais causas orgânicas graves que exigiriam avaliação imediata do fundo de olho, como o retinoblastoma ou catarata congênita.

Alternativa d) Correta. Como o paciente tem apenas 20 dias de vida, apresenta desvios intermitentes e curtos, possui reflexo fotomotor preservado e teste do reflexo vermelho normal, a conduta correta é a observação clínica e a orientação materna. Deve-se explicar à mãe que essa condição é comum pela imaturidade do bebê e que a tendência é a resolução espontânea com o passar dos meses. Caso o desvio se torne permanente ou persista além do primeiro semestre de vida, uma reavaliação será necessária.

Questão 104

O quadro clínico descrito é clássico de Cetoacidose Diabética (CAD) como manifestação inicial de Diabetes Mellitus tipo 1 em uma paciente pediátrica. Os pontos-chave para o diagnóstico são: perda de peso (polifagia/catabolismo), vômitos e dor abdominal (comuns na acidose grave), sonolência (alteração de sensório pela gravidade da CAD) e, crucialmente, a frequência respiratória de 44 ipm com expansibilidade aumentada, caracterizando a respiração de Kussmaul (uma tentativa do organismo de compensar a acidose metabólica através da eliminação de CO₂).

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Incorreta. Este resultado mostra um pH de 7,08 (acidose), mas com PCO₂ elevada (54 mmHg) e HCO₃ elevado (33 mEq/L). Isso caracteriza uma acidose respiratória com compensação renal (alcalose metabólica compensatória), o que não condiz com a fisiopatologia da CAD, onde a acidose é primariamente metabólica.

Alternativa (b): Correta (Gabarito). Esta gasometria arterial apresenta pH 7,08 (acidemia grave), HCO₃ de 6,0 mEq/L (acidose metabólica grave) e PCO₂ de 17 mmHg. A PCO₂ baixa reflete a compensação respiratória esperada (hiperventilação/Kussmaul) para tentar elevar o pH. O Base Excess (BE) de -10 reforça o consumo de bases no sistema. Este é o perfil laboratorial típico de uma CAD grave.

Alternativa (c): Incorreta. A imagem de radiografia de tórax mostra um infiltrado/consolidação em base pulmonar direita, sugestivo de pneumonia. Embora processos infecciosos possam desencadear CAD, o exame físico da paciente revelou ausculta pulmonar normal, e os sinais de taquipneia com expansibilidade aumentada são mais sugestivos de compensação respiratória central do que de uma patologia parenquimatosa pulmonar isolada.

Alternativa (d): Incorreta. A tomografia computadorizada de abdome mostra uma grande massa expansiva ocupando parte do abdome superior e flanco esquerdo. Embora uma neoplasia pudesse explicar a perda de peso e a dor abdominal, ela não justificaria o quadro de acidose aguda com respiração de Kussmaul e desidratação súbita da forma como a CAD explica neste cenário clínico.

Questão 105

Para resolver essa questão, é fundamental compreender a utilidade clínica do teste de Apt e as formas de apresentação da Doença Hemorrágica do Recém-Nascido (DHRN).

Análise do teste de Apt (Teste de Apt-Downey):

O teste de Apt é utilizado para diferenciar se o sangue presente em vômitos (hematêmese) ou fezes (melena) do recém-nascido é de origem materna (deglutido durante o parto ou por fissuras mamárias) ou de origem fetal (hemorragia própria do bebê). O princípio baseia-se no fato de que a hemoglobina fetal (HbF) é resistente à desnaturação por substâncias alcalinas (como o hidróxido de sódio), permanecendo rosada, enquanto a hemoglobina adulta (HbA) é sensível e torna-se castanho-amarelada.

No caso clínico, o teste de Apt foi positivo. Isso confirma que o sangue é de origem fetal (do próprio recém-nascido). Se o sangue fosse materno, o teste seria negativo (mudaria de cor). A imagem do tubo de ensaio mostra o conteúdo gástrico com presença de sangue, reforçando a queixa de vômitos hemáticos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Se o sangue fosse proveniente de fissuras no seio materno, ele seria hemoglobina adulta (HbA). Nesse caso, o teste de Apt seria negativo (o conteúdo ficaria castanho após a adição da base). Como o teste deu positivo, a origem não é materna.

b) Incorreta. Sangue deglutido durante o parto cesáreo também é de origem materna (HbA). Assim como na alternativa anterior, resultaria em um teste de Apt negativo.

c) Incorreta. A forma clássica da Doença Hemorrágica do Recém-Nascido ocorre tipicamente entre o 2º e o 7º dia de vida, geralmente em bebês que não receberam a profilaxia com vitamina K ao nascer. O recém-nascido da questão apresentou sangramento com apenas 13 horas de vida.

d) Correta. A Doença Hemorrágica do Recém-Nascido na forma precoce ocorre nas primeiras 24 horas de vida. Ela está fortemente associada ao uso materno de drogas que interferem no metabolismo da vitamina K, como anticonvulsivantes (fenitoína, fenobarbital, carbamazepina), tuberculostáticos (rifampicina, isoniazida) ou anticoagulantes (varfarina). A gestante em questão era epilética e utilizava fenitoína, o que justifica o sangramento de origem fetal (confirmado pelo teste de Apt positivo) precocemente.

Conclusão:

O teste de Apt positivo identifica sangue do recém-nascido. O início precoce dos sintomas (13 horas de vida) associado ao antecedente materno de uso de fenitoína fecha o diagnóstico de Doença Hemorrágica do Recém-Nascido, forma precoce.

Questão 106

Este é um caso clínico que exige o cálculo da hidratação de manutenção e a correção de distúrbios eletrolíticos em pediatria.

1. Análise do Paciente e Necessidades Hidroeletrolíticas:

Peso: 14 kg.

Cálculo de manutenção (Regra de Holliday-Segar):

Para os primeiros 10 kg: 1000 mL.

Para os 4 kg restantes (4 x 50 mL): 200 mL.

Total em 24 horas: 1200 mL.

Gotejamento: 1200 mL / 24 horas = 50 mL/hora.

2. Avaliação dos Eletrólitos e ECG:

Sódio (Na): 132 mEq/L (hiponatremia leve). As diretrizes atuais (como as da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria) recomendam o uso de soluções isotônicas ou quase isotônicas para manutenção em pacientes hospitalizados, visando prevenir hiponatremia dilucional.

Potássio (K): 2,9 mEq/L (hipocalemia moderada).

ECG: O traçado mostra a presença de ondas U (uma deflexão positiva logo após a onda T) e um achatamento da onda T, alterações clássicas da hipocalemia.

Conduta no Potássio: Como o paciente tem hipocalemia com repercussão eletrocardiográfica, ele necessita de uma oferta maior de potássio na solução de manutenção. A concentração máxima segura para infusão em veia periférica é de 40 mEq/L.

3. Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Volume total de 1200 mL (correto). Na: NaCl 0,9% tem 0,154 mEq/mL. $240 \text{ mL} \times 0,154 = 37 \text{ mEq}$ de Na (manutenção padrão antiga, mas o paciente já está hiponatrêmico). K: 28 mL de KCl 19,1% (cada 1 mL tem 2,5 mEq) = 70 mEq de K. Em 1200 mL, a concentração seria de 58 mEq/L, o que ultrapassa o limite de segurança para acesso periférico (40 mEq/L).

b) Correta (Gabarito). Volume e Velocidade: 50 mL/h em 24 h totalizam 1200 mL, respeitando o Holliday-Segar. Na: 40 mL de NaCl 20% (cada 1 mL tem 3,4 mEq) = 136 mEq de Na. Em aproximadamente 1 litro de solução, isso resulta em uma concentração próxima à do soro fisiológico (isotônico), adequada para corrigir a

hiponatremia e manter a estabilidade osmótica. K: 16 mL de KCl 19,1% x 2,5 mEq/mL = 40 mEq de K. Em 1 litro de solução, a concentração é de 40 mEq/L, o limite máximo permitido para veia periférica, sendo a conduta ideal para repor o potássio de forma segura.

c) Incorreta. Propõe uma fase de ataque de potássio (5 mL de KCl 19,1% = 12,5 mEq) em 20 minutos. Em pediatria, a infusão rápida de potássio é extremamente perigosa e reservada apenas para arritmias graves com risco de morte, o que não é o caso (o paciente está estável). Além disso, a manutenção posterior (10 mL de KCl) oferece apenas 25 mEq/L, o que seria insuficiente para uma correção eficiente comparado à alternativa B.

d) Incorreta. Também propõe uma fase de ataque perigosa de potássio em 20 minutos e utiliza uma oferta de sódio menor na manutenção (mesmo erro da letra A).

Questão 107

A hipótese diagnóstica principal para o caso é o glaucoma congênito primário. O quadro clínico descrito é clássico e apresenta a tríade diagnóstica típica desta patologia em lactentes: epífora (lacrimejamento excessivo), fotofobia (dificuldade para abrir os olhos em ambientes claros) e blefaroespasmos.

O relato de que os olhos da criança são grandes desde o nascimento é tecnicamente chamado de bftalmia (ou bftalmo). Isso ocorre porque, nos primeiros meses de vida, o colágeno da esclera e da córnea é mais elástico. Quando a pressão intraocular aumenta devido a uma malformação no ângulo de drenagem do humor aquoso, o globo ocular se expande e aumenta de tamanho. O fato de o olho ter ficado mais branco sugere a presença de edema corneano, que acontece quando a pressão elevada ultrapassa a capacidade de bombeamento do endotélio corneano ou quando ocorrem rupturas na membrana de Descemet (chamadas de estrias de Haab), resultando em perda da transparência da córnea.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A catarata congênita manifesta-se clinicamente pela leucocoria (perda do reflexo vermelho, apresentando uma pupila branca). Embora cause prejuízo visual, ela não provoca o aumento do diâmetro do globo ocular (bftalmia) nem os sintomas de irritação ocular como lacrimejamento intenso e fotofobia.

b) Correta. O glaucoma congênito primário é a principal causa de bftalmia e edema de córnea em bebês, acompanhado da tríade clássica de lacrimejamento, fotofobia e blefaroespasmos. É uma patologia que exige intervenção cirúrgica precoce para

preservar a visão da criança.

c) Incorreta. A toxoplasmose congênita é uma causa importante de uveíte posterior (coriorretinite) e pode levar à cegueira, mas sua apresentação típica não envolve o aumento do tamanho do olho. Pelo contrário, em casos de graves danos oculares congênitos por infecções, o olho pode evoluir para microftalmia (olho pequeno).

d) Incorreta. A obstrução das vias lacrimais é uma condição muito comum em lactentes e causa lacrimejamento persistente. No entanto, ela não causa fotofobia, não altera o tamanho do globo ocular e não deixa a córnea esbranquiçada. O olho geralmente permanece calmo e com brilho preservado, exceto se houver uma conjuntivite secundária associada.

Questão 108

O quadro clínico apresentado é característico de Proctocolite Alérgica, uma das manifestações mais comuns da Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), geralmente do tipo não mediado por IgE. A paciente apresenta sangramento vivo nas fezes (hematoquezia) poucos dias após a introdução do leite de vaca, mas mantém bom estado geral, exame físico normal e ganho de peso adequado, o que é o padrão clássico desta condição.

Alternativa a) Proteína de soja: Incorreta. A fórmula de soja não é recomendada para lactentes com menos de 6 meses de idade com diagnóstico de APLV. Além das preocupações nutricionais e da presença de isoflavonas (fitoestrógenos), existe um risco considerável de sensibilidade cruzada, na qual a criança passa a reagir também à proteína da soja, especialmente em quadros não mediados por IgE, como a proctocolite.

Alternativa b) Proteína extensamente hidrolisada: Correta. Esta é a primeira escolha terapêutica para lactentes com APLV de gravidade leve a moderada quando o aleitamento materno não pode ser mantido. Nessas fórmulas, as proteínas do leite de vaca são submetidas a processos de hidrólise que as quebram em pequenos peptídeos, perdendo a maior parte de seu potencial de causar alergia (sua antigenicidade), sendo toleradas por mais de 90% das crianças com APLV.

Alternativa c) Aminoácidos livres: Incorreta. As fórmulas de aminoácidos (elementares) são a opção mais restritiva e cara. Elas são reservadas para casos graves, como anafilaxia, falha de crescimento importante (FPIES crônico) ou para aqueles pacientes que não apresentaram melhora clínica após o uso da fórmula extensamente hidrolisada. Como a paciente está em bom estado geral e com peso adequado, não há indicação inicial para fórmula de aminoácidos.

Alternativa d) Leite de vaca isento de lactose: Incorreta. Este é um erro comum de confusão entre alergia e intolerância. A APLV é uma reação imunológica às proteínas do leite (como caseína e beta-lactoglobulina). A intolerância à lactose é uma dificuldade digestiva relacionada ao açúcar do leite (lactose). O leite isento de lactose continua contendo todas as proteínas íntegras que causam a alergia, portanto, os sintomas de sangramento persistiriam.

Questão 109

Este caso clínico apresenta uma criança de 5 anos com doença neuromuscular e uma crise de asma que evolui com piora clínica súbita. A análise das radiografias é fundamental para o diagnóstico.

A primeira imagem, da admissão, mostra sinais de hiperinsuflação pulmonar (retificação das cúpulas diafragmáticas e aumento dos espaços intercostais), condizentes com a crise asmática.

A segunda imagem, do terceiro dia, revela uma opacidade total do hemitórax direito (pulmão branco). O detalhe crucial é o desvio das estruturas do mediastino (traqueia e coração) para o mesmo lado da opacidade (ipsilateral). Esse achado é patognomônico de perda de volume pulmonar, ou seja, atelectasia. Em pacientes com doenças neuromusculares, a fraqueza da musculatura respiratória e a tosse ineficaz, somadas ao aumento de secreção da asma, predisõem à formação de tampões mucosos que obstruem brônquios principais, gerando atelectasias maciças.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A punção de alívio é indicada para o pneumotórax hipertensivo. No pneumotórax, a radiografia mostraria uma área de hipertransparência (preta) sem vasos e o desvio do mediastino seria para o lado oposto (contralateral) à lesão.

Alternativa b) Incorreta. A toracentese é o procedimento para investigar ou drenar derrame pleural. Embora um derrame pleural extenso deixe o hemitórax opaco, ele costuma empurrar o mediastino para o lado oposto ou mantê-lo centralizado, mas nunca puxá-lo para o mesmo lado da opacidade como visto na imagem.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico principal da piora clínica é uma atelectasia maciça por tampão mucoso. Em pacientes neuromusculares, a conduta padrão para reexpandir o pulmão e eliminar secreções envolve fisioterapia respiratória intensiva (técnicas de higiene brônquica, como a tosse assistida ou uso de dispositivos de

oscilação), ventilação não invasiva (VNI) para recrutamento alveolar e medidas de higiene pulmonar.

Alternativa d) Incorreta. Embora uma infecção respiratória possa ter sido o gatilho para a descompensação da asma, o quadro agudo de insuficiência respiratória com imagem de pulmão colapsado exige intervenção mecânica/física imediata para reexpansão pulmonar, e não apenas o uso de antibióticos. Além disso, a imagem é de colapso, não de uma consolidação pneumônica típica.

Questão 110

DIAGNÓSTICO E QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico e a imagem apresentados são clássicos de onicomicose subungueal distal e lateral. A imagem mostra claramente a alteração da coloração (cromoníquia amarelada), a perda do brilho e o espessamento da lâmina ungueal (hiperceratose subungueal), começando pela borda distal. Em pacientes diabéticos, como a adolescente do caso, o tratamento da onicomicose é fundamental não apenas por questões estéticas, mas para prevenir portas de entrada para infecções bacterianas secundárias mais graves, como a celulite.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A avulsão (retirada cirúrgica ou química) da unha não é o tratamento inicial padrão para onicomicose. Ela pode ser considerada em casos excepcionais de onicomicose unilateral grave, resistente ao tratamento clínico ou quando há dor intensa, mas o tratamento medicamentoso sistêmico ainda seria necessário para tratar o leito ungueal infectado.

Alternativa b) Correta. A terbinafina via oral é o tratamento de escolha (padrão-ouro) para onicomicoses causadas por dermatófitos, apresentando as maiores taxas de cura. Para unhas dos pés, o tempo de renovação da lâmina é lento, exigindo o uso do medicamento por 12 semanas (3 meses). Se o acometimento fosse apenas nas mãos, o tempo poderia ser reduzido para 6 semanas.

Alternativa c) Incorreta. O miconazol em pomada ou creme não consegue penetrar na lâmina ungueal de forma eficaz para atingir o fungo que está no leito da unha. Tratamentos tópicos para onicomicose geralmente exigem formulações específicas em esmalte (como amorolfina ou ciclopirox olamina) e são indicados apenas quando não há acometimento da matriz ungueal ou em casos muito superficiais. Além disso, 6 semanas é um tempo insuficiente para o tratamento das unhas dos pés.

Alternativa d) Incorreta. A mupirocina é um antibiótico tópico indicado para o tratamento de infecções bacterianas de pele, como o impetigo. Não possui nenhuma ação antifúngica, sendo, portanto, ineficaz para o tratamento da onicomicose.

Questão 111

O tema central desta questão é a criptorquidia, que é a ausência de um ou ambos os testículos na bolsa escrotal. Para a prova de residência, o aluno deve conhecer o tempo de descida testicular e o momento exato da intervenção.

A descida testicular ocorre em fases, e é comum que bebês nasçam com o testículo ainda fora da bolsa. No entanto, o processo de descida espontânea pode continuar após o nascimento, geralmente se completando até os 3 ou 4 meses de vida. Após os 6 meses de idade, a descida espontânea é considerada rara.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o cirurgião pediátrico seja o profissional que realizará a cirurgia (orquidopexia), o encaminhamento aos 2 meses de idade é considerado precoce. As diretrizes das Sociedades Brasileiras de Pediatria e de Urologia recomendam aguardar a descida espontânea até os 6 meses de idade. O encaminhamento deve ser feito se a condição persistir após esse período.

Alternativa (b) Incorreta: O encaminhamento ao endocrinologista pediátrico é indicado em situações específicas, como criptorquidia bilateral (especialmente se os testículos não forem palpáveis) ou quando há sinais associados de ambiguidade genital (Distúrbios do Desenvolvimento Sexual). Como o lactente apresenta um testículo tóxico (normal) e não possui outras alterações, a investigação endócrina não é a prioridade inicial.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta preconizada para um lactente de 2 meses. Como ainda existe uma janela temporal para que o testículo direito desça espontaneamente para a bolsa escrotal, o médico deve realizar o acompanhamento clínico nas consultas de puericultura. A reavaliação física é o passo mais adequado antes de qualquer intervenção ou encaminhamento.

Alternativa (d) Incorreta: A solicitação de ultrassonografia (USG) é um erro comum na prática clínica, mas frequentemente cobrado em provas. Os consensos atuais desaconselham o uso de exames de imagem (USG, tomografia ou ressonância) para localizar testículos não palpáveis. A USG tem baixa sensibilidade para testículos intra-abdominais e não altera a conduta: se o testículo não for palpável após os 6 meses, o paciente precisará de exploração cirúrgica (preferencialmente por laparoscopia), independentemente do resultado do exame de imagem.

Gabarito: Letra (c).

Questão 112

Esta questão aborda o manejo da bradicardia sintomática na pediatria, seguindo as diretrizes do PALS (*Pediatric Advanced Life Support*).

Análise do quadro clínico:

A paciente de 2 anos apresenta uma bradicardia grave (FC de 45 bpm) associada a sinais de má perfusão (pulsos finos, irresponsividade e hipotensão). O monitor mostra que, apesar de a ventilação com pressão positiva (VPP) ter sido iniciada e ter garantido uma excelente oxigenação (saturação de 98% na imagem), a frequência cardíaca permanece abaixo de 60 bpm e a pressão arterial está baixa (65/25 mmHg). Para uma criança de 2 anos, a pressão sistólica mínima esperada seria de aproximadamente 74 mmHg ($70 + 2 \times \text{idade}$).

Por que a alternativa (c) está correta?

De acordo com o protocolo de bradicardia pediátrica, se o paciente mantém frequência cardíaca inferior a 60 bpm com sinais de má perfusão (choque), mesmo após o início de oxigenação e ventilação adequadas, a conduta imediata é iniciar as compressões torácicas. O objetivo é garantir o débito cardíaco, já que a bradicardia nessa faixa etária é frequentemente um sinal de pré-parada. A imagem do monitor confirma que o problema não é mais a oxigenação (SpO₂ de 98%), mas sim a falência circulatória (FC de 45 bpm e PA de 65/25 mmHg).

Análise das alternativas incorretas:

a) Adrenalina em infusão contínua: A adrenalina é indicada no algoritmo de bradicardia se a FC persistir baixa após o início das compressões e ventilação, mas a via preferencial inicial é o bólus (0,01 mg/kg) por via endovenosa ou intraóssea, e não a infusão contínua como primeira medida imediata.

b) Intubação orotraqueal: Embora a proteção definitiva da via aérea possa ser necessária futuramente, a prioridade no momento em que a FC está em 45 bpm, com oxigenação já garantida pela VPP (98% no monitor), é a manutenção do débito cardíaco por meio das compressões.

d) Atropina em bólus: A atropina é reservada para casos específicos de bradicardia causada por aumento do tônus vagal (como durante a própria intubação) ou em bloqueios atrioventriculares primários. Não é a droga de escolha para a bradicardia decorrente de hipóxia ou falência hemodinâmica na pediatria.

Resumo da imagem:

O monitor mostra três parâmetros cruciais: o ECG confirmando a bradicardia (45 bpm), a oximetria de pulso (98%) indicando que a ventilação está sendo efetiva no aporte de oxigênio, e a pressão arterial (65/25 mmHg) confirmando o estado de choque. Esse conjunto de dados, em um paciente com FC < 60 bpm, é o critério clássico para o início de compressões torácicas no atendimento pediátrico.

Questão 113

A questão descreve um paciente pediátrico com Síndrome Nefrótica (SN) em recaída, que desenvolve um quadro súbito de dor abdominal intensa e sinais de irritação peritoneal (descompressão brusca positiva). Em pediatria, diante de um paciente com SN e peritonite, o diagnóstico principal é a Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Pacientes com Síndrome Nefrótica apresentam uma imunodeficiência secundária multifatorial. A principal causa de infecções por germes encapsulados (especialmente o **Streptococcus pneumoniae**) nesses pacientes é a perda urinária de proteínas importantes para o sistema imune, como as imunoglobulinas (principalmente IgG) e fatores do sistema complemento (como o fator B da via alternativa). Essa perda resulta em uma falha na opsonização das bactérias, dificultando a sua fagocitose e facilitando a ocorrência de quadros como a Peritonite Bacteriana Espontânea.

Alternativa (b) INCORRETA: Na Síndrome Nefrótica, ocorre, na verdade, uma redução da pressão oncótica plasmática devido à hipoalbuminemia grave. O aumento da viscosidade sanguínea pode ocorrer devido à hemoconcentração e hiperlipidemia, mas esse mecanismo está relacionado ao risco de fenômenos tromboembólicos, e não à irritação peritoneal aguda.

Alternativa (c) INCORRETA: A infusão de albumina (coloide) é frequentemente utilizada para o manejo de edemas graves ou hipovolemia na SN, mas não é o fator fisiopatológico que explica o desenvolvimento de dor abdominal com sinais de peritonite. A redução da tonicidade plasmática (hiponatremia) observada nos exames é comum na SN devido à retenção de água livre e alteração do volume arterial efetivo, mas não causa o quadro clínico descrito.

Alternativa (d) INCORRETA: A perda urinária de antitrombina III e das proteínas C e S ocorre na Síndrome Nefrótica e é o principal mecanismo para o estado de hipercoagulabilidade desses pacientes, aumentando o risco de trombose da veia

renal e tromboembolismo pulmonar. Embora uma trombose de veia mesentérica pudesse causar dor abdominal, a associação clássica com o quadro de irritação peritoneal (PBE) em crianças nefróticas é a deficiência de opsonização. Além disso, a alternativa (a) descreve a causa mais comum para o "abdome agudo" tipicamente cobrado em provas nesta patologia.

Questão 114

O diagnóstico de molusco contagioso é clínico e baseia-se na morfologia característica das lesões cutâneas. Abaixo, analisamos cada alternativa conforme as imagens apresentadas:

Alternativa (a) Incorreta: A imagem mostra pápulas de superfície rugosa, irregular e hiperkeratósica (aspecto de couve-flor). Essas características são típicas da verruga vulgar, causada pelo papilomavírus humano (HPV), e não do molusco contagioso, que possui superfície lisa.

Alternativa (b) Incorreta: A imagem exibe pequenas vesículas agrupadas sobre uma base eritematosa (avermelhada). Esse padrão é patognomônico de infecções pelo vírus herpes (seja herpes simples ou varicela-zóster), diferindo das pápulas sólidas do molusco.

Alternativa (c) Correta: Esta imagem representa o quadro clássico do molusco contagioso, infecção viral causada por um poxvírus. As lesões são pápulas firmes, brilhantes, da cor da pele ou peroladas, com formato cupuliforme (em domo). O detalhe crucial para o diagnóstico é a presença de uma umbilicação central (pequena depressão no centro da pápula), visível em várias lesões da foto. É uma condição muito comum na pediatria, geralmente autolimitada, mas que pode exigir tratamento para evitar autoinoculação.

Alternativa (d) Incorreta: A imagem mostra uma lesão única, ulcerada, com centro necrótico e halo inflamatório. Esse aspecto sugere condições como ectima (uma infecção bacteriana mais profunda) ou loxoscelismo (picada de aranha-marrom), não guardando relação com as pápulas múltiplas do molusco.

Questão 115

Para resolver essa questão, devemos calcular o volume total de manutenção, a reposição específica de bicarbonato que o paciente já utiliza e a quantidade de eletrólitos para tornar a solução isotônica.

****1. Cálculo do Volume de Manutenção (Regra de Holliday-Segar)****

Para uma criança de 10 kg, o cálculo do volume hídrico de manutenção basal é de 100 mL/kg/dia.

Volume total = 10 kg × 100 mL = 1000 mL de soro por dia.

****2. Reposição de Bicarbonato de Sódio****

O enunciado informa que o paciente já faz uso de 3 mEq/kg/dia de bicarbonato e não está aceitando via oral devido ao quadro obstrutivo. Portanto, precisamos repor essa dose por via intravenosa (EV).

Necessidade de bicarbonato = 10 kg × 3 mEq/kg = 30 mEq.

Como a concentração do bicarbonato de sódio 8,4% é de 1 mEq/mL:

Volume de bicarbonato 8,4% = 30 mL.

****3. Cálculo do Sódio para Solução Isotônica****

Atualmente, a recomendação para manutenção hídrica em pediatria hospitalar é o uso de soluções isotônicas para evitar a hiponatremia dilucional. Uma solução é considerada isotônica quando a concentração de sódio está próxima à do plasma (entre 135 e 154 mEq/L).

Para 1000 mL de soro, buscaremos uma oferta de aproximadamente 135 mEq de sódio total.

Já ofertamos 30 mEq de sódio através do bicarbonato de sódio (pois cada mEq de bicarbonato de sódio contém 1 mEq de sódio).

Faltam: 135 mEq - 30 mEq = 105 mEq de sódio provenientes do NaCl.

Usando NaCl 20% (que possui 3,4 mEq/mL):

105 mEq / 3,4 mEq/mL = 30,88 mL (aproximadamente 31 mL).

****4. Reposição de Potássio (K+)****

A necessidade basal de potássio é de 2 a 3 mEq/kg/dia.

Para 10 kg = 20 a 30 mEq/dia.

O KCl 19,1% possui aproximadamente 2,5 mEq/mL.

Portanto, 10 mL de KCl 19,1% fornecem 25 mEq, o que atende perfeitamente à necessidade basal do paciente.

****5. Escolha da Solução de Base****

Em pacientes pediátricos em jejum e estresse metabólico (abdome agudo), utiliza-se o soro glicosado (geralmente a 5% ou 10%) para prover aporte calórico e prevenir hipoglicemia e cetose de jejum.

****Análise das alternativas:****

* ****a) Incorreta.**** O volume de bicarbonato de sódio 8,4% (200 mL) é excessivo,

fornecendo 20 mEq/kg, o que causaria uma alcalose metabólica grave. Além disso, a proporção de soro glicosado está reduzida.

* **b) Incorreta.** Novamente, a dose de bicarbonato (106 mL) é muito superior à necessidade do paciente (30 mL). A mistura de soro fisiológico com bicarbonato e SG de forma aleatória não fecha o cálculo exato para este caso.

* **c) Incorreta.** Embora os volumes de SG, bicarbonato e KCl estejam corretos, a quantidade de NaCl 20% (40 mL) somada ao bicarbonato resultaria em uma carga de sódio de 166 mEq ($40 \times 3,4 + 30$). Isso torna a solução levemente hipertônica em relação ao alvo fisiológico de 135-154 mEq/L.

* **d) Correta.** Apresenta o volume correto de SG (1000 mL), a dose exata de bicarbonato que o paciente já utilizava (30 mL), a manutenção adequada de potássio (10 mL de KCl 19,1% = 25 mEq) e a quantidade de NaCl 20% (31 mL) necessária para atingir a tonicidade plasmática de sódio (totalizando aproximadamente 135 mEq de sódio na solução).

Questão 116

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O recém-nascido tem 36-37 horas de vida e apresenta icterícia na Zona II de Kramer (cabeça, pescoço e tronco até o umbigo), o que clinicamente sugere níveis de bilirrubina total entre 5 e 12 mg/dL. Os exames confirmam uma Bilirrubina Total (BT) de 7 mg/dL, com predomínio da fração indireta (BI: 6,8 mg/dL).

Ao avaliarmos o nomograma de Bhutani (ferramenta que define o risco de hiperbilirrubinemia significativa baseada na idade em horas), o valor de 7 mg/dL com 37 horas de vida posiciona o paciente na zona de baixo risco. Além disso, a perda ponderal de 4% é considerada normal para o segundo dia de vida.

DISCUSSÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): A icterícia fisiológica é a causa mais comum de icterícia no período neonatal. Ela ocorre devido a um desequilíbrio temporário entre a produção e a eliminação da bilirrubina. Um dos principais mecanismos é a imaturidade hepática, especificamente a atividade reduzida da enzima uridina difosfoglucuronosiltransferase (glicuronil transferase), responsável por conjugar a bilirrubina indireta em direta para que possa ser excretada. Como o recém-nascido é saudável, os níveis de bilirrubina estão em zona de baixo risco e os testes de hemólise são negativos, este é o diagnóstico mais provável.

Alternativa B (INCORRETA): Embora a icterícia fisiológica também envolva o ciclo entero-hepático, o mecanismo correto é o AUMENTO da circulação entero-hepática, e

não a sua redução. No recém-nascido, a baixa flora bacteriana intestinal e a presença da enzima beta-glucuronidase fazem com que a bilirrubina conjugada seja desconjugada no intestino e reabsorvida para o sangue, elevando os níveis de bilirrubina indireta.

Alternativa C (INCORRETA): Existe incompatibilidade sanguínea ABO (Mãe A e RN B), porém o Coombs Direto é negativo e os níveis de bilirrubina são baixos para o tempo de vida. Na doença hemolítica por ABO, embora o Coombs possa ser negativo ou fracamente positivo em alguns casos, espera-se uma icterícia mais precoce (nas primeiras 24 horas) e níveis mais elevados de bilirrubina, o que não condiz com o quadro de baixo risco apresentado.

Alternativa D (INCORRETA): Embora a mãe seja Rh negativo e o recém-nascido seja Rh positivo, a doença hemolítica por Rh é descartada pelos resultados dos exames imuno-hematológicos. O Coombs Indireto da mãe é negativo (indicando que ela não está sensibilizada) e o Coombs Direto do recém-nascido também é negativo (indicando que não há anticorpos maternos aderidos às hemácias do bebê causando hemólise). Para haver doença hemolítica por Rh, o Coombs Direto obrigatoriamente deveria ser positivo.

Questão 117

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um menino de 3 anos que, após a cessação da febre (período de defervescência), apresenta sinais de alarme e gravidade compatíveis com dengue. Os pontos-chave são:

1. Fase Crítica: A melhora da febre há 36 horas marca o início da fase crítica da dengue, em que ocorre o fenômeno de extravasamento plasmático.
2. Sinais de Alarme: Dor abdominal intensa e persistente e vômitos frequentes (10 episódios).
3. Sinais de Choque/Gravidade: Taquicardia (138 bpm), relato de lipotimia (quase desmaio) e PA no limite inferior para a idade, indicando má perfusão.
4. Prova do Laço: A imagem mostra petéquias na fossa antecubital após a colocação do torniquete, o que representa uma prova do laço positiva, indicando fragilidade capilar.

Diante da principal hipótese diagnóstica de dengue grave (ou dengue com sinais de alarme evoluindo para choque), os achados laboratoriais clássicos incluem hemoconcentração (aumento do hematócrito), leucopenia e plaquetopenia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. Apresenta leucocitose importante ($26.800/\text{mm}^3$) com desvio à esquerda (presença de metamielócitos e bastonetes). Esse perfil laboratorial é característico de infecções bacterianas graves ou sepse bacteriana, e não de uma infecção viral como a dengue. O hematócrito está normal (37%).

b) INCORRETA. Apresenta pancitopenia (anemia, leucopenia e plaquetopenia grave) associada à presença de blastos (5%). Este é o quadro clássico de uma leucemia aguda, e não de dengue.

c) INCORRETA. Embora apresente plaquetopenia leve ($100.000/\mu\text{L}$), o achado marcante é uma eosinofilia acentuada (30%). A eosinofilia costuma estar associada a processos alérgicos ou parasitoses (helminthoses), não sendo um achado da fase crítica da dengue.

d) CORRETA. Esta alternativa reflete perfeitamente a fisiopatologia da dengue grave. O hematócrito de 48% está elevado para uma criança de 3 anos (o normal seria em torno de 36-39%), indicando hemoconcentração por extravasamento de plasma para o terceiro espaço. Há leucopenia ($3.800/\text{mm}^3$) e plaquetopenia significativa ($70.000/\mu\text{L}$), fechando o tripé laboratorial esperado para o caso.

Questão 118

O quadro clínico descreve um lactente com sinais clássicos de obstrução intestinal alta (vômitos biliosos e distensão abdominal) associados a um abaulamento doloroso na região inguinal com sinais inflamatórios (hiperemia e dor). Em pediatria, a principal causa de obstrução intestinal associada a abaulamento inguinal é a hérnia inguinal encarcerada. A presença de febre, prostração, irritabilidade e hiperemia local indica que a hérnia não está apenas presa (encarcerada), mas provavelmente sofrendo isquemia ou necrose (estragulada).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a torção testicular possa causar dor e irritabilidade, ela não justifica o quadro de obstrução intestinal com vômitos biliosos e parada de eliminação de gases e fezes. Além disso, a redução manual não é a conduta definitiva para torção testicular.

b) Incorreta. A torção testicular é uma emergência cirúrgica, mas o diagnóstico clínico deste paciente é de obstrução intestinal por hérnia. O foco dos sinais sistêmicos (vômitos biliosos e distensão) aponta diretamente para o envolvimento de alças intestinais no canal inguinal.

c) Incorreta. O diagnóstico de hérnia inguinal está correto, porém a conduta de redução manual é contraindicada neste caso. A presença de sinais de sofrimento vascular, como febre, prostração e hiperemia na pele do local (sinais de estrangulamento), torna a redução manual perigosa, pois há o risco de reduzir uma alça intestinal necrótica para dentro da cavidade abdominal, o que levaria à peritonite química e bacteriana.

d) Correta. O paciente apresenta uma hérnia inguinal complicada (provavelmente estrangulada), evidenciada pela clínica de obstrução intestinal e sinais inflamatórios locais e sistêmicos. Nesta situação, a conduta é a estabilização clínica rápida (hidratação e jejum) seguida de cirurgia de emergência para avaliar a viabilidade da alça intestinal e realizar a correção do defeito herniário.

Em resumo, a chave para a questão é identificar que os vômitos biliosos indicam obstrução intestinal e que os sinais inflamatórios locais (hiperemia) e sistêmicos (febre) contraindicam a tentativa de redução manual, exigindo intervenção cirúrgica imediata.

Questão 119

A questão aborda o Teste da Oximetria de Pulso, popularmente conhecido como Teste do Coraçãozinho, utilizado para o rastreamento de cardiopatias congênitas críticas em recém-nascidos.

A lógica do teste baseia-se na comparação da saturação de oxigênio em um local que recebe sangue antes da inserção do canal arterial (pré-ductal) e em um local que recebe sangue após essa inserção (pós-ductal). O membro superior direito é sempre o local pré-ductal, pois o tronco braquiocefálico emerge da aorta antes do canal arterial. Os membros inferiores são pós-ductais, pois recebem sangue da aorta descendente, após a conexão com o canal arterial.

Alternativa (a) Incorreta. A imagem destaca a região do arco aórtico e a emergência dos vasos da base (como o tronco braquiocefálico). Embora seja a região que supre o membro superior direito (medida pré-ductal), não é a estrutura que define a diferença fisiológica buscada pelo teste.

Alternativa (b) Correta. A imagem destaca o Canal Arterial (*ductus arteriosus*). Esta é a estrutura anatômica fundamental para o teste. Em cardiopatias dependentes de canal, pode haver um *shunt* (desvio) de sangue não oxigenado da artéria pulmonar para a aorta através do canal, reduzindo a saturação nos membros inferiores em relação ao membro superior direito. A detecção dessa diferença (gradiente) ou de

valores baixos em ambos os locais é o que permite suspeitar de malformações cardíacas graves antes mesmo da manifestação de sintomas clínicos.

Alternativa (c) Incorreta. A imagem destaca o Forame Oval (comunicação interatrial). Embora seja uma comunicação importante na circulação fetal e neonatal, a oximetria de pulso não visa especificamente avaliar o fluxo através do septo atrial para diferenciar saturações pré- e pós-ductais.

Alternativa (d) Incorreta. A imagem destaca o septo interventricular (sugerindo uma comunicação interventricular - CIV). Assim como o forame oval, a presença de uma CIV não é o marco anatômico que justifica a divisão técnica entre as medidas pré- e pós-ductais realizadas no protocolo de triagem neonatal.

Questão 120

O Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso) é uma triagem neonatal fundamental para a detecção precoce de cardiopatias congênitas críticas (CCC). Para interpretar corretamente a questão, devemos aplicar o fluxograma preconizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Ministério da Saúde.

Análise dos dados do paciente:

1. Momento do teste: 30 horas de vida (adequado, pois deve ser feito entre 24 e 48 horas).
2. Localização: mão direita (pré-ductal) e um dos pés (pós-ductal). As imagens confirmam o posicionamento correto.
3. Valores obtidos: saturação pré-ductal de 94% e saturação pós-ductal de 89%.

Interpretação do fluxograma:

- Teste Negativo (Normal): saturação maior ou igual a 95% em ambas as medidas e diferença entre elas menor ou igual a 3%.
- Teste Duvidoso: saturação entre 90% e 94% em qualquer um dos membros ou diferença maior ou igual a 4% entre os membros. Nesses casos, repete-se o teste em 1 hora.
- Teste Positivo (Alterado): saturação menor que 90% em qualquer um dos membros (mão ou pé).

No caso apresentado, o recém-nascido apresenta uma saturação de 89% no membro inferior (pós-ductal). Como esse valor é inferior a 90%, o teste é considerado positivo imediatamente, sem necessidade de repetição.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a hipotermia possa causar má perfusão e interferir na leitura, o protocolo é rígido: saturação abaixo de 90% define um teste positivo. A conduta de aquecer e repetir em 1 hora seria aplicada se os valores estivessem na zona de dúvida (90-94%), o que não é o caso aqui (89% é positivo).

b) Incorreta. As imagens demonstram que a técnica foi executada corretamente: o sensor está bem posicionado na mão direita (pré-ductal) e no pé (pós-ductal). O período de 30 horas de vida é o ideal para a triagem.

c) Correta. Pelo fato de uma das aferições ser menor que 90% (neste caso, 89% no pé), o teste é positivo. A conduta mandatária diante de um teste de oximetria positivo é a realização de um ecocardiograma transtorácico em até 24 horas para descartar cardiopatias dependentes do canal arterial.

d) Incorreta. A oxigenioterapia não é a conduta inicial para a triagem alterada e pode, inclusive, mascarar a cianose em algumas cardiopatias ou acelerar o fechamento do canal arterial em situações críticas. O objetivo do teste é o diagnóstico anatômico via ecocardiograma, não o tratamento sintomático respiratório imediato, já que o RN estava clinicamente bem (estável no alojamento conjunto).

Gabarito: Alternativa (c).
