

# UNESC

GABARITO | 2026 | ES | 50 Questões



## Gabarito: UNESC

2026 | ES

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

A questão aborda a conduta profilática em relação à raiva humana diante da exposição a morcegos. De acordo com as normas do Ministério da Saúde do Brasil, o morcego é considerado um animal de alto risco para a transmissão da raiva, independentemente da sua espécie ou hábito alimentar.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Em acidentes com morcegos, a conduta não depende da profundidade da lesão. Qualquer contato direto com morcegos é classificado como "acidente grave" pelo protocolo oficial. Devido ao tamanho diminuto dos dentes desses animais, as lesões podem ser imperceptíveis, mas ainda assim capazes de transmitir o vírus. Portanto, o esquema de profilaxia indicado é sempre a combinação de vacina e soro (ou imunoglobulina), sem distinção baseada na aparência da ferida.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta preconizada frente à incerteza de exposição ou ao contato direto com morcegos (como encontrar um morcego no quarto ao acordar ou ter contato físico direto). Devido à gravidade da doença e ao risco inerente aos quirópteros, na dúvida quanto à exposição, o paciente deve receber o esquema completo para acidentes graves: vacina antirrábica e soro antirrábico humano (ou imunoglobulina).

Alternativa c) Incorreta. Embora o diagnóstico laboratorial do animal seja importante para a vigilância epidemiológica, a prioridade médica absoluta é o início imediato da profilaxia no paciente. Além disso, a recomendação é que o animal seja capturado por profissionais capacitados e não morto de forma indiscriminada pelo leigo, o que poderia aumentar o risco de exposição acidental.

Alternativa d) Incorreta. A observação por 10 dias é uma conduta restrita a cães e gatos domésticos que podem ser monitorados quanto a alterações de comportamento. Animais silvestres, incluindo morcegos, não devem ser submetidos à observação para fins de decisão profilática; se houve contato, a profilaxia deve ser iniciada imediatamente.

Alternativa e) Incorreta. Existem diversas espécies de morcegos em áreas urbanas, incluindo insetívoros e frugívoros, mas todos podem ser portadores do vírus da raiva. Além disso, morcegos com comportamento atípico (voando de dia ou caídos no chão) são suspeitos de estarem doentes. Jamais se deve negligenciar um contato com morcego baseando-se no hábito alimentar da espécie.

---

## Questão 2

Esta questão aborda o protocolo de profilaxia da raiva humana com o uso do soro heterólogo (equino). Todas as alternativas apresentadas estão corretas de acordo com as normas do Ministério da Saúde. Abaixo, a análise detalhada de cada item:

Item 1 (Verdadeiro): O soro antirrábico heterólogo (SAR) é de origem equina. Ele é produzido a partir do plasma de cavalos que foram imunizados contra o vírus da raiva. Após a coleta, o plasma passa por processos de purificação e concentração de fragmentos de anticorpos (imunoglobulinas) para reduzir o risco de reações adversas e garantir a eficácia na neutralização do vírus.

Item 2 (Verdadeiro): Como a maioria dos imunobiológicos e derivados do sangue, o soro antirrábico é termolábil. Para manter suas propriedades biológicas, ele deve ser armazenado em temperatura de refrigeração constante, entre +2 °C e +8 °C, nunca devendo ser congelado. O controle do prazo de validade é fundamental para garantir a potência do produto.

Item 3 (Verdadeiro): A dosagem é um ponto crítico em provas de residência. Para o soro heterólogo (equino), a dose padrão é de 40 UI/kg de peso do paciente. É importante não confundir com a Imunoglobulina Humana Antirrábica (IGHAR — soro homólogo), cuja dose é de 20 UI/kg.

Item 4 (Verdadeiro): O objetivo principal do soro é neutralizar o vírus diretamente no local da porta de entrada antes que ele migre para o sistema nervoso. Por isso, a recomendação é infiltrar o máximo possível da dose dentro e ao redor de todas as lesões. Em casos de feridas múltiplas ou extensas, nas quais o volume do soro é insuficiente para cobrir todas elas, o profissional deve diluir a dose em soro fisiológico para garantir que todas as áreas lesionadas recebam os anticorpos.

Item 5 (Verdadeiro): Se, após a infiltração local, ainda sobrar parte da dose, ou se a região anatômica (como dedos ou orelhas) não suportar o volume total devido ao risco de compressão isquêmica (síndrome compartimental), o restante deve ser aplicado por via intramuscular profunda. A região glútea é frequentemente citada, mas o ponto fundamental é que a aplicação ocorra em um local anatômico diferente de onde foi ou será aplicada a vacina antirrábica, para evitar que o soro neutralize os antígenos da vacina e prejudique a resposta imune ativa.

Gabarito: Alternativa A (V, V, V, V, V).

### Questão 3

Alternativa a) Incorreta: A hantavirose não pode ser considerada uma doença tipicamente autolimitada que dispense assistência hospitalar. Na verdade, a Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus (SCPH) é uma emergência médica com alta taxa de letalidade (variando de 30% a 50%), exigindo quase sempre monitorização em Unidade de Terapia Intensiva e suporte ventilatório devido à rápida evolução para insuficiência respiratória.

Alternativa b) Incorreta: O Brasil é um dos países com maior registro de variantes associadas à Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus (SCPH). Entre as variantes identificadas no território brasileiro estão os vírus Araraquara, Juquitiba, Castelo dos Sonhos, Anajatuba e Laguna Negra, todos capazes de causar a forma cardiopulmonar grave da doença.

Alternativa c) Incorreta: Os reservatórios naturais do hantavírus são especificamente pequenos roedores silvestres, principalmente das subfamílias Sigmodontinae e Arvicolinae. Equídeos, capivaras e gambás não fazem parte do ciclo epidemiológico de transmissão da hantavirose ao homem. A capivara, mencionada na alternativa, é o reservatório clássico da Febre Maculosa Brasileira.

Alternativa d) Correta: Esta alternativa descreve o mecanismo principal de infecção humana. Os roedores infectados eliminam o vírus de forma persistente através da urina, fezes e saliva. Ao secarem, essas excretas misturam-se à poeira e formam aerossóis que, quando inalados por seres humanos em ambientes fechados ou durante a limpeza de locais contaminados, transmitem o vírus para o trato respiratório.

Alternativa e) Incorreta: A transmissão entre seres humanos é um evento raríssimo e não é a regra na hantavirose (registrada quase exclusivamente para o vírus Andes na região da Argentina e do Chile). Além disso, a viremia é mais elevada no período inicial da doença (fase prodrômica) e tende a diminuir com a progressão dos sintomas e o surgimento da resposta imune, não sendo um período "bem conhecido" de transmissibilidade no homem.

---

### Questão 4

Esta questão aborda a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), uma patologia frequente na medicina do trabalho e otorrinolaringologia. Vamos analisar cada alternativa para compreender os critérios diagnósticos e as características desta condição:

Alternativa a) Incorreta. A exposição contínua é, na verdade, mais prejudicial que a

intermitente. O ruído intermitente permite períodos de repouso acústico, possibilitando uma recuperação metabólica parcial das células ciliadas da cóclea. Além disso, a lesão principal na PAIR ocorre nas células ciliadas do órgão de Corti, e não primariamente no nervo coclear.

Alternativa b) Incorreta. Uma das características fundamentais da PAIR é ser uma perda auditiva do tipo neurosensorial irreversível. Embora a progressão da perda cesse quando a exposição ao ruído é interrompida, não ocorre melhora ou reversão dos limiares auditivos já atingidos, pois as células ciliadas lesionadas não se regeneram.

Alternativa c) Incorreta. Para que uma perda auditiva seja classificada como PAIR (especialmente no contexto ocupacional), é indispensável estabelecer onexo causal. Isso significa que deve haver comprovação de exposição a níveis de pressão sonora elevados ou substâncias ototóxicas no ambiente de trabalho. Se a investigação epidemiológica não identificar fatores de risco, o diagnóstico deve direcionar-se para outras causas de perda neurosensorial.

Alternativa d) Incorreta. Sintomas concomitantes são muito comuns na PAIR. O zumbido (\*tinnitus\*) é um dos sintomas mais frequentes e, muitas vezes, é a queixa principal que leva o trabalhador ao médico. Outros sintomas incluem dificuldade de compreensão da fala em ambientes ruidosos, intolerância a sons intensos (recrutamento) e, em casos avançados, tontura.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa está em conformidade com as normas regulamentadoras (como a NR-15 no Brasil) e recomendações internacionais (como as da NIOSH). O limite de tolerância padrão para evitar danos auditivos significativos é de 85 decibéis (A) para uma jornada de 8 horas diárias. Exposições acima deste binômio (intensidade versus tempo) aumentam exponencialmente o risco de desenvolvimento de lesões definitivas no sistema auditivo.

Gabarito: Letra (e).

---

### Questão 5

Alternativa A: INCORRETA. Segundo as normas técnicas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), o prazo de tolerância para considerar válida uma dose administrada antes do intervalo ou da idade mínima é de até 4 dias (período de carência). Doses aplicadas 5 dias ou mais antes do prazo preconizado são consideradas inválidas e precisam ser repetidas após o intervalo adequado.

Alternativa B: INCORRETA. Além de citar uma data futura (2025), a afirmação contraria os protocolos de saúde pública. A vacinação deve ser iniciada imediatamente após o nascimento, com a aplicação da BCG e da vacina contra hepatite B. Adiar o esquema vacinal para 1 ano de vida deixaria a criança vulnerável a diversas doenças graves em seu período de maior fragilidade.

Alternativa C: CORRETA. Estudos clínicos (como os publicados por Prymula et al.) demonstraram que a administração de antitérmicos, especialmente o paracetamol, de forma profilática (antes ou no momento da aplicação da vacina) pode reduzir a resposta imunogênica a alguns antígenos vacinais, como os das vacinas pneumocócicas e de *Haemophilus influenzae* tipo b. Por esse motivo, a recomendação atual é não prescrever antitérmicos de rotina antes da vacina, reservando seu uso apenas para o tratamento de febre ou dor caso ocorram após o procedimento.

Alternativa D: INCORRETA. A imunização passiva por meio de imunoglobulinas ou hemoderivados interfere diretamente na resposta das vacinas compostas por vírus vivos atenuados (como a tríplice viral e a varicela). Os anticorpos prontos podem neutralizar o agente vacinal antes que ele consiga se replicar o suficiente para gerar memória imunológica. Existem tabelas de intervalos específicos que devem ser respeitados entre a recepção de sangue/imunoglobulinas e a aplicação dessas vacinas.

Alternativa E: INCORRETA. Esta alternativa sugere uma prática perigosa e antiética. O objetivo fundamental da vacinação é conferir imunidade sem os riscos de complicações, sequelas ou óbito inerentes à doença natural. A exposição deliberada ao agravo para "primeiro contato com o antígeno" é terminantemente condenada pela medicina.

---

## Questão 6

Esta questão aborda as técnicas e fundamentos anatômicos das vias de administração de imunobiológicos (vacinas e soros). Vamos analisar cada alternativa para entender o motivo do gabarito:

Alternativa (a) Incorreta. A via intradérmica consiste na administração do imunobiológico na derme, que é a camada localizada logo abaixo da epiderme. A alternativa descreve incorretamente a hipoderme (tecido subcutâneo) como sendo a camada superficial da pele. Na verdade, a derme possui plexos vasculares, mas a absorção é lenta justamente pela densidade do tecido, e não por estar na hipoderme.

Alternativa (b) Incorreta. Houve uma inversão de conceitos. Na via subcutânea, o

imunobiológico é introduzido no tecido subcutâneo (hipoderme), e não na derme. A derme é o alvo da via intradérmica. O tecido subcutâneo é menos vascularizado que o tecido muscular, o que permite uma absorção mais lenta e contínua.

Alternativa (c) Incorreta. As injeções intramusculares devem ser aplicadas em locais distantes de grandes nervos e também distantes de vasos sanguíneos calibrosos. O objetivo é evitar lesões nervosas e a administração intravascular inadvertida do imunobiológico, o que poderia causar efeitos adversos sistêmicos imediatos e comprometer a eficácia da vacina.

Alternativa (d) Incorreta. De acordo com as normas técnicas atuais de imunização (como as do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde), a aspiração antes da injeção de vacinas não é mais recomendada. Isso ocorre porque os locais selecionados para vacinação (deltoide, vasto lateral da coxa e ventroglúteo) não possuem vasos de grande calibre. Além disso, a não aspiração diminui o tempo de contato da agulha com o tecido, reduzindo a dor. O erro da alternativa é dizer que a aspiração é indicada, e ainda excluir a região dorsoglútea (que é justamente onde a aspiração era mais preconizada antigamente devido à proximidade com a artéria glútea).

Alternativa (e) Correta. A região ventroglútea (técnica de Hochstetter) é considerada pela literatura científica como um dos locais mais seguros para a administração intramuscular. Ela oferece uma excelente espessura muscular (músculos glúteo médio e mínimo), possui uma camada de tecido adiposo geralmente mais fina que a região dorsoglútea e é livre de vasos sanguíneos e nervos importantes, sendo a via preferencial para administração de grandes volumes ou substâncias irritantes em adultos e crianças.

---

## Questão 7

A alternativa (a) está correta e fundamenta-se no Artigo 14-A da Lei nº 8.080/1990 (incluído pela Lei nº 12.466/2011). Esse artigo reconhece formalmente as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, como instâncias de pactuação consensual entre os gestores. Elas servem para definir aspectos operacionais, diretrizes de gestão e a organização das redes de atenção à saúde.

A alternativa (b) está incorreta porque, embora o SUS seja regionalizado e hierarquizado, a Lei nº 8.080/1990 prevê explicitamente, em seu Título II, a participação complementar da iniciativa privada. O setor privado pode atuar no SUS quando as unidades públicas não forem suficientes para garantir o atendimento, não havendo proibição por conta do financiamento público.

A alternativa (c) está incorreta, pois contradiz diretamente o Artigo 10 da referida lei. O texto legal afirma que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. Os consórcios são, inclusive, uma ferramenta importante para que municípios menores consigam oferecer serviços de maior complexidade de forma compartilhada.

A alternativa (d) está incorreta porque o Artigo 14 da Lei nº 8.080/1990, que trata das comissões permanentes de integração entre serviços de saúde e instituições de ensino, permanece em vigor. Não houve revogação por decreto em 2024 alterando essa estrutura para um modelo de financiamento direto como o descrito na questão. Essas comissões visam adequar a formação profissional às necessidades do SUS.

A alternativa (e) está incorreta, pois fere o princípio da descentralização e da autonomia federativa previstos no SUS. O gerenciamento das ações de saúde é de responsabilidade do gestor local (municipal ou estadual). Não existe a exigência de autorização do Palácio do Planalto para a execução de ações de saúde, independentemente do porte ou custo; as decisões seguem o planejamento aprovado nos respectivos conselhos de saúde e as pactuações nas comissões intergestores.

---

## Questão 8

Para resolver esta questão, devemos utilizar como base a Lei nº 8.213/1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e define o que se equipara ao acidente de trabalho no Brasil.

(V) Agressões ou violências sofridas durante a atividade ou no ambiente de trabalho: Verdadeira. De acordo com o Art. 21, inciso II, alínea "a", da Lei nº 8.213/1991, equipara-se ao acidente de trabalho o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho.

(F) Lesões sofridas por familiar, filho menor de idade, no percurso da casa até a escola, quando está acompanhado do pai ou da mãe trabalhadora: Falsa. O acidente de trabalho ou de trajeto é um conceito aplicado exclusivamente ao segurado (trabalhador). Lesões em dependentes ou familiares não configuram acidente de trabalho para o genitor, e o termo "Acidente Integrado" não possui amparo na legislação previdenciária para este fim.

(V) Assaltos e homicídios no ambiente de trabalho onde o trabalhador esteja desenvolvendo suas atividades laborais: Verdadeira. Assim como no primeiro item, atos de terceiros (como assaltos e homicídios) ocorridos no local e horário de

trabalho são legalmente equiparados ao acidente de trabalho.

(F) O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional tem como objetivo acompanhar, mediante visita domiciliar, o trabalhador acidentado: Falsa. Conforme a NR-7, o PCMSO tem caráter preventivo, de rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Embora o médico do trabalho acompanhe a saúde do trabalhador, a "visita domiciliar" não é o objetivo central nem a metodologia padrão definida pela norma.

(F) Acidente com lesão em trabalhador durante atividade lúdica, desde que este seja portador de agravo ocupacional concorrente ou que lhe deu causa: Falsa. Atividades lúdicas ou de lazer, se não forem obrigatórias ou patrocinadas pela empresa com fins laborais, geralmente não configuram acidente de trabalho. A existência de um "agravo concorrente" não transforma automaticamente uma atividade de lazer em acidente de trabalho.

(V) Suicídios que ocorrem no local de trabalho ou durante as atividades laborais, independentemente das causas, são considerados acidente de trabalho: Verdadeira. Segundo o entendimento jurídico e previdenciário predominante (e adotado pela banca nesta questão), se o evento ocorre no ambiente de trabalho ou durante o exercício das funções, ele é inicialmente equiparado ao acidente de trabalho para fins de notificação e investigação denexo causal.

(V) Agressões sofridas pelo trabalhador ocorridas no trajeto do trabalho até sua residência: Verdadeira. O Art. 21, inciso IV, alínea "d", da Lei nº 8.213/1991 estabelece que o acidente sofrido no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, é equiparado ao acidente de trabalho (acidente de trajeto). Isso inclui agressões e assaltos.

(V) Lesão ou perturbação funcional sofrida pelo trabalhador causada por fenômenos da natureza, como enchentes e terremotos, que ocorrem enquanto o(a) trabalhador(a) está executando suas atividades laborais: Verdadeira. O Art. 21, inciso II, alínea "e", da referida lei determina que eventos de força maior ou casos fortuitos (como fenômenos da natureza), ocorridos no local e horário de trabalho, equiparam-se ao acidente de trabalho.

A sequência correta, portanto, é V, F, V, F, F, V, V, V, o que corresponde à alternativa (e).

## Questão 9

Para compreender esta questão, é fundamental conhecer as Leis Orgânicas da Saúde, que fundamentam o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A questão aborda especificamente os requisitos burocráticos e democráticos para o repasse de verbas federais aos entes federados.

Alternativa a) Incorreta. A Lei n.º 3.665/1990 não possui relação com o Sistema Único de Saúde. Ela trata de fiscalização de produtos controlados e questões administrativas que fogem ao escopo da gestão pública da saúde e das transferências intergovernamentais do SUS.

Alternativa b) Incorreta. A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, é a primeira Lei Orgânica da Saúde. Ela dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Embora estabeleça os princípios e diretrizes do SUS (como universalidade e equidade), ela não detalha os mecanismos de transferência financeira nem a obrigatoriedade dos Conselhos e Planos de Saúde para o recebimento de recursos.

Alternativa c) Correta. A Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é a segunda Lei Orgânica da Saúde e foi criada justamente para preencher lacunas deixadas pela Lei n.º 8.080, especialmente no que diz respeito à participação da comunidade e às transferências de recursos financeiros. Em seu Artigo 4.º, ela estabelece de forma clara que, para receberem os recursos da União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem contar obrigatoriamente com: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde (com composição paritária, ou seja, 50% de representantes dos usuários), Plano de Saúde, Relatórios de Gestão, contrapartida de recursos no orçamento próprio e Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Alternativa d) Incorreta. A Lei n.º 8.292/1992 trata de questões administrativas e cargos no âmbito da administração pública federal, não possuindo qualquer vínculo com as normas de gestão ou financiamento do sistema público de saúde brasileiro.

Alternativa e) Incorreta. A Lei n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, é uma legislação muito posterior, conhecida como a Lei da Pandemia. Ela dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19), como isolamento, quarentena e exames compulsórios, não sendo a lei que define a estrutura básica de gestão para repasse de recursos regulares do SUS.

Em resumo, sempre que a questão mencionar participação popular (Conselhos e Conferências) ou condições para repasse de verba (Fundo, Plano e Relatório), a resposta correta será a Lei n.º 8.142/1990.

## Questão 10

A leptospirose é uma doença infecciosa febril aguda causada por bactérias do gênero *Leptospira*. O diagnóstico laboratorial é fundamental para a confirmação dos casos suspeitos, e o conhecimento sobre qual exame é a referência máxima é um tema recorrente em provas de residência.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O teste de ELISA-IgM é amplamente utilizado na prática clínica como um teste de triagem (screening) por ser mais simples, rápido e acessível. Ele detecta anticorpos da classe IgM a partir da primeira semana de sintomas. No entanto, embora tenha boa sensibilidade, pode apresentar reações cruzadas com outras doenças e não identifica o sorovar específico, não sendo, portanto, o padrão-ouro.

b) Correta. A Reação de Microaglutinação (conhecida pela sigla MAT, do inglês Microscopic Agglutination Test) é o exame padrão-ouro recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde do Brasil. Este exame consiste em colocar o soro do paciente em contato com várias culturas vivas de diferentes sorovares de *Leptospira*. Se houver anticorpos específicos no soro, ocorrerá a aglutinação das bactérias, visualizada em microscopia de campo escuro. O diagnóstico é confirmado pela soroconversão (aumento de quatro vezes nos títulos entre duas amostras colhidas com intervalo de 14 dias) ou por um título único elevado em áreas de baixa endemicidade.

c) Incorreta. A Reação de Montenegro (ou teste de hipersensibilidade tardia) é um exame utilizado para o diagnóstico da leishmaniose tegumentar americana, avaliando a resposta imune celular do paciente ao antígeno de *Leishmania*. Não possui qualquer relação com o diagnóstico da leptospirose.

d) Incorreta. O exame da gota espessa é o método padrão-ouro para o diagnóstico da malária. Ele permite a visualização direta do parasita (*Plasmodium*) no sangue periférico e a quantificação da parasitemia. Não é utilizado para diagnosticar infecções bacterianas como a leptospirose.

e) Incorreta. A imunofluorescência indireta é uma técnica sorológica utilizada para diversas outras patologias (como sífilis, doença de Chagas ou lúpus), mas não é o método de escolha nem o padrão-ouro para a confirmação diagnóstica da leptospirose, perdendo em especificidade e padronização para a microaglutinação (MAT).

## Questão 11

Análise da Questão: Pré-eclâmpsia (Predição e Prevenção)

O caso clínico descreve uma gestante com quadro clássico de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade (iminência de eclâmpsia), evidenciado pela pressão arterial elevada (160 x 100 mmHg), sintomas neurológicos (cefaleia e turvação visual) e dor epigástrica. A questão foca especificamente nas evidências atuais sobre como prever e prevenir que tal desfecho ocorra.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Grandes estudos multicêntricos e randomizados demonstraram que a suplementação de vitaminas antioxidantes, como a vitamina C e a vitamina E, não reduz a incidência de pré-eclâmpsia e pode, em alguns casos, estar associada a desfechos adversos. O mesmo se aplica ao uso de óleo de peixe, que não possui evidência científica de benefício na prevenção primária da doença.

b) Incorreta. Não existe um teste bioquímico isolado capaz de prever a pré-eclâmpsia com segurança. O ácido úrico, embora possa estar aumentado na doença estabelecida, é um marcador de gravidade e disfunção renal, não um bom preditor precoce. A fibronectina plasmática também não apresenta sensibilidade e especificidade adequadas para uso isolado como rastreamento no segundo trimestre.

c) Incorreta. Diferentemente da hipertensão arterial essencial em adultos não gestantes, a restrição de sal na dieta (dieta hipossódica) não demonstrou eficácia na prevenção da pré-eclâmpsia. A gestante deve manter uma dieta normossódica, pois a restrição excessiva de sódio pode, inclusive, prejudicar a expansão plasmática fisiológica da gravidez.

d) Incorreta. A suplementação de cálcio desempenha um papel fundamental na prevenção da pré-eclâmpsia em populações que apresentam baixa ingestão dietética desse mineral (abaixo de 600-900 mg/dia). Nesses casos, a suplementação de 1,5 g a 2,0 g de cálcio por dia reduz significativamente o risco de desenvolvimento da doença.

e) Correta. Esta alternativa reflete o protocolo atual de rastreamento e prevenção. O rastreamento combinado realizado no primeiro trimestre (entre 11 e 13 semanas e 6 dias), que associa a história clínica materna, a aferição da pressão arterial média, o Doppler das artérias uterinas e marcadores placentários (como o PLGF — fator de crescimento placentário), permite identificar as gestantes de alto risco. Para essas pacientes, a introdução de ácido acetilsalicílico (AAS) em baixa dose (100 a 150 mg/dia, preferencialmente antes de 16 semanas e à noite) e a suplementação de

cálcio (se a ingestão for baixa) são as medidas com maior evidência de redução de risco para pré-eclâmpsia pré-termo.

## Questão 12

Análise do Caso Clínico:

A paciente é uma gestante com Diabetes Mellitus tipo 2 pré-gestacional (DM2) que, apesar de manter boa adesão à dieta e atividade física, apresenta um perfil glicêmico fora das metas terapêuticas recomendadas para a gestação. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da FEBRASGO, os alvos glicêmicos na gestação são:

- Jejum: menor que 95 mg/dL.
- 1 hora após as refeições: menor que 140 mg/dL.
- 2 horas após as refeições: menor que 120 mg/dL.

Ao analisarmos a tabela de monitorização capilar da paciente:

1. Glicemias de Jejum: estão quase todas alteradas (variando entre 95 e 105 mg/dL), quando o limite é 95.
2. Glicemias 2h pós-prandiais: estão consistentemente elevadas, especialmente após o almoço e o jantar (chegando a 149 mg/dL), ultrapassando o limite de 120 mg/dL.

Como as mudanças de estilo de vida não foram suficientes para atingir as metas, é necessário iniciar a terapia farmacológica.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora a metformina seja, por vezes, utilizada em casos selecionados de DM2 ou SOP, o padrão-ouro para o tratamento do diabetes na gestação (especialmente o pré-gestacional), quando a dieta falha, é a insulino-terapia. Além disso, a paciente já fazia uso de metformina anteriormente e, mesmo com dieta, os níveis atuais estão significativamente alterados, sugerindo a necessidade de uma medicação com maior potência e ajuste fino, como a insulina.

b) Correta. Esta é a conduta mais adequada. A paciente apresenta tanto a glicemia de jejum elevada quanto as glicemias pós-prandiais alteradas. A insulina NPH atua no controle do jejum e dos períodos entre as refeições (componente basal), enquanto a insulina Regular atua no controle dos picos glicêmicos que ocorrem após a ingestão de alimentos (componente prandial). Como há falha em ambos os momentos, a associação é necessária.

c) Incorreta. O uso de insulina NPH isolada apenas ao deitar (\*bedtime\*) seria indicado se apenas a glicemia de jejum estivesse alterada. Como a paciente

apresenta hiperglicemias importantes após as refeições (pós-prandiais), ela necessita de cobertura para esses horários também.

d) Incorreta. A paciente já relatou boa adesão à dieta e prática de exercícios físicos por 10 dias, e os resultados mostram que essas medidas isoladas não foram suficientes para alcançar o controle rigoroso exigido na gestação. Retardar o início da medicação aumenta os riscos de complicações materno-fetais (como macrosomia e pré-eclâmpsia).

e) Incorreta. A insulina NPH é uma insulina de ação intermediária. Embora sua divisão em três doses possa ajudar no perfil basal, ela não possui o início de ação rápido o suficiente para controlar especificamente os picos glicêmicos que ocorrem logo após as refeições nesta paciente. Para o controle pós-prandial alterado, o uso de insulina de ação rápida ou ultrarrápida (como a Regular ou análogos) associada à NPH é o esquema mais eficaz.

---

### Questão 13

O quadro clínico apresentado é de um abortamento incompleto. Essa conclusão é baseada no relato de sangramento moderado, na presença de restos ovulares no canal cervical ao exame especular, no colo uterino entreaberto ao toque vaginal e na ultrassonografia demonstrando material heterogêneo dentro do útero (restos ovulares), sem a presença de saco gestacional íntegro.

Alternativa a: Incorreta. A conduta expectante pode ser uma opção em casos selecionados de abortamento espontâneo muito inicial e clinicamente estável. No entanto, para uma paciente com sangramento moderado, restos ovulares já exteriorizados no canal cervical e útero com conteúdo, a conduta ativa de esvaziamento é a mais segura para evitar complicações como hemorragia persistente ou infecção.

Alternativa b: Incorreta. Embora a curetagem uterina instrumental seja uma técnica válida para o esvaziamento uterino, ela é considerada mais invasiva que a AMIU. A curetagem está associada a maiores riscos de perfuração uterina, maior perda sanguínea e maior chance de formação de sinéquias uterinas (Síndrome de Asherman), além de geralmente exigir anestesia geral e ambiente de centro cirúrgico.

Alternativa c: Correta. A Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) é o padrão-ouro para o tratamento do abortamento incompleto em gestações com menos de 12 semanas (a paciente tem 9 semanas). É um procedimento mais rápido e seguro, apresentando menores taxas de complicações em comparação à curetagem instrumental. Pode ser

realizado sob bloqueio paracervical e sedação, permitindo uma recuperação mais rápida da paciente.

Alternativa d: Incorreta. O uso isolado de ocitocina endovenosa não é eficaz para promover o esvaziamento completo da cavidade uterina no primeiro trimestre. O útero possui poucos receptores para ocitocina nesta fase gestacional (9 semanas), tornando o método ineficiente para resolver um quadro de restos ovulares retidos.

Alternativa e: Incorreta. A antibioticoterapia está indicada para casos de abortamento infectado (ou séptico), o que não é o caso desta paciente, que se apresenta em bom estado geral, com sinais vitais estáveis (normotensa e normocárdica) e sem sinais clínicos de infecção (como febre ou secreção fétida). O acompanhamento puramente ambulatorial sem o esvaziamento do útero seria inadequado diante do sangramento moderado.

---

### Questão 14

O caso clínico descreve uma gestante de 26 semanas com diagnóstico de toxoplasmose aguda (IgG e IgM positivos com baixa avidéz) e achados ultrassonográficos que sugerem fortemente o acometimento fetal (ventriculomegalia, ascite e espessamento placentário).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Correta): Diante de uma suspeita ou confirmação de infecção fetal, o tratamento deve ser feito com o esquema tríplice: sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico. A espiramicina, embora útil para reduzir a transmissão vertical, não atravessa a barreira placentária de forma eficaz para tratar o feto já infectado. Como a paciente está com 26 semanas e o feto apresenta alterações morfológicas, a conduta padrão é realizar a propedêutica invasiva (amniocentese para PCR do líquido amniótico) para confirmar a infecção e iniciar o tratamento fetal com o esquema tríplice.

Alternativa B (Incorreta): A espiramicina é indicada apenas para a profilaxia da transmissão vertical, ou seja, quando a mãe se infecta, mas ainda não houve passagem do parasita para o feto. No caso em questão, as alterações no ultrassom indicam que a transmissão provavelmente já ocorreu, tornando a espiramicina insuficiente. O esquema tríplice é o tratamento de escolha para o compartimento fetal.

Alternativa C (Incorreta): O *Toxoplasma gondii* é um protozoário, e não uma bactéria comum que responda a antibióticos de amplo espectro rotineiros. Além disso, a

corticoterapia fetal é utilizada para aceleração da maturidade pulmonar em riscos de parto prematuro ou em casos específicos de inflamação do sistema nervoso central pelo toxoplasma, mas não substitui o tratamento antiparasitário específico.

Alternativa D (Incorreta): Diante de sorologia positiva para infecção aguda e alterações ultrassonográficas, suspender o acompanhamento ou apenas repetir a sorologia após 4 semanas configura negligência médica, pois permitiria a progressão das lesões fetais graves e permanentes.

Alternativa E (Incorreta): A exsanguinotransfusão intrauterina é o tratamento para casos de anemia fetal grave, geralmente decorrente de isoimunização Rh. Na questão, o Doppler da artéria cerebral média está normal, o que descarta anemia fetal, não havendo indicação para esse procedimento invasivo de alto risco.

Resumo do raciocínio:

- Infecção materna aguda: IgG (+) e IgM (+) com baixa avidéz.
- Idade gestacional: 26 semanas (acima de 18 semanas).
- Sinais de infecção fetal ao ultrassom: ventriculomegalia e ascite.
- Conduta: Confirmar infecção fetal (amniocentese/PCR) e tratar com esquema tríplice (sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico).

---

## Questão 15

### DIAGNÓSTICO E QUADRO CLÍNICO

O caso clínico apresenta uma paciente com Vaginose Bacteriana (VB), a causa mais frequente de corrimento vaginal em mulheres em idade fértil. O diagnóstico é estabelecido através dos Critérios de Amsel, sendo necessários pelo menos três dos quatro critérios seguintes:

1. Corrimento branco-acinzentado, homogêneo e fluido.
2. pH vaginal maior que 4,5 (no caso, 5,5).
3. Teste das aminas (Whiff test) positivo (odor fétido após adição de KOH a 10%).
4. Presença de Clue Cells (células-guia) na bacterioscopia, que são células epiteliais cobertas por bactérias.

A questão descreve exatamente esses achados, incluindo a ausência de sinais inflamatórios (ausência de dor, prurido e escassez de leucócitos), o que é característico da VB, já que se trata de uma disbiose (desequilíbrio da flora) e não de uma vaginite inflamatória propriamente dita.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O clotrimazol é um antifúngico da classe dos imidazólicos, indicado para o tratamento da candidíase vulvovaginal. A candidíase apresenta pH vaginal baixo (menor que 4,5), prurido intenso e corrimento grumoso, o que não condiz com o quadro de vaginose bacteriana.

Alternativa b) Correta. O metronidazol é o tratamento padrão-ouro para a vaginose bacteriana. Ele é eficaz contra os microrganismos anaeróbios que proliferam nessa condição, como *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp. e *Prevotella*. Para o tratamento por via vaginal, utiliza-se geralmente o metronidazol em gel a 0,75% por 5 dias. A clindamicina em creme vaginal seria outra opção aceitável, mas não está listada.

Alternativa c) Incorreta. A nistatina é um antifúngico polieno indicado para candidíase. Ela não possui ação contra bactérias anaeróbias ou *Gardnerella*, sendo ineficaz para o caso clínico apresentado.

Alternativa d) Incorreta. O ácido acético é uma substância utilizada durante a colposcopia para auxiliar na visualização de lesões precursoras do câncer de colo do útero (através da reação acetobranca). Ele não é um agente terapêutico para o tratamento de vaginose ou qualquer outra infecção vaginal comum.

Alternativa e) Incorreta. O uso de probióticos vaginais visa à restauração da microbiota (*Lactobacillus*), podendo ser utilizado em alguns protocolos como auxílio na prevenção de recorrências. No entanto, para o tratamento da fase aguda e sintomática da vaginose bacteriana, a antibioticoterapia com metronidazol ou clindamicina é a conduta recomendada e mais eficaz.

---

## Questão 16

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de Trabalho de Parto Prematuro (TPP), caracterizado por contrações uterinas regulares e modificações cervicais (dilatação e apagamento) em uma idade gestacional pré-termo (30 semanas). O objetivo primordial da tocolise (inibição do parto) não é impedir o nascimento definitivamente, mas sim adiar o parto por cerca de 48 horas. Esse "período de ouro" é fundamental para que o corticosteroide realize a maturação pulmonar fetal, para a administração de sulfato de magnésio visando a neuroproteção (indicada abaixo de 32 semanas) e para a transferência da gestante para um serviço com UTI neonatal.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. Os agonistas beta-adrenérgicos, como a terbutalina e o salbutamol, possuem um perfil de segurança cardiovascular ruim. Eles frequentemente causam efeitos colaterais maternos como taquicardia, palpitações, tremores, hipocalcemia, hiperglicemia e, em casos graves, edema agudo de pulmão. Por essas razões, não são mais considerados drogas de primeira escolha.

b) INCORRETA. A indometacina é um anti-inflamatório não esteroide (AINE) que pode ser usado como tocolítico, mas possui restrições importantes. Ela não é segura em qualquer idade gestacional; seu uso deve ser evitado após 32 semanas de gestação devido ao risco elevado de fechamento prematuro do ducto arterioso fetal e de causar oligo-hidrâmnia (redução do líquido amniótico) por comprometer a função renal do feto.

c) INCORRETA. A atosibana é um antagonista dos receptores da ocitocina. Ao contrário do que afirma a alternativa, ela é uma das medicações mais seguras e com menos efeitos colaterais para a mãe, sendo excelente para pacientes com comorbidades cardíacas. Ela não possui associação com broncoespasmo ou hipotensão grave. O principal motivo de não ser a primeira escolha em todos os serviços é o seu elevado custo financeiro.

d) CORRETA. A nifedipina, um bloqueador dos canais de cálcio, é atualmente recomendada como droga de primeira escolha para a tocolise na maioria dos protocolos. Suas vantagens incluem a administração por via oral, boa tolerabilidade, eficácia e baixo custo. O protocolo padrão prevê seu uso por 48 horas, tempo necessário para a ação dos corticosteroides (como a betametasona ou dexametasona) na maturidade pulmonar fetal ou para o transporte seguro da paciente.

e) INCORRETA. A manutenção da tocolise até o termo (37 semanas) é formalmente contraindicada. Evidências científicas demonstram que a tocolise de manutenção não previne o parto prematuro a longo prazo e não melhora o prognóstico neonatal, além de expor a mãe a efeitos colaterais desnecessários de forma prolongada. O benefício está restrito ao uso agudo por 48 horas.

---

### Questão 17

A questão aborda o manejo inicial de uma paciente com resultado citopatológico de Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL). Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA), o manejo deve seguir passos diagnósticos rigorosos.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O achado de HSIL na citologia, independentemente de haver suspeita de invasão no laudo ou do aspecto clínico do colo, exige o encaminhamento imediato para a colposcopia. A colposcopia permite a visualização detalhada da zona de transformação e das lesões, possibilitando a realização de biópsia dirigida das áreas mais suspeitas. Esse é o passo fundamental para confirmar o diagnóstico histopatológico antes de qualquer tratamento definitivo.

Alternativa B (Incorreta): A conização diagnóstica imediata (ver e tratar) pode ser considerada em situações muito específicas de HSIL, mas a regra geral e a conduta preconizadas pelas diretrizes são a realização prévia da colposcopia com biópsia. Pular etapas para um procedimento cirúrgico sem avaliação colposcópica adequada não é a conduta inicial padrão, especialmente em um colo de aspecto normal.

Alternativa C (Incorreta): Repetir a citologia em 6 meses é uma conduta de observação reservada para lesões de baixo grau (LSIL) em pacientes jovens ou citologias indeterminadas (como ASC-US). Diante de um HSIL, que é uma lesão precursora com alto potencial de progressão ou de já abrigar um carcinoma, o acompanhamento citológico é contraindicado; deve-se prosseguir imediatamente para a investigação diagnóstica.

Alternativa D (Incorreta): A histerectomia total é um procedimento terapêutico, e não diagnóstico. Nunca deve ser indicada baseada apenas em um resultado de citologia, mesmo que haja suspeita de invasão. É indispensável a confirmação histopatológica (biópsia ou conização) para o estadiamento correto e a definição da extensão da cirurgia ou necessidade de radioterapia/quimioterapia.

Alternativa E (Incorreta): O teste de HPV oncogênico é utilizado como ferramenta de triagem em casos de ASC-US ou como teste de rastreamento primário em alguns protocolos. Em uma paciente que já apresenta uma citologia de alto grau (HSIL), o teste de HPV não altera a conduta, pois a necessidade de colposcopia já está estabelecida pelo achado citológico.

---

### Questão 18

Esta é uma questão clássica de amenorreia primária que exige a diferenciação entre as principais causas de ausência de útero em pacientes com fenótipo feminino. O diagnóstico mais provável para o caso clínico é a Síndrome de Insensibilidade Androgênica Completa (também conhecida como Síndrome de Morris).

A paciente apresenta mamas bem desenvolvidas (Tanner 5), o que indica a presença de estrogênio. No entanto, a ausência de pelos pubianos e axilares é o "pulo do gato"

da questão: isso sinaliza que o corpo não responde aos androgênios (testosterona). Na Síndrome de Morris, o indivíduo é geneticamente masculino (46,XY) e possui testículos (as estruturas ovaladas na região inguinal), que produzem testosterona e hormônio antimülleriano (HAM). O HAM impede o desenvolvimento do útero, das tubas e da porção superior da vagina. A testosterona produzida pelos testículos não consegue agir nos tecidos devido a um defeito nos receptores, mas é convertida periféricamente em estrogênio, o que promove o desenvolvimento das mamas.

Análise das alternativas:

a) 45,X: Corresponde à Síndrome de Turner. Pacientes com Turner geralmente apresentam baixa estatura, pescoço alado e gônadas em fita (disgenesia gonadal). Elas possuem útero (pois não há HAM) e não apresentam desenvolvimento mamário espontâneo (pela falta de estrogênio ovariano), a menos que façam reposição hormonal. Além disso, possuem pelos pubianos normais.

b) 46,XX,+21: Corresponde à Síndrome de Down (trissomia do 21). Mulheres com Síndrome de Down possuem cariótipo feminino e anatomia reprodutiva interna e externa feminina convencional (presença de útero e ovários).

c) 46,XX: Este cariótipo é encontrado na Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (agenesia mülleriana). É o principal diagnóstico diferencial deste caso. Assim como na Síndrome de Morris, a paciente com Rokitansky não possui útero e tem vagina curta. No entanto, em Rokitansky, a paciente possui ovários normais e receptores de androgênio funcionantes; portanto, ela apresenta pelos pubianos e axilares normais, ao contrário da paciente descrita no enunciado.

d) 46,XY: Alternativa correta. Define a Síndrome de Insensibilidade Androgênica Completa. O indivíduo possui genótipo masculino, mas o fenótipo é feminino devido à incapacidade de resposta aos androgênios. A ausência de pelos, a presença de mamas, a ausência de útero (pela ação do HAM) e a presença de testículos inguinais confirmam esse diagnóstico.

e) 47,XXY: Corresponde à Síndrome de Klinefelter. Indivíduos com esse cariótipo possuem fenótipo masculino, geralmente com estatura elevada, testículos pequenos e ginecomastia, o que não condiz com a genitália externa feminina e o quadro clínico relatado.

## Questão 19

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 48 anos apresenta um quadro clássico de Sangramento Uterino Anormal (SUA) de etiologia estrutural (Leiomiomatose Uterina - PALM-COEIN: Leiomioma). Os pontos fundamentais para a decisão terapêutica são:

1. Sintomatologia exuberante: Sangramento volumoso, dor pélvica e sintomas compressivos (sensação de peso e massa palpável).
2. Repercussão sistêmica: Anemia secundária instalada (Hemoglobina 9,4 g/dL).
3. Falha terapêutica: Ausência de resposta ao tratamento clínico prévio com anti-inflamatórios e anticoncepcionais.
4. Perfil reprodutivo: 48 anos (perimenopausa), prole constituída e laqueadura prévia.
5. Achados de imagem: Útero volumoso (420 cm<sup>3</sup>), múltiplos nódulos e presença de miomas submucosos (que justificam o sangramento intenso) e intramurais.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. Embora o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) seja uma excelente opção para controle do sangramento uterino, ele é contraindicado ou tem eficácia muito reduzida em úteros com distorção importante da cavidade endometrial. Miomas submucosos grandes e múltiplos nódulos que deformam a cavidade aumentam significativamente a taxa de expulsão do dispositivo e dificultam sua inserção.

Alternativa B: INCORRETA. A miomectomia é a cirurgia de escolha para mulheres que desejam preservar a fertilidade ou o útero. No caso de uma paciente com 48 anos, com prole constituída, múltiplos miomas e sintomas significativos, a miomectomia apresenta maior risco de sangramento intraoperatório e possibilidade de recidiva dos sintomas, não sendo a conduta mais custo-efetiva ou definitiva.

Alternativa C: INCORRETA. O ácido tranexâmico é um agente antifibrinolítico utilizado para o manejo sintomático do sangramento agudo. No entanto, esta paciente já apresenta falha ao tratamento clínico anterior e possui uma patologia estrutural volumosa com anemia. Manter apenas o manejo medicamentoso e reavaliar em 30 dias é insuficiente e posterga a resolução de um quadro já grave e refratário.

Alternativa D: INCORRETA. A ablação endometrial consiste na destruição da camada funcional do endométrio para reduzir o fluxo menstrual. Ela é contraindicada em úteros com volume superior a 250-300 cm<sup>3</sup> ou quando existem miomas submucosos maiores que 3 cm. Como o útero da paciente mede 420 cm<sup>3</sup> e o maior nódulo tem 6,2 cm, a técnica é tecnicamente inviável e ineficaz.

Alternativa E: CORRETA. A histerectomia total é o tratamento definitivo e mais adequado para este caso. A indicação baseia-se na presença de miomatose uterina sintomática (sangramento e dor), presença de anemia, falha comprovada do tratamento clínico conservador, sintomas compressivos (massa abdominal atingindo quase a cicatriz umbilical) e o fato de a paciente já ter a prole constituída e estar na transição menopausal.

## CONCLUSÃO

Diante de um útero volumoso com múltiplos miomas em paciente com prole constituída e falha ao tratamento clínico, a cirurgia definitiva (histerectomia) oferece a melhor resolução para os sintomas e para a anemia, eliminando o risco de recorrência.

---

## Questão 20

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Ao contrário do que afirma a alternativa, o uso de anticoncepcionais orais combinados (ACO) é um fator protetor bem estabelecido contra o câncer de ovário, inclusive para mulheres portadoras de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. Estudos indicam que o uso prolongado pode reduzir o risco nessas populações de alta suscetibilidade.

Alternativa b: Incorreta. Os ACOs agem na prevenção do surgimento de novos cistos funcionais (foliculares ou de corpo lúteo) através da supressão da ovulação. No entanto, eles não têm eficácia comprovada no tratamento ou na aceleração da resolução de cistos ovarianos que já estão formados, especialmente cistos volumosos, septados ou complexos, que exigem investigação e condutas específicas.

Alternativa c: Correta. Esta é uma das principais vantagens não contraceptivas dos ACOs. O uso desses fármacos reduz o risco de câncer de endométrio (devido à ação do progestagênio que impede a proliferação excessiva do tecido) e de câncer de ovário (pela inibição da ovulação e redução do trauma epitelial repetido). Esse efeito protetor é observado inclusive em mulheres com histórico familiar e persiste por anos após a interrupção do uso.

Alternativa d: Incorreta. O uso de ACO é um tratamento eficaz para a acne leve a moderada. O componente estrogênico do contraceptivo eleva os níveis de SHBG (globulina ligadora de hormônios sexuais), o que diminui a testosterona livre circulante. Além disso, o ACO inibe a produção de androgênios pelos ovários, resultando na melhora das lesões de acne.

Alternativa e: Incorreta. Os ACOs têm um impacto significativo e positivo no controle do fluxo menstrual. Eles promovem a estabilização e a atrofia relativa do endométrio, sendo indicados como tratamento de primeira linha para a menorragia (sangramento menstrual excessivo). Também são eficazes na redução da dismenorreia, conforme relatado pela paciente no caso clínico.

## Questão 21

A questão aborda o manejo de um recém-nascido (RN) a termo, assintomático, que apresenta um fator de risco para sepse neonatal precoce: a rotura prolongada de membranas (bolsa rota por 22 horas, sendo o ponto de corte estabelecido em 18 horas).

Análise do cenário clínico:

1. RN a termo (39 semanas) e com peso adequado.
2. Clinicamente estável (eupneico, corado, bons sinais vitais).
3. Fator de risco: bolsa rota > 18 horas.
4. Fatores atenuantes: pesquisa de estreptococo do grupo B (GBS) negativa e ausência de febre materna (o que afasta a suspeita clínica de corioamnionite).

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), para recém-nascidos a termo e assintomáticos, o foco deve ser a observação clínica rigorosa, evitando exames desnecessários ou a separação da mãe.

Alternativa A: Incorreta. Não há indicação de encaminhar um RN assintomático para Unidade de Cuidados Intermediários (UCINCO) ou realizar coleta de exames laboratoriais (hemograma, PCR e hemocultura) apenas pela bolsa rota prolongada, especialmente com rastreio de GBS negativo e mãe afebril.

Alternativa B: Incorreta. A internação em UTI Neonatal e o início de antibioticoterapia empírica (ampicilina e gentamicina) são reservados para RNs com sinais clínicos de sepse ou quando há diagnóstico materno de corioamnionite, o que não ocorre neste caso.

Alternativa C: Incorreta. Embora recomende o contato pele a pele e o aleitamento, a alternativa peca ao indicar o início de antibioticoterapia para um paciente que não preenche critérios clínicos ou laboratoriais para infecção.

Alternativa D: Incorreta. O erro está no tempo de reavaliação. Embora o RN possa ser encaminhado ao alojamento conjunto, os protocolos de vigilância para RNs com fatores de risco para sepse precoce recomendam uma observação clínica de pelo

menos 36 a 48 horas antes da alta, para garantir que nenhum sinal de infecção surja tardiamente.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa segue os preceitos de humanização e as evidências científicas atuais. O contato pele a pele e o aleitamento na primeira hora devem ser estimulados. Como o RN está bem e o risco infeccioso é baixo (apesar da bolsa rota, o GBS é negativo e não há febre materna), a conduta correta é a observação clínica em alojamento conjunto por 48 horas, monitorando a transição neonatal e os sinais de alerta.

---

## Questão 22

Para resolver essa questão, o ponto fundamental é a avaliação da conduta frente a um recém-nascido (RN) cuja mãe não foi tratada para sífilis durante a gestação. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, o manejo depende do status de tratamento materno e dos exames do RN.

Análise do cenário:

A mãe não foi tratada (tratamento inadequado). Diante disso, o RN deve ser submetido a uma investigação completa: VDRL de sangue periférico, hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar (líquor). No caso clínico, os exames realizados foram normais, porém o líquido não foi obtido após duas tentativas (líquor não coletado).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A penicilina G benzatina (dose única) é reservada para RNs assintomáticos, com todos os exames normais (incluindo líquido) e cujas mães foram adequadamente tratadas, mas que apresentam risco de reinfecção ou queda lenta de títulos. Não se aplica a filhos de mães não tratadas com líquido desconhecido.

Alternativa (b) Correta: De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, se a mãe não foi tratada ou foi tratada inadequadamente e não for possível realizar a avaliação líquórica ou se o líquido for alterado, o RN deve ser obrigatoriamente tratado com Penicilina G Cristalina por 10 dias. A penicilina cristalina é a droga de escolha pela sua capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica em concentrações terapêuticas, garantindo o tratamento de uma eventual neurosífilis que não pôde ser descartada pela ausência da coleta do líquido.

Alternativa (c) Incorreta: A penicilina G procaína poderia ser uma opção de tratamento por 10 dias se todos os exames estivessem normais, incluindo obrigatoriamente o líquido. Como o líquido não foi coletado, a procaína não é indicada,

pois não atinge níveis terapêuticos adequados no sistema nervoso central.

Alternativa (d) Incorreta: Não se pode apenas acompanhar a sorologia em um RN cuja mãe não foi tratada. A sífilis congênita tem riscos graves de sequelas e o tratamento deve ser iniciado imediatamente após o nascimento se houver critérios de investigação alterada ou incompleta.

Alternativa (e) Incorreta: O VDRL do RN igual ao materno (1:8) em uma mãe não tratada confirma a necessidade de investigação e tratamento. Para descartar a necessidade de tratamento imediato (e apenas acompanhar), o VDRL do RN deveria ser negativo e a mãe deveria ter sido adequadamente tratada.

Resumo da conduta: Mãe inadequadamente tratada + Exames do RN normais + Líquor não coletado = Tratamento com Penicilina G Cristalina (venosa) por 10 dias.

---

### Questão 23

Análise do caso clínico:

Estamos diante de uma recém-nascida de 9 dias com desenvolvimento físico adequado e ganho de peso, o que indica que a transferência de leite está ocorrendo de forma eficaz, apesar das queixas. No entanto, o relato de dificuldade na amamentação, o choro intenso do bebê e a apatia materna sugerem problemas na técnica de amamentação ou necessidade de suporte emocional à puérpera.

Alternativa (a) Correta:

A observação direta da mamada é o padrão-ouro e a conduta inicial obrigatória em consultas de puericultura quando há queixas de amamentação. Isso permite ao médico avaliar a pega, o posicionamento e o vínculo entre mãe e filho. O encorajamento é fundamental, dado que a apatia materna pode sinalizar cansaço ou depressão pós-parto incipiente, e a correção da técnica pode resolver o choro do bebê, muitas vezes causado por aerofagia (ingestão de ar) em pegas incorretas.

Alternativa (b) Incorreta:

Não existe qualquer indicação médica para interromper o aleitamento materno neste cenário. O bebê está saudável, ganhando peso e a mãe não apresenta contraindicações formais à amamentação. A interrupção precoce priva o lactente dos benefícios imunológicos e nutricionais do leite humano.

Alternativa (c) Incorreta:

O uso de compressas mornas é contraindicado na rotina da amamentação. O calor provoca vasodilatação, o que pode aumentar o edema e a congestão mamária, piorando o desconforto ou dificultando a pega. Se houver necessidade de facilitar a

saída do leite, o manejo correto envolve massagens circulares e ordenha manual da aréola.

Alternativa (d) Incorreta:

A complementação com fórmula infantil não é necessária porque a criança já apresenta ganho ponderal satisfatório com o leite materno exclusivo. A introdução de fórmulas sem indicação clínica precisa leva ao desmame precoce, pois o bebê pode perder o interesse no seio e a produção de leite materno tende a diminuir devido ao menor estímulo de sucção.

Alternativa (e) Incorreta:

Embora o auxílio de uma consultora possa ser benéfico em casos complexos, o erro principal da alternativa é a prescrição de fórmula para complementação. Como o exame físico da lactente é normal e o peso está em ascensão, a complementação é iatrogênica. O médico assistente deve ser capaz de realizar a avaliação inicial e o manejo básico da amamentação na própria consulta.

---

## Questão 24

O ponto central para resolver esta questão é avaliar o potencial de transmissibilidade da tuberculose da mãe para o recém-nascido. A transmissão da tuberculose ocorre por via aérea (gotículas e aerossóis) e não pelo leite materno.

De acordo com o Ministério da Saúde, uma paciente com tuberculose pulmonar deixa de ser considerada infectante, em regra, após 15 dias de tratamento adequado, desde que haja melhora clínica. No caso clínico apresentado, a mãe já realiza o tratamento há um mês (30 dias) e apresenta escarro negativo (baciloscopia negativa) há três semanas. Portanto, ela é considerada não infectante.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O uso de máscara cirúrgica pela mãe durante a amamentação só é indicado se ela ainda for bacilífera (escarro positivo) ou se estiver nos primeiros 15 dias de tratamento. Como ela já realiza o tratamento há um mês e tem exames negativos, a máscara é desnecessária.

b) Incorreta. A vacinação do recém-nascido com BCG não é condição para o início da amamentação. Inclusive, em casos de mães bacilíferas, a conduta com o recém-nascido é adiar a BCG e iniciar a quimioprofilaxia primária. No caso desta mãe não infectante, a BCG pode ser feita ao nascimento normalmente, mas não restringe o aleitamento.

c) Incorreta. O início da isoniazida (ou rifampicina) como quimioprofilaxia no recém-nascido é indicado quando a mãe tem tuberculose ativa e é considerada contagiosa no momento do parto. Como a paciente está com escarro negativo há três semanas e em tratamento efetivo há um mês, ela não é mais contagiosa, o que retira a obrigatoriedade de esperar o início da medicação do bebê para amamentar.

d) Correta. Como a mãe não é mais bacilífera (está em tratamento há 30 dias com escarro negativo), não há risco de transmissão respiratória para o bebê durante o contato próximo da amamentação. O aleitamento deve ser estimulado livremente.

e) Incorreta. A tuberculose não é contraindicação para o aleitamento materno. Mesmo se a mãe fosse bacilífera, a recomendação seria amamentar com o uso de máscara e higiene rigorosa das mãos, visto que os benefícios do leite materno superam os riscos, que podem ser mitigados. A única exceção seria a presença de mastite tuberculosa (lesão direta na mama), o que não é o caso.

---

### Questão 25

O caso clínico apresenta um paciente com leishmaniose visceral (calazar), caracterizada pela tríade clássica de febre intermitente e prolongada, emagrecimento e hepatoesplenomegalia volumosa. Os achados laboratoriais de pancitopenia (redução de hemácias, leucócitos e plaquetas), hipoalbuminemia (gerando edema de parede abdominal e de membros inferiores) e hiperglobulinemia policlonal (aumento de anticorpos IgG em resposta à infecção) reforçam o diagnóstico, que foi confirmado por sorologia e mielograma.

Alternativa A: Incorreta. O fluconazol é um antifúngico indicado para o tratamento de micoses sistêmicas ou superficiais, como candidíase, criptococose e coccidioidomicose. Ele não apresenta eficácia contra o protozoário do gênero *Leishmania*.

Alternativa B: Incorreta. O albendazol é um medicamento anti-helmíntico de amplo espectro, utilizado para o tratamento de infecções causadas por vermes intestinais (como ascaridíase e ancilostomose) e teciduais (como cisticercose). Não possui ação terapêutica na leishmaniose visceral.

Alternativa C: Correta. A anfotericina B (especialmente na sua formulação lipossomal) é uma das principais opções terapêuticas para a leishmaniose visceral no Brasil. Ela é indicada como primeira escolha em situações específicas, como pacientes com menos de 1 ano ou mais de 50 anos, portadores de HIV/AIDS, pacientes com insuficiência renal, hepática ou cardíaca, e em casos graves. O medicamento atua ligando-se ao ergosterol da membrana do parasita, provocando sua lise.

Alternativa D: Incorreta. A vancomicina é um antibiótico da classe dos glicopeptídeos, indicado exclusivamente para o tratamento de infecções bacterianas graves causadas por microrganismos gram-positivos, como o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Não possui atividade contra parasitas.

Alternativa E: Incorreta. O metronidazol é um antibiótico e antiprotozoário eficaz contra bactérias anaeróbias e alguns protozoários específicos (como *Trichomonas vaginalis*, *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*), mas não possui atividade farmacológica contra as amastigotas de *Leishmania*.

---

### Questão 26

A questão aborda o tratamento da hipoalbuminemia associada a quadros de edema generalizado e ascite, situações frequentemente encontradas em patologias como a síndrome nefrótica ou a cirrose hepática. O objetivo da reposição de albumina nesses casos é aumentar a pressão oncótica intravascular para "puxar" o fluido do terceiro espaço (interstício e cavidade peritoneal) de volta para o vaso sanguíneo, facilitando sua posterior eliminação pelos rins (geralmente com auxílio de diuréticos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A albumina a 5% é considerada iso-oncótica em relação ao plasma. Ao misturá-la com soro glicosado a 5%, ocorre uma diluição e oferta de água livre, o que não contribui efetivamente para o aumento da pressão oncótica necessário para reduzir o edema e a ascite, podendo até agravar a sobrecarga hídrica.

b) Incorreta. Embora a dose sugerida (0,5 a 1 g/kg) esteja correta para protocolos de reposição, a concentração de 5% é habitualmente utilizada para expansão volêmica rápida em pacientes em choque. Para mobilizar edemas decorrentes de baixa pressão oncótica, a forma concentrada é a preferencial.

c) Incorreta. O Ringer com lactato é um cristalóide isotônico. Adicioná-lo à albumina em um paciente que já apresenta ascite e edema é contraproducente, pois favorece o acúmulo de mais líquido no compartimento extravascular.

d) Incorreta. Apesar de utilizar a albumina a 20% (hiperoncótica), a adição de soro fisiológico é inadequada. Pacientes com edema e ascite costumam ter uma fisiopatologia baseada na retenção de sódio e água; a oferta de cloreto de sódio (soro fisiológico) piora o quadro de anasarca e dificulta o controle da ascite.

e) Correta. A albumina a 20% é uma solução hiperoncótica. Ela possui uma

capacidade superior de elevar a pressão coloidosmótica do plasma, sendo a escolha ideal para o tratamento de hipoalbuminemias graves com repercussão edematosa. A dosagem de 0,5 a 1 g/kg é a recomendação padrão na literatura médica para promover a mobilização de fluidos do terceiro espaço para o compartimento intravascular de forma segura e eficaz.

### Questão 27

A leishmaniose visceral causa uma intensa supressão da medula óssea, resultando em pancitopenia. Quando o paciente apresenta neutropenia grave (menos de 500 neutrófilos por  $\text{mm}^3$ ) e febre, estamos diante de uma emergência médica denominada neutropenia febril. Nesses casos, a principal preocupação é a sepse por bactérias Gram-negativas, com destaque para a *\*Pseudomonas aeruginosa\**. O protocolo do Ministério da Saúde e as diretrizes pediátricas recomendam o início imediato de antibioticoterapia de amplo espectro por via venosa para cobrir esses patógenos.

Alternativa a: Correta. O cefepime é uma cefalosporina de quarta geração. Ele é o antibiótico de escolha para o tratamento empírico da neutropenia febril porque possui excelente atividade contra uma vasta gama de bactérias Gram-positivas e, fundamentalmente, contra bacilos Gram-negativos, incluindo a *\*Pseudomonas aeruginosa\**.

Alternativa b: Incorreta. A clindamicina é eficaz contra bactérias anaeróbias e alguns Gram-positivos. No entanto, ela carece totalmente de cobertura contra os bacilos Gram-negativos aeróbios, que são os patógenos mais letais em pacientes neutropênicos em contexto de leishmaniose visceral.

Alternativa c: Incorreta. A vancomicina é direcionada exclusivamente para bactérias Gram-positivas. Embora seja importante em casos específicos (como infecção de pele evidente ou choque séptico), ela nunca deve ser usada isoladamente na neutropenia febril, pois não cobre os microrganismos Gram-negativos que são a prioridade no tratamento.

Alternativa d: Incorreta. O metronidazol é um antibiótico focado em bactérias anaeróbias. Ele não tem papel no tratamento empírico inicial da neutropenia febril na leishmaniose, a menos que haja uma suspeita muito específica de infecção intra-abdominal ou perianal associada, e mesmo assim, deveria estar acompanhado de um fármaco de largo espectro.

Alternativa e: Incorreta. A amoxicilina é uma penicilina de espectro limitado. Ela não possui cobertura contra *\*Pseudomonas aeruginosa\** e apresenta resistência de

diversas enterobactérias. Em quadros graves de neutropenia, o uso de amoxicilina é insuficiente para garantir a sobrevivência do paciente frente a infecções secundárias.

### Questão 28

Alternativa (a) Incorreta: Resfriados comuns, coriza ou febre baixa não são contraindicações para a vacinação. De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), a vacinação só deve ser adiada em casos de doenças agudas graves ou febre moderada a alta, para que os sintomas da doença não sejam confundidos com eventuais efeitos colaterais da vacina.

Alternativa (b) Incorreta: A recomendação atual da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) é manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. A introdução de alimentos complementares, como papas de frutas ou principais, deve ocorrer somente após esse período.

Alternativa (c) Incorreta: A velocidade de crescimento do lactente é máxima no primeiro trimestre de vida (ganho de cerca de 30 g/dia e 3 cm/mês). Após os três meses, ocorre uma desaceleração fisiológica desse ritmo de crescimento, e não uma aceleração.

Alternativa (d) Correta: Esta é uma orientação essencial de segurança para prevenir a Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL). O lugar mais seguro para o bebê dormir é no berço, em superfície firme, sem objetos soltos (cobertores, travesseiros ou brinquedos) e em decúbito dorsal (barriga para cima). O compartilhamento da cama com os pais é contraindicado pelo risco de sufocamento e esmagamento acidental.

Alternativa (e) Incorreta: O marco do desenvolvimento de sentar sem apoio (com equilíbrio do tronco) é esperado para crianças entre 6 e 7 meses de idade. Aos 4 meses, espera-se que o lactente tenha o controle cervical (sustente a cabeça) e consiga sentar apenas com apoio ou suporte manual.

### Questão 29

Alternativa a) Incorreta. Em pediatria, o acesso vascular pode ser desafiador. As diretrizes de suporte avançado de vida em pediatria (PALS) recomendam que, se o acesso venoso periférico não for obtido rapidamente (geralmente em menos de um minuto ou após duas tentativas), estabeleça-se imediatamente o acesso intraósseo (IO). Não se deve perder tempo tentando múltiplos acessos periféricos em uma situação de emergência.

Alternativa b) Incorreta. O uso do desfibrilador externo automático (DEA) é recomendado para crianças e até mesmo para lactentes (menores de um ano) quando não há um desfibrilador manual disponível. Para crianças entre 1 e 8 anos, utilizam-se preferencialmente pás pediátricas com atenuador de carga, mas, na ausência destas, o DEA comum com pás adultas pode ser utilizado.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve os pilares da RCP de alta qualidade. As compressões devem ser fortes (profundidade de pelo menos um terço do diâmetro anteroposterior do tórax) e rápidas (frequência de 100 a 120 compressões por minuto), permitindo o retorno total do tórax após cada compressão (reexpansão) para garantir o enchimento cardíaco, além de minimizar ao máximo as interrupções.

Alternativa d) Incorreta. Desde a atualização das diretrizes da American Heart Association em 2010, a sequência de atendimento foi alterada de ABC para CAB (Compressões, Abertura de vias aéreas e Boa ventilação). O objetivo é priorizar o início imediato das compressões torácicas para manter a perfusão de órgãos nobres, como cérebro e coração.

Alternativa e) Incorreta. A via intratraqueal para administração de adrenalina é considerada a última opção, sendo utilizada apenas quando não há acesso venoso ou intraósseo disponível, devido à sua absorção errática e menor eficácia. Além disso, a massagem cardíaca só é ininterrupta se o paciente estiver com via aérea avançada (intubado); caso contrário, deve-se manter a relação compressão-ventilação (15:2 com dois socorristas ou 30:2 com um socorrista).

---

### Questão 30

A questão descreve um quadro clássico de Estenose Hipertrófica do Píloro (EHP). Os pontos-chave para o diagnóstico são a idade do lactente (final da terceira semana), o sexo masculino (frequentemente mais acometido), a característica do vômito (em jato, pós-prandial e não bilioso) e a evolução para desidratação, diminuição do débito urinário e perda ponderal. O achado laboratorial de alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica é considerado patognomônico para essa patologia devido à perda persistente de íons hidrogênio e cloro pelo conteúdo gástrico, além da resposta renal compensatória que acaba excretando potássio.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A galactosemia é um erro inato do metabolismo que se manifesta após a ingestão de leite, cursando tipicamente com icterícia, hepatomegalia, hipoglicemia e catarata. Embora possa haver vômitos e perda de

peso, o perfil metabólico específico de alcalose hipoclorêmica não é o achado esperado.

Alternativa b: Correta. A estenose hipertrófica do piloro é a principal causa de obstrução gástrica em lactentes entre a 3ª e 6ª semana de vida. A hipertrofia da musculatura pilórica impede a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno, gerando vômitos vigorosos. A perda de ácido clorídrico (HCl) do estômago resulta na alcalose metabólica hipoclorêmica. A hipocalemia ocorre pela tentativa do rim de reabsorver sódio e água para compensar a desidratação, excretando potássio em seu lugar.

Alternativa c: Incorreta. O refluxo gastroesofágico é comum nesta faixa etária, mas geralmente se apresenta com regurgitações sem esforço. Mesmo em casos de Doença do Refluxo Gastroesofágico, os vômitos raramente são em jato e a gravidade do distúrbio hidroeletrólítico apresentado é incompatível com essa condição.

Alternativa d: Incorreta. A hiperplasia congênita suprarrenal, na forma perdedora de sal, é um diferencial importante em recém-nascidos com vômitos e desidratação. No entanto, seu perfil laboratorial clássico apresenta hiponatremia e, obrigatoriamente, hipercalemia (potássio elevado) e acidose metabólica, o que é o oposto dos achados de potássio baixo e alcalose descritos no caso.

Alternativa e: Incorreta. A síndrome de hipertensão intracraniana pode causar vômitos em jato (vômitos centrais), mas em um lactente de três semanas ela viria acompanhada de outros sinais como abaulamento de fontanela, irritabilidade extrema ou convulsões. Não explicaria a fisiopatologia da alcalose metabólica hipoclorêmica tão bem quanto a perda de suco gástrico por obstrução mecânica.

---

## Questão 31

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) de parede anterior, com tempo de evolução curto (2 horas). A conduta de escolha para a reperfusão, quando disponível em tempo hábil, é a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária, também conhecida como angioplastia primária. Para este procedimento, a terapia antitrombótica de suporte é fundamental.

### POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A base do tratamento farmacológico no IAMCSST que será submetido à angioplastia

primária é a Tripla Terapia Inicial:

1. AAS: Deve ser administrado o mais precocemente possível (dose de ataque de 150 a 300 mg).
2. Inibidor do receptor P2Y12: Também deve ser administrado precocemente. As diretrizes preferem o Ticagrelor ou o Prasugrel em relação ao Clopidogrel para pacientes que vão para angioplastia, devido à maior potência e rapidez de ação.
3. Anticoagulação parenteral: Essencial durante o procedimento de ICP para prevenir a formação de trombos nos cateteres e a oclusão aguda do vaso. A Heparina Não Fracionada (HNF) é o fármaco mais utilizado no laboratório de hemodinâmica.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

a) AAS + clopidogrel; heparina não fracionada é contraindicada.

Incorreta. O Clopidogrel é uma opção válida, embora não seja a preferencial se houver disponibilidade de Ticagrelor ou Prasugrel. No entanto, a segunda parte da frase está errada: a Heparina Não Fracionada não é contraindicada, ela é o anticoagulante padrão-ouro utilizado durante a angioplastia primária.

b) Evitar anticoagulação se houver stent farmacológico.

Incorreta. A utilização de stent, seja ele farmacológico ou convencional, exige obrigatoriamente o uso de anticoagulação durante o procedimento e dupla antiagregação plaquetária após o implante para evitar a trombose do stent.

d) Usar dupla antiagregação apenas após angiografia - aguardar definição da anatomia coronariana.

Incorreta. No IAM com supra de ST, a dupla antiagregação deve ser iniciada assim que o diagnóstico é feito, idealmente ainda no pronto-atendimento ou na ambulância. Aguardar a definição da anatomia coronariana é uma estratégia que pode ser considerada em casos selecionados de infarto SEM supra de ST (pelo risco de necessidade de cirurgia de revascularização de urgência), mas não no IAM com supra.

e) Fibrinolítico deve preceder angioplastia sempre que disponível.

Incorreta. Esta estratégia é chamada de "ICP facilitada" e os estudos demonstraram que ela aumenta o risco de sangramento sem melhorar o prognóstico. Se a angioplastia primária estiver disponível dentro do tempo preconizado (atraso relacionado ao sistema inferior a 120 minutos), ela é superior ao fibrinolítico e deve ser realizada isoladamente. O fibrinolítico só é indicado quando a angioplastia não pode ser realizada em tempo hábil.

### Questão 32

Esta questão apresenta um quadro clássico de Síndrome Nefrítica, caracterizada pela tríade: hipertensão arterial, edema e hematúria glomerular (confirmada na questão pela presença de hemácias dismórficas e cilindros hemáticos).

A análise diagnóstica deve seguir três passos principais:

1. Identificação da Síndrome: O paciente apresenta edema, hipertensão, redução do volume urinário e sedimento urinário ativo (hematúria dismórfica e cilindros), configurando a Síndrome Nefrítica.
2. Período de Incubação: O paciente teve faringoamigdalite há 3 semanas. Esse intervalo (latência) de 1 a 3 semanas após infecção de orofaringe é típico da Glomerulonefrite Aguda Pós-Estreptocócica (GNPE).
3. Complemento: A GNPE cursa com consumo da via alternativa do complemento, resultando em C3 baixo e C4 normal, exatamente como descrito no caso. O ASO (antiestreptolisina O) elevado confirma a infecção estreptocócica prévia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A nefropatia por IgA (doença de Berger) é a principal causa de hematúria glomerular no mundo, mas ela ocorre simultaneamente à infecção (período de latência curto ou inexistente, chamado de hematúria sinfaringítica) e os níveis de complemento (C3 e C4) são obrigatoriamente normais.

b) Incorreta. A nefrite lúpica proliferativa (Classe III ou IV) pode causar síndrome nefrítica, porém é muito mais comum em mulheres e, laboratorialmente, costuma apresentar consumo de C3 e C4 (via clássica). Além disso, não há outros sinais sistêmicos de lúpus.

c) Incorreta. A doença por anticorpo anti-MB (membrana basal) ou síndrome de Goodpasture manifesta-se como uma glomerulonefrite rapidamente progressiva (perda rápida de função renal) associada à hemorragia alveolar (hemoptise). O complemento é tipicamente normal.

d) Correta. O quadro clínico, o tempo de latência após a faringite, o consumo isolado de C3 e a elevação de ASO fecham o diagnóstico de GNPE. O tratamento é de suporte: restrição hidrossalina e controle da pressão arterial (geralmente com diuréticos de alça). A penicilina benzatina é indicada para erradicar a cepa nefritogênica da orofaringe e evitar a transmissão para contatos, embora não altere o curso da doença renal já instalada.

e) Incorreta. As vasculites pauci-ímmunes (como a granulomatose com poliangiite) causam glomerulonefrite com perda rápida de função renal e ANCA positivo, mas não

cursam com consumo de complemento e geralmente acometem pacientes mais velhos com sintomas sistêmicos.

Conclusão: O diagnóstico é Glomerulonefrite Pós-Estreptocócica (GNPE) e a conduta baseia-se em suporte clínico e erradicação do estreptococo.

### Questão 33

O caso clínico descreve uma paciente de 58 anos com quadro clássico de choque séptico de foco urinário (urosepsis) decorrente de uma obstrução por cálculo ureteral (uropatia obstrutiva). A paciente apresenta sinais de hipoperfusão orgânica (confusão mental, lactato elevado, acidose metabólica e insuficiência renal aguda) e já recebeu o manejo inicial preconizado pelo Surviving Sepsis Campaign: expansão volêmica, antibioticoterapia de amplo espectro e início de vasopressor.

A análise da próxima conduta deve considerar os princípios do controle do foco infeccioso e a resposta hemodinâmica atual.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: O diagnóstico fundamental é sepse focal com obstrução (hidronefrose por cálculo de 10 mm). Em casos de infecção urinária associada à obstrução, o controle do foco é mandatório e urgente. Sem a descompressão da via urinária (seja por nefrostomia percutânea ou implante de cateter duplo J), o antibiótico não consegue atingir concentrações adequadas no local da infecção e a fonte bacterêmica persiste. Portanto, a descompressão emergencial é o passo decisivo para a reversão do choque, mantendo-se o suporte hemodinâmico e a antibioticoterapia já iniciados.

Alternativa (b) INCORRETA: A paciente já recebeu 30 mL/kg de cristaloides e o teste de elevação passiva das pernas mostrou uma variação do VTI (integral de velocidade-tempo) menor que 10%. Isso indica que a paciente não é mais responsiva a volume. Administrar mais fluidos nesse cenário não melhorará o débito cardíaco ou a pressão arterial, aumentando significativamente o risco de congestão pulmonar e piora da troca gasosa.

Alternativa (c) INCORRETA: A norepinefrina é o vasopressor de primeira escolha no choque séptico. A dopamina está associada a maior incidência de eventos arrítmicos e não há evidências de que a "dose renal" de dopamina melhore o débito urinário ou proteja a função renal em pacientes criticamente enfermos. O foco deve ser a restauração da pressão de perfusão com norepinefrina.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora a paciente apresente insuficiência renal aguda e acidose, a causa da acidose é láctica (tipo A, por hipoperfusão). O tratamento prioritário da acidose láctica no choque é a restauração da perfusão tecidual e o controle do foco infeccioso. A hemodiálise não é a medida inicial e não resolve a causa-base do choque séptico obstrutivo.

Alternativa (e) INCORRETA: O uso de hidrocortisona no choque séptico é reservado para casos refratários, nos quais não se atinge a meta de pressão arterial mesmo com doses moderadas a altas de vasopressores (geralmente acima de 0,25-0,5 mcg/kg/min de norepinefrina). Além disso, a dose utilizada é de 200 mg/dia (dose baixa/fisiológica) e jamais se deve postergar a intervenção urológica, pois a persistência da obstrução impedirá a estabilização da paciente.

---

### Questão 34

O caso descreve um paciente com neutropenia febril de alto risco. A neutropenia é definida pela contagem absoluta de neutrófilos (ANC) abaixo de  $500/\text{mm}^3$  (o paciente tem  $80/\text{mm}^3$ ) e a febre por uma temperatura isolada acima de  $38,3\text{ }^\circ\text{C}$  ou mantida acima de  $38\text{ }^\circ\text{C}$  por uma hora.

A conduta imediata (em até 60 minutos) é crucial, pois a mortalidade aumenta a cada hora de atraso na antibioticoterapia. Para definir a conduta, avaliamos o risco pelo score MASCC. Um MASCC inferior a 21 indica alto risco, exigindo internação e antibioticoterapia venosa. O paciente em questão tem MASCC 19 e apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica (PA 84/52 mmHg), o que reforça a gravidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O tratamento ambulatorial com ciprofloxacino e amoxicilina/clavulanato só é indicado para pacientes de baixo risco (MASCC maior ou igual a 21) que estejam hemodinamicamente estáveis e sem critérios de gravidade. O paciente em questão está em choque, tem mucosite grave e MASCC baixo.

Alternativa b: Incorreta. Embora a vancomicina seja necessária neste caso, ela nunca deve ser usada como monoterapia inicial. A principal ameaça na neutropenia febril são os bacilos gram-negativos, especialmente a *Pseudomonas aeruginosa*. O esquema inicial deve sempre cobrir esses agentes (como cefepime, piperacilina-tazobactam ou carbapenêmicos).

Alternativa c: Incorreta. Jamais se deve aguardar resultados de culturas para iniciar o antibiótico na neutropenia febril. A conduta é empírica e imediata após a coleta dos exames, devido ao risco de rápida progressão para óbito por sepse.

Alternativa d: Incorreta. O início de antifúngicos (como a anidulafungina) não é recomendado rotineiramente na primeira hora de tratamento. A cobertura fúngica é geralmente adicionada se o paciente mantiver febre após 4 a 7 dias de antibioticoterapia de amplo espectro, ou se houver suspeita clínica/radiológica muito forte, o que não ocorre aqui (raio X de tórax normal).

Alternativa e: Correta. Esta é a conduta padrão. Deve-se coletar hemoculturas (de veia periférica e do cateter central) e urocultura, iniciando imediatamente o antibiótico de amplo espectro. A escolha de piperacilina-tazobactam cobre *Pseudomonas*. A adição de vancomicina está indicada neste caso específico devido a: 1) instabilidade hemodinâmica (choque); 2) mucosite grave (grau 4, risco de *Streptococcus viridans*); e 3) presença de cateter venoso central tunelizado. Além disso, o paciente já usava levofloxacino como profilaxia, o que aumenta o risco de resistência bacteriana e justifica um esquema inicial mais robusto.

### Questão 35

Este caso clínico apresenta um paciente com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) agudo, dentro da janela terapêutica para trombólise endovenosa (menos de 4,5 horas do início dos sintomas). O paciente tem 74 anos, NIHSS de 12 (déficit moderado) e uma tomografia inicial favorável (ASPECTS 9, sem hemorragia).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A realização de ressonância magnética (RM) causaria um atraso desnecessário no tratamento. O diagnóstico de AVCI em janela de trombólise é clínico, e a tomografia de crânio sem contraste é suficiente para excluir hemorragia e autorizar o início do trombolítico. No tratamento do AVC, tempo é cérebro.

Alternativa b) Correta. O paciente preenche critérios para trombólise química com alteplase (rtPA), pois está dentro da janela de 4,5 horas e não possui contraindicações absolutas. No entanto, sua pressão arterial (198/112 mmHg) está acima do limite permitido para iniciar a medicação (185/110 mmHg). Portanto, o primeiro passo é reduzir a pressão com anti-hipertensivos endovenosos (como labetalol ou nitroprussiato) e iniciar a alteplase logo em seguida. Conforme as diretrizes atuais, não se deve aguardar exames laboratoriais (como plaquetas e coagulograma) para iniciar a trombólise, a menos que haja suspeita clínica de coagulopatia ou uso de anticoagulantes, o que não é o caso.

Alternativa c) Incorreta. Repetir a tomografia em 1-2 horas faria o paciente perder a janela terapêutica para a trombólise. A reavaliação radiológica imediata não é

indicada se a primeira tomografia já excluiu sangramento e o quadro clínico é compatível com isquemia aguda.

Alternativa d) Incorreta. A dupla antiagregação plaquetária (AAS + clopidogrel) é uma conduta para AVC isquêmico menor (NIHSS até 3 ou 5, dependendo do protocolo) ou ataque isquêmico transitório (AIT) de alto risco. O paciente tem um NIHSS de 12, o que indica um AVC moderado com indicação formal de trombólise. O uso prévio de AAS e a idade de 74 anos não são contraindicações para a alteplase.

Alternativa e) Incorreta. Embora o NIHSS de 12 sugira uma oclusão de grande vaso, o protocolo padrão-ouro é a terapia combinada (bridging therapy). Deve-se iniciar a trombólise endovenosa o mais rápido possível e, simultaneamente ou logo após, proceder com a angiotomografia para confirmar a oclusão de grande vaso e indicar a trombectomia mecânica. Não se deve retardar ou omitir a trombólise química para aguardar a trombectomia em pacientes elegíveis.

### Questão 36

Para resolver essa questão, devemos aplicar o escore CURB-65, que é uma ferramenta validada para estratificar a gravidade da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e decidir o local de tratamento.

Cada letra do acrônimo CURB-65 soma 1 ponto:

C - Confusão mental: O paciente está lúcido e orientado (0 pontos).

U - Ureia maior ou igual a 50 mg/dL: O paciente apresenta ureia de 58 mg/dL (1 ponto).

R - Respiração (frequência respiratória maior ou igual a 30 irpm): O paciente apresenta 32 irpm (1 ponto).

B - Blood Pressure (pressão arterial sistólica < 90 mmHg ou diastólica menor ou igual a 60 mmHg): O paciente apresenta 118/68 mmHg (0 pontos).

65 - Idade maior ou igual a 65 anos: O paciente tem 72 anos (1 ponto).

Cálculo total: 0 (C) + 1 (U) + 1 (R) + 0 (B) + 1 (65) = 3 pontos.

Interpretação do CURB-65:

- 0 a 1 ponto: Baixo risco. Tratamento ambulatorial.

- 2 pontos: Risco intermediário. Considerar internação hospitalar curta ou observação rigorosa.

- 3 a 5 pontos: Risco elevado. Internação hospitalar mandatória. Se o escore for 4 ou 5, deve-se considerar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O cálculo do CURB-65 está errado, pois ignora o critério da ureia elevada (58 mg/dL). Com pontuação 3, o tratamento ambulatorial é contraindicado devido ao risco de mortalidade.

b) Incorreta. O cálculo está errado (é 3, e não 4). Além disso, a indicação de intubação orotraqueal baseia-se no exame físico e na insuficiência respiratória grave, não apenas no escore isolado; o paciente, apesar da taquipneia, não apresenta sinais imediatos de falência respiratória que exijam o procedimento sem antes avaliar a resposta terapêutica.

c) Correta. O paciente pontua 3 no escore (ureia, FR e idade). Pela diretriz, pacientes com CURB-65 igual a 3 devem ser internados para tratamento hospitalar. O uso de antibiótico endovenoso (EV) é a conduta padrão inicial na internação, e a vigilância sobre a necessidade de UTI deve ser contínua.

d) Incorreta. O cálculo está errado. O paciente pontua em três critérios, e não apenas na idade. A alta com azitromicina seria negligente para um paciente com taquipneia e ureia elevada.

e) Incorreta. Embora o escore esteja correto (3), a conduta de manter em observação na UPA com antibiótico por via oral é inadequada para a gravidade apresentada. Um CURB-65 de 3 indica necessidade de suporte hospitalar completo. Além disso, a hipoxemia (SpO<sub>2</sub> 90%) reforça a necessidade de internação para suporte de oxigênio e monitorização.

---

### Questão 37

O quadro clínico apresentado é clássico da Síndrome de Sjögren Primária (SSp). A paciente apresenta a tríade de xerostomia (boca seca), xeroftalmia (olho seco) e a presença de autoanticorpos específicos (anti-Ro/SSA e fator reumatoide), corroborada por testes oftalmológicos objetivos positivos (Schirmer baixo e escore de lissamina elevado). A ausência de outras doenças autoimunes define a síndrome como primária.

Alternativa a: Incorreta. O uso de prednisona em doses elevadas (1 mg/kg/dia) é reservado para manifestações extraglandulares graves ou sistêmicas, como vasculites, glomerulonefrites ou neuropatias. Os sintomas "sicca" (secura) não respondem bem a corticoides sistêmicos, e os efeitos colaterais do uso prolongado superam qualquer benefício nesse cenário.

Alternativa b: Incorreta. O rituximabe é um agente biológico (anti-CD20) indicado para casos de manifestações sistêmicas graves e refratárias, crioglobulinemia ou linfoma associado à Síndrome de Sjögren. A simples presença de autoanticorpos positivos ou apenas o acometimento glandular não são indicações para essa terapia de alta complexidade.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta inicial padrão para pacientes com predominância de sintomas glandulares. O tratamento visa ao alívio sintomático e à prevenção de complicações. As medidas incluem a reposição da umidade com lágrimas artificiais, hidratação constante, higiene oral rigorosa com flúor para prevenir cáries (comuns pela falta de saliva) e o uso de secretagogos, como a pilocarpina, que estimula as glândulas que ainda possuem função residual. O seguimento multidisciplinar é essencial.

Alternativa d: Incorreta. A ciclosporina é frequentemente utilizada na forma de colírio (tópica) para reduzir a inflamação da superfície ocular em casos de xerofthalmia moderada a grave. O uso de ciclosporina sistêmica não é a conduta inicial e não é o tratamento de escolha para os sintomas sicca isolados.

Alternativa e: Incorreta. O aumento intermitente das parótidas na Síndrome de Sjögren deve-se à infiltração linfocitária própria da doença, e não necessariamente a um processo infeccioso bacteriano que justificasse o uso de amoxicilina. A sialoadenectomia (retirada da glândula) é evitada, sendo reservada apenas para casos de suspeita de neoplasia ou linfoma, devido ao risco de complicações cirúrgicas e lesão de nervos faciais.

---

## Questão 38

### ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um paciente com pancreatite aguda grave. O ponto fundamental para a resolução da questão é a interpretação da tomografia computadorizada (TC) realizada no quinto dia: a presença de coleção pancreática com bolhas de gás, associada a febre (38,8 °C) e leucocitose (22.000/mm<sup>3</sup>), é patognomônica de necrose pancreática infectada.

A conduta atual para a necrose infectada baseia-se no "step-up approach" (abordagem escalonada), que prioriza o tratamento clínico inicial com antibióticos e procedimentos minimamente invasivos, postergando ou evitando a cirurgia aberta.

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (e) descreve exatamente o início do protocolo step-up. Diante da necrose infectada, deve-se iniciar antibioticoterapia com boa penetração tecidual pancreática (como os carbapenêmicos; ex.: imipenem ou meropenem) para controle da sepse. Simultaneamente, a drenagem (percutânea via radiologia intervencionista ou endoscópica) está indicada para drenar o material purulento/infectado, o que muitas vezes resolve o quadro sem a necessidade de uma necrosectomia cirúrgica agressiva.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A necrosectomia aberta imediata está em desuso como primeira escolha. Realizar uma cirurgia de grande porte em um pâncreas inflamado e com necrose ainda não organizada (fase inicial) aumenta drasticamente a mortalidade e o risco de complicações, como fístulas e hemorragias.

Alternativa (b): O erro aqui é duplo. Primeiro, a nutrição parenteral total não é a preferencial; o paciente já está recebendo dieta enteral, que é a via de escolha por manter a barreira intestinal e reduzir a translocação bacteriana. Segundo, embora se tente adiar intervenções definitivas por 4 semanas (até a necrose virar uma "walled-off necrosis"), a presença de infecção e instabilidade clínica (febre/leucocitose) exige intervenção imediata (drenagem), não permitindo apenas vigilância por 4-6 semanas.

Alternativa (c): A CPRE com papilotomia está indicada na pancreatite biliar associada a colangite ou obstrução biliar persistente. O paciente tem bilirrubinas praticamente normais (1,4 mg/dL) e não apresenta sinais de colangite; portanto, não há indicação desse procedimento no momento.

Alternativa (d): O tratamento da infecção bacteriana (frequentemente por gram-negativos entéricos) é a prioridade. Antifúngicos não são usados de forma empírica rotineira na pancreatite, sendo reservados para casos de ausência de resposta ao tratamento inicial ou confirmação laboratorial de infecção fúngica. Além disso, a conduta expectante é insuficiente para um quadro de necrose infectada com sinais sistêmicos.

---

### Questão 39

Para a resolução desta questão, devemos aplicar os critérios do Fenótipo de Fried, que é o instrumento mais utilizado mundialmente para diagnosticar a Síndrome de Fragilidade no idoso. O fenótipo é composto por cinco componentes objetivos e subjetivos:

1. Perda de peso não intencional: Definida como perda maior que 4,5 kg ou maior que 5% do peso corporal no último ano. O paciente perdeu 7 kg (10% do peso). Critério presente.
2. Exaustão (Fadiga): Avaliada por autorrelato. O paciente refere sentir-se exausto na maior parte dos dias da semana. Critério presente.
3. Redução da força de preensão manual: Medida por dinamometria e ajustada por sexo e IMC. O paciente apresenta 18 kg, valor que está abaixo do ponto de corte para homens (geralmente menor que 29-30 kg). Critério presente.
4. Diminuição da velocidade de marcha: Avaliada em um percurso fixo. O paciente apresenta 0,65 m/s, estando abaixo do ponto de corte de 0,8 m/s. Critério presente.
5. Baixo nível de atividade física: Avaliado pelo gasto calórico semanal. O relato de caminhadas ocasionais menores que uma vez por semana indica sedentarismo. Critério presente.

A classificação é feita da seguinte forma:

- Robusto: Nenhum critério presente.
- Pré-frágil: 1 ou 2 critérios presentes.
- Frágil: 3 ou mais critérios presentes.

Como o paciente em questão apresenta os 5 critérios positivos, ele é classificado como Frágil.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Conforme demonstrado, o paciente preenche 5 de 5 critérios possíveis, superando o limite de 3 critérios necessários para a classificação de fragilidade.

Alternativa b) Incorreta. Para ser considerado pré-frágil, o idoso deveria apresentar apenas um ou dois critérios do fenótipo.

Alternativa c) Incorreta. O idoso robusto é aquele que não apresenta nenhum dos critérios de Fried, mantendo suas reservas fisiológicas preservadas.

Alternativa d) Incorreta. Idoso vulnerável é um termo frequentemente associado a outras escalas (como a VES-13) ou a uma condição de risco social e clínico, mas não é uma categoria diagnóstica dentro do Fenótipo de Fried. O paciente em questão preenche critérios específicos para fragilidade.

Alternativa e) Incorreta. Embora comorbidades possam levar ao declínio funcional, o quadro apresentado (perda de peso, exaustão, fraqueza, lentidão e inatividade) caracteriza classicamente a síndrome de fragilidade física, independentemente das patologias de base.

## Questão 40

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro de hipercalcemia confirmada (cálcio iônico de 1,57 mg/dL, com valor de referência até 1,32 mg/dL). Ao avaliar um paciente com hipercalcemia, mesmo que ele tenha um histórico de neoplasia ativa, o passo fundamental para definir a etiologia é analisar os níveis de paratormônio (PTH).

No caso descrito, o valor do PTH é 225 pg/mL, o que está significativamente elevado (valor de referência até 65 pg/mL). Quando encontramos cálcio elevado associado a PTH elevado (ou inadequadamente normal), o diagnóstico é de hiperparatireoidismo primário. Se a hipercalcemia fosse causada diretamente pelo câncer (hipercalcemia da malignidade), o PTH estaria suprimido (baixo), pois as glândulas paratireoides saudáveis responderiam ao excesso de cálcio no sangue, interrompendo a produção hormonal através do mecanismo de feedback negativo.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) CORRETA. O achado de PTH elevado em vigência de hipercalcemia e fósforo baixo (2,7 mg/dL) é patognomônico de hiperparatireoidismo primário. A causa mais comum dessa condição é o adenoma de paratireoide. Este caso demonstra que um paciente oncológico pode apresentar causas de hipercalcemia não relacionadas diretamente ao tumor.

Alternativa b) INCORRETA. A ativação osteoclástica por metástases ósseas é uma causa comum de hipercalcemia em pacientes com câncer de próstata e pulmão. Entretanto, esse mecanismo libera cálcio do osso para a circulação, o que obrigatoriamente suprimiria a secreção de PTH pelas paratireoides. Como o PTH está alto, essa hipótese é descartada.

Alternativa c) INCORRETA. A produção aumentada de 1,25-di-hidroxivitamina D (calcitriol) ocorre principalmente em linfomas e doenças granulomatosas. Além de o PTH estar suprimido nessas condições, o excesso de vitamina D geralmente causa elevação do fósforo sérico, e não redução como observado no paciente (P = 2,7 mg/dL).

Alternativa d) INCORRETA. A produção de proteína relacionada ao PTH (PTHrP) é o mecanismo da hipercalemia humoral da malignidade, clássica em carcinomas espinocelulares (como os de pulmão ou cabeça e pescoço). Embora o PTHrP tenha ação biológica semelhante ao PTH, ele não é detectado pelos ensaios laboratoriais padrão que dosam o PTH intacto. Assim, na presença de PTHrP, o PTH dosado estaria baixo/suprimido.

Alternativa e) INCORRETA. A síndrome de lise tumoral é uma emergência oncológica que cursa com a liberação maciça de conteúdo intracelular. Ela se caracteriza por hiperpotassemia, hiperfosfemia e hiperuricemia. O cálcio, na verdade, costuma estar baixo (hipocalcemia) devido à sua precipitação com o excesso de fosfato no sangue.

#### RESUMO DIDÁTICO:

Sempre verifique o PTH na hipercalemia:

1. Cálcio alto + PTH alto (ou normal-alto) = Hiperparatireoidismo Primário.
2. Cálcio alto + PTH baixo/suprimido = Hipercalemia associada à malignidade (metástases, PTHrP ou vitamina D).

---

### Questão 41

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de choque hipovolêmico hemorrágico classe IV. Os sinais de instabilidade hemodinâmica são claros: hipotensão severa (80/40 mmHg), taquicardia importante (142 bpm), taquipneia (32 irpm) e queda do nível de consciência (Glasgow 14). As jugulares colabadas reforçam que o choque é de origem hipovolêmica (perda de volume), e não obstrutiva (como no pneumotórax hipertensivo ou tamponamento cardíaco), apesar da diminuição do murmúrio vesicular à direita. O FAST positivo confirma a presença de líquido livre (sangue) na cavidade abdominal.

Por que a alternativa (d) é a correta:

Diante de um trauma com instabilidade hemodinâmica e FAST positivo para líquido livre abdominal, a indicação é de laparotomia exploradora imediata para controle do foco de sangramento. O fato de o paciente usar varfarina (anticoagulante) e apresentar um INR elevado agrava o risco de sangramento, mas não deve atrasar a intervenção cirúrgica de emergência. A correção da coagulopatia, com uso de plasma fresco congelado, complexo protrombínico e vitamina K, deve ser iniciada simultaneamente ao procedimento cirúrgico, e não antes dele.

Análise das alternativas incorretas:

a) Administrar plasma fresco congelado e vitamina K para reversão do INR antes da abordagem cirúrgica: Incorreta. Em um paciente com choque classe IV e sangramento ativo, o tempo é fator determinante. Aguardar a reversão laboratorial do INR para operar levaria ao óbito por choque irreversível. A cirurgia de controle de danos é a prioridade.

b) Solicitar TC de abdome com contraste para avaliar extensão da lesão abdominal: Incorreta. A tomografia computadorizada é um exame indicado apenas para pacientes hemodinamicamente ESTÁVEIS. Levar um paciente instável para a sala de radiologia é um erro grave em trauma, pois ele pode evoluir para parada cardiorrespiratória em um ambiente sem recursos para ressuscitação imediata.

c) Realizar toracostomia em selo d'água à direita antes da laparotomia exploradora: Incorreta. Embora haja diminuição do murmúrio vesicular à direita, as jugulares colabadas e o FAST positivo indicam que a causa principal do choque é a hemorragia abdominal. A prioridade é a laparotomia. O manejo torácico pode ser feito de forma secundária ou simultânea, mas não deve atrasar o controle do sangramento abdominal.

e) Iniciar ressuscitação com protocolo de transfusão maciça e encaminhar à UTI para estabilização antes da cirurgia: Incorreta. O protocolo de transfusão maciça deve ser iniciado, mas o destino de um paciente instável com sangramento cavitário não é a UTI, e sim o Centro Cirúrgico. A estabilização definitiva só será alcançada com o controle mecânico (cirúrgico) da hemorragia.

---

## Questão 42

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de choque hipovolêmico grau IV decorrente de trauma pélvico de alta energia. A fratura em "livro aberto" (diástase da sínfise púbica e/ou lesão sacroilíaca) aumenta o volume da bacia, permitindo um sangramento venoso e ósseo massivo no espaço retroperitoneal. O FAST negativo é um dado crucial: ele sugere que a origem da instabilidade hemodinâmica não é o sangramento intraperitoneal, mas sim a própria bacia. Como o paciente não respondeu à infusão inicial de cristaloides e permanece chocado, a intervenção deve ser imediata.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A angioembolização é excelente para sangramentos arteriais pélvicos. No entanto, o enunciado informa que a radiologia intervencionista levaria 90 minutos

para estar disponível. Um paciente com frequência cardíaca de 150 bpm e PA de 78/46 mmHg não tem tempo de espera; ele morreria antes do procedimento. Além disso, a maioria dos sangramentos na fratura de pelve (cerca de 85% a 90%) é de origem venosa ou óssea, que não são resolvidos pela embolização.

b) INCORRETA. O REBOA pode ser uma medida de ponte, mas o uso da Zona I (aorta descendente torácica) é mais indicado para hemorragias abdominais infradiafragmáticas. Para a pelve, utiliza-se a Zona III. Além disso, encaminhar um paciente instável para Tomografia Computadorizada (TC) é um erro grave no atendimento ao trauma ("a TC é o túnel da morte para o paciente instável"). A prioridade é o controle do sangramento, não o refinamento diagnóstico por imagem.

c) CORRETA. Esta é a conduta padrão de controle de danos para fraturas pélvicas instáveis com FAST negativo. A cinta pélvica reduz o volume da bacia e promove o efeito de tamponamento. O empacotamento pré-peritoneal (Preperitoneal Pelvic Packing - PPP) é uma técnica cirúrgica rápida que controla o sangramento venoso e ósseo do plexo pré-sacral, podendo ser feito na própria sala de trauma ou centro cirúrgico rapidamente. A fixação externa estabiliza o anel pélvico definitivamente após a manobra da cinta. A ressuscitação hemostática (transfusão maciça de sangue e derivados) é essencial para tratar a coagulopatia do trauma.

d) INCORRETA. Com um FAST negativo e uma fratura de pelve evidente, a laparotomia exploradora não é a prioridade. Abrir o peritônio em um paciente com hematoma retroperitoneal por fratura de pelve pode causar a perda do efeito de tamponamento natural que o peritônio exerce, levando a uma hemorragia exsanguinante e morte rápida.

e) INCORRETA. A observação em UTI é contraindicada para pacientes com choque descompensado e sangramento ativo. A hipotensão permissiva é uma estratégia durante o transporte ou preparo para a cirurgia, mas nunca uma conduta definitiva para quem precisa de intervenção mecânica imediata para estancar a hemorragia. Aguardar 90 minutos pelo radiologista sem fazer nada resultaria no óbito do paciente.

---

### Questão 43

#### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de obstrução intestinal baixa (no sigmoide por neoplasia) complicada. A presença de dor contínua, irritação peritoneal, febre, hipotensão (84/52 mmHg), taquicardia (128 bpm) e lactato elevado caracteriza um abdome agudo perfurativo com choque séptico. O achado tomográfico de pneumatose parietal no ceco e pneumoperitônio indica que houve uma perfuração

diastática do ceco. Isso ocorre devido à Lei de Laplace: em uma obstrução em alça fechada (com válvula ileocecal competente), a pressão retrógrada aumenta o diâmetro do cólon, e o ceco, por ser a porção de maior calibre, é o que sofre maior tensão na parede, evoluindo com isquemia e perfuração.

#### POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

Diante de uma obstrução distal (sigmoide) com complicação proximal (isquemia/perfuração do ceco), a conduta de escolha é a colectomia subtotal. Esta cirurgia remove tanto o tumor obstrutivo quanto o segmento isquêmico/perfurado. Como o paciente está instável hemodinamicamente (choque séptico) e apresenta peritonite difusa, a realização de qualquer anastomose (emenda) intestinal é formalmente contraindicada pelo alto risco de deiscência. Portanto, a reconstrução deve ser adiada, realizando-se uma ileostomia terminal para proteção do paciente.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A colectomia segmentar com anastomose primária e ileostomia de proteção é contraindicada neste caso por dois motivos principais: a instabilidade hemodinâmica do paciente e a presença de comprometimento isquêmico no ceco. Fazer uma anastomose em vigência de choque e peritonite resulta em falha de cicatrização. Além disso, a colectomia segmentar não resolveria o problema do ceco isquêmico.

Alternativa (c): A endoprótese colônica é uma opção para descompressão em casos de obstrução neoplásica aguda como ponte para cirurgia eletiva, mas é absolutamente contraindicada se houver sinais de perfuração, peritonite ou instabilidade hemodinâmica, que são exatamente o quadro que o paciente apresenta.

Alternativa (d): A cirurgia de Hartmann (sigmoidectomia com colostomia terminal e fechamento do coto retal) seria adequada se o problema estivesse restrito apenas ao sigmoide. No entanto, o paciente tem pneumatose cecal e pneumoperitônio, o que indica que o ceco também está doente. Se o cirurgião retirar apenas o sigmoide e deixar o ceco perfurado/isquêmico para trás, o foco da sepse não será controlado.

Alternativa (e): A cecostomia de descompressão é um procedimento de exceção, tecnicamente inferior e raramente indicado hoje em dia. Em um cenário de peritonite generalizada e pneumoperitônio, ela não trata a causa da perfuração nem remove o tumor, sendo insuficiente para o manejo de um paciente em choque séptico.

#### Questão 44

**DIAGNÓSTICO E GRAVIDADE:** O paciente apresenta a Pêntade de Reynolds, caracterizada por febre, icterícia, dor abdominal (subentendida pela patologia biliar), hipotensão (choque) e rebaixamento do sensório. Esse quadro diagnostica Colangite Aguda Grave (Grau III, de acordo com os Critérios de Tóquio 2018), uma condição de altíssima mortalidade que exige intervenção imediata. O paciente já se encontra em choque séptico, com necessidade de noradrenalina e lactato elevados.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) **INCORRETA:** Realizar uma cirurgia de grande porte como a colecistectomia com exploração de colédoco em um paciente instável, em choque séptico e com droga vasoativa, é contraindicado devido ao altíssimo risco cirúrgico. O objetivo imediato deve ser apenas a descompressão da via biliar, e não o tratamento definitivo da colelitíase.

Alternativa (b) **CORRETA:** A conduta de eleição para Colangite Aguda Grave é a descompressão biliar de urgência. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) é o método preferencial por ser minimamente invasivo e altamente eficaz para drenar a via biliar obstruída por cálculo distal. Deve ser realizada assim que o paciente receber as medidas iniciais de ressuscitação volêmica, suporte pressor e antibioticoterapia de amplo espectro.

Alternativa (c) **INCORRETA:** A observação é inaceitável neste cenário. A Colangite Grau III já é a manifestação mais grave da doença. Retardar a descompressão biliar para aguardar uma "piora" aumenta drasticamente o risco de óbito, pois o foco infeccioso (pus sob pressão na via biliar) precisa ser drenado para que o paciente responda ao tratamento clínico.

Alternativa (d) **INCORRETA:** A colecistostomia percutânea drena apenas a vesícula biliar. Como a obstrução está localizada no colédoco distal, a colecistostomia pode não descomprimir adequadamente a via biliar principal (colédoco), além de não ser o tratamento definitivo para a retirada do cálculo.

Alternativa (e) **INCORRETA:** A cirurgia aberta (laparotomia com dreno de Kehr) é uma alternativa terapêutica apenas em locais onde a endoscopia (CPRE) ou a drenagem percutânea trans-hepática não estão disponíveis, ou quando estas falham. Devido à instabilidade hemodinâmica do paciente, a abordagem cirúrgica invasiva deve ser evitada como primeira escolha pela alta morbimortalidade.

## Questão 45

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente encontra-se no terceiro dia de pós-operatório de bypass gástrico em Y de Roux, um período crítico para o surgimento de complicações agudas. O quadro clínico é clássico de uma deiscência anastomótica (fístula) com peritonite:

1. Taquicardia importante (132 bpm): É frequentemente o sinal mais precoce e sensível de vazamento anastomótico em pacientes bariátricos.
2. Febre e dor abdominal com defesa: Indicam irritação peritoneal e resposta inflamatória sistêmica.
3. Lactato elevado (3,8 mmol/L): Sugere má perfusão tecidual e gravidade clínica (sepse).

Diante de uma paciente com sinais claros de peritonite e instabilidade clínica no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, a conduta deve ser agressiva. A ausência de tomografia não deve retardar o tratamento definitivo.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: A suspeita de fístula anastomótica com peritonite generalizada é uma emergência cirúrgica. A reoperação imediata (preferencialmente por laparoscopia, se disponível e se o cirurgião for habilitado, ou laparotomia) é necessária para identificar o local do vazamento, realizar o fechamento/reparo da deiscência, lavar a cavidade abdominal e posicionar drenos. O atraso na reintervenção aumenta drasticamente a mortalidade.

Alternativa (b) INCORRETA: O tratamento conservador com jejum e antibióticos é reservado para casos de fístulas subclínicas ou coleções muito pequenas e bloqueadas em pacientes estáveis. No caso descrito, a paciente tem sinais de peritonite difusa e instabilidade, o que contraindica a espera por exames de imagem ou reavaliação tardia.

Alternativa (c) INCORRETA: O tratamento endoscópico (clipes, stents ou cola) tem ganhado espaço, mas é indicado para pacientes estáveis e, geralmente, para fístulas diagnosticadas um pouco mais tardiamente ou de forma crônica. Na vigência de peritonite aguda e sepse, a prioridade é a limpeza da cavidade e o controle do foco infeccioso por via cirúrgica.

Alternativa (d) INCORRETA: A drenagem percutânea é uma excelente opção para coleções localizadas e bem delimitadas (abscessos) em pacientes que não apresentam peritonite generalizada. A dor abdominal difusa e a defesa à palpação sugerem que o conteúdo gastroentérico está livre na cavidade, o que não pode ser

resolvido apenas com um dreno percutâneo.

Alternativa (e) INCORRETA: Embora a paciente se beneficie do suporte em UTI, o encaminhamento não deve ser a conduta principal ou isolada. A monitorização e os testes adicionais não resolvem a causa-base (o vazamento). A "conduta inicial" deve focar na resolução do problema mecânico e infeccioso, que é cirúrgico. Cada hora de atraso na reoperação em casos de deiscência aumenta o risco de óbito.

## Questão 46

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Isquemia Mesentérica Aguda, provavelmente de origem embólica devido ao antecedente de fibrilação atrial crônica. A dor abdominal súbita, desproporcional ao exame físico inicial, que evolui para sinais de irritação peritoneal (defesa generalizada), choque e acidose láctica (lactato de 5,9 mmol/L), indica que já houve sofrimento de alça com necrose e provável perfuração intestinal.

Neste estágio de peritonite e instabilidade hemodinâmica, a conduta deve ser imediata e cirúrgica.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora a anticoagulação e a angiotomografia façam parte do manejo da isquemia mesentérica em fases iniciais ou em pacientes estáveis, o quadro atual é de abdome agudo perfurativo/vascular com sinais de peritonite. Aguardar exames de imagem em um paciente com indicação clara de laparotomia atrasa o tratamento definitivo e aumenta a mortalidade.

Alternativa b) Incorreta. A trombólise seletiva é uma opção em casos selecionados de embolia arterial mesentérica sem sinais de necrose intestinal. A presença de peritonite e choque é uma contraindicação absoluta ao procedimento, pois a necrose intestinal exige ressecção cirúrgica. Além disso, a estabilização hemodinâmica plena pode não ser alcançada sem a resolução do foco séptico/isquêmico.

Alternativa c) Correta. A laparotomia imediata é a conduta de escolha. O objetivo é duplo: realizar a revascularização do território isquemiado (através de embolectomia ou trombectomia) e ressecar os segmentos intestinais que já apresentam necrose irreversível. A presença de peritonite confirma que já há dano transmural ao intestino, tornando a cirurgia mandatória.

Alternativa d) Incorreta. A observação clínica por 12 horas em um paciente com suspeita de necrose intestinal e choque é fatal. A antibioticoterapia deve ser iniciada como suporte, mas jamais como conduta isolada ou protelatória para a cirurgia.

Alternativa e) Incorreta. A abordagem endovascular isolada (como angioplastia ou stent) não permite a avaliação da viabilidade das alças intestinais. Havendo sinais físicos de peritonite, é obrigatória a exploração cirúrgica direta para remover tecidos mortos, que causam a liberação de toxinas e mantêm o estado de choque.

GABARITO: Letra (c).

## Questão 47

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico descrito é clássico de uma Infecção Necrosante de Tecidos Moles (INTM), como a fascite necrosante ou a gangrena gasosa. Os principais sinais de alerta (\*red flags\*) apresentados são a dor desproporcional aos achados físicos iniciais, a rápida progressão dos sintomas, a presença de bolhas hemorrágicas e o odor fétido. A gravidade é confirmada pela instabilidade hemodinâmica (hipotensão), hiperlactatemia (indicando má perfusão tecidual/sepsis) e a presença de gás nos planos fasciais identificada na tomografia, que é um achado patognomônico de organismos produtores de gás.

### POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

O tratamento das infecções necrosantes de tecidos moles fundamenta-se em um tripé terapêutico que deve ser instituído o mais rápido possível:

1. Desbridamento cirúrgico imediato e agressivo: É a medida mais importante. O cirurgião deve remover todo o tecido necrótico e infectado até encontrar bordas de tecido saudável e sangrante. O atraso na cirurgia aumenta exponencialmente a mortalidade.
2. Antibioticoterapia de amplo espectro: Deve cobrir cocos Gram-positivos (incluindo MRSA em alguns contextos), bacilos Gram-negativos e, obrigatoriamente, anaeróbios.
3. Suporte hemodinâmico e de terapia intensiva: Manejo do choque séptico com expansão volêmica e uso de vasopressores conforme necessário.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A observação clínica por 6-12 horas é um erro fatal. Nas infecções necrosantes, a destruição tecidual progride em centímetros por hora. O tratamento

definitivo é cirúrgico, e qualquer atraso reduz drasticamente as chances de sobrevivida.

Alternativa (c): A oxigenoterapia hiperbárica pode ser considerada uma terapia adjuvante em casos específicos (especialmente na gangrena gasosa clostridiana), mas ela nunca deve retardar ou substituir o desbridamento cirúrgico imediato.

Alternativa (d): Fasciotomias de alívio são indicadas para o tratamento de síndrome compartimentar aguda. Na fascite necrosante, o procedimento necessário é o desbridamento (resseção) de todos os tecidos desvitalizados. Aguardar a demarcação da área necrosada permite que a infecção continue se espalhando pelos planos fasciais e aprofunde o estado de choque do paciente.

Alternativa (e): Embora imunoglobulinas intravenosas (que podem agir contra exotoxinas) sejam por vezes discutidas no contexto de choque tóxico estreptocócico, elas não substituem a cirurgia. A conduta de vigilância clínica é inadequada, pois a deterioração nesses casos é a regra, não a exceção, se o foco infeccioso não for removido cirurgicamente.

---

## Questão 48

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico apresenta um paciente com fístula enteroatmosférica (FEA) de alto débito em um cenário de abdome aberto (peritonite prévia). O décimo dia de pós-operatório caracteriza a fase de "abdome hostil", onde há aderências firmes, inflamação intensa e alças intestinais extremamente friáveis. O manejo dessas fístulas é um dos maiores desafios da cirurgia e deve seguir protocolos de estabilização clínica, conhecidos como SNAP (Sepse, Nutrição, Anatomia e Plano).

### POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

Esta alternativa descreve a estratégia global padrão-ouro para o manejo da FEA:

1. Controle da Sepse: é a prioridade inicial. Sem controlar focos infecciosos, o anabolismo e a cicatrização são impossíveis.
2. Proteção da Pele e Curativo a Vácuo: o efluente intestinal é corrosivo. O uso de terapia por pressão negativa (vácuo) adaptada para isolar a fístula ajuda a proteger as alças intestinais, gerenciar o volume de secreção e promover a formação de tecido de granulação.
3. Otimização Nutricional: o paciente já apresenta perda ponderal e hipoalbuminemia. O suporte nutricional (seja parenteral ou enteral distal/fistulólise) é fundamental para reverter o catabolismo.
4. Reconstrução Tardia: a cirurgia definitiva para fechamento da fístula e da parede abdominal só deve ser realizada após 6 a 12 meses, quando o processo inflamatório

intra-abdominal estiver resolvido e os tecidos estiverem maleáveis.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) A reconstrução imediata com tela no 10.º dia é fadada ao insucesso. O risco de infecção da tela é de quase 100% em um ambiente contaminado, e a manipulação de alças inflamadas causará novas perfurações.

c) Realizar ressecção intestinal e fechamento sob tensão nesta fase aguda é um erro técnico grave. A tensão leva à isquemia da parede e à deiscência da anastomose, agravando o quadro de sepse e perda de domicílio abdominal.

d) Agentes antissecretores (como octreotida) podem ser usados apenas como adjuvantes para reduzir o volume do débito. Eles não substituem o suporte nutricional nem o controle local da ferida, sendo insuficientes como estratégia isolada.

e) O uso de gaze seca com trocas frequentes é ineficaz para fístulas de alto débito. A gaze não contém o efluente, resultando em maceração severa da pele periferida, dor intensa ao paciente e descontrole do balanço hidroeletrolítico.

---

### Questão 49

Esta questão aborda uma das complicações mais graves e desafiadoras da cirurgia de parede abdominal: a infecção de prótese associada à fístula enterocutânea.

O cenário descrito é de uma paciente com uma tela de polipropileno (sintética e não absorvível) em posição retromuscular que desenvolveu uma fístula de alto débito e coleções recorrentes, mesmo após tratamentos conservadores (antibióticos e drenagens). Quando uma tela sintética está envolvida em um processo infeccioso crônico com fístula intestinal, a chance de salvamento da prótese é mínima, pois ela passa a agir como um corpo estranho que perpetua a infecção e impede o fechamento da fístula.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O desbridamento local com curativo a vácuo (VAC) pode ser uma opção em casos selecionados de infecção superficial de tela sem fístula intestinal. No entanto, na presença de uma fístula de alto débito e coleções profundas recidivantes, a manutenção da tela de polipropileno impedirá a cicatrização e manterá o foco infeccioso.

b) Incorreta. A drenagem percutânea e a antibioticoterapia já foram tentadas por duas vezes sem sucesso. A recidiva do quadro indica que o tratamento conservador falhou e que há uma indicação clara de abordagem cirúrgica definitiva para remover a causa do problema (a tela infectada e o segmento intestinal doente).

c) Correta. Esta é a conduta padrão para infecções de prótese sintética associadas a fístulas enterocutâneas. A retirada completa da tela é necessária porque o biofilme bacteriano na prótese impede a resolução da infecção. A ressecção do segmento intestinal fistuloso é obrigatória para tratar a origem da fístula. O fechamento temporário ou a reconstrução simples da parede são preferíveis, deixando a reconstrução definitiva da hérnia para um segundo tempo, após a resolução completa do processo inflamatório e infeccioso.

d) Incorreta. A antibioticoterapia supressiva não trata a causa mecânica da fístula nem remove o corpo estranho infectado. Essa estratégia levaria à desnutrição progressiva, distúrbios eletrolíticos e risco de sepse grave, dada a natureza de alto débito da fístula.

e) Incorreta. A separação de componentes é uma técnica reconstrutiva complexa. Realizá-la em um campo amplamente contaminado, na presença de pus e fístula ativa, associada à colocação de uma nova tela definitiva, é um erro técnico grave que resultaria em altíssima taxa de reinfecção e falha do procedimento. A prioridade imediata é o controle do dano e da infecção, não a reconstrução estética ou funcional definitiva.

---

### Questão 50

O caso apresenta um paciente idoso de 84 anos com múltiplas comorbidades graves (DPOC dependente de oxigênio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida de 30%) em quadro de choque séptico de foco biliar. Segundo os critérios de Tóquio (TG18), este paciente é classificado como Colecistite Aguda Grau III (Grave), devido à disfunção orgânica (choque séptico com necessidade de noradrenalina).

Alternativa (a) Incorreta: Embora a colecistectomia videolaparoscópica seja o tratamento definitivo padrão-ouro, a instabilidade hemodinâmica (uso de noradrenalina) e o altíssimo risco cirúrgico e anestésico (ASA IV) contraindicam a cirurgia imediata. O pneumoperitônio da laparoscopia e a anestesia geral poderiam ser fatais para um paciente com reserva cardíaca e pulmonar tão limitadas no momento agudo da sepse.

Alternativa (b) Correta: A colecistostomia percutânea é o procedimento de escolha para pacientes com colecistite aguda grave (Grau III) que possuem contraindicações para a cirurgia imediata ou alto risco cirúrgico. Ela permite a drenagem do conteúdo infectado (controle do foco) de forma minimamente invasiva, geralmente sob anestesia local e sedação leve. Funciona como uma "ponte" para estabilização

clínica, permitindo que a cirurgia definitiva seja realizada em um segundo momento, se as condições do paciente permitirem.

Alternativa (c) Incorreta: O tratamento exclusivo com antibióticos em um cenário de choque séptico e coleções perivesiculares é insuficiente. O controle da fonte (\*source control\*) é mandatório no choque séptico. Sem a drenagem ou retirada da vesícula, a barreira física da inflamação impede que o antibiótico atinja concentrações terapêuticas adequadas dentro do órgão, mantendo o foco infeccioso ativo.

Alternativa (d) Incorreta: A drenagem biliar transmural guiada por ecoendoscopia (EUS) é uma técnica avançada e promissora, porém ainda não é considerada a primeira opção na maioria dos protocolos mundiais, sendo reservada para centros de excelência ou casos onde o acesso percutâneo é inviável (ex.: ascite volumosa ou distúrbios de coagulação). O acesso percutâneo continua sendo o padrão para descompressão de emergência à beira do leito na UTI.

Alternativa (e) Incorreta: A observação clínica é inadequada para um paciente em choque séptico. O atraso na intervenção para controle do foco infeccioso aumenta linearmente a mortalidade. A conduta deve ser ativa e imediata após o início da ressuscitação volêmica e antibioticoterapia.

---