



HIAE

GABARITO | 2025 | SP | 75 Questões



Gabarito: HIAE

2025 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

ANÁLISE DA QUESTÃO:

O paciente apresenta Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e Doença Cardiovascular Aterosclerótica (DCVA) estabelecida (previamente infartado ou com doença arterial comprovada), além de obesidade e hipertensão. Segundo as diretrizes atuais, os agonistas do receptor de GLP-1 (GLP-1 RA) são indicados prioritariamente para este perfil de paciente devido à comprovada redução de eventos cardiovasculares maiores.

ALTERNATIVA A (CORRETA): Os agonistas do receptor de GLP-1 promovem uma redução modesta, mas consistente, na pressão arterial sistólica (estimada entre 2 a 5 mmHg). Esse efeito ocorre de forma multifatorial, sendo atribuído tanto à perda de peso quanto a um efeito natriurético direto e à melhora da função endotelial. Em um paciente hipertenso e idoso, esse benefício adicional é bem-vindo.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): O principal benefício dessa classe de drogas em pacientes com DCVA estabelecida não é a alteração de frações lipídicas como o HDL. O grande ganho clínico é a redução de Desfechos Cardiovasculares Maiores (MACE), que incluem a redução de morte cardiovascular, infarto agudo do miocárdio não fatal e acidente vascular cerebral (AVC) não fatal.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): Os GLP-1 RA possuem um mecanismo de ação glicose-dependente, o que significa que eles estimulam a secreção de insulina apenas quando a glicemia está elevada e suprimem a secreção de glucagon de forma proporcional. Por isso, apresentam risco muito baixo de hipoglicemia. Como o paciente está usando metformina e dapagliflozina (que também não costumam causar hipoglicemia), a adição de um GLP-1 RA é considerada segura.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): Embora os GLP-1 RA demonstrem efeitos nefroprotetores, principalmente na redução do desenvolvimento e progressão da albuminúria, eles não são indicados para pacientes em estágio terminal de doença renal (TFG < 15 mL/min/1,73 m²). A maioria das medicações desta classe possui bulas que restringem o uso com TFG abaixo de 15 ou 30 mL/min devido à escassez de dados de segurança e farmacocinética nessa população específica.

Questão 2

Análise do caso clínico:

Trata-se de uma paciente de 64 anos com quadro clássico de sepse de foco urinário (provável pielonefrite), evoluindo para choque séptico, uma vez que a hipotensão persiste (PA 78 x 44 mmHg) mesmo após a reposição volêmica inicial adequada. Ela recebeu 2 litros de Ringer Lactato, o que equivale a 33 mL/kg (acima dos 30 mL/kg recomendados pelo Surviving Sepsis Campaign).

Alternativa (a) Incorreta. O uso de corticoides (hidrocortisona) no choque séptico está indicado apenas para aqueles pacientes que permanecem instáveis hemodinamicamente, a despeito de ressuscitação volêmica adequada e do uso de doses crescentes de drogas vasoativas (choque refratário). No caso em questão, a paciente ainda nem iniciou o uso de noradrenalina.

Alternativa (b) Incorreta. A paciente já recebeu a carga volêmica inicial preconizada (33 mL/kg). A persistência da hipotensão indica a necessidade imediata de início de droga vasoativa (preferencialmente noradrenalina) para manter a pressão arterial média acima de 65 mmHg, e não a infusão indiscriminada de mais volume, que pode levar a edema pulmonar e à piora da troca gasosa.

Alternativa (c) Correta. Em quadros de sepse com foco infeccioso definido, o controle do foco é um dos pilares do tratamento. Na pielonefrite, é fundamental descartar a presença de obstrução das vias urinárias (como um cálculo ureteral causando hidronefrose) ou abscessos renais. Se houver obstrução associada à infecção, o tratamento medicamentoso com antibióticos e vasopressores isoladamente não será eficaz; o paciente precisará de uma intervenção urológica urgente para desobstrução (como a passagem de duplo J ou nefrostomia) para que o quadro de choque seja revertido. A ultrassonografia à beira-leito é o exame de escolha inicial para essa avaliação.

Alternativa (d) Incorreta. A ceftriaxona é um excelente antibiótico para patógenos comunitários do trato urinário. O escalonamento para um carbapenêmico (meropenem) deve ser reservado para pacientes com fatores de risco para germes multirresistentes (ESBL), internações recentes ou quando não há melhora clínica após o tratamento inicial e identificação de resistência em culturas, o que não é o ponto prioritário no manejo imediato deste choque séptico.

Questão 3

O caso clínico apresenta um paciente jovem com fibrilação atrial (FA) e antecedentes de asma, que evoluiu com broncoespasmo após o uso de metoprolol (um betabloqueador). Atualmente, ele está hemodinamicamente estável, mas com alta resposta ventricular (FC 136-142 bpm) e sintomas iniciados há 3 dias.

O objetivo terapêutico imediato é o controle da frequência cardíaca, uma vez que o paciente está estável e o tempo de início da arritmia é superior a 48 horas, o que contraindica a reversão do ritmo (cardioversão) sem a devida anticoagulação prévia ou exclusão de trombos intracavitários.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O esmolol é um betabloqueador de curta duração. Embora seja cardiosseletivo, o histórico do paciente demonstra claramente uma intolerância à classe dos betabloqueadores, tendo desenvolvido sibilância e dispneia com o metoprolol. Em pacientes asmáticos com histórico de broncoespasmo induzido por betabloqueadores, essa classe deve ser evitada.

b) Incorreta. A cardioversão elétrica sincronizada está indicada de imediato apenas em pacientes com instabilidade hemodinâmica (hipotensão, sinal de choque, edema agudo de pulmão ou dor torácica anginosa). Como o paciente está estável e os sintomas duram 3 dias (mais de 48 horas), o risco de tromboembolismo é alto se a reversão for tentada sem anticoagulação adequada por pelo menos 3 semanas.

c) Incorreta. A propafenona é um antiarrítmico da classe IC utilizado para a reversão do ritmo (controle de ritmo). Assim como na alternativa B, não deve ser utilizada para reversão em episódios com mais de 48 horas de duração sem preparo prévio. Além disso, a propafenona possui um efeito betabloqueador intrínseco leve, o que poderia desencadear crise de asma no paciente.

d) Correta. O verapamil é um bloqueador dos canais de cálcio não diidropiridínico. É a droga de escolha para o controle da frequência cardíaca em pacientes com fibrilação atrial que possuem contraindicação ou intolerância aos betabloqueadores, como é o caso de pacientes com asma brônquica ou DPOC com componente reativo importante. Ele atua reduzindo a condução no nó atrioventricular, controlando a frequência cardíaca sem interferir na musculatura lisa brônquica.

Questão 4

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de cirrose hepática descompensada, provavelmente de etiologia alcoólica, dado o histórico de consumo pesado de destilados. Os achados de exame físico (icterícia, ascite volumosa com sinal do piparote e macicez móvel, circulação colateral) associados aos exames laboratoriais (baixa albumina, INR alargado e bilirrubina elevada) e à ultrassonografia (fígado de bordas irregulares e sinais de hipertensão portal) fecham o diagnóstico de cirrose hepática. O desafio da questão é identificar a conduta imediata frente a uma ascite que não respondeu ao tratamento inicial simples.

Por que a alternativa (c) é a correta?

A realização de paracentese diagnóstica é o passo mais adequado e obrigatório para todo paciente com ascite de início recente ou que apresente necessidade de internação hospitalar ou piora clínica. Mesmo que a causa da ascite pareça óbvia (hipertensão portal por cirrose), a análise do líquido é essencial por dois motivos principais:

1. Confirmação etiológica: Através do cálculo do GASA (Gradiente de Albumina Soro-Ascite). Um GASA maior ou igual a 1,1 g/dL confirma que a ascite é decorrente de hipertensão portal.
2. Rastreio de Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE): A PBE é uma complicação grave que pode ser assintomática. O diagnóstico é feito exclusivamente pela análise do líquido ascítico (presença de mais de 250 polimorfonucleares/mm³). No caso deste paciente, que não respondeu bem ao diurético inicial, a exclusão de infecção é mandatária antes de qualquer ajuste terapêutico.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

Alternativa (a): Aumentar a dose de furosemida de forma isolada não é a conduta correta. O tratamento diurético da ascite na cirrose deve priorizar o bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Além disso, não se deve intensificar a terapia diurética sem antes realizar a paracentese diagnóstica para avaliar complicações ou confirmar a causa.

Alternativa (b): Embora a combinação de espironolactona (100 mg) e furosemida (40 mg) seja o esquema terapêutico padrão para ascite cirrótica (mantendo a proporção de 100:40 para manter a normocalemia), o enunciado pergunta qual o próximo passo. A avaliação do líquido ascítico deve preceder o ajuste ou início de novas medicações, pois a presença de uma infecção ou disfunção renal mudaria completamente o manejo.

Alternativa (d): A infusão de albumina intravenosa tem indicações específicas na cirrose: após paracenteses de grande volume (acima de 5 litros), no tratamento da PBE (para prevenir síndrome hepatorenal) ou no manejo da própria síndrome hepatorenal. Não há indicação de repor albumina apenas porque o nível sérico está baixo (2,5 g/dL) sem uma dessas indicações clínicas precisas.

Conclusão:

Diante de um paciente com ascite, a regra de ouro na hepatologia é: ascite nova ou que motiva atendimento médico exige paracentese diagnóstica.

Questão 5

A questão aborda o manejo de imunização em um paciente imunossuprimido pelo uso de adalimumabe, um anticorpo monoclonal anti-TNF-alfa. O ponto central para resolver essa questão é o conhecimento de que pacientes em uso de terapias biológicas (imunobiológicos) não podem receber vacinas compostas por agentes vivos atenuados (sejam vírus ou bactérias), devido ao risco de replicação do agente vacinal e desenvolvimento da doença em um organismo com a imunidade celular comprometida.

Alternativa (a) Incorreta: A vacina meningocócica C é uma vacina conjugada (inativada). Ela não contém agentes vivos e, portanto, é segura e indicada para pacientes imunossuprimidos, que possuem maior risco de doenças invasivas por meningococo.

Alternativa (b) Incorreta: A vacina contra o HPV (Papilomavírus Humano) é uma vacina recombinante, composta apenas por proteínas do capsídeo viral (VLP - partículas semelhantes a vírus), sem material genético. Ela pode ser administrada com segurança em pacientes imunocomprometidos. No CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais), essa vacina é disponibilizada para pacientes imunossuprimidos até os 45 anos de idade.

Alternativa (c) Incorreta: A vacina da hepatite B é uma vacina recombinante (inativada). Como pacientes em uso de imunossupressores tendem a apresentar uma resposta vacinal inferior à população geral, os protocolos recomendam o uso de dose com volume dobrado e esquema específico para tentar garantir a soroconversão necessária para a proteção.

Alternativa (d) Correta (Exceção): As vacinas disponíveis contra a dengue (tanto a Dengvaxia quanto a Qdenga) são compostas por vírus vivos atenuados. O uso de

adalimumabe e outros anti-TNF constitui uma contraindicação formal e absoluta à administração de vacinas de agentes vivos, pelo risco de infecção disseminada pelo vírus vacinal. Para que este paciente pudesse receber tal vacina, a medicação precisaria ser suspensa por um período prolongado (geralmente 3 meses), o que não é o caso do enunciado, que cita o paciente em uso atual e frequente.

Questão 6

O caso clínico descreve um paciente com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) na parede anterior (V2 a V4), com sintomas iniciados há apenas uma hora. Trata-se de uma emergência médica em que o objetivo principal é a reperfusão imediata do miocárdio para limitar a área de necrose.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento clínico otimizado (IECAs, betabloqueadores, estatinas e antiagregantes) é fundamental e deve ser iniciado em todos os pacientes, mas não substitui a necessidade de reperfusão imediata no caso de um infarto com supra de ST. Manter apenas o tratamento medicamentoso diante de uma obstrução de 99% em uma artéria importante resultaria em perda significativa de músculo cardíaco e pior prognóstico.

Alternativa b) Incorreta. Embora a artéria descendente anterior seja vital, a revascularização cirúrgica (ponte de safena ou mamária) não é a conduta de escolha imediata no IAMCSST, a menos que a anatomia seja desfavorável para a angioplastia, ocorra falha no procedimento percutâneo ou existam complicações mecânicas (como ruptura de septo ou valvar). A angioplastia é mais rápida e menos invasiva, sendo o padrão-ouro na fase aguda.

Alternativa c) Incorreta. No infarto com supra de ST, tempo é músculo. Aguardar 24 horas para observar a curva de troponina ou realizar um ecocardiograma antes de intervir é uma conduta contraindicada, pois o benefício da reperfusão é tempo-dependente. O diagnóstico já está firmado pelo quadro clínico e pelo eletrocardiograma.

Alternativa d) Correta. A angioplastia coronariana primária (com implante de stent) é a conduta de escolha para o tratamento do IAMCSST quando disponível em tempo hábil (idealmente em até 90 a 120 minutos do contato médico). Como o cateterismo já foi realizado e identificou uma lesão subtotal (99%) na artéria descendente anterior, que justifica o supradesnivelamento em V2-V4, a desobstrução imediata com stent é o tratamento definitivo para restaurar o fluxo sanguíneo.

Questão 7

O paciente em questão apresenta um quadro de hipertensão arterial refratária. De acordo com as diretrizes atuais, a hipertensão resistente é definida quando a pressão arterial permanece acima das metas mesmo com o uso de três classes de anti-hipertensivos em doses otimizadas (sendo um deles, preferencialmente, um diurético) ou quando o controle só é alcançado com quatro medicações. Quando a pressão não é controlada mesmo com o uso de cinco ou mais fármacos (incluindo a espironolactona e um diurético tiazídico de longa duração), o quadro é classificado como hipertensão refratária.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A clortalidona é um diurético tiazídico-símile com meia-vida mais longa e maior potência do que a hidroclorotiazida. Em casos de hipertensão resistente ou refratária, a clortalidona é justamente o diurético de escolha. Substituí-la pela hidroclorotiazida seria um retrocesso terapêutico.

b) Incorreta. Os diuréticos de alça, como a furosemida, são indicados no tratamento da hipertensão principalmente quando o paciente apresenta insuficiência renal (taxa de filtração glomerular abaixo de 30 mL/min) ou quadros de edema importante (insuficiência cardíaca). No caso descrito, não há menção a essas condições; logo, a manutenção do diurético tiazídico-símile (clortalidona) é mais adequada para o controle pressórico sustentado.

c) Incorreta. A espironolactona é a droga de quarta linha padrão para o tratamento da hipertensão resistente, conforme demonstrado por grandes estudos (como o PATHWAY-2). Suspendê-la por "falha terapêutica" não é a conduta correta; o manejo da hipertensão refratária exige a adição de novos mecanismos de ação, e não a retirada de uma droga fundamental.

d) Correta. Diante de um paciente com hipertensão refratária (não controlado com cinco classes de drogas, incluindo espironolactona e clortalidona), é imperativo investigar causas secundárias de hipertensão. Causas como apneia obstrutiva do sono, hiperaldosteronismo primário, estenose de artéria renal e doenças parenquimatosas renais devem ser pesquisadas. Do ponto de vista farmacológico, após o bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona, do canal de cálcio, dos receptores mineralocorticoides e do sistema simpático (com carvedilol), a associação de um fármaco de ação central, como a clonidina (agonista alfa-2), é uma opção recomendada para tentar atingir a meta pressórica.

Resumo do manejo: O caso exige a confirmação da adesão (já citada), a realização de exames para descartar lesões de órgãos-alvo e causas secundárias, além do

escalonamento medicamentoso com drogas de reserva, como a clonidina ou vasodilatadores diretos.

Questão 8

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um diagnóstico confirmado de asma (clínica sugestiva e espirometria com distúrbio obstrutivo reversível). Ela já está em tratamento com dose alta de corticoide inalatório associado a um broncodilatador de longa duração (formoterol-budesonida 12/400 mcg 12/12h). Apesar da melhora, a asma permanece não controlada, evidenciada pelo escore de 18 no ACT (valores abaixo de 20 indicam controle insuficiente), sintomas noturnos e uso de medicação de resgate. Além disso, a paciente possui fatores que sabidamente dificultam o controle da asma: obesidade (IMC 33), rinite alérgica não tratada, sintomas de refluxo gastroesofágico (DRGE) e exposição contínua a alérgenos (cachorro).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

- a) **CORRETA.** A asma é classificada como de difícil controle (ou difícil tratamento) quando o paciente permanece sintomático apesar do uso de doses elevadas de medicação (neste caso, STEP 4/5 do GINA). Antes de classificar como asma grave e indicar terapias biológicas, é obrigatório investigar e tratar fatores modificáveis: checar a técnica inalatória e a adesão ao tratamento, tratar comorbidades (rinite e refluxo) e realizar o controle ambiental (afastar o animal de estimação). O ajuste da dose do corticoide/formoterol pode ser considerado enquanto se otimizam esses fatores.
- b) **INCORRETA.** A gravidade da asma não é definida pelo resultado da espirometria, mas sim pelo nível de tratamento necessário para manter o controle dos sintomas. Como a paciente está usando doses altas de medicação e, ainda assim, apresenta sintomas significativos (ACT 18), ela não pode ser classificada como tendo asma leve, nem a asma está controlada.
- c) **INCORRETA.** Embora a paciente esteja em um degrau terapêutico elevado (STEP 4 ou 5, dependendo da classificação de dose adotada), a conduta de simplesmente adicionar um LAMA (anticolinérgico) ou antileucotrieno é precipitada sem antes abordar a técnica inalatória e as comorbidades evidentes (rinite, refluxo e exposição ao cão). Na asma de difícil controle, a prioridade é a correção dos fatores agravantes.
- d) **INCORRETA.** Para diagnosticar "asma grave", é necessário que a doença permaneça sem controle mesmo após a otimização de todas as comorbidades,

correção da técnica de inalação e verificação da adesão. A paciente ainda possui diversos gatilhos e doenças associadas não tratadas. Portanto, o uso de imunobiológicos (como omalizumabe ou mepolizumabe) não é a conduta inicial correta neste momento. Além disso, os níveis de eosinófilos (350/mcL) e IgE (200 UI/mL) sugerem um fenótipo T2, mas a indicação dessas drogas é o último passo da linha de tratamento.

Questão 9

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 68 anos apresenta um quadro clínico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Para definir a gravidade e o local de tratamento, utilizamos o escore CURB-65:

C (Confusão mental): Ausente (0 pontos).

U (Ureia maior que 43 mg/dL): Presente, 60 mg/dL (1 ponto).

R (Frequência respiratória maior ou igual a 30 ipm): Ausente, 25 ipm (0 pontos).

B (Pressão arterial sistólica menor que 90 ou diastólica menor ou igual a 60 mmHg): Ausente, 120x70 mmHg (0 pontos).

65 (Idade maior ou igual a 65 anos): Presente, 68 anos (1 ponto).

Total: 2 pontos.

Pela pontuação, a internação hospitalar deve ser considerada. Além do escore, a paciente apresenta hipoxemia (pO₂ de 58 mmHg e SpO₂ de 91%), o que indica a necessidade de internação em enfermaria para oxigenoterapia e monitorização. A história de dificuldade para engolir e tosse durante a alimentação levanta a hipótese de pneumonia aspirativa. Atualmente, as diretrizes de pneumonia (como a da Sociedade Brasileira de Pneumologia e a IDSA/ATS) recomendam que pneumonias aspirativas comunitárias sem sinais de abscesso ou empiema sejam tratadas com o esquema padrão de PAC, sem necessidade rotineira de cobertura adicional para anaeróbios.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: O tratamento ambulatorial não é seguro para esta paciente. O escore CURB-65 de 2 pontos e, principalmente, a presença de hipoxemia arterial (pO₂ menor que 60 mmHg) são critérios que exigem internação hospitalar e suporte de oxigênio.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de clindamicina para cobertura de anaeróbios em

pneumonias aspirativas não complicadas (sem abscesso pulmonar, gangrena ou empiema) caiu em desuso nas diretrizes mais recentes. O Ceftriaxone sozinho ou associado a um macrolídeo costuma ser suficiente. Além disso, a alternativa (d) descreve de forma mais completa a investigação etiológica recomendada para pacientes internados.

Alternativa (c) Incorreta: A paciente não apresenta critérios de gravidade extrema que justifiquem internação direta em UTI, como choque séptico ou necessidade de ventilação mecânica. O CURB-65 de 2 indica enfermaria. O uso de hidrocortisona não faz parte do protocolo inicial para PAC em enfermaria, sendo reservado para casos específicos de choque séptico refratário.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa reconhece a necessidade de internação (pelo CURB-65 e hipoxemia) e a etiologia provavelmente aspirativa. O esquema antibiótico com Ceftriaxone e Azitromicina é o padrão-ouro para pacientes internados em enfermaria, cobrindo agentes típicos e atípicos. A solicitação de hemoculturas, cultura de escarro, painel viral/patógenos e antígenos urinários para Pneumococo e Legionella está correta e indicada para todo paciente que requer internação por pneumonia, visando à identificação do agente e ao ajuste terapêutico posterior.

Questão 10

Este caso clínico apresenta um paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que manifesta uma descompensação respiratória aguda, mas com sinais que fogem ao padrão de uma exacerbação brônquica típica. Os pontos-chave para a resolução são a presença de taquicardia (115 bpm), hipoxemia importante (SpO₂ 86%), estase jugular, fígado palpável, edema de membros inferiores e hemoptise (laivos de sangue). Esses achados, associados à ausência de aumento de volume ou de purulência da secreção habitual, apontam fortemente para o diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) ou Insuficiência Cardíaca Direita (cor pulmonale agudizado), e não para uma exacerbação infecciosa ou inflamatória clássica da DPOC.

A alternativa (a) está correta porque a solicitação de exame de imagem do tórax, como uma radiografia, é um passo inicial indispensável na avaliação de qualquer dispneia aguda no pronto atendimento. Ela auxilia na diferenciação de diagnósticos como pneumonia, pneumotórax ou sinais de congestão pulmonar.

A alternativa (b) está correta porque o D-dímero é um teste de triagem fundamental na investigação de Tromboembolismo Pulmonar. Como o paciente possui fatores de risco e sinais clínicos compatíveis (taquicardia, hipoxemia e hemoptise), a investigação para TEP deve ser iniciada prontamente.

A alternativa (c) está correta porque o paciente encontra-se em insuficiência respiratória aguda com saturação de 86% em ar ambiente. A oxigenoterapia suplementar é uma medida de suporte imediata e obrigatória para garantir a estabilidade clínica e evitar a hipóxia tecidual, com alvo de saturação geralmente entre 88% e 92% para pacientes com DPOC.

A alternativa (d) é a incorreta e, portanto, o gabarito. A corticoterapia sistêmica é o tratamento padrão para exacerbações da DPOC que envolvem inflamação das vias aéreas e broncoespasmo. Entretanto, o paciente não preenche os critérios de Anthonisen (não há aumento de volume ou purulência do escarro) que justificariam o diagnóstico de exacerbação infecciosa/inflamatória típica. Diante da forte suspeita de TEP ou de uma causa cardiológica, o foco deve ser a investigação diagnóstica e a estabilização hemodinâmica. O uso de corticoide não é a conduta prioritária neste momento e não trata a causa provável da descompensação.

Questão 11

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE:

O paciente apresenta um quadro clássico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP). A chave para resolver a questão reside na classificação de gravidade. Como o paciente apresenta instabilidade hemodinâmica (pressão arterial sistólica de 85/50 mmHg e sinais de choque, como o lactato elevado), ele é classificado como TEP de alto risco ou TEP maciço.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A anticoagulação isolada (seja com heparina de baixo peso molecular ou heparina não fracionada) é o tratamento de escolha para pacientes com TEP estáveis hemodinamicamente (baixo risco ou risco intermediário). No paciente em choque, a anticoagulação deve ser iniciada, mas ela não é a conduta principal para reverter a falência do ventrículo direito; nesses casos, é necessária a terapia de reperfusão.

Alternativa b) Correta. De acordo com as diretrizes nacionais e internacionais (como as da Sociedade Europeia de Cardiologia), a trombólise sistêmica intravenosa é o tratamento de primeira linha para pacientes com TEP de alto risco que apresentam instabilidade hemodinâmica e não possuem contraindicações absolutas. O objetivo é a dissolução rápida do coágulo para reduzir a resistência vascular pulmonar e melhorar a função do ventrículo direito.

Alternativa c) Incorreta. A embolectomia pulmonar (cirúrgica ou por cateter) é uma

opção terapêutica importante, porém é considerada uma terapia de resgate. Ela é indicada principalmente quando a trombólise sistêmica é contraindicada (por exemplo, em casos de cirurgia intracraniana recente) ou quando o paciente falhou no tratamento trombolítico inicial.

Alternativa d) Incorreta. O uso de vasopressores é uma medida de suporte essencial para manter a estabilidade hemodinâmica e a perfusão dos órgãos-alvo enquanto se institui o tratamento definitivo. No entanto, os vasopressores não tratam a causa obstrutiva do choque. A conduta definitiva e mais apropriada para o manejo do TEP maciço é a reperfusão por meio da trombólise.

RESUMO DA CONDUTA:

Diante de um TEP com choque (hipotensão), a prioridade absoluta é a reperfusão imediata, preferencialmente via trombólise química sistêmica.

Questão 12

O quadro clínico descreve um paciente idoso, com fatores de risco cardiovasculares, que sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico e foi tratado com o ativador do plasminogênio tecidual recombinante (rtPA). A deterioração neurológica aguda após a trombólise, caracterizada por rebaixamento do nível de consciência e sinais de hipertensão intracraniana, é uma emergência médica que exige diagnóstico rápido.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Embora a falha da trombólise possa ocorrer (por não haver recanalização do vaso), a progressão "natural" do AVC isquêmico costuma causar uma manutenção ou piora gradual do déficit focal. O surgimento súbito de sinais de hipertensão intracraniana (como o rebaixamento da consciência) no segundo dia, após o uso de trombolítico, sugere fortemente uma complicação hemorrágica, e não apenas a evolução da isquemia.

Alternativa b) Incorreta. O efeito adverso mais temido da trombólise no AVC isquêmico é a transformação hemorrágica intraparenquimatosa (dentro da área infartada). A hemorragia subaracnoidea isolada é uma complicação muito menos comum nesse contexto específico e geralmente está associada a outras etiologias, como ruptura de aneurismas.

Alternativa c) Incorreta. A área de penumbra é o tecido cerebral que está em sofrimento isquêmico, mas ainda é viável. O objetivo da trombólise é justamente salvar essa área. Se a penumbra evolui para infarto (morte tecidual), o déficit se

consolida. No entanto, essa evolução por si só não explica o surgimento súbito de sinais de hipertensão intracraniana no segundo dia com a gravidade descrita.

Alternativa d) Correta. A transformação hemorrágica é a complicação mais grave e temida após o uso de rtPA. Ela ocorre devido ao dano na barreira hematoencefálica e à fragilidade capilar na zona de infarto, exacerbados pelo uso do trombolítico. Quando a hemorragia é volumosa (hematoma parenquimatoso tipo 2), ela causa efeito de massa, desvio de linha média e aumento da pressão intracraniana, justificando o rebaixamento do nível de consciência e a piora súbita do déficit motor. A conduta imediata diante desse cenário é a interrupção de qualquer antiagregante ou anticoagulante e a realização urgente de uma tomografia computadorizada de crânio.

Questão 13

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta uma taquiarritmia caracterizada por ritmo irregular, QRS estreito e ausência de ondas P, o que define o diagnóstico de Fibrilação Atrial (FA). O ponto crucial para a decisão terapêutica é a presença de sinais de instabilidade hemodinâmica. O paciente está hipotenso (90/60 mmHg) e apresenta sinais de má perfusão tecidual (tontura e sudorese). Segundo o protocolo de Taquicardia com Pulso do ACLS (Suporte Avançado de Vida Cardiovascular), qualquer taquicardia que gere sinais de gravidade (hipotensão, alteração do nível de consciência, sinais de choque, dor torácica isquêmica ou insuficiência cardíaca aguda) deve ser tratada imediatamente com cardioversão elétrica sincronizada.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A adenosina é o fármaco de escolha para o tratamento inicial de taquicardias supraventriculares regulares (como a taquicardia por reentrada nodal), após falha de manobras vagais. Como o ritmo deste paciente é francamente irregular (Fibrilação Atrial), a adenosina não está indicada. Além disso, em pacientes instáveis, a prioridade é a terapia elétrica e não a medicamentosa.

b) Correta. A cardioversão elétrica sincronizada é a conduta imediata para pacientes com taquiarritmias e sinais de instabilidade hemodinâmica. O choque deve ser sincronizado com a onda R do eletrocardiograma para evitar que a descarga ocorra durante o período vulnerável do ciclo cardíaco (onda T), o que poderia induzir uma fibrilação ventricular.

c) Incorreta. A amiodarona é um antiarrítmico que pode ser utilizado para controle de

ritmo ou frequência em pacientes estáveis. No cenário de instabilidade hemodinâmica, a prioridade é a eletricidade. O uso de amiodarona intravenosa demora a fazer efeito e pode causar vasodilatação periférica, o que pioraria a hipotensão do paciente.

d) Incorreta. O verapamil é um bloqueador dos canais de cálcio não diidropiridínico utilizado para controle de frequência cardíaca na FA em pacientes estáveis. Devido ao seu efeito inotrópico negativo (diminui a força de contração) e efeito vasodilatador, ele é absolutamente contraindicado em pacientes hipotensos ou com insuficiência cardíaca, pois pode levar ao colapso cardiovascular.

Gabarito: Letra (b).

Questão 14

O caso clínico descreve um paciente idoso apresentando um quadro agudo de delirium. O delirium é caracterizado por uma alteração aguda e flutuante da consciência, com prejuízo da atenção e do pensamento. Para a análise desse quadro, é fundamental distinguir entre os fatores predisponentes (aqueles que tornam o paciente vulnerável) e os fatores precipitantes (o insulto agudo que desencadeia o quadro).

Alternativa a: Incorreta. Embora a internação hospitalar possa atuar como um fator precipitante por envolver mudança de ambiente e privação de sono, o sexo masculino não é considerado um fator predisponente de peso para o delirium. Além disso, o paciente não apresenta sinais ou histórico de insuficiência cardíaca na descrição do caso.

Alternativa b: Incorreta. Hipertensão arterial e hipotireoidismo são comorbidades comuns, mas não são os principais fatores predisponentes para o delirium quando comparados a doenças neurodegenerativas. O déficit sensorial (visual ou auditivo) é, de fato, um fator predisponente importante, porém não há menção a essa condição no relato do paciente.

Alternativa c: Correta. A idade avançada (83 anos) e a doença de Parkinson são fatores predisponentes clássicos, pois reduzem a reserva funcional do sistema nervoso central, tornando o cérebro mais vulnerável a agressões externas. A pneumonia, diagnosticada pela tosse produtiva, febre, estertores crepitantes e imagem de broncograma aéreo no raio X, é o fator precipitante, ou seja, o gatilho infeccioso agudo que levou ao estado de confusão mental.

Alternativa d: Incorreta. A limitação motora é uma consequência da doença de

Parkinson, mas a doença neurológica em si é o fator predisponente principal. Além disso, o quadro clínico de febre, tosse produtiva e broncograma aéreo direciona o diagnóstico para pneumonia, e não para embolia pulmonar, que costuma apresentar-se com dispneia súbita e achados radiológicos diferentes.

Questão 15

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro de anemia caracterizado laboratorialmente por microcitose (VCM 75 fL, abaixo do valor de referência de 80-100 fL) e hipocromia (HCM 25 pg, abaixo do valor de referência de 27-32 pg). Um dado fundamental é o RDW de 16%, que está elevado (anisocitose), indicando uma variação no tamanho das hemácias. Clinicamente, a presença de queilite angular é um sinal clássico de deficiência de ferro ou de vitaminas do complexo B. O uso crônico de diclofenaco (anti-inflamatório) em uma paciente idosa levanta a forte suspeita de perda sanguínea crônica pelo trato gastrointestinal, a qual é a principal causa de deficiência de ferro nessa faixa etária.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A anemia ferropriva é a principal causa de anemia microcítica e hipocrômica no mundo. O aumento do RDW é uma característica marcante da ferropenia, pois, conforme os estoques de ferro diminuem, a medula passa a produzir hemácias cada vez menores, gerando uma população heterogênea no sangue periférico. O histórico de uso de AINEs (diclofenaco), a perda de peso e a queilite angular reforçam o diagnóstico de deficiência de ferro por provável sangramento digestivo ou má absorção.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Anemia de doença crônica: Embora a paciente tenha doenças crônicas (DM e HAS), essa anemia é tipicamente normocítica e normocrômica. Pode tornar-se microcítica em fases muito avançadas, mas o RDW costuma ser normal, refletindo uma produção homogênea de hemácias, diferentemente do caso apresentado.

b) Talassemia: É uma alteração genética da hemoglobina que cursa com microcitose importante desde a infância. No entanto, uma característica marcante da talassemia é o RDW normal (ou muito próximo do normal), pois todas as hemácias produzidas são uniformemente pequenas. Não justifica o surgimento recente de perda de peso e queilite aos 82 anos.

c) Anemia sideroblástica: É um grupo heterogêneo de distúrbios nos quais há utilização inadequada do ferro intracelular para a síntese do grupo heme. Embora possa ser microcítica, é muito mais rara e geralmente cursa com aumento dos estoques de ferro (ferritina elevada) e, em alguns casos, com a presença de uma população dimórfica de hemácias, mas não se correlaciona com o quadro de uso de anti-inflamatórios e sinais carenciais periféricos.

Questão 16

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de pancreatite aguda, definido pela presença de dor abdominal característica no andar superior e elevação da lipase acima de três vezes o valor de referência (1.250 U/L para um VR de 140 U/L).

A gravidade inicial é sugerida pela instabilidade hemodinâmica (taquicardia de 126 bpm e PA limítrofe de 95x60 mmHg) e sinais de hemoconcentração e disfunção renal (hematócrito de 46%, ureia de 90 e creatinina de 1,9), o que indica uma desidratação importante e a necessidade de ressuscitação volêmica vigorosa.

POR QUE A ALTERNATIVA "A" ESTÁ CORRETA?

Esta alternativa aborda os pilares do tratamento inicial da pancreatite aguda:

1. Ressuscitação volêmica: O uso de Ringer lactato é preferível em relação ao soro fisiológico para reduzir a incidência de SIRS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica). A dose proposta (500 mL imediatos seguidos de manutenção) visa restaurar a perfusão tecidual.
2. Manejo de sintomas: Jejum inicial (devido aos vômitos e à dor), analgesia com dipirona e antiemético com ondansetrona.
3. Monitorização: A sondagem vesical de demora é fundamental em pacientes com sinais de choque ou disfunção renal para o controle rigoroso do débito urinário, que é o melhor parâmetro para avaliar a eficácia da hidratação.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa B: A nutrição parenteral não é indicada de rotina; se o paciente não tolerar a via oral, a preferência é a via enteral. O uso de antibióticos (ceftriaxone e metronidazol) não deve ser feito de forma profilática na pancreatite aguda. Além disso, 500 mL de soro de 12/12h (1 litro/dia) é insuficiente para uma paciente com sinais de desidratação grave e choque.

Alternativa C: A tomografia de abdome com contraste não deve ser realizada precocemente (antes de 48-72h do início da dor) na pancreatite aguda, pois pode não mostrar áreas de necrose e o contraste iodado pode agravar a lesão renal aguda presente. O uso de meropenem (antibiótico de amplo espectro) também é incorreto

sem evidência de infecção.

Alternativa D: Embora a monitorização intensiva pudesse ser discutida pelo estado hemodinâmico, a "dieta leve" é contraindicada para uma paciente que está vomitando e com dor intensa. A oferta de apenas 1 litro de Ringer lactato por dia (500 mL de 12/12h) é insuficiente para a ressuscitação volêmica necessária. A angiotomografia não é o exame de escolha para avaliação inicial da pancreatite.

Questão 17

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro de dor abdominal infraumbilical (hipogástrio) associado a sintomas urinários irritativos (disúria e polaciúria). Embora esses sintomas sugiram inicialmente uma infecção do trato urinário, a presença de leucocitúria moderada (20.000 leucócitos/mL) pode ser secundária a um processo inflamatório adjacente à bexiga ou ao ureter, conhecido como piúria reativa. No exame físico, a ausência de sinais de irritação peritoneal e a estabilidade hemodinâmica sugerem um quadro inflamatório ainda localizado.

Análise da Imagem:

As imagens de Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve mostram, na fossa ilíaca direita e região pélvica, uma estrutura tubular, de fundo cego, distendida (diâmetro aumentado), com realce de suas paredes pelo contraste e densificação da gordura periapendicular adjacente. Não são observadas coleções organizadas volumosas, gás extraluminal ou pneumoperitônio que indiquem perfuração evidente ou formação de abscesso complexo. A localização pélvica do apêndice explica a sintomatologia urinária por contiguidade com a bexiga.

Explicação das Alternativas:

a) Abscesso túbulo-ovariano: Incorreta. Embora a paciente seja jovem, sexualmente ativa e apresente corrimento, a imagem de TC é característica de apendicite (origem no ceco). Além disso, no abscesso túbulo-ovariano, esperaríamos observar uma massa complexa anexial com paredes espessas e realce heterogêneo, o que não condiz com a estrutura tubular identificada.

b) Ureterolitíase: Incorreta. A ureterolitíase costuma causar dor lombar com irradiação para a região inguinal (cólica nefrética) e, frequentemente, hematúria. A TC não demonstra cálculos radioisodensos no trajeto ureteral ou hidroureteronefrose significativa que justifique o quadro.

c) Apendicite aguda não complicada: Correta. O quadro clínico de dor em hipogástrio (comum em apêndices de localização pélvica) somado aos achados tomográficos de espessamento do apêndice e densificação da gordura circundante, sem evidências de complicações maiores (como abscessos ou ar livre), define o diagnóstico de apendicite aguda não complicada. A leucocitúria é um achado frequente quando o apêndice inflamado está em contato com o trato urinário inferior.

d) Apendicite aguda perfurada: Incorreta. Clinicamente, a perfuração costuma cursar com sinais de irritação peritoneal difusa (abdome em tábua ou sinal de Blumberg positivo), febre e piora do estado geral, o que a paciente não apresenta (bom estado geral, sem peritonite). Na TC, a perfuração seria sugerida por pneumoperitônio, coleções purulentas bloqueadas ou grande quantidade de líquido livre, achados que não são os principais nas imagens apresentadas.

Questão 18

Esta questão aborda uma complicação comum no manejo do trauma torácico: o posicionamento incorreto do dreno de tórax.

Análise do Caso Clínico e Imagem:

O paciente foi submetido a uma drenagem torácica à direita devido a um pneumotórax pós-trauma. No entanto, ele permanece sintomático, apresentando dor, taquipneia, diminuição do murmúrio vesicular à direita e necessidade de oxigênio suplementar para manter a saturação. Ao observarmos a radiografia de tórax, notamos que o dreno de tórax está mal posicionado. Ele pode ser visualizado no hemitórax direito, mas segue um trajeto extrapleural, estando localizado no tecido subcutâneo (paralelo à parede costal externa). Há também a presença de enfisema subcutâneo extenso, o que reforça que o ar não está sendo devidamente drenado do espaço pleural, mas sim escapando para os tecidos moles.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta): Como o dreno atual não está cumprindo sua função por estar localizado fora da cavidade pleural (drenagem subcutânea), e o paciente mantém sinais clínicos e radiológicos de pneumotórax não resolvido, a conduta imperativa é a retirada do dreno mal posicionado e a realização de uma nova drenagem torácica, garantindo que o dreno seja inserido adequadamente no espaço pleural para reexpandir o pulmão.

Alternativa B (Incorreta): Não há indicação para drenagem do hemitórax esquerdo, uma vez que a patologia e os achados clínicos estão restritos ao lado direito. O dreno

à esquerda não resolveria o problema mecânico no lado direito.

Alternativa C (Incorreta): A tomografia de tórax é um excelente exame, mas, neste caso, o diagnóstico de dreno mal posicionado já é evidente pela radiografia simples e pela clínica do paciente. Postergar a correção da drenagem em um paciente taquipneico e hipoxêmico para realizar uma tomografia atrasa o tratamento definitivo e coloca o paciente em risco.

Alternativa D (Incorreta): A fisioterapia respiratória é uma medida auxiliar importante no pós-operatório e no trauma, mas ela não tem capacidade de resolver um pneumotórax causado por uma falha mecânica na drenagem. Enquanto o ar não for removido do espaço pleural por um dreno funcional, a fisioterapia não terá efeito na reexpansão pulmonar.

Questão 19

Para avaliar o risco de malignidade de um nódulo tireoidiano à ultrassonografia, utilizamos critérios morfológicos bem estabelecidos, como os do sistema ACR TI-RADS ou da American Thyroid Association (ATA). As características de maior suspeição incluem a hipoecogenicidade, a presença de microcalcificações, as margens irregulares ou mal delimitadas e o formato mais alto do que largo (taller-than-wide).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o nódulo seja sólido e hipoecogênico, ele possui limites bem definidos e não apresenta focos ecogênicos (microcalcificações). Além disso, o tamanho reduzido (menor que 1 cm) diminui a urgência de investigação diagnóstica invasiva na ausência de outros fatores de risco.

b) Incorreta. Este nódulo apresenta diversas características de benignidade: é hiperecogênico (geralmente associado a baixo risco), tem limites bem definidos, é mais largo do que alto e possui fluxo vascular predominantemente periférico. Esses achados sugerem um nódulo de baixo risco (provavelmente TI-RADS 2).

c) Incorreta. Nódulos isoecogênicos possuem risco intermediário. As calcificações grosseiras, embora necessitem de atenção, são menos específicas para malignidade do que as microcalcificações. Frequentemente, calcificações grosseiras ou "em casca de ovo" estão associadas a processos crônicos ou nódulos benignos antigos, apesar de não excluírem a neoplasia.

d) Correta. Esta alternativa descreve o nódulo com o maior número de critérios de

suspeição para câncer de tireoide (especialmente o carcinoma papilífero). As características que justificam o gabarito são: ser sólido, hipocogênico, possuir contornos parcialmente delimitados (margens imprecisas) e, fundamentalmente, apresentar focos hiperecogênicos puntiformes, que são as microcalcificações. Além disso, o tamanho (1,2 cm) já preenche critérios para indicação de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), conforme a maioria dos consensos, devido à sua morfologia suspeita.

Questão 20

Análise do caso:

A paciente idosa apresenta um quadro de hematoquezia e emagrecimento, sintomas de alerta clássicos para neoplasia colorretal. As imagens apresentadas corroboram essa suspeita clínica. A colonoscopia revela uma volumosa lesão vegetante, friável e estenosante, que ocupa grande parte da luz intestinal. Já a ressonância magnética da pelve demonstra um importante espessamento parietal circunferencial em segmento intestinal baixo, compatível com o tumor sugerido.

Sobre os exames laboratoriais, a paciente apresenta anemia (Hb 10,9 g/dL) com perfil ferroprivo evidente. A saturação de transferrina está reduzida (12%) e a ferritina encontra-se em 40 ng/mL. É fundamental notar que a PCR está elevada (15,2 mg/dL), indicando um estado inflamatório. Em pacientes inflamados, a ferritina (que é uma proteína de fase aguda) pode estar falsamente normal. Nessas condições, um valor de ferritina inferior a 100 ng/mL confirma a deficiência de ferro.

No manejo pré-operatório, a otimização da hemoglobina (estratégia de Patient Blood Management) é essencial para reduzir a necessidade de transfusões de sangue no intra e no pós-operatório, que estão associadas a maiores taxas de infecção e a um pior prognóstico oncológico. O ferro por via endovenosa é a conduta preferencial, pois garante uma reposição mais rápida e eficaz, superando o bloqueio da absorção intestinal de ferro causado pela inflamação (mediada pela hepcidina).

Alternativa a: Correta. O diagnóstico é compatível com neoplasia de cólon/reto e a conduta de escolha para corrigir a anemia ferropriva no pré-operatório imediato é o ferro endovenoso.

Alternativa b: Incorreta. A eritropoetina não é o tratamento inicial para anemia ferropriva. Sua indicação é restrita a casos de anemia de doença crônica refratária ou a situações específicas onde a reposição isolada de ferro não é suficiente, o que não é o caso inicial aqui.

Alternativa c: Incorreta. A neoplasia de canal anal geralmente se manifesta com dor anal, massa palpável ao toque retal ou sangramento vivo distal, e possui características histológicas e de imagem diferentes das apresentadas, que mostram uma lesão tipicamente colorretal.

Alternativa d: Incorreta. Incorreta tanto no diagnóstico (canal anal) quanto na conduta para a anemia (eritropoetina como primeira linha).

Questão 21

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro de trauma torácico de alta energia (colisão a 70 km/h sem cinto) com sinais claros de instabilidade hemodinâmica e respiratória. Os achados principais são: hipotensão (PA 90 x 70 mmHg), taquicardia (FC 130 bpm), queda na saturação de oxigênio (88%) e diminuição do murmúrio vesicular à direita. Diante de um trauma de tórax com insuficiência respiratória e choque (hipotensão + taquicardia), a principal suspeita diagnóstica deve ser o pneumotórax hipertensivo.

Por que a alternativa (b) está correta?

A toracentese descompressiva é a conduta imediata indicada para o pneumotórax hipertensivo. Segundo o protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support), o diagnóstico do pneumotórax hipertensivo é clínico e não deve aguardar exames de imagem. A descompressão transforma um pneumotórax hipertensivo (que causa choque obstrutivo por compressão dos vasos da base e desvio do mediastino) em um pneumotórax simples, estabilizando o paciente até que a drenagem torácica definitiva em selo d'água possa ser realizada.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

a) Infundir 1 litro de cristalóide: Embora a reposição volêmica faça parte do atendimento ao trauma, o choque neste paciente tem um componente obstrutivo claro devido ao provável pneumotórax hipertensivo. Infundir líquidos sem resolver a causa da obstrução mecânica ao retorno venoso não resolverá a hipotensão e pode atrasar a manobra que salva a vida do paciente.

c) Intubação orotraqueal: A intubação orotraqueal em um paciente com pneumotórax hipertensivo não diagnosticado ou não tratado é perigosa. A ventilação por pressão positiva pode piorar rapidamente o aprisionamento de ar no espaço pleural, agravando o colapso cardiovascular e podendo levar à parada cardiorrespiratória imediata. A prioridade é a descompressão torácica antes de qualquer suporte ventilatório invasivo.

d) Realizar o FAST: O FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) é uma ferramenta útil para buscar líquido livre na cavidade abdominal ou tamponamento cardíaco. No entanto, o quadro clínico de diminuição do murmúrio vesicular associado ao choque e desconforto respiratório aponta diretamente para uma patologia torácica (B - respiração), que deve ser tratada antes de prosseguir para a avaliação abdominal ou exames complementares (C - circulação). O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é clínico e a conduta deve ser imediata.

Questão 22

O diagnóstico de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é definido pela Escala de Coma de Glasgow (ECG). No caso apresentado, o paciente evoluiu de uma pontuação inicial de 14 para uma pontuação atual de 8 (Abertura Ocular 2 + Resposta Verbal 2 + Resposta Motora 4). Pelos critérios do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), um TCE com ECG menor ou igual a 8 é classificado como grave. Além disso, a presença de midríase à direita (anisocoria) em um paciente com rebaixamento do nível de consciência sugere um fenômeno de herniação uncal, indicando uma lesão expansiva intracraniana grave.

A conduta imediata no protocolo de trauma segue a ordem do ABCDE. No item A (Via aérea com controle da coluna cervical), a Escala de Glasgow menor ou igual a 8 é uma indicação clássica para o estabelecimento de uma via aérea definitiva (intubação orotraqueal), visando proteger a via aérea de aspiração e garantir a oxigenação adequada para prevenir lesões cerebrais secundárias. Como a unidade de saúde não dispõe de neurocirurgião, após a estabilização inicial, o paciente deve ser transferido imediatamente para um centro de trauma com suporte especializado.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está correta. O diagnóstico de TCE grave está fundamentado na ECG de 8. A intubação é obrigatória pela pontuação na escala de coma e a transferência é necessária pela ausência de recursos cirúrgicos no local.

Alternativa b: Está incorreta. O TCE é classificado como moderado quando a pontuação na ECG está entre 9 e 12. Com uma pontuação de 8, ele entra na categoria de grave.

Alternativa c: Está incorreta. Além do erro na classificação (moderado), a conduta de observação clínica é inadequada para um paciente em deterioração neurológica aguda. O manitol pode ser utilizado como medida de salvação para reduzir a pressão intracraniana, mas não substitui a necessidade de intubação e transferência imediata.

Alternativa d: Está incorreta. Embora o diagnóstico de TCE grave esteja correto, a realização da tomografia de crânio em uma unidade que não possui neurocirurgia não deve retardar a transferência ou a estabilização das vias aéreas. No trauma, a estabilização do "A" (via aérea) precede a realização de exames de imagem complementares.

Questão 23

Análise do Caso Clínico

O paciente apresenta um quadro clássico de hemorragia digestiva alta varicosa (HDA), sugerido pelo histórico de etilismo crônico e episódios recorrentes de sangramento. O cenário é de instabilidade hemodinâmica grave (choque hipovolêmico classe IV) e sangramento vultoso que não cessou após as medidas iniciais, levando ao rebaixamento do nível de consciência e à necessidade de proteção da via aérea.

O procedimento mencionado, que pode ser realizado pelo médico emergencista à beira-leito para o controle temporário de um sangramento varicoso maciço e refratário, é a passagem do Balão de Sengstaken-Blakemore. Esse balão promove o tamponamento mecânico das varizes esofágicas e gástricas.

Análise das Alternativas

Alternativa (a) Incorreta. Contaminação cruzada, febre e reação hemolítica são complicações clássicas relacionadas à hemotransfusão (transfusão de hemoderivados), que certamente faz parte do manejo do choque, mas não são complicações do procedimento de tamponamento por balão.

Alternativa (b) Correta. O uso do Balão de Sengstaken-Blakemore é uma medida de salvamento, mas está associado a riscos graves. A necrose de asa do nariz ocorre pela pressão excessiva do tubo contra a narina se não houver proteção e fixação adequadas. A isquemia esofágica e a perfuração do esôfago decorrem da pressão excessiva exercida pelos balões (especialmente se o tempo de insuflação for prolongado, geralmente recomendado por, no máximo, 24 horas) ou pelo posicionamento incorreto do balão gástrico, que pode migrar para o esôfago e romper o órgão ao ser insuflado.

Alternativa (c) Incorreta. Encefalopatia hepática e insuficiência renal (como a Síndrome Hepatorrenal) são complicações sistêmicas da cirrose e do sangramento digestivo volumoso (a digestão de sangue no lúmen intestinal aumenta a amônia). A hemobilia é uma causa rara de hemorragia digestiva alta relacionada a traumas ou

procedimentos nas vias biliares, não sendo uma complicação do balão.

Alternativa (d) Incorreta. Embora a ulceração esofágica e a dor torácica possam ocorrer pelo uso do balão, a estenose esofágica é uma complicação tardia e cicatricial, mais comumente associada à escleroterapia endoscópica ou à ingestão de substâncias cáusticas, não sendo uma complicação aguda do procedimento de emergência descrito.

Conclusão

O gabarito correto é a letra (b), pois destaca as principais complicações mecânicas e isquêmicas decorrentes do tamponamento por balão esofágico, procedimento fundamental para o controle temporário de sangramentos exanguinantes no departamento de emergência.

Questão 24

Nesta questão, abordamos uma complicação clássica após hernioplastias laparoscópicas (como a técnica TAPP): a dor neuropática crônica por lesão nervosa intraoperatória. Para compreender o caso, é fundamental o conhecimento da anatomia da região inguinal vista por via posterior, especificamente o conceito do Triângulo da Dor.

O Triângulo da Dor é delimitado superiormente pelo trato ileopúbico e medialmente pelos vasos gonadais (ou ducto deferente). Dentro deste espaço, situam-se nervos sensitivos importantes: o nervo cutâneo femoral lateral, o ramo femoral do nervo genitofemoral e o nervo femoral. A fixação da tela com grampos ou tachas abaixo do trato ileopúbico e lateralmente aos vasos epigástricos e vasos gonadais frequentemente resulta em lesão ou aprisionamento desses nervos, manifestando-se como dor ou parestesia na região inguinal e face anterior/medial da coxa.

Alternativa (a) Correta: A localização descrita (lateral aos vasos epigástricos e abaixo do trato ileopúbico) corresponde exatamente à área de risco para lesão nervosa (Triângulo da Dor). Como a dor persiste por 6 semanas e possui características neuropáticas, o tratamento inicial deve ser conservador com o uso de neuromoduladores, sendo a gabapentina ou a pregabalina as opções de primeira linha para controle algico antes de se considerar qualquer intervenção cirúrgica para retirada de grampos.

Alternativa (b) Incorreta: A ligadura dos vasos gonadais poderia causar dor testicular ou atrofia testicular a longo prazo, mas não explicaria a dor irradiada para a face medial da coxa. Além disso, o ultrassom Doppler de testículos não é a conduta inicial para dor com características nitidamente neuropáticas no pós-operatório de hérnia.

Alternativa (c) Incorreta: A migração da tela é uma complicação rara e geralmente ocorre em prazos mais longos, não sendo a causa provável de dor iniciada precocemente no pós-operatório. O quadro clínico de dor em trajeto nervoso é muito mais sugestivo de trauma direto pelos grampos. A tomografia de abdome não é o exame de escolha inicial para esta suspeita.

Alternativa (d) Incorreta: O seroma é uma coleção fluida comum, mas o enunciado afirma que ao exame físico a região inguinal não apresentava abaulamentos. Além disso, a punção de coleções sobre a tela cirúrgica é contraindicada como conduta inicial pelo alto risco de infecção da prótese, devendo ser reservada apenas para casos de suspeita de infecção ou grandes coleções sintomáticas. A dor por seroma seria local e por efeito de massa, não irradiada para a coxa.

Questão 25

A colelitíase (pedra na vesícula) é uma condição relativamente rara na infância e no início da adolescência, quando comparada à população adulta. Quando presente em pacientes pediátricos, ela frequentemente está associada a doenças subjacentes, sendo as anemias hemolíticas a causa principal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o estrogênio aumente a saturação de colesterol na bile e reduza a motilidade da vesícula biliar (o que explica a maior prevalência de cálculos em mulheres após a puberdade), a puberdade precoce não é a causa mais comum ou classicamente associada à colelitíase na infância em provas de residência.

b) Incorreta. A história familiar é um fator de risco importante para o desenvolvimento de cálculos de colesterol em adultos, devido a componentes genéticos e hábitos compartilhados. Contudo, em uma paciente de 12 anos, a busca diagnóstica deve focar prioritariamente em causas sistêmicas ou hematológicas.

c) Incorreta. Curiosamente, os níveis de colesterol no sangue não têm uma correlação direta e forte com a formação de cálculos biliares. A hipercolesterolemia familiar predispõe a doenças cardiovasculares precoces (aterosclerose), mas não é a principal etiologia para colelitíase em crianças.

d) Correta. A anemia falciforme é a doença hematológica mais frequentemente associada à colelitíase na faixa pediátrica. Devido à hemólise crônica (destruição dos glóbulos vermelhos), há uma produção excessiva de bilirrubina indireta. Essa bilirrubina é conjugada no fígado e excretada na bile em grandes quantidades, onde

pode se precipitar com o cálcio, formando cálculos de pigmento biliar (cálculos pretos). Estima-se que uma porcentagem significativa de pacientes com anemia falciforme desenvolverá cálculos biliares ainda na segunda década de vida.

Resumo do raciocínio: Diante de um quadro de colelitíase em criança ou adolescente, a primeira hipótese etiológica a ser pesquisada deve ser uma doença hemolítica, sendo a anemia falciforme a mais prevalente em nosso meio.

Questão 26

Esta é uma questão clássica que exige o raciocínio anatômico baseado nos achados de imagem para localizar o nível da obstrução biliar.

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta uma síndrome colestática clássica (icterícia, colúria e acolia) de caráter progressivo e associada a emagrecimento, o que levanta forte suspeita de neoplasia maligna. Os exames laboratoriais confirmam o padrão obstrutivo, com elevação acentuada de enzimas canaliculares (fosfatase alcalina e GGT) e de bilirrubina direta.

Análise da localização da obstrução (ultrassom):

O ponto-chave da questão está no achado do ultrassom:

1. Dilatação de vias biliares intra-hepáticas.
2. Vesícula biliar murcha e colédoco de diâmetro normal.

Se a vesícula está murcha e o colédoco não está dilatado, a obstrução deve estar localizada acima da inserção do ducto cístico, ou seja, no ducto hepático comum ou na confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na coledocolítíase, a obstrução ocorre no colédoco (via biliar extra-hepática). Portanto, o esperado seria encontrar o colédoco dilatado e, frequentemente, a vesícula biliar estaria preenchida ou com cálculos.

b) Incorreta. O adenocarcinoma de papila duodenal é um tumor periampular. Por obstruir a porção distal do colédoco, ele causa dilatação de toda a árvore biliar, incluindo tanto as vias intra-hepáticas quanto as extra-hepáticas (colédoco dilatado) e a vesícula biliar (sinal de Courvoisier-Terrier).

c) Correta. O tumor de Klatskin é um colangiocarcinoma hilar, localizado na confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo. Como a obstrução é alta (na

região do hilo hepático), as vias biliares intra-hepáticas se dilatam, mas a bile não consegue descer para a vesícula ou para o colédoco. Por isso, a vesícula permanece murcha e o colédoco mantém seu calibre normal. O quadro de icterícia progressiva e perda de peso em uma paciente idosa é típico desta neoplasia.

d) Incorreta. A síndrome de Mirizzi consiste na compressão extrínseca do ducto hepático comum por um cálculo impactado no ducto cístico ou no colo da vesícula biliar. Embora a localização da obstrução possa ser semelhante à do tumor de Klatskin, o enunciado afirma explicitamente que a vesícula biliar está sem cálculos, o que descarta essa hipótese, que é obrigatoriamente decorrente de colelitíase.

Conclusão:

A combinação de icterícia obstrutiva maligna com dilatação exclusiva de vias intra-hepáticas aponta diretamente para o tumor de Klatskin.

Questão 27

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A descrição de um tumor de 3 cm no fundo gástrico, recoberto por mucosa normal e com umbilicação central (sinal do vulcão), é clássica de uma lesão subepitelial. O principal diagnóstico diferencial para esse achado é o GIST (Tumor Estromal Gastrointestinal), embora outros tumores mesenquimais como leiomiomas ou schwannomas também possam apresentar esse aspecto.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A gastrectomia com linfadenectomia a D2 é o tratamento padrão para o adenocarcinoma gástrico (câncer gástrico comum), que se origina na mucosa. No caso descrito, a lesão é subepitelial. Se o diagnóstico for GIST, a disseminação linfonodal é rara, e o tratamento cirúrgico preconizado é a ressecção em cunha com margens livres, sem a necessidade de linfadenectomia radical. Além disso, uma gastrectomia D2 na urgência sem diagnóstico definido seria uma conduta excessivamente agressiva.

Alternativa B (Incorreta): A radioterapia hemostática é reservada para pacientes com sangramento decorrente de neoplasias malignas avançadas e irresssecáveis, ou para pacientes sem condições cirúrgicas. Não é o tratamento inicial para uma lesão de 3 cm que pode ser curada com cirurgia.

Alternativa C (Incorreta): A síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não polipoide) aumenta o risco de adenocarcinoma gástrico, mas esse tumor geralmente

se manifesta como lesões vegetantes ou ulceradas da mucosa, e não como uma massa subepitelial com mucosa íntegra. Não há elementos na questão que sugiram essa síndrome hereditária.

Alternativa D (Correta): Esta é a alternativa correta. Como a lesão está localizada abaixo da mucosa (camada submucosa ou muscular própria), as biópsias endoscópicas convencionais com pinça costumam alcançar apenas a mucosa normal que recobre o tumor. Por esse motivo, o resultado frequentemente vem como "mucosa gástrica normal" ou "gastrite crônica leve", o que configura um falso negativo, já que a pinça não atingiu o tecido tumoral subjacente. Para o diagnóstico histológico dessas lesões, muitas vezes são necessárias técnicas como a ecoendoscopia com punção por agulha fina (FNA) ou biópsias por escavação ("well biopsy").

Questão 28

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): A colonoscopia é considerada o padrão-ouro no rastreamento do câncer colorretal justamente por sua versatilidade. Como método diagnóstico, permite a visualização direta da mucosa e a realização de biópsias. Como intervenção terapêutica, possibilita a realização de polipectomias e mucosectomias, removendo lesões pré-neoplásicas (adenomas) e interrompendo a sequência adenoma-carcinoma, o que reduz efetivamente a incidência e a mortalidade pela doença. Em casos selecionados de câncer *in situ* ou intramucoso, a ressecção endoscópica pode ser, inclusive, curativa.

Alternativa B (Incorreta): Pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), o que inclui tanto a Doença de Crohn quanto a Retocolite Ulcerativa (RCU), apresentam risco aumentado para câncer colorretal. Portanto, a RCU não segue a estratégia de rastreamento da população geral. Para ambas as condições, o rastreamento (vigilância) geralmente se inicia após 8 a 10 anos de evolução da doença, com colonoscopias periódicas e biópsias seriadas, independentemente da idade de 45 ou 50 anos preconizada para o risco habitual.

Alternativa C (Incorreta): A colonografia por tomografia computadorizada (colonoscopia virtual) pode ser uma opção em casos específicos, mas não é a recomendação principal para pacientes relutantes. O teste de sangue oculto nas fezes (preferencialmente o imunoquímico — FIT) é a alternativa de primeira linha para quem recusa métodos invasivos. É importante lembrar que a colonoscopia virtual também exige preparo intestinal rigoroso e, se houver qualquer achado suspeito, o paciente precisará obrigatoriamente realizar uma colonoscopia

convencional para biópsia ou retirada da lesão.

Alternativa D (Incorreta): A colonoscopia é o exame de maior sensibilidade e especificidade disponível para o câncer colorretal, sendo capaz de detectar a vasta maioria das lesões malignas e pré-malignas. As limitações do exame para o rastreamento populacional em larga escala não são de acurácia, mas sim de custo, necessidade de infraestrutura especializada, necessidade de preparo intestinal, uso de sedação e o caráter invasivo do procedimento.

Questão 29

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta veias varicosas e tortuosas, o que a enquadraria inicialmente em C2. No entanto, o exame físico revela a presença de edema bilateral nos membros inferiores. De acordo com a classificação CEAP, a presença de edema de origem venosa eleva a categoria clínica para C3. O enunciado ressalta a ausência de alterações de cor (pigmentação), textura (lipodermatoesclerose) ou ulcerações, o que exclui as classificações C4, C5 e C6. Portanto, a classificação clínica correta é C3.

Classificação CEAP (Componente Clínico):

C0: Sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa.

C1: Telangiectasias ou veias reticulares.

C2: Veias varicosas (diâmetro maior que 3 mm).

C3: Edema.

C4a: Pigmentação ou eczema.

C4b: Lipodermatoesclerose ou atrofia branca.

C5: Úlcera venosa cicatrizada.

C6: Úlcera venosa ativa.

Conduta terapêutica:

Para uma paciente jovem, com sintomas importantes (dor, peso, queimação), impacto nas atividades laborais (cabeleireira que permanece muito tempo em pé) e já apresentando complicações como o edema (C3), o tratamento cirúrgico das varizes está indicado. O objetivo é eliminar os pontos de refluxo e as veias doentes. O uso de meias elásticas de compressão graduada é fundamental para o manejo do edema e controle sintomático, servindo como tratamento adjuvante ou conservador inicial.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Apesar de sugerir a conduta correta, o erro está na classificação. A paciente não possui C4, pois não apresenta as alterações de pele

características (como dermatite de estase ou hiperpigmentação ocre).

Alternativa b) Incorreta. A anticoagulação plena é indicada para o tratamento de eventos trombóticos agudos (trombose venosa profunda ou embolia pulmonar). A insuficiência venosa crônica é uma condição estrutural/funcional das veias e não tem indicação de anticoagulação como tratamento de base.

Alternativa c) Incorreta. A escleroterapia de telangiectasias (vasinhos) trata apenas o componente C1. Ela não é o tratamento principal para varizes calibrosas e tortuosas nem para o edema (C3), que requerem abordagem do refluxo em veias maiores (safenas ou tributárias).

Alternativa d) Correta. A classificação C3 está perfeitamente aplicada devido ao edema. O tratamento cirúrgico é a escolha para pacientes sintomáticos com varizes e edema que buscam melhora definitiva e funcional, sendo a compressão elástica uma aliada importante no tratamento global da paciente.

Questão 30

Esta questão aborda o manejo da dor pós-operatória em um paciente submetido a um procedimento comum, a colecistectomia laparoscópica. Para resolvê-la, devemos aplicar os conceitos da Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS), adaptada para a dor aguda.

O paciente apresenta uma dor de intensidade moderada (escore 5/10) e já está em uso de analgesia de primeiro degrau (analgésicos simples, como o paracetamol, e anti-inflamatórios não esteroidais, como o cetoprofeno). Como ele possui alergia à dipirona, essa opção está descartada. Diante do insucesso da terapia inicial, o próximo passo lógico é a progressão para o segundo degrau da escada analgésica.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O paracetamol possui um efeito teto, o que significa que, após atingir a dose terapêutica máxima recomendada, aumentar a dose não resulta em maior alívio da dor, mas aumenta significativamente o risco de hepatotoxicidade. No caso, a dor moderada persistente indica a necessidade de adicionar uma nova classe de fármaco, não de sobrecarregar a via metabólica do paracetamol.

Alternativa (b) Correta: De acordo com a escada analgésica da OMS, para dores de intensidade moderada (4 a 6 em 10) que não respondem a analgésicos simples e AINEs, a conduta indicada é a introdução de um opioide fraco. O tramadol é o exemplo clássico de opioide de ação curta/fraco utilizado nessa transição. Ele ajudará

no controle da dor sem a necessidade imediata de opioides potentes, permitindo que o paciente respire melhor e se mobilize no pós-operatório.

Alternativa (c) Incorreta: Os relaxantes musculares de ação central não são a terapia de escolha para a dor pós-operatória de cirurgias intra-abdominais. A dor nesse contexto provém principalmente da incisão cirúrgica, da manipulação visceral e da distensão peritoneal pelo CO₂ (pneumoperitônio). Relaxantes musculares não possuem potência analgésica suficiente para tratar essa condição e não substituem os opioides no segundo degrau da analgesia.

Alternativa (d) Incorreta: A morfina é considerada um opioide forte, pertencente ao terceiro degrau da escada analgésica, indicada para dores intensas (escore 7 a 10). Embora possa ser utilizada no pós-operatório, a prática recomendada é a escalada progressiva. Como o paciente apresenta dor moderada (5/10), o uso de um opioide fraco (como o tramadol) deve preceder o uso de opioides fortes, reservando a morfina para casos de dor refratária ou de maior intensidade. Além disso, a via subcutânea pode ter absorção variável dependendo da perfusão tecidual, sendo a via oral ou intravenosa preferível conforme a estabilidade clínica.

Questão 31

Análise do quadro clínico:

Estamos diante de um escolar de 8 anos com taquicardia de complexo estreito (QRS fino), conforme demonstrado na imagem do monitor cardíaco. O ritmo é regular, com frequência cardíaca (FC) de 187 bpm e ausência de ondas P visíveis antes de cada QRS. De acordo com o protocolo PALS (Pediatric Advanced Life Support), uma FC acima de 180 bpm em crianças, associada a um complexo estreito e início súbito, é altamente sugestiva de Taquicardia Supraventricular (TSV).

Avaliação da estabilidade hemodinâmica:

O paciente apresenta-se hemodinamicamente estável. A pressão arterial (98 x 56 mmHg) está dentro da normalidade para a idade, o tempo de enchimento capilar é de 2 segundos (normal), os pulsos estão cheios e não há sinais de insuficiência cardíaca ou choque. O paciente está ansioso, mas colaborativo.

Conduta conforme o PALS:

Para casos de TSV em pacientes estáveis, o primeiro passo terapêutico são as manobras vagais (como a aplicação de bolsa de gelo na face em lactentes ou a manobra de Valsalva em crianças maiores que colaboram). Se as manobras vagais não reverterem o ritmo, a próxima etapa é a administração de adenosina por via endovenosa.

Alternativa (a) Incorreta: A adenosina é a droga de escolha para a TSV, porém, em pacientes estáveis, as manobras vagais devem ser tentadas antes da administração do fármaco.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa segue estritamente o fluxograma do PALS para taquicardia de complexo estreito em paciente estável: realizar manobras vagais inicialmente e, se não houver sucesso, partir para a adenosina.

Alternativa (c) Incorreta: A cardioversão elétrica sincronizada (0,5 a 1 J/kg na primeira dose) é a conduta de escolha para pacientes com taquicardia e instabilidade hemodinâmica (hipotensão, alteração do estado mental, sinais de choque), o que não é o caso deste paciente.

Alternativa (d) Incorreta: A atropina é um medicamento indicado para o tratamento de bradicardias sintomáticas, e não possui indicação no manejo de taquicardias de complexo estreito.

Questão 32

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de síndrome nefrítica, caracterizado pela tríade de edema, hipertensão arterial e hematúria (sugerida pela urina escurecida e oligúria). O histórico de infecção de pele (piodermite) tratada com cefalexina há um mês, respeitando o período de latência de 2 a 6 semanas, aponta diretamente para o diagnóstico de glomerulonefrite difusa aguda (GNDA) pós-estreptocócica. No exame físico, a presença de estertores crepitantes, taquipneia e queda de saturação indica uma complicação frequente da GNDA: a congestão volêmica (edema agudo de pulmão clínico).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: Embora a conduta de restrição hidrossalina e o uso de furosemida estejam corretos para tratar a sobrecarga de volume, o laboratório está descrito de forma errada. Em uma GNDA, espera-se que os anticorpos contra o estreptococo estejam elevados (evidenciando infecção prévia), e não diminuídos. Além disso, a ASLO (antiestreptolisina O) é um marcador que se eleva preferencialmente após faringoamigdalites, sendo frequentemente negativa ou baixa em casos precedidos por infecção de pele.

Alternativa (b) Incorreta: Esta alternativa descreve achados e condutas típicas da síndrome nefrótica (como a doença de lesão mínima), onde há hipalbuminemia

importante e necessidade de corticoterapia. Na GNDA (síndrome nefrítica), o edema não ocorre por queda da albumina, mas sim por redução da taxa de filtração glomerular e retenção de sódio e água. O corticoide não faz parte do tratamento inicial da GNDA pós-estreptocócica clássica.

Alternativa (c) Correta: Esta é a alternativa que melhor correlaciona o diagnóstico e a gravidade do caso. O anticorpo anti-DNase B é o marcador mais sensível para comprovar infecção estreptocócica prévia quando a porta de entrada foi a pele (piodermite). Quanto à conduta, o paciente apresenta sinais claros de hipervolemia grave (congestão pulmonar e hipertensão), sendo mandatório o suporte com restrição de líquidos e sódio, além do uso de diuréticos de alça (furosemida) para reduzir a pré-carga e controlar a pressão arterial.

Alternativa (d) Incorreta: O dismorfismo eritrocitário é um achado esperado no sedimento urinário, pois confirma que a hematúria tem origem no glomérulo. No entanto, a conduta proposta de "albumina e corticoide" está errada para este caso, sendo reservada para condições nefróticas ou glomerulopatias imunomediadas específicas, não sendo o tratamento da GNDA pós-estreptocócica.

Questão 33

Para resolver essa questão, o primeiro passo é classificar o estado de hidratação do lactente seguindo as normas do Ministério da Saúde (Manual da AIDPI). A criança apresenta sinais de desidratação (irritabilidade, olhos fundos, mucosas secas e sinal da prega com retorno lento), porém não apresenta sinais de gravidade ou choque (está irritable e não letárgica, tem pulsos cheios, pressão arterial normal e presença de lágrimas).

Essa apresentação clínica enquadra o paciente no Plano B de tratamento da desidratação.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Correta. O Plano B do Ministério da Saúde é indicado para crianças com sinais de desidratação, mas que não estão em choque. O tratamento consiste na Terapia de Reidratação Oral (TRO) supervisionada na unidade de saúde, utilizando o Soro de Reidratação Oral (SRO) em doses de 50 a 100 mL/kg em um período de 4 a 6 horas, com reavaliação contínua.

Alternativa b) Incorreta. Em quadros de diarreia aguda com desidratação leve a moderada, o diagnóstico é clínico. A solicitação de exames laboratoriais (eletrólitos e função renal) não deve retardar o início da reidratação e é reservada para casos de

desidratação grave (Plano C), evolução atípica ou suspeita de distúrbios hidroeletrólíticos graves.

Alternativa c) Incorreta. A reidratação intravenosa (Plano C) está indicada apenas quando há sinais de desidratação grave (como letargia, incapacidade de beber líquidos, pulsos débeis ou ausentes) ou quando a reidratação oral falha (vômitos persistentes e incoercíveis, íleo paralítico ou perda fecal maior que a ingestão). O paciente em questão tem estabilidade hemodinâmica (PA normal e pulsos cheios), o que contraindica o uso imediato da via parenteral.

Alternativa d) Incorreta. Além de a via intravenosa não ser a indicação inicial para este caso, a composição descrita (soro glicosado 5% e soro fisiológico em partes iguais) não segue os protocolos atuais de expansão volêmica. Para a expansão rápida no Plano C, utiliza-se Soro Fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato. O uso de soro hipotônico (como a mistura com glicosado) na fase de expansão pode levar a distúrbios eletrolíticos perigosos, como a hiponatremia aguda.

Questão 34

O quadro clínico apresenta um caso clássico de suspeita de maus-tratos infantis. Os principais indicadores são: hematomas em diferentes estágios de evolução (policromatismo), sugerindo agressões repetidas ao longo do tempo; localização das lesões em áreas protegidas ou menos sujeitas a traumas acidentais (costas e braços); e alteração comportamental significativa (retraimento, postura defensiva e esquiva de contato físico).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora o suporte psicológico seja fundamental no acompanhamento de longo prazo e a escola seja uma parceira na rede de proteção, essas não são as condutas iniciais prioritárias diante de uma suspeita de violência. A prioridade é garantir a segurança da criança por meio dos canais legais.

Alternativa B: Correta. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei nº 13.010/2014 (Lei Menino Bernardo), a notificação de casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente é obrigatória. O médico não precisa ter a prova do abuso; a simples suspeita fundamentada já obriga a notificação ao Conselho Tutelar ou à autoridade competente. No pronto-socorro, essa é a medida imediata para garantir a proteção do menor.

Alternativa C: Incorreta. Orientar a avó a confrontar os pais é uma conduta perigosa.

Se os pais forem os agressores, isso pode colocar a criança em risco ainda maior de retaliação, além de permitir que os responsáveis destruam evidências ou fujam. O médico deve acolher a acompanhante, mas a investigação dos fatos cabe aos órgãos de proteção e segurança.

Alternativa D: Incorreta. A realização de exames laboratoriais (como coagulograma) pode ser indicada em casos de dúvida diagnóstica para descartar distúrbios de coagulação que justifiquem hematomas espontâneos. No entanto, o conjunto de achados deste caso (comportamento defensivo e estágios diferentes das lesões) torna a suspeita de abuso muito alta, fazendo da notificação a conduta ética e legal prioritária em relação à investigação orgânica secundária.

Em resumo, diante da suspeita de violência infantil, o dever do médico é notificar o caso para que a rede de proteção possa agir, independentemente da confirmação diagnóstica definitiva no momento do atendimento inicial.

Questão 35

ESTRUTURAÇÃO DA CONDOTA EM LINFONODOMEGALIAS NA INFÂNCIA

A análise deste caso clínico exige a identificação imediata de sinais de alerta (red flags) para malignidade em pediatria. O paciente apresenta um linfonodo cervical de 3,5 cm (dimensão superior a 2 cm é preocupante), com consistência endurecida e aderido a planos profundos (sinais clássicos de neoplasia), além de localização supraclavicular. Na infância, a presença de linfonodo supraclavicular é quase invariavelmente associada a patologias graves, como linfomas ou metástases de tumores de células germinativas ou neuroblastoma. A presença de febre baixa reforça a necessidade de investigação célere.

Alternativa A (Correta): Esta é a conduta padrão diante de alta suspeita de malignidade. A biópsia excisional (retirada completa do linfonodo) é preferível à punção, pois preserva a arquitetura do tecido, essencial para o diagnóstico histopatológico e imuno-histoquímico de linfomas. Os exames de imagem, como a ultrassonografia cervical e a tomografia de tórax, são necessários para avaliar o estadiamento, verificar o comprometimento de outras cadeias e, crucialmente, descartar a presença de massas no mediastino, que podem causar compressão de vias aéreas.

Alternativa B (Incorreta): O acompanhamento clínico por 4 a 6 semanas é reservado para linfonodomegalias com características benignas, ou seja, linfonodos pequenos (menores que 2 cm), móveis, de consistência fibroelástica, geralmente dolorosos e associados a quadros infecciosos prévios das vias aéreas superiores. Diante de

linfonodos endurecidos, fixos e supraclaviculares, a conduta expectante é contraindicada, pois atrasa o diagnóstico de câncer.

Alternativa C (Incorreta): Exames laboratoriais como hemograma, PCR e DHL (desidrogenase láctica) podem fornecer dados auxiliares importantes (como citopenias ou marcadores de alta rotatividade celular), mas são inespecíficos. Nenhum exame de sangue substitui a análise tecidual (biópsia) quando as características físicas do linfonodo sugerem fortemente malignidade. O erro principal da alternativa é sugerir apenas o acompanhamento clínico após os exames.

Alternativa D (Incorreta): A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é frequentemente insuficiente para o diagnóstico inicial de linfomas, pois não permite a avaliação da arquitetura linfonodal. Em crianças, a biópsia excisional é o procedimento de escolha. Além disso, o quadro clínico descrito (linfonodo fixo e supraclavicular) é pouco provável de ser causado por mononucleose infecciosa (EBV) ou citomegalovírus, que costumam cursar com linfonodos móveis, dolorosos e outros sintomas como faringite e esplenomegalia.

Questão 36

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um lactente de 8 meses com uma reação de hipersensibilidade imediata (vômitos, urticária e angioedema) logo após a ingestão de ovo. O envolvimento de mais de um sistema (gastrointestinal e cutâneo-mucoso) após a exposição a um provável alérgeno caracteriza um episódio de anafilaxia, corretamente tratado com adrenalina intramuscular. Trata-se de uma alergia alimentar mediada por IgE.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A recomendação atual, baseada em evidências, indica que, se a criança vinha sendo amamentada exclusivamente e não apresentava sintomas, não há necessidade de restringir o alimento da dieta materna após o diagnóstico de alergia alimentar no lactente por ingestão direta. A passagem de proteínas do ovo pelo leite materno ocorre em quantidades mínimas, geralmente insuficientes para desencadear reações em crianças que toleravam o aleitamento sem sintomas prévios. A restrição desnecessária na dieta da nutriz pode comprometer seu estado nutricional e a adesão ao aleitamento materno.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Esta alternativa está incorreta porque generaliza a contraindicação. A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), embora cultivada em fibroblastos de embrião de galinha, não contém quantidades significativas de proteína do ovo, sendo segura para pacientes alérgicos. Quanto à influenza e à febre amarela, a maioria dos pacientes com alergia ao ovo pode receber a vacina contra influenza sem restrições ou em ambiente controlado, dependendo da gravidade. A vacina contra febre amarela exige cautela e avaliação especializada (teste cutâneo com a vacina ou fracionamento), mas não é uma contraindicação absoluta inicial para todos os casos.

Alternativa B: Está incorreta porque não existe idade mínima para a realização de testes de IgE específica, seja por testes cutâneos (*prick test*) ou exames de sangue (IgE sérica específica). Embora a interpretação em lactentes muito jovens exija cautela, os testes podem ser realizados para auxiliar no diagnóstico e no acompanhamento da sensibilização.

Alternativa C: O teste de provocação oral (TPO) é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico de alergias alimentares; porém, ele é desnecessário e contraindicado quando há uma história clínica clara de reação imediata grave (anafilaxia) logo após a ingestão isolada do alimento, como no caso descrito. O risco de uma nova reação grave durante o teste supera o benefício diagnóstico imediato. O TPO será útil futuramente para avaliar a aquisição de tolerância.

Questão 37

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro clínico sugestivo de Imunodeficiência Primária, especificamente um defeito na imunidade humoral (produção de anticorpos). Os principais indícios são as infecções respiratórias recorrentes por bactérias e, muito importante, a diarreia recorrente por *Giardia lamblia*. A *Giardia* é um marcador clássico de deficiência de IgA ou de Imunodeficiência Comum Variável (IDCV), pois a falta de anticorpos na mucosa intestinal facilita a colonização e infecção por esse protozoário. O fato de o paciente ter asma e rinite também é compatível, pois quadros de atopia e autoimunidade são frequentes em pacientes com IDCV.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

Para investigar defeitos de anticorpos, o primeiro passo laboratorial é a dosagem das imunoglobulinas séricas (IgG, IgA e IgM). No entanto, alguns pacientes podem ter níveis normais de imunoglobulinas totais, mas não conseguem produzir anticorpos específicos contra determinados antígenos. Como o menino tem o calendário vacinal completo, o passo seguinte é avaliar a resposta funcional do sistema imune. Isso é feito através da sorologia para anticorpos polissacarídeos (geralmente avaliando a

resposta à vacina do Pneumococo). Se o paciente não tiver títulos protetores mesmo após a vacinação, confirma-se um defeito funcional na produção de anticorpos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: O hemograma é um exame de triagem inicial e a imunofenotipagem (contagem de linfócitos B, T e NK) é útil para classificar o tipo de imunodeficiência. No entanto, a tomografia de seios da face é um exame de imagem que diagnostica a patologia instalada (sinusite), servindo para avaliar a gravidade da doença atual, mas não contribui para a investigação da etiologia imunológica subjacente.

Alternativa c: Embora a sorologia para anticorpos proteicos (como antitétano ou antidifteria) seja parte da investigação funcional, a dosagem de IgE específica para aeroalérgenos serve apenas para o controle clínico das alergias (asma e rinite) e não para a investigação da causa das infecções bacterianas e da giardíase.

Alternativa d: A espirometria avalia a função pulmonar devido à asma ou sequelas de pneumonias, mas não investiga a causa da imunodeficiência. O painel genético para deficiência de fagócitos seria indicado se o paciente apresentasse abscessos cutâneos ou profundos e infecções por bactérias catalase-positivas (como *S. aureus*), o que não é o quadro típico de infecção por *Giardia*. As subpopulações de linfócitos são importantes, mas a avaliação funcional de anticorpos (alternativa b) é mais direta para o quadro apresentado.

Questão 38

ANÁLISE DOS ACHADOS CLÍNICOS

O paciente apresenta sinais iniciais de puberdade. No sexo masculino, o primeiro marco clínico da puberdade é o aumento do volume testicular (igual ou superior a 4 ml ou 2,5 cm no maior eixo), acompanhado pelo adelgaçamento e leve pigmentação da pele escrotal. A presença de pequenas quantidades de pelos finos e pouco pigmentados na base do pênis caracteriza o início da puberquia.

ESTADIAMENTO DE TANNER

A descrição clínica fornecida (testículos aumentados com escroto pigmentado e poucos pelos na base do pênis) corresponde ao Estágio II de Tanner, tanto para genitália (G2) quanto para pelos pubianos (P2).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): O Estágio II de Tanner marca o início da puberdade masculina. No Brasil e na literatura internacional, o início da puberdade em meninos

é considerado normal entre os 9 e 14 anos de idade. Portanto, um menino de 12 anos no estágio II está perfeitamente dentro da normalidade cronológica.

Alternativa B (INCORRETA): O Estágio I de Tanner refere-se ao estado pré-púbere, onde não há pelos pubianos (P1) e os testículos possuem volume menor que 4 ml (G1). Os achados descritos no enunciado (pigmentação escrotal e presença de pelos) excluem esta fase.

Alternativa C (INCORRETA): No Estágio III de Tanner, ocorre um aumento maior do pênis (principalmente em comprimento) e os pelos tornam-se mais escuros e encaracolados, estendendo-se sobre a sínfise púbica. Além disso, a puberdade só é considerada precoce no sexo masculino se iniciar antes dos 9 anos de idade. Aos 12 anos, o paciente está na faixa etária esperada.

Alternativa D (INCORRETA): O estadiamento de Tanner é estritamente clínico, baseado na inspeção e palpação (uso do orquidômetro de Prader para volume testicular). Embora a testosterona suba durante a puberdade, os níveis hormonais não definem o estágio de maturação sexual, que é uma classificação fenotípica.

CONCLUSÃO

Os achados de aumento testicular inicial, alteração escrotal e pelos esparsos definem o Estágio II de Tanner, o que é um achado fisiológico e esperado para a idade de 12 anos.

Questão 39

Análise da Questão:

O caso descreve um recém-nascido a termo com depressão respiratória ao nascer. Após o início da ventilação com pressão positiva (VPP) com máscara e balão por 30 segundos, a frequência cardíaca (FC) caiu de 80 para 60 bpm e a respiração continua irregular. De acordo com as diretrizes de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do ILCOR, o passo mais importante quando a FC não sobe após a VPP inicial é garantir que a ventilação esteja sendo efetiva antes de progredir para manobras mais invasivas.

Alternativa (a) Incorreta: Aumentar a concentração de oxigênio não é a prioridade se a ventilação não estiver sendo mecanicamente eficaz. O principal determinante do sucesso na reanimação neonatal é a expansão pulmonar adequada. Se houver falha na técnica de ventilação (como escape na máscara), o oxigênio suplementar não chegará aos alvéolos e a FC continuará a cair.

Alternativa (b) Correta: Quando a FC permanece abaixo de 100 bpm após os primeiros 30 segundos de VPP, a primeira atitude do profissional deve ser verificar a técnica e realizar os passos corretivos da ventilação. Isso é comumente lembrado pelo acrônimo MR. SOPA (Máscara, Reposicionamento, Sucção, Open mouth/Boca aberta, Pressão, Alternativa de via aérea). Corrigir o escape da máscara é o primeiro passo desses ajustes para garantir que o volume de ar esteja de fato entrando nos pulmões do recém-nascido.

Alternativa (c) Incorreta: A intubação traqueal pode vir a ser necessária caso os ajustes manuais na máscara não resolvam a situação ou se houver necessidade de VPP prolongada. No entanto, o protocolo exige que se tente corrigir a ventilação com máscara primeiro ou que se verifique a técnica antes de proceder para a via aérea avançada, a menos que a ventilação com máscara seja claramente impossível.

Alternativa (d) Incorreta: A massagem cardíaca é indicada apenas quando a FC permanece abaixo de 60 bpm após pelo menos 30 segundos de VPP efetiva (geralmente realizada por meio de intubação traqueal para garantir a máxima eficiência). Iniciar a massagem sem garantir que os pulmões estão sendo ventilados é um erro grave, pois a causa da bradicardia no recém-nascido é quase sempre a hipóxia por falha respiratória. Primeiro ventila-se adequadamente; se a FC não subir, então massageia-se.

Questão 40

Análise do Quadro Clínico:

O caso descreve um quadro clássico da Síndrome PFAPA (acrônimo em inglês para Febre Periódica, Estomatite Aftosa, Faringite e Adenite cervical). Esta é a causa mais comum de febre periódica na infância. Os critérios diagnósticos presentes no enunciado incluem: episódios recorrentes de febre com início antes dos 5 anos de idade, sintomas constitucionais na ausência de infecção de vias aéreas superiores (faringite, aftas e adenite cervical), crescimento e desenvolvimento normais, e intervalos completamente assintomáticos entre as crises.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O uso de antitérmicos e anti-inflamatórios comuns, como o ibuprofeno, serve apenas para o controle sintomático da temperatura. Eles não possuem a capacidade de interromper o ciclo inflamatório da crise de PFAPA, sendo considerados tratamentos adjuvantes e não a conduta principal.

Alternativa (b) Incorreta: A adenoamidalectomia é uma opção de tratamento

definitiva que apresenta altas taxas de cura para a PFAPA. No entanto, ela é reservada para casos em que o tratamento clínico não é satisfatório ou quando a frequência das crises compromete significativamente a qualidade de vida da criança e da família. Não é a conduta de manejo imediato para um paciente em vigência de febre no pronto-atendimento.

Alternativa (c) Correta: O uso de corticosteroides em dose única (prednisona 1 a 2 mg/kg ou betametasona 0,1 a 0,2 mg/kg) é o tratamento de escolha para as crises agudas de PFAPA. A resposta é considerada um teste terapêutico, pois a febre costuma desaparecer de forma dramática em poucas horas após a administração. É importante orientar os pais que, embora o corticoide interrompa a crise atual, ele não previne crises futuras e, em alguns pacientes, pode reduzir o intervalo entre os episódios.

Alternativa (d) Incorreta: A colchicina é o tratamento de escolha para outra síndrome de febre periódica, a Febre Familiar do Mediterrâneo. Na PFAPA, ela pode ser utilizada de forma profilática diária em casos refratários para tentar aumentar o intervalo entre as crises, mas não é utilizada para o manejo da crise aguda de febre alta.

Gabarito: Letra (c).

Questão 41

O quadro clínico apresentado é altamente sugestivo de Sinovite Transitória do Quadril. Esta é a causa mais comum de dor no quadril e claudicação (mancar) em crianças na faixa etária de 3 a 8 anos. Os pontos-chave para o diagnóstico são o início agudo dos sintomas, o bom estado geral do paciente (ausência de febre ou sinais de gravidade) e o histórico de uma infecção viral prévia (quadro gripal) há uma semana.

ANALISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): O uso de antibióticos com cobertura para *S. pyogenes* ou *S. aureus* seria indicado em casos de Artrite Séptica. Diferente da sinovite transitória, a artrite séptica é uma emergência médica que se manifesta com febre alta, dor intensa à mínima mobilização da articulação, recusa em deambular e sinais de toxemia (aspecto doente), o que não condiz com o "bom estado geral" relatado no caso.

Alternativa B (Correta): A Sinovite Transitória do Quadril é uma condição inflamatória benigna e autolimitada. A conduta padrão é o tratamento conservador, que inclui

repouso relativo e o uso de medicamentos sintomáticos, como analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), para alívio da dor e do desconforto. A recuperação costuma ocorrer espontaneamente em um período de 3 a 10 dias.

Alternativa C (Incorreta): A tomografia computadorizada não é o exame de escolha para a avaliação inicial de dor no quadril em crianças. Caso houvesse dúvida diagnóstica, a ultrassonografia seria o exame de imagem preferencial para identificar a presença de derrame articular (acúmulo de líquido na articulação), por ser um método rápido, sem radiação e eficaz para este fim.

Alternativa D (Incorreta): O deslizamento epifisário (epifisiólise) é uma patologia típica de adolescentes (geralmente entre 10 e 16 anos), frequentemente associada ao sobrepeso. Além da faixa etária não coincidir, o diagnóstico da epifisiólise é realizado através de radiografia simples do quadril nas incidências anteroposterior e em posição de rã (Lauenstein), e não por ultrassonografia.

Questão 42

Análise do caso clínico:

O paciente de 8 anos de idade possui diagnóstico de asma confirmado por critérios clínicos e funcionais (espirometria com prova broncodilatadora positiva). Ele está atualmente no Step 2 do tratamento preconizado pelo GINA (Global Initiative for Asthma), que consiste no uso de corticoide inalatório (CI) em baixa dose diária. O quadro clínico atual indica que a asma não está controlada, uma vez que o paciente apresenta sintomas diurnos e necessidade de resgate mais de duas vezes por semana, além de limitação em atividades físicas. Diante da falha terapêutica no Step 2, a conduta correta é o escalonamento para o Step 3 do tratamento para crianças de 6 a 11 anos.

Alternativa a: Correta. Para crianças de 6 a 11 anos no Step 3, as opções preferenciais são o aumento da dose do corticoide inalatório para dose média ou a manutenção da dose baixa de corticoide associada a um beta-2 agonista de longa duração (LABA). A substituição da beclometasona (CI isolado) pela associação fixa de budesonida-formoterol (CI + LABA) em baixa dose diária contempla o escalonamento terapêutico necessário para buscar o controle dos sintomas.

Alternativa b: Incorreta. Embora dobrar a dose de beclometasona para dose média seja uma opção válida para o Step 3, a estratégia de usar a combinação formoterol-budesonida apenas nas crises (estratégia MART) associada a uma dose dobrada de CI de manutenção não é a recomendação padrão para essa etapa do tratamento nessa faixa etária. A estratégia MART envolve o uso da mesma combinação para manutenção e resgate.

Alternativa c: Incorreta. A associação de um antagonista dos receptores de leucotrienos, como o montelucaste, ao corticoide inalatório em dose baixa é considerada uma opção secundária (alternativa) no Step 3. No entanto, ela é menos eficaz no controle de exacerbações e sintomas do que a adição de um LABA ou o aumento da dose do corticoide inalatório.

Alternativa d: Incorreta. O uso da combinação CI-formoterol apenas nas crises (uso SOS) é a estratégia preferencial para os Steps 1 e 2 em adolescentes e adultos (acima de 12 anos). Para crianças de 6 a 11 anos que já não estão controladas com uso diário de corticoide, suspender a manutenção para usar a medicação apenas se houver sintomas representaria um retrocesso no tratamento e um risco aumentado de perda de controle e exacerbações.

Resumo da conduta: No manejo da asma em escolares, quando o controle não é atingido com baixa dose de corticoide inalatório, deve-se progredir para o Step 3, sendo a adição de um LABA ao CI uma das condutas de escolha.

Questão 43

Análise do Quadro Clínico:

O paciente é um lactente de 6 meses que apresenta febre há 3 dias acompanhada da chamada tríade catarral: tosse, coriza e conjuntivite (com hiperemia e secreção). O surgimento de um exantema maculopapular difuso associado a estes sintomas respiratórios e oculares intensos é altamente sugestivo de sarampo. A otoscopia alterada (hiperemia sem abaulamento) e a ausculta com roncos indicam o comprometimento das vias aéreas e mucosas típico desta infecção viral, sendo a otite uma das complicações frequentes.

Hipótese Diagnóstica Principal: Sarampo.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Está correta. O sarampo é uma doença de notificação compulsória imediata. Isso significa que a notificação deve ser realizada em até 24 horas após a suspeita clínica, pelo meio mais rápido disponível, para as autoridades de saúde. Essa medida é crucial para o controle epidemiológico, permitindo a investigação de contatos e a realização do bloqueio vacinal oportuno.

Alternativa b) Está incorreta. A conduta descrita (internação, ecocardiograma, AAS e imunoglobulina) é o tratamento padrão para a Doença de Kawasaki. Embora Kawasaki curse com febre, exantema e conjuntivite, o diagnóstico exige pelo menos

5 dias de febre (o paciente tem apenas 3) e a conjuntivite costuma ser não exsudativa. Além disso, a presença de sintomas catarrais importantes (tosse e coriza) fala fortemente contra Kawasaki e a favor de sarampo.

Alternativa c) Está incorreta. A amoxicilina é o tratamento de escolha para Otite Média Aguda (OMA) bacteriana. No entanto, a otoscopia descrita mostra membranas hiperemiadas e opacas, mas "sem abaulamento", o que sugere uma congestão viral ou fase muito inicial, não sendo a conduta prioritária frente ao quadro sistêmico suspeito de sarampo. O manejo do sarampo em lactentes foca na suplementação de Vitamina A e suporte.

Alternativa d) Está incorreta. A prova do laço é um teste utilizado na suspeita de dengue para avaliar a fragilidade capilar e o risco de sangramentos. O quadro clínico do paciente, dominado por sintomas respiratórios intensos e secreção ocular, não é compatível com a apresentação típica da dengue.

Conclusão:

O quadro clínico é uma apresentação clássica de sarampo. Dada a sua alta transmissibilidade e o status epidemiológico da doença, a notificação imediata é a conduta obrigatória e prioritária para qualquer médico diante da suspeita clínica.

Questão 44

Análise do Gráfico e Diagnóstico Antropométrico:

Ao observar o gráfico de IMC para idade (Meninas de 5 a 19 anos), o ponto vermelho que representa a paciente de 12 anos está localizado acima da linha do escore-z +3. De acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotados pelo Ministério da Saúde, essa classificação define o diagnóstico de Obesidade Grave (ou Obesidade de Classe II/III, dependendo da referência).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora o rastreamento lipídico seja necessário em adolescentes com obesidade, a dosagem de LDL (lipoproteína de baixa densidade) não faz parte dos critérios diagnósticos da Síndrome Metabólica em pediatria. Segundo a International Diabetes Federation (IDF), os componentes lipídicos da síndrome metabólica para essa faixa etária são os triglicerídeos elevados e o HDL-C baixo.

b) Incorreta. A recomendação atual da Organização Mundial da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria para crianças e adolescentes (5 a 17 anos) é a prática de, no mínimo, 60 minutos diários de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, e não apenas 30 minutos.

c) Incorreta. Em casos de Obesidade Grave (escore-z > +3), a conduta terapêutica não se limita à manutenção do peso. O objetivo é a redução gradual do IMC para diminuir os riscos metabólicos e cardiovasculares imediatos e tardios. O desenvolvimento puberal incompleto (M3) não contraindica a perda de peso assistida com orientação nutricional adequada para garantir o aporte de micronutrientes.

d) Correta. Pacientes com obesidade grave apresentam alto risco para comorbidades. A Doença Gordurosa Não Alcoólica do Fígado (DGNAF) é uma das complicações mais frequentes. O rastreio é habitualmente iniciado com a dosagem de transaminases (ALT) e complementado com a ultrassonografia abdominal para identificar a presença de esteatose hepática, sendo esta uma conduta padrão na avaliação de adolescentes com esse perfil antropométrico.

Questão 45

Esta questão aborda o manejo do calendário vacinal em atraso, seguindo as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde. Para resolver o caso de um lactente de 6 meses que nunca foi vacinado, devemos considerar as idades-limite para cada imunobiológico e a transição das vacinas inativadas para as orais.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

ALTERNATIVA A: INCORRETA. O erro principal é a indicação da vacina contra o rotavírus (VORH). De acordo com o PNI, a primeira dose desta vacina deve ser administrada obrigatoriamente entre os 2 meses e, no máximo, até os 3 meses e 15 dias de vida. Como o paciente já tem 6 meses, ele ultrapassou o limite de idade para iniciar o esquema e não deve receber a vacina. Além disso, o esquema básico atual da Pneumocócica 10-valente é de 2 doses (aos 2 e 4 meses) com um reforço aos 12 meses, e não 3 doses no primeiro ano.

ALTERNATIVA B: CORRETA. Esta alternativa apresenta a conduta adequada para a atualização vacinal:

- BCG: Pode ser aplicada em dose única em crianças de até 4 anos, 11 meses e 29 dias que ainda não foram vacinadas.
- VIP (Poliomielite Inativada): O esquema básico de três doses deve ser realizado exclusivamente com a vacina inativada (VIP), com intervalo de 60 dias entre as doses.
- Pentavalente: Necessária para proteger contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e Haemophilus influenzae tipo b. São indicadas 3 doses com intervalo de 60 dias.
- Meningocócica C: Para crianças que iniciam o esquema após os 5 meses, o

protocolo de catch-up prevê 2 doses com intervalo de 60 dias (mais o reforço aos 12 meses).

- Pneumocócica 10-valente: Para quem inicia aos 6 meses, aplicam-se 2 doses com intervalo de 60 dias (mais o reforço).

- Covid-19: Desde 2024, a vacina contra a Covid-19 foi incluída no calendário de rotina para crianças de 6 meses a menores de 5 anos. O esquema inicial consiste em doses com intervalo de 4 semanas entre a primeira e a segunda.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. O erro reside na indicação da VOP (Poliomielite Oral) para o esquema primário. O PNI determina que as três primeiras doses da vacina contra a pólio (esquema básico) devem ser obrigatoriamente feitas com a VIP (inativada/injetável). A vacina oral (VOP) é utilizada apenas para as doses de reforço e em campanhas de multivacinação.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. Apresenta dois erros fundamentais: primeiro, inclui a vacina contra o rotavírus, que está contraindicada para o início em crianças de 6 meses devido ao limite de idade de 3 meses e 15 dias. Segundo, indica a vacina DTP (difteria, tétano e pertussis) em vez da Pentavalente. Como o lactente nunca recebeu nenhuma imunização, ele precisa obrigatoriamente dos componentes contra hepatite B e Hib, que estão presentes na formulação Pentavalente utilizada na rede pública para o esquema básico.

Questão 46

A questão descreve um quadro de hemorragia pós-parto (HPP) em uma paciente com fatores de risco importantes: gestação gemelar, que causa sobredistensão uterina e predispõe à atonia, e hipertensão crônica. O reconhecimento precoce e a abordagem sistemática são os pilares do manejo da HPP, seguindo o protocolo da Hora Ouro.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o misoprostol e o balão de tamponamento façam parte do arsenal terapêutico da atonia uterina, eles não são as primeiras medidas a serem tomadas. Além disso, existe uma contraindicação formal nesta alternativa: a ergotamina (Ergometril) não deve ser administrada em pacientes hipertensas, como é o caso da paciente em questão, devido ao risco de crise hipertensiva grave e acidentes vasculares.

Alternativa (b) Correta: Esta opção reflete as ações imediatas preconizadas nos protocolos de hemorragia obstétrica (Hora Zero). Antes de iniciar intervenções medicamentosas ou invasivas, é fundamental pedir ajuda para acionar a equipe multiprofissional. Simultaneamente, deve-se avaliar a gravidade do sangramento através da estimativa objetiva da perda sanguínea e do cálculo do índice de choque (frequência cardíaca dividida pela pressão arterial sistólica). O índice de choque é

uma ferramenta diagnóstica precoce de instabilidade hemodinâmica, sendo superior à avaliação isolada da pressão arterial.

Alternativa (c) Incorreta: O ácido tranexâmico deve ser administrado precocemente, mas a transfusão sanguínea e a ligadura de artérias hipogástricas são medidas para casos de choque grave ou hemorragia refratária. A ligadura é um procedimento cirúrgico invasivo de alta complexidade e não constitui uma medida inicial de primeira linha.

Alternativa (d) Incorreta: A ocitocina é a droga de primeira escolha para o tratamento da atonia uterina. No entanto, a alternativa está incorreta ao incluir a ergotamina, que é contraindicada para gestantes com hipertensão. Além disso, o resfriamento abdominal não possui recomendação técnica ou evidência científica no manejo da hemorragia; a manobra física indicada é a massagem uterina bimanual (manobra de Hamilton).

Questão 47

Para a resolução desta questão, é fundamental o conhecimento da classificação de Caldwell-Moloy para os tipos de bacia feminina, que considera o formato do estreito superior e suas implicações no mecanismo de parto.

A alternativa (d) é a correta. A bacia platipeloide é caracterizada por ser uma bacia achatada no sentido anteroposterior. As principais características citadas no enunciado que confirmam este diagnóstico são o reduzido diâmetro anteroposterior do estreito superior e a insinuação fetal obrigatoriamente no diâmetro transversal, uma vez que não há espaço suficiente nos outros diâmetros para a passagem da cabeça fetal. O ângulo subpúbico na bacia platipeloide é tipicamente amplo (obtuso), o que também foi mencionado na questão.

Alternativa (a) incorreta: A bacia ginecoide é o tipo mais comum e favorável ao parto. Ela apresenta um estreito superior arredondado, com os diâmetros anteroposterior e transversal bem equilibrados e proporcionais. O ângulo subpúbico é amplo (em torno de 90 graus), mas a insinuação fetal geralmente ocorre nos diâmetros oblíquos, e não no transversal de forma obrigatória como na platipeloide.

Alternativa (b) incorreta: A bacia androide, ou masculina, tem o estreito superior em formato triangular (ou de coração). Embora apresente espinhas isquiáticas proeminentes e diâmetro anteroposterior reduzido, ela se diferencia drasticamente da descrição por possuir um ângulo subpúbico estreito (agudo) e paredes pélvicas convergentes, o que dificulta a progressão do parto.

Alternativa (c) incorreta: A bacia antropoide possui um formato ovalado, porém no sentido vertical. Isso significa que o seu diâmetro anteroposterior é significativamente maior do que o diâmetro transverso. Devido a essa conformação, a insinuação fetal ocorre preferencialmente no diâmetro anteroposterior, frequentemente em variedades de posição occipitossacrais ou occipitopúbicas.

Portanto, a combinação de bacia ovalada com achatamento anteroposterior, ângulo subpúbico largo e insinuação em diâmetro transverso define classicamente a bacia platipeloide.

Questão 48

O ponto central desta questão é o impacto da hiperglicemia materna durante o período de organogênese (primeiras 8 semanas de gestação). Pacientes com diabetes mellitus pré-gestacional (tipo 1 ou tipo 2) mal controlado, como evidenciado pela hemoglobina glicada (HbA1c) de 9,6%, apresentam um risco significativamente aumentado de malformações congênitas. O ideal para uma programação gestacional seria uma HbA1c abaixo de 6,5%.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a agenesia renal possa ocorrer na embriopatia diabética, a deleção de falanges não é um achado clássico ou frequente associado ao diabetes materno. Malformações de extremidades no diabetes costumam envolver mais a parte distal da coluna e membros inferiores (como na regressão caudal).

b) Incorreta. Hipertelorismo (aumento da distância entre os olhos) e implantação baixa de orelhas são dismorfismos faciais mais comumente associados a cromossomopatias (como a síndrome de Down ou de Turner) ou outras síndromes genéticas específicas, não sendo marcadores típicos do diabetes pré-gestacional descompensado.

c) Incorreta. O cisto do plexo coroide é considerado um "marcador suave", frequentemente transitório ou associado à trissomia do cromossomo 18 (síndrome de Edwards). A estenose uretral também não figura entre as malformações urogenitais mais prevalentes relacionadas ao diabetes, que seriam a agenesia renal, duplicação ureteral e hidronefrose.

d) Correta. Esta alternativa apresenta dois exemplos clássicos da embriopatia diabética:

1. Defeitos cardíacos: são as malformações mais comuns no diabetes pré-gestacional, sendo a comunicação interventricular (defeito de septo

interventricular) e a transposição de grandes artérias bastante frequentes.

2. Síndrome da regressão caudal: é a malformação mais específica (patognomônica) do diabetes materno. Embora rara na população geral, sua ocorrência está fortemente ligada ao diabetes mal controlado, caracterizando-se por graus variáveis de agenesia lombossacra e alterações em membros inferiores.

Em resumo, a hiperglicemia atua como um teratígeno potente. Quanto maior o nível da hemoglobina glicada no período periconcepcional, maior a probabilidade de malformações, especialmente cardíacas e do sistema esquelético/tubo neural.

Questão 49

O caso clínico apresenta uma gestante de 35 semanas com pré-eclâmpsia grave, caracterizada por níveis pressóricos acima de 160 x 110 mmHg (173 x 121 mmHg) e sinais de iminência de eclâmpsia (dor epigástrica e náuseas). Diante desse quadro de urgência hipertensiva na gestação, a conduta deve focar na estabilização materna e na resolução da gestação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a internação, os exames, a hidralazina e o sulfato de magnésio estejam corretos, a realização de cesariana, por si só, não é a conduta padrão. A pré-eclâmpsia grave, isoladamente, não é uma indicação absoluta de cesariana. A via de parto deve ser decidida com base em critérios obstétricos (condições cervicais, vitalidade fetal e estabilidade materna). A indução do parto é preferível sempre que possível.

b) Incorreta. A metildopa é um anti-hipertensivo de ação central utilizado para o controle crônico da pressão arterial, não sendo a droga de escolha para o manejo de crises hipertensivas agudas (emergências). Além disso, o uso de corticoides para maturação pulmonar fetal é indicado, geralmente, até a 34ª semana de gestação; como a paciente está na 35ª semana, o benefício é reduzido frente à necessidade de resolução imediata após a estabilização.

c) Correta. Esta alternativa descreve o manejo padrão-ouro para a pré-eclâmpsia grave/iminência de eclâmpsia:

1. Internação: Obrigatória para monitoramento.

2. Exames de rotina hipertensiva: Para avaliar disfunção orgânica (função renal, enzimas hepáticas, plaquetas e proteinúria).

3. Hidralazina: Medicamento de escolha para o controle agudo da pressão arterial em níveis de crise (acima de 160/110 mmHg) para prevenir complicações como o AVC.

4. Sulfato de magnésio: Droga de escolha para a prevenção e tratamento de

convulsões (eclâmpsia), obrigatória em casos de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade.

5. Indução do parto após estabilização: Como a gestação já ultrapassou as 34 semanas, a conduta é o parto. A estabilização clínica da mãe deve preceder o nascimento, e a indução vaginal é a via preferencial se as condições materno-fetais permitirem.

d) Incorreta. Esta alternativa falha ao omitir o uso do sulfato de magnésio. Em uma paciente com sinais de iminência de eclâmpsia (dor epigástrica e náuseas), a administração do magnésio é fundamental e mandatária para evitar a progressão para convulsões, que aumentariam drasticamente a morbimortalidade materna e fetal.

Questão 50

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um carcinoma escamoso de colo uterino em estágio muito inicial, diagnosticado após uma exérese da zona de transformação (EZT). Para definir a conduta, devemos classificar a lesão de acordo com o estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO):

1. Profundidade de invasão: 1,6 mm (menor que 3 mm).
2. Espaço linfovascular: Ausência de invasão.
3. Margens cirúrgicas: Livres para lesão invasora e para lesão pré-neoplásica.

Esses critérios classificam a doença como Estádio IA1. No Estádio IA1, quando não há invasão de espaço linfovascular e as margens do cone/EZT estão livres, o procedimento de exérese já é considerado terapêutico para pacientes que desejam preservar a fertilidade.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A traquelectomia (remoção do colo uterino e parte dos paramétrios) é uma cirurgia indicada para preservar a fertilidade em estádios um pouco mais avançados, como IA2 ou IB1 (lesões maiores que 3 mm ou visíveis). Para o estágio IA1 com margens livres, a própria conização ou EZT já realizada é o tratamento conservador suficiente, não havendo necessidade de ampliar para traquelectomia.

Alternativa (b) CORRETA: Esta é a conduta preconizada pelos protocolos do INCA (Instituto Nacional de Câncer) e da FIGO. Se a paciente é nuligesta e manifesta

desejo de engravidar, o tratamento pode ser conservador. Uma vez que o estágio é IA1, sem invasão linfovascular e com margens livres, a peça cirúrgica já retirou todo o foco da doença. Nesses casos, permite-se a preservação do útero com acompanhamento rigoroso através de colposcopia e citologia oncótica (Papanicolaou) semestrais.

Alternativa (c) INCORRETA: A idade de 40 anos e a suposta reserva ovariana não são contraindicações absolutas para a conduta conservadora no câncer de colo uterino. A decisão de preservar o útero deve ser compartilhada com a paciente. Se ela deseja gestar, o critério técnico que autoriza a conservação é o estadiamento IA1 com margens livres, independentemente da idade cronológica.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora o teste de HPV seja uma ferramenta importante no seguimento pós-tratamento para identificar risco de recidiva, a decisão pela conduta conservadora é tomada com base no resultado anatomopatológico da peça cirúrgica (estádio IA1 com margem livre). Não se espera 6 meses para decidir se a conduta será conservadora ou não; essa decisão é imediata ao resultado da biópsia/exérese. Além disso, o seguimento padrão pode ser feito apenas com citologia e colposcopia, embora o teste de DNA-HPV possa ser associado.

RESUMO DIDÁTICO

Carcinoma de Colo Uterino Estádio IA1 (Invasão menor que 3 mm):

- Sem invasão linfovascular + Margens Livres + Desejo de Gestação: Conduta conservadora (apenas o cone/EZT basta).
- Prole completa ou Margens Comprometidas (sem possibilidade de novo cone): Histerectomia simples (Tipo A).

Questão 51

A questão aborda o diagnóstico diferencial dos corrimentos vaginais em uma popula o específica: homens transg neros em uso de testosterona. O uso de testosterona promove um estado de hipoestrogenismo, levando   atrofia (hipotrofismo) da mucosa vaginal, o que altera a microbiota local e o pH vaginal, predispondo a condi es inflamatórias.

Análise das características clínicas apresentadas:

1. Conteúdo vaginal amarelo fluido abundante.
2. Sinais de inflama o intensa (prurido, escoria es e erosões).
3. Hipotrofismo da mucosa (devido ao uso de testosterona).
4. pH alcalino.

Explica o das alternativas:

a) Vaginose bacteriana: Incorreta. Embora a vaginose bacteriana apresente pH alcalino, ela é uma "vaginose" e não uma "vaginite", o que significa que não há sinais inflamatórios significativos. O conteúdo costuma ser acinzentado, com odor fétido característico, e não costuma causar erosões ou prurido intenso.

b) Tricomoniase: Incorreta. A tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível que causa corrimento amarelo-esverdeado, bolhoso e inflamação. No entanto, o sinal clássico no colo é o aspecto de "morango" (colpite focal), diferente das "múltiplas diminutas erosões esparsas" e do hipotrofismo marcante descrito, que direcionam o diagnóstico para a vaginite aeróbia em pacientes hipoestrogênicos.

c) Vaginite aeróbia: Correta. Esta condição é caracterizada por uma disbiose na qual os lactobacilos são substituídos por bactérias aeróbias (como E. coli, estreptococos do grupo B e S. aureus). É comum em estados de hipoestrogenismo (como na menopausa ou no uso de testosterona). Os achados típicos incluem corrimento amarelado ou esverdeado, pH bastante elevado (alcalino), sinais inflamatórios exuberantes e, crucialmente, a presença de áreas de erosão e descamação na mucosa vaginal (vaginite descamativa), exatamente como descrito no caso.

d) Vaginose citolítica: Incorreta. Esta condição é o oposto da descrita. Na vaginose citolítica, há um excesso de lactobacilos, o que torna o pH extremamente ácido (geralmente abaixo de 4,5). O conteúdo vaginal é esbranquiçado e grumoso, semelhante ao da candidíase, sem a presença de erosões ou alcalinização do pH.

Em resumo, o quadro de inflamação vaginal com erosões em uma mucosa hipotrófica (pelo uso de testosterona) e pH alcalino é a descrição clássica da vaginite aeróbia.

Questão 52

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Para responder corretamente a esta questão, é necessário aplicar as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA/Ministério da Saúde, 2016). O caso descreve uma paciente de 28 anos com dois resultados citopatológicos alterados em sequência.

Raciocínio Clínico:

1. Primeiro resultado (6 meses atrás): LSIL (Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau). De acordo com o protocolo, para mulheres com 25 anos ou mais, a conduta frente ao LSIL é a repetição da citologia em 6 meses.

2. Segundo resultado (atual): ASC-US (Atipia de Células Escamosas de Significado Indeterminado).
3. Regra de persistência: As diretrizes brasileiras estabelecem que, se houver qualquer alteração citopatológica na repetição do exame (seja a manutenção da mesma alteração ou o surgimento de outra, como ASC-US ou LSIL), a paciente deve ser encaminhada para colposcopia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A repetição em 12 meses é a conduta preconizada para um achado inicial de ASC-US em mulheres entre 25 e 29 anos. Como esta paciente já tinha um resultado anterior de LSIL e manteve atipia no exame de seguimento, ela não deve aguardar mais tempo e precisa de investigação colposcópica imediata.

Alternativa b) Correta. A persistência de alterações citológicas em exames sucessivos indica a necessidade de avaliação da arquitetura tecidual do colo uterino. A colposcopia permite identificar áreas suspeitas para a realização de biópsia dirigida, visando excluir lesões precursoras de maior gravidade (como o NIC 2 ou NIC 3) que podem estar ocultas sob uma citologia de baixo grau.

Alternativa c) Incorreta. Embora o teste de biologia molecular para HPV (DNA-HPV) possa ser utilizado para triagem de ASC-US em alguns contextos internacionais, as diretrizes brasileiras de 2016 baseiam o fluxo de condutas prioritariamente na repetição da citologia. No cenário de persistência de atipia (LSIL seguida de ASC-US), a indicação de colposcopia já está consolidada.

Alternativa d) Incorreta. O fato de a paciente ter completado o esquema vacinal contra o HPV na adolescência não altera o protocolo de rastreamento vigente no Brasil. Mulheres vacinadas devem seguir exatamente as mesmas normas de coleta e manejo de resultados alterados que as mulheres não vacinadas, uma vez que a vacina não cobre todos os tipos oncogênicos de HPV.

Gabarito: Letra B.

Questão 53

Esta questão aborda o manejo da gestante com aloimunização Rh, um tema recorrente em provas de obstetrícia. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta. A pesquisa do fator Rh fetal no sangue materno (por meio do estudo do DNA fetal livre no plasma materno) é um exame de alta tecnologia com acurácia superior a 99% quando realizado a partir da 10ª semana de gestação. O

valor de 85% mencionado na alternativa está muito abaixo da precisão real do método, que é extremamente confiável para evitar procedimentos invasivos ou acompanhamentos desnecessários.

Alternativa (b) Correta. Este é o passo fundamental após a detecção de um teste de Coombs indireto positivo. O Coombs indireto é um teste qualitativo de rastreio. Uma vez positivo, o laboratório deve realizar a identificação do anticorpo (painel de anticorpos irregulares) para confirmar se é um anticorpo capaz de causar doença hemolítica (como o anti-D, anti-Kell, anti-c) e a titulação para quantificar a resposta imunológica. A titulação é essencial para definir o prognóstico e o seguimento: para o anticorpo anti-D, títulos abaixo de 1:16 geralmente requerem apenas acompanhamento mensal, enquanto títulos iguais ou superiores a 1:16 (título crítico) exigem a avaliação de anemia fetal por Doppler.

Alternativa (c) Incorreta. O marcador dopplervelocimétrico utilizado para o diagnóstico de anemia fetal não é a vasodilatação (comumente associada à centralização fetal por insuficiência placentária), mas sim o aumento do Pico de Velocidade Sistólica (PVS) da artéria cerebral média (ACM). Na anemia, o sangue fica menos viscoso e o débito cardíaco aumenta, fazendo com que o sangue passe em maior velocidade pelos vasos cerebrais. Valores de PVS acima de 1,5 múltiplo do valor mediano (MoM) para a idade gestacional são indicativos de anemia fetal grave.

Alternativa (d) Incorreta. Esta alternativa apresenta um erro conceitual grave. A imunoglobulina anti-D é uma medida de profilaxia, indicada exclusivamente para gestantes Rh negativo que NÃO estão sensibilizadas (Coombs indireto negativo). Uma vez que a paciente já está aloimunizada (já possui anticorpos formados), a administração da imunoglobulina não tem nenhum benefício clínico, não reduz os títulos de anticorpos já existentes e não protege o feto contra a anemia. Portanto, é contraindicada em pacientes já sensibilizadas.

Questão 54

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresentava sorologia negativa no início do pré-natal e positivou o teste treponêmico na 28ª semana. Isso caracteriza uma soroconversão durante a gestação, o que define o caso como sífilis adquirida recente (infecção com menos de um ano de evolução).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A sífilis é classificada como latente tardia quando a infecção

tem mais de um ano de duração ou quando não se pode determinar a data do contágio. Como a paciente tinha exames negativos no início do pré-natal (há menos de um ano), trata-se obrigatoriamente de uma sífilis latente recente.

Alternativa B (Incorreta): Os testes treponêmicos (como o teste rápido ou FTA-Abs) possuem alta especificidade e, uma vez positivos, raramente são falso-positivos na gestação. Além disso, a questão menciona títulos (como 1:4), que são característicos dos testes não treponêmicos (VDRL), e não dos treponêmicos. Na gestação, um teste treponêmico positivo associado a um histórico de negatividade prévia confirma o diagnóstico de sífilis.

Alternativa C (Incorreta): O esquema de tratamento com três doses de benzilpenicilina benzatina (2,4 milhões de UI por semana, durante 3 semanas) é indicado para sífilis latente tardia ou de tempo indeterminado. Para a sífilis latente recente (que é o caso desta paciente, por ter menos de um ano de evolução), a recomendação do Ministério da Saúde é dose única de 2,4 milhões de UI, via intramuscular.

Alternativa D (Correta): O seguimento pós-tratamento da gestante deve ser feito mensalmente com o VDRL. Considera-se falha terapêutica ou reagudização/reinfecção quando ocorre o aumento do título em duas diluições (por exemplo, um título que era 1:4 sobe para 1:16). Nesses casos, o retratamento é obrigatório para garantir a saúde materna e prevenir a sífilis congênita. Importante notar que "duas diluições" equivale a uma elevação de quatro vezes o valor numérico anterior.

Questão 55

Análise da questão:

O quadro clínico apresenta uma paciente de 28 anos com gestação inicial (7 semanas), sangramento vaginal e dor abdominal, o que direciona o raciocínio para os diagnósticos diferenciais de sangramento da primeira metade da gestação, como ameaça de aborto, abortamento em curso, gravidez ectópica ou doença trofoblástica gestacional.

Alternativa (a) CORRETA: A ameaça de aborto é definida clinicamente por sangramento vaginal de origem uterina em gestação inicial, com ou sem dor abdominal, na presença de colo uterino fechado (impérvio). A ultrassonografia transvaginal que demonstra um saco gestacional de 10 mm confirma a localização intrauterina da gestação. O valor de beta-hCG de 1200 mUI/mL é compatível com a visualização do saco gestacional, que geralmente se torna visível entre 1000 e 2000

mUI/mL. Portanto, os achados sustentam a hipótese de ameaça de aborto.

Alternativa (b) INCORRETA: O achado de colo pérvio (aberto) ao toque vaginal invalida o diagnóstico de ameaça de aborto. Quando o colo está aberto, a condição é classificada como abortamento inevitável ou abortamento em curso. Na ameaça de aborto, uma das condições fundamentais é que o colo uterino permaneça fechado.

Alternativa (c) INCORRETA: Para o diagnóstico definitivo de gestação não evolutiva (óbito embrionário) por meio da ultrassonografia, é necessário seguir critérios de segurança rigorosos para evitar interrupções de gestações viáveis. O critério atual estabelece que a ausência de batimentos cardíacos só confirma o óbito embrionário se o embrião (comprimento cabeça-nádega - CCN) medir pelo menos 7 mm. Um embrião de 5 mm sem batimentos cardíacos é considerado um achado inconclusivo, exigindo nova ultrassonografia em 7 a 10 dias para confirmação.

Alternativa (d) INCORRETA: No aborto incompleto, espera-se encontrar restos ovulares na cavidade uterina (endométrio heterogêneo e espessado) e, frequentemente, o colo uterino está pérvio. O cenário de beta-hCG de 4000 mUI/mL (acima da zona discriminatória, onde obrigatoriamente deveria haver saco gestacional intrauterino visível) associado a uma cavidade uterina vazia e colo fechado é a apresentação clássica que obriga a suspeita imediata de gravidez ectópica.

Questão 56

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um carcinoma invasivo do tipo não especial (SOE), grau histológico 3, com 1,7 cm (T1c) e axila clinicamente negativa (cN0). A imuno-histoquímica revela um perfil HER2-positivo puro, ou seja, com receptores de estrogênio e progesterona negativos e HER2 com forte expressão (3+). O Ki-67 de 70% indica alta atividade proliferativa.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a mastectomia seja uma opção cirúrgica, em tumores pequenos (1,7 cm) e localizados, a cirurgia conservadora é a conduta de escolha por ser menos invasiva e apresentar taxas de sobrevida global equivalentes à mastectomia, desde que acompanhada de radioterapia. A reconstrução imediata é uma possibilidade técnica, mas a abordagem conservadora [descrita na alternativa (b)] é considerada a mais adequada e padrão para este cenário clínico inicial.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa contempla todos os pilares do tratamento para este caso. A cirurgia conservadora (quadrantectomia) é indicada para o

tamanho do tumor (T1c). A pesquisa de linfonodo-sentinela é o padrão-ouro para o estadiamento axilar em pacientes com axila clinicamente negativa (cN0). Como a cirurgia foi conservadora, a radioterapia adjuvante na mama remanescente é obrigatória para o controle local. No que diz respeito à terapia sistêmica, tumores HER2-positivos maiores que 0,5 cm têm indicação de quimioterapia associada à terapia-alvo com trastuzumabe, devido ao maior risco de recidiva inerente a esse subtipo biológico.

Alternativa (c) Incorreta: Apresenta dois erros principais. O primeiro é a indicação de tamoxifeno por 5 anos; este medicamento é um modulador seletivo do receptor de estrogênio, indicado apenas para tumores que expressam receptores hormonais positivos, o que não é o caso desta paciente (receptores negativos). O segundo ponto é que, embora a quimioterapia neoadjuvante com duplo bloqueio possa ser discutida em tumores HER2-positivos, ela é classicamente indicada para tumores maiores que 2,0 cm (T2) ou com comprometimento linfonodal (N+). Para um tumor de 1,7 cm cN0, a cirurgia upfront (inicial) seguida de tratamento adjuvante é uma conduta sólida e amplamente aceita.

Alternativa (d) Incorreta: O erro fundamental desta alternativa é a indicação do tamoxifeno por 5 anos. Como a paciente possui receptores de estrogênio e progesterona negativos na imuno-histoquímica, o tumor não é responsivo à hormonioterapia, tornando o uso do tamoxifeno desnecessário e ineficaz para o tratamento da doença.

Resumo dos pontos-chave:

1. Tumor T1c (1,7 cm) e axila negativa permitem cirurgia conservadora.
2. Toda cirurgia conservadora exige radioterapia adjuvante.
3. Subtipo HER2-positivo (ER/PR negativos) exige bloqueio anti-HER2 e quimioterapia, mas exclui o uso de hormonioterapia (tamoxifeno ou inibidores de aromatase).

Questão 57

A questão descreve uma paciente adolescente com quadro clínico e achados ultrassonográficos sugestivos de endometriose (dismenorreia, dor pélvica acíclica e espessamento de ligamentos uterossacros). No manejo da dor pélvica crônica com suspeita de endometriose, especialmente em adolescentes e mulheres sem desejo reprodutivo imediato, a conduta inicial deve priorizar o controle dos sintomas e a observação da resposta terapêutica.

Alternativa (a) Incorreta: A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) é um excelente exame para o mapeamento da endometriose profunda, mas, neste caso, a ultrassonografia com preparo intestinal (que possui sensibilidade comparável à RNM

para lesões retrocervicais e de ligamentos) já foi realizada e trouxe informações suficientes para guiar a suspeita inicial. Solicitar um novo exame de imagem de alto custo antes de iniciar qualquer tratamento não é a conduta mais custo-efetiva nem necessária no momento.

Alternativa (b) Correta: O tratamento clínico empírico é a conduta de primeira linha para adolescentes com suspeita de endometriose. O uso de contraceptivos orais combinados tem como objetivo promover a atrofia endometrial e reduzir a produção de prostaglandinas, aliviando a dor. Como a paciente é sexualmente ativa e não deseja engravidar, o contraceptivo atende a ambas as necessidades. A reavaliação em 3 meses é o período padrão para verificar a eficácia do tratamento clínico na redução da dor.

Alternativa (c) Incorreta: A cirurgia laparoscópica é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo, mas é um procedimento invasivo com riscos cirúrgicos. Na prática clínica atual, a laparoscopia é reservada para casos em que há falha do tratamento clínico medicamentoso após 3 a 6 meses, presença de massas anexiais suspeitas (endometriomas volumosos) ou evidência de obstrução de vias urinárias ou intestinais.

Alternativa (d) Incorreta: A dosagem do CA 125 possui baixa sensibilidade e baixa especificidade para o diagnóstico de endometriose, podendo elevar-se em diversas condições benignas (como a própria menstruação, miomas e doença inflamatória pélvica) e malignas. Não é um exame recomendado para o rastreio ou diagnóstico inicial da doença, e o valor de corte de 50 U/mL mencionado na alternativa não é um critério validado para definir o início do tratamento.

Questão 58

Para a resolução desta questão, devemos utilizar a classificação PALM-COEIN, padronizada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que estratifica as causas de Sangramento Uterino Anormal (SUA) em estruturais e não estruturais. O enunciado solicita a alternativa que NÃO é uma causa reconhecida de menstruações volumosas.

Alternativa A - Doença de von Willebrand: Esta alternativa está incorreta como resposta porque a doença de von Willebrand é a coagulopatia hereditária mais comum e está classificada no grupo C (Coagulopatias) do sistema PALM-COEIN. Ela é uma causa clássica de sangramento menstrual excessivo, especialmente em adolescentes ou mulheres com histórico de sangramento desde a menarca.

Alternativa B - Leiomioma uterino: Esta alternativa está incorreta como resposta

porque os leiomiomas são tumores benignos do miométrio, classificados no grupo L (Leiomiomas) do sistema PALM-COEIN. Eles são uma das causas estruturais mais frequentes de aumento do volume menstrual, devido ao aumento da superfície endometrial, distorção da cavidade uterina e alteração da contratilidade e vascularização local.

Alternativa C - Uso de anticoagulante: Esta alternativa está incorreta como resposta porque o uso de medicamentos que interferem na cascata de coagulação, como os anticoagulantes orais, é classificado no grupo I (Iatrogenia) do sistema PALM-COEIN. Essas substâncias predisõem diretamente ao aumento do fluxo menstrual por dificultarem a hemostasia endometrial fisiológica.

Alternativa D - Endometriose (Gabarito): Esta é a alternativa correta. A endometriose é definida pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Embora compartilhe sintomas como dor pélvica e dismenorreia com outras patologias uterinas, a endometriose isolada não é causa direta de sangramento uterino volumoso. É comum a confusão com a adenomiose (presença de endométrio no miométrio), esta, sim, uma causa clássica de sangramento volumoso (grupo A do PALM-COEIN). Portanto, a endometriose é o "intruso" na lista de causas de hipermenorreia.

Questão 59

A paciente apresenta um quadro clínico típico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) aguda. Pelos Critérios de Monif, ela preenche os três critérios maiores (dor em abdome inferior, dor à mobilização do colo uterino e dor à palpação de anexos) e diversos critérios menores (febre, secreção cervical purulenta, leucocitose e elevação de proteína C reativa). O achado ultrassonográfico de espessamento tubário e pequena quantidade de líquido livre na pelve corrobora o diagnóstico de salpingite, mas a ausência de uma coleção organizada afasta a presença de um abscesso tubo-ovariano no momento.

Como a paciente se encontra em bom estado geral, não apresenta vômitos (o que permite a ingestão de medicamentos), não está gestante e não possui sinais de peritonite generalizada ou abscessos, ela é classificada como Monif Estágio I. O protocolo padrão para este estágio é o tratamento ambulatorial.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O tratamento recomendado para a DIP em estágio inicial (sem abscessos ou sinais de gravidade) é ambulatorial, utilizando um esquema de antibioticoterapia de amplo espectro (geralmente envolvendo ceftriaxona IM,

doxiciclina e metronidazol) por 14 dias. É obrigatório agendar uma reavaliação em 48 a 72 horas (3 dias) para garantir que a paciente esteja respondendo à terapia e que o quadro não esteja evoluindo negativamente.

Alternativa b) Incorreta. A internação para tratamento endovenoso é reservada para casos mais graves, como o Estágio III de Monif (presença de abscesso tubo-ovariano íntegro), gestantes, pacientes com intolerância à via oral, falha no tratamento ambulatorial prévio ou quando o estado geral está comprometido. Esta paciente apresenta bom estado geral e a imagem não mostrou abscessos.

Alternativa c) Incorreta. Embora o tempo de antibiótico (14 dias) esteja adequado, o prazo de 7 dias para a reavaliação clínica é considerado muito longo e inseguro. A literatura médica estabelece que o sucesso do tratamento ambulatorial deve ser verificado em até 72 horas.

Alternativa d) Incorreta. A laparoscopia para drenagem seria indicada apenas no Estágio IV (abscesso roto com peritonite generalizada) ou em casos de abscesso que não respondem ao tratamento clínico. A ultrassonografia da paciente mostrou apenas espessamento tubário e líquido livre, o que é esperado na salpingite, não caracterizando um abscesso pélvico que exija drenagem imediata.

Questão 60

A paciente apresenta sinais clínicos evidentes de hiperandrogenismo (hirsutismo avaliado pelo escore de Ferriman-Gallwey de 10 e acne importante) e sinais de resistência insulínica (acantose nigricans), apesar de possuir ciclos menstruais regulares e IMC dentro da normalidade. Diante deste quadro, o desafio é estabelecer o diagnóstico etiológico correto.

Alternativa a) Incorreta. O início do tratamento com pílula anticoncepcional combinada ou mio-inositol é uma conduta terapêutica e não diagnóstica. A terapêutica só deve ser instituída após a conclusão da investigação, pois o uso de hormônios exógenos pode mascarar resultados de exames laboratoriais necessários para o diagnóstico.

Alternativa b) Incorreta. Embora a acantose nigricans e o histórico familiar de diabetes indiquem a necessidade de uma avaliação metabólica futura, o teste de tolerância à glicose não esclarece a causa do hiperandrogenismo (hirsutismo e acne). Além disso, não é apropriado apenas tranquilizar a paciente sem investigar a origem do aumento dos níveis ou da ação dos androgênios.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta inicial mais apropriada. O diagnóstico da

Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) ou de outras causas de hiperandrogenismo clínico exige uma abordagem sistemática. Segundo os critérios de Rotterdam, para diagnosticar a SOP, a paciente deve apresentar pelo menos dois de três critérios: hiperandrogenismo (clínico ou laboratorial), oligo/anovulação (ciclos irregulares) e morfologia de ovários policísticos ao ultrassom. Como a paciente tem ciclos regulares, a ultrassonografia torna-se essencial para verificar a morfologia ovariana. Além disso, é obrigatório excluir outras patologias que mimetizam a SOP, como a hiperplasia adrenal congênita de início tardio (mensurando a 17-OH-progesterona), tumores virilizantes, síndrome de Cushing e hiperprolactinemia.

Alternativa d) Incorreta. A metformina e o uso de progesterona ou SIU-LNG são intervenções para o manejo da resistência insulínica e controle do ciclo/proteção endometrial, respectivamente. Assim como na alternativa a, prescrever tratamento antes de realizar a investigação diagnóstica e a exclusão de causas secundárias é uma falha na prática clínica.

Portanto, para uma paciente com hirsutismo e ciclos regulares, o primeiro passo é confirmar o hiperandrogenismo laboratorialmente, realizar exames de imagem e excluir diagnósticos diferenciais antes de definir a estratégia terapêutica.

Questão 61

O caso clínico descreve um paciente com sintomas clássicos de dengue (febre, mialgia, cefaleia, dor retro-orbital) que evoluiu com sinais clínicos e laboratoriais de alerta. A chave para a resolução da questão está na identificação dos sinais de alarme e na correta classificação de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta dois sinais de alarme fundamentais:

1. Tontura ao levantar-se: Indica hipotensão postural ou ortostatismo.
2. Hematócrito aumentado (45 por cento): Indica hemoconcentração.

A presença de qualquer sinal de alarme, mesmo com estabilidade hemodinâmica (pressão de 100/70 mmHg e pulso de 98 bpm), classifica o paciente automaticamente no Grupo C.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O Grupo A é destinado a pacientes sem sinais de alarme, sem comorbidades e sem riscos sociais. O tratamento é domiciliar com hidratação oral. A presença de tontura postural e aumento do hematócrito exclui essa

classificação.

Alternativa b) Incorreta. O Grupo B é voltado para pacientes que não têm sinais de alarme, mas possuem condições clínicas especiais (como gestantes, idosos ou diabéticos) ou sangramento espontâneo de pele (petéquias). O paciente em questão já apresenta sinais de alarme, o que o eleva para o Grupo C.

Alternativa c) Incorreta. O Grupo D é a classificação para Dengue Grave. É definido pela presença de sinais de choque (como queda da pressão arterial, pulso fino, extremidades frias), desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos. Embora o paciente tenha tontura, sua pressão arterial de 100/70 mmHg ainda é considerada estável, não caracterizando choque no momento.

Alternativa d) Correta. O paciente é classificado como Grupo C devido aos sinais de alarme identificados. A conduta preconizada é o início imediato da reposição volêmica por via intravenosa (20 ml/kg em duas horas com solução isotônica), que deve ser iniciada preferencialmente ainda na Unidade Básica de Saúde enquanto se providencia a transferência para um leito de observação hospitalar. O acompanhamento exige a reavaliação clínica constante e a monitorização do hematócrito para guiar a terapia de reposição.

Questão 62

Esta questão aborda o atendimento a populações em situação de vulnerabilidade extrema, exigindo do médico o conhecimento sobre as diretrizes do Consultório na Rua e os princípios de equidade e intersetorialidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alternativa (a) Incorreta. A internação compulsória em Comunidades Terapêuticas não é uma estratégia de saúde pública adequada para este caso. Ela fere o princípio da autonomia da paciente e não garante o cuidado obstétrico necessário. Além disso, as Comunidades Terapêuticas, em sua maioria, não são equipamentos de saúde e não possuem suporte para pré-natal. A afirmação de certeza da adesão através desse método é falsa e autoritária.

Alternativa (b) Incorreta. A rede de suporte não deve excluir a Unidade Básica de Saúde (UBS). A UBS é a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado no SUS. O objetivo das estratégias intersetoriais é justamente integrar a paciente aos serviços públicos existentes, e não criar uma rede paralela que fragilize o vínculo com a atenção primária.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa contempla a visão integral da paciente. O

cadastro na UBS garante a referência territorial e a continuidade do cuidado. O acionamento da assistência social é fundamental para tratar determinantes sociais, como a falta de documentação e a insegurança alimentar. A parceria com a sociedade civil amplia a rede de apoio. Por fim, o encaminhamento ao pré-natal de alto risco é clinicamente indicado, pois se trata de uma gestante no terceiro trimestre, sem acompanhamento prévio, com sinais de desnutrição e dificuldade de ausculta fetal, o que exige investigação imediata.

Alternativa (d) Incorreta. Transferir a responsabilidade da adesão exclusivamente para a paciente ignora as barreiras de acesso e a vulnerabilidade social em que ela se encontra. Pacientes em situação de rua com histórico de violência institucional necessitam de busca ativa e acolhimento, e não de uma postura que a culpe por não conseguir acessar um sistema que anteriormente foi violento com ela. A gestão do cuidado deve ser uma responsabilidade compartilhada entre a equipe e a paciente.

Questão 63

Análise do caso:

O relato da paciente descreve uma situação em que o cônjuge controla o acesso dela aos seus próprios rendimentos financeiros, gerando sentimentos de impotência e falta de autonomia. De acordo com a Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006), esse comportamento configura violência patrimonial, definida como qualquer conduta que subtraia ou controle bens, instrumentos de trabalho, documentos pessoais ou recursos econômicos da mulher. No contexto da Estratégia Saúde da Família, o médico deve estar apto a identificar, acolher e orientar a paciente de forma a garantir sua segurança e autonomia.

Alternativa (a): Correta. Esta é a conduta mais completa e adequada. O médico identifica corretamente a violência patrimonial e atua na educação em saúde e direitos, informando a paciente sobre sua situação. O oferecimento de apoio psicológico e a elaboração de um plano de segurança financeira são passos essenciais para empoderar a mulher, permitindo que ela tome decisões informadas e seguras, respeitando seu tempo e privacidade.

Alternativa (b): Incorreta. Embora a equipe multiprofissional (assistente social, psicólogo e enfermeiro) seja fundamental no suporte a vítimas de violência, a alternativa peca ao focar no encaminhamento como ação principal, "terceirizando" o acolhimento inicial que deve ser feito pelo médico que identificou a demanda. O plano de ação e a orientação sobre direitos devem começar no momento da revelação, fortalecendo o vínculo médico-paciente.

Alternativa (c): Incorreta. Sugerir ações clandestinas, como abrir uma conta secreta,

sem o devido suporte de uma rede de proteção ou um plano de segurança estruturado, pode ser perigoso. Se o agressor descobrir tais medidas sem que a mulher esteja amparada legal ou psicologicamente, a violência pode escalar para formas físicas ou psicológicas mais graves. A conduta deve ser institucional e baseada em direitos, não em estratégias de ocultamento improvisadas.

Alternativa (d): Incorreta. Esta alternativa é inadequada por dois motivos principais. Primeiro, ela minimiza a violência ao tratá-la como uma "questão financeira comum" ou um problema de diálogo. Violência patrimonial é uma violação de direitos humanos e não um desentendimento doméstico. Segundo, o aconselhamento de casal é contraindicado em situações de violência doméstica, pois o desequilíbrio de poder entre as partes impede uma negociação justa e pode colocar a mulher em risco de represálias após as sessões.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 64

A alternativa (d) é a correta.

Alternativa (a) Incorreta: Estudos epidemiológicos realizados no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil demonstram que os transtornos de somatização e os sintomas físicos sem explicação médica clara estão mais frequentemente associados a menores níveis de escolaridade e condições socioeconômicas mais vulneráveis. Embora o estresse urbano e ocupacional possa influenciar a saúde mental, a generalização de que ocorrem mais em pessoas com nível educacional elevado está incorreta.

Alternativa (b) Incorreta: A prevalência não é homogênea entre os sexos. Existe uma disparidade de gênero bem documentada na literatura médica, apontando que mulheres apresentam uma prevalência significativamente maior de transtornos de somatização e queixas poliqueixosas em comparação aos homens nas consultas de medicina de família e comunidade.

Alternativa (c) Incorreta: É verdade que pacientes com transtornos de somatização tendem a ser usuários frequentes dos serviços de saúde (frequent flyers). No entanto, o nível socioeconômico é, sim, um fator determinante, com maior incidência em estratos de menor renda. Além disso, a afirmação sobre a sensibilização dos profissionais de saúde é questionável, pois esses transtornos são frequentemente subdiagnosticados ou manejados de forma puramente orgânica, gerando excesso de exames e intervenções desnecessárias.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa descreve com precisão o perfil encontrado na APS brasileira. A somatização é mais prevalente no sexo feminino e apresenta uma forte correlação com os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Os TMC incluem sintomas de ansiedade, depressão e estresse, que são classificados como quadros não psicóticos. Na prática clínica da APS, o sofrimento psíquico muitas vezes se manifesta por meio de sintomas físicos (cefaleia, dores osteomusculares, sintomas gastrointestinais), sendo essa a principal forma de expressão do paciente em áreas de vulnerabilidade social.

Questão 65

O caso clínico apresenta uma paciente com cefaleia de características opressivas (sensação de aperto na nuca e ombros), de intensidade moderada a grave, sem sintomas associados como náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. A frequência relatada é de 1 a 2 vezes por semana, totalizando no máximo 6 dias por mês. Essas características são típicas da Cefaleia do Tipo Tensional (CTT). Um ponto fundamental é a relação com a pressão arterial: níveis tensionais levemente elevados (como 150 x 100 mmHg) raramente são a causa de cefaleia. Na prática clínica, a dor e o estresse é que costumam elevar a pressão de forma reativa (pseudo-hipertensão).

Alternativa a: Incorreta. A cefaleia é classificada como primária (Cefaleia do Tipo Tensional). Cefaleias secundárias à hipertensão arterial ocorrem geralmente em crises hipertensivas graves ou emergências hipertensivas, com níveis de pressão diastólica muito elevados (geralmente acima de 120 mmHg). Revisar os medicamentos para a hipertensão não resolverá a causa primária da dor da paciente.

Alternativa b: Incorreta. O tratamento profilático (como o uso de antidepressivos tricíclicos) é indicado para a forma crônica da cefaleia tensional (mais de 15 dias por mês) ou quando os episódios são muito frequentes e incapacitantes, o que não é o caso de Lívia (6 dias por mês). Além disso, não há indicação de exames de imagem para pacientes com cefaleia de padrão típico e exame físico/neurológico normal.

Alternativa c: Correta. A Cefaleia do Tipo Tensional é uma cefaleia primária. O tratamento para a fase aguda (crise) consiste no uso de analgésicos comuns ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Como a dor muitas vezes envolve tensão na musculatura cervical e pericraniana, medidas não farmacológicas como massagens, fisioterapia e técnicas de relaxamento são condutas adequadas e eficazes para o manejo desses pacientes.

Alternativa d: Incorreta. A definição de cefaleia crônica diária exige a presença de dor em 15 dias ou mais por mês, durante pelo menos 3 meses. A paciente apresenta uma frequência muito menor. A suspensão de medicação seria uma estratégia para

cefaleia por uso excessivo de analgésicos, mas a paciente utiliza dipirona em frequência considerada segura (no máximo 6 vezes ao mês).

Questão 66

Análise do caso:

O paciente é um adolescente de 16 anos que se identifica como homem que faz sexo com homens (HSH) e relata comportamento de risco (uso inconsistente de preservativos com múltiplos parceiros). O foco da questão é a aplicação das diretrizes brasileiras de Prevenção Combinada do HIV.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa reflete a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). O Ministério da Saúde expandiu a indicação da PrEP para adolescentes com 15 anos ou mais, que pesem pelo menos 35 kg, sejam sexualmente ativos e apresentem contextos de vulnerabilidade acrescida à infecção pelo HIV, como é o caso do paciente em questão.

Alternativa B (Incorreta): A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) é uma intervenção de urgência. Para ser eficaz, ela deve ser iniciada o mais rápido possível, idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição, tendo como limite máximo o prazo de 72 horas (3 dias). O prazo de uma semana mencionado na alternativa tornaria a profilaxia ineficaz.

Alternativa C (Incorreta): O adolescente, ao ser considerado capaz de compreender sua situação de saúde e as orientações fornecidas (capacidade de discernimento), tem direito ao sigilo e à autonomia em relação à sua saúde sexual e reprodutiva. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e as normas do Conselho Federal de Medicina, o médico pode prescrever a PrEP sem a necessidade de consentimento ou da presença dos pais, priorizando o acesso à saúde e a proteção do menor.

Alternativa D (Incorreta): O esquema medicamentoso da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) dura exatamente 28 dias. Não existe recomendação de uso de antirretrovirais por 6 meses para fins de profilaxia após um evento isolado de risco. O acompanhamento com testes laboratoriais é realizado após a exposição, mas a medicação é interrompida após a quarta semana.

Questão 67

Análise do caso:

O paciente Manuel apresenta hiperglicemia (288 mg/dL) e sintomas clássicos (poliúria e alteração visual); porém, o exame de urina descartou cetonúria, o que afasta o diagnóstico de cetoacidose diabética no momento. O desafio aqui é realizar o manejo de uma hiperglicemia sintomática dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Alternativa A: Incorreta. Ter uma glicemia superior a 250 mg/dL, isoladamente, não é critério para encaminhamento imediato ao serviço de emergência. O manejo pode e deve ser iniciado na UBS, especialmente se o paciente estiver clinicamente estável, sem sinais de gravidade, sem alterações do nível de consciência e com cetonúria negativa.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta padrão recomendada pelos protocolos de Atenção Básica. Diante de hiperglicemia sintomática sem sinais de complicações agudas graves (como cetoacidose ou estado hiperosmolar), deve-se realizar a insulina de resgate. A insulina de escolha para correção rápida é a insulina regular (e não a NPH). A dose de 10% da dose total que o paciente já utiliza (ou uma dose de 0,1 UI/kg) é considerada segura para evitar hipoglicemia. A hidratação oral é preferível se o paciente estiver tolerando a via oral, e a reavaliação em 4 horas permite observar o pico de ação da insulina regular e decidir os próximos passos.

Alternativa C: Incorreta. A insulina NPH é de ação intermediária e possui um início de ação lento (2 a 4 horas) e um pico de ação tardio. Ela serve para o controle basal do diabetes, não sendo indicada para a correção de picos hiperglicêmicos agudos. Para baixar a glicemia no momento da consulta, deve-se usar insulina de ação rápida (regular).

Alternativa D: Incorreta. Embora avaliar desidratação e cetose seja correto, a hidratação intravenosa (soro fisiológico 0,9%) é reservada para casos em que há desidratação moderada a grave ou intolerância à via oral. Além disso, o tempo de reavaliação de 30 minutos é muito curto para observar o efeito real da conduta sobre a glicemia capilar e a melhora dos sintomas.

Questão 68

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de Transtorno por Uso de Álcool (TUA) grave, evidenciado pelo escore 24 no AUDIT e pelo histórico de consumo diário prolongado. Ela está no segundo dia de abstinência, apresentando sintomas de Síndrome de

Abstinência Alcoólica (SAA) de intensidade leve a moderada (insônia, náusea e inquietação), sem sinais de complicações graves como convulsões, delirium tremens ou instabilidade autonômica.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ INCORRETA:

O questionário CAGE é uma ferramenta de rastreio rápido; uma vez que o AUDIT (mais detalhado) já foi aplicado e confirmou a gravidade, o CAGE torna-se redundante. Além disso, os inibidores da recaptação de serotonina (ISRS) não possuem indicação no tratamento da síndrome de abstinência aguda. O foco farmacológico deve ser a modulação do sistema GABAérgico e a reposição vitamínica.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ INCORRETA:

Embora a Atenção Primária à Saúde (APS) seja a porta de entrada preferencial, o CAPS AD (Álcool e Drogas) é um serviço de "porta aberta" e faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Encaminhá-la imediatamente para a UBS, sem intervir nos sintomas de abstinência e ignorando o medo da paciente em relação ao estigma local, representa uma falha no acolhimento e na resolutividade do cuidado especializado.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA:

A paciente não apresenta critérios de gravidade que exijam obrigatoriamente um serviço de emergência ou internação hospitalar imediata. Ela nega febre, tremores e sintomas psicóticos. Casos de abstinência leve a moderada podem e devem ser manejados de forma ambulatorial ou em observação no CAPS, desde que haja rede de apoio e monitoramento próximo.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA:

Esta alternativa contempla as diretrizes clínicas para o manejo da abstinência ambulatorial. O Diazepam (um benzodiazepínico) é a droga de escolha para tratar os sintomas de abstinência e prevenir a progressão para quadros graves (como convulsões). A Tiamina (Vitamina B1) é indispensável em pacientes com uso crônico de álcool para prevenir a Encefalopatia de Wernicke, uma complicação neurológica grave. A observação inicial, a avaliação da rede de apoio familiar e o agendamento de retorno breve são condutas de segurança fundamentais para garantir que a desintoxicação ocorra sem intercorrências fora do hospital.

Questão 69

A validade interna de um ensaio clínico randomizado depende fundamentalmente da minimização de vieses e da garantia de que os grupos comparados sejam estatisticamente equivalentes. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a (Correta): O principal objetivo da randomização é garantir que a única diferença sistemática entre os grupos seja a intervenção que está sendo testada. Quando o processo de sorteio é eficaz, os grupos de comparação apresentam características basais (como idade, sexo, comorbidades e gravidade da doença) muito semelhantes no início do acompanhamento. Isso permite concluir que qualquer diferença observada no desfecho final foi causada pela intervenção, e não por diferenças pré-existentes entre os participantes (fatores de confusão).

Alternativa b (Incorreta): O fato de um estudo ser conduzido em um único centro não é uma marca de boa condução; pelo contrário, costuma ser uma limitação. Estudos unicêntricos têm menor validade externa, o que significa que seus resultados podem não ser aplicáveis a outras populações ou realidades clínicas. Estudos multicêntricos são preferíveis, pois aumentam a representatividade da amostra e a robustez dos dados.

Alternativa c (Incorreta): Esta alternativa descreve a Análise por Protocolo. Em um ensaio clínico de alta qualidade, a análise preferencial é a por Intenção de Tratar (ITT - Intention-to-Treat). Na ITT, todos os pacientes sorteados são analisados nos seus grupos originais, mesmo que não tenham aderido ao tratamento ou tenham abandonado o estudo. Isso preserva os benefícios da randomização e reflete melhor a prática clínica real, onde nem todos os pacientes seguem as prescrições perfeitamente.

Alternativa d (Incorreta): O prestígio ou o fator de impacto de uma revista científica não garantem a qualidade metodológica de um estudo específico. Embora revistas de alto impacto costumem ter processos de revisão por pares mais rigorosos, a qualidade de um ensaio clínico é avaliada pelo seu desenho, execução e transparência nos relatos, e não pelo veículo de publicação.

Questão 70

Alternativa A: Incorreta. Revisão sistemática e meta-análise são conceitos distintos. A revisão sistemática é o processo metodológico de busca, seleção e avaliação crítica de estudos para responder a uma pergunta clínica. A meta-análise é o tratamento estatístico (opcional) que combina os dados desses estudos para gerar um resultado único. Nem toda revisão sistemática possui meta-análise.

Alternativa B: Incorreta. Todos os estudos estão sujeitos a vieses em algum grau. O objetivo da revisão sistemática é justamente avaliar a qualidade metodológica e o risco de viés de cada estudo incluído. Estudos com alto risco de viés podem ser mantidos na análise, mas os pesquisadores devem discutir essas limitações ou realizar análises de sensibilidade para verificar se esses estudos alteram o resultado final.

Alternativa C: Correta. Na meta-análise, a estimativa final (o diamante no gráfico de Forest Plot) é uma média ponderada. O peso atribuído a cada estudo é determinado, principalmente, pela sua precisão. Estudos com amostras maiores e intervalos de confiança menores (mais precisos) exercem maior influência no resultado global do que estudos pequenos e menos precisos.

Alternativa D: Incorreta. A heterogeneidade mede a variabilidade entre os estudos. Embora uma heterogeneidade muito elevada possa dificultar a interpretação, ela não invalida o cálculo da meta-análise. Nesses casos, os pesquisadores utilizam modelos estatísticos de efeitos aleatórios (em vez de efeitos fixos) ou realizam análises de subgrupos para tentar explicar a origem dessa variabilidade.

Gabarito: Letra (C).

Questão 71

Para compreender essa questão, devemos analisar a direção do estudo e como os dados foram coletados. O ponto de partida é um grupo de indivíduos (os calouros de 1970) definidos por certas características iniciais (peso e altura). O objetivo é observar o que aconteceu com eles ao longo de décadas, até 2022, em relação ao surgimento de doenças cardiovasculares.

Análise das alternativas:

a) Correta. Um estudo de coorte é aquele que acompanha um grupo de pessoas (uma coorte) ao longo do tempo para observar a incidência de um desfecho (neste caso, a doença cardiovascular). Quando esse acompanhamento utiliza registros, prontuários ou bancos de dados coletados no passado para analisar o que ocorreu até o presente, ele é classificado como coorte retrospectiva (ou coorte histórica). O pesquisador "andou para frente no tempo" partindo da exposição (1970) para o desfecho (2022), mas fez isso consultando dados já registrados.

b) Incorreta. O estudo transversal realiza uma única medição em um único ponto no tempo, como uma "fotografia". Ele avalia a prevalência e não consegue estabelecer com clareza a relação de temporalidade (o que veio antes: a exposição ou a doença),

ao contrário do que ocorre no acompanhamento de 1970 a 2022 descrito no enunciado.

c) Incorreta. O estudo caso-controle parte do desfecho para a exposição. Nele, selecionaríamos hoje um grupo de pessoas que já possuem a doença cardiovascular (casos) e um grupo de pessoas saudáveis (controles) para, então, olhar para o passado e comparar se houve diferença na exposição entre eles. O enunciado descreve o oposto: ele partiu de todos os calouros (expostos e não expostos a diferentes pesos/alturas) para ver quem adoeceu.

d) Incorreta. Estudos adaptativos são desenhos de ensaios clínicos que permitem modificações planejadas em sua estrutura (como no tamanho da amostra ou nas doses de medicamentos) com base em análises parciais dos dados enquanto o estudo ainda está em andamento. Essa definição não se aplica à descrição de um estudo epidemiológico observacional baseado em registros históricos.

Questão 72

O delineamento de ensaio clínico do tipo cross-over (ou cruzado) é aquele em que cada participante recebe, em momentos diferentes e em uma sequência aleatória, tanto a intervenção experimental quanto o controle. Dessa forma, o próprio paciente serve como seu próprio controle, o que reduz a variabilidade individual.

Alternativa (a) Incorreta: A randomização não é eliminada. Ela continua sendo essencial para definir a ordem em que os tratamentos serão administrados (por exemplo, se o paciente receberá primeiro o medicamento A e depois o B, ou vice-versa). Isso evita o viés de seleção e o efeito de período.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a randomização estratificada possa ser utilizada em diversos desenhos de estudos para equilibrar variáveis específicas entre os grupos, ela não é um requisito obrigatório ou exclusivo do planejamento de um estudo cross-over.

Alternativa (c) Correta: O maior desafio técnico do estudo cross-over é o chamado efeito residual (carry-over effect). Isso acontece quando os efeitos da primeira intervenção persistem e interferem nos resultados da segunda intervenção. Para mitigar esse risco, o pesquisador deve obrigatoriamente prever um período de "washout" (lavagem), que é um intervalo de tempo sem nenhuma intervenção, suficiente para que a primeira substância seja totalmente eliminada do organismo do participante.

Alternativa (d) Incorreta: O desenho cross-over aumenta principalmente a eficiência

estatística e a validade interna, ao isolar o efeito da droga das características individuais do paciente. A validade externa (capacidade de generalizar os resultados) costuma ser igual ou até menor do que em outros estudos, pois o protocolo é mais longo e exigente, o que pode levar a maiores taxas de abandono pelos participantes.

Questão 73

Esta questão aborda o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), uma ferramenta fundamental na Medicina de Família e Comunidade e na prática médica humanizada. O foco aqui não é apenas o diagnóstico nosológico (a doença em si), mas a experiência de adoecimento da paciente.

Alternativa (a) Incorreta. Embora o quadro clínico de dor difusa, fadiga e sono não reparador, associado a exames laboratoriais normais, seja altamente sugestivo de fibromialgia, a aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa exige que, antes de instituir um tratamento farmacológico (como tricíclicos), o médico valide a experiência da paciente. Nomear a doença e prescrever imediatamente pode ser percebido pela paciente como mais uma tentativa de encerrar o assunto sem compreender seu sofrimento.

Alternativa (b) Incorreta. A solicitação de novos exames laboratoriais, quando os anteriores já são completos e normais, caracteriza uma conduta de medicina defensiva ou um desperdício de recursos. Isso não resolve a preocupação da paciente e pode até reforçar a ideia de que existe uma doença grave "escondida" que nenhum exame consegue detectar, aumentando a ansiedade de Maria. O MCCP busca reduzir a dependência de exames em casos em que a clínica e a escuta são soberanas.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa descreve o primeiro componente do MCCP: Explorar a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a enfermidade. Para isso, utiliza-se o mnemônico SIFE: Sentimentos (o choro e a angústia de Maria), Ideias (o que ela acha que tem), Função (como a dor limita seu dia a dia) e Expectativas (o que ela espera da consulta). Ao explorar esses pontos, o médico legitima o sofrimento da paciente, estabelece uma relação de confiança e prepara o terreno para um plano de manejo conjunto, que é o terceiro componente do método.

Alternativa (d) Incorreta. Maria já passou por vários especialistas e traz exames normais, o que torna o encaminhamento para a reumatologia uma medida que apenas prolonga o ciclo de fragmentação do cuidado. O médico que a atende no momento tem plenas condições de manejar o quadro, desde que utilize a abordagem centrada na pessoa para entender que o foco não é a "cura" de uma inflamação inexistente, mas a melhora da qualidade de vida e o acolhimento do sofrimento psíquico associado.

Em resumo, o gabarito é a letra (c) porque prioriza a dimensão subjetiva do adoecimento, essencial para pacientes com dor crônica que se sentem desacreditados pelo sistema de saúde.

Questão 74

Para compreender esta questão, é necessário revisitar a história da saúde pública no Brasil no período anterior à Constituição Federal de 1988. Antes do SUS, o modelo de assistência médica era de caráter contributivo, ou seja, vinculado ao exercício de atividade remunerada formal e à contribuição previdenciária.

Alternativa a) Incorreta. O direito à saúde não foi sempre garantido a todos os trabalhadores. Antes de 1988, o sistema era excludente. O acesso universal e igualitário é uma conquista da Constituição de 1988, que definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Alternativa b) Correta. Antes da criação do SUS, a assistência médica pública era prestada principalmente pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Para ter acesso aos serviços do INAMPS, o cidadão precisava ser um trabalhador formal, com carteira assinada e contribuição regular à Previdência. Os trabalhadores informais, por não contribuírem formalmente, eram considerados "indigentes" perante o sistema de saúde e dependiam de ações caritativas de hospitais filantrópicos, como as Santas Casas, ou de programas pontuais de saúde pública voltados ao controle de epidemias e saneamento.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa descreve a situação atual, sob a vigência do SUS. Antes de 1988, o SUS não existia e o direito à saúde não era garantido a todos os cidadãos, mas sim condicionado ao status empregatício formal.

Alternativa d) Incorreta. A alternativa inverte a lógica do período pré-SUS. O INAMPS era o órgão responsável por prestar assistência médica justamente aos trabalhadores formais, que possuíam vínculo empregatício e contribuía para a Previdência. Os trabalhadores informais estavam excluídos desse atendimento. Além disso, embora existissem seguros de saúde privados, a base da assistência médica para a massa de trabalhadores formais era o próprio INAMPS, e não planos fornecidos obrigatoriamente pelos empregadores.

Questão 75

Esta questão aborda o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), focando no papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como centro de comunicação e coordenadora do cuidado.

Alternativa a) Incorreta. Embora a APS deva considerar os determinantes sociais e realizar consultas frequentes, o conceito de rede pressupõe que o cuidado não seja centralizado nem exclusivo de um único nível. O paciente com diabetes descompensado pode necessitar de suporte de outros pontos da rede (como centros de especialidades ou exames complexos). A exclusividade na APS rompe com a ideia de integração e cooperação entre os diferentes níveis de densidade tecnológica da rede.

Alternativa b) Incorreta. O simples encaminhamento para o nível secundário (endocrinologista) foca na fragmentação do cuidado e na transferência de responsabilidade. No modelo de RAS, o especialista deve atuar em conjunto com a APS, e não substituí-la. O manejo isolado pelo especialista não garante o acompanhamento longitudinal e territorial que o paciente necessita para o controle de uma doença crônica.

Alternativa c) Correta. A Linha de Cuidado é a estratégia que melhor define o fluxo do paciente na rede. Ela organiza o percurso assistencial, garantindo que o paciente receba o atendimento adequado no local adequado. Ao estabelecer essa coordenação, a APS monitora o paciente mesmo quando ele está em atendimento especializado, garantindo a continuidade do tratamento e a comunicação entre os profissionais. Isso evita a fragmentação, melhora a adesão terapêutica e reduz as complicações agudas que levam à internação.

Alternativa d) Incorreta. Protocolos clínicos são ferramentas úteis, mas facilitar o acesso aos demais níveis de forma automática para todos os casos de múltiplas internações não resolve a causa raiz do problema, que é a falta de coordenação e monitoramento. O foco deve ser a integração da rede e não apenas o fluxo de saída da APS para outros serviços.

Em resumo, a eficácia no controle de doenças crônicas como o diabetes depende da capacidade da APS de coordenar o cuidado em todos os pontos da rede, utilizando as Linhas de Cuidado para garantir que o paciente não se perca no sistema e receba atenção integral.