



# INTO

GABARITO | 2026 | RJ | 50 Questões



## Gabarito: INTO

2026 | RJ

---

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

## Comentários e Explicações

### Questão 1

#### ANÁLISE DO ELETROCARDIOGRAMA (ECG):

O ECG apresentado revela um achado crítico e clássico: infradesnivelamento difuso do segmento ST em múltiplas derivações (notadamente em I, II, aVF e de V2 a V6), associado a um supradesnivelamento do segmento ST na derivação aVR. No contexto de dor torácica de início recente, esse padrão é altamente sugestivo de isquemia miocárdica grave, geralmente decorrente de lesão no Tronco da Coronária Esquerda (TCE), na artéria Descendente Anterior proximal ou de doença multiarterial complexa.

#### DIAGNÓSTICO E CONDUTA:

A paciente apresenta uma Síndrome Coronariana Aguda sem supra de ST (SCASST) de alto risco. A presença do padrão de "supra de aVR com infra de ST difuso" é um critério de gravidade que exige uma estratégia invasiva precoce. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e internacionais (ESC/AHA), pacientes com sinais de isquemia extensa ou escores de risco elevados (como GRACE > 140) devem ser submetidos ao cateterismo em até 24 horas.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

a) CORRETA. O cateterismo precoce é a conduta de escolha. O padrão eletrocardiográfico em questão indica uma área de isquemia muito extensa sob risco, necessitando de estratificação invasiva rápida para definir a anatomia e realizar a revascularização, seja por angioplastia ou cirurgia.

b) INCORRETA. Embora o AAS e o clopidogrel sejam indicados, a morfina não é tratamento de rotina e deve ser reservada para dor refratária, pois pode interferir na absorção dos antiagregantes. Além disso, o cateterismo em um "segundo momento" retarda a intervenção em uma paciente com sinais claros de doença coronariana grave.

c) INCORRETA. A angiotomografia de coronária em regime ambulatorial é totalmente contraindicada para pacientes em fase aguda de dor torácica com alterações isquêmicas no ECG. Esse exame é útil para triagem de pacientes de baixo risco ou com dor torácica estável e duvidosa.

d) INCORRETA. Embora a heparinização e a antiagregação estejam corretas, a expressão "na mesma internação, antes da alta" é excessivamente ampla. Para uma paciente com esse perfil (idosa, nefropata e com ECG de alto risco), o termo "precoce" (até 24h) é o mais adequado tecnicamente para definir o tempo da

intervenção.

e) INCORRETA. A angiotomografia não é o exame padrão para estratificar pacientes de alto risco com síndrome coronariana aguda. Além disso, a paciente possui Doença Renal Crônica (DRC) estágio 3, o que torna o uso de contraste em exames de imagem algo que deve ser feito de forma criteriosa e preferencialmente no procedimento que já permita o tratamento (cateterismo).

---

## Questão 2

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro de insuficiência cardíaca descompensada com sinais claros de dois fenômenos: congestão sistêmica/pulmonar (crepitações, turgência jugular, edema) e hipoperfusão tecidual (extremidades frias, tempo de enchimento capilar prolongado, oligúria e hipotensão). Essa combinação define o Perfil Hemodinâmico C (Úmido e Frio), que é o estágio mais grave e requer intervenção imediata para restaurar o débito cardíaco e reduzir a congestão.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Medicamentos que agem no sistema renina-angiotensina-aldosterona (IECA, BRA ou antagonistas da aldosterona) são fundamentais no tratamento crônico da ICFe para redução de mortalidade. No entanto, na fase aguda com hipotensão e hipoperfusão (choque cardiogênico ou pré-choque), essas drogas são contraindicadas, pois podem piorar a função renal e reduzir ainda mais a pressão arterial.

Alternativa (b) Incorreta. O uso de betabloqueadores é terminantemente proibido em pacientes com sinais de hipoperfusão ou necessidade de inotrópicos. Por serem cronotrópicos e inotrópicos negativos, eles reduziram ainda mais o débito cardíaco, podendo levar ao óbito. Vasodilatadores de ação prolongada também não têm espaço no manejo da descompensação aguda com hipotensão.

Alternativa (c) Correta. O Perfil C exige uma abordagem dupla. O inotrópico (como a dobutamina) é essencial para aumentar a contratilidade miocárdica, melhorar o débito cardíaco e, conseqüentemente, a perfusão dos órgãos (corrigindo a oligúria e o estado das extremidades). O diurético de alça intravenoso (furosemida) é necessário para tratar a congestão (o componente "úmido"). O monitoramento rigoroso é obrigatório devido ao risco de arritmias e necessidade de ajuste pressórico.

Alternativa (d) Incorreta. A restrição hídrica e de sódio faz parte do manejo não

farmacológico, mas é insuficiente para um paciente com sinais de choque e falência de bomba. Apenas observar a pressão por 24 horas em um quadro de hipoperfusão e oligúria retardaria um tratamento vital, permitindo a progressão para disfunção orgânica múltipla.

Alternativa (e) Incorreta. Embora vasodilatadores como nitroprussiato ou nitroglicerina sejam usados no Perfil B (Úmido e Quente), eles são contraindicados quando a pressão arterial sistólica está abaixo de 90 mmHg (este paciente está com 85 mmHg). O uso de vasodilatadores sem o suporte de um inotrópico em um paciente hipotenso causaria um colapso circulatório grave.

---

### Questão 3

Análise Clínica do Caso:

A paciente apresenta uma descompensação grave do Diabetes Mellitus tipo 2 após interrupção do tratamento. O quadro clínico é marcado por sintomas cardinais (poliúria, polidipsia, perda ponderal) e sinais de desidratação importante (mucosas secas, frequência cardíaca de 104 bpm e pressão arterial limítrofe de 100 x 65 mmHg). A presença de glicemia de 460 mg/dL associada à cetonúria e náuseas acende o alerta para um estado de cetose diabética ou evolução para cetoacidose.

Análise das Alternativas:

a) liraglutida: Trata-se de um agonista do receptor de GLP-1. Embora não seja uma medicação indicada para o manejo de quadros agudos e possa causar efeitos colaterais gastrointestinais (como náuseas) que confundiriam o quadro, ela não é a principal contraindicação neste cenário de instabilidade volêmica.

b) alogliptina: É um inibidor da enzima DPP-4. É uma droga com perfil de segurança neutro e baixo risco de hipoglicemia. Não teria utilidade no pronto-socorro para esta paciente, mas seu uso não acarretaria um risco imediato de piora do quadro clínico atual.

c) acarbose: É um inibidor da alfa-glucosidase que atua na absorção intestinal de carboidratos. Sua eficácia em níveis de glicemia tão elevados é mínima e o potencial de efeitos colaterais gastrointestinais é alto, mas não é considerada perigosa no contexto de desidratação severa.

d) insulina: Esta é a medicação correta para o tratamento, e não a ser evitada. A paciente apresenta sinais claros de deficiência insulínica (insulinopenia), como a perda de peso acentuada e a presença de corpos cetônicos. A insulino terapia é a base do tratamento para reverter o estado catabólico e a hiperglicemia grave.

e) dapagliflozina: Esta medicação deve ser obrigatoriamente evitada e suspensa neste cenário. A dapagliflozina é um inibidor da SGLT2 que promove a excreção renal de glicose e, conseqüentemente, causa diurese osmótica. Em uma paciente já desidratada e hipovolêmica, o uso desta classe agravaria severamente a depleção de volume. Além disso, os inibidores de SGLT2 estão associados ao risco de cetoacidose diabética (inclusive a forma euglicêmica), especialmente em situações de estresse metabólico, cirurgias ou doença aguda, sendo contraindicados em pacientes com cetonúria ou risco iminente de acidose.

Conclusão:

A alternativa correta é a letra (e) devido ao risco de agravamento da desidratação e potencial desencadeamento de cetoacidose diabética grave.

---

#### Questão 4

O caso clínico apresenta uma paciente de 69 anos, portadora de prótese valvar mitral mecânica, com quadro de febre prolongada (8 dias) e início de sintomas de insuficiência cardíaca (dispneia). Diante desse cenário, a principal hipótese diagnóstica é a endocardite infecciosa (EI).

A paciente já realizou um ecocardiograma transtorácico (ETT), que teve resultado normal. No entanto, o ETT apresenta limitações importantes, especialmente em pacientes com próteses valvares, devido à sombra acústica gerada pelo material metálico, o que reduz a sensibilidade para detectar vegetações ou complicações perivalvares (como abscessos). De acordo com os Critérios de Duke e as diretrizes de cardiologia, se a suspeita clínica de endocardite é moderada ou alta e o ETT é negativo ou inconclusivo, o próximo passo obrigatório é a realização do ecocardiograma transesofágico (ETE).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A tomografia de tórax pode ser útil para identificar complicações pulmonares (como êmbolos sépticos em endocardite de câmaras direitas) ou diagnósticos diferenciais, mas não é o exame de escolha para o diagnóstico primário de vegetações valvares.

b) Incorreta. A tomografia de abdômen é utilizada na busca por complicações embólicas sistêmicas (infartos esplênicos ou renais), mas não auxilia na visualização direta da valva acometida para confirmar a endocardite.

c) Correta. O ecocardiograma transesofágico é o padrão-ouro para o diagnóstico de

endocardite em pacientes com próteses valvares. Ele oferece uma resolução muito superior ao transtorácico, permitindo a visualização de pequenas vegetações, abscessos e deiscências de prótese que podem passar despercebidos no exame convencional. Sua sensibilidade em próteses supera 90%.

d) Incorreta. A ressonância magnética cardíaca não é um exame de rotina ou de primeira linha para a detecção de vegetações na endocardite infecciosa aguda, além de ter limitações técnicas em pacientes com próteses metálicas (dependendo do material).

e) Incorreta. A cintilografia miocárdica convencional é voltada para a avaliação de isquemia ou viabilidade. Embora o PET-CT com FDG (um tipo de medicina nuclear) possa ser utilizado em casos de dúvida diagnóstica em próteses valvares, ele é indicado apenas quando o ecocardiograma transesofágico não é conclusivo. Portanto, o ETE ainda é o próximo passo imediato.

---

## Questão 5

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão é um idoso de 81 anos com um achado laboratorial incidental de leucocitose importante ( $58.700/\text{mm}^3$ ). Ao analisarmos o diferencial, observamos que essa leucocitose é às custas de uma linfocitose absoluta e acentuada ( $55.000$  linfócitos/ $\text{mm}^3$ ), sem desvio à esquerda ou neutrofilia. O exame físico revela linfonodomegalias discretas e indolores. Esse quadro, em um paciente idoso e previamente assintomático do ponto de vista hematológico, é altamente sugestivo de Leucemia Linfocítica Crônica (LLC).

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

A LLC é a leucemia mais comum em idosos e, frequentemente, o diagnóstico ocorre de forma incidental em exames de rotina ou pré-operatórios. O critério diagnóstico principal é a presença de linfocitose persistente (mais de  $5.000$  linfócitos B/ $\text{mm}^3$  no sangue periférico por mais de 3 meses, confirmada por imunofenotipagem). Como o paciente está estável (sem anemia grave ou plaquetopenia significativa), não apresenta sinais de lise tumoral (ácido úrico e creatinina normais) e a cirurgia de correção de fratura de fêmur é uma urgência ortopédica para reduzir a morbimortalidade no idoso, a investigação hematológica pode ser conduzida de forma ambulatorial após o procedimento cirúrgico.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Incorreta. O estresse metabólico agudo (como uma fratura ou infarto) e a inflamação tipicamente causam leucocitose por neutrofilia (aumento de neutrófilos), muitas vezes com desvio à esquerda. Uma linfocitose dessa magnitude ( $55.000/\text{mm}^3$ ) nunca é considerada apenas reacional ao estresse traumático.

b) Incorreta. Não existe o conceito de "linfocitose reacional típica do idoso" frente à inflamação aguda. Em processos infecciosos ou inflamatórios agudos, espera-se uma resposta neutrofílica. Linfocitose reacional pode ocorrer em algumas infecções virais (como mononucleose), mas não no contexto de trauma ortopédico.

d) Incorreta. Embora a leucocitose possa sugerir infecção, o perfil aqui é de linfocitose crônica, e não neutrofilia infecciosa. Adiar a cirurgia de colo de fêmur em um idoso por conta de um achado hematológico incidental e estável aumenta drasticamente o risco de complicações como pneumonia, escaras e tromboembolismo.

e) Incorreta. O risco de leucostase (estase sanguínea por excesso de leucócitos) é muito baixo na LLC, ocorrendo geralmente apenas quando os linfócitos ultrapassam  $400.000-500.000/\text{mm}^3$ . Diferente das leucemias agudas (onde os blastos são células grandes e rígidas), os linfócitos da LLC são pequenos e maduros, circulando facilmente pelos capilares. Não há indicação de leucoaférese ou quimioterapia de urgência neste caso.

---

## Questão 6

### EXPLICAÇÃO:

Alternativa A (CORRETA): O diagnóstico da encefalopatia hepática (EH) é fundamentalmente clínico, baseado na história clínica, presença de fatores precipitantes e achados do exame físico, como o asterixe (flapping). Por ser uma síndrome que pode ser mimetizada por diversas condições metabólicas ou estruturais, ela é considerada um diagnóstico de exclusão. Testes psicométricos são reservados principalmente para o diagnóstico da EH mínima (quadros subclínicos), e o eletroencefalograma, embora possa mostrar ondas trifásicas, é inespecífico e não é exigido para a propedêutica de rotina.

Alternativa B (INCORRETA): A classificação de gravidade da EH segue os critérios de West Haven. O paciente que apresenta sonolência acentuada e desorientação, mas que ainda responde a estímulos verbais (desperta ao chamado), é classificado como Grau 3. O Grau 4 é definido pelo estado de coma, no qual não há resposta ao chamado.

Alternativa C (INCORRETA): Em todo paciente cirrótico com ascite que apresenta piora clínica ou encefalopatia, a paracentese diagnóstica deve ser realizada obrigatoriamente na admissão. O objetivo é excluir a Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE), que é um dos principais gatilhos para a EH e pode ocorrer sem dor abdominal ou febre. O procedimento é seguro e não está relacionado ao aumento da translocação bacteriana.

Alternativa D (INCORRETA): Não existe uma correlação fidedigna entre os níveis séricos de amônia e o grau de comprometimento neurológico. Muitos pacientes cirróticos mantêm níveis elevados de amônia sem manifestar encefalopatia, enquanto outros podem estar em coma com níveis apenas discretamente alterados. Portanto, a dosagem de amônia não deve ser utilizada para diagnóstico, gradação de gravidade ou acompanhamento de resposta terapêutica.

Alternativa E (INCORRETA): A profilaxia secundária é recomendada de forma contínua após o primeiro episódio de encefalopatia hepática manifesta. A lactulose é o agente de primeira escolha, agindo na redução da absorção intestinal de amônia. Em casos de recorrência, mesmo em uso de lactulose, a associação com rifaximina é indicada.

---

## Questão 7

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro febril agudo (5 dias) acompanhado de cefaleia, mialgia e artralgia em Salvador, área endêmica para arboviroses. O hemograma revela leucopenia ( $3.900/\text{mm}^3$ ) e plaquetopenia ( $72.000/\text{mm}^3$ ), achados clássicos da dengue.

O ponto fundamental para a resolução da questão é a evolução para dispneia, taquipneia (FR 28 irpm), hipoxemia ( $\text{SpO}_2$  93%) e a presença de linhas B difusas ao ultrassom pulmonar. Esses sinais indicam extravasamento plasmático para o interstício pulmonar (edema pulmonar não cardiogênico por aumento de permeabilidade capilar), o que classifica o paciente como dengue com sinais de alarme (Grupo C), conforme os protocolos do Ministério da Saúde.

Alternativa a: Incorreta. Pacientes com sinais de alarme (como desconforto respiratório e extravasamento de líquidos) não podem receber alta. Eles devem obrigatoriamente ser internados para hidratação venosa imediata e monitorização.

Alternativa b: Incorreta. A conduta de alta é perigosa devido à instabilidade respiratória e hemodinâmica iminente. Além disso, a doxiciclina é indicada para o tratamento de leptospirose ou riquetsiose. Embora a leptospirose seja um diferencial,

ela costuma apresentar leucocitose com desvio à esquerda e neutrofilia, ao contrário da leucopenia observada neste caso.

Alternativa c: Correta. A internação é a conduta obrigatória para casos de dengue com sinais de alarme (Grupo C). O objetivo é realizar a reposição volêmica assistida, monitorar o hematócrito (para avaliar hemoconcentração), acompanhar a contagem de plaquetas e observar a evolução clínica para evitar que o paciente progrida para o choque (Grupo D).

Alternativa d: Incorreta. Embora a internação esteja indicada, a principal suspeita clínica baseada na leucopenia e no quadro de extravasamento plasmático é dengue, e não leptospirose. O tratamento da dengue é baseado em suporte e hidratação, não havendo indicação rotineira de doxiciclina sem forte suspeita de coinfeção ou diagnóstico alternativo bacteriano.

Alternativa e: Incorreta. Esta opção apresenta dois erros graves: o primeiro é dar alta a um paciente com hipoxemia e taquipneia; o segundo é prescrever ácido acetilsalicílico (AAS). O AAS é estritamente contraindicado na dengue devido ao risco de sangramentos por sua ação antiagregante plaquetária irreversível e ao risco de Síndrome de Reye.

---

## Questão 8

Análise da Lacuna 1:

O fármaco descrito é a azitromicina. Ela é um macrolídeo que se diferencia dos demais (como eritromicina e claritromicina) por possuir uma meia-vida extremamente longa (aproximadamente 68 horas), o que permite regimes posológicos de dose única ou poucos dias de tratamento. Age ligando-se à subunidade 50S do ribossomo bacteriano, impedindo a síntese proteica. Sua alta penetração intracelular a torna ideal para o tratamento de patógenos intracelulares como a *Chlamydia trachomatis* (em casos de uretrite) e germes atípicos causadores de pneumonia (como *Mycoplasma pneumoniae* e *Legionella pneumophila*).

Análise da Lacuna 2:

O fármaco é a ceftriaxona. Trata-se de uma cefalosporina de 3ª geração que apresenta excelente penetração na barreira hematoencefálica quando as meninges estão inflamadas, sendo pilar no tratamento das meningites bacterianas. Uma característica farmacocinética marcante é sua eliminação significativa por via biliar (cerca de 40% a 50%), além da renal. É também o tratamento de escolha para a gonorreia causada pela *Neisseria gonorrhoeae*.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A claritromicina é um macrolídeo, mas sua meia-vida é consideravelmente menor que a da azitromicina. A cefazolina é uma cefalosporina de 1ª geração, usada principalmente para profilaxia cirúrgica e infecções de pele, não possuindo penetração no LCR para tratar meningite.
- b) Incorreta. A eritromicina é o macrolídeo de primeira geração, com meia-vida curta e alta frequência de efeitos colaterais gastrointestinais. O meropenem é um carbapenêmico, não uma cefalosporina de 3ª geração.
- c) Incorreta. A doxiciclina pertence à classe das tetraciclinas e atua na subunidade 30S do ribossomo, não na 50S. O cefepime é uma cefalosporina de 4ª geração.
- d) Incorreta. A roxitromicina é um macrolídeo, mas a piperacilina é uma penicilina de amplo espectro (antipseudomonas), não uma cefalosporina.
- e) Correta. A azitromicina atende perfeitamente à descrição da primeira lacuna (macrolídeo, meia-vida longa, ação na 50S, cobertura para atípicos e clamídia). A ceftriaxona atende perfeitamente à segunda lacuna (cefalosporina de 3ª geração, penetração no LCR, eliminação biliar e uso em meningite/gonorreia).

### Questão 9

O caso clínico descreve uma Hemorragia Subaracnoidea (HSA) aneurismática, uma emergência neurológica grave. Após a estabilização inicial e o diagnóstico, a preocupação do médico divide-se em prevenir as principais complicações: o ressangramento (precoce) e a isquemia cerebral tardia (ICT), que geralmente ocorre entre o 3º e o 21º dia após o evento inicial.

A alternativa correta é a letra (b).

Explicação detalhada das alternativas:

- a) Nitroprussiato de sódio: É um potente vasodilatador utilizado para controle pressórico em emergências hipertensivas. No entanto, na HSA, ele deve ser evitado ou usado com extrema cautela, pois pode aumentar o volume sanguíneo intracraniano e, conseqüentemente, a pressão intracraniana. Além disso, não possui qualquer efeito na redução da isquemia cerebral tardia.
- b) Nimodipina: É um bloqueador dos canais de cálcio com seletividade para a vasculatura cerebral. É a única medida farmacológica com evidência sólida (Classe I, Nível A) para melhorar o prognóstico neurológico e reduzir a incidência de isquemia

cerebral tardia (ICT) em pacientes com HSA aneurismática. Embora inicialmente se acreditasse que ela agia apenas prevenindo o vasoespasmó macroscópico, hoje se sabe que seu benefício também envolve mecanismos de neuroproteção e melhora da microcirculação. O protocolo padrão é o uso por 21 dias.

c) Clipagem do aneurisma antes de 12 horas: A intervenção precoce (seja por clipagem cirúrgica ou embolização endovascular) é fundamental no tratamento da HSA, mas seu objetivo principal é prevenir o ressangramento, que é a complicação mais letal nas primeiras 24-48 horas. A exclusão precoce do aneurisma não reduz, por si só, o risco de desenvolvimento de isquemia cerebral tardia/vasoespasmó nos dias subsequentes.

d) Fenitoína: É um anticonvulsivante. Na HSA, o uso de profilaxia para crises convulsivas é controverso e, quando indicado, geralmente é feito por um curto período. A fenitoína não tem papel na prevenção de fenômenos isquêmicos ou de vasoespasmó cerebral. Inclusive, alguns estudos sugerem que o uso prolongado de fenitoína na HSA pode estar associado a piores resultados cognitivos.

e) Atorvastatina em alta dose nas primeiras 24 horas: Embora o uso de estatinas tenha sido exaustivamente estudado na HSA por suas propriedades pleiotrópicas (anti-inflamatórias e proteção endotelial), grandes ensaios clínicos (como o estudo STASH) não demonstraram benefício na redução da isquemia cerebral tardia ou na melhora do desfecho clínico a longo prazo. Portanto, não é uma recomendação de rotina para essa finalidade específica.

---

## Questão 10

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente idosa, frágil, internada por um quadro infeccioso (pielonefrite), que apresenta início agudo de agitação, desorientação e inversão do ciclo sono-vigília. Este conjunto de sintomas caracteriza o Delirium, uma disfunção cerebral aguda muito comum em idosos hospitalizados, geralmente desencadeada por condições médicas subjacentes (como infecção e desidratação). O tratamento principal consiste em tratar a causa-base, mas quando há agitação psicomotora que coloca a paciente ou a equipe em risco, o manejo farmacológico sintomático é indicado.

### POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ CORRETA?

O haloperidol é um antipsicótico típico de alta potência e continua sendo o padrão-ouro para o controle da agitação no delirium. Ele é preferido porque apresenta poucos efeitos anticolinérgicos (que poderiam piorar a confusão mental) e não causa sedação excessiva ou depressão respiratória significativa. Em idosos, deve

ser utilizado em doses baixas.

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

Alternativas A e C (Diazepam e Clonazepam): Os benzodiazepínicos devem ser evitados no tratamento do delirium em idosos. Eles podem causar um efeito paradoxal, aumentando a confusão e a agitação, além de elevarem o risco de quedas e depressão respiratória. O uso de benzodiazepínicos no delirium só está indicado se a causa for abstinência de álcool ou de próprios benzodiazepínicos, o que foi descartado no enunciado.

Alternativa B (Clorpromazina): É um antipsicótico típico de baixa potência. Possui forte efeito anticolinérgico e bloqueio alfa-adrenérgico, o que pode causar hipotensão grave e piorar a confusão mental em pacientes idosos e frágeis.

Alternativa E (Risperidona): Embora seja um antipsicótico atípico que pode ser utilizado em quadros de agitação, o haloperidol ainda é a droga de primeira escolha em ambiente hospitalar agudo devido ao maior número de evidências científicas e segurança estabelecida para o controle rápido do delirium. A risperidona costuma ser uma opção secundária ou utilizada em tratamentos mais prolongados de sintomas comportamentais.

---

#### Questão 11

Alternativa (a) CORRETA: Esta alternativa reflete as recomendações atuais das principais diretrizes internacionais (como ASPEN e ESPEN). Em pacientes que eram previamente saudáveis e bem nutridos, o corpo possui reservas que permitem aguardar o início da Nutrição Parenteral (NP) por cerca de 7 dias, caso a via enteral seja impossível. O início precoce da NP nesses casos não traz benefícios e aumenta o risco de complicações infecciosas. Por outro lado, em pacientes com desnutrição grave prévia ou alto risco nutricional, a NP deve ser iniciada precocemente se a Nutrição Enteral (NE) for contraindicada ou insuficiente, para evitar o agravamento do estado nutricional.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora a nutrição enteral precoce (iniciada em até 24-48 horas) seja o objetivo para a maioria dos pacientes críticos, ela não pode ser aplicada a todos. Existe uma contraindicação absoluta em casos de instabilidade hemodinâmica grave (choque não compensado, doses crescentes de vasopressores ou hipoperfusão tecidual), devido ao risco de isquemia mesentérica. A prioridade inicial é sempre a estabilização hemodinâmica.

Alternativa (c) INCORRETA: A hipocaloria permissiva ou nutrição trófica (oferta de

70% das necessidades calóricas ou cerca de 10-20 kcal/kg) é, na verdade, recomendada na fase aguda inicial (primeiros 3 a 5 dias) da doença crítica. Essa estratégia visa evitar a superalimentação (overfeeding), que está associada a complicações como hiperglicemia, aumento da produção de CO<sub>2</sub> e disfunções hepáticas.

Alternativa (d) INCORRETA: O monitoramento rotineiro do Volume Residual Gástrico (VRG) deixou de ser obrigatório e é desencorajado por diversas diretrizes modernas, pois não se mostrou eficaz em reduzir a incidência de pneumonia aspirativa e acaba levando à interrupção desnecessária da dieta. Além disso, o ponto de corte mencionado (200 mL) é muito baixo; protocolos atuais costumam tolerar volumes de até 500 mL em pacientes sem outros sinais de intolerância gastrointestinal.

Alternativa (e) INCORRETA: A suplementação de glutamina intravenosa de rotina não é recomendada para pacientes críticos em geral. Grandes estudos, como o REDOXS, demonstraram que a glutamina pode, inclusive, aumentar a mortalidade em pacientes com falência de múltiplos órgãos, especialmente naqueles com disfunção renal. Seu uso é restrito a populações muito específicas, como grandes queimados ou pacientes com trauma grave, e não de forma rotineira.

---

## Questão 12

O quadro clínico descreve um paciente politraumatizado grave, com sinais claros de instabilidade hemodinâmica (choque classe IV: FC 140 bpm e PA 80/40 mmHg) e insuficiência respiratória iminente (FR 36 ipm e saturação de 84% mesmo em uso de máscara de oxigênio). No atendimento ao trauma, seguimos rigorosamente a sistematização do ABCDE do ATLS (Advanced Trauma Life Support).

A alternativa (a) está correta porque, conforme a priorização do ABCDE, as vias aéreas (A) e a ventilação (B) precedem a abordagem da circulação (C). Um paciente com saturação de oxigênio de 84% sob máscara e frequência respiratória de 36 ipm apresenta falha na oxigenação e ventilação. A intubação orotraqueal é necessária para garantir uma via aérea definitiva, fornecer oxigenação adequada e reduzir o trabalho respiratório, o que também auxilia no manejo do choque ao diminuir o consumo periférico de oxigênio pelos músculos respiratórios.

A alternativa (b) está incorreta. A tipagem sanguínea e o início do protocolo de transfusão maciça são passos fundamentais no tratamento deste paciente, que apresenta sinais de choque hipovolêmico grave (provavelmente por sangramento abdominal ou pélvico). No entanto, isso faz parte do "C" (Circulação) e deve ser realizado após ou simultaneamente à estabilização das vias aéreas e ventilação. A questão pede a primeira conduta.

A alternativa (c) está incorreta. A drenagem torácica seria indicada se houvesse sinais clínicos de pneumotórax hipertensivo ou hemotórax volumoso (como ausculta abolida, desvio de traqueia ou percussão alterada), o que não foi relatado. Embora o paciente tenha baixa saturação, a prioridade inicial em um quadro de hipóxia grave sem diagnóstico etiológico torácico definido é a proteção da via aérea e ventilação assistida.

A alternativa (d) está incorreta. O ultrassom FAST é uma ferramenta excelente para identificar líquido livre na cavidade abdominal, na pelve ou no saco pericárdico, sendo parte essencial do "C". No entanto, o paciente apresenta uma emergência respiratória (A e B) que precisa ser resolvida antes ou enquanto a equipe prepara os exames de imagem à beira-leito.

A alternativa (e) está incorreta. A tomografia computadorizada é formalmente contraindicada para pacientes com instabilidade hemodinâmica. O paciente tem PA 80/40 mmHg, o que indica que ele deve ser estabilizado na sala de trauma e, se necessário, levado diretamente ao centro cirúrgico ou à angiografia, mas nunca para a sala de tomografia, onde o monitoramento e a intervenção são limitados.

---

### Questão 13

O caso clínico apresenta um paciente de 63 anos, obeso, no 2º dia de pós-operatório (D2) de colecistectomia videolaparoscópica, evoluindo com febre baixa e dor leve em hipocôndrio direito. A análise minuciosa dos dados revela um paciente clinicamente estável, com sinais vitais preservados (exceto pela temperatura de 37,8 °C) e exame físico abdominal sem sinais de complicação cirúrgica imediata (abdome indolor à palpação superficial e sem irritação peritoneal).

A febre no pós-operatório imediato (primeiras 48 a 72 horas) é um achado extremamente frequente e, na maioria das vezes, não possui causa infecciosa. As principais etiologias nesse período são a resposta metabólica e endócrina ao trauma cirúrgico (devido à liberação de citocinas inflamatórias) e a atelectasia pulmonar, especialmente em pacientes obesos e submetidos a cirurgias abdominais superiores.

Análise das alternativas:

a) Correta. Como o paciente está estável, sem sinais de peritonite, sem icterícia e com feridas operatórias de bom aspecto, a conduta inicial deve ser expectante e sintomática. O uso de antipiréticos para o controle da febre e analgésicos para a dor leve é o mais adequado. A febre de 37,8 °C no D2 não justifica, isoladamente, uma investigação invasiva ou mudança terapêutica agressiva.

b) Incorreta. A solicitação de exames laboratoriais (como hemograma e PCR) neste momento seria precoce e pouco específica, pois o próprio estresse cirúrgico pode elevar a contagem de leucócitos e os marcadores inflamatórios, gerando confusão diagnóstica sem mudar a conduta imediata.

c) Incorreta. Não há foco infeccioso evidente. O paciente recebeu antibioticoprofilaxia adequadamente na indução. O início de antibioticoterapia empírica sem evidência de infecção bacteriana contribui apenas para a resistência bacteriana e efeitos colaterais desnecessários.

d) Incorreta. Exames de imagem (como ultrassonografia ou tomografia) seriam indicados caso houvesse suspeita de complicações cirúrgicas, como coleções abdominais, abscessos ou escape biliar. No entanto, o exame físico do paciente é benigno, com dor leve e sem sinais de irritação peritoneal, o que torna a investigação por imagem desnecessária neste momento.

e) Incorreta. Esta é a conduta mais invasiva e estaria reservada para casos de complicações graves confirmadas, como um abscesso sub-hepático ou coleções infectadas, o que não condiz com o quadro clínico de um paciente estável no 2º dia de pós-operatório. Além disso, a drenagem sempre deve ser precedida por um exame de imagem que comprove a necessidade do procedimento.

---

## Questão 14

Explicação:

Alternativa A: Incorreta. Os nervos citados (cutâneo lateral da coxa, femoral e ramo femoral do genitofemoral) são estruturas de interesse principal na anatomia posterior, sendo fundamentais em cirurgias laparoscópicas, onde compõem o chamado triângulo da dor. Na inguinotomia convencional (via anterior), os nervos que devem ser identificados e preservados são o ílio-hipogástrico, o ílio-inguinal e o ramo genital do nervo genitofemoral.

Alternativa B: Incorreta. Embora a identificação dos nervos seja recomendada, a dissecação cuidadosa em toda a sua extensão é prejudicial. O manuseio excessivo e a dissecação extensa podem causar desvascularização nervosa, trauma mecânico e induzir uma resposta inflamatória cicatricial (fibrose) ao redor do nervo, o que aumenta o risco de neuralgia e dor crônica pós-operatória.

Alternativa C: Correta. A fixação da tela ou a passagem de pontos de sutura no perióstio do tubérculo púbico é uma causa clássica de dor crônica por periostite.

Para prevenir essa complicação, o cirurgião deve ancorar a tela em estruturas ligamentares, como o ligamento inguinal ou o ligamento reflexo (Colles), garantindo que a agulha não toque ou agrida o perióstio do osso púbis.

Alternativa D: Incorreta. A neurectomia profilática de rotina não é a conduta padrão-ouro. Embora existam estudos que discutam sua realização para reduzir a incidência de dor, a recomendação principal das diretrizes internacionais (como o International Guidelines for Groin Hernia Management) é a identificação e preservação dos nervos. A neurectomia sistemática resulta em perda definitiva da sensibilidade cutânea na região inguinal e genital.

Alternativa E: Incorreta. Caso um nervo sofra lesão térmica ou mecânica importante, a neurectomia pode ser indicada, mas a técnica descrita possui falhas. O uso de fios inabsorvíveis para ligar o coto nervoso pode gerar granulomas e irritação crônica. Além disso, o sepultamento do coto proximal na musculatura é uma manobra para evitar neuromas, mas a prioridade inicial em caso de tração intensa deve ser o relaxamento da manobra e a tentativa de preservação, e não a secção imediata como regra preventiva.

---

### Questão 15

O caso clínico apresenta um paciente com a clássica Tríade de Charcot: dor abdominal, icterícia e febre. Os exames laboratoriais confirmam o quadro de colestase (bilirrubina total de 6,0 mg/dL com predomínio da fração direta e GGT elevada) e a resposta inflamatória sistêmica (leucocitose de 15.500/mm<sup>3</sup>). A ultrassonografia de abdômen fecha o diagnóstico ao demonstrar a presença de cálculos no colédoco (coledocolitíase) e a consequente dilatação das vias biliares.

Para classificar a gravidade da colangite aguda, utilizamos os Critérios de Tóquio (TG18), que dividem a doença em três graus:

Grau III (Grave): Definido pela presença de disfunção em pelo menos um de seis órgãos ou sistemas:

1. Cardiovascular: necessidade de aminas vasopressoras.
2. Neurológico: alteração do nível de consciência.
3. Respiratório: relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor que 300.
4. Renal: creatinina maior que 2,0 mg/dL ou oligúria.
5. Hepático: RNI maior que 1,5.
6. Hematológico: plaquetas menores que 100.000/mm<sup>3</sup>.

No caso descrito, o paciente apresenta creatinina de 2,2 mg/dL e relato de oligúria, o que preenche o critério de disfunção renal, classificando a colangite como Grau III

(Grave).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A classificação Grau I (leve) é reservada para pacientes que não preencham critérios de gravidade nem critérios de moderada intensidade. A presença de disfunção renal (Cr 2,2) eleva a gravidade diretamente para o Grau III.
- b) Incorreta. Para ser Grau II (moderada), o paciente deveria apresentar pelo menos dois dos seguintes critérios: leucocitose importante ( $> 12.000$  ou  $< 4.000$ ), febre alta ( $\geq 39$  °C), idade  $\geq 75$  anos, bilirrubina total  $\geq 5$  mg/dL ou hipoalbuminemia. O paciente até possui alguns desses achados (leucocitose e bilirrubina de 6,0), porém a existência de disfunção orgânica (renal) prioriza a classificação como Grau III.
- c) Correta. O diagnóstico é colangite aguda e o grau é III (grave) devido à disfunção renal aguda evidenciada pela creatinina acima de 2,0 mg/dL e pelo quadro de oligúria.
- d) Incorreta. O diagnóstico de colangite está bem estabelecido pela presença de inflamação sistêmica (febre e leucocitose), colestase (icterícia e exames laboratoriais) e evidência de obstrução biliar por cálculos na imagem.
- e) Incorreta. A alternativa C está correta e fundamentada nos consensos internacionais vigentes.

---

### Questão 16

A tendinite do manguito rotador, que envolve principalmente os tendões dos músculos supraespal, infraespal, redondo menor e subescapular, é a causa mais comum de dor no ombro. O diagnóstico é eminentemente clínico, baseado na história de dor (especialmente noturna e ao elevar o braço) e nas manobras de exame físico que provocam dor ao tensionar ou comprimir as estruturas inflamadas.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O aumento de volume da região deltoidea não é um sinal de tendinite. Esse achado poderia sugerir processos inflamatórios articulares graves, grandes derrames, abscessos ou tumores. Na tendinite, o processo é interno aos tendões e não costuma gerar edema visível externamente na musculatura deltoide.
- b) Incorreta. A atrofia muscular, quando presente, ocorre geralmente nas fossas supra- e infraespalais em casos de rupturas crônicas e extensas do manguito rotador,

e não na musculatura bicipital. A musculatura do bíceps pode ser afetada em casos de tendinite da cabeça longa do bíceps, mas não é a característica definidora da tendinite dos rotadores.

c) Incorreta. O edema articular visível (derrame articular) é mais característico de artrites inflamatórias (como a artrite reumatoide) ou infecciosas. Na tendinite do manguito, o processo inflamatório é localizado nos tendões e na bursa subacromial, raramente apresentando-se como um edema articular generalizado detectável ao exame físico visual.

d) Incorreta. A luxação da cabeça umeral é uma perda de contato entre as superfícies articulares, tratando-se de uma urgência ortopédica decorrente de trauma ou instabilidade crônica. Não é um achado de tendinite, que é uma patologia inflamatória/degenerativa dos tecidos moles.

e) Correta. Esta é a descrição clássica do exame físico na tendinite do manguito. A dor é reproduzida quando solicitamos a contração muscular contra uma resistência imposta pelo examinador ou durante a abdução ativa do braço. O músculo supraespal, o mais acometido, é testado justamente na abdução e na flexão. Quando o tendão inflamado é tensionado pela contração ou comprimido contra o arco acromial durante o movimento (arco doloroso entre 60 e 120 graus), o paciente relata a dor característica.

---

### Questão 17

Alternativa A: INCORRETA. A manometria esofágica não é um exame utilizado para o diagnóstico da DRGE. Sua principal utilidade clínica é a localização do esfíncter inferior do esôfago (EIE) para o posicionamento correto do cateter de pH-metria e, fundamentalmente, para a exclusão de distúrbios motores do esôfago (como acalásia ou esclerodermia) em pacientes que serão submetidos a tratamento cirúrgico. Uma pressão de repouso baixa do EIE não confirma o diagnóstico de refluxo, assim como uma pressão normal não o exclui.

Alternativa B: INCORRETA. A existência de uma hérnia hiatal isolada não é indicação cirúrgica. O tratamento cirúrgico da DRGE é indicado para pacientes com a doença comprovada que apresentam sintomas refratários ao tratamento clínico, intolerância aos inibidores de bomba de prótons (IBP), complicações (como estenose ou esôfago de Barrett de difícil controle) ou pelo desejo do paciente de não utilizar medicação de forma contínua. Hérnias assintomáticas e sem evidência de esofagite erosiva devem ser apenas observadas.

Alternativa C: CORRETA. O Consenso de Lyon (e sua versão atualizada 2.0)

revolucionou o diagnóstico da DRGE ao propor critérios mais rigorosos. O diagnóstico é estabelecido de forma conclusiva por meio da endoscopia quando há presença de esofagite grave (graus C e D de Los Angeles), esôfago de Barrett de segmento longo ou estenose péptica. Do ponto de vista funcional, utiliza-se a pH-metria, sendo o diagnóstico confirmado quando o Tempo de Exposição Ácida (TEA) é superior a 6%. Casos com TEA entre 4% e 6% ou esofagite graus A e B são considerados limítrofes e necessitam de critérios adicionais.

Alternativa D: INCORRETA. Pacientes com sintomas atípicos (como tosse crônica, pigarro, rouquidão ou asma) possuem, em geral, uma resposta ao tratamento cirúrgico inferior e menos previsível do que a dos pacientes que apresentam os sintomas clássicos (pirose e regurgitação). O melhor preditor de sucesso para a cirurgia antirrefluxo é a resposta satisfatória prévia ao tratamento clínico com IBP. O refluxo não ácido pode ser identificado pela impedâncio-pH-metria, mas sua presença isolada não garante sucesso cirúrgico superior para sintomas atípicos.

Alternativa E: INCORRETA. O esôfago de Barrett é uma complicação da DRGE caracterizada por metaplasia intestinal. A cirurgia antirrefluxo é eficaz no controle dos sintomas e na cicatrização da esofagite, porém não há evidências definitivas de que ela promova a regressão da metaplasia ou que seja superior ao tratamento clínico na prevenção do adenocarcinoma esofágico. A conduta em pacientes com Barrett envolve o controle do refluxo (seja clínico ou cirúrgico) associado a um protocolo rigoroso de vigilância endoscópica com biópsias, reservando-se terapias ablativas ou ressecções para casos com displasia.

---

## Questão 18

Para resolver essa questão, é fundamental dominar a Classificação de Atlanta Revisada (2012) para as coleções pancreáticas e peripancreáticas decorrentes da pancreatite aguda. O diagnóstico correto depende de dois fatores principais: o tempo de evolução e o conteúdo da coleção.

Análise do Enunciado:

O paciente está na fase tardia da pancreatite (5 semanas após o início, ou seja, mais de 4 semanas). A tomografia mostra uma coleção bem delimitada (com parede formada) que contém líquido e, crucialmente, restos pancreáticos necróticos (conteúdo sólido/heterogêneo).

Explicação das Alternativas:

a) Pseudocisto pancreático: Incorreta. Embora o pseudocisto ocorra após 4 semanas de evolução e possua uma parede bem definida, ele é composto exclusivamente por

conteúdo líquido homogêneo, sem detritos sólidos ou necrose em seu interior. Ele se origina de uma pancreatite edematosa intersticial.

b) Neoplasia mucinosa intraductal (IPMN): Incorreta. Trata-se de uma neoplasia cística produtora de mucina que se origina nos ductos pancreáticos. Não é uma complicação aguda de um quadro de pancreatite recente, apresentando características radiológicas distintas, como comunicação com o ducto pancreático principal.

c) Pancreatite aguda: Incorreta. Este é o diagnóstico da doença sistêmica em si, mas a questão solicita a identificação específica do achado tomográfico (a complicação local).

d) Necrose pancreática delimitada (Walled-off Necrosis - WON): Correta. Esta é a definição clássica para uma coleção que ocorre após 4 semanas de evolução de uma pancreatite necrotizante. Suas características são: parede bem definida e organizada, localização intra- ou extrapancreática e, fundamentalmente, a presença de conteúdo heterogêneo (líquido associado a restos necróticos/sólidos).

e) Adenocarcinoma: Incorreta. O adenocarcinoma é um tumor sólido maligno do pâncreas. Ele não se apresenta como uma coleção circunscrita com restos necróticos e líquido surgindo agudamente 5 semanas após um episódio documentado de pancreatite aguda.

Resumo Didático:

Até 4 semanas:

- Conteúdo apenas líquido: Coleção Fluida Peripancreática Aguda.
- Conteúdo com necrose: Coleção Necrótica Aguda (ANC).

Após 4 semanas (coleções com parede definida):

- Conteúdo apenas líquido: Pseudocisto.
- Conteúdo com necrose: Necrose Pancreática Delimitada (Walled-off Necrosis - WON).

---

## Questão 19

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de alto risco para colite isquêmica após a correção de um aneurisma de aorta abdominal (AAA) roto. Os principais fatores de risco presentes são: instabilidade hemodinâmica (choque), clampeamento supracelíaco (que interrompe temporariamente o fluxo para as artérias viscerais),

ligadura da artéria mesentérica inferior (principal suprimento do cólon esquerdo e sigmoide) e o uso de drogas vasoativas (que causam vasoconstricção esplâncnica). No segundo dia de pós-operatório, a presença de distensão abdominal, dor à palpação, leucocitose e acidose metabólica leve reforça a suspeita dessa complicação, que ocorre em cerca de 15% a 30% dos casos de AAA roto.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora o íleo adinâmico seja comum após grandes cirurgias abdominais, os fatores de risco para isquemia são muito significativos neste caso. Ignorar a possibilidade de colite isquêmica diante de leucocitose, acidose e um histórico de choque e ligadura da artéria mesentérica inferior pode retardar um diagnóstico crítico. A conduta deve ser proativa para excluir isquemia.

Alternativa b) Incorreta. A tomografia computadorizada com contraste pode mostrar espessamento da parede colônica ou pneumatose intestinal, mas não é o exame de escolha inicial nem o mais sensível para avaliar a viabilidade da mucosa do cólon em casos de colite isquêmica pós-operatória. Além disso, o paciente já apresenta creatinina elevada (1,7 mg/dL), o que exige cautela no uso de contraste iodado.

Alternativa c) Incorreta. A ultrassonografia de abdômen tem baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de isquemia intestinal, sendo limitada pela distensão abdominal e pela presença de gases (meteorismo), comuns no pós-operatório. Embora possa diagnosticar colecistite alitiásica, esta não é a principal suspeita diagnóstica diante da fisiopatologia do caso.

Alternativa d) Correta. A retossigmoidoscopia (ou colonoscopia flexível sem preparo e com insuflação mínima) é o padrão-ouro para o diagnóstico de colite isquêmica. Ela permite a visualização direta da mucosa para avaliar a presença de edema, hemorragia submucosa, palidez ou necrose francamente estabelecida. Como a região mais afetada costuma ser o sigmoide (devido à ligadura da artéria mesentérica inferior e à natureza de "zona de transição" vascular), a retossigmoidoscopia costuma ser suficiente para o diagnóstico inicial.

Alternativa e) Incorreta. Programar uma laparotomia exploradora sem uma confirmação diagnóstica ou sinais de irritação peritoneal (peritonite) é uma conduta excessivamente agressiva e precoce. A conduta correta é realizar o exame endoscópico primeiro para graduar a isquemia. Se houver necrose transmural visualizada na endoscopia ou sinais de peritonite, aí sim a laparotomia estaria indicada imediatamente.

## Questão 20

O manejo do sangramento por varizes esofágicas no paciente cirrótico envolve três pilares fundamentais: estabilização hemodinâmica, terapia farmacológica e profilaxia de complicações.

Análise laboratorial e conduta transfusional: O paciente apresenta Hb de 6,0 g/dL. As diretrizes atuais (como o consenso de Baveno) recomendam uma estratégia transfusional restritiva, iniciando a reposição de concentrado de hemácias quando a hemoglobina está abaixo de 7,0 g/dL, com alvo entre 7,0 e 9,0 g/dL. No cirrótico, evitar a hiper-hidratação e a sobrecarga volêmica é crucial, pois o aumento da pressão hidrostática intravascular pode aumentar a pressão portal e propiciar o ressangramento das varizes. Por esse motivo, o uso de plasma fresco congelado para corrigir o INR elevado ou a transfusão de plaquetas (quando acima de 50.000/mm<sup>3</sup>) não são recomendados de rotina, pois não corrigem efetivamente a coagulopatia do cirrótico e aumentam a pressão portal.

Terapia Farmacológica: O uso de drogas vasoativas (como terlipressina, octreotida ou somatostatina) deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente antes mesmo da endoscopia, e mantido por 2 a 5 dias. A terlipressina é a única que demonstrou redução de mortalidade em ensaios clínicos.

Antibioticoprofilaxia: É obrigatória em todo cirrótico com hemorragia digestiva alta, pois reduz o risco de infecções (como a peritonite bacteriana espontânea), ressangramento e mortalidade. A ceftriaxona (1 g/dia) é o antibiótico de escolha para pacientes com cirrose avançada (Child B ou C), sendo superior às quinolonas (como norfloxacin ou ciprofloxacina) nesses casos.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O plasma fresco não deve ser utilizado rotineiramente para corrigir o INR no sangramento varicoso. O ácido tranexâmico não possui evidência de benefício no sangramento por varizes esofágicas.
- b) Correta. A transfusão de hemácias está indicada (Hb < 7), a terlipressina é a droga vasoativa de escolha e a ceftriaxona é o antibiótico preferencial para pacientes Child B.
- c) Incorreta. A transfusão de plasma e plaquetas (estas acima de 50.000) é contraindicada pelo risco de sobrecarga volêmica e aumento da pressão portal. A norfloxacin é inferior à ceftriaxona em pacientes Child B.
- d) Incorreta. Prioriza o plasma em vez de hemácias, o que é um erro grave. A

vitamina K não tem papel no controle agudo do sangramento varicoso, pois sua ação é lenta e depende da função sintética do fígado, que está comprometida.

e) Incorreta. Novamente, propõe o uso desnecessário de plasma, plaquetas e vitamina K, além de omitir a antibioticoprofilaxia, que é conduta obrigatória.

---

## Questão 21

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O leite de vaca integral e puro não é adequado para lactentes, especialmente para aqueles com menos de 6 meses. Ele possui uma concentração excessiva de proteínas e eletrólitos (causando sobrecarga renal) e baixos níveis de gorduras essenciais e ferro, o que pode levar à anemia e micro-hemorragias intestinais. As fórmulas infantis são, na verdade, leite de vaca modificado laboratorialmente para tentar se aproximar da composição do leite materno, mas o termo leite de vaca integral refere-se ao produto sem essas modificações necessárias.

Alternativa B (Incorreta): As fórmulas à base de soja não são a primeira escolha para a substituição do leite materno. Elas são indicadas apenas em situações específicas, como na galactosemia ou por escolha de famílias vegetarianas estritas. Elas não devem ser usadas de rotina para lactentes saudáveis e são contraindicadas para prematuros e, em muitos casos, para lactentes com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) menores de 6 meses, devido ao risco de sensibilidade cruzada.

Alternativa C (Correta): De acordo com as normas de segurança alimentar e as recomendações do Ministério da Saúde, a água utilizada no preparo das fórmulas deve ser fervida para garantir a eliminação de microrganismos. A recomendação de oferecer a fórmula em temperatura ambiente visa evitar acidentes com queimaduras na mucosa oral do lactente, que podem ocorrer se o leite estiver muito quente ou se for aquecido de forma desigual (como no micro-ondas).

Alternativa D (Incorreta): A adição de açúcar, mel ou qualquer outro edulcorante é terminantemente contraindicada para lactentes e crianças até os 2 anos de idade. O açúcar predispõe à obesidade, diabetes e cáries. Já o mel é proibido para menores de 1 ano devido ao risco de botulismo, já que o trato gastrointestinal do bebê ainda não consegue impedir a proliferação dos esporos da bactéria *Clostridium botulinum*.

Alternativa E (Incorreta): O uso de mamadeiras, bicos e chupetas é desaconselhado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde. Esses artefatos podem causar a confusão de bicos, prejudicando a pega correta no peito, além de

estarem associados a um maior risco de infecções (otites e diarreias), problemas na dentição e alterações no desenvolvimento da fala e deglutição. Na impossibilidade da amamentação, o uso de copinhos ou colheres é preferível.

---

## Questão 22

Diagnóstico: O quadro clínico descrito (desconforto nos membros inferiores que piora ao repouso e à noite, com alívio pelo movimento) é clássico da Síndrome das Pernas Inquietas (SPI), também conhecida como Doença de Willis-Ekbom.

Fisiopatologia e Investigação: A deficiência de ferro no sistema nervoso central desempenha um papel fundamental na patogênese da SPI, mesmo na ausência de anemia clínica. O ferro é um cofator essencial para a síntese de dopamina, e níveis baixos de ferro cerebral estão associados à gravidade dos sintomas. Por esse motivo, a primeira conduta na investigação complementar de um paciente com SPI é a avaliação dos estoques de ferro.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A saturação de transferrina é um parâmetro importante para avaliar a disponibilidade de ferro para a eritropoiese, mas não é o marcador isolado de escolha inicial para avaliar os estoques totais de ferro na Síndrome das Pernas Inquietas.
  - b) Correta. A dosagem de ferritina sérica é o exame complementar mais indicado e o padrão-ouro inicial para avaliar as reservas corporais de ferro. Em pacientes com SPI, recomenda-se manter níveis de ferritina acima de 75 ng/mL (ou 50 ng/mL em alguns protocolos pediátricos), valores estes superiores aos limites de normalidade para a população geral, visando à melhora dos sintomas.
  - c) Incorreta. O ferro sérico isolado sofre grandes flutuações diárias (ritmo circadiano, dieta) e não reflete com precisão os estoques de ferro do organismo, sendo insuficiente para o manejo da SPI.
  - d) Incorreta. O hemograma completo pode identificar anemia ferropriva, mas um paciente pode ter deficiência de ferro significativa o suficiente para causar sintomas neurológicos (como a SPI) mesmo com níveis de hemoglobina e índices hematimétricos normais.
  - e) Incorreta. O receptor solúvel de transferrina é um marcador útil para identificar deficiência de ferro em contextos de inflamação crônica (onde a ferritina pode estar falsamente elevada), mas não é o exame de primeira linha ou o mais indicado no protocolo inicial de investigação da SPI.
-

### Questão 23

O quadro clínico descrito é clássico para a Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU), que é a causa mais comum de insuficiência renal aguda em crianças. O diagnóstico baseia-se na tríade: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiência renal aguda. O caso apresenta o pródromo típico de diarreia (frequentemente associada à bactéria *E. coli* produtora de toxina Shiga), seguido de oligúria (redução do volume urinário), edema, hipertensão (125 x 80 mmHg é elevado para 4 anos) e manifestações hemorrágicas (petéquias e equimoses) devido à queda das plaquetas.

Análise das alternativas:

- a) Testes de coagulação alterados: Incorreto. Na SHU, tipicamente o Tempo de Protrombina (TP) e o Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa) estão normais. Isso ajuda a diferenciar a SHU da Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), onde os testes de coagulação estariam alargados. O problema na SHU é o consumo de plaquetas nos microtrombos, não uma deficiência dos fatores de coagulação.
- b) Coprocultura positiva para *Entamoeba histolytica*: Incorreto. Embora a amebíase possa causar diarreia com sangue (disenteria), ela não evolui com a tríade de hemólise, trombocitopenia e insuficiência renal aguda. O agente etiológico mais comum da SHU pós-diarreia é a *Escherichia coli* (principalmente o sorotipo O157:H7).
- c) Presença de esquizócitos em sangue periférico: Correto. Os esquizócitos são fragmentos de hemácias resultantes da destruição mecânica das células vermelhas ao passarem por microvasos parcialmente obstruídos por trombos de plaquetas e fibrina (hemólise microangiopática). Sua presença no esfregaço de sangue periférico é um achado fundamental para o diagnóstico de SHU.
- d) ASLO positiva: Incorreto. A antiestreptolisina O (ASLO) é um marcador de infecção recente por estreptococo do grupo A e é utilizada no diagnóstico da Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNPE). Embora a GNPE também curse com hipertensão, edema e hematúria, ela não apresenta o pródromo de diarreia nem a anemia hemolítica com trombocitopenia características deste caso.
- e) Nenhuma das anteriores: Incorreto, pois a alternativa (c) descreve um achado laboratorial esperado para a patologia em questão.

## Questão 24

Análise do Calendário Nacional de Imunização (PNI) para uma criança de 15 meses:

De acordo com o Ministério da Saúde, ao completar 15 meses de idade, a criança que está com o calendário em dia (tendo recebido as vacinas de 12 meses) deve receber o primeiro reforço da DTP (difteria, tétano e coqueluche), o primeiro reforço da poliomielite, a vacina contra a hepatite A (dose única) e a vacina tetraviral (que corresponde à segunda dose da tríplice viral mais a primeira dose da varicela).

Alternativa (a) Incorreta: O reforço da vacina pneumocócica 10-valente é preconizado aos 12 meses de idade. O esquema básico dessa vacina é composto por duas doses iniciais (aos 2 e 4 meses) e uma dose de reforço após o primeiro ano de vida.

Alternativa (b) Incorreta: A vacina meningocócica C (conjugada) tem seu reforço estabelecido para os 12 meses de idade. As doses do esquema primário são administradas aos 3 e 5 meses de idade.

Alternativa (c) Correta: Aos 15 meses, está indicado o primeiro reforço contra a poliomielite. Vale destacar que, seguindo as atualizações mais recentes do PNI para a erradicação da doença, a vacina oral (VOP) está sendo substituída pela vacina inativada (VIP) em todo o esquema vacinal, incluindo os reforços de 15 meses e 4 anos.

Alternativa (d) Incorreta: A proteção contra o *Haemophilus influenzae* tipo b é oferecida pela vacina pentavalente, aplicada aos 2, 4 e 6 meses de idade. O PNI não prevê um reforço isolado ou específico para o componente Hib aos 15 meses de idade.

Alternativa (e) Incorreta: O esquema vacinal para febre amarela consiste em uma dose aos 9 meses de idade e um reforço aos 4 anos de idade. Dessa forma, não há indicação de vacinação contra febre amarela na consulta de 15 meses se o calendário prévio foi seguido corretamente.

Gabarito: Alternativa (c).

---

## Questão 25

A questão aborda a conduta frente a uma criança que teve contato próximo com um caso de tuberculose (TB) pulmonar ativa. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, todo contato de paciente bacilífero deve ser criteriosamente investigado, independentemente da presença de sintomas, para descartar doença ativa ou identificar a infecção latente.

Alternativa a) Correta. Em contatos assintomáticos, o primeiro passo fundamental é realizar a triagem para descartar a tuberculose-doença e verificar a presença de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTBT). A radiografia de tórax é necessária para excluir alterações de parênquima ou adenomegalias mediastinais que sugeririam doença ativa. A prova tuberculínica (PPD) ou o ensaio de liberação de interferon-gama (IGRA) servem para avaliar se o sistema imune da criança já teve contato com o bacilo.

Alternativa b) Incorreta. A pesquisa de BAAR (baciloscopia) é um exame microbiológico indicado para pacientes sintomáticos respiratórios que conseguem expectorar ou que apresentam alterações radiográficas suspeitas. Como a criança está assintomática e tem 7 anos (idade em que a coleta de escarro é difícil e a doença costuma ser paucibacilar), este não é o exame inicial de triagem.

Alternativa c) Incorreta. A tomografia de tórax é um exame de maior custo e radiação, reservado para casos em que a radiografia é duvidosa ou quando há necessidade de detalhar complicações. O isolamento ou afastamento das atividades não é indicado para contatos assintomáticos, uma vez que a criança ainda não possui diagnóstico de doença e, mesmo se tivesse, crianças raramente são transmissoras de tuberculose.

Alternativa d) Incorreta. Não se inicia o esquema de tratamento para tuberculose ativa (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) em um paciente assintomático sem confirmação diagnóstica. Se a investigação apontar para infecção latente (PPD positivo e RX normal), o tratamento indicado seria a quimioprevenção (geralmente com isoniazida ou rifampicina isoladas), e não o tratamento medicamentoso combinado para a doença.

Alternativa e) Incorreta. Apenas observar é uma conduta inadequada e negligente neste contexto. Contatos domiciliares, especialmente crianças, têm alto risco de progressão para formas graves de tuberculose se a infecção latente não for identificada e tratada precocemente. A investigação é mandatória para decidir sobre a necessidade de tratamento preventivo.

---

## Questão 26

### DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico de Elisa sugere inicialmente uma laringotraqueobronquite viral (crupe), devido à presença de tosse ladrante, rouquidão e estridor. No entanto, a evolução para febre alta (40 °C), o mau estado geral (aparência toxêmica) e,

principalmente, a ausência de resposta à nebulização com adrenalina e ao corticoide, mudam o diagnóstico principal para traqueíte bacteriana.

A traqueíte bacteriana é uma complicação grave, frequentemente causada pelo *Staphylococcus aureus*, que se manifesta como uma obstrução inflamatória aguda das vias aéreas superiores. A paciente apresenta sinais claros de insuficiência respiratória iminente e choque obstrutivo/séptico (SatO<sub>2</sub> de 78%, cianose, taquicardia extrema e toxemia), o que exige intervenção imediata para garantir a patência da via aérea e o tratamento da infecção.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Correta. A paciente apresenta falência respiratória (SatO<sub>2</sub> 78% em ar ambiente, cianose e esforço respiratório importante) e não respondeu às medidas iniciais para crupe viral. Na suspeita de traqueíte bacteriana ou epiglote em um paciente toxêmico e instável, a prioridade absoluta é a proteção da via aérea. A intubação deve ser realizada por sequência rápida e pelo profissional mais experiente, pois a via aérea costuma estar inflamada e com presença de secreções purulentas espessas, tornando o procedimento difícil. O início de antibióticos é essencial por se tratar de uma etiologia bacteriana.

b) Incorreta. A repetição da adrenalina é ineficaz na traqueíte bacteriana, pois a obstrução é causada por membranas inflamatórias e pus, e não apenas pelo edema de mucosa que responde à adrenalina. Manter apenas a inalação em um paciente com SatO<sub>2</sub> de 78% e mau estado geral atrasa a proteção necessária da via aérea.

c) Incorreta. O uso de beta-2 agonista (como o salbutamol) é indicado para quadros de broncoespasmo (asma/bronquiolite), o que não é o caso da obstrução alta apresentada. O corticoide inalatório também não tem papel no manejo agudo da insuficiência respiratória por obstrução de via aérea superior bacteriana.

d) Incorreta. Esta conduta seria indicada para um quadro de anafilaxia (adrenalina intramuscular e anti-histamínico). O quadro da paciente é infeccioso (febre alta, evolução de 1 dia) e não alérgico.

e) Incorreta. Embora a intubação orotraqueal esteja correta devido à gravidade, a administração isolada de corticoide sistêmico é insuficiente. Em um paciente toxêmico, com febre de 40 °C e suspeita de traqueíte bacteriana, a antibioticoterapia é mandatória e não pode ser omitida. Além disso, o corticoide já havia sido administrado sem resposta prévia.

## Questão 27

Análise do caso:

Lucas é um recém-nascido de 37 semanas (termo precoce) nascido por parto cesáreo sem indicação obstétrica. Este cenário é o principal fator de risco para a Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN), causada pelo retardo na reabsorção do líquido pulmonar. Aos 10 minutos de vida, ele apresenta sinais clássicos de desconforto respiratório (batimento de asa nasal, tiragens e retração) e taquipneia (72 irpm). Embora a saturação de 90% aos 10 minutos esteja dentro do esperado pelo Programa de Reanimação Neonatal, o esforço respiratório é evidente e exige intervenção para estabilização clínica.

Alternativa (a) Incorreta: A oferta de oxigênio inalatório por cateter aumenta a concentração de oxigênio inspirado, mas não fornece pressão positiva. No desconforto respiratório do recém-nascido, a fisiopatologia geralmente envolve colapso alveolar ou presença de líquido nos alvéolos. O uso isolado de oxigênio não resolve o problema mecânico do pulmão e pode postergar o tratamento adequado.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de surfactante exógeno é o tratamento padrão para a Doença da Membrana Hialina, que atinge principalmente prematuros com menos de 34 semanas por deficiência de surfactante. Lucas tem 37 semanas, o que torna essa hipótese menos provável que a TTRN. Além disso, o surfactante é administrado via intratraqueal em casos de falha do suporte não invasivo ou necessidade de intubação, não sendo a conduta inicial imediata para este caso.

Alternativa (c) Correta: O CPAP (pressão contínua nas vias aéreas) é a conduta de escolha. Ele fornece uma pressão positiva constante que mantém os alvéolos abertos, melhora a capacidade residual funcional e facilita a absorção do líquido pulmonar residual (comum em cesáreas). O uso precoce do CPAP em recém-nascidos com desconforto respiratório e estabilidade hemodinâmica ( $FC > 100$  bpm) reduz a necessidade de intubação e melhora o prognóstico respiratório.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o hemograma e a antibioticoterapia sejam fundamentais na suspeita de sepse neonatal ou pneumonia, o quadro clínico atual, o tempo de vida (10 minutos) e o histórico de parto cesáreo eletivo apontam fortemente para uma etiologia mecânica/adaptativa (TTRN). A prioridade absoluta é o suporte respiratório. A investigação infecciosa pode ser considerada posteriormente se o quadro não evoluir bem, mas não é a conduta imediata.

Alternativa (e) Incorreta: A Ventilação por Pressão Positiva (VPP) com balão e máscara é uma manobra de emergência na reanimação neonatal, indicada apenas se o recém-nascido estiver em apneia, gasping ou se a frequência cardíaca estiver abaixo de 100 bpm. Como Lucas está respirando espontaneamente e tem frequência

cardíaca de 120 bpm, a VPP não está indicada; o suporte adequado para o seu desconforto é o CPAP.

## Questão 28

### ANÁLISE DO CENÁRIO CLÍNICO

Estamos diante de um caso grave de Doença Hemolítica Perinatal (Eritroblastose Fetal) por incompatibilidade Rh. A mãe é O negativo com título de anticorpos anti-D elevado (1/128), indicando sensibilização prévia importante. O recém-nascido (RN) é A positivo e apresenta sinais de hemólise maciça precocemente (18 horas de vida): icterícia acentuada (Zona V de Kramer), anemia grave (Hb 8,5 mg/dL) e hiperbilirrubinemia indireta crítica (20 mg/dL).

Para um RN de 38 semanas com 18 horas de vida, o nível de bilirrubina de 20 mg/dL está muito acima do limite para início de fototerapia intensiva e já atinge critérios para exsanguineotransfusão (ET), conforme as curvas de Bhutani e diretrizes da Academia Americana de Pediatria.

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

A alternativa (c) descreve a conduta de urgência necessária:

1. Fototerapia intensiva: definida por uma irradiância de pelo menos 30 mcwatts/cm<sup>2</sup>/nm. Em casos de hemólise grave e níveis próximos ao de exsanguineotransfusão, a máxima irradiância é obrigatória para tentar reduzir a progressão da bilirrubina.
2. Monitoramento rigoroso: em casos críticos, a reavaliação da bilirrubina deve ser feita em intervalos curtos, de 2 a 6 horas (no caso, 3 horas é adequado), para avaliar a necessidade imediata de exsanguineotransfusão.
3. Tipagem do concentrado de hemácias: na doença hemolítica por Rh, o sangue a ser transfundido (ou usado na ET) deve ser compatível com o sistema ABO do RN, mas obrigatoriamente Rh negativo. Isso ocorre porque o sangue Rh positivo do doador seria rapidamente destruído pelos anticorpos maternos (anti-D) que ainda circulam no sangue do bebê. Portanto, para um RN "A positivo", o sangue ideal é o "A Rh negativo" (ou O Rh negativo).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

a) Incorreta. A irradiância de 15 mcwatts/cm<sup>2</sup>/nm é considerada fototerapia simples ou convencional, insuficiente para um quadro de hemólise grave com bilirrubina de 20 mg/dL em menos de 24 horas. O intervalo de 6 horas para repetir o exame pode ser longo demais diante da velocidade de ascensão da bilirrubina neste cenário.

b) Incorreta. A irradiância de 8 mcwatts/cm<sup>2</sup>/nm é ineficaz para este caso (baixa potência). Além disso, transfundir concentrado A Rh positivo em um RN que sofreu hemólise por anticorpos anti-D maternos é contraindicado, pois o sangue transfundido seria hemolisado imediatamente pelos anticorpos presentes na circulação do RN.

d) Incorreta. Embora o intervalo de 3 horas esteja correto, a irradiância é muito baixa (8 mcwatts) e o tipo sanguíneo para transfusão (A Rh positivo) está errado pelo risco de hemólise pelos anticorpos maternos circulantes.

e) Incorreta. A alternativa (c) preenche corretamente os critérios de tratamento intensivo e segurança transfusional para a patologia descrita.

#### RESUMO DIDÁTICO

- Icterícia nas primeiras 24h e Hb < 10 mg/dL = emergência hematológica.
- Fototerapia Intensiva = irradiância  $\geq 30$  mcwatts/cm<sup>2</sup>/nm.
- Transfusão na Incompatibilidade Rh = o sangue deve ser sempre Rh negativo para não ser destruído pelos anticorpos da mãe que estão no bebê.

#### Questão 29

O caso clínico apresenta uma criança de 3 anos com claudicação aguda, sem sinais de comprometimento sistêmico (afebril e em bom estado geral) e com história recente de quadro gripal. Este é o cenário típico da Sinovite Transitória do Quadril, a causa mais comum de dor no quadril na faixa etária pediátrica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Doença de Legg-Calvé-Perthes refere-se à necrose avascular idiopática da cabeça femoral. Ela costuma ter um início insidioso (crônico), afetando preferencialmente meninos entre 4 e 8 anos. O quadro clínico de Amanda é agudo e fortemente relacionado à infecção viral prévia, o que aponta para outra direção.

b) Incorreta. A Pioartrite (artrite séptica) é uma emergência médica. O paciente apresenta-se toxemiado, com febre alta, dor intensa mesmo em repouso e recusa total à mobilização do membro ou ao suporte de carga. Amanda está afebril e em bom estado geral, o que exclui um processo infeccioso articular agudo.

c) Correta. A Sinovite Transitória do Quadril é um processo inflamatório autolimitado e benigno. Frequentemente ocorre 1 a 2 semanas após uma infecção das vias aéreas

superiores. A criança apresenta claudicação súbita e limitação da mobilidade do quadril, mas não apresenta sinais de infecção sistêmica. O tratamento é conservador, baseado em repouso e anti-inflamatórios.

d) Incorreta. A Epifisiólise (escorregamento da epífise femoral proximal) é uma patologia característica da adolescência (geralmente entre 10 e 16 anos), frequentemente associada ao sobrepeso e ao estirão de crescimento. A idade de 3 anos é incompatível com este diagnóstico.

e) Incorreta. A Piomiosite do Psoas é uma infecção bacteriana do músculo psoas. Assim como na artrite séptica, o paciente apresentaria febre, prostração e sinais inflamatórios laboratoriais. O exame físico tipicamente mostra dor à extensão do quadril (sinal do psoas), o que difere da limitação global de movimentos da Sinovite.

---

### Questão 30

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta um histórico clínico altamente sugestivo de doença falciforme, evidenciado pelos antecedentes de dor intensa, infecções respiratórias e dactilite (edema dos dedos das mãos, comum na infância). O quadro atual é de anemia grave (Hb 4,5 g/dL) acompanhada de reticulocitopenia (reticulócitos corrigidos de 0,1%), o que indica uma crise de anemia hiporregenerativa.

Em pacientes com doenças hemolíticas crônicas, nas quais a vida média da hemácia é curta, qualquer interrupção na produção medular resulta em queda rápida e severa da hemoglobina. Esse cenário de anemia aguda com queda de reticulócitos é chamado de crise aplásica.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O sequestro esplênico é uma complicação aguda na qual o sangue é retido no baço, causando anemia súbita e choque. No entanto, ele se caracteriza clinicamente por um baço muito aumentado (esplenomegalia) e, laboratorialmente, por reticulocitose (a medula óssea está funcionando intensamente para tentar compensar). No caso, o abdome é inocente e os reticulócitos estão baixos.

b) INCORRETA. Quadros de hemólise acentuada cursam com resposta medular compensatória, elevando o número de reticulócitos. O valor de 0,1% demonstra que o problema não é o aumento da destruição na periferia, mas sim a falta de produção na medula.

c) CORRETA. A infecção pelo parvovírus B19 é a causa mais comum de crise aplásica em pacientes com doença falciforme. O vírus infecta e destrói temporariamente os precursores eritroides na medula óssea. Em pessoas saudáveis, isso passa despercebido, mas em pacientes falcêmicos, a parada na produção de hemácias por 5 a 10 dias leva a uma queda drástica dos níveis de hemoglobina e ao desaparecimento dos reticulócitos no sangue periférico.

d) INCORRETA. Embora a mudança brusca de temperatura e o frio sejam gatilhos conhecidos para crises vaso-oclusivas (crises de dor), eles não explicam a falência momentânea da produção eritroide (crise aplásica) observada nos exames laboratoriais.

e) INCORRETA. A transfusão sanguínea é a conduta terapêutica indicada para estabilizar a paciente diante de uma hemoglobina tão baixa e sintomática. Ela não é o agente causador ou contribuidor da fisiopatologia da crise apresentada.

---

### Questão 31

O Índice de Bishop é uma escala de pontuação amplamente utilizada na obstetrícia para quantificar a favorabilidade do colo uterino. Ele serve como um guia para a tomada de decisão clínica sobre como realizar a indução do trabalho de parto, prevendo a probabilidade de sucesso do procedimento. Os cinco parâmetros avaliados são: dilatação, esvaecimento (apagamento), consistência cervical, posição cervical e a altura da apresentação fetal (estações de De Lee).

Alternativa (a) Correta: O objetivo primordial do Índice de Bishop é avaliar as condições cervicais. Um score elevado indica um colo maduro (favorável), sugerindo que a indução com ocitocina tem grandes chances de evoluir para o parto vaginal. Um score baixo indica um colo imaturo (desfavorável), o que geralmente sinaliza a necessidade de métodos de amadurecimento cervical antes da infusão de ocitocina.

Alternativa (b) Incorreta: A vitalidade fetal é monitorada por outros meios, como o mobilograma (contagem de movimentos fetais), a cardiotocografia, o perfil biofísico fetal e o Doppler obstétrico. O Índice de Bishop avalia apenas parâmetros físicos do colo e da estática fetal.

Alternativa (c) Incorreta: O Índice de Bishop é um instrumento de avaliação e diagnóstico da situação cervical, e não o tratamento ou procedimento de preparo em si. O preparo cervical é a ação realizada (como o uso de misoprostol ou de métodos mecânicos como a sonda de Foley) quando o índice avaliado é baixo.

Alternativa (d) Incorreta: A resposta da contratilidade uterina (dinâmica uterina) é

avaliada após o início da indução, através da palpação clínica ou da tocometria, para observar a frequência, duração e intensidade das contrações induzidas pelos fármacos.

Alternativa (e) Incorreta: A maturidade fetal refere-se ao desenvolvimento funcional dos órgãos do feto (especialmente o sistema pulmonar) para sobreviver no ambiente extrauterino. Ela é estimada pela idade gestacional cronológica e não possui relação com as alterações anatômicas do colo uterino avaliadas no índice.

---

## Questão 32

Análise do Caso Clínico:

Estamos diante de um quadro clássico de placenta prévia total em uma gestante de 32 semanas. As principais características são o sangramento vaginal indolor e de início súbito, o bom estado geral da mãe (estabilidade hemodinâmica, com PA de 110 x 70 mmHg) e a vitalidade fetal preservada (batimentos cardíacos fetais em 145 bpm).

Por que a alternativa (a) está correta?

Em gestações pré-termo (abaixo de 37 semanas) com diagnóstico de placenta prévia, o objetivo principal é o manejo conservador (expectante), desde que as condições maternas e fetais permitam. A internação hospitalar é obrigatória para monitorar a evolução do sangramento, garantir o repouso, realizar a corticoterapia antenatal (para acelerar a maturidade pulmonar fetal) e garantir que, caso ocorra uma hemorragia grave, a interrupção da gestação possa ser feita de forma imediata e segura. O acompanhamento ultrassonográfico e clínico serve para vigiar o bem-estar fetal e a localização placentária.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

b) Indução imediata do parto por via vaginal: A placenta prévia total é uma contraindicação absoluta ao parto vaginal. Como a placenta obstrui completamente o orifício interno do colo uterino, o feto não pode passar. Além disso, qualquer tentativa de dilatação do colo causaria um descolamento placentário maciço com hemorragia fatal para a mãe e para o feto.

c) Administração de tocolíticos e alta com repouso absoluto em domicílio: O erro crucial é a alta hospitalar. Uma gestante com sangramento moderado por placenta prévia nunca deve ser mandada para casa, pois o sangramento pode recidivar de forma abrupta e volumosa a qualquer momento, colocando a vida em risco. A

tocólise é reservada apenas para casos em que existem contrações uterinas associadas, com o objetivo exclusivo de ganhar tempo para completar o ciclo de corticoide.

d) Resolução imediata da gestação por cesariana: A interrupção imediata estaria indicada apenas se houvesse instabilidade hemodinâmica materna (sinais de choque), hemorragia incoercível ou sinais de sofrimento fetal agudo. Como ambos estão estáveis, deve-se tentar prolongar a gestação para reduzir os riscos de morbimortalidade associados à prematuridade de 32 semanas.

e) Amniocentese para avaliação de maturidade pulmonar fetal: Este procedimento caiu em desuso na prática obstétrica moderna para este fim. Atualmente, a maturidade é estimulada com o uso de corticoides (betametasona ou dexametasona) em gestantes com risco de parto prematuro entre 24 e 34 semanas, sem a necessidade de testes invasivos no líquido amniótico.

---

### Questão 33

Para resolver esta questão, é necessário analisar o perfil glicêmico da paciente e compará-lo com os alvos terapêuticos estabelecidos para o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes e a FEBRASGO, os valores-alvo de glicemia capilar na gestação são: jejum < 95 mg/dL; 1 hora pós-prandial < 140 mg/dL; e 2 horas pós-prandial < 120 mg/dL.

A paciente apresenta:

1. Jejum alterado (105 a 115 mg/dL), quando o alvo é < 95.
2. Pós-prandiais do café da manhã e jantar frequentemente alterados (atingindo até 172 e 168 mg/dL), quando o alvo é < 140.

Após duas semanas de dieta e orientações de estilo de vida sem atingir o controle (geralmente considera-se falha quando mais de 30% dos valores estão alterados), a terapia farmacológica deve ser iniciada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Os análogos de GLP-1 não possuem segurança comprovada na gestação e não fazem parte das diretrizes para o tratamento do DMG.

b) Incorreta. Embora a metformina possa ser utilizada em casos selecionados ou quando há recusa à insulina, ela atravessa a barreira placentária. A glibenclamida está associada a maiores taxas de hipoglicemia neonatal e macrosomia. A insulina permanece como o padrão-ouro e a primeira escolha pela segurança e eficácia no

controle rigoroso.

c) Incorreta. A paciente já realizou o manejo não farmacológico (dieta) por duas semanas e os níveis glicêmicos permanecem significativamente acima da meta, tanto no jejum quanto no período pós-prandial. Postergar o tratamento farmacológico aumenta o risco de complicações perinatais.

d) Incorreta. A hemoglobina glicada (HbA1c) não é utilizada para definir ou ajustar o tratamento no DMG. O ajuste terapêutico baseia-se exclusivamente no perfil glicêmico diário (glicemias capilares), pois a HbA1c reflete a média dos últimos meses e não capta as flutuações agudas necessárias para o manejo gestacional.

e) Correta. Como a paciente apresenta hiperglicemia de jejum e também hiperglicemia pós-prandial em mais de uma refeição, a conduta mais adequada é o início da insulinoterapia. O esquema basal-bólus (NPH para o componente basal e insulina rápida/ultrarrápida para o componente bólus) permite controlar tanto os níveis de jejum quanto os picos após as refeições, sendo a conduta recomendada pelas principais diretrizes nacionais e internacionais.

---

### Questão 34

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clínico sugestivo de excesso de hormônios tireoidianos (tireotoxicose), caracterizado por insônia, palpitações, ansiedade e perda de peso (sintoma muito importante, visto que o esperado na gestação é o ganho ponderal). O diagnóstico laboratorial é confirmado pelo TSH suprimido (abaixo de 0,1  $\mu\text{UI/L}$ ) e pelo T4 Livre (T4L) elevado (4,0 ng/dL), que está bem acima dos valores de referência habituais.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

a) CORRETA. O hipertireoidismo clínico (ou manifesto) é definido laboratorialmente pela supressão do TSH associada à elevação do T4 livre e/ou T3 livre, acompanhada de sinais e sintomas clínicos. No caso descrito, a paciente preenche todos os critérios: TSH < 0,1, T4L nitidamente elevado e sintomatologia exuberante.

b) INCORRETA. A tireotoxicose transitória da gestação (ou tireotoxicose gravídica) é causada pelo estímulo do receptor de TSH pela subunidade alfa do hCG (que é estruturalmente semelhante ao TSH). Embora seja um diagnóstico diferencial, ela costuma ocorrer no primeiro trimestre, frequentemente associada à hiperêmese gravídica, e geralmente apresenta sintomas mais leves ou ausentes. O T4L de 4,0

ng/dL é um valor muito elevado, mais característico de hipertireoidismo clínico (como a Doença de Graves) do que da forma transitória gestacional.

c) INCORRETA. O hipotireoidismo subclínico caracteriza-se por um TSH elevado com níveis de T4 livre dentro da normalidade, o oposto do que foi apresentado no caso.

d) INCORRETA. As alterações fisiológicas da gestação incluem um aumento da Globulina Ligadora de Tiroxina (TBG) e um estímulo leve da tireoide pelo hCG (que pode reduzir levemente o TSH no primeiro trimestre). No entanto, essas alterações não elevam o T4 livre a níveis tão altos (4,0 ng/dL) nem causam perda de peso e palpitações clínicas marcantes. Em uma gestação normal, o T4 livre deve permanecer dentro ou muito próximo da faixa de normalidade.

e) INCORRETA. A síndrome do eutireoideo doente (ou síndrome da doença não tireoidiana) ocorre em pacientes com doenças sistêmicas graves e agudas. O padrão laboratorial típico é a redução do T3, com TSH e T4 que podem estar normais ou baixos, mas nunca com T4 livre francamente elevado.

---

### Questão 35

A análise da cardiocardiografia apresentada na imagem é fundamental para a resolução desta questão. No traçado superior, observamos a frequência cardíaca fetal e, no inferior, a atividade uterina (contrações).

Ao correlacionar os dois traçados, nota-se que ocorrem quedas graduais da frequência cardíaca fetal que se iniciam após o começo da contração uterina. O ponto mais baixo da desaceleração (nadir) ocorre nitidamente após o pico (acme) da contração, e a recuperação da frequência cardíaca aos níveis basais só acontece após o término da contração. Esse achado define as desacelerações tardias, também conhecidas como DIP tipo II.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O padrão pseudossinusoidal assemelha-se a uma onda senoidal, mas é mais irregular e transitório, geralmente associado ao uso de opioides (como a meperidina) pela mãe ou a episódios de sono fetal. O traçado mostra desacelerações periódicas relacionadas às contrações, não uma oscilação da linha de base.

b) Incorreta. Desacelerações prolongadas são aquelas que duram entre 2 e 10 minutos. No traçado, as desacelerações são curtas e repetitivas, acompanhando o ritmo das contrações uterinas.

c) Correta. Conforme observado na imagem, o atraso entre o pico da contração e o nadir da desaceleração caracteriza o DIP II ou desaceleração tardia. Este padrão é um sinal de alerta importante, pois reflete a insuficiência uteroplacentária. Durante a contração, o fluxo sanguíneo para o espaço interviloso é reduzido; se a reserva fetal for baixa, ocorre hipoxemia, resultando nessa resposta da frequência cardíaca.

d) Incorreta. O padrão sinusoidal verdadeiro apresenta uma oscilação regular da linha de base em forma de onda senoidal, com amplitude de 5 a 15 bpm e frequência de 3 a 5 ciclos por minuto, sem variabilidade normal. É um sinal de gravidade extrema, associado principalmente à anemia fetal grave (como na isoimunização Rh) ou hipóxia fetal severa. Não é o que se observa na imagem.

e) Incorreta. Desacelerações variáveis (DIP tipo III) possuem uma queda e retorno abruptos (em formato de V, U ou W) e sua relação cronológica com a contração é variável. Geralmente apresentam "ombros" de aceleração antes e depois da queda e indicam compressão do cordão umbilical. O traçado da questão mostra desacelerações de início e recuperação lentos e graduais, típicos de DIP II.

---

### Questão 36

Para compreendermos esta questão, devemos focar na suspeita clínica de neurosífilis em uma paciente com diagnóstico prévio de sífilis, tratamento aparentemente adequado, mas com persistência de títulos sorológicos elevados e surgimento de sintomas neurológicos (tontura e ataxia/marcha descoordenada).

Análise das alternativas:

a) Radiografia simples do crânio com nódulos radiotransparentes na calota: Incorreta. A radiografia de crânio não possui papel no diagnóstico de neurosífilis. Embora a sífilis terciária possa causar lesões ósseas (gomias sífilíticas), estas não são o padrão para diagnóstico de acometimento do sistema nervoso central e os achados descritos não são específicos.

b) Eletroencefalograma (EEG): Incorreta. O EEG avalia a atividade elétrica cerebral e é útil em casos de crises convulsivas ou encefalopatias inespecíficas. Ele não fornece dados inflamatórios ou imunológicos necessários para confirmar a infecção pelo *Treponema pallidum* no sistema nervoso.

c) Tomografia computadorizada do crânio com contraste: Incorreta. Embora exames de imagem (como TC ou ressonância magnética) possam ser solicitados para excluir outras patologias ou avaliar complicações (como gomias intracranianas ou infartos em casos de sífilis meningovascular), eles não são os exames de escolha para o

diagnóstico definitivo de neurosífilis, pois não analisam os critérios laboratoriais de atividade da doença no líquido.

d) Punção lombar: Correta. A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) obtido por punção lombar é o padrão-ouro para o diagnóstico de neurosífilis. Em pacientes com sífilis e sintomas neurológicos, ou naqueles com falha do tratamento sorológico (como sugere o VDRL 1/32 persistente), a investigação do líquido é mandatória. Os critérios diagnósticos incluem a presença de pleocitose (aumento de glóbulos brancos), aumento de proteínas e, principalmente, a reatividade do VDRL no líquido, que possui alta especificidade para a doença.

e) Nenhuma das anteriores: Incorreta, uma vez que a alternativa (d) apresenta o procedimento correto.

Conclusão: Diante de sintomas neurológicos em um paciente com histórico de sífilis, a avaliação do líquido por meio da punção lombar é essencial para confirmar a neurosífilis e guiar o tratamento adequado, que difere do esquema com penicilina benzatina (exigindo penicilina cristalina endovenosa).

---

### Questão 37

Análise do caso clínico:

A paciente em questão tem 64 anos e apresenta múltiplos fatores de risco para a perda de massa óssea: é branca, magra (baixo índice de massa corporal) e tabagista. O principal parâmetro para o diagnóstico de osteoporose em mulheres na pós-menopausa é o T-score, obtido por meio da densitometria óssea.

Critérios Diagnósticos (OMS):

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a classificação baseada no T-score (comparação com a massa óssea de um adulto jovem) é:

1. Normal: T-score maior ou igual a -1,0 desvio-padrão (DP).
2. Osteopenia: T-score entre -1,1 e -2,49 DP.
3. Osteoporose: T-score menor ou igual a -2,5 DP.

No caso apresentado, o T-score da coluna lombar é de -2,72 DP, o que consolida o diagnóstico de osteoporose.

Conduta:

O tratamento da osteoporose baseia-se em mudanças no estilo de vida (cessar

tabagismo, praticar exercícios físicos com carga) e terapia farmacológica. Os bifosfonatos (como o alendronato de sódio) são considerados a primeira linha de tratamento para reduzir o risco de fraturas. A suplementação de cálcio e vitamina D é recomendada de forma adjuvante para garantir o substrato necessário à mineralização óssea, especialmente se a ingestão dietética for insuficiente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de  $-2,72$  DP já define osteoporose, e não osteopenia leve. A osteopenia é diagnosticada quando o valor está entre  $-1,1$  e  $-2,49$ .

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico está errado. Além disso, a atividade física, incluindo a musculação (exercício de resistência), é altamente recomendada na osteoporose para estimular a formação óssea e melhorar o equilíbrio, reduzindo o risco de quedas.

Alternativa c) Incorreta. A massa óssea não está normal; o valor de  $-2,72$  indica perda significativa de densidade mineral óssea abaixo do limiar de fratura.

Alternativa d) Correta. Identifica corretamente o diagnóstico de osteoporose (T-score menor ou igual a  $-2,5$ ) e propõe a conduta terapêutica padrão, que envolve o uso de bifosfonatos e a adequação dos níveis de cálcio.

Alternativa e) Incorreta. O diagnóstico está errado e a recomendação de interromper a atividade física é prejudicial, pois o sedentarismo acelera a perda de massa óssea.

---

### Questão 38

O Carcinoma Ductal In Situ (CDIS) é uma lesão pré-invasiva tratada com o objetivo de prevenir a progressão para câncer invasor e evitar a recorrência local. O tratamento padrão para o CDIS consiste na cirurgia conservadora da mama seguida, quase invariavelmente, por radioterapia adjuvante.

Análise das alternativas:

a) Ampliação das margens: Incorreta. De acordo com o consenso da Society of Surgical Oncology (SSO) e da American Society for Radiation Oncology (ASTRO), para o CDIS, uma margem de 2 mm é considerada adequada e segura para reduzir o risco de recorrência local após a cirurgia conservadora. No caso clínico, as margens já são superiores a 3 mm; portanto, estão livres e adequadas, não havendo necessidade de nova intervenção cirúrgica no sítio tumoral.

b) Avaliação de linfonodo sentinela: Incorreta. O CDIS, por definição, é uma neoplasia não invasiva que não possui capacidade de disseminação linfática. Portanto, a biópsia de linfonodo sentinela não é indicada de rotina na cirurgia conservadora para CDIS. Ela é reservada apenas para casos em que será realizada mastectomia (pois a drenagem linfática será alterada definitivamente) ou quando há suspeita clínica ou histológica de microinvasão/componente invasor associado.

c) Radioterapia: Correta. Após a cirurgia conservadora (quadrantectomia ou excisão segmentar) para CDIS, a radioterapia em toda a mama é o tratamento padrão. Diversos ensaios clínicos randomizados demonstraram que a adição da radioterapia reduz em cerca de 50% o risco de recorrência local, tanto de novo CDIS quanto de carcinoma invasor, independentemente da idade ou do tamanho da lesão. Embora existam critérios de baixíssimo risco (como o escore de Van Nuys) que possam sugerir a omissão da radioterapia em casos selecionados, na prática clínica e em provas de residência, a conduta pós-setorectomia com margens livres no CDIS é a radioterapia.

d) Mastectomia: Incorreta. A paciente apresenta uma lesão focal e muito pequena (apenas 2 mm), que foi completamente ressecada com margens livres por meio de cirurgia conservadora. Não há indicação de mastectomia, procedimento muito mais agressivo e desnecessário diante da relação tumor/mama favorável e do controle local adequado obtido.

e) Quimioterapia: Incorreta. A quimioterapia é indicada para tratar doença sistêmica (invasiva). Como o carcinoma intraductal in situ está confinado à unidade ducto-lobular e não ultrapassa a membrana basal, não há indicação de quimioterapia citotóxica. Vale ressaltar que, devido aos receptores hormonais positivos, poderia ser discutida a hormonioterapia (tamoxifeno) para redução de risco, mas isso não substitui o tratamento local (cirurgia + radioterapia) e não é classificado como quimioterapia.

---

### Questão 39

Esta paciente apresenta um antecedente obstétrico de relevância: um parto prematuro com 31 semanas decorrente de insuficiência placentária, manifestada por restrição de crescimento fetal e alteração da vitalidade. De acordo com os critérios diagnósticos da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF), conhecidos como critérios de Sydney, a investigação laboratorial está indicada em mulheres que apresentam morbidades gestacionais específicas.

Um dos critérios clínicos para a SAF é a ocorrência de um ou mais partos prematuros de recém-nascidos morfológicamente normais antes da 34ª semana de gestação,

decorrentes de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária (o que inclui a restrição de crescimento fetal grave). Como a paciente se enquadra exatamente nesse perfil, a conduta correta é investigar a presença de anticorpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico, anticardiolipina e anti-beta-2-glicoproteína I).

Alternativa a: Correta. O histórico de insuficiência placentária grave levando ao parto antes de 34 semanas é uma indicação formal de rastreamento para SAF, visando prevenir recorrências e instituir terapêutica adequada (como AAS e heparina) se o diagnóstico for confirmado.

Alternativa b: Incorreta. As trombofilias hereditárias, como o Fator V de Leiden e a mutação do gene da protrombina, possuem uma associação muito mais fraca com desfechos placentários adversos do que a SAF. As principais diretrizes internacionais não recomendam o rastreio sistemático dessas mutações apenas por histórico de restrição de crescimento fetal ou insuficiência placentária.

Alternativa c: Incorreta. Ignorar o antecedente de parto prematuro por insuficiência placentária aos sete meses de gestação é uma conduta inadequada. A identificação de uma causa tratável, como a SAF, é fundamental para o sucesso da gestação atual.

Alternativa d: Incorreta. A deficiência de proteína C é uma trombofilia hereditária rara e com pouca evidência de benefício no rastreio para perdas placentárias. Já a mutação da MTHFR (metilenotetraidrofolato redutase) é considerada uma variante comum na população e não é mais recomendada em painéis de investigação de trombofilia, pois não há comprovação de impacto clínico relevante na gestação.

Alternativa e: Incorreta. A doença de von Willebrand é um distúrbio hemorrágico, relacionado à deficiência ou disfunção do fator de von Willebrand, que auxilia na adesão plaquetária. Não existe correlação entre essa doença e quadros de restrição de crescimento fetal ou insuficiência placentária, que são fenômenos tipicamente isquêmicos/trombóticos.

---

## Questão 40

O ponto central desta questão é o manejo correto das lesões precursoras do câncer de colo uterino e a importância do diagnóstico definitivo antes de uma cirurgia de grande porte.

Análise do caso:

A paciente apresentava uma citologia sugestiva de NIC 3 e uma biópsia (geralmente realizada por pinça durante a colposcopia) revelando carcinoma epidermoide in situ. O erro na condução do caso foi realizar uma histerectomia total abdominal

baseando-se apenas em uma biópsia de fragmento. Em casos de NIC 3 ou carcinoma in situ, antes de qualquer tratamento definitivo (como a histerectomia), é mandatória a realização de um procedimento excisional diagnóstico, conhecido como conização ou cirurgia de alta frequência (CAF).

Por que a conização era necessária?

A biópsia por pinça retira apenas uma pequena amostra da lesão. Ela não consegue excluir com segurança a existência de um carcinoma invasor em áreas adjacentes não biopsiadas. A conização, por retirar todo o canal cervical e a zona de transformação, permite ao patologista avaliar a profundidade da invasão e o comprometimento de vasos e nervos. No caso da paciente, o exame da peça cirúrgica após a histerectomia revelou uma invasão maior que 5 mm. Isso significa que o estadiamento real era, no mínimo, IB1. Para este estágio, a histerectomia simples é um tratamento insuficiente (subtratamento), pois não aborda os paramétrios nem os linfonodos pélvicos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A conduta foi inadequada. Como o tumor tinha mais de 5 mm de profundidade, a cirurgia indicada seria a de Wertheim-Meigs (histerectomia radical com linfadenectomia pélvica) ou quimiorradioterapia, dependendo da extensão. A paciente não pode ser considerada curada apenas com a histerectomia simples, pois há risco de metástases linfonodais e persistência de doença nos paramétrios.

Alternativa b) Incorreta. Embora a paciente possa vir a precisar de radioterapia agora para tentar compensar a cirurgia incompleta, o enunciado pede a análise da conduta inicial. A conduta não foi correta; o erro foi não ter diagnosticado a invasão antes de decidir o tipo de cirurgia.

Alternativa c) Incorreta. Não se deve realizar uma cirurgia de Wertheim-Meigs (que é um procedimento de alta morbidade) baseando-se apenas em um achado de carcinoma in situ. O tratamento padrão para carcinoma in situ, caso a paciente deseje retirar o útero por outros motivos ou tenha prole constituída, é a histerectomia simples ou a própria conização. A conduta agressiva só se justifica após a confirmação de invasão através da conização.

Alternativa d) Correta. Esta é a regra de ouro na patologia cervical: se há suspeita de lesão de alto grau ou carcinoma in situ, deve-se realizar a conização para definição diagnóstica precisa. Se a conização tivesse sido feita, o patologista teria identificado a invasão de 5 mm e a equipe médica teria indicado a cirurgia radical (Wertheim-Meigs) ou o tratamento adequado para câncer invasor desde o início.

Alternativa e) Incorreta. O carcinoma epidermoide in situ é uma lesão pré-invasiva e o tratamento de escolha é cirúrgico (conização ou, em casos selecionados, histerectomia simples). A radioterapia é reservada para tumores invasores e não é a primeira escolha para lesões in situ devido aos seus efeitos colaterais e à excelente taxa de cura da cirurgia conservadora.

### **Questão 41**

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações de serviços de saúde que buscam superar a fragmentação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Elas visam garantir a integralidade por meio da articulação de diferentes pontos de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro comunicador e ordenador da rede.

Alternativa a) Incorreta. As RAS foram planejadas justamente para equilibrar o cuidado. O modelo anterior era focado quase exclusivamente em condições agudas e eventos episódicos. As redes priorizam o manejo adequado tanto de condições agudas quanto, principalmente, de condições crônicas, que exigem acompanhamento contínuo e preventivo para evitar agudizações.

Alternativa b) Incorreta. O erro desta alternativa está em considerar a rede hospitalar como o ponto principal. Nas RAS, o hospital é um componente de densidade tecnológica intermediária ou alta, mas o centro da rede e o coordenador do cuidado é a Atenção Primária à Saúde. O objetivo é que o paciente circule pela rede conforme sua necessidade, mas sempre retorne e seja monitorado pela sua unidade de referência na atenção básica.

Alternativa c) Incorreta. O financiamento nas RAS deve ser estruturado para sustentar a lógica da rede, buscando a eficiência e a melhoria dos indicadores de saúde. Modelos modernos de gestão em saúde preconizam a remuneração baseada em valor e resultados (desfechos clínicos e satisfação do usuário), e não apenas no volume de procedimentos realizados de forma isolada.

Alternativa d) Correta. A atenção colaborativa e o trabalho em equipes multiprofissionais são pilares das RAS. Como as necessidades de saúde da população são complexas, nenhum profissional ou nível de atenção isolado consegue resolvê-las integralmente. A colaboração entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais, atuando de forma integrada nos diferentes pontos da rede, é o que garante a continuidade e a qualidade do cuidado.

Alternativa e) Incorreta. A gestão por estruturas isoladas (gerências que não se

comunicam) é a marca dos sistemas fragmentados. Nas RAS, a gestão deve ser integrada e sistêmica. Isso significa que deve haver governança única e mecanismos de coordenação que interliguem a atenção básica, os ambulatórios de especialidades e os hospitais, evitando que o paciente se perca no sistema.

## Questão 42

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta hanseníase multibacilar (dimorfo-virchowiana) em tratamento regular e desenvolveu um quadro súbito de Reação Hansênica do Tipo 2, também conhecida como Eritema Nodoso Hansênico (ENH). Os sinais clássicos apresentados são os nódulos subcutâneos dolorosos (caroços), febre e edema de extremidades. A queixa de dor no trajeto dos nervos ulnares bilateralmente indica a presença de neurite associada, o que é uma emergência médica para evitar sequelas motoras e sensitivas permanentes.

Regras fundamentais no manejo das reações:

1. Nunca suspender a poliquimioterapia (PQT/MDT). O tratamento contra o bacilo deve continuar independentemente da reação.
2. O tratamento da reação visa interromper a cascata inflamatória e proteger os troncos nervosos.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A poliquimioterapia jamais deve ser suspensa durante episódios reacionais, pois a reação é uma resposta imunológica aos antígenos do bacilo e não uma intolerância à medicação. Além disso, anti-inflamatórios não hormonais são insuficientes para tratar a gravidade de uma neurite e do ENH sistêmico.

Alternativa b: Incorreta. Embora a manutenção do tratamento esteja correta, a claritromicina é um antibiótico alternativo para a hanseníase e não possui papel no controle do processo inflamatório agudo da reação tipo 2.

Alternativa c: Incorreta. Suspender o tratamento específico é um erro técnico. O metotrexato pode ser usado como um poupador de corticoide em casos crônicos ou recidivantes, mas não é a droga de primeira escolha para o manejo agudo de uma reação tipo 2 com neurite.

Alternativa d: Correta. Esta é a conduta preconizada. A manutenção da PQT é obrigatória para a cura da doença. A talidomida é o fármaco padrão-ouro para o eritema nodoso hansênico (nódulos e febre). Contudo, como o paciente apresenta

evidência de comprometimento nervoso (neurite nos nervos ulnares), o uso de corticoides (prednisona) é mandatório para reduzir o edema intraneural e prevenir a perda de função do nervo.

Alternativa e: Incorreta. A imunoglobulina intravenosa não tem indicação e não faz parte dos protocolos terapêuticos do Ministério da Saúde ou da Organização Mundial da Saúde para o manejo de reações hansênicas.

Gabarito: Letra d.

### Questão 43

Texto Original:

O caso clínico apresenta uma paciente jovem com histórico de exposição em área rural (fator epidemiológico importante) e lesões localizadas em áreas expostas ao vetor (face, braços e pescoço). O ponto-chave para o diagnóstico está na descrição morfológica das lesões: ulceradas, com bordas elevadas e bem delimitadas.

Alternativa A: Correta. A leishmaniose cutânea (LC) é causada por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitidos pela picada do mosquito-palha (*Lutzomyia*). A apresentação clássica começa como uma pápula que evolui para uma úlcera indolor (embora possa haver prurido inicial ou decorrente de infecção secundária) com características de moldura: fundo granulomatoso e bordas elevadas, infiltradas e bem definidas. O contexto de área rural e exposição de membros e face é típico da doença.

Alternativa B: Incorreta. A escabiose (sarna) manifesta-se tipicamente por pápulas, túneis e crostas em áreas de dobras (espaços interdigitais, punhos, axilas, região periumbilical e genitais). Embora o prurido seja intenso e piora à noite, a escabiose não costuma apresentar úlceras de bordas elevadas e delimitadas em áreas expostas como característica principal.

Alternativa C: Incorreta. A *Tinea corporis* é uma infecção fúngica superficial (dermatofitose). Ela se caracteriza por lesões anulares (em forma de anel), eritemato-escamosas, com crescimento centrífugo e clareamento central. Não evolui para úlceras profundas com bordas em moldura como descrito no enunciado.

Alternativa D: Incorreta. O impetigo é uma infecção bacteriana superficial (estafilocócica ou estreptocócica). A forma não bolhosa apresenta crostas melicéricas (cor de mel) sobre base eritematosa. Já o ectima (uma forma mais profunda de impetigo) pode gerar úlceras, mas estas geralmente são menores, recobertas por crostas espessas e não possuem a borda característica "em moldura" da

leishmaniose, além de não terem necessariamente relação com áreas rurais.

Alternativa E: Incorreta. A cromoblastomicose é uma infecção fúngica subcutânea crônica que ocorre após inoculação traumática (geralmente por espinhos ou farpas). As lesões costumam ser verrucosas, com aspecto de "couve-flor", de evolução muito lenta (meses a anos) e apresentam os chamados corpúsculos fumagoides no exame micológico. A descrição de úlcera com bordas elevadas após uma viagem recente direciona mais para leishmaniose do que para uma micose profunda de evolução lenta.

---

#### **Questão 44**

Análise da Questão: Medicina Baseada em Evidências (MBE) e Ivermectina na COVID-19

A Medicina Baseada em Evidências (MBE), conforme definida por David Sackett, é a integração da melhor evidência científica disponível com a experiência clínica do médico e os valores e preferências do paciente. O caso da ivermectina na pandemia ilustra a falha na aplicação desses pilares quando a evidência científica é negligenciada em favor de observações anedóticas.

Alternativa A: Incorreta. A MBE preconiza que a segurança do paciente vem em primeiro lugar (*primum non nocere*). Prescrever tratamentos sem comprovação de eficácia e segurança, sob o pretexto de pressa, expõe o paciente a riscos desnecessários de efeitos colaterais sem benefício comprovado. A espera por dados robustos é o que garante uma prática ética e segura.

Alternativa B: Incorreta. A autonomia profissional não é absoluta e não autoriza o médico a ignorar a ciência. Em situações extremas ou de ausência de dados, a conduta deve ser pautada pelo suporte clínico e, preferencialmente, dentro de protocolos de pesquisa ética. A falta de evidência não justifica o uso indiscriminado de terapias ineficazes.

Alternativa C: Incorreta. A experiência clínica é, sim, um dos três pilares fundamentais da MBE descritos por Sackett. O erro cometido por muitos profissionais não foi usar a experiência, mas sim usá-la de forma isolada, ignorando o pilar da evidência científica externa (estudos clínicos randomizados e revisões sistemáticas) que demonstravam a ineficácia da droga.

Alternativa D: Incorreta. Embora os desejos e valores do paciente sejam um dos pilares da MBE, eles não são superiores à evidência científica ou à segurança clínica. O médico tem o dever ético de informar ao paciente quando um desejo (como o uso

de ivermectina) não possui respaldo científico e pode causar dano. A decisão é compartilhada, mas baseada em fatos.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa aborda o conceito de empirismo sem rigor científico. Muitos profissionais observaram pacientes que melhoraram após usar a droga (acerto aparente) e ignoraram aqueles que pioraram ou os que melhorariam espontaneamente sem o fármaco (erro de percepção). Esse processo de tentativa e erro, sem o uso de grupo-controle ou método científico, cria uma falsa percepção de eficácia, sendo usado para justificar erroneamente condutas que, na verdade, são inseguras e ineficazes.

---

### Questão 45

A questão apresenta um cenário de avaliação de eficácia de uma intervenção (vacina) e solicita a identificação da medida epidemiológica que expressa a redução proporcional da incidência de uma doença.

Alternativa (a) Incorreta. O Risco Relativo (RR) é a razão entre a incidência da doença no grupo exposto (vacinados) e a incidência no grupo não exposto (não vacinados). Se a vacina reduz a incidência em 80 por cento, isso significa que o risco no grupo vacinado é apenas 20 por cento do risco do grupo não vacinado. Portanto, o Risco Relativo seria de 0,20. O valor de 80 por cento não é o RR, mas sim o quanto o risco diminuiu em relação ao inicial.

Alternativa (b) Incorreta. A Incidência Cumulativa representa o risco de um indivíduo desenvolver a doença em um período de tempo específico. É calculada dividindo-se o número de casos novos pelo total de pessoas em risco no início do período. É uma medida de frequência absoluta em um grupo, e não uma medida de comparação ou redução entre dois grupos.

Alternativa (c) Correta. A Redução do Risco Relativo (RRR) é a medida que quantifica a diminuição proporcional do risco entre o grupo que recebeu a intervenção e o grupo controle. No contexto de vacinas, a RRR é o que chamamos de Eficácia Vacinal. Ela é calculada pela fórmula:  $(\text{Incidência no grupo controle} - \text{Incidência no grupo intervenção}) / \text{Incidência no grupo controle}$ . Também pode ser expressa como 1 menos o Risco Relativo. Se o RR é 0,20, então 1 menos 0,20 é igual a 0,80 ou 80 por cento de redução.

Alternativa (d) Incorreta. A Redução de Risco Absoluto (RRA) é a diferença simples entre a incidência no grupo não exposto e a incidência no grupo exposto ( $\text{RRA} = \text{Incidência controle} - \text{Incidência intervenção}$ ). O resultado é expresso em pontos percentuais. Por exemplo, se a incidência caísse de 10 por cento para 2 por cento, a

RRA seria de 8 por cento, enquanto a RRR (proporcional) seria de 80 por cento. A questão refere-se à redução da incidência da doença em si, o que tipicamente descreve a medida relativa.

Alternativa (e) Incorreta. A Prevalência mede a proporção de casos existentes (novos e antigos) em uma população em um determinado ponto no tempo. Ela é influenciada pela incidência e pela duração da doença. Não é a medida adequada para avaliar o impacto direto de uma vacina na prevenção do surgimento de novos casos.

---

### Questão 46

Esta questão aborda as diretrizes e princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A regionalização e a hierarquização são diretrizes que visam organizar os serviços de saúde em níveis de complexidade crescente (primário, secundário e terciário) dentro de uma área geográfica delimitada (Região de Saúde). O objetivo é descentralizar o atendimento para que ele ocorra o mais próximo possível da moradia do cidadão, e não priorizar ou concentrar os serviços apenas em grandes centros urbanos ou regiões metropolitanas.

Alternativa b: Incorreta. A descentralização administrativa no SUS é definida como descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo. Isso significa que as responsabilidades são distribuídas entre a União, os Estados e os Municípios. Embora exista uma ênfase na municipalização (por ser a esfera mais próxima da população), os Estados e a União mantêm funções essenciais de coordenação, financiamento e regulação.

Alternativa c: Correta. A participação da comunidade (ou participação social) é uma diretriz fundamental do SUS, consolidada pela Lei 8.142/1990. Ela é operacionalizada por meio dos Conselhos de Saúde (órgãos permanentes e deliberativos que atuam na fiscalização e controle da execução das políticas) e das Conferências de Saúde (que se reúnem a cada quatro anos para avaliar e propor diretrizes para o sistema).

Alternativa d: Incorreta. A integralidade é o princípio que determina que o sistema deve oferecer um conjunto articulado de ações e serviços, tanto preventivos quanto curativos e reabilitadores. O atendimento deve considerar a pessoa como um todo, abrangendo todos os níveis de complexidade, incluindo diagnóstico e tratamento, e

não apenas a prevenção.

Alternativa e: Incorreta. A universalidade é o princípio finalístico que garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sem qualquer tipo de barreira ou discriminação (renda, raça, ocupação). A ideia de oferecer tratamento diferenciado ou prioritário para quem mais necessita (grupos vulneráveis) está associada ao princípio da equidade, que busca diminuir as desigualdades sociais.

---

### Questão 47

Para resolver essa questão, é fundamental compreender os conceitos de acurácia diagnóstica (sensibilidade e especificidade) e as razões de verossimilhança (likelihood ratios).

Alternativa a: Incorreta. A especificidade de 98% indica a capacidade do teste em identificar corretamente os verdadeiros-negativos (indivíduos sem a doença que testam negativo). O erro da alternativa é associar especificidade a falsos-negativos. Os falsos-negativos estão relacionados à sensibilidade (100% menos a sensibilidade).

Alternativa b: Incorreta. A sensibilidade de 70% indica a capacidade do teste em identificar corretamente os verdadeiros-positivos (indivíduos com a doença que testam positivo). A identificação de verdadeiros-negativos é função da especificidade, não da sensibilidade.

Alternativa c: Correta. A Razão de Verossimilhança Positiva (RV+) descreve o quanto a probabilidade de uma doença aumenta após um resultado de teste positivo. Sempre que a RV+ é maior que 1, a probabilidade pós-teste aumenta em relação à probabilidade pré-teste. Com uma RV+ de 35 (valor considerado muito alto), um resultado positivo eleva significativamente a chance de o paciente realmente ter pneumonia pneumocócica.

Alternativa d: Incorreta. O valor 0,31 refere-se à Razão de Verossimilhança Negativa (RV-), que é uma razão entre a probabilidade de um doente ter teste negativo e a probabilidade de um não doente ter teste negativo. Ela não representa uma porcentagem direta de pacientes verdadeiros-negativos (conceito que remete ao Valor Preditivo Negativo, o qual depende da prevalência da doença na população).

Alternativa e: Incorreta. O valor 35 é a Razão de Verossimilhança Positiva (RV+) e não a taxa de falsos-positivos. A taxa de falsos-positivos é calculada como (100% menos a especificidade), o que, neste caso, seria de apenas 2% (100% - 98% = 2%). A RV+ de 35 significa que o resultado positivo é 35 vezes mais provável em doentes do que em não doentes.

### Questão 48

O objetivo principal do tratamento de um transtorno depressivo maior é a remissão completa dos sintomas e a recuperação funcional do paciente, não apenas a melhora parcial. Sintomas residuais, como a insônia terminal (acordar mais cedo) e a falta de energia (anestesia afetiva ou fadiga) descritas no caso, são os principais fatores de risco para a recidiva do quadro depressivo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Manter a dose de 20 mg após 12 semanas de tratamento (tempo mais do que suficiente para observar o efeito pleno dessa dosagem) significaria aceitar uma remissão incompleta. Isso aumenta as chances de o paciente recair em breve ou cronificar os sintomas residuais.

b) Incorreta. A troca de antidepressivo (switch) é uma estratégia indicada quando não há resposta inicial ou quando o paciente apresenta efeitos colaterais intoleráveis. Como o paciente apresentou "melhora significativa", ele é considerado um "respondedor parcial". Nesses casos, a otimização da dose da medicação atual é o passo anterior à troca de classe ou de fármaco.

c) Correta. A fluoxetina tem uma dose terapêutica que varia de 20 mg a 80 mg/dia. O paciente está na dose mínima eficaz (20 mg) e apresenta resposta clínica positiva, porém incompleta. O aumento da dose para 40 mg (ou mais, conforme a evolução) é a conduta mais lógica e recomendada pelos protocolos (como o CANMAT e o algoritmo da APA) para buscar a remissão total dos sintomas.

d) Incorreta. O clonazepam é um benzodiazepínico que pode auxiliar pontualmente na insônia, mas não trata a depressão nem a falta de energia. Pelo contrário, o uso crônico de benzodiazepínicos pode causar prejuízo cognitivo e sedação residual, não resolvendo a base fisiopatológica do transtorno do paciente.

e) Incorreta. A fluoxetina é um dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) com perfil mais ativador/estimulante. Por essa razão, deve ser administrada preferencialmente pela manhã. Alterar o horário para a noite poderia piorar a qualidade do sono e não resolveria a questão da falta de energia e da remissão incompleta.

### Questão 49

Esta questão aborda a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), focando em doenças de veiculação hídrica e saneamento em áreas rurais.

Alternativa A: Incorreta. No modelo de Vigilância em Saúde do SUS, a articulação entre os diferentes setores é essencial. A Vigilância Ambiental não se limita à análise técnica ou laboratorial; ela deve trabalhar em conjunto com a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) para que os dados coletados se transformem em ações de intervenção no território.

Alternativa B: Incorreta. A gestão de riscos ambientais não é responsabilidade exclusiva da APS. A Vigilância Ambiental possui competência técnica específica para atuar em campo, realizar vistorias e auxiliar no planejamento de intervenções estruturais. A colaboração presencial e técnica entre as equipes é o padrão esperado para a resolução de problemas complexos de saneamento.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa reflete o princípio da integralidade e da territorialização. A APS contribui com o vínculo com a comunidade e o conhecimento dos hábitos das famílias, enquanto a Vigilância Ambiental aporta o conhecimento técnico sobre os contaminantes e o meio ambiente. Juntas, elas desenvolvem ações educativas (orientando sobre o tratamento caseiro com hipoclorito, por exemplo), identificam os focos de contaminação e buscam soluções definitivas para o acesso à água potável.

Alternativa D: Incorreta. Em casos de surto de doenças de notificação compulsória ou agravos inusitados, a notificação deve ser feita precocemente, muitas vezes baseada apenas na suspeita clínica e epidemiológica. Esperar a confirmação laboratorial para iniciar as ações de controle é uma conduta inadequada em saúde pública, pois permite a propagação da doença e o surgimento de novos casos.

Alternativa E: Incorreta. A Vigilância Ambiental atua em todo o território nacional, incluindo áreas urbanas, rurais e comunidades tradicionais. Um dos seus principais programas é o VIGIAGUA (Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano), que é fundamental justamente em áreas rurais onde o abastecimento costuma ser feito por soluções alternativas (poços, nascentes) sem o devido controle das concessionárias de água.

## Questão 50

Esta questão exige o conhecimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. A PNAB define as diretrizes para a organização da Atenção Básica no Brasil, incluindo a composição das equipes.

Alternativa A (Correta): De acordo com o texto da Portaria nº 2.436/2017, a Equipe de Saúde da Família (eSF) possui uma composição mínima obrigatória para o seu funcionamento. Esta equipe deve ser composta por: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Além desses membros fixos, a portaria prevê expressamente que podem ser integrados à equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal).

Alternativa B (Incorreta): A alternativa está incorreta porque classifica o auxiliar/técnico de enfermagem e o ACS como membros opcionais ("podendo fazer parte"). Na estrutura da Estratégia Saúde da Família, esses profissionais são essenciais e obrigatórios na composição mínima.

Alternativa C (Incorreta): Embora cite corretamente os membros da composição mínima, a alternativa sugere a inclusão de nutricionista e psicólogo como parte da eSF. Na organização do SUS, esses profissionais geralmente compõem as equipes de apoio multiprofissional (como o antigo NASF-AB, atualmente reorganizado em eMulti). Eles dão suporte às eSF, mas não são listados na portaria como membros integrantes da composição padrão da Equipe de Saúde da Família.

Alternativa D (Incorreta): Esta alternativa está incompleta. Ela omite o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é um elemento indispensável e obrigatório para a caracterização de uma Equipe de Saúde da Família, servindo como elo fundamental entre a comunidade e a unidade de saúde.

Alternativa E (Incorreta): A alternativa falha ao excluir o técnico de enfermagem e o ACS da composição mínima. Além disso, assim como na alternativa C, cita profissionais (nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta) que pertencem às equipes multiprofissionais de apoio e não à composição nuclear da eSF.