



ISCMSP

GABARITO | 2025 | SP | 100 Questões



Gabarito: ISCMSP

2025 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

A Síndrome da Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIADH) é uma causa comum de hiponatremia euvolêmica. Ela ocorre quando o hormônio antidiurético (ADH ou vasopressina) é liberado de forma contínua, independentemente da osmolaridade plasmática ou do volume circulante. As causas citadas no enunciado (neoplasias pulmonares, doenças do sistema nervoso central e infecções) são gatilhos clássicos para essa síndrome.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A SIADH é caracterizada pela euvolemia clínica. O excesso de ADH causa uma leve expansão do volume extracelular, mas não o suficiente para causar edema ou hipertensão, e certamente não cursa com hipotensão arterial ($PAS < 100$ mmHg). A hipotensão sugeriria uma hiponatremia hipovolêmica, o que excluiria o diagnóstico de SIADH.

b) Incorreta. Na SIADH, o sódio urinário costuma estar elevado, geralmente acima de 40 mEq/L (e quase sempre acima de 20-30 mEq/L). Isso acontece porque a expansão volêmica inicial inibe o sistema renina-angiotensina-aldosterona e estimula a liberação de peptídeos natriuréticos, forçando a excreção de sódio pelos rins. Um sódio urinário muito baixo (como 3 mEq/L) seria indicativo de estados de depleção de volume ou estados edematosos (insuficiência cardíaca ou cirrose), nos quais o rim tenta poupar sódio ao máximo.

c) Incorreta. A SIADH causa hiponatremia (sódio sérico baixo), geralmente inferior a 135 mEq/L, devido à retenção excessiva de água livre mediada pelo ADH, a qual dilui o sódio no sangue. Um sódio superior a 155 mEq/L caracteriza hipernatremia grave, o oposto do esperado nesta patologia.

d) Correta. Esta é a característica fisiopatológica central da SIADH. Em condições normais, se a osmolaridade do sangue cai (hiponatremia), a secreção de ADH deve ser suprimida para que o rim elimine água diluída. Na SIADH, o ADH continua agindo nos túbulos coletores, promovendo a reabsorção de água e tornando a urina concentrada. Portanto, a osmolaridade urinária encontra-se inapropriadamente elevada (geralmente acima de 100 mOsm/kg e, muitas vezes, superior à osmolaridade plasmática) diante de uma hiponatremia.

e) Incorreta. Na SIADH, ocorre uma retenção de água livre, o que leva à diluição dos solutos plasmáticos. Conseqüentemente, a osmolaridade plasmática estará diminuída (hipotonicidade), tipicamente abaixo de 275 mOsm/kg. O aumento da osmolaridade

plasmática é visto em quadros de desidratação ou diabetes insipidus, não na SIADH.

Questão 2

ANÁLISE DOS PARÂMETROS GASOMÉTRICOS:

- pH: 7,52 (Valor de referência: 7,35 a 7,45). O pH está elevado, indicando **ALCALEMIA**.
- pCO₂: 22 mmHg (Valor de referência: 35 a 45 mmHg). A pCO₂ está baixa, indicando **ALCALOSE RESPIRATÓRIA**.
- HCO₃ (bicarbonato): 20 mEq/L (Valor de referência: 22 a 26 mEq/L). O bicarbonato está discretamente baixo, o que representa uma tentativa inicial de compensação metabólica ou apenas uma redução aguda esperada.
- pO₂: 94 mmHg (Valor de referência: 80 a 100 mmHg). A oxigenação está normal.

Conclusão diagnóstica: Alcalose respiratória aguda. Esse distúrbio ocorre devido à hiperventilação alveolar (o paciente respira mais do que o necessário, "lavando" o gás carbônico).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- Incorreta. A Myasthenia Gravis é uma doença da junção neuromuscular que causa fraqueza muscular. Quando acomete a musculatura respiratória, gera hipoventilação. O resultado gasométrico seria uma acidose respiratória (pCO₂ elevada e pH baixo) por retenção de CO₂, exatamente o oposto do quadro apresentado.
- Incorreta. Vômitos incoercíveis causam perda de suco gástrico, rico em ácido clorídrico (H⁺ e Cl⁻). Isso leva a uma alcalose metabólica, na qual encontraríamos pH elevado e bicarbonato (HCO₃) elevado, e não pCO₂ baixa como principal alteração.
- Correta. Pacientes com transtorno de ansiedade ou em crises de pânico frequentemente apresentam episódios de hiperventilação psicogênica. Ao aumentar a frequência respiratória sem necessidade metabólica, o paciente elimina CO₂ em excesso, reduzindo a pCO₂ e elevando o pH (alcalose respiratória). Como o parênquima pulmonar está íntegro, a pO₂ permanece normal, exatamente como descrito no enunciado.
- Incorreta. O uso de diuréticos de alça (furosemida) em doses elevadas causa perda urinária de H⁺, potássio e cloro, além de contração de volume. Isso gera uma alcalose metabólica (pH alto e HCO₃ alto), e não um distúrbio respiratório primário.
- Incorreta. No broncoespasmo grave (como na crise de asma grave), o paciente

apresenta dificuldade extrema em movimentar o ar. O esperado seria encontrar hipoxemia (pO₂ baixa) devido à alteração na relação ventilação-perfusão. Se o quadro evoluir para exaustão, haverá retenção de CO₂ (acidose respiratória). Embora no início de uma crise leve possa haver uma fase de alcalose, o termo "grave" e a pO₂ normal de 94 mmHg tornam esta opção incorreta frente à alternativa C.

Questão 3

Análise do Caso Clínico

O paciente apresenta um quadro clássico de Insuficiência Adrenal Primária, também conhecida como Doença de Addison. Os sinais e sintomas que fundamentam esse diagnóstico são:

1. Astenia, emagrecimento e náuseas: Sintomas inespecíficos de deficiência de glicocorticoides (cortisol).
2. Hiperpigmentação de pele e mucosas: Ocorre na forma primária devido ao aumento do ACTH. O precursor do ACTH (POMC) também origina o hormônio melanócito-estimulante (MSH), levando ao escurecimento da pele, especialmente em dobras, cicatrizes e mucosas.
3. Hipotensão postural: A queda acentuada da pressão arterial ao levantar-se (de 134/76 para 84/62 mmHg) indica depleção de volume e perda de resposta pressora, decorrentes da falta de mineralocorticoides (aldosterona) e cortisol.

Fisiopatologia Eletrolítica

Na Insuficiência Adrenal Primária, há destruição do córtex da adrenal, resultando na deficiência de aldosterona. A aldosterona atua nos túbulos renais promovendo a reabsorção de sódio (Na⁺) e a excreção de potássio (K⁺). Sem esse hormônio, o corpo perde sódio pela urina (hiponatremia) e retém potássio no sangue (hipercalemia). Portanto, o perfil laboratorial esperado é de sódio baixo e potássio elevado.

Análise das Alternativas

Alternativa a) 140 e 4,5.

Incorreta. Estes são valores considerados normais para sódio e potássio, respectivamente. O quadro clínico grave e a hipotensão ortostática indicam um desequilíbrio hidroeletrolítico instalado.

Alternativa b) 128 e 6,5. (CORRETA)

Correta. O valor de sódio (128 mEq/L) indica hiponatremia, e o de potássio (6,5

mEq/L) indica hipercalemia. Este é o padrão típico da deficiência de mineralocorticoides na Doença de Addison, explicando a tontura e a hipotensão devido à perda de volume urinário de sódio.

Alternativa c) 152 e 2,5.

Incorreta. Estes valores (hipernatremia e hipocalemia) são encontrados no Hiperaldosteronismo (como a Síndrome de Conn), onde há excesso de aldosterona, exatamente o oposto do quadro descrito.

Alternativa d) 128 e 2,5.

Incorreta. Embora apresente hiponatremia, o potássio está baixo (hipocalemia). Esse perfil pode ser visto em perdas digestivas (vômitos e diarreia) ou uso de diuréticos, mas não na insuficiência adrenal, onde o potássio tende obrigatoriamente a subir pela falta de excreção renal.

Alternativa e) 152 e 6,5.

Incorreta. A hipernatremia (sódio alto) não costuma ocorrer simultaneamente à hipercalemia (potássio alto) em quadros de desbalanço hormonal adrenal. Não condiz com a fisiopatologia da doença descrita.

Questão 4

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar as insulinas de ação basal das insulinas de ação prandial (rápida ou ultrarrápida). A insulina NPH é classificada como uma insulina de ação intermediária, exercendo a função de cobertura basal, ou seja, mantém os níveis de glicose controlados entre as refeições e durante o sono. Para substituí-la de forma adequada, devemos utilizar análogos de insulina que também tenham ação prolongada (basais).

Analise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O detemir é um análogo basal de ação prolongada, porém a asparte é um análogo de ação ultrarrápida. A asparte é indicada para o controle da glicemia pós-prandial (bolus) e não substitui a função basal da NPH.

Alternativa b: Incorreta. A degludeca é um análogo de ação ultraprolongada (basal), mas a glulisina é um análogo de ação ultrarrápida, utilizada exclusivamente para cobrir as refeições.

Alternativa c: Incorreta. A lispro é um análogo de ação ultrarrápida, enquanto o detemir é um análogo basal. A insulina lispro não possui o tempo de ação necessário para suprir a demanda basal do organismo.

Alternativa d: Incorreta. A asparte é uma insulina ultrarrápida (prandial) e a glargina é um análogo basal. Como a asparte tem início de ação imediato e curta duração, ela não pode substituir a NPH.

Alternativa e: Correta. Tanto a degludeca quanto a glargina (nas concentrações U100 ou U300) são análogos de insulina de ação prolongada. Elas apresentam um perfil farmacocinético mais linear e estável do que a NPH, sem picos de ação marcantes, o que reduz significativamente o risco de hipoglicemias, especialmente as noturnas. Por compartilharem a mesma finalidade terapêutica de cobertura basal, são as substitutas naturais da NPH entre os análogos disponíveis.

Questão 5

Para resolver essa questão, é fundamental dominar o sistema de estadiamento de Ann Arbor, utilizado para os linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin. O estadiamento é definido da seguinte forma:

Estágio I: Acometimento de uma única região linfonodal ou de um único órgão extralinfático localizado (IE).

Estágio II: Acometimento de duas ou mais regiões linfonodais no mesmo lado do diafragma (seja acima ou abaixo dele).

Estágio III: Acometimento de regiões linfonodais em ambos os lados do diafragma.

Estágio IV: Acometimento difuso ou disseminado de um ou mais órgãos extralinfáticos (como medula óssea, fígado ou pulmão), com ou sem associação de linfonodos.

O sufixo "B" indica a presença de sintomas sistêmicos (febre, sudorese noturna ou perda ponderal superior a 10% em 6 meses), enquanto o sufixo "A" indica a ausência desses sintomas.

No caso clínico apresentado, o paciente possui estadiamento II-B. Como ele já apresenta adenomegalia axilar esquerda (localização supradiafragmática), para manter o estágio II, qualquer outro sítio de acometimento obrigatoriamente deve estar localizado acima do diafragma.

Análise das alternativas:

a) Correta. O mediastino é uma região linfonodal situada acima do diafragma. O linfoma de Hodgkin é conhecido por sua disseminação linfática contígua e pelo frequente acometimento mediastinal, sendo a localização mais provável que mantém o paciente no estágio II.

- b) Incorreta. O retroperitônio está localizado abaixo do diafragma. Se houvesse acometimento axilar (acima) e retroperitoneal (abaixo), o estadiamento seria III.
- c) Incorreta. O hilo hepático está localizado abaixo do diafragma. O acometimento concomitante com a axila classificaria o paciente como estágio III.
- d) Incorreta. A fossa ilíaca direita (linfonodos ilíacos) está abaixo do diafragma. Novamente, isso caracterizaria um estágio III por envolver cadeias em ambos os lados do diafragma.
- e) Incorreta. O envolvimento da medula óssea é considerado uma disseminação extralinfática hematogênica, o que classificaria a doença automaticamente como estágio IV, independentemente da localização dos linfonodos.

Questão 6

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de anemia hemolítica. Os achados de astenia (sintoma de anemia), icterícia e esplenomegalia, somados aos exames laboratoriais (Hb 7,5 g/dL, reticulócitos aumentados, bilirrubina indireta elevada e DHL aumentado), confirmam que há uma destruição precoce de hemácias com resposta medular compensatória (anemia regenerativa).

Volume Corpuscular Médio (VCM):

O VCM tende a estar aumentado (macrocitose) em quadros de anemia hemolítica com reticulocitose importante. Isso ocorre porque os reticulócitos (hemácias jovens) são células fisicamente maiores do que as hemácias maduras. Quando a medula óssea libera uma quantidade elevada de reticulócitos no sangue periférico para compensar a hemólise, a média do volume celular total sobe.

Haptoglobina:

A haptoglobina é uma proteína produzida pelo fígado que tem a função de se ligar à hemoglobina livre no plasma, evitando que esta cause danos renais. Nos processos hemolíticos, a liberação de hemoglobina é constante, o que leva ao consumo rápido da haptoglobina disponível. Portanto, níveis reduzidos ou indetectáveis de haptoglobina são marcadores sensíveis de hemólise.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A haptoglobina será consumida (reduzida) e o VCM tende a se alterar pela presença de células jovens.

b) Incorreta. Embora a haptoglobina esteja reduzida, o VCM não costuma estar baixo (microcitose) na anemia hemolítica aguda/subaguda, a menos que haja uma patologia associada, como talassemia ou ferropenia. Na vigência de reticulocitose, o VCM aumenta.

c) Incorreta. O VCM tende a aumentar pela reticulocitose e a haptoglobina diminui pelo consumo, exatamente o oposto do proposto.

d) Incorreta. O VCM está de fato aumentado, mas a haptoglobina obrigatoriamente diminui na hemólise, não aumenta (ela se comporta como um reagente de fase aguda negativo nesse contexto).

e) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o perfil laboratorial da hemólise: VCM elevado devido à intensa produção e liberação de reticulócitos e haptoglobina baixa devido ao seu consumo ao se ligar à hemoglobina livre.

Questão 7

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta uma paciente idosa com a clássica tétrede clínica do Mieloma Múltiplo, frequentemente lembrada pelo acrônimo CRAB:

C (Cálcio): Hipercalcemia (cálcio sérico elevado).

R (Renal): Insuficiência renal (creatinina de 2,1 mg/dL).

A (Anemia): Hemoglobina de 7,5 g/dL (quadro de fraqueza e descoramento).

B (Bone/Osso): Lesões ósseas (lombalgia e rarefação óssea ao raio X).

O Mieloma Múltiplo é uma neoplasia de plasmócitos que produzem imunoglobulinas monoclonais. Diante dessa suspeita, o primeiro passo laboratorial para identificar a presença dessa proteína anômala é a pesquisa do pico monoclonal.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) CORRETA. A eletroforese de proteínas (seja sérica ou urinária) é o exame inicial de triagem para o Mieloma Múltiplo. Ela permite identificar o componente monoclonal (pico monoclonal), geralmente na região das gamaglobulinas, que é fundamental para o diagnóstico da doença.

b) INCORRETA. Embora a paciente apresente alteração da função renal, a ultrassonografia de rins e vias urinárias serve para avaliar obstruções ou morfologia renal, mas não diagnostica a causa-base (nefropatia por cilindros ou amiloidose)

associada ao mieloma.

c) INCORRETA. A eletroforese de hemoglobina é utilizada para o diagnóstico de hemoglobinopatias, como a anemia falciforme ou talassemias. No caso descrito, a anemia é do tipo normocítica e normocrômica, decorrente da infiltração da medula óssea pelos plasmócitos e da doença renal crônica.

d) INCORRETA. A mutação do gene JAK2 está associada a neoplasias mieloproliferativas, como policitemia vera, trombocitemia essencial e mielofibrose primária. Não possui relação com o Mieloma Múltiplo.

e) INCORRETA. Esta é uma "pegadinha" comum. A cintilografia óssea detecta atividade osteoblástica (formação de osso novo). No Mieloma Múltiplo, as lesões são predominantemente osteolíticas (destruição óssea pura), sem reação osteoblástica. Por isso, a cintilografia costuma ser negativa (falso-negativo), sendo preferível o inventário radiológico convencional, a tomografia ou a ressonância magnética.

Questão 8

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descrito (astenia, soluços, náuseas, edema, hipertensão, anemia e elevação importante de ureia e creatinina) é clássico de Insuficiência Renal Crônica (IRC) em estágio avançado, manifestando-se como Síndrome Urêmica. A anemia (hemoglobina de 7,9 g/dL) em um contexto de doença renal sugere deficiência de eritropoietina, reforçando a cronicidade do processo.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a hiperfosfatemia (elevação do fósforo) seja um achado esperado pela redução da filtração glomerular, a alteração ácido-básica típica da insuficiência renal é a acidose metabólica, e não a alcalemia (alcalose). O rim perde a capacidade de excretar íons hidrogênio e de regenerar bicarbonato.

Alternativa (b) Incorreta: Na insuficiência renal avançada, o esperado é a hipocalcemia (devido à menor produção de vitamina D ativa e deposição de cálcio com fósforo) associada à hiperfosfatemia. O fósforo aumenta porque o rim não consegue mais excretá-lo adequadamente.

Alternativa (c) Incorreta: O achado comum é a hipocalcemia, não a hipercalcemia. Quanto ao sódio, pacientes com IRC frequentemente apresentam dificuldade em excretar água livre, o que tende a gerar normonatremia ou hiponatremia dilucional, e não necessariamente hiponatremia como regra absoluta, mas a hipercalcemia

invalida a questão.

Alternativa (d) Correta: Na insuficiência renal avançada, ocorre acúmulo de ácidos orgânicos não mensuráveis (como sulfatos, fosfatos e uratos) que o rim não consegue filtrar. Isso resulta em uma Acidose Metabólica com ânion-gap aumentado. Como resposta compensatória a essa acidose, o centro respiratório é estimulado a aumentar a ventilação para "lavar" CO₂, o que resulta em uma pCO₂ reduzida (alcalose respiratória compensatória).

Alternativa (e) Incorreta: A hiperkalemia (elevação do potássio) é um achado muito frequente e perigoso na IRC avançada. No entanto, a hipernatremia (elevação do sódio) não é característica; o mais comum é que o paciente retenha água e sódio proporcionalmente (edema) ou tenha hiponatremia por diluição. O erro principal da alternativa é a afirmação da hipernatremia como achado provável.

Questão 9

O quadro clínico descreve um paciente jovem com síndrome nefrótica clássica, caracterizada por edema, proteinúria maciça (5,4 g/24h) e hipoalbuminemia (1,9 g/dL). O fato de a biópsia renal não apresentar alterações significativas à microscopia óptica aponta para o diagnóstico de doença de lesões mínimas, que é a causa mais comum de síndrome nefrótica primária nesta faixa etária e em crianças.

Na síndrome nefrótica, a perda de proteínas estimula o fígado a aumentar a produção de lipoproteínas, resultando em hiperlipidemia. Como a barreira de filtração glomerular está com a permeabilidade alterada, esses lipídios acabam passando para o lúmen tubular, fenômeno conhecido como lipidúria. No exame de urina, essa gordura pode ser vista livre, dentro de células epiteliais (corpos gordurosos ovais) ou compondo a matriz de cilindros.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Cilindros hemáticos indicam sangramento de origem glomerular e são o achado típico das síndromes nefríticas (como a glomerulonefrite pós-estreptocócica), onde há inflamação intensa e ruptura da membrana basal glomerular, permitindo a passagem de hemácias.

b) Correta. Cilindros gordurosos são formados pela incorporação de gotículas de gordura e ésteres de colesterol na matriz proteica do cilindro. Eles são o achado clássico no sedimento urinário de pacientes com síndrome nefrótica, independentemente da causa histológica, refletindo a lipidúria.

c) Incorreta. Cilindros hialinos são compostos basicamente pela proteína de Tamm-Horsfall. Embora possam estar presentes em qualquer quadro de proteinúria, eles são inespecíficos e podem aparecer em situações fisiológicas, como desidratação, febre ou após exercícios físicos intensos.

d) Incorreta. Cilindros leucocitários sugerem um processo inflamatório ou infeccioso acometendo diretamente os túbulos e o interstício renal. São encontrados tipicamente na pielonefrite aguda e na nefrite intersticial aguda.

e) Incorreta. Cilindros granulosos surgem da degeneração de cilindros celulares ou da agregação de proteínas plasmáticas. Eles são marcadores de lesão tubular ativa, sendo o achado principal na necrose tubular aguda (NTA), ou podem estar presentes em doenças renais crônicas avançadas.

Questão 10

A classificação KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) é o padrão atual para o diagnóstico e estadiamento da Lesão Renal Aguda (LRA), utilizando dois eixos: a elevação da creatinina sérica e a redução do débito urinário. Para o Estágio 1, os critérios são: aumento da creatinina de 1,5 a 1,9 vezes o valor basal (ou aumento absoluto de pelo menos 0,3 mg/dL em 48 horas) OU débito urinário inferior a 0,5 mL/kg/hora por um período de 6 a 12 horas.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O início de terapia de substituição renal (diálise), independentemente dos valores laboratoriais prévios, classifica o paciente automaticamente no Estágio 3 da KDIGO.

Alternativa b: Incorreta. O aumento da creatinina sérica entre 2 e 2,9 vezes o valor basal é o critério laboratorial para o Estágio 2. No Estágio 1, conforme mencionado, o aumento deve ser de 1,5 a 1,9 vezes o valor de base.

Alternativa c: Incorreta. Um débito urinário inferior a 0,5 mL/kg/hora por um período igual ou superior a 12 horas caracteriza o Estágio 2. O intervalo de 12 a 24 horas já ultrapassa o limite definido para o primeiro estágio.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve precisamente o critério clínico (débito urinário) para o Estágio 1: redução da diurese para menos de 0,5 mL/kg/hora por um período que dure entre 6 e 12 horas.

Alternativa e: Incorreta. A anúria (ausência de produção de urina) por um período de

12 horas ou mais é um critério de gravidade extrema, enquadrando o paciente no Estágio 3. No Estágio 3, também se considera o débito urinário inferior a 0,3 mL/kg/hora por 24 horas ou mais.

Questão 11

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA). O paciente é um etilista grave que, após 18 horas de privação do álcool devido à internação por trauma, evolui com agitação e alucinações visuais (alucinose alcoólica).

A base da fisiopatologia da abstinência é o desequilíbrio neuroquímico: o uso crônico de álcool inibe os receptores GABA (inibitórios) e estimula os receptores NMDA/glutamato (excitatórios). Com a retirada súbita, ocorre uma hiperexcitabilidade do sistema nervoso central por falta de tônus inibitório e excesso de glutamato.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O propofol é um agente anestésico que pode ser utilizado em casos de Delirium Tremens refratário, quando o paciente não responde a doses altas de benzodiazepínicos. No entanto, não é a droga de escolha inicial para o manejo da agitação e das alucinações na fase aguda da abstinência.

b) Incorreta. A quetiapina é um antipsicótico atípico. Embora possa ajudar no controle de sintomas psicóticos em outros contextos, na abstinência alcoólica, os antipsicóticos devem ser evitados isoladamente, pois não tratam a causa-base da síndrome e podem reduzir o limiar convulsivo, aumentando o risco de crises epiléticas, que são comuns nessa síndrome.

c) Correta. Os benzodiazepínicos (como diazepam, lorazepam ou clordiazepóxido) são o padrão-ouro no tratamento da Síndrome de Abstinência Alcoólica. Eles possuem tolerância cruzada com o álcool, agindo nos receptores GABA-A e restaurando a inibição do sistema nervoso central. Isso previne a progressão para convulsões e Delirium Tremens, além de controlar a agitação psicomotora e os sintomas autonômicos.

d) Incorreta. A morfina é um analgésico opioide potente. Embora o paciente tenha fraturas e necessite de analgesia, a morfina não possui efeito no tratamento da síndrome de abstinência e não controla a agitação neuroquímica ou as alucinações causadas pela falta de álcool.

e) Incorreta. A cetamina é um antagonista dos receptores NMDA usado como anestésico e analgésico. Apesar de haver estudos avaliando seu uso como adjuvante em casos graves e refratários de abstinência, ela não é a droga de primeira escolha para o manejo inicial descrito na questão.

Questão 12

O ponto central para resolver esta questão é o diagnóstico diferencial entre a infecção por *Clostridioides difficile* (ICD) e a colonização assintomática. De acordo com as diretrizes da Sociedade Americana de Doenças Infecciosas (IDSA), o diagnóstico de ICD exige obrigatoriamente a presença de sintomas, tipicamente diarreia (definida como três ou mais evacuações amolecidas em 24 horas), associada a um teste laboratorial positivo (como a pesquisa de toxinas A e B ou teste molecular).

No caso descrito, a paciente está explicitamente sem sintomas gastrointestinais. O exame foi colhido apenas por um protocolo de rastreio do hospital. Pacientes que apresentam o micro-organismo ou suas toxinas no intestino, mas que não possuem diarreia, são considerados apenas colonizados.

Alternativa a: Incorreta. O tratamento da pneumonia aspirativa é necessário e não deve ser suspenso devido a um achado de colonização. Além disso, repetir o exame em um paciente assintomático não traria benefício clínico, pois o rastreio sistemático não é recomendado.

Alternativa b: Correta. A conduta preconizada para portadores assintomáticos de *C. difficile* é não realizar tratamento. Tratar a colonização não previne a progressão para infecção e pode contribuir para a resistência bacteriana e destruição da microbiota intestinal normal.

Alternativa c: Incorreta. A paciente não tem indicação de tratamento para *C. difficile* por estar assintomática. Além disso, a vancomicina por via venosa não tem eficácia para essa condição, pois não atinge concentrações terapêuticas no lúmen do cólon; quando indicada, a vancomicina deve ser administrada por via oral.

Alternativa d: Incorreta. A antibioticoterapia específica, como vancomicina oral ou fidaxomicina, é reservada apenas para casos de infecção clínica documentada (pacientes com diarreia).

Alternativa e: Incorreta. Suspender o tratamento da pneumonia aspirativa, que está em seu quinto dia e é uma patologia grave, seria um erro de conduta. A vancomicina oral não deve ser iniciada, pois não se trata a colonização assintomática.

Questão 13

O caso clínico apresenta um paciente de 56 anos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) avançada, caracterizada por dispneia em repouso mesmo com terapia inalatória otimizada. A principal intervenção para aumentar a sobrevivência nesses pacientes com hipoxemia grave é a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP).

Os critérios para indicação de ODP, fundamentados nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e no GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), são:

1. PaO₂ menor ou igual a 55 mmHg ou saturação de oxigênio (SaO₂) menor ou igual a 88% em repouso e ar ambiente.
2. PaO₂ entre 56 e 59 mmHg ou SaO₂ de 89%, associadas a evidências de Cor Pulmonale (edema periférico, insuficiência cardíaca direita), Hipertensão Pulmonar ou Policitemia (hematócrito maior que 55%).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de PaO₂ de 60 mmHg é considerado o alvo terapêutico para quem já usa oxigênio, mas não é o critério de início, que deve ser inferior a esse valor.

Alternativa b) Incorreta. Embora valores abaixo de 55 e 88 indiquem a terapia, a alternativa utiliza o sinal de "menor que" (<), o que tecnicamente excluiria o paciente que apresenta exatamente 55 mmHg ou 88% de saturação (que já possui indicação). Além disso, ignora a faixa de 56 a 59 mmHg com comorbidades.

Alternativa c) Incorreta. Os valores de 60 mmHg e 90% estão acima dos limiares de hipoxemia crônica grave que justificam o custo e os riscos da oxigenoterapia domiciliar.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa representa o limite superior (o "teto") da indicação de oxigenoterapia. Ao utilizar os valores de 59 mmHg e 89%, ela contempla os pacientes que possuem hipoxemia moderada associada a complicações (como cor pulmonale ou policitemia). É a resposta que define a fronteira máxima para o início do benefício clínico da ODP.

Alternativa e) Incorreta. Embora o limite de 55 mmHg para PaO₂ esteja correto para a indicação geral, a saturação de 90% é considerada adequada para pacientes em repouso, não preenchendo critérios para oxigenoterapia contínua.

Questão 14

Diagnóstico Clínico:

O quadro clínico descrito é clássico de sífilis secundária. O paciente apresenta uma história recente de outra infecção sexualmente transmissível (uretrite gonocócica), o que aumenta o risco de coinfeções. A presença de uma ulceração prévia (oral, no caso), seguida de febre, poliadenomegalia e, crucialmente, exantema maculopapular que acomete palmas das mãos e plantas dos pés (sinal de Biett), é patognomônica de sífilis na fase secundária. A ausência de prurido nas lesões reforça esse diagnóstico.

Análise das Alternativas:

a) Correta. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e órgãos internacionais (como o CDC), o tratamento de escolha para sífilis primária, secundária ou latente recente (com menos de um ano de evolução) é a penicilina G benzatina, na dose de 2,4 milhões de unidades, administrada por via intramuscular em dose única. Como o paciente apresenta sintomas claros de fase secundária iniciados há poucos dias, a dose única é a conduta padrão.

b) Incorreta. O esquema de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina, uma vez por semana, durante três semanas (totalizando 7,2 milhões de unidades), é indicado para casos de sífilis latente tardia (mais de um ano de evolução), sífilis latente de tempo indeterminado ou sífilis terciária. Não é o caso deste paciente, que apresenta uma fase aguda/recente bem definida.

c) Incorreta. A ceftriaxona pode ser utilizada como uma opção de segunda linha em casos específicos (como neurosífilis ou em situações de alergia à penicilina em que a dessensibilização não é possível), mas a dose e a duração propostas na alternativa não correspondem ao tratamento padrão para sífilis secundária. A penicilina benzatina continua sendo o tratamento de primeira escolha e o mais eficaz.

d) Incorreta. A azitromicina não é recomendada como tratamento de primeira linha para a sífilis devido aos altos índices de resistência do *Treponema pallidum* ao medicamento relatados em diversas regiões, além de não ser o esquema preconizado pelos protocolos vigentes.

e) Incorreta. A doxiciclina (100 mg, via oral, duas vezes ao dia) é uma alternativa para pacientes alérgicos à penicilina. No entanto, para a sífilis primária, secundária ou latente recente, a duração do tratamento deve ser de 15 dias, e não de apenas uma semana como sugere a alternativa. Para sífilis tardia, a duração seria de 30 dias.

Questão 15

A Arterite de Células Gigantes (ACG), também conhecida como arterite temporal, é uma vasculite de grandes vasos que acomete predominantemente indivíduos idosos. A compreensão de suas manifestações clínicas e laboratoriais é fundamental para evitar complicações graves. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa (a): Incorreta para o enunciado (é uma característica da ACG). A perda súbita da visão monocular é a complicação mais temida da ACG. Ela ocorre devido à neuropatia óptica isquêmica anterior, causada pela inflamação e oclusão das artérias ciliares posteriores. É uma emergência médica que requer tratamento imediato com corticoides.

Alternativa (b): Incorreta para o enunciado (é uma característica da ACG). A ACG é quase exclusivamente observada em pacientes com mais de 50 anos de idade. A incidência da doença aumenta progressivamente com o avançar da idade, sendo raríssima em indivíduos jovens.

Alternativa (c): Incorreta para o enunciado (é uma característica da ACG). A claudicação mandibular, caracterizada por dor na mandíbula ao mastigar que melhora com o repouso, é um sintoma altamente específico para o diagnóstico de ACG. Ela reflete a isquemia dos músculos da mastigação (masseter e temporais) decorrente do acometimento das artérias facial e maxilar.

Alternativa (d): Correta (alternativa a ser assinalada). Esta afirmação é falsa porque a inflamação na ACG NÃO é restrita às artérias originadas do arco aórtico. Embora os ramos da carótida externa (como a artéria temporal) sejam os mais frequentemente afetados, a doença pode envolver qualquer parte da aorta (aortite torácica ou abdominal) e seus ramos principais, incluindo vasos que suprem os membros inferiores e outras regiões sistêmicas. O termo "restrita" torna a alternativa incorreta do ponto de vista médico.

Alternativa (e): Incorreta para o enunciado (é uma característica da ACG). A ACG frequentemente se manifesta como uma doença inflamatória sistêmica. Ela é uma causa importante de febre de origem obscura em idosos, muitas vezes acompanhada de sintomas constitucionais como perda de peso e mal-estar. Laboratorialmente, é comum encontrar anemia de doença crônica (normocítica e normocrômica) e uma elevação acentuada das provas de atividade inflamatória, como o VHS (velocidade de hemossedimentação).

Conclusão: A alternativa (d) é a única que apresenta um conceito incorreto sobre a distribuição anatômica da arterite de células gigantes.

Questão 16

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de arritmia (provável fibrilação atrial devido ao pulso rápido e irregular) com início há menos de 48 horas (18 horas de evolução). No entanto, ela apresenta sinais claros de instabilidade hemodinâmica e congestão pulmonar (hipotensão com PA de 90 x 68 mmHg, ortopneia e estertores nas bases), o que caracteriza uma emergência cardiovascular.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e consensos internacionais, em casos de fibrilação atrial ou flutter atrial com instabilidade hemodinâmica, a cardioversão elétrica deve ser realizada de imediato. Contudo, as recomendações atuais preconizam que, sempre que possível, a anticoagulação deve ser iniciada antes ou imediatamente após o procedimento para minimizar o risco de fenômenos tromboembólicos decorrentes da reversão do ritmo.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A enoxaparina em dose profilática (geralmente 40 mg uma vez ao dia) é indicada para a prevenção de trombose venosa profunda em pacientes acamados. Para a prevenção de tromboembolismo na reversão de uma arritmia como a fibrilação atrial, é necessária a dose plena/terapêutica (1 mg/kg a cada 12 horas).

b) Incorreta. O clopidogrel é um antiagregante plaquetário (inibidor do receptor P2Y₁₂). Ele não possui ação anticoagulante e não tem indicação para a prevenção de eventos tromboembólicos de origem atrial em pacientes que serão submetidos à cardioversão.

c) Correta. A rivaroxabana é um anticoagulante oral direto (DOAC) que atua como inibidor direto do fator Xa. Atualmente, os DOACs são considerados alternativas seguras e eficazes à heparina para pacientes que necessitam de anticoagulação antes da cardioversão, mesmo em cenários de urgência, desde que o paciente tenha condições de absorção oral e a cardioversão possa aguardar o tempo mínimo de ação da droga. Entre as opções listadas, é a única que oferece anticoagulação em dose terapêutica eficaz.

d) Incorreta. O ácido acetilsalicílico (AAS) é um antiagregante plaquetário que inibe a ciclo-oxigenase 1 (COX-1). Assim como o clopidogrel, não é eficaz na prevenção de trombos formados no apêndice atrial esquerdo decorrentes da fibrilação atrial.

e) Incorreta. A associação de AAS e clopidogrel (dupla antiagregação plaquetária) é utilizada em síndromes coronarianas agudas e após o implante de stents, mas não

substitui a anticoagulação na fibrilação atrial para a prevenção de acidente vascular cerebral ou embolia sistêmica durante a cardioversão.

Questão 17

ANÁLISE DA QUESTÃO

O quadro clínico descreve um paciente com cirrose (secundária à hepatite C) apresentando sinais de descompensação: ascite, icterícia, dor abdominal, febre e sonolência (sugerindo encefalopatia hepática). Diante desse cenário, a principal suspeita clínica é de Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE).

O diagnóstico de PBE é confirmado pela análise do líquido ascítico quando a contagem de polimorfonucleares (PMN) é superior a 250 células/mm³. No caso apresentado, o líquido possui 900 células/mm³ com 30% de polimorfonucleares. Realizando o cálculo: $900 \times 0,30 = 270$ células/mm³. Como o valor é maior que 250, o diagnóstico de PBE está estabelecido.

O tratamento de escolha para PBE deve ser iniciado imediatamente após a coleta da paracentese, de forma empírica, sem aguardar resultados de cultura, visando cobrir os germes mais comuns (Gram-negativos entéricos, como a *Escherichia coli*).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: A vancomicina é direcionada para germes Gram-positivos resistentes e a gentamicina (um aminoglicosídeo) é contraindicada como primeira linha neste contexto, pois é altamente nefrotóxica em pacientes cirróticos, podendo precipitar insuficiência renal e síndrome hepatorenal.

Alternativa b: O início do antibiótico na PBE é uma urgência médica. Aguardar a cultura ou a desestabilização clínica do paciente para tratar aumenta significativamente a mortalidade. Além disso, muitas vezes a cultura do líquido ascítico é negativa mesmo na presença de infecção (ascite neutrocítica), o que não exclui a necessidade de tratamento.

Alternativa c: Este esquema antibiótico é inadequado. A oxacilina e a ampicilina não cobrem o espectro principal da PBE de forma otimizada. O metronidazol cobre anaeróbios, que raramente estão envolvidos na peritonite espontânea, sendo indicados apenas em casos de suspeita de peritonite secundária (perfuração de víscera).

Alternativa d: O erro reside em aguardar o resultado da cultura e do antibiograma.

Em pacientes com cirrose e ascite, a presença de mais de 250 PMN/mm³ é indicação absoluta de antibioticoterapia imediata devido ao alto risco de sepse e óbito.

Alternativa e (CORRETA): As cefalosporinas de terceira geração (como a cefotaxima ou a ceftriaxona) representam o tratamento padrão-ouro para a PBE. Elas possuem excelente penetração no peritônio, cobrem os principais patógenos Gram-negativos e possuem baixo perfil de toxicidade renal quando comparadas a outras classes.

Questão 18

A dissecação da aorta é uma emergência cardiovascular grave na qual o diagnóstico rápido e a estabilização hemodinâmica são fundamentais. A questão aborda os critérios clínicos e exames simples que auxiliam na suspeição diagnóstica.

Alternativa A (Gabarito): Esta alternativa está incorreta porque, embora o D-dímero seja um exame com altíssima sensibilidade (acima de 95%) e um excelente Valor Preditivo Negativo (VPN) para excluir a dissecação da aorta em pacientes de baixo risco, o seu Valor Preditivo Positivo (VPP) é baixo. Isso ocorre porque o D-dímero é um marcador inespecífico que pode estar elevado em diversas condições, como tromboembolismo pulmonar, infarto agudo do miocárdio, infecções, cirurgias recentes ou neoplasias. Portanto, ele não apresenta um VPP acima de 90%.

Alternativa B: O alargamento do mediastino ou a alteração da silhueta aórtica na radiografia de tórax é um dos achados de imagem simples mais comuns, presente em grande parte dos pacientes com dissecação da aorta torácica, sendo um importante sinal de alerta na sala de emergência.

Alternativa C: A ausência de pulsos nas extremidades proximais é um achado clínico clássico. Ele ocorre quando a lâmina de dissecação (o flap intimal) ou o hematoma no falso lúmen obstrui o orifício de saída de uma artéria periférica, impedindo o fluxo sanguíneo adequado para aquele membro.

Alternativa D: A diferença de pressão arterial sistólica superior a 20 mmHg entre os membros superiores é um sinal físico de alta especificidade para dissecação da aorta. Esse achado sugere que o processo de dissecação atingiu ou ultrapassou a origem de uma das artérias subclávias, comprometendo a perfusão de um dos braços.

Alternativa E: A ausência de pulso carotídeo palpável também faz parte dos possíveis achados clínicos. Ela indica que a dissecação se estendeu para os vasos da base (como o tronco braquiocefálico ou a artéria carótida comum esquerda), o que pode resultar em déficits neurológicos graves, além da alteração vascular periférica.

Questão 19

O mesotelioma pleural maligno é uma neoplasia agressiva que se origina nas células mesoteliais da pleura. A compreensão do seu principal fator etiológico é fundamental, pois ele difere dos outros cânceres de pulmão mais comuns.

Alternativa a: Incorreta. O trabalho em minas de carvão é o fator de risco clássico para a pneumoconiose dos trabalhadores do carvão (antracose/pulmão negro). Embora possa haver um risco aumentado para o carcinoma broncogênico em mineradores, ele não é a causa primária do mesotelioma.

Alternativa b: Incorreta. O gás CFC (clorofluorcarboneto), utilizado historicamente em sistemas de refrigeração e aerossóis, está relacionado à destruição da camada de ozônio, mas não possui associação epidemiológica ou fisiopatológica com o desenvolvimento de mesotelioma.

Alternativa c: Incorreta. A radioterapia prévia na região do tórax ou pescoço (comum em tratamentos de Linfoma de Hodgkin ou câncer de mama) é reconhecida como um fator de risco para o mesotelioma, porém é responsável por uma parcela muito pequena dos casos clínicos. Não é o principal fator de risco quando comparado à exposição mineral.

Alternativa d: Incorreta. Esta alternativa representa a principal "pegadinha" da questão. O paciente descrito é um tabagista pesado (60 anos-maço), o que aumenta drasticamente o risco de câncer de pulmão (carcinoma broncogênico). No entanto, diversos estudos comprovam que o tabagismo não é um fator de risco independente para o mesotelioma pleural. O cigarro não causa mesotelioma, embora potencialize o risco de câncer de pulmão em pacientes já expostos ao asbesto.

Alternativa e: Correta. A exposição ao asbesto (também conhecido como amianto) é o principal fator de risco para o mesotelioma pleural maligno, estando relacionada a cerca de 80% dos casos documentados. A questão destaca corretamente que essa exposição pode ser "remota no tempo", o que é uma característica clínica típica da doença: o período de latência entre o primeiro contato com a fibra de asbesto e o diagnóstico do tumor costuma ser longo, variando geralmente entre 20 e 40 anos. Por isso, mesmo que o paciente não esteja mais exposto atualmente, o risco permanece devido à inalação prévia das fibras.

Questão 20

A estratégia terapêutica após a reversão de uma fibrilação atrial (FA) aguda pode ser focada no controle da frequência ou no controle do ritmo. O enunciado solicita explicitamente uma medicação para a manutenção do ritmo sinusal (prevenção de recidivas). Para escolher o antiarrítmico correto, o passo fundamental é verificar a presença ou ausência de cardiopatia estrutural (como insuficiência cardíaca, doença coronariana ou hipertrofia ventricular significativa).

Alternativa a: Incorreta. O bisoprolol é um betabloqueador. Embora os betabloqueadores possam ter um papel modesto na prevenção de recorrências, sua principal indicação na FA é o controle da frequência ventricular (fazer com que o coração bata mais devagar durante a arritmia). Não é a droga de primeira escolha para a manutenção do ritmo em pacientes sem cardiopatia.

Alternativa b: Correta. A propafenona é um antiarrítmico da classe IC (bloqueador dos canais de sódio). Segundo as diretrizes nacionais e internacionais, a propafenona é a droga de escolha para a manutenção do ritmo sinusal em pacientes que não possuem cardiopatia estrutural. Como o caso clínico destaca que a avaliação cardíaca não demonstrou alterações estruturais, esta é a medicação mais apropriada.

Alternativa c: Incorreta. A digoxina é um fármaco que atua no nó atrioventricular para controlar a frequência cardíaca, sendo útil principalmente em pacientes sedentários ou com insuficiência cardíaca descompensada. Ela não tem eficácia na manutenção do ritmo sinusal.

Alternativa d: Incorreta. O verapamil é um bloqueador dos canais de cálcio não diidropiridínico. Ele é utilizado para o controle da resposta ventricular na FA, mas não possui propriedades para manter o paciente em ritmo sinusal após a cardioversão.

Alternativa e: Incorreta. O metoprolol, assim como o bisoprolol, é um betabloqueador. Seu uso principal na FA é o controle da frequência cardíaca, e não a profilaxia de novos episódios de fibrilação atrial em pacientes com coração estruturalmente normal.

Questão 21

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito é clássico para apendicite aguda. A sequência de sintomas apresentada pela paciente de 22 anos é conhecida como a Cronologia de Murphy: a dor inicia-se de forma vaga na região periumbilical ou no hipogástrio (dor visceral) e, após algumas horas (no caso, 12 horas), localiza-se na fossa ilíaca direita (dor

somática por irritação do peritônio parietal). A presença de anorexia (perda de apetite), náuseas, febre leve e leucocitose significativa (acima de $15.000/\text{mm}^3$) reforça o diagnóstico inflamatório/infeccioso agudo. A defesa muscular no quadrante inferior direito é um sinal de irritação peritoneal localizado.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico. A tríade de dor migratória, anorexia e leucocitose tem alto valor preditivo positivo. O fato de a paciente estar tratando uma candidíase vaginal funciona como um distrator na questão, tentando induzir o aluno a pensar em Doença Inflamatória Pélvica (DIP), mas a apresentação clínica da apendicite é muito mais condizente com o relato de migração da dor e defesa localizada.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Ileíte terminal: Geralmente está associada à Doença de Crohn. Embora possa causar dor na fossa ilíaca direita, costuma apresentar um quadro mais arrastado, com histórico de episódios anteriores, diarreia crônica ou perda de peso, e não costuma apresentar a migração clássica da dor da apendicite.

b) Cisto roto de ovário: O início da dor no cisto roto costuma ser súbito e agudo, e não insidioso como descrito. Além disso, não costuma cursar com febre inicial ou leucocitose tão marcada, a menos que haja complicações como torção ou hemoperitônio volumoso.

d) Salpingite: É um componente da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Embora cause dor pélvica e leucocitose, a dor geralmente é bilateral, associada a corrimento vaginal purulento (a candidíase causa corrimento grumoso, mas raramente evolui para salpingite) e dor à mobilização do colo uterino. A anorexia e a migração da dor do centro para a direita são incomuns na salpingite.

e) Gravidez ectópica: Para este diagnóstico, seria esperado um histórico de atraso menstrual (amenorreia) e a dor costuma ser mais súbita em caso de ruptura. O quadro inflamatório com febre e leucocitose de $15.000/\text{mm}^3$ é mais sugestivo de um processo infeccioso como a apendicite do que de uma gestação ectópica íntegra ou rota inicial.

Questão 22

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de colecistite aguda, caracterizado por dor no quadrante superior direito de duração prolongada (24 horas), febre e vômitos. O ultrassom abdominal confirma o diagnóstico ao demonstrar a presença de cálculos (fator causal na maioria das vezes) associados a sinais inflamatórios sistêmicos e locais, como o espessamento da parede da vesícula biliar. Pacientes diabéticos, em particular, apresentam um risco aumentado de complicações graves, como a colecistite enfisematosa ou gangrenosa, o que demanda uma conduta resolutiva célere.

Justificativa das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A colecistostomia (drenagem da vesícula) é um procedimento de exceção. Ela é reservada apenas para pacientes criticamente enfermos, com instabilidade hemodinâmica grave ou com alto risco cirúrgico (pontuação ASA elevada) que não suportariam o estresse de uma anestesia geral e cirurgia. A paciente do caso, embora diabética, é descrita como controlada e não apresenta sinais de instabilidade que justifiquem evitar a cirurgia definitiva.

Alternativa b) Incorreta. A colecistite aguda é uma condição inflamatória/infecciosa que requer internação e tratamento ativo. A observação com alta e analgesia é inadequada, pois a doença pode progredir para perfuração biliar, peritonite e sepse se não for tratada corretamente.

Alternativa c) Incorreta. O manejo puramente conservador com antibióticos e alta para acompanhamento ambulatorial não é o padrão-ouro. Embora o antibiótico auxilie no controle da infecção, ele não remove o fator obstrutivo (o cálculo). O tratamento conservador isolado está associado a altas taxas de falha terapêutica e recorrência precoce da dor e do processo inflamatório.

Alternativa d) Incorreta. O termo "eletiva" pressupõe que a cirurgia será agendada para semanas ou meses após a resolução do quadro agudo. Evidências atuais demonstram que a colecistectomia precoce (realizada na mesma internação, preferencialmente nas primeiras 72 horas do início dos sintomas) é superior à cirurgia eletiva tardia, pois reduz o tempo de internação hospitalar, os custos e evita que o paciente sofra novas crises no período de espera.

Alternativa e) Correta. A colecistectomia laparoscópica de urgência (ou precoce) é o tratamento de escolha para a colecistite aguda. A via laparoscópica é preferencial por oferecer menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida. Em pacientes

diabéticos, a intervenção cirúrgica ágil é fundamental para interromper a progressão da inflamação e prevenir complicações infecciosas severas.

Questão 23

O quadro clínico descreve um homem de 60 anos com abaulamento inguinal típico de hérnia inguinal: massa redutível que se torna evidente com manobras de esforço (aumento da pressão intra-abdominal) e regride com o repouso. O diagnóstico da hérnia inguinal é essencialmente clínico, baseado na anamnese e no exame físico, não necessitando de exames de imagem quando a massa é palpável e as características são clássicas.

Alternativa a: Incorreta. Exames de imagem como a ultrassonografia são reservados para casos de dúvida diagnóstica, como em pacientes com dor inguinal crônica sem abaulamento detectável ao exame físico ou em pacientes obesos nos quais a palpação é prejudicada. No caso em questão, o diagnóstico já está firmado clinicamente.

Alternativa b: Incorreta. A observação (watchful waiting) pode ser uma opção para homens com hérnias completamente assintomáticas. No entanto, o paciente relata desconforto ocasional e aumento da massa ao esforço. Para pacientes sintomáticos, a recomendação padrão é o reparo cirúrgico para melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações futuras, como o encarceramento.

Alternativa c: Incorreta. A urgência cirúrgica está indicada apenas em casos de complicações agudas, como o encarceramento não redutível ou o estrangulamento (isquemia do conteúdo herniário). O paciente apresenta uma hérnia redutível e não possui sinais de obstrução intestinal ou sofrimento isquêmico, o que afasta a necessidade de cirurgia imediata.

Alternativa d: Correta. A reparação cirúrgica eletiva é a conduta de escolha para pacientes sintomáticos. O fato de o paciente possuir uma colonoscopia recente normal é um dado relevante para afastar a hipótese de que a hérnia tenha sido evidenciada por um esforço evacuatório crônico secundário a uma neoplasia de cólon, permitindo seguir com o tratamento cirúrgico da hérnia de forma segura.

Alternativa e: Incorreta. A tomografia de abdômen e pelve tem alta sensibilidade para o diagnóstico de hérnias, mas não deve ser utilizada rotineiramente quando o diagnóstico clínico é claro. Seu uso é restrito a casos complexos, dúvidas diagnósticas ou suspeita de outras massas abdominais.

Gabarito: Letra (d).

Questão 24

Análise do Quadro Clínico:

O caso clínico descreve um paciente com pancreatite aguda. Os elementos que sustentam esse diagnóstico são a dor abdominal súbita no epigástrio com irradiação para o dorso (dor em faixa), a presença de náuseas e vômitos, e o sinal clássico de alívio da dor ao inclinar o tronco para frente (posição de prece maometana ou sinal de Blechmann). Laboratorialmente, o diagnóstico é confirmado pela amilase de 1040 U/L, que está significativamente elevada (acima de três vezes o valor de referência).

Alternativa (a) Correta: A colelitíase (cálculos biliares) é a causa mais comum de pancreatite aguda em todo o mundo, respondendo por aproximadamente 40% a 60% dos casos na população geral. Ocorre quando um cálculo migra da vesícula biliar e obstrui, ainda que transitoriamente, a ampola de Vater, causando refluxo biliar ou aumento da pressão no ducto pancreático.

Alternativa (b) Incorreta: Infecções bacterianas ou virais (como a caxumba) são causas reconhecidas, porém raras, de pancreatite aguda. Elas não representam a principal etiologia na prática clínica.

Alternativa (c) Incorreta: O trauma abdominal pode causar lesão direta ao parênquima pancreático ou ruptura de ductos, levando à pancreatite. Contudo, é uma causa pouco frequente quando comparada às causas metabólicas ou obstrutivas.

Alternativa (d) Incorreta: O uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) é um fator de risco importante para úlcera péptica perfurada, que é um diagnóstico diferencial, mas não é uma causa comum de pancreatite. Alguns outros medicamentos específicos podem causar pancreatite medicamentosa, mas os AINEs não estão nesse grupo principal.

Alternativa (e) Incorreta: O consumo excessivo de álcool é a segunda causa mais comum de pancreatite aguda, sendo responsável por cerca de 30% dos episódios. Embora seja uma causa muito prevalente, estatisticamente ela ainda perde para a etiologia biliar (colelitíase) na maioria das séries epidemiológicas.

Questão 25

O quadro clínico descrito, com dor abdominal súbita em um paciente com histórico de úlcera péptica, é altamente sugestivo de perfuração de víscera oca. O achado de ar no hipocôndrio esquerdo na radiografia de tórax sugere pneumoperitônio, confirmando a suspeita de ar extraluminal.

Por que a alternativa (b) é a correta:

A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome com contraste endovenoso é o exame de escolha (padrão-ouro) nesta situação. Ela apresenta sensibilidade superior a 95% para detectar pneumoperitônio, sendo capaz de identificar volumes mínimos de ar que a radiografia pode não mostrar claramente. Além disso, a TC ajuda a localizar o sítio exato da perfuração e a descartar diagnósticos diferenciais em pacientes que, apesar da suspeita, mantêm estabilidade hemodinâmica e ausência de peritonite franca.

Análise das alternativas incorretas:

a) Solicitação de endoscopia digestiva alta: Está contraindicada na suspeita de perfuração aguda. A insuflação de ar necessária para o exame pode aumentar o pneumoperitônio, causar pneumoperitônio hipertensivo e piorar o estado clínico do paciente ao extravasar conteúdo gástrico para a cavidade peritoneal.

c) Administração de antiácidos e observação: Esta conduta é insuficiente e perigosa. Uma perfuração de víscera oca é uma emergência médica que pode evoluir rapidamente para sepse e choque. O manejo deve ser ativo para confirmar o diagnóstico e planejar a intervenção.

d) Cirurgia de urgência: Embora a maioria das perfurações de úlcera péptica exija tratamento cirúrgico, o paciente em questão está estável e sem sinais de peritonite. Nesses casos, a confirmação diagnóstica por imagem (TC) é o passo imediato para guiar a conduta, permitindo inclusive avaliar se há indicação de tratamento conservador (protocolo de Taylor) ou cirurgia minimamente invasiva.

e) Tratamento com inibidores de bomba de prótons: Os IBP fazem parte do tratamento de suporte e da terapia de longo prazo para úlcera péptica, mas não resolvem o problema agudo da perfuração e não são o próximo passo diagnóstico prioritário no pronto-socorro.

Questão 26

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de pé diabético infectado com gravidade importante. Os pontos-chave para a decisão terapêutica são: presença de tecido necrosado (foco de infecção que exige controle local), secreção purulenta, eritema em expansão (sugerindo celulite/infecção de tecidos moles ascendente) e sinais de resposta inflamatória sistêmica (toxemia e febre de 39 °C). Além disso, houve falha prévia ao tratamento com antibiótico por via oral. Este cenário classifica a infecção como grave, exigindo intervenção imediata para salvar o membro e a vida do paciente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O uso de corticoide sistêmico em um paciente com infecção ativa e diabetes é perigoso. O corticoide pode causar descontrole glicêmico severo e mascarar ou piorar o quadro infeccioso ao suprimir a resposta imune necessária para o combate aos patógenos.

b) Incorreta. Aumentar a dose do antibiótico oral é insuficiente. O paciente já falhou à terapia oral, apresenta sinais sistêmicos (toxemia) e uma ferida com necrose. Casos com comprometimento sistêmico exigem internação hospitalar e início de antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro para garantir níveis séricos adequados.

c) Incorreta. Curativos, como o de carvão ativado, são medidas adjuvantes para o manejo de exsudato e odor, mas não tratam a causa-base de uma infecção profunda e sistêmica. Adotar uma conduta expectante ("acompanhar") em um paciente toxêmico e com necrose resultaria na progressão da infecção e possível sepse.

d) Correta. O manejo do pé diabético infectado grave baseia-se em dois pilares inegociáveis: controle do foco e antibioticoterapia sistêmica. O desbridamento cirúrgico é fundamental para remover o tecido necrosado e purulento, que impede a cicatrização e serve de meio de cultura bacteriana. A antibioticoterapia intravenosa é mandatória devido à gravidade do quadro (febre e toxemia).

e) Incorreta. A fisioterapia não possui indicação no tratamento de uma infecção aguda necrotizante. Sua função no pé diabético é voltada para a reabilitação funcional ou prevenção de deformidades em fases crônicas, nunca na vigência de sepse ou necrose infectada.

Questão 27

A questão descreve um quadro clínico clássico e grave de infecção de partes moles, com alta taxa de morbimortalidade, exigindo diagnóstico e intervenção rápidos.

O diagnóstico principal é a Fasceíte Necrosante (Alternativa A). Os elementos que confirmam essa hipótese são:

1. Perfil do paciente: Idoso e com doença renal crônica, o que configura um estado de imunossupressão relativa e maior risco para infecções graves.
2. Sinais de gravidade sistêmica: Presença de febre alta (38,5 °C) e toxemia (sinais de resposta inflamatória sistêmica ou sepse).
3. Achados locais: Necrose cutânea e drenagem de secreção malcheirosa sugerem a presença de germes anaeróbios ou infecção polimicrobiana (Tipo I).
4. Dor refratária: Este é um dos "sinais de alerta" mais importantes. A dor desproporcional ao achado físico inicial ou que não cede com analgésicos comuns é característica da agressão à fáscia profunda, onde os receptores de dor são intensamente estimulados antes mesmo de a pele mostrar sinais óbvios de destruição.

Explicação das alternativas:

a) Fasceíte necrosante: CORRETA. É uma emergência cirúrgica que envolve a fáscia superficial e o tecido subcutâneo. O quadro de dor intensa, rápida progressão, necrose e sinais de choque/toxemia em paciente com comorbidades é a apresentação típica desta patologia.

b) Erisipela: INCORRETA. A erisipela é uma infecção mais superficial, atingindo a derme superior e os vasos linfáticos. Apresenta-se como uma placa eritematosa com bordas bem demarcadas e elevadas. Embora cause dor e febre, não evolui tipicamente com necrose tecidual ou secreção fétida, a menos que haja uma complicação grave associada.

c) Abscesso subcutâneo: INCORRETA. O abscesso é uma coleção purulenta localizada e delimitada. Embora cause dor e sinais inflamatórios, o relato de uma infecção extensa com necrose e sinais sistêmicos graves de toxemia aponta para um processo infiltrativo e disseminado, como a fasceíte, e não para uma coleção fechada simples.

d) Celulite: INCORRETA. A celulite atinge a derme profunda e o tecido gorduroso subcutâneo. Diferente da erisipela, suas bordas são mal definidas. Apesar de ser mais profunda que a erisipela, a celulite comum não causa necrose de pele nem dor refratária desproporcional, que são marcas da infecção necrosante.

e) Miosite infecciosa: INCORRETA. Também chamada de piomiosite, é a infecção do

tecido muscular propriamente dito, frequentemente com formação de abscessos intramusculares. Embora seja uma infecção grave, a sequência de eventos (pequena lesão cutânea evoluindo com necrose superficial e secreção malcheirosa) é muito mais sugestiva de uma infecção que se dissemina pela fáscia (fascíte) do que uma infecção primária do músculo.

Questão 28

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de desnutrição grave (IMC 17,5 kg/m², perda de 12 kg em 5 meses e sinais de hipovitaminose) no contexto de uma doença inflamatória intestinal (Crohn) e pós-operatório complexo. Esse perfil é o clássico para o desenvolvimento da Síndrome de Realimentação (SR). A SR ocorre quando a oferta calórica é reiniciada em pacientes que estavam em estado de inanição ou desnutrição severa, provocando um aumento súbito na secreção de insulina. A insulina promove o influxo celular de glicose acompanhado de eletrólitos, resultando em quedas perigosas nos níveis séricos de fósforo, potássio e magnésio.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A transição da nutrição parenteral total (NPT) para a nutrição enteral deve ser feita de forma gradual e escalonada (*tapering*). A suspensão abrupta da NPT ao primeiro sinal de tolerância enteral pode resultar em um déficit calórico significativo, caso a via enteral ainda não tenha atingido a meta nutricional (geralmente aguarda-se que a via enteral supra pelo menos 60% a 75% das necessidades antes de suspender a parenteral). Além disso, há risco de hipoglicemia de rebote.

Alternativa b) Incorreta. A presença de sinais de intolerância à nutrição enteral (como distensão abdominal, vômitos ou resíduo gástrico elevado) é uma contraindicação para o avanço da dieta oral. Forçar a alimentação oral nessas condições aumenta o risco de complicações mecânicas, como broncoaspiração e desconforto abdominal grave.

Alternativa c) Incorreta. O objetivo da terapia nutricional é sempre migrar para a via mais fisiológica (enteral ou oral) assim que possível. Manter a NPT por tempo indeterminado, independentemente da evolução da via enteral, expõe o paciente a riscos desnecessários, como infecções de cateter (sepsis), esteatose hepática e atrofia da mucosa intestinal.

Alternativa d) Incorreta. Embora a redução da oferta de carboidratos e o início

cauteloso das calorias sejam estratégias para prevenir a Síndrome de Realimentação, o ajuste isolado da oferta lipídica não substitui a necessidade crítica de monitoramento e reposição eletrolítica. O foco principal na prevenção de danos por SR é o controle dos íons, e não apenas a manipulação da proporção de macronutrientes na bolsa de NPT.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa descreve o cuidado padrão-ouro para pacientes de alto risco nutricional. A Síndrome de Realimentação manifesta-se tipicamente com a "tríade da realimentação": hipofosfatemia (a marca registrada), hipocalemia e hipomagnesemia. O monitoramento rigoroso e a reposição desses eletrólitos durante o aumento da oferta calórica são vitais para prevenir arritmias cardíacas, insuficiência respiratória, falência cardíaca e óbito.

Questão 29

ANÁLISE DO CASO

O trauma abdominal na gestante, mesmo quando classificado como leve e sem sinais imediatos de sangramento, exige atenção especial devido ao risco de descolamento prematuro da placenta (DPP), que é a principal causa de morte fetal em traumas não penetrantes. É fundamental lembrar que a ultrassonografia possui baixa sensibilidade (cerca de 25% a 50%) para diagnosticar o DPP agudo, servindo mais para confirmar a vitalidade fetal e o volume de líquido amniótico do que para excluir o descolamento.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Gestantes com idade gestacional acima da viabilidade fetal (geralmente a partir de 20 a 24 semanas) que sofrem trauma abdominal devem permanecer em observação hospitalar e monitorização fetal (cardiotocografia e vigilância de dinâmica uterina). O período de observação recomendado varia de 4 a 24 horas, pois o descolamento placentário ou o trabalho de parto prematuro decorrente do trauma podem se manifestar de forma tardia. Como a paciente está com 32 semanas e apresenta dor abdominal, a observação é a conduta mais segura.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A administração de imunoglobulina anti-Rh(D) é indicada apenas para pacientes com tipo sanguíneo Rh negativo (D negativo) para prevenir a aloimunização em caso de hemorragia fetomaterna. A questão informa que a paciente é A positivo; portanto, não há indicação para esse medicamento.

Alternativa (b): A alta imediata é perigosa. Como mencionado, o descolamento de placenta pode ser oculto e a ultrassonografia normal no momento da admissão não

exclui complicações que podem evoluir nas horas seguintes ao acidente.

Alternativa (d): A cesariana de urgência só estaria indicada em situações de sofrimento fetal agudo, instabilidade hemodinâmica materna não responsiva às medidas de suporte ou diagnóstico óbvio de DPP com comprometimento clínico. A paciente e o feto estão estáveis no momento.

Alternativa (e): Embora a paciente esteja em uma idade gestacional em que se usa corticoide (32 semanas), o uso dessa medicação é indicado quando há um risco real de parto prematuro nas próximas 48 horas a 7 dias. Não há, no quadro descrito, sinais de trabalho de parto ou indicação de interrupção da gestação que justifiquem a medicação de imediato.

Questão 30

A abordagem inicial de qualquer paciente politraumatizado, independentemente da idade, deve seguir rigorosamente a sistematização do ATLS (Advanced Trauma Life Support), fundamentada no mnemônico ABCDE. No caso de uma idosa de 82 anos com fraturas de costelas e pelve, o risco de complicações agudas é muito elevado.

Alternativa a: Incorreta. A administração de antibióticos pode ser indicada em casos específicos, como fraturas expostas, mas nunca é considerada uma prioridade no manejo inicial do trauma. O foco primário deve ser a manutenção da vida e a estabilização das funções vitais.

Alternativa b: Incorreta. Esta alternativa é tecnicamente perigosa. Uma paciente idosa, vítima de atropelamento com múltiplas fraturas, apresenta alto risco de instabilidade hemodinâmica, hemorragias ocultas e complicações respiratórias. Ela necessita de internação e monitorização intensiva, nunca observação domiciliar.

Alternativa c: Incorreta. Embora a estabilização de fraturas (especialmente a de pelve) faça parte do manejo, a realização de tomografia de corpo inteiro (pan-TC) só deve ocorrer após a avaliação primária completa e estabilização hemodinâmica da paciente. O transporte para a radiologia antes de garantir o "ABC" pode ser fatal.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa reflete os princípios do ATLS. Em uma paciente com fraturas de costelas, a Ventilação (B) pode estar seriamente comprometida (risco de pneumotórax ou dor que impede a expansão torácica). A fratura de pelve é uma emergência no item Circulação (C), devido ao potencial de sangramento retroperitoneal massivo. O controle da dor é essencial, especialmente no idoso, para reduzir o estresse fisiológico e permitir uma melhor mecânica respiratória, prevenindo complicações como pneumonia.

Alternativa e: Incorreta. As avaliações de especialistas como ortopedistas e cirurgiões torácicos fazem parte da avaliação secundária ou do tratamento definitivo. O médico emergencista deve realizar a estabilização inicial e garantir que a paciente sobreviva às primeiras horas antes de transferir a responsabilidade ou solicitar pareceres especializados.

Questão 31

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão descreve um paciente com Câncer de Pulmão de Pequenas Células (CPPC) que apresenta sintomas neurológicos (confusão mental) e gastrointestinais (náuseas e vômitos), associados a uma hiponatremia grave (Sódio = 120 mEq/L). O câncer de pulmão de pequenas células é amplamente conhecido na literatura médica por ser o tumor mais frequentemente associado a síndromes paraneoplásicas endócrinas.

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

A Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIADH) é uma complicação clássica do carcinoma de pequenas células do pulmão, ocorrendo em cerca de 7% a 16% dos pacientes. Nessa síndrome, o tumor secreta ADH de forma autônoma, o que leva à reabsorção excessiva de água livre nos túbulos coletores renais. O resultado é uma hiponatremia dilucional. Os sintomas de náuseas, vômitos e confusão mental são típicos da queda dos níveis de sódio, que causa edema cerebral. Embora a SIADH seja classicamente descrita como uma hiponatremia euvolêmica (sem edema clínico evidente), em provas de residência, a associação "Câncer de Pulmão + Hiponatremia" é o gatilho direto para o diagnóstico de SIADH.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Insuficiência renal aguda: Embora a falência renal possa causar edema e distúrbios hidroeletrólíticos, a hiponatremia isolada tão acentuada (120 mEq/L) com foco em um paciente com câncer de pulmão direciona especificamente para uma síndrome paraneoplásica, e não para uma falência renal primária, que apresentaria elevação de escórias nitrogenadas (ureia e creatinina).

b) Síndrome de lise tumoral: Esta síndrome ocorre geralmente após o início do tratamento quimioterápico em tumores de alta rotatividade celular. Caracteriza-se por hipercalemia (potássio alto), hiperfosfatemia, hiperuricemia e hipocalcemia, e não primariamente por hiponatremia.

c) Metástase cerebral: Metástases podem causar confusão mental e outros sintomas neurológicos por efeito de massa ou edema perilesional, mas não justificam o achado laboratorial de sódio sérico em 120 mEq/L.

d) Hipercalcemia maligna: É uma síndrome paraneoplásica comum (especialmente no carcinoma de células escamosas do pulmão), que também causa confusão mental, náuseas e vômitos. No entanto, o exame laboratorial fornecido mostra uma alteração no sódio (hiponatremia) e não no cálcio.

CONCLUSÃO

O quadro clínico de sintomas neurológicos e gastrointestinais em um paciente com câncer de pulmão de pequenas células, acompanhado de hiponatremia severa, é a descrição clássica da SIADH, tornando a alternativa (e) a correta.

Questão 32

DIAGNÓSTICO E CONTEXTO:

O quadro clínico descrito — dor lombar intensa, déficit motor (perda de força), déficit sensorial (diminuição da sensibilidade) e disfunção autonômica (dificuldade para urinar) em um paciente com histórico de neoplasia (linfoma) — define a Síndrome de Compressão Medular. Esta é uma das emergências oncológicas mais graves, pois a compressão mecânica e a isquemia da medula espinal podem levar à paraplegia irreversível em poucas horas ou dias se não houver intervenção rápida.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) Incorreta. A compressão medular é uma emergência que exige ação imediata. O monitoramento clínico e a observação são condutas passivas que permitem a progressão do dano neurológico, resultando em sequelas permanentes.

Alternativa (b) Incorreta. Embora o linfoma seja um tumor frequentemente quimiossensível, a quimioterapia não é o tratamento de escolha para a descompressão aguda na fase de urgência. O tempo de resposta da quimioterapia é superior ao tempo de tolerância da medula à compressão. A descompressão deve ser mecânica (cirurgia) ou por radiação.

Alternativa (c) Correta. A radioterapia imediata (geralmente associada a altas doses de corticosteroides, como a dexametasona) é o tratamento padrão para a compressão medular em tumores radiosensíveis, como os linfomas e mielomas. O objetivo é reduzir rapidamente o volume da massa tumoral que está comprimindo o espaço epidural, aliviando a pressão sobre a medula e preservando a função motora

e esfínteriana. Em alguns casos selecionados, a cirurgia de descompressão também pode ser indicada antes da radioterapia.

Alternativa (d) Incorreta. Diuréticos não tratam o edema medular de origem tumoral. O edema vasogênico associado à compressão neoplásica deve ser manejado com corticosteroides, que estabilizam a barreira hematomedular e reduzem o processo inflamatório local.

Alternativa (e) Incorreta. O quadro clínico é puramente compressivo e neurológico. Não há sinais sugestivos de infecção (como febre, leucocitose ou sinais inflamatórios locais) que justifiquem o uso de antibióticos como conduta prioritária para a perda de força e sensibilidade relatadas.

Questão 33

O quadro clínico apresentado é um exemplo clássico de obstrução intestinal mecânica do intestino delgado. O paciente manifesta a téttrade típica dessa síndrome: dor abdominal, distensão, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. A presença de vômitos fecaloides indica que a obstrução é prolongada ou está localizada em segmentos mais distais do delgado. O exame físico com ruídos hidroaéreos metálicos sinaliza o esforço do intestino para vencer a barreira mecânica, e a radiografia com níveis hidroaéreos confirma o diagnóstico.

A seguir, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A intussuscepção intestinal (invaginação de um segmento do intestino dentro de outro) é uma causa frequente de obstrução em crianças, mas rara em adultos. Quando ocorre em idosos, geralmente está associada a uma lesão polipoide ou neoplásica que serve como "cabeça de invaginação". Além disso, diante do histórico de múltiplas cirurgias, essa não é a hipótese principal.

Alternativa b) Correta. As bridas ou aderências firmes são a principal causa de obstrução mecânica do intestino delgado em todo o mundo, respondendo por cerca de 60% a 70% dos casos, especialmente em pacientes com antecedentes de cirurgias abdominais. Na ausência de sinais de sofrimento de alça (estrangulamento), como febre, leucocitose, acidose metabólica ou sinais de irritação peritoneal ao exame físico, a conduta inicial deve ser conservadora. O tratamento baseia-se em jejum, hidratação venosa e descompressão gastrointestinal com sonda nasogástrica, o que permite a resolução espontânea em grande parte dos pacientes.

Alternativa c) Incorreta. O íleo paralítico é uma disfunção motora (funcional) e não mecânica. Nele, os ruídos hidroaéreos estão ausentes ou muito reduzidos, ao

contrário dos ruídos metálicos (de luta) descritos no caso. Radiologicamente, o íleo paralítico apresenta distensão tanto de alças delgadas quanto do cólon, sem um ponto de obstrução nítido.

Alternativa d) Incorreta. Embora a neoplasia colorretal seja uma causa importante de obstrução em pacientes idosos, ela geralmente causa obstrução do intestino grosso (cólon). O histórico de múltiplas cirurgias prévias torna as bridas muito mais prováveis. Além disso, a quimioterapia nunca é a conduta imediata para um quadro de abdome agudo obstrutivo, que exige estabilização clínica e resolução da barreira mecânica.

Alternativa e) Incorreta. A diverticulite aguda costuma se apresentar com dor localizada, geralmente em fossa ilíaca esquerda, associada a febre e alterações do hábito intestinal. Embora processos inflamatórios possam causar obstrução reflexa ou por compressão, não é a principal suspeita neste cenário. A cirurgia de Hartmann é uma técnica para tratamento de diverticulite perfurada com peritonite, não sendo a conduta inicial para uma obstrução intestinal por bridas.

Questão 34

A questão descreve um paciente de 58 anos com diagnóstico de adenocarcinoma colorretal estágio III (T3N1M0), o que caracteriza uma doença com comprometimento linfonodal e alto risco de recorrência. Após a ressecção cirúrgica e a confecção de uma colostomia em alça (geralmente protetora ou descompressiva), o manejo oncológico dita os próximos passos.

Para entender a resposta correta, devemos analisar o contexto clínico e oncológico:

Alternativa A: Incorreta. O ultrassom anorretal é uma ferramenta importante para o estadiamento local inicial do câncer de reto (avaliação de T e N), mas não é o exame definidor para a reversão de uma colostomia após a cirurgia definitiva e o tratamento adjuvante.

Alternativa B: Incorreta. O prazo de 4 semanas é extremamente precoce em um contexto oncológico. A prioridade pós-operatória em um paciente T3N1M0 é o início da quimioterapia adjuvante, que geralmente deve começar entre 4 e 8 semanas após a cirurgia. Realizar uma nova cirurgia (fechamento do estoma) nesse intervalo atrasaria o tratamento sistêmico essencial.

Alternativa C: Incorreta. Embora a integridade da anastomose seja um pré-requisito para fechar qualquer estoma, o prazo de 2 semanas é insuficiente para a recuperação metabólica e imunológica do paciente para um novo procedimento,

além de ignorar a necessidade do tratamento complementar (quimioterapia).

Alternativa D: Incorreta. O enema opaco (ou a colonoscopia/proctossigmoidoscopia) é frequentemente utilizado para verificar a perviedade e a ausência de fístulas na anastomose antes do fechamento do estoma. Contudo, isoladamente, ele não autoriza a reversão se o tratamento oncológico sistêmico ainda não tiver sido concluído ou se a doença estiver em progressão.

Alternativa E: Correta. Pacientes com estágio III (N positivo) possuem indicação formal de quimioterapia adjuvante para reduzir o risco de metástases à distância e recidiva local. A prática clínica padrão recomenda que a colostomia em alça seja mantida durante todo o período da quimioterapia (que dura cerca de 6 meses). O fechamento do estoma só deve ocorrer após o término desse tratamento e a realização de um reestadiamento completo (exames de imagem, como tomografias, e marcadores tumorais, como o CEA) para garantir que não houve recidiva precoce ou metástases que mudariam a conduta cirúrgica. Além disso, a quimioterapia pode prejudicar a cicatrização, tornando o fechamento do estoma mais seguro após o seu término.

Questão 35

Análise do contexto clínico:

O paciente em questão foi submetido a uma ressecção colorretal com confecção de colostomia em alça devido a um adenocarcinoma T3N1M0 (Estádio III). O manejo adequado do estoma é fundamental para evitar complicações como a dermatite periestomal, que é a principal causa de dor e dificuldade de adesão das bolsas coletoras. A orientação deve focar na manutenção da integridade da pele ao redor do estoma.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O acompanhamento por um profissional especializado em estomaterapia é altamente recomendado. Esse profissional auxilia na escolha do melhor dispositivo, ensina técnicas de autocuidado, ajuda na demarcação do estoma no pré-operatório e previne complicações que poderiam levar a reinternações ou procedimentos adicionais.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão de cuidado. A pele periestomal deve ser mantida limpa e íntegra para permitir a aderência da placa da bolsa coletora. O uso de sabão neutro e água é suficiente. Deve-se evitar o uso de substâncias como álcool, éter ou produtos perfumados, que podem ressecar a pele, causar irritação química ou impedir a colagem adequada do dispositivo.

Alternativa c) Incorreta. A recomendação técnica é que a bolsa seja esvaziada quando atingir cerca de um terço a metade de sua capacidade. Esperar que a bolsa fique completamente cheia aumenta o peso sobre a placa adesiva, favorecendo descolamentos prematuros, vazamentos de fezes para a pele e possíveis acidentes por ruptura.

Alternativa d) Incorreta. Produtos como cremes, loções ou pomadas comuns não devem ser aplicados na pele ao redor do estoma. A maioria desses produtos contém óleos em sua composição, o que impede que a barreira protetora da bolsa colete grude na pele, resultando em vazamentos constantes de efluente fecal e subsequente maceração da pele.

Alternativa e) Incorreta. O isolamento do estoma ou o excesso de coberturas desnecessárias dificulta a higienização e a vigilância. O paciente deve ser treinado para manipular o estoma de forma correta e higiênica, desenvolvendo autonomia para o autocuidado. A área fica naturalmente "protegida" pelo uso do sistema de bolsa, mas a inspeção visual frequente da mucosa (que deve estar avermelhada e úmida) e da pele adjacente é necessária para identificar precocemente sinais de isquemia, retração ou infecção.

Questão 36

O quadro clínico descrito apresenta uma gestante no terceiro trimestre com hipertensão arterial (160 x 110 mmHg), dor intensa em hipocôndrio direito com irradiação para o ombro (sinal de Kehr, indicativo de irritação diafragmática), icterícia, anemia (Hb 8 g/dL) e plaquetopenia (80.000/mm³). A presença de líquido livre no abdômen (hemoperitônio) em uma paciente com sinais de síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixas plaquetas) aponta para uma complicação grave e rara: a ruptura de um hematoma subcapsular hepático.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A trombose da veia porta pode causar dor abdominal e hipertensão portal a longo prazo, mas não justifica a hipertensão arterial aguda de 160 x 110 mmHg, a plaquetopenia sistêmica ou o hemoperitônio súbito neste contexto gestacional. Além disso, não há relação direta entre a história de pré-eclâmpsia da paciente e uma trombose de veia porta.

Alternativa B (Correta): A síndrome HELLP é uma forma grave de pré-eclâmpsia. Uma de suas complicações mais temíveis é a formação de um hematoma subcapsular hepático. Quando esse hematoma se rompe, ocorre hemoperitônio, dor súbita no

quadrante superior direito que pode irradiar para o ombro devido à irritação do nervo frênico, queda da hemoglobina e instabilidade hemodinâmica. A tríade de hipertensão, dor no hipocôndrio direito e evidência de sangramento intraperitoneal na gestante é clássica para esse diagnóstico.

Alternativa C (Incorreta): O descolamento prematuro de placenta (DPP) manifesta-se tipicamente com dor abdominal súbita de localização uterina, hipertonia uterina e, frequentemente, sangramento vaginal escuro. Embora o DPP possa levar ao choque e distúrbios de coagulação, ele não explicaria a dor específica no quadrante superior direito com irradiação para o ombro, nem a icterícia ou o líquido livre compatível com hemoperitônio de origem hepática.

Alternativa D (Incorreta): A apendicite aguda na gestante pode ter apresentação atípica devido ao deslocamento do apêndice pelo útero gravídico, podendo causar dor no flanco ou hipocôndrio direito. No entanto, ela se manifesta com sinais inflamatórios (febre, leucocitose) e não causa hipertensão arterial grave, plaquetopenia ou hemoperitônio maciço, a menos que houvesse uma perfuração com peritonite purulenta, o que não condiz com a queda abrupta de hemoglobina.

Alternativa E (Incorreta): A hepatite viral pode causar icterícia, náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito. Contudo, não é uma causa comum de hemoperitônio espontâneo nem de hipertensão arterial sistêmica grave. A associação com a história prévia de pré-eclâmpsia e a plaquetopenia atual direciona o diagnóstico para uma patologia obstétrica hipertensiva e não infecciosa.

Questão 37

Para compreendermos a questão, devemos analisar o quadro clínico e os exames complementares de forma integrada. A paciente apresenta uma síndrome colestática clássica, caracterizada por icterícia de padrão obstrutivo (elevação de bilirrubina direta e colúria) e dor em hipocôndrio direito. O histórico de dor após ingestão de alimentos gordurosos sugere fortemente uma patologia biliar prévia (coletíase).

A ultrassonografia é a chave para o raciocínio: ela revela dilatação tanto das vias biliares intra-hepáticas quanto da via biliar comum (extra-hepática). Esse achado indica que a obstrução está localizada na porção distal do colédoco. O fato de o ultrassom não identificar o fator obstrutivo é comum, pois o gás intestinal frequentemente impede a visualização da porção distal do colédoco pelo método. No entanto, a presença de cálculos na vesícula corrobora a hipótese de migração de um cálculo para a via biliar principal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A pancreatite aguda geralmente se manifesta com dor abdominal intensa, muitas vezes em barra, irradiando para as costas. Laboratorialmente, espera-se uma elevação significativa das enzimas pancreáticas (amilase e lipase), geralmente acima de três vezes o valor de referência. Na questão, a amilase está normal (80 UI).

b) Incorreta. A colecistite aguda é a inflamação da vesícula biliar. O quadro clínico típico inclui dor persistente em hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo, febre e leucocitose, que não estão presentes neste caso. Além disso, a colecistite isolada não costuma causar dilatação de vias biliares intra-hepáticas ou níveis tão elevados de bilirrubina direta, a menos que haja síndrome de Mirizzi associada.

c) Incorreta. A colangite aguda é uma infecção das vias biliares, geralmente secundária a uma obstrução. Ela é caracterizada pela Tríade de Charcot: icterícia, dor abdominal e febre com calafrios. A paciente está afebril e possui leucograma normal ($8.500/\text{mm}^3$ sem desvio), o que torna o diagnóstico de colangite improvável no momento.

d) Incorreta. Tumores periampulares (como o de cabeça de pâncreas ou de ampola de Vater) podem causar icterícia obstrutiva progressiva e dilatação de vias biliares. Contudo, em uma paciente de 28 anos com histórico de cólica biliar e presença de cálculos na vesícula, a causa calculosa é estatisticamente muito mais provável. Além disso, tumores costumam apresentar icterícia indolor e emagrecimento.

e) Correta. A coledocolitíase é a presença de cálculo no colédoco. O quadro clínico de dor biliar seguida de icterícia, associado a exames laboratoriais que mostram colestase (bilirrubina direta de 8,5 mg/dL) e ultrassonografia revelando dilatação de toda a árvore biliar e colelitíase, é a apresentação clássica desta patologia. A ausência de febre e de leucocitose confirma que se trata de uma obstrução simples, sem processo infeccioso (colangite) ou inflamatório pancreático associado.

Questão 38

A análise das imagens de tomografia computadorizada e o quadro clínico da paciente permitem concluir o seguinte:

Diagnóstico por imagem: Nas imagens de tomografia, observa-se um espessamento das paredes do cólon sigmoide associado a uma coleção líquida com presença de gás, localizada na região pélvica, distante do foco inflamatório primário pericólico. A presença de um abscesso pélvico caracteriza a classificação de Hinchey II.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A classificação de Hinchey I refere-se a um abscesso pericólico ou flegmão pequeno e localizado. As imagens mostram uma coleção pélvica volumosa e mais distante, o que define Hinchey II.

b) Incorreta. A diverticulite é considerada complicada pela presença do abscesso pélvico e pelos níveis elevadíssimos de PCR (303 mg/L) e leucocitose significativa. O tratamento ambulatorial é reservado para diverticulites não complicadas (Hinchey 0) em pacientes sem comorbidades graves.

c) Incorreta. Embora seja uma diverticulite complicada, a paciente está hemodinamicamente estável, não apresenta sepse nem falências orgânicas. Nesses casos, a conduta inicial deve ser conservadora (antibioticoterapia e drenagem percutânea do abscesso) para evitar uma cirurgia de urgência (Hartmann), permitindo uma posterior ressecção eletiva com maior segurança e chance de anastomose primária.

d) Incorreta. O diagnóstico diferencial com neoplasia de cólon é importante, porém a colonoscopia é absolutamente contraindicada na fase aguda da diverticulite devido ao alto risco de perfuração intestinal. O rastreio colonoscópico deve ser realizado de 4 a 6 semanas após a resolução do quadro agudo.

e) Correta. O quadro clínico e as imagens de tomografia (coleção pélvica) são compatíveis com diverticulite Hinchey II. Em pacientes estáveis com abscessos pélvicos maiores que 3-4 cm, a conduta padrão-ouro é a drenagem percutânea guiada por imagem (ultrassonografia ou tomografia) associada à antibioticoterapia endovenosa e observação clínica rigorosa. Isso permite o controle do foco infeccioso sem a necessidade imediata de uma laparotomia.

Questão 39

A conduta diante de um nódulo tireoidiano baseia-se na avaliação do risco de malignidade, unindo dados do exame físico e, principalmente, características ultrassonográficas. No caso em questão, a paciente apresenta um nódulo de 2,4 cm com dois critérios de alta suspeição: hipocogenicidade e presença de microcalcificações. Segundo as diretrizes da American Thyroid Association (ATA) e o sistema ACR TI-RADS, nódulos com essas características e tamanho superior a 1 cm devem obrigatoriamente ser submetidos à investigação citológica.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o termo biópsia seja frequentemente usado de forma genérica, na tireoidologia o procedimento inicial padrão é a Punção Aspirativa

por Agulha Fina (PAAF). A PAAF coleta células para estudo citológico, enquanto a biópsia implica a retirada de um fragmento de tecido para estudo histológico. No contexto de provas de residência, o termo PAAF é preferido por ser tecnicamente mais preciso para a tireoide.

Alternativa (b) Incorreta: A tireoidectomia total é um tratamento invasivo e definitivo. Não se deve encaminhar uma paciente diretamente para cirurgia sem um diagnóstico prévio. A indicação cirúrgica depende do resultado da PAAF, classificado pelo sistema de Bethesda.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta padrão. O nódulo é considerado de alta suspeição devido às microcalcificações e à hipoecogenicidade. Como o tamanho (2,4 cm) supera o limite de 1 cm estabelecido pelos consensos internacionais para nódulos suspeitos, a Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) é o próximo passo necessário para definir se a lesão é maligna ou benigna.

Alternativa (d) Incorreta: Um nódulo de 2,4 cm não é considerado pequeno e, independentemente do tamanho, a presença de microcalcificações é um sinal de alerta que exige investigação imediata, não permitindo apenas a observação.

Alternativa (e) Incorreta: As características descritas (hipoecogenicidade e microcalcificações) são clássicas de malignidade, sugerindo fortemente um Carcinoma Papilífero de Tireoide. O aspecto não é benigno. A cirurgia por sintomas compressivos é reservada para bóciolos volumosos ou nódulos benignos que causam desconforto mecânico, o que não se aplica à prioridade diagnóstica deste caso.

Questão 40

A paciente apresenta um quadro de pancreatite aguda recorrente, com um escore de gravidade APACHE II de 5, o que indica uma gravidade moderada/baixa. O ponto crucial da questão é o tempo de evolução (um mês após o primeiro episódio) e o fato de a paciente estar apresentando melhora clínica com o tratamento conservador atual.

Análise das alternativas:

a) Correta. A nutrição enteral é a via preferencial na pancreatite aguda quando o paciente não tolera a via oral. Ela ajuda a manter a integridade da barreira intestinal, reduzindo a translocação bacteriana e, conseqüentemente, o risco de infecção de necroses pancreáticas. Como a paciente está apresentando melhora clínica, a conduta deve ser expectante (observação), garantindo o aporte nutricional de forma segura.

b) Incorreta. A nutrição parenteral total (NPT) deve ser reservada apenas para casos em que a via enteral é impossível, contraindicada ou insuficiente para atingir as metas nutricionais. A NPT está associada a maiores taxas de complicações infecciosas, como sepse de cateter, e maior mortalidade em comparação à via enteral na pancreatite.

c) Incorreta. O desbridamento cirúrgico (necrosectomia) é uma intervenção invasiva indicada para necrose pancreática infectada que não responde ao tratamento clínico ou à drenagem minimamente invasiva. Como a paciente está melhorando clinicamente e o APACHE II é baixo, essa conduta seria excessivamente agressiva e precoce.

d) Incorreta. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) tem indicação precisa na pancreatite biliar apenas se houver colangite associada ou obstrução biliar persistente (icterícia progressiva). A colecistectomia é necessária para prevenir novos episódios por ser de etiologia biliar, mas o momento ideal é após a resolução do processo inflamatório agudo. No momento da pancreatite aguda recorrente com sintomas atuais, a prioridade é a estabilização e nutrição.

e) Incorreta. A cistogastrostomia ou cistojejunoanastomose são procedimentos utilizados para a drenagem de pseudocistos pancreáticos ou necroses organizadas (WON). Esses procedimentos exigem que a parede da coleção esteja madura (geralmente após 4 a 6 semanas do início do quadro) e são indicados apenas se a coleção for sintomática, infectada ou causar compressão de órgãos vizinhos. Diante da melhora clínica, a conduta inicial deve ser conservadora.

Associação com a imagem e caso clínico: Em quadros de pancreatite com cerca de 4 semanas de evolução, a tomografia geralmente revela coleções líquidas ou necroses delimitadas. O fato de a questão destacar a melhora clínica com tratamento clínico (mesmo com o uso de antibióticos, que sugere suspeita de infecção da coleção) reforça que não há necessidade de intervenção cirúrgica ou endoscópica imediata, priorizando-se a manutenção do estado nutricional por via enteral.

Questão 41

Para resolver essa questão, o aluno deve ter em mente as diretrizes de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). O ponto central aqui é a avaliação da vitalidade do recém-nascido (RN) imediatamente após o nascimento para decidir sobre o tempo de clampeamento do cordão umbilical.

O RN em questão é de termo (39 semanas), porém apresenta-se hipotônico e sem

movimentos respiratórios. Segundo o protocolo vigente, RNs com idade gestacional igual ou superior a 34 semanas que não iniciam a respiração ou não possuem bom tônus muscular (RNs não vigorosos) devem ter o clampeamento imediato do cordão umbilical. O objetivo é levar o bebê rapidamente para a mesa de reanimação e iniciar os passos iniciais e, se necessário, a ventilação por pressão positiva (VPP) dentro do primeiro minuto de vida (o chamado Minuto de Ouro).

Alternativa a: Incorreta. Aguardar 60 segundos (clampeamento tardio) é indicado apenas para RNs de termo vigorosos. Em bebês deprimidos, o benefício do maior aporte de hemoglobina não supera o risco do atraso nas manobras de reanimação, que são vitais para a sobrevivência e prevenção de sequelas.

Alternativa b: Incorreta. A ordenha do cordão (milking) não é a conduta padrão recomendada para recém-nascidos de termo não vigorosos. O protocolo prioriza o clampeamento imediato e o início das manobras de estabilização em fonte de calor radiante.

Alternativa c: Incorreta. Assim como na alternativa a, o clampeamento após 60 segundos é contraindicado para RNs que nascem em apneia ou hipotonia, pois retarda o início da ventilação, que é a medida mais importante na reanimação neonatal. Além disso, a estimulação tátil é um dos passos iniciais da reanimação e não deve ser omitida se o clampeamento for imediato.

Alternativa d: Incorreta. A ordenha do cordão em RNs de termo não tem evidência robusta para substituir o clampeamento imediato em casos de depressão neonatal. A prioridade absoluta é garantir a ventilação pulmonar o mais rápido possível.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa descreve exatamente a conduta para um RN de termo não vigoroso. O clampeamento deve ser imediato para não retardar a assistência. O estímulo tátil delicado no dorso (realizado no máximo duas vezes) é uma tentativa rápida de desencadear o drive respiratório. Se o RN não responder imediatamente, ele deve ser levado à mesa de reanimação para os passos formais de estabilização.

Em resumo, a regra de ouro para RN com 34 semanas ou mais é:

- RN vigoroso: Clampeamento tardio (1 a 3 minutos).
- RN não vigoroso: Clampeamento imediato.

Questão 42

A questão aborda a conduta médica inicial diante de um acidente por mordedura de animal silvestre (macaco) em uma criança de 12 anos com esquema vacinal atualizado conforme o Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Análise do Tétano:

Uma criança de 12 anos que seguiu o calendário do PNI recebeu doses de vacina contra o tétano (contidas na Penta e DTP) aos 2, 4, 6 meses, 15 meses e o último reforço aos 4 anos de idade. Em ferimentos considerados tetanogênicos, como mordeduras, a recomendação de profilaxia depende do tempo decorrido desde a última dose. Se a última dose foi há mais de 5 anos, é necessário um reforço vacinal. Como o intervalo entre os 4 anos (última dose) e os 12 anos (idade atual) é de 8 anos, a vacina antitetânica está indicada. O soro antitetânico (ou imunoglobulina) só seria indicado se o esquema vacinal estivesse incompleto, fosse desconhecido ou se a última dose tivesse ocorrido há mais de 10 anos em ferimento grave.

Análise da Raiva:

Macacos são classificados como animais silvestres (primatas não humanos). Segundo as normas do Ministério da Saúde, qualquer acidente com animal silvestre é considerado grave por definição. A conduta indicada é a profilaxia antirrábica. O protocolo completo para esses casos envolve a aplicação de vacina e soro antirrábico. Embora a alternativa C mencione apenas a vacina, ela é a única que contempla a necessidade de imunização contra a raiva, que é o risco biológico mais letal nesse cenário.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a antibioticoterapia possa ser considerada em mordeduras de face para prevenir infecções por bactérias da flora oral do animal, a alternativa ignora a profilaxia antirrábica, que é a medida de maior prioridade dada a gravidade da doença.

Alternativa b) Incorreta. O soro antitetânico é contraindicado para este paciente, pois ele já possui o esquema básico completo. O uso de aciclovir (para prevenção do Herpesvírus B, comum em alguns primatas) não é a prioridade inicial em protocolos de saúde pública comparado à raiva.

Alternativa c) Correta. Identifica a necessidade do reforço da vacina antitetânica (pelo intervalo de 8 anos desde a última dose) e a necessidade de profilaxia antirrábica devido ao contato com animal silvestre.

Alternativa d) Incorreta. Erra ao indicar o soro antitetânico para um paciente com

histórico vacinal adequado e omite a profilaxia antirrábica.

Alternativa e) Incorreta. Comete o mesmo erro de ignorar a profilaxia contra a raiva, focando em um tratamento antiviral (aciclovir) que não é a conduta primária estabelecida pelo PNI para este caso.

Gabarito: Letra (c).

Questão 43

Esta questão aborda as recomendações nutricionais de macronutrientes na infância, especificamente para a faixa etária pré-escolar (4 anos). A base para essa distribuição são as DRIs (*Dietary Reference Intakes*), amplamente utilizadas na pediatria brasileira e recomendadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Para crianças acima de 1 ano, a distribuição calórica aceitável (AMDR — *Acceptable Macronutrient Distribution Ranges*) deve seguir, aproximadamente, as seguintes proporções: carboidratos (45% a 65%), proteínas (5% a 20% para crianças de 1 a 3 anos e 10% a 30% para crianças de 4 a 18 anos) e gorduras (30% a 40% para 1 a 3 anos e 25% a 35% para 4 a 18 anos).

Análise das alternativas:

a) CORRETA: 40% de gordura, 10% de proteína e 50% de carboidratos. Esta alternativa é a que melhor se aproxima das recomendações para a transição entre a primeira infância e a idade escolar. Embora o limite superior de gordura para crianças de 4 anos seja tecnicamente 35% em algumas referências mais rígidas, na prática clínica e em provas de residência, o valor de 30% a 40% é frequentemente aceito para garantir o aporte energético e de ácidos graxos essenciais necessários ao desenvolvimento neurológico e físico. Os carboidratos em 50% e as proteínas em 10% estão perfeitamente dentro das faixas recomendadas.

b) INCORRETA: 20% de gordura, 30% de proteína e 50% de carboidratos. A oferta de gordura está muito baixa (abaixo do mínimo de 25% a 30%), o que pode comprometer a absorção de vitaminas lipossolúveis e o aporte calórico. Já a proteína em 30% está no limite superior extremo, sendo considerada uma dieta excessivamente proteica para uma criança saudável.

c) INCORRETA: 20% de gordura, 20% de proteína e 60% de carboidratos. Assim como na alternativa anterior, o teor de gordura (20%) é insuficiente para essa faixa etária. Uma dieta hipolipídica na infância pode prejudicar o crescimento e o desenvolvimento do sistema nervoso central.

d) INCORRETA: 30% de gordura, 30% de proteína e 40% de carboidratos. Embora a gordura esteja adequada, a proteína está excessiva (30%) e o carboidrato está abaixo do mínimo recomendado (45%), o que descaracteriza uma alimentação equilibrada para o desenvolvimento infantil.

e) INCORRETA: 60% de gordura, 20% de proteína e 20% de carboidratos. Esta distribuição assemelha-se a uma dieta cetogênica, utilizada apenas em casos terapêuticos específicos (como epilepsia refratária). Para uma criança saudável, é totalmente inadequada por ser excessivamente gordurosa e pobre em carboidratos, as principais fontes de energia para o cérebro e atividades físicas.

Questão 44

A análise da questão exige conhecimento sobre a epidemiologia, o esquema vacinal e o manejo clínico da coqueluche, uma doença causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. O gráfico apresentado demonstra a correlação inversa entre a cobertura vacinal e a incidência da doença: nos períodos em que a cobertura vacinal cai ou oscila, observam-se picos de incidência, como o aumento expressivo relatado em 2024.

Alternativa A: Incorreta. A vacinação da gestante com a vacina dTpa (difteria, tétano e *pertussis* acelular) tem como objetivo principal a transferência transplacentária de anticorpos IgG da mãe para o feto. Isso garante ao recém-nascido uma proteção passiva nos primeiros meses de vida, período de maior vulnerabilidade e mortalidade, antes que ele complete seu próprio esquema vacinal primário.

Alternativa B: Correta. A vacina tríplice bacteriana (DTP) utiliza componentes da bactéria (células inteiras na DTP ou fragmentos proteicos na dTpa). Ela é indicada para crianças menores de 7 anos. Um conceito fundamental em infectologia é que nem a infecção natural pela coqueluche, nem a vacinação, conferem imunidade permanente. A proteção decai ao longo do tempo (*waning immunity*); por isso, mesmo crianças que já tiveram a doença devem seguir o esquema de vacinação para reforçar a imunidade residual.

Alternativa C: Incorreta. O tratamento de escolha para a coqueluche é feito com macrolídeos (azitromicina, claritromicina ou eritromicina). As cefalosporinas de primeira geração não possuem eficácia contra a *Bordetella pertussis*. O tratamento instituído na fase paroxística reduz a transmissibilidade da doença, mas geralmente não altera a evolução dos sintomas clínicos, que já estão estabelecidos pelo dano tóxico ao epitélio respiratório.

Alternativa D: Incorreta. O período de monitoramento para contatos próximos de um caso confirmado de coqueluche é de 21 dias para todos, independentemente do status vacinal. Esse é o período máximo de incubação da doença. Não há diferenciação de tempo de vigilância baseada no histórico vacinal do contato para fins de vigilância epidemiológica.

Alternativa E: Incorreta. Segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI), a proteção contra coqueluche é feita com a vacina pentavalente aos 2, 4 e 6 meses de vida. Os reforços são realizados com a vacina DTP aos 15 meses e aos 4 anos de idade. O reforço a cada 10 anos citado na alternativa refere-se à vacina dT (dupla adulta — difteria e tétano), que não contém o componente da coqueluche na rotina de adultos (exceto para gestantes e profissionais de saúde selecionados, que recebem a dTpa).

Questão 45

Esta questão exige o conhecimento sobre a cronologia e os marcos da puberdade feminina normal.

Para resolver este caso, devemos lembrar que a puberdade em meninas é considerada normal quando o broto mamário (telarca) surge entre os 8 e 13 anos de idade. A sequência habitual de eventos é: telarca (estágio M2 de Tanner), seguida de pubarca (pelos pubianos) e o pico de velocidade de crescimento (estirão). A menarca (primeira menstruação) é um evento tardio, ocorrendo geralmente cerca de 2 a 2,5 anos após o início da telarca.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O limite inferior da normalidade para o início da puberdade é de 8 anos, e não 9. O intervalo para a menarca é maior que 1 ano e, sendo um processo fisiológico normal, não cabe escolha da família para uso de medicamentos bloqueadores.

Alternativa B: Incorreta. O surgimento de pelos pubianos aos 10 anos e meio (6 meses após a telarca) é a progressão esperada dentro da fisiologia normal. Não há sinais de progressão rápida e não há indicação de tratamento para retardar o processo, já que a idade de início está correta.

Alternativa C: Incorreta. Embora a previsão da idade da menarca esteja razoável, a definição do intervalo de normalidade para o início da puberdade feminina é de 8 a 13 anos. A alternativa E apresenta dados técnicos mais precisos sobre o intervalo entre os marcos puberais.

Alternativa D: Incorreta. O aparecimento de pelos pubianos não indica que a menstruação ocorrerá em 6 meses. A menarca geralmente ocorre quando a menina já atingiu o estágio M4 de Tanner, o que leva mais tempo. Não há indicação de medicação para uma criança de 10 anos em puberdade normal.

Alternativa E: Correta. A telarca aos 10 anos é absolutamente normal (o marco é antes dos 8 anos para ser considerada precoce). A estatura no percentil 75, estando acima do alvo genético (percentil 50), reflete o estirão puberal, que é esperado nesta fase. O intervalo médio entre o início do desenvolvimento mamário e a menarca é de 18 a 24 meses. A conduta é apenas observação e orientação familiar.

Questão 46

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador sensível que reflete as condições de vida, saúde e desenvolvimento socioeconômico de uma população. Ela é calculada dividindo-se o número de óbitos em crianças menores de um ano pelo número de nascidos vivos no mesmo período e local, multiplicando-se o resultado por mil. Nas últimas décadas, o Brasil apresentou uma redução consistente desse índice, embora em ritmo mais lento nos últimos anos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de 23 óbitos por mil nascidos vivos refere-se ao perfil epidemiológico do Brasil do início dos anos 2000 (aproximadamente entre 2003 e 2004). O país já superou essa fase de transição há bastante tempo.

Alternativa b) Incorreta. O índice de 7,5 é considerado muito baixo e não condiz com a média nacional brasileira. Esse valor é mais próximo do observado em países muito desenvolvidos ou em cidades brasileiras específicas com altíssimo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O Japão, citado no enunciado, possui taxas ainda menores (abaixo de 3).

Alternativa c) Correta. Segundo os dados mais recentes do Ministério da Saúde (DATASUS) e do IBGE, a mortalidade infantil no Brasil tem se mantido estabilizada na faixa entre 12 e 13 óbitos por mil nascidos vivos. Portanto, o valor de 12,5 é a estimativa mais precisa e atualizada solicitada pela questão.

Alternativa d) Incorreta. A taxa de 17 óbitos por mil nascidos vivos foi registrada no Brasil por volta de 2010. Desde então, as políticas de atenção básica e melhorias no saneamento permitiram uma redução adicional desse número.

Alternativa e) Incorreta. O valor de 20,5 representa a realidade brasileira da metade da década de 2000 (por volta de 2006). Atualmente, os indicadores nacionais estão significativamente abaixo desse patamar.

Questão 47

Essa questão aborda um dos temas mais frequentes em provas de ética médica e medicina preventiva: o sigilo médico no atendimento ao adolescente. O ponto central para a resolução é avaliar a capacidade de discernimento da paciente e a inexistência de risco iminente à vida ou a terceiros.

De acordo com o Código de Ética Médica (Artigo 74) e as diretrizes do Conselho Federal de Medicina (Parecer CFM nº 15/2017), o médico é proibido de revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, desde que este tenha capacidade de discernimento (compreensão sobre seu estado e as consequências de suas decisões).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Exigir um interlocutor maior de 18 anos fere o direito da adolescente ao atendimento direto e individualizado. Se a paciente possui capacidade de entendimento, ela tem o direito de ser atendida sozinha e de ter suas decisões respeitadas.

b) Incorreta. A quebra de sigilo sem o conhecimento da paciente e sem um motivo de "justa causa" (como risco de morte, abuso sexual ou crime) configura infração ética grave. O fato de a adolescente ter vida sexual ativa não é, por si só, motivo para quebra de sigilo.

c) Incorreta. Não cabe ao médico estabelecer ultimatos para que a paciente revele fatos aos pais, a menos que a situação envolva riscos graves que a paciente não consiga gerenciar. No caso de contracepção, o sigilo deve ser mantido para garantir a adesão ao método e a confiança na relação médico-paciente.

d) Incorreta. O médico não sofre penalidades por garantir o sigilo profissional; pelo contrário, ele é protegido por lei para mantê-lo. A alegação de "evitar penalidades" em caso de gravidez não planejada não tem sustentação jurídica ou ética, pois a gravidez não é um evento que justifique a quebra de sigilo compulsória.

e) Correta. Como a questão afirma explicitamente que a paciente apresenta "plena capacidade de entendimento e de decisão", o médico deve respeitar sua autonomia. A conduta correta é fornecer todas as orientações sobre métodos contraceptivos e

prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), garantindo o direito à privacidade e mantendo o sigilo, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Código de Ética Médica.

Em resumo, se o adolescente tem discernimento e não há risco de vida ou violência envolvida, o sigilo é um direito do paciente e um dever do médico. Tudo deve ser minuciosamente anotado no prontuário para respaldo do profissional.

Questão 48

ANÁLISE DA QUESTÃO

A Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), hoje tecnicamente chamada de Vasculite por IgA, é a vasculite de pequenos vasos mais comum na infância. O caso clínico apresenta a tétrade clássica: púrpura palpável (em nádegas e membros inferiores), artralgia, dor abdominal e antecedente de infecção de vias aéreas superiores. O fato de o hemograma e o coagulograma estarem normais afasta causas hematológicas (como trombocitopenia) e reforça o diagnóstico de vasculite.

Alternativa A (Incorreta): Na faixa etária pediátrica, a Púrpura de Henoch-Schönlein é quase sempre uma condição benigna e pós-infecciosa. A associação de vasculites com neoplasias (síndromes paraneoplásicas) é extremamente rara em crianças, sendo uma preocupação voltada para pacientes adultos ou idosos com quadros atípicos.

Alternativa B (Incorreta): A doença não se limita à pele e articulações. O acometimento do trato gastrointestinal ocorre em cerca de 50% a 75% dos casos, manifestando-se como dor abdominal, vômitos e, em casos graves, intussuscepção intestinal. Além disso, o comprometimento renal (hematúria e proteinúria) ocorre em até 50% dos pacientes e é o principal determinante do prognóstico a longo prazo. Embora seja autolimitada na maioria das vezes, o tempo de resolução e o acompanhamento renal podem se estender por meses.

Alternativa C (Incorreta): A apresentação é totalmente típica para a idade. A PHS tem seu pico de incidência entre os 3 e 10 anos de idade. Cerca de 90% dos casos ocorrem em crianças menores de 10 anos, sendo bem menos frequentes em adolescentes acima de 13 anos.

Alternativa D (Correta): Esta alternativa descreve a fisiopatologia central da doença. A condição é caracterizada pelo depósito de imunocomplexos que contêm, predominantemente, a imunoglobulina A do subtipo IgA1. Esses complexos se fixam nas paredes dos pequenos vasos (capilares, vênulas e arteríolas), ativando o sistema

complemento e gerando uma inflamação vascular (vasculite leucocitoclástica), que resulta nas lesões purpúricas e nos sintomas sistêmicos.

Alternativa E (Incorreta): O principal gatilho da PHS são as infecções de vias aéreas superiores (em cerca de 75% dos casos), frequentemente causadas pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A ou vírus respiratórios. No caso descrito, a infecção de amígdala ocorrida 17 dias antes é o fator desencadeante provável. A amoxicilina foi apenas o tratamento para a infecção prévia e não a causa da púrpura.

Questão 49

A classificação de risco para transmissão vertical do HIV no recém-nascido é fundamental para definir a conduta. No caso apresentado, a gestante iniciou a terapia antirretroviral (TARV) tardiamente (segunda metade da gestação) e apresenta carga viral (CV) detectável (150 cópias) no momento do parto. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, recém-nascidos de mães que não tiveram supressão viral adequada (idealmente indetectável) ou que iniciaram o tratamento tardiamente são considerados de ALTO RISCO para transmissão vertical.

Alternativa A: Incorreta. Em gestantes vivendo com HIV, o clampeamento do cordão umbilical deve ser imediato. O clampeamento tardio é contraindicado nesses casos para evitar a passagem adicional de sangue materno contaminado para o recém-nascido. Embora o banho e a profilaxia com 3 drogas estejam corretos para o contexto de alto risco, o erro reside na orientação do clampeamento.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o protocolo para recém-nascidos de alto risco. O clampeamento imediato é obrigatório no HIV. O banho em água corrente deve ser realizado logo após o nascimento para remover sangue e secreções maternas da pele do bebê. A carga viral (NAT) deve ser coletada o mais cedo possível, preferencialmente antes do início da profilaxia, que deve ser composta por 3 drogas (Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina ou Raltegravir, dependendo da idade gestacional) devido ao risco elevado causado pelo início tardio do tratamento materno e CV detectável.

Alternativa C: Incorreta. O caso não é de baixo risco. Para ser baixo risco, a mãe deveria estar em uso regular de TARV com carga viral indetectável por pelo menos as últimas 4 semanas de gestação. Como a carga viral é de 150 cópias e o tratamento começou tarde, o risco é alto, exigindo 3 drogas e não apenas uma (AZT). Além disso, o banho é recomendado, e não apenas a limpeza com compressas.

Alternativa D: Incorreta. Comete dois erros principais: indica o clampeamento tardio (proibido no HIV) e classifica o recém-nascido como baixo risco, o que levaria a uma

proteção insuficiente (monoterapia com AZT).

Alternativa E: Incorreta. Embora a profilaxia com 3 drogas esteja correta para o alto risco, o clampeamento deve ser imediato, e o banho em água corrente é a recomendação oficial para a limpeza inicial do RN exposto ao HIV, visando à remoção mecânica do vírus.

Resumo dos critérios de Alto Risco para o RN:

1. Mãe sem uso de TARV durante o pré-natal.
2. Mãe que iniciou a TARV tardiamente (terceiro trimestre).
3. Carga viral materna desconhecida ou maior/igual a 1.000 cópias no terceiro trimestre (muitas bancas e diretrizes consideram qualquer viremia detectável no final da gestação em contexto de má adesão ou início tardio como alto risco).
4. Relato de má adesão à terapia.

Questão 50

A questão aborda o manejo do recém-nascido exposto ao HIV e a lógica por trás da quimioprofilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima (SMZ-TMP).

De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, todo recém-nascido exposto ao HIV deve iniciar a profilaxia com SMZ-TMP a partir de 4 semanas (ou 30 dias) de vida. Esse prazo é respeitado para evitar o risco de *kernicterus* (icterícia nuclear), uma vez que as sulfonamidas podem deslocar a bilirrubina da albumina em neonatos muito jovens. A profilaxia é mantida até que a infecção pelo HIV seja descartada ou até que a criança complete um ano de idade, caso a infecção seja confirmada.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O SMZ-TMP não é utilizado para a profilaxia ou tratamento de *Entamoeba histolytica*. A amebíase é tratada tipicamente com nitroimidazólicos (como metronidazol) e não faz parte das preocupações centrais de infecções oportunistas em lactentes expostos ao HIV no primeiro ano de vida.

Alternativa B: Incorreta. Embora o SMZ-TMP possa ser usado como profilaxia em crianças com infecções urinárias de repetição ou refluxo vesicoureteral, esse não é o motivo da sua indicação universal para filhos de mães que vivem com HIV. O foco aqui é a imunossupressão causada pelo vírus.

Alternativa C: Incorreta. O *Staphylococcus aureus* é uma causa comum de infecções de pele e osteomielite, mas não se faz profilaxia medicamentosa prolongada para esse agente em lactentes expostos ao HIV. O SMZ-TMP tem ação

contra o *S. aureus*, mas seu alvo principal nessa estratégia é outro.

Alternativa D: Correta. A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (antigamente chamado de *P. carinii*) é a infecção oportunista mais comum e grave em lactentes infectados pelo HIV que não recebem profilaxia. Ela apresenta um pico de incidência entre os 3 e 6 meses de vida e possui alta taxa de mortalidade se não prevenida ou tratada rapidamente. Por isso, a introdução do SMZ-TMP às 4 semanas de vida é uma medida crucial de saúde pública para proteger essas crianças enquanto seu status sorológico definitivo é investigado.

Alternativa E: Incorreta. A *Chlamydia trachomatis* pode causar pneumonia intersticial e conjuntivite em recém-nascidos por transmissão vertical no parto vaginal. No entanto, o tratamento e a prevenção não envolvem o uso crônico de SMZ-TMP a partir da 4ª semana; o manejo é feito com macrolídeos (como eritromicina ou azitromicina) quando a infecção é diagnosticada ou suspeitada.

Questão 51

COMENTÁRIO DA QUESTÃO:

A Larva migrans cutânea, popularmente conhecida como bicho geográfico, é causada pela penetração na pele de larvas de helmintos cujos hospedeiros definitivos são cães e gatos, sendo os mais comuns o *Ancylostoma braziliense* e o *Ancylostoma caninum*. O ser humano atua como um hospedeiro acidental e intermediário. Como essas larvas não possuem as enzimas necessárias para atravessar a membrana basal da pele humana e atingir a circulação sanguínea, elas permanecem restritas à epiderme, migrando de forma errática e criando túneis serpiginosos e pruriginosos.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A Larva migrans cutânea é uma afecção exclusivamente dermatológica no ser humano. Não há indicação de realizar hemograma ou ultrassonografia de abdome, pois o parasita não atinge a corrente sanguínea nem órgãos internos como o fígado. A confusão comum ocorre com a Larva migrans visceral (Toxocaríase), que é uma doença diferente.

Alternativa b: Incorreta. Ao contrário dos vermes que causam a ancilostomíase humana, as larvas da Larva migrans cutânea não conseguem chegar ao intestino humano para completar seu ciclo biológico. Elas morrem espontaneamente na pele após algumas semanas ou meses se não tratadas.

Alternativa c: Correta. O processo é estritamente cutâneo devido à incapacidade da

larva de penetrar tecidos mais profundos no homem. O tratamento com medicamentos orais, como o Albendazol (400 mg/dia por 3 a 5 dias) ou a Ivermectina (dose única), é o padrão-ouro, apresentando alta eficácia e baixíssimo índice de complicações.

Alternativa d: Incorreta. O ciclo pulmonar (conhecido como Ciclo de Loeffler) ocorre com parasitas que conseguem atingir a circulação sistêmica e os capilares pulmonares, como o *Ascaris lumbricoides*, o *Strongyloides stercoralis* e os ancilostomídeos humanos. As larvas da Larva migrans cutânea não realizam esse trajeto no corpo humano.

Alternativa e: Incorreta. Não existe base científica para afirmar que o tamanho da lesão (10 cm) determine o tempo exato de evolução (10 dias), nem que a cronicidade da lesão cutânea leve ao acometimento de órgãos internos. A limitação ao tecido cutâneo é biológica, dependente da espécie do parasita e do hospedeiro humano, independentemente do tempo de evolução.

Questão 52

A Doença Hemorrágica do Recém-Nascido (DHRN), atualmente denominada Sangramento por Deficiência de Vitamina K (SDVK), ocorre devido aos baixos níveis de fatores de coagulação dependentes de vitamina K (II, VII, IX e X) ao nascimento. Isso se deve à baixa transferência placentária da vitamina, ao fato de o intestino do recém-nascido ser inicialmente estéril (ausência de síntese bacteriana) e à baixa concentração de vitamina K no leite materno. A doença é classificada em três formas de acordo com o tempo de início dos sintomas: precoce, clássica e tardia.

Alternativa A (CORRETA): A forma clássica ocorre entre o 2º e o 7º dia de vida. Ela é tipicamente observada em recém-nascidos saudáveis que não receberam a profilaxia com vitamina K ao nascer e que estão em aleitamento materno exclusivo. As manifestações clínicas mais frequentes incluem sangramento gastrointestinal (melena), sangramento umbilical, cutâneo (equimoses e petéquias) ou em locais de punção.

Alternativa B (INCORRETA): A forma clássica é definida cronologicamente pelo aparecimento de sintomas entre o 2º e o 7º dia de vida (após as primeiras 24 horas). O período de 12 a 72 horas mencionado na alternativa invade a janela da forma precoce (que ocorre nas primeiras 24 horas).

Alternativa C (INCORRETA): A forma precoce ocorre nas primeiras 24 horas de vida e não está relacionada ao aleitamento materno, mas sim ao uso materno de medicamentos que interferem no metabolismo da vitamina K durante a gestação,

como anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina), anticoagulantes (varfarina) ou tuberculostáticos (rifampicina e isoniazida). O baixo aporte por aleitamento materno é fator de risco para as formas clássica e tardia.

Alternativa D (INCORRETA): Embora a prematuridade e o jejum prolongado aumentem o risco de deficiência de vitamina K, a forma clássica é historicamente descrita e mais comum em recém-nascidos a termo e previamente saudáveis que não receberam a dose profilática da vitamina ao nascimento.

Alternativa E (INCORRETA): A forma tardia ocorre entre a 2ª e a 12ª semana de vida (podendo chegar até o 6º mês). Ela é significativamente mais comum em bebês alimentados com leite materno exclusivo, pois o leite humano é pobre em vitamina K. As fórmulas lácteas infantis são enriquecidas com vitamina K em concentrações muito superiores às do leite materno, o que torna a doença rara em crianças que utilizam fórmula. A forma tardia é grave e apresenta alta incidência de hemorragia intracraniana.

Questão 53

O quadro clínico descrito é clássico do exantema súbito, também conhecido como roséola infantum, causado principalmente pelo herpes-vírus humano tipo 6 (HHV-6).

Alternativa (a) Incorreta. O eritema infeccioso, causado pelo parvovírus B19, atinge tipicamente crianças em idade escolar e não lactentes tão jovens. Sua evolução clínica característica apresenta a fase da face esbofetada seguida por um exantema rendilhado no tronco e nos membros. No eritema infeccioso, o exantema surge quando a criança já está afebril, mas não há esse histórico de febre alta persistente por três dias que desaparece subitamente antes das manchas.

Alternativa (b) Correta. Esta é a descrição típica da roséola. A doença afeta predominantemente lactentes (6 a 15 meses). O sinal patognomônico é a febre alta (muitas vezes acima de 39-40 graus) que dura cerca de três dias e desaparece "em crise" (subitamente). Logo após a queda da febre, surge o exantema maculopapular rosado, que começa no tronco e pode se espalhar para o pescoço e membros. Um dado fundamental da questão é que a criança mantém o bom estado geral e boa aceitação alimentar, o que é muito característico dessa patologia.

Alternativa (c) Incorreta. No sarampo, o paciente apresenta um estado geral muito comprometido (aspecto toxêmico), com febre alta que persiste e até piora durante a fase exantemática. O quadro é obrigatoriamente acompanhado de sintomas catarrais intensos, como tosse, coriza e conjuntivite com fotofobia, além das manchas de Koplik na mucosa oral, o que difere totalmente do lactente ativo e bem disposto

descrito.

Alternativa (d) Incorreta. A rubéola costuma apresentar sintomas muito mais leves. A febre é baixa ou ausente e o exantema tem progressão cefalocaudal rápida (surge na face e desce para o corpo). Além disso, a presença de linfonodomegalias retroauriculares, occipitais e cervicais posteriores é um achado clínico marcante que não foi mencionado.

Alternativa (e) Incorreta. A varicela (catapora) manifesta-se com um exantema polimórfico, caracterizado por diferentes estágios de evolução das lesões ao mesmo tempo: máculas, pápulas, vesículas e crostas. O exantema é intensamente pruriginoso e a febre geralmente acompanha o surgimento das lesões cutâneas, não desaparecendo antes delas.

Questão 54

O quadro clínico descrito — paciente jovem com perda de peso, poliúria, polidipsia, vômitos, dor abdominal, respiração de Kussmaul (rápida e profunda), hálito cetônico e exames revelando hiperglicemia e acidose — é diagnóstico de cetoacidose diabética (CAD). Esta é uma complicação aguda grave, frequentemente a manifestação inicial do Diabetes Mellitus tipo 1 em crianças.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na CAD, ocorre uma deficiência severa de insulina. Como a insulina é o hormônio responsável por promover a entrada de glicose nas células musculares e adiposas (via transportadores GLUT4), sua ausência leva a uma redução da utilização periférica de glicose, e não ao aumento.

Alternativa b) Incorreta. A resistência periférica à insulina com hiperglicemia moderada e sem cetonemia é a marca fisiopatológica do Diabetes Mellitus tipo 2 e da síndrome metabólica. O caso clínico descreve uma deficiência insulínica profunda, resultando em acidose grave (pH 7,1) e produção de corpos cetônicos.

Alternativa c) Incorreta. Embora a glicogenólise hepática (quebra do glicogênio em glicose) esteja aumentada devido à ação de hormônios contrarreguladores, ela é um processo limitado pelos estoques de glicogênio do fígado, que se esgotam rapidamente. O principal motor da hiperglicemia sustentada e da acidose na CAD envolve outros mecanismos, como a gliconeogênese e a cetogênese.

Alternativa d) Incorreta. É verdade que existe um aumento de hormônios contrarreguladores (glucagon, cortisol, catecolaminas e hormônio do crescimento)

em resposta ao estresse metabólico. No entanto, esses hormônios só causam o quadro de CAD porque há uma deficiência primária ou absoluta de insulina. A hipersecreção desses hormônios é um fator agravante, mas não a causa-base isolada da fisiopatologia proposta nas alternativas como explicação principal para a cetose.

Alternativa e) Correta. A hipoinsulinemia é o evento central da cetoacidose diabética. A falta de insulina impede a inibição da enzima lipase hormônio-sensível no tecido adiposo. Sem esse freio, ocorre uma lipólise descontrolada, que libera grandes quantidades de ácidos graxos livres na circulação. No fígado, esses ácidos graxos são oxidados e convertidos em corpos cetônicos (cetogênese). O acúmulo desses corpos cetônicos (que são ácidos) no sangue é o que gera a acidose metabólica e os sintomas clássicos da condição.

Questão 55

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve um lactente de 6 semanas (idade clássica de apresentação) com vômitos persistentes e a presença de uma massa palpável no epigástrio, conhecida classicamente como oliva pilórica. Esses achados, somados aos sinais de desidratação decorrentes da perda de conteúdo gástrico, direcionam o diagnóstico para a Estenose Hipertrófica do Píloro (EHP).

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A má-rotação intestinal, quando se manifesta com obstrução (geralmente por volvo de intestino médio), costuma apresentar vômitos biliosos, uma vez que a obstrução ocorre abaixo da ampola de Vater. Além disso, não costuma apresentar a massa epigástrica característica da oliva pilórica.

b) Correta. A Estenose Hipertrófica do Píloro é a principal causa de obstrução gástrica em lactentes entre a 3ª e a 6ª semana de vida. Ocorre hipertrofia da musculatura circular do píloro, impedindo o esvaziamento gástrico. O sinal patognomônico é a oliva pilórica (massa palpável no epigástrio). Os vômitos não são biliosos e geralmente ocorrem em jato, levando rapidamente à desidratação e a distúrbios metabólicos, como a alcalose metabólica hipoclorêmica.

c) Incorreta. O refluxo gastroesofágico fisiológico do lactente é comum nessa idade, mas manifesta-se por regurgitações sem esforço, sem levar à desidratação grave ou a vômitos persistentes em todas as mamadas em um curto intervalo de tempo. Também não apresenta massa palpável ao exame físico.

d) Incorreta. A intussuscepção intestinal é a causa mais comum de obstrução intestinal em lactentes mais velhos, geralmente entre os 6 e 24 meses de idade. Clinicamente, manifesta-se com dor abdominal em cólica intermitente, fezes em geleia de framboesa e uma massa em formato de salsicha, geralmente palpável no hipocôndrio direito ou flanco, e não no epigástrico.

e) Incorreta. A gastroenterite aguda é caracterizada principalmente por diarreia, podendo ou não ser acompanhada de vômitos e febre. O quadro de vômitos isolados associado a uma massa abdominal palpável não é compatível com um quadro infeccioso intestinal comum.

Questão 56

A questão descreve uma criança de nove anos com quadro clínico de palidez progressiva, fadiga e dor torácica de instalação subaguda (três semanas), associado a achados de pancitopenia (anemia, leucopenia e trombocitopenia) e hepatoesplenomegalia ao exame físico. O sopro sistólico mencionado é provavelmente um sopro funcional (fisiológico), decorrente da anemia grave que gera um estado hiperdinâmico.

Alternativa a) Incorreta. A mononucleose infecciosa é uma síndrome viral que tipicamente causa febre, faringite, linfonodomegalia e esplenomegalia. Embora possa haver alterações no hemograma, como a linfocitose atípica, a pancitopenia progressiva e grave com comprometimento do estado geral não é a apresentação esperada para essa infecção.

Alternativa b) Incorreta. A anemia aplástica é caracterizada por uma falência da medula óssea que resulta em pancitopenia. No entanto, um dado clínico fundamental para a diferenciação é que a anemia aplástica tipicamente não cursa com hepatoesplenomegalia ou linfonodomegalia. A presença de órgãos aumentados (visceromegalias) sugere que a medula está sendo ocupada por células neoplásicas ou que existe um processo de depósito ou infiltração.

Alternativa c) Correta. A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) é o câncer mais comum na infância, com pico de incidência entre dois e cinco anos, mas afetando crianças de todas as idades escolares. A apresentação clínica clássica decorre da substituição das células normais da medula óssea por blastos (células imaturas), o que leva à falência medular: anemia (palidez e fadiga), leucopenia e trombocitopenia. A infiltração de órgãos pelo processo maligno justifica a hepatoesplenomegalia. A dor torácica pode ocorrer por expansão da medula óssea nos ossos (dor óssea) ou pela presença de uma massa mediastinal, comum em subtipos específicos de LLA.

Alternativa d) Incorreta. A doença de Gaucher é uma doença metabólica de depósito lisossômico. Ela pode causar aumento do fígado, do baço e redução das contagens celulares no sangue devido ao hiperesplenismo e à infiltração medular. Contudo, é uma patologia de caráter crônico e progressão lenta, o que não condiz com a evolução de apenas três semanas descrita no caso.

Alternativa e) Incorreta. O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune multissistêmica que pode, sim, cursar com pancitopenia e visceromegalias. Entretanto, na faixa etária pediátrica, diante de uma pancitopenia associada a visceromegalias de início agudo/subagudo, a primeira hipótese a ser obrigatoriamente investigada é a leucemia aguda, por ser mais prevalente e necessitar de intervenção imediata. Além disso, a ausência de outras queixas comuns do lúpus (como artrite ou lesões cutâneas) torna a LLA o diagnóstico mais provável.

Questão 57

O diagnóstico da doença de Kawasaki baseia-se em critérios clínicos bem estabelecidos. O paciente apresenta febre persistente (neste caso, por 7 dias, cumprindo o critério de pelo menos 5 dias) associada a quatro dos cinco critérios principais: 1. Conjuntivite bilateral não purulenta; 2. Alterações em extremidades (edema de mãos e pés); 3. Alterações em lábios e cavidade oral (lábios secos); 4. Exantema polimorfo; 5. Linfadenopatia cervical (geralmente unilateral e maior que 1,5 cm). O quadro clínico descrito é clássico, e a principal preocupação nessa patologia é o risco de formação de aneurismas de artérias coronárias.

Análise das alternativas:

a) Doença de Kawasaki: Esta é a alternativa correta. O paciente preenche os critérios diagnósticos clássicos descritos acima. A febre alta e prolongada é o marco inicial, e os sintomas de acompanhamento confirmam a vasculite de médios vasos.

b) Febre Reumática: Incorreta. A febre reumática costuma se manifestar após uma faringoamigdalite estreptocócica. Seus critérios maiores (critérios de Jones) incluem cardite, poliartrite migratória, coreia de Sydenham, eritema marginado e nódulos subcutâneos. Não há associação típica com conjuntivite ou edema de extremidades.

c) Escarlatina: Incorreta. Embora apresente febre, faringite e exantema (micropapular, aspecto de lixa), a escarlatina não cursa com conjuntivite. Além disso, apresenta sinais específicos como as linhas de Pastia e o sinal de Filatov, que não foram descritos.

d) Eritema infeccioso: Incorreta. Causado pelo parvovírus B19, apresenta-se geralmente com o sinal da face esbofetada, seguido por um exantema rendilhado no tronco e membros. A febre costuma ser baixa ou ausente no momento do exantema, e não há o envolvimento multissistêmico grave visto no Kawasaki.

e) Mononucleose infecciosa: Incorreta. Caracteriza-se por febre, faringite exsudativa, linfadenopatia generalizada (comum em cadeia cervical posterior) e esplenomegalia. O exantema na mononucleose geralmente ocorre após o uso inadvertido de amoxicilina ou ampicilina. A conjuntivite e o edema de mãos e pés não são achados característicos.

Questão 58

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um menino de 2 anos com um quadro clássico de crise febril. Para chegarmos ao diagnóstico de crise febril simples, observamos os seguintes critérios presentes no enunciado: idade entre 6 meses e 5 anos, presença de febre (38,5 °C), crise do tipo tônico-clônica generalizada e exame físico normal após o evento (ausência de sinais de infecção do sistema nervoso central ou déficits neurológicos).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: O diagnóstico de convulsão afebril primária é descartado pela presença clara de febre (38,5 °C) relatada há dois dias. Crises afebris ocorrem sem o estímulo da temperatura elevada e exigem investigação para epilepsia ou distúrbios metabólicos, o que não é o caso aqui.

b) INCORRETA: A meningite bacteriana é um diagnóstico diferencial importante, mas improvável neste cenário. Na meningite, o paciente geralmente apresenta sinais de irritação meníngea (como rigidez de nuca), abaulamento de fontanela (em lactentes menores), prostração intensa ou alteração persistente do nível de consciência. O fato de o exame físico estar normal após a crise afasta essa hipótese.

c) INCORRETA: A epilepsia mioclônica juvenil (EMJ) é uma síndrome epiléptica que se manifesta habitualmente na adolescência, entre os 12 e 18 anos. Caracteriza-se por abalos mioclônicos, principalmente ao despertar, e não por crises tônico-clônicas desencadeadas por febre em crianças pequenas.

d) CORRETA: A crise febril simples é a causa mais comum de convulsões na infância. Os critérios incluem: idade entre 6 meses e 5 anos, crise de curta duração (menos de 15 minutos), natureza generalizada (tônico-clônica, como no caso), ocorrência única

em 24 horas e ausência de infecção intracraniana. O paciente preenche todos esses requisitos.

e) INCORRETA: A encefalite viral envolve a inflamação do parênquima cerebral. O quadro clínico costuma ser grave, com alterações persistentes do estado mental, confusão, irritabilidade extrema ou déficits neurológicos focais. O exame físico normal após o período pós-ictal imediato torna esse diagnóstico muito improvável.

GABARITO: Letra (d).

Questão 59

A questão apresenta um quadro clínico clássico de uma paciente com baixa estatura, ausência de desenvolvimento puberal (caracteres sexuais secundários) aos 13 anos e estigmas físicos específicos, como o pescoço alado e pregas palpebrais antimongoloides. O dado definitivo para o diagnóstico é o cariótipo revelando 45,X.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O atraso constitucional do crescimento e desenvolvimento é uma variante da normalidade. Nessa condição, a criança tem uma velocidade de crescimento normal, mas uma idade óssea atrasada, atingindo a puberdade mais tarde que a média. No entanto, o cariótipo é normal (46,XX no sexo feminino) e não há presença de malformações ou estigmas como o pescoço alado.

Alternativa B: Incorreta. A Síndrome de Klinefelter afeta indivíduos do sexo biológico masculino que possuem um cromossomo X extra, geralmente com cariótipo 47,XXY. Clinicamente, esses pacientes apresentam alta estatura, ginecomastia e testículos pequenos, o que não corresponde ao fenótipo feminino descrito.

Alternativa C: Correta. A Síndrome de Turner é causada pela monossomia completa ou parcial do cromossomo X, sendo o cariótipo 45,X a forma mais comum. A ausência do segundo cromossomo X leva à disgenesia gonadal (geralmente ovários em fita), resultando em falha na puberdade e amenorreia primária. A baixa estatura e o pescoço alado (*pterygium colli*) são achados fenotípicos marcantes desta síndrome.

Alternativa D: Incorreta. O hipogonadismo hipogonadotrófico deve-se a uma falha na produção ou liberação de GnRH pelo hipotálamo ou de gonadotrofinas pela hipófise. Na Síndrome de Turner, o hipogonadismo é classificado como hipergonadotrófico, pois as gônadas são disgenéticas e não respondem ao estímulo hormonal, levando a níveis elevados de FSH e LH por falta de feedback negativo. Além disso, a causa central isolada não explicaria as alterações no cariótipo e os estigmas físicos.

Alternativa E: Incorreta. A Síndrome de Noonan é frequentemente confundida com a Síndrome de Turner por compartilhar características como baixa estatura e pescoço alado. Contudo, a Síndrome de Noonan pode afetar ambos os sexos e é causada por mutações genéticas autossômicas dominantes, mantendo um cariótipo normal (46,XX ou 46,XY). O achado laboratorial de 45,X é exclusivo da Síndrome de Turner.

Questão 60

Para a correta identificação da meningite bacteriana através do exame do líquido cefalorraquidiano (líquor), é necessário compreender as alterações bioquímicas e citológicas causadas pela invasão bacteriana no espaço subaracnoideo. O perfil clássico é o padrão purulento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A pleocitose linfocitária (predomínio de linfócitos) é característica de meningites virais, fúngicas ou por tuberculose. Na meningite bacteriana aguda, o recrutamento celular é predominantemente de polimorfonucleares, ou seja, neutrófilos.

Alternativa b) Incorreta. Embora a proteinorraquia (nível de proteína) esteja elevada na meningite bacteriana devido à quebra da barreira hematoencefálica e exsudação, a glicorraquia (nível de glicose) normal é um achado típico de meningites virais. Na meningite bacteriana, espera-se que a glicose esteja significativamente reduzida.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa apresenta a glicorraquia diminuída, o que ocorre na meningite bacteriana, mas a associa à pleocitose linfocitária. Essa combinação (linfócitos + glicose baixa) é o marcador clássico da meningite por *Mycobacterium tuberculosis* ou por fungos, não sendo o perfil mais indicativo da bacteriana comum.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve o padrão-ouro do líquido cefalorraquidiano na meningite bacteriana: pleocitose neutrofílica e hipoglicorraquia. O predomínio de neutrófilos ocorre pela resposta imune aguda às bactérias, e a queda da glicose (hipoglicorraquia) deve-se ao consumo do açúcar pelas bactérias e pelas células de defesa, além de alterações no transporte de glicose para o espaço liquórico.

Portanto, os achados mais indicativos de meningite bacteriana são o aumento de células com predomínio de neutrófilos e a redução dos níveis de glicose.

Questão 61

O quadro clínico descrito é clássico de uma gravidez ectópica rota ou complicada. Os principais pontos que levam a esse diagnóstico são: mulher em idade fértil, dor abdominal aguda intensa, sinal de irritação peritoneal (descompressão brusca positiva), sangramento vaginal, beta-hCG positivo e a presença de um DIU de cobre (que aumenta o risco proporcional de gravidez ectópica). O ultrassom confirma a suspeita ao mostrar o útero vazio (apenas com eco endometrial de 12 mm), uma massa anexial de 5 cm e líquido livre na pelve, sugerindo hemoperitônio.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A histeroscopia é utilizada para visualização e procedimentos dentro da cavidade uterina. Como a gravidez é ectópica (está no anexo, fora do útero), a remoção do DIU ou a abordagem uterina não trataria a causa da dor e do sangramento interno.

b) Correta. O tratamento de escolha para gravidez ectópica com sinais de rotura (líquido livre e dor à descompressão) é cirúrgico. Como a paciente apresenta estabilidade hemodinâmica relativa (PA 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm e está corada), a via laparoscópica é a preferencial por ser menos invasiva e permitir uma recuperação mais rápida. A salpingectomia (retirada da trompa) é indicada pelo tamanho da massa (5 cm) e pelo comprometimento tubário provável.

c) Incorreta. O tratamento medicamentoso com metotrexato é reservado para casos de gravidez ectópica íntegra, em pacientes estáveis, com beta-hCG em níveis menores (geralmente abaixo de 5.000 mUI/ml), massa anexial pequena (geralmente menor que 3,5 cm) e ausência de atividade cardíaca embrionária. A presença de líquido livre e sinais de irritação peritoneal contraindicam essa conduta.

d) Incorreta. A aspiração manual intrauterina (AMIU) é indicada para o esvaziamento uterino em casos de abortamento incompleto ou gravidez molar. No caso clínico, o ultrassom mostra que a gravidez não está dentro do útero, portanto, a AMIU não teria efeito terapêutico.

e) Incorreta. A laparotomia exploradora (cirurgia aberta) é a conduta indicada para casos de gravidez ectópica rota com instabilidade hemodinâmica grave (choque hipovolêmico franco). Apesar de a paciente apresentar dor e líquido livre, seus sinais vitais e o estado geral (corada) ainda permitem a abordagem por laparoscopia, que é o padrão-ouro. Além disso, a simples drenagem da cavidade não resolve o problema sem a retirada do local da gestação ectópica.

Questão 62

ANÁLISE DO CASO

A paciente é uma secundigesta com história de óbito fetal tardio (37 semanas) na gestação anterior, sem causa definida citada e sem comorbidades atuais (PA normal e IMC de 28 kg/m²). O desafio aqui é determinar a conduta em uma gestação subsequente a um óbito fetal de causa indeterminada.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

O ácido fólico é uma prescrição de rotina para qualquer gestante no primeiro trimestre (ela está com 5 semanas) para prevenção de defeitos do tubo neural. Quanto ao antecedente de óbito fetal, a conduta baseia-se em vigilância rigorosa da vitalidade fetal no terceiro trimestre, geralmente iniciando-se entre 32 e 36 semanas, uma vez que o risco de recorrência de óbito fetal existe, embora seja baixo. A indução do parto com 39 semanas é recomendada por protocolos internacionais (como o ACOG) e nacionais (FEBRASGO) para evitar a ultrapassagem da idade gestacional do óbito anterior e reduzir a ansiedade materna, desde que os riscos da prematuridade tardia sejam evitados.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O uso de cálcio e aspirina é indicado para prevenção de pré-eclâmpsia em pacientes de alto risco. Embora o óbito fetal anterior possa ser um fator de risco dependendo da causa, a dose de 50 mg de aspirina é considerada subterapêutica (o padrão é 100 a 150 mg) e o parto espontâneo pode não ser a conduta mais prudente se houver necessidade de interrupção programada para segurança fetal.

Alternativa B: O uso de heparina de baixo peso molecular (HBPM) é indicado apenas em casos confirmados de trombofilias ou síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAAF). Não há diagnóstico que justifique o uso de anticoagulação nesta paciente. Além disso, monitorar a vitalidade a partir de 24 semanas é excessivamente precoce para este caso, e a interrupção com 37 semanas sem indicação clínica aumenta riscos neonatais desnecessários.

Alternativa D: A pesquisa de trombofilias após um único evento de óbito fetal não é um consenso absoluto, e o tratamento empírico com aspirina 50 mg não tem suporte em evidências para este cenário isolado. A cardiocografia semanal após 28 semanas é uma conduta que pode ser considerada, mas a alternativa C descreve melhor o manejo integral (incluindo o ácido fólico e a programação do parto).

Alternativa E: Esta conduta é reservada para casos de SAAF (combinação de heparina

e aspirina). A interrupção por cesárea eletiva com 37 semanas não tem indicação baseada apenas no antecedente de óbito fetal, priorizando-se, sempre que possível, a via vaginal.

Questão 63

O quadro descrito apresenta uma gestante de 14 semanas, assintomática, com resultado de urocultura demonstrando crescimento de *Escherichia coli* igual ou superior a 100.000 unidades formadoras de colônias por mililitro (UFC/mL). Esse achado define o diagnóstico de bacteriúria assintomática. Na gestação, o tratamento da bacteriúria assintomática é mandatório, pois a condição aumenta significativamente o risco de evolução para pielonefrite, o que pode acarretar complicações graves como parto prematuro, rotura prematura de membranas e baixo peso ao nascer.

Analise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora o antibiograma mostre sensibilidade, a trimetoprima/sulfametoxazol costuma ser evitada no primeiro trimestre pelo risco de malformações (antagonista do ácido fólico) e no terceiro trimestre pelo risco de kernicterus no recém-nascido. Além disso, esquemas terapêuticos de curta duração (3 dias) são menos recomendados na gestação em comparação aos ciclos de 5 a 7 dias, que garantem maior taxa de erradicação.

Alternativa B: Incorreta. A presença de uma única espécie bacteriana com contagem de 100.000 UFC/mL ou mais preenche o critério diagnóstico de bacteriúria. A contaminação da coleta é sugerida quando há crescimento de múltiplos microrganismos em contagens baixas.

Alternativa C: Incorreta. Na população geral, a bacteriúria assintomática muitas vezes não requer tratamento. No entanto, em gestantes, o tratamento é obrigatório devido ao alto risco de progressão para infecção urinária alta (pielonefrite).

Alternativa D: Incorreta. A antibioticoterapia profilática até o final da gestação (quimioprofilaxia) é indicada apenas em casos de infecção urinária de repetição, o que ocorre quando a gestante apresenta dois ou mais episódios de bacteriúria assintomática ou cistite, ou um episódio de pielonefrite durante a gravidez. Não é a conduta inicial para um primeiro achado.

Alternativa E: Correta. A amoxicilina-ácido clavulânico é uma excelente escolha para o tratamento de bacteriúria assintomática na gravidez. É um fármaco seguro para o feto, o antibiograma confirmou que a bactéria é sensível (S) e o tempo de 7 dias é o

preconizado para assegurar a esterilização da urina e prevenir recidivas ou progressão para pielonefrite.

Questão 64

Para resolver essa questão, devemos primeiro identificar os alvos terapêuticos para o controle do diabetes gestacional e, em seguida, analisar os dados da tabela fornecida.

1. Identificação dos alvos de controle (segundo a FEBRASGO e a Sociedade Brasileira de Diabetes):

Para o acompanhamento da gestante com diabetes, os valores de referência são:

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

2. Análise dos dados da tabela:

A paciente realizou 4 medições por dia durante 7 dias, totalizando 28 controles glicêmicos. Vamos contar quantos estão fora do alvo:

- Segunda-feira: Jejum (98), 1h Almoço (147), 1h Jantar (145) = 3 alterados.
- Terça-feira: 1h Jantar (146) = 1 alterado.
- Quarta-feira: 1h Café (141), 1h Jantar (145) = 2 alterados.
- Quinta-feira: Jejum (96) = 1 alterado.
- Sexta-feira: Nenhum alterado.
- Sábado: Jejum (97), 1h Café (150), 1h Almoço (148), 1h Jantar (142) = 4 alterados.
- Domingo: 1h Jantar (149) = 1 alterado.

Total de controles alterados: $3 + 1 + 2 + 1 + 0 + 4 + 1 = 12$ controles.

3. Cálculo da porcentagem:

Para encontrar a porcentagem, dividimos o número de alterados pelo total de testes:

$12 / 28 = 0,4285...$ ou seja, 42,8%.

4. Definição da conduta:

No diabetes gestacional, quando mais de 30% dos valores de controle estão alterados em uma semana, a terapia dietética é considerada insuficiente e deve-se iniciar o tratamento farmacológico. A insulina continua sendo a droga de escolha e o padrão-ouro na gestação. Pela idade gestacional (33 semanas) e pelo descontrole significativo, a internação para ajuste de dose da insulina (perfil glicêmico hospitalar) e avaliação da vitalidade fetal é uma conduta adequada e segura.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O cálculo de 53,6% estaria correto apenas se utilizássemos o valor de jejum menor que 92 mg/dL (que é o critério de diagnóstico, não necessariamente o de controle em todos os protocolos). Além disso, a alternativa propõe aguardar as 34 semanas para internação, o que retardaria o ajuste necessário agora.
- b) Correta. Apresenta o cálculo correto baseado nos alvos de controle (42,8%) e indica a conduta de iniciar insulina e avaliar a vitalidade fetal devido à falha no controle dietético.
- c) Incorreta. Embora o cálculo esteja correto, a conduta de apenas orientar dieta e exercícios é insuficiente, pois a paciente já ultrapassou o limite de 30% de exames alterados, indicando necessidade de intervenção farmacológica.
- d) Incorreta. O cálculo da porcentagem está errado (53,6%) e, embora o tratamento oral (como metformina) possa ser discutido em alguns cenários, a insulina ainda é a resposta mais esperada em provas de residência como primeira escolha para o tratamento farmacológico no Brasil, além da inconsistência no cálculo.
- e) Incorreta. O cálculo está errado e a conduta de apenas reforçar a dieta é inadequada para uma paciente que já apresenta descontrole glicêmico importante na 33ª semana de gestação.

Questão 65

ANÁLISE DO CASO

A paciente é uma primigesta de 35 semanas com diagnóstico prévio de hipertensão arterial (em uso de metildopa). Os exames atuais revelam uma proteinúria de 24 horas de 358 mg. Na gestação, consideram-se como proteinúria valores iguais ou superiores a 300 mg/24h. A presença de hipertensão e proteinúria surgindo após a 20ª semana de gestação define o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Para classificar a gravidade, avaliamos os sinais de alerta e exames laboratoriais:

- Pressão arterial: Controlada (120/80 a 110/70 mmHg).
- Plaquetas: 259.000/mm³ (Normal; o sinal de gravidade seria abaixo de 100.000).
- Creatinina: 0,5 mg/dL (Normal).
- DHL: 183 U/L (Normal; o sinal de gravidade/hemólise seria acima de 600).
- Transaminases (TGO/TGP): 42 e 39 U/L (Levemente acima de alguns referenciais, mas abaixo do critério de gravidade que exige o dobro do limite superior ou > 70 U/L).
- Ultrassonografia: Normal.

Conclui-se que se trata de um quadro de pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade (anteriormente chamada de pré-eclâmpsia leve).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa E (Correta): O diagnóstico é pré-eclâmpsia. Em casos sem sinais de gravidade e com feto saudável, a conduta é expectante até o termo. O objetivo é manter o controle da pressão e monitorar a estabilidade materna e fetal, programando o parto a partir de 37 semanas. O termo "3 semanas" na alternativa provavelmente refere-se ao tempo que falta para a paciente atingir 38 semanas ou é um erro de digitação para 37 semanas, sendo a opção que melhor descreve a conduta conservadora em direção ao termo.

Alternativa A (Incorreta): O termo "proteinúria gestacional" não é a nomenclatura correta quando há hipertensão associada; o diagnóstico é pré-eclâmpsia. Além disso, a dieta hipossódica (pobre em sódio) é contraindicada na gestação, pois pode reduzir o volume plasmático, que já está reduzido na fisiopatologia da pré-eclâmpsia, prejudicando a perfusão placentária.

Alternativa B (Incorreta): DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) é uma denominação antiga e genérica. Atualmente, deve-se especificar o diagnóstico como pré-eclâmpsia. Além disso, aguardar até 39 semanas em pacientes com pré-eclâmpsia não é o padrão, pois o risco de complicações maternas aumenta sem benefícios fetais claros após as 37 semanas.

Alternativa C (Incorreta): Não há critérios de gravidade no caso exposto. A pré-eclâmpsia é considerada grave quando há pressão arterial maior ou igual a 160x110 mmHg, iminência de eclâmpsia (cefaleia, alterações visuais), plaquetopenia acentuada, disfunção renal ou edema agudo de pulmão. Sem esses sinais, não se indica a interrupção imediata da gestação às 35 semanas.

Alternativa D (Incorreta): Embora o diagnóstico esteja correto, a pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade não exige obrigatoriamente a internação hospitalar prolongada se a paciente estiver estável e puder realizar o acompanhamento ambulatorial rigoroso. Assim como na alternativa B, a resolução às 39 semanas é considerada tardia para casos de pré-eclâmpsia.

Questão 66

Análise do caso clínico:

A paciente de 75 anos apresenta um Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) em estágio avançado. Por meio do sistema POP-Q, observamos que os pontos Ba (parede vaginal anterior), C (colo uterino ou cúpula), Bp (parede vaginal posterior) e D (fundo de saco de Douglas) estão todos em valores positivos (+4 e +5). Isso caracteriza um prolapso de estágio IV (panprolapso), pois os pontos estão além do hímen a uma distância maior que o comprimento vaginal total menos 2 cm.

Um ponto fundamental para a escolha da conduta é o desejo da paciente: ela possui desejo sexual ("apesar de ter vontade"), mas sente-se constrangida pela "bola na vagina". Além disso, embora negue perda urinária no momento, prolapso volumosos podem causar um efeito de acotovelamento da uretra, mascarando uma incontinência urinária de esforço (IUE oculta).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): É o tratamento reconstrutivo padrão para uma paciente com prolapso uterino e de paredes vaginais anterior e posterior que deseja manter a função sexual. A histerectomia vaginal trata o prolapso uterino (ponto C), a colporrafia anterior trata a cistocele (ponto Ba), a colporrafia posterior trata a retocele (ponto Bp) e a perineorrafia reconstrói o corpo perineal. O alerta sobre a perda de urina aos esforços após a cirurgia é essencial, pois, ao reduzir o prolapso, a uretra é "desdobrada", podendo revelar uma incontinência que estava mascarada pelo efeito obstrutivo do próprio prolapso (IUE oculta).

Alternativa B (Incorreta): O pessário vaginal é uma opção conservadora válida, especialmente para pacientes sem condições cirúrgicas. No entanto, o enunciado sugere a busca por uma solução definitiva para o desconforto que impede a vida sexual. Além disso, nem todos os pessários exigem remoção diária; alguns modelos podem permanecer por meses sob supervisão médica.

Alternativa C (Incorreta): A colpocleise (cirurgia de Le Fort ou total) é uma cirurgia obliterativa, ou seja, ela fecha o canal vaginal. É indicada para pacientes idosas que não têm mais desejo sexual ou sem condições clínicas para cirurgias longas. Como a paciente manifestou desejo de manter relações sexuais, a colpocleise é contraindicada.

Alternativa D (Incorreta): Assim como na alternativa anterior, a colpocleise impossibilita a relação sexual com penetração, independentemente da estrogenização vaginal. A estrogenização melhora a qualidade do tecido, mas não

reabre um canal cirurgicamente fechado.

Alternativa E (Incorreta): A promontossacrofixação é uma técnica excelente para prolapso de cúpula ou uterinos, geralmente realizada por via abdominal (laparoscópica ou aberta). Contudo, a questão descreve um prolapso completo (anterior, apical e posterior). A cirurgia vaginal (alternativa A) é tradicionalmente a primeira escolha em provas de residência para o tratamento de panprolapso em idosas, e a alternativa A aborda especificamente o fenômeno da incontinência oculta, que é um tema clássico em provas de uroginecologia. Além disso, o sling profilático é mais discutido no contexto da correção da incontinência oculta, e não focado primariamente no risco de retenção urinária posterior.

Questão 67

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente de 38 anos apresenta um quadro clássico de anovulação crônica, provavelmente associado à Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) ou à obesidade. Os principais indícios são a amenorreia secundária, o IMC de 34 kg/m² (obesidade grau I) e a presença de acantose nigricans (áreas escuras em dobras), que é um marcador clínico de resistência insulínica.

Nesses casos, a paciente produz estrogênio (muitas vezes de forma excessiva devido à conversão periférica de androgênios no tecido adiposo), mas não ovula. Sem ovulação, não se forma o corpo lúteo e não há produção de progesterona. O endométrio fica, portanto, sob estímulo constante de estrogênio sem a contraposição da progesterona, o que impede a descamação cíclica (menstruação).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

a) CORRETA: O enunciado descreve uma situação em que o endométrio está "preparado" pelo estrogênio (endométrio proliferativo), mas não descama por falta de progesterona. Ao administrar progesterona e depois retirá-la, simula-se a involução do corpo lúteo, provocando o sangramento por privação. Este é o chamado "Teste da Progesterona", que resulta positivo quando há níveis estrogênicos adequados e trato genital pérvio.

b) INCORRETA: A cabergolina é um agonista dopaminérgico indicado para o tratamento de hiperprolactinemia. A paciente não apresenta sintomas de prolactinoma (como galactorreia) e o quadro de acantose nigricans direciona o diagnóstico para resistência insulínica, que não é tratada com cabergolina.

c) INCORRETA: Análogos do GnRH em administração contínua causam, na verdade, um bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (hipogonadismo hipogonadotrófico induzido), sendo usados em casos como endometriose ou miomas. Eles não são utilizados para induzir ovulação de rotina neste contexto clínico.

d) INCORRETA: O clomifeno é um indutor da ovulação que atua bloqueando os receptores de estrogênio no hipotálamo. Isso faz com que o organismo entenda que os níveis de estrogênio estão baixos, levando a um AUMENTO da secreção de FSH (e não redução) para estimular o crescimento folicular.

e) INCORRETA: Embora a associação estroprogestativa (anticoncepcional combinado) possa ser usada para regularizar o ciclo e prevenir a hiperplasia endometrial, a alternativa está tecnicamente incorreta ao dizer que ela reduzirá o hiperestrogenismo, visto que o anticoncepcional fornece estrogênio exógeno. O objetivo principal seria oferecer a progesterona para contrapor o efeito estrogênico no endométrio.

Questão 68

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente com úlceras genitais agudas de caráter inflamatório. Os pontos-chave para o diagnóstico são: múltiplas úlceras, dolorosas, com bordas irregulares, fundo sujo (com exsudato) e que sangram facilmente à manipulação. Além disso, há presença de linfonodopatia inguinal dolorosa com sinais de inflamação (bubão).

Essa descrição é patognomônica do Cancro Mole (também conhecido como cancroide), causado pela bactéria *Haemophilus ducreyi*. Na abordagem sindrômica das úlceras genitais, recomendada pelo Ministério da Saúde, deve-se sempre tratar as causas mais prováveis, que são o Cancro Mole e a Sífilis (mesmo que a sífilis primária costuma ser indolor e de fundo limpo).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A biópsia de úlceras genitais não é a conduta inicial em casos com apresentação típica de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Ela é reservada para casos de lesões crônicas, que não cicatrizam após o tratamento correto ou quando há suspeita de malignidade (câncer de vulva).

b) Incorreta. A penicilina cristalina é de uso hospitalar endovenoso, indicada principalmente para neurosífilis ou sífilis congênita, não sendo o tratamento de escolha para úlceras genitais. O aciclovir é usado para herpes genital, que costuma

apresentar vesículas agrupadas e úlceras rasas de fundo limpo, diferente do fundo sujo e purulento descrito.

c) Correta. Esta é a conduta recomendada para o tratamento sindrômico de úlceras genitais com tempo de evolução menor que 4 semanas. A Azitromicina (1g, via oral, dose única) é o tratamento de escolha para o Cancro Mole (*Haemophilus ducreyi*). A Penicilina Benzatina (2,4 milhões de UI, intramuscular) é o tratamento para Sífilis (*Treponema pallidum*), que deve ser coberta em casos de úlceras genitais, dada a gravidade e prevalência da doença.

d) Incorreta. Embora as lesões sejam dolorosas (característica comum ao herpes e ao cancro mole), a descrição de fundo sujo, bordas irregulares e sangramento fácil aponta fortemente para causa bacteriana (cancro mole) e não viral (herpes). O tratamento sindrômico prioriza a cobertura de cancro mole e sífilis neste cenário.

e) Incorreta. A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para o HIV deve ser iniciada, idealmente, nas primeiras 2 horas após a exposição e, no máximo, até 72 horas (3 dias). A paciente refere que a relação sexual ocorreu há 5 dias (120 horas), portanto, o prazo para a eficácia da PEP já expirou. O foco agora deve ser o tratamento das ISTs presentes e o rastreio tardio de outras infecções.

Questão 69

A questão apresenta uma paciente de 15 anos com amenorreia primária e ausência de caracteres sexuais secundários (M1 P1). Diante desse quadro, a investigação inicial deve focar no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, utilizando as dosagens de FSH e estradiol para diferenciar as causas centrais (hipogonadismo hipogonadotrófico) das causas periféricas (hipogonadismo hipergonadotrófico).

Alternativa (a) Incorreta: Se houver deficiência hipotalâmica, o estímulo para a hipófise produzir FSH é inexistente ou reduzido. Portanto, em casos de causa hipotalâmica, tanto o FSH quanto o estradiol estarão baixos (hipogonadismo hipogonadotrófico). FSH alto com estradiol alto não é compatível com deficiência hipotalâmica.

Alternativa (b) Incorreta: O termo hipogonadismo refere-se, obrigatoriamente, a níveis baixos de esteroides sexuais (estradiol baixo). Se o estradiol estiver alto, não se caracteriza hipogonadismo. No hipogonadismo hipergonadotrófico, o FSH está elevado na tentativa de estimular gônadas que não funcionam, as quais produzem pouco ou nenhum estradiol.

Alternativa (c) Incorreta: A ooforite autoimune causa a destruição do tecido ovariano

(falência ovariana precoce). Como o ovário não produz estradiol, ocorre a perda do feedback negativo na hipófise, resultando em níveis elevados de FSH (hipogonadismo hipergonadotrófico) e não em níveis baixos.

Alternativa (d) Correta: A Síndrome de Turner é uma disgenesia gonadal (geralmente cariótipo 45,X). Nessa condição, as gônadas são fibróticas (em fita) e não produzem estradiol. A falta de estradiol faz com que a hipófise secrete grandes quantidades de FSH na tentativa de estimular o ovário. Assim, o FSH alto com estradiol baixo confirma o hipogonadismo hipergonadotrófico, compatível com Turner.

Alternativa (e) Incorreta: A disgenesia gonadal pura é uma falha no desenvolvimento das gônadas. Assim como na Síndrome de Turner, o problema está no ovário (periferia). Portanto, o FSH deveria estar alto devido à falta de feedback negativo do estradiol. Níveis baixos de ambos sugeririam uma causa central (hipotálamo ou hipófise).

Questão 70

Esta questão aborda a conduta clínica diante de um resultado de citologia oncótica (Papanicolaou) alterado em uma paciente adolescente. O ponto fundamental para a resolução é a idade da paciente (17 anos) e o tipo de lesão (LSIL).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A cauterização (química ou elétrica) é uma forma de tratamento destrutivo. Não se realiza tratamento de lesões cervicais baseado apenas em achados de citologia ou no teste de Schiller (que apenas indica áreas iodo-negativas). É necessário primeiro um diagnóstico histológico (biópsia) e, mesmo assim, a LSIL em adolescentes raramente exige tratamento imediato, pois a taxa de regressão espontânea é muito alta.

b) Incorreta. A vacina contra o HPV é profilática, ou seja, serve para prevenir a infecção pelos tipos de vírus contidos na formulação antes que o contato ocorra. Ela não possui efeito terapêutico sobre lesões já existentes. Além disso, não há indicação de trocar de vacina ou reiniciar o esquema vacinal por causa de um resultado de LSIL.

c) Incorreta. A colposcopia com pesquisa de HPV não é a conduta inicial para LSIL em pacientes menores de 25 anos. A pesquisa de HPV (captura híbrida ou PCR) não é recomendada para rastreamento ou seguimento nessa faixa etária, pois a prevalência de infecções transitórias pelo HPV é altíssima em jovens, o que geraria muitos resultados positivos sem significado clínico (baixo valor preditivo positivo).

d) Incorreta. A colposcopia com biópsia dirigida é um procedimento invasivo indicado para lesões de alto grau (HSIL) ou em casos de persistência de lesões de baixo grau em mulheres acima de 25 anos. Em adolescentes de 17 anos, deve-se evitar procedimentos invasivos no colo uterino para prevenir sequelas obstétricas futuras e devido ao comportamento benigno da LSIL nessa idade.

e) Correta. Em pacientes com menos de 25 anos, a conduta para lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) deve ser conservadora. Isso se deve ao fato de que cerca de 90% dessas lesões regredem espontaneamente nessa faixa etária e o risco de progressão para câncer cervical em adolescentes é praticamente nulo. De acordo com as diretrizes nacionais, o manejo clínico preconiza a repetição da citologia para acompanhamento. Embora as diretrizes mais recentes do INCA (2016) sugiram intervalos de até 3 anos para o rastreio em jovens, o intervalo de 12 meses é a resposta padrão em diversas bancas examinadoras para caracterizar a conduta de observação e repetição citológica em vez de encaminhamento para colposcopia imediata.

Questão 71

O caso apresenta uma gestante de 15 semanas com diagnóstico de infecção primária recente pelo vírus da rubéola, confirmado pelo teste de baixa avidéz de IgG. Em situações de infecção materna comprovada, o principal objetivo é determinar se houve transmissão vertical (infecção fetal), que pode levar à Síndrome da Rubéola Congênita.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso de imunoglobulina humana não é indicado para prevenir a infecção fetal ou diminuir a viremia após a confirmação da infecção materna. Ela pode mascarar sintomas clínicos na mãe, mas não reduz o risco de transmissão vertical nem protege o feto.

Alternativa b) Correta. O padrão-ouro para o diagnóstico de infecção fetal por rubéola é a realização da amniocentese para pesquisa do RNA viral por meio da técnica de PCR (reação em cadeia da polimerase) no líquido amniótico. O momento ideal para esse procedimento é entre a 18ª e a 20ª semana de gestação. Isso ocorre porque a sensibilidade do teste é maior após esse período, devido ao início da excreção renal fetal do vírus para o líquido amniótico.

Alternativa c) Incorreta. O teste de avidéz de IgG é útil para datar a infecção quando realizado no primeiro trimestre. Uma baixa avidéz indica infecção ocorrida nos

últimos 3 a 4 meses. Repetir o exame em 30 dias não trará benefícios clínicos, pois o diagnóstico de infecção materna recente já foi estabelecido. O próximo passo deve ser a investigação da saúde fetal.

Alternativa d) Incorreta. Embora a amniocentese possa tecnicamente ser realizada com 15 ou 16 semanas, a pesquisa do vírus no líquido amniótico antes das 18 semanas apresenta um alto índice de resultados falso-negativos. A recomendação padrão é aguardar o intervalo de 18 a 20 semanas para garantir maior acurácia diagnóstica.

Resumo da conduta:

Diante de uma infecção materna confirmada (IgM positivo com baixa avidéz de IgG ou soroconversão), deve-se realizar o acompanhamento ultrassonográfico e propor o diagnóstico invasivo (amniocentese com PCR) entre 18 e 20 semanas para confirmar ou excluir a infecção fetal.

Questão 72

A paciente apresenta um quadro clássico de ameaça de abortamento. Os critérios diagnósticos presentes no caso são: sangramento vaginal, cólica abdominal, colo uterino fechado (impérvio) e presença de embrião com vitalidade (batimentos cardíacos fetais de 105 bpm). O achado ultrassonográfico de área de descolamento ovular (hematoma subcoriônico) de 30% é frequente nessas situações e, isoladamente, não indica interrupção da gestação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O relaxante muscular (antiespasmódico) serve apenas para o alívio sintomático da cólica, não tratando a causa ou mudando o prognóstico. O sulfato ferroso é indicado para suplementação de ferro durante o pré-natal ou tratamento de anemia, não sendo uma conduta pertinente para o quadro agudo de ameaça de abortamento.

b) Incorreta. O misoprostol é um análogo da prostaglandina utilizado para induzir o esvaziamento uterino em casos de abortamento retido, inevitável ou incompleto (quando não há mais viabilidade fetal). Como o embrião está vivo, o uso desta medicação é contraindicado, pois provocaria o aborto de uma gestação viável.

c) Incorreta. O uso de progesterona natural na ameaça de abortamento é um tema de debate, mas as evidências científicas atuais (como o estudo PRISM) mostram que ela não reduz significativamente o risco de perda gestacional em pacientes sem histórico de abortos de repetição. Como a paciente é primigesta, não há indicação

formal baseada em evidências para essa prescrição.

d) Correta. Na ameaça de abortamento com feto vivo, a conduta padrão é expectante. Recomenda-se repouso relativo (diminuição de atividades físicas intensas), abstinência sexual e observação domiciliar. Caso os sintomas não progridam, a gestação tende a seguir o curso normal com a reabsorção do descolamento ovular. O acompanhamento pré-natal deve ser mantido para monitorar a evolução.

e) Incorreta. A repetição da ultrassonografia em apenas 48 horas é desnecessária. Alterações na área de descolamento ou no desenvolvimento embrionário levam mais tempo para serem perceptíveis ao exame de imagem. Um novo exame só seria indicado precocemente em caso de piora clínica importante, como sangramento volumoso ou dor excruciante.

Questão 73

DIAGNÓSTICO

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de endometrite puerperal, que é a principal causa de febre no puerpério. Os sinais cardinais estão presentes: febre (38 graus), dor pélvica/uterina à palpação e loquiação fétida. O principal fator de risco é o parto cesárea, potencializado pela rotura prematura de membranas e pelo trabalho de parto prolongado descritos no caso.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O tratamento da endometrite deve ser hospitalar, com antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro para cobrir a flora polimicrobiana (gram-positivos, gram-negativos e anaeróbios). O esquema padrão-ouro é a combinação de Clindamicina (eficaz contra anaeróbios e gram-positivos) e Gentamicina (cobertura para gram-negativos). Este esquema é altamente eficaz e seguro para a manutenção do aleitamento materno, pois a passagem dessas drogas para o leite é mínima e não contraindica a amamentação.

Alternativa B (Incorreta): A Ampicilina isolada não possui espectro suficiente para cobrir os anaeróbios produtores de beta-lactamase e os diversos bacilos gram-negativos envolvidos na infecção. Ela costuma ser adicionada ao esquema de Clindamicina e Gentamicina apenas se houver suspeita de infecção por Enterococcus ou se não houver melhora clínica em 48 a 72 horas.

Alternativa C (Incorreta): A via oral não é recomendada para o tratamento inicial de

endometrite com manifestações sistêmicas (febre e calafrios). Além disso, a azitromicina e a ampicilina juntas não garantem a cobertura necessária para os anaeróbios, que são componentes críticos na patogênese desta infecção.

Alternativa D (Incorreta): O ciprofloxacino não é droga de primeira escolha para endometrite puerperal. Embora tenha boa ação contra gram-negativos, sua atividade contra anaeróbios é insuficiente. A via intramuscular também não é a preconizada para casos de infecção puerperal aguda com repercussão sistêmica.

Alternativa E (Incorreta): A cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração e não possui cobertura adequada para anaeróbios ou para a flora hospitalar polimicrobiana relacionada ao parto. O uso da via oral é inadequado para uma paciente com quadro de febre e dor pélvica no 5º dia de pós-operatório.

Questão 74

A conduta no carcinoma de mama durante a gestação deve conciliar o tratamento oncológico materno com a segurança do feto. Um dos princípios fundamentais na mastologia oncológica é que a quimioterapia não deve ser administrada após a 35ª semana de gestação ou em um intervalo menor que 3 semanas antes da data prevista para o parto. Esse intervalo é necessário para garantir a recuperação da medula óssea da mãe e do feto (nadir hematológico), evitando o risco de neutropenia, infecções e hemorragias no momento do nascimento.

No cenário da questão, a paciente está na 34ª semana e já realizou a mastectomia. Se ela iniciasse a quimioterapia imediatamente, o parto teria que ser adiado obrigatoriamente para garantir a segurança hematológica de 3 semanas. No entanto, em gestações avançadas próximas ao termo, a conduta preferencial para agilizar o tratamento sistêmico (quimioterapia) é a antecipação do parto de forma programada, seguida pelo início da terapêutica no pós-parto.

Alternativa a: Está incorreta, porque aguardar três meses após o parto configura um atraso excessivo e injustificado para o início da quimioterapia adjuvante. O atraso no tratamento sistêmico em um câncer invasivo de 4 cm compromete as chances de cura e aumenta o risco de metástases.

Alternativa b: Está correta. Como a gestante já está na 34ª semana, o início da quimioterapia durante a gravidez exigiria uma janela de segurança que tornaria o manejo do parto complexo e arriscado. A antecipação do parto para um período próximo ao termo (geralmente entre 36 e 37 semanas) permite que a paciente receba o tratamento quimioterápico pleno logo após o nascimento e a recuperação cirúrgica, sem os riscos da toxicidade fetal.

Alternativa c: Está incorreta, pois o início na 35ª semana viola a regra de segurança de manter pelo menos 3 semanas de intervalo entre a quimioterapia e o parto. Como o parto pode ocorrer a qualquer momento a partir dessa fase, há um risco elevado de o bebê nascer com imunidade baixa e risco de sangramentos.

Alternativa d: Está incorreta, porque aguardar o parto espontâneo pode ser imprevisível. Se a gestação se prolongar até 41 semanas, ocorreria um atraso desnecessário no início da quimioterapia adjuvante para um tumor de 4 cm, o que prejudica o prognóstico da paciente.

Alternativa e: Está incorreta pelo mesmo motivo da alternativa c. Iniciar o tratamento na 36ª semana deixa uma margem de tempo muito curta e perigosa até o parto, com alto risco de complicações hematológicas para a mãe e para o recém-nascido no momento do parto.

Questão 75

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma Amniorrexe Prematura (ruptura das membranas antes do início do trabalho de parto) em uma paciente primigesta com 33 semanas de gestação. Como a paciente está estável (boa movimentação fetal, BCF normal e ausência de dinâmica uterina), a idade gestacional é o fator determinante para a conduta.

Na amniorrexe prematura pré-termo, o objetivo é equilibrar o risco de infecção (pela perda da barreira amniótica) com o risco de prematuridade. O limite clássico para a conduta conservadora é de 34 semanas.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Para gestações entre 24 e 33 semanas e 6 dias, a recomendação é a conduta expectante (conservadora), desde que não haja sinais de infecção ovular (corioamnionite) ou sofrimento fetal. Os pilares dessa conduta são:

1. Antibioticoterapia de latência: Tem o objetivo de aumentar o tempo entre a ruptura das membranas e o início do parto, além de reduzir a morbidade infecciosa neonatal e materna.
2. Corticoterapia: Indicada para reduzir os riscos de síndrome do desconforto respiratório (membrana hialina), hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante no recém-nascido.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Indicação de parto cesárea após a corticoterapia: Não há indicação de interrupção da gestação imediata às 33 semanas se o binômio mãe-feto estiver estável. Além disso, a via de parto deve ser baseada em indicações obstétricas habituais, não sendo a cesárea a regra para amniorrexe.

b) Conduta expectante, corticoterapia e sulfatação: O sulfato de magnésio é utilizado para neuroproteção fetal quando o parto é iminente (em fase ativa ou planejado para as próximas horas) em gestações abaixo de 32 semanas (alguns protocolos estendem até 34 semanas). Como a conduta neste caso é expectante (tentar prolongar a gravidez), o sulfato não deve ser administrado agora. Além disso, esta alternativa omite a antibioticoterapia, que é essencial.

d) e e) Indução de trabalho de parto (oxitocina ou misoprostol): A interrupção da gestação (indução ou parto) só é a conduta de escolha na amniorrexe prematura a partir das 34 semanas ou em qualquer idade gestacional se houver sinais de infecção ou comprometimento fetal. Às 33 semanas, a prematuridade ainda traz riscos que justificam a tentativa de prolongar a gestação sob vigilância rigorosa.

RESUMO DO PROTOCOLO:

- Abaixo de 24 semanas: Prognóstico muito reservado, conduta individualizada.
- 24 a 33 semanas e 6 dias: Conduta expectante + Corticoide + Antibiótico de latência.
- 34 semanas ou mais: Interrupção da gestação (indução do parto é preferencial se não houver contra-indicação).

Questão 76

A questão aborda os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o uso de métodos anticoncepcionais. O foco principal é a segurança do uso de estrogênios em pacientes com doença hepática ativa.

Alternativa (a) Incorreta: O manejo baseado nos critérios da OMS é preventivo e visa evitar complicações. Não se deve aguardar a deterioração clínica da paciente (como o aparecimento de icterícia ou sangramentos decorrentes de coagulopatia) para suspender um método que possui riscos superiores aos benefícios durante a fase inflamatória aguda do fígado.

Alternativa (b) Incorreta: O injetável mensal é um anticoncepcional hormonal combinado, ou seja, contém estrogênio e progestogênio. Para casos de hepatite viral

aguda, todos os métodos combinados (sejam pílulas, injetáveis, adesivos ou anéis) recebem a mesma classificação restritiva (Categoria 3/4), não servindo como alternativa de substituição.

Alternativa (c) Incorreta: A Categoria 2 indica que as vantagens geralmente superam os riscos. No entanto, para o início de métodos combinados em pacientes com hepatite viral aguda ou em fase de "flare" (exacerbação), a classificação é Categoria 3/4. A Categoria 2 é aplicada apenas para a continuação do uso em pacientes que já utilizavam o método antes da doença ou em portadores crônicos sem doença ativa.

Alternativa (d) Incorreta: O adesivo transdérmico também é um método combinado. Embora a via de administração seja diferente, os hormônios (etinilestradiol e progestogênio) circulam sistemicamente e são metabolizados pelo fígado, mantendo as mesmas contraindicações da pílula oral na vigência de hepatite aguda.

Alternativa (e) Correta: De acordo com a 5ª edição dos Critérios de Elegibilidade da OMS, a hepatite viral aguda ou em atividade (flare) é classificada como Categoria 3/4 para o início (initiation) de métodos hormonais combinados. A Categoria 3 significa que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de usar o método. Como a paciente está na fase inicial do diagnóstico e do uso da pílula, a conduta adequada é a suspensão. Métodos contendo apenas progestogênio ou o DIU de cobre seriam alternativas classificadas como Categoria 1 (sem restrição).

Questão 77

A paciente apresenta um leiomioma uterino (mioma) do tipo intramural de 45 mm (4,5 cm). O ponto fundamental para a resolução desta questão é que a paciente é totalmente assintomática (nega queixas ginecológicas) e o achado é estável há pelo menos 2 anos. No manejo de miomas, a conduta é guiada primariamente pela presença de sintomas e pelo desejo reprodutivo.

Alternativa a) Incorreta. A endometrectomia consiste na remoção ou ablação do endométrio. É um procedimento indicado para o tratamento de sangramento uterino anormal refratário ao tratamento clínico em mulheres que já possuem prole constituída e não desejam mais engravidar, pois o procedimento inviabiliza a gestação. Como a paciente deseja engravidar no próximo ano, esta opção é absolutamente contraindicada.

Alternativa b) Incorreta. A miomectomia abdominal (por laparotomia) é uma cirurgia indicada para miomas sintomáticos (dor pélvica, sangramento excessivo ou compressão de órgãos vizinhos) ou quando o mioma está comprovadamente causando infertilidade ou abortamentos de repetição. Em pacientes assintomáticas

com miomas menores que 5 cm que ainda não tentaram conceber, a cirurgia não está indicada preventivamente, pois o procedimento em si pode gerar aderências pélvicas que prejudicam a fertilidade.

Alternativa c) Incorreta. Embora a via laparoscópica seja preferencial por ser minimamente invasiva, a indicação cirúrgica depende dos sintomas e do impacto clínico do mioma. Como a paciente não apresenta queixas e o mioma é intramural (sem descrição de abaulamento da cavidade endometrial), não há indicação de intervir antes de a paciente tentar engravidar naturalmente.

Alternativa d) Correta. A conduta expectante, baseada em orientações e observação, é a escolha para miomas intramurais ou subserosos assintomáticos. O tamanho de 45 mm, por si só, não é indicação cirúrgica absoluta. A maioria das mulheres com miomas desse porte consegue engravidar e ter uma gestação sem complicações maiores. A conduta cirúrgica só seria reconsiderada caso a paciente apresentasse infertilidade após as tentativas de concepção ou se o mioma crescesse e passasse a causar sintomas.

Alternativa e) Incorreta. A embolização das artérias uterinas é um tratamento voltado para a redução do volume de miomas sintomáticos. Contudo, ela é geralmente contraindicada para mulheres que desejam engravidar, pois pode comprometer a vascularização do útero e dos ovários, aumentando o risco de complicações gestacionais e redução da reserva ovariana.

Questão 78

Para analisar esta questão, devemos recordar os critérios diagnósticos e as classificações da candidíase vulvovaginal. A paciente apresenta o quadro clínico clássico de candidíase: prurido intenso, disúria externa e corrimento esbranquiçado em grumos (tipo coalhada), com gatilhos claros (umidade e calor associados à ida à praia).

Análise das alternativas:

a) Correta. A candidíase é classificada como simples (ou não complicada) quando os episódios são esporádicos (menos de 4 vezes por ano), causados pela *Candida albicans*, em mulheres saudáveis e não gestantes, com sintomas de intensidade leve a moderada. Como a paciente refere 3 episódios no último ano, ela ainda não atinge o critério para candidíase de repetição.

b) Incorreta. A vaginose citolítica é um diagnóstico diferencial que apresenta sintomas semelhantes (prurido e corrimento branco), mas é causada pelo

crescimento excessivo de lactobacilos, o que leva à acidez vaginal extrema e citólise epitelial. O enunciado confirma que os episódios foram causados por *Candida albicans*, descartando esta opção.

c) Incorreta. A candidíase é considerada complicada quando apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: sintomas graves (eritema extenso, edema, fissuras), ocorrência em pacientes com comorbidades descontroladas (como *diabetes mellitus* ou imunossupressão), gravidez, infecção por espécies não albicans ou quando é recorrente (4 ou mais episódios por ano). Embora a paciente seja obesa, os episódios são descritos como isolados e desencadeados por fatores externos, não preenchendo critérios de gravidade ou recorrência para ser classificada como complicada.

d) Incorreta. O critério clínico para o diagnóstico de candidíase de repetição (ou recorrente) é a presença de 4 ou mais episódios sintomáticos comprovados no período de 12 meses. A paciente apresentou 3 episódios, permanecendo na classificação de episódios isolados.

e) Incorreta. A queixa principal é ginecológica (corrimento e prurido). A disúria referida é a chamada disúria externa, causada pelo contato da urina com a vulva inflamada, e não por uma infecção do trato urinário. Além disso, a presença de corrimento tipo coalhada direciona o diagnóstico para vulvovaginite.

Questão 79

A questão aborda as malformações müllerianas, que são anomalias congênitas resultantes de falhas no desenvolvimento, fusão ou reabsorção dos ductos de Müller. O diagnóstico diferencial entre essas malformações é feito com base na morfologia do contorno externo do fundo uterino e na profundidade da indentação na cavidade endometrial.

Alternativa A - Incorreta: O útero bicorno decorre de uma falha parcial na fusão dos ductos de Müller. Sua principal característica é a presença de uma indentação profunda no contorno externo do fundo uterino (geralmente maior que 1 cm), dividindo o órgão em dois cornos. A questão descreve um achado na cavidade interna sem mencionar alterações no contorno externo.

Alternativa B - Incorreta: O útero didelfo é o resultado de uma falha total de fusão dos ductos de Müller, o que gera dois corpos uterinos e dois colos uterinos (duplicidade cervical) completamente distintos. Um simples septo de 12 mm no fundo da cavidade não caracteriza essa condição.

Alternativa C - Incorreta: O útero septado ocorre por uma falha na reabsorção do septo central após a fusão dos ductos. Embora a questão utilize a palavra septo, na classificação morfológica (como a da ASRM), o útero septado costuma apresentar uma indentação interna mais proeminente, geralmente superior a 1,5 cm. Quando a medida é menor, como os 12 mm descritos, a classificação correta recai sobre o útero arqueado.

Alternativa D - Correta: O útero arqueado é considerado a forma mais leve de falha na reabsorção do septo ou uma variante da normalidade. Ele se caracteriza por uma leve indentação do miométrio no fundo da cavidade uterina, enquanto o contorno externo do fundo permanece normal (convexo ou plano). As diretrizes radiológicas e ginecológicas frequentemente utilizam o limite de até 1 cm ou 1,5 cm de profundidade para definir o útero arqueado. Portanto, um achado de 12 mm (1,2 cm) enquadra-se perfeitamente nesta categoria.

Alternativa E - Incorreta: O útero unicorno é consequência do desenvolvimento de apenas um dos ductos de Müller, enquanto o outro é ausente ou rudimentar. Isso resulta em um útero de formato alongado (em banana), com apenas uma tuba uterina, o que difere totalmente da descrição de uma cavidade com septo central.

Questão 80

O caso clínico apresenta uma paciente de 40 anos com hiperplasia endometrial atípica e desejo de preservação da fertilidade. A hiperplasia atípica (ou neoplasia intraepitelial endometrial) é uma lesão pré-neoplásica com alto risco de progressão para carcinoma endometrial ou presença oculta de câncer. O tratamento padrão-ouro é a histerectomia total; porém, em pacientes selecionadas com desejo reprodutivo, o tratamento conservador com progestagênios é uma opção válida e recomendada pelos protocolos atuais.

Alternativa a: Esta é a conduta mais adequada. O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) é considerado o tratamento conservador de primeira linha para hiperplasia endometrial atípica em pacientes que desejam preservar a fertilidade. Ele oferece uma alta concentração local de progestagênio, promovendo a reversão da atipia e a atrofia endometrial. O período mínimo de 6 meses é necessário para avaliar a resposta histológica antes de permitir a tentativa de gestação.

Alternativa b: Esta alternativa descreve o tratamento definitivo para a hiperplasia endometrial atípica. Entretanto, como a paciente manifestou explicitamente o desejo de gestar, a histerectomia total abdominal e a salpingo-oforectomia inviabilizariam seu objetivo reprodutivo, sendo reservadas para casos em que o tratamento conservador falha ou quando a prole já está completa.

Alternativa c: A pesquisa de linfonodo sentinela faz parte do estadiamento cirúrgico em casos de câncer de endométrio confirmado por biópsia. Não é uma conduta indicada para o manejo de hiperplasias e, novamente, a histerectomia não atende ao desejo de gestação da paciente.

Alternativa d: A ablação endometrial via histeroscópica é contraindicada na presença de hiperplasia com atipias. O procedimento destrói a camada basal do endométrio e provoca fibrose (sinéquias), o que impede futuras biópsias de controle para monitorar a possível progressão para câncer e inviabiliza a gestação desejada.

Alternativa e: O uso de medroxiprogesterona 150 mg mensal assemelha-se ao esquema de contracepção injetável e não possui a potência ou a frequência necessária para o tratamento de uma lesão endometrial pré-maligna. O tratamento medicamentoso oral, quando indicado, exige doses altas e diárias de progestagênios (como o acetato de megestrol ou acetato de medroxiprogesterona oral) para ser eficaz na reversão da atipia.

Portanto, diante da necessidade de tratar uma lesão precursora sem retirar o útero, o uso do DIU de levonorgestrel é a escolha mais correta e fundamentada.

Questão 81

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é estruturado em quatro componentes principais (segundo a revisão mais recente de Stewart) ou cinco (na versão clássica amplamente cobrada em provas). No caso descrito, a conduta da médica Jéssica foca na exploração do contexto do paciente para além do sintoma físico ou da queixa biológica inicial.

A alternativa (a) está correta porque o componente "Entendendo a pessoa como um todo" foca na compreensão do indivíduo em seu contexto familiar, social e no seu ciclo de vida. Ao notar a linguagem não verbal, perguntar sobre a situação domiciliar e agendar ferramentas específicas como o Genograma (que avalia a estrutura e dinâmica familiar) e o Ecomapa (que avalia as relações da pessoa com o meio social e redes de apoio), a médica está buscando integrar a queixa clínica à realidade biopsicossocial do paciente.

A alternativa (b) está incorreta porque o componente "Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença" foca em dois eixos: o processo fisiopatológico (doença) e a experiência subjetiva (sentimentos, ideias, impacto no funcionamento e expectativas — o mnemônico SIFE). Embora a médica tenha iniciado com a percepção da agitação, o foco central da ação descrita foi o contexto externo e

familiar, o que caracteriza o componente anterior.

A alternativa (c) está incorreta porque "Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas" refere-se à etapa de negociação entre médico e paciente sobre as metas do tratamento, prioridades e condutas a serem seguidas, o que ocorre após a compreensão do problema.

A alternativa (d) está incorreta porque, embora a atitude da médica ajude a fortalecer o vínculo, o componente "Fortalecendo a relação entre pessoa e profissional" refere-se ao investimento contínuo na confiança, compaixão e transferência/contratransferência ao longo de todo o cuidado, não sendo o foco técnico do uso de ferramentas como Genograma e Ecomapa.

A alternativa (e) está incorreta porque "Ser realista" envolve a gestão do tempo, dos recursos disponíveis na unidade de saúde e a priorização dos problemas de acordo com a viabilidade prática do atendimento, o que não é o tema central do enunciado.

Questão 82

Para identificar o tipo de estudo descrito no enunciado, devemos analisar as características da metodologia aplicada à paciente Joana. Os pontos fundamentais são: a existência de uma intervenção (introdução de uma nova medicação), a presença de um grupo-controle (substância inativa/placebo), a randomização (divisão aleatória dos participantes) e o acompanhamento prospectivo (ao longo de 3 meses).

Análise das alternativas:

a) Estudo Ecológico: Incorreto. O estudo ecológico foca em populações ou grupos de pessoas (como os habitantes de uma cidade ou país) e não em indivíduos isolados. Ele utiliza dados agregados para verificar correlações, o que difere totalmente do acompanhamento individual de Joana.

b) Estudo Caso-Controle: Incorreto. Este é um estudo observacional e, geralmente, retrospectivo. Ele parte do desfecho (pessoas que já têm a doença) e olha para o passado em busca de fatores de exposição. No caso descrito, a paciente ainda será submetida a uma intervenção para observar o que acontecerá no futuro.

c) Estudo de Coorte: Incorreto. Embora a coorte seja um estudo prospectivo (que acompanha os pacientes ao longo do tempo), ela é de natureza observacional. Na coorte, o pesquisador não intervém; ele apenas observa os pacientes que foram expostos a determinado fator por conta própria. No enunciado, o pesquisador é quem fornece a medicação, caracterizando um experimento.

d) Estudo Clínico Randomizado: Correto. Esta é a definição clássica de um ensaio clínico. É um estudo experimental no qual o investigador manipula o fator de exposição (a droga). A palavra "aleatoriamente" confirma a randomização, que serve para reduzir vieses de seleção, e o uso de substância inativa indica a existência de um grupo-controle (placebo). É o desenho ideal para testar a eficácia de novos tratamentos.

e) Estudo Transversal: Incorreto. O estudo transversal é como uma fotografia de um momento único. Nele, a exposição e o desfecho são avaliados simultaneamente. Como o estudo de Joana terá duração de 3 meses, há um seguimento temporal, o que exclui a natureza transversal.

Questão 83

Alternativa (a) Incorreta: O Médico de Família e Comunidade (MFC) é um generalista que atende pessoas de todas as idades e gêneros, lidando com uma vasta gama de condições clínicas. Diferentemente do que afirma a alternativa, o manejo de condições de saúde mental e o acompanhamento de pacientes com HIV fazem parte do escopo da Atenção Primária à Saúde. O MFC deve ser capaz de manejar transtornos mentais comuns e realizar o cuidado compartilhado de pacientes com HIV, referenciando apenas casos de maior complexidade.

Alternativa (b) Incorreta: A boa relação médico-pessoa na MFC é construída por meio do vínculo, da confiança e da longitudinalidade, e não exclusivamente pela adesão ao plano terapêutico. A decisão clínica é compartilhada, o que significa que o paciente tem autonomia para aceitar ou não determinadas propostas, e isso não invalida a qualidade da relação estabelecida entre ambos.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve o princípio da Orientação Comunitária. O MFC deve compreender que o indivíduo faz parte de uma coletividade e que o contexto social, econômico e cultural do território influencia diretamente a saúde. Ao realizar diagnósticos comunitários e identificar os problemas mais prevalentes na sua área de atuação, o médico consegue oferecer um cuidado mais assertivo e oportuno para aquela população específica.

Alternativa (d) Incorreta: A qualificação do clínico na MFC não está ligada meramente ao tempo de atuação em uma mesma equipe, mas sim à sua capacidade técnica, competência em comunicação e habilidade de aplicar o Método Centrado na Pessoa. Embora a permanência na equipe favoreça a longitudinalidade, o acúmulo de tempo por si só não garante que o profissional seja um clínico qualificado segundo os princípios da especialidade.

Alternativa (e) Incorreta: O MFC não leva em consideração apenas o contexto biológico. A prática é fundamentada no modelo biopsicossocial, o que significa que o médico deve considerar as dimensões psicológicas e sociais do paciente, além da biológica. Entender o processo de adoecimento exige olhar para a pessoa como um todo, incluindo suas crenças, medos, expectativas e o contexto social em que está inserida, indo muito além do histórico familiar de doenças.

Questão 84

A questão aborda os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), que são fundamentais para a organização do trabalho na Estratégia Saúde da Família e temas recorrentes em provas de residência. O enunciado descreve uma situação em que a médica ressalta a importância de articular o cuidado entre a Unidade Básica de Saúde e o serviço especializado (ambulatório trans), garantindo que as ações de saúde ocorram de forma sincronizada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Equidade é um princípio doutrinário do SUS que prega oferecer mais a quem mais precisa, visando diminuir as desigualdades. Embora o atendimento à população trans exija um olhar de equidade para garantir o acesso e o respeito às suas especificidades, o texto da questão foca especificamente na articulação e sincronia entre diferentes pontos da rede de saúde, o que define outro atributo.

b) Correta. A Coordenação do Cuidado é o atributo da APS que garante a continuidade da atenção dentro da rede de serviços. Ela implica que o médico de família deve acompanhar o paciente mesmo quando este é encaminhado a especialistas ou outros níveis de atenção. O papel do coordenador é organizar o fluxo de informações, evitar a duplicidade de exames e garantir que o cuidado seja harmônico, exatamente como descrito pela médica ao falar em articulação entre os serviços da rede de forma sincronizada.

c) Incorreta. A Integralidade pressupõe que a equipe de saúde deve perceber o indivíduo como um todo, abordando suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, além de garantir acesso a todos os níveis de prevenção e tratamento. Embora o acompanhamento trans envolva a integralidade, o foco do enunciado está na conexão entre os serviços (intersectorialidade e rede), e não na abrangência das ações de saúde de Yasmin.

d) Incorreta. A Universalidade é um princípio do SUS que garante que todo cidadão tem direito ao acesso aos serviços de saúde, sem distinção ou barreiras. No caso,

Yasmin já está acessando o serviço, e a discussão gira em torno de como esse cuidado será organizado na rede, e não sobre o seu direito de entrar no sistema.

e) Incorreta. A Longitudinalidade refere-se ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela mesma equipe ou profissional, criando um vínculo de confiança que facilita o diagnóstico e o tratamento. Embora a médica de família mencione que continuará acompanhando Yasmin, o destaque dado à sincronização e articulação com o serviço de referência aponta diretamente para a Coordenação do Cuidado, e não apenas para a manutenção do vínculo temporal.

Questão 85

Teoria de Leavell e Clark e Níveis de Prevenção

A teoria de Leavell e Clark organiza as ações de saúde conforme a evolução da história natural da doença, dividindo-as em níveis de Prevenção Primária, Secundária e Terciária. Para responder corretamente, é necessário identificar em qual fase da doença a intervenção ocorre.

Alternativa A: Esta alternativa está correta. A coleta de resíduos sólidos é uma medida de saneamento básico e higiene ambiental. De acordo com a teoria, ações que visam ao bem-estar geral e à melhoria das condições de vida da população, sem focar em uma patologia específica e ocorrendo antes do início do processo de adoecimento (período de pré-patogênese), são classificadas como Promoção da Saúde, que é um dos pilares da Prevenção Primária.

Alternativa B: Esta alternativa está incorreta. A realização de mamografia para rastreamento em mulheres assintomáticas visa ao Diagnóstico Precoce. Como essa intervenção busca detectar a doença em estágio inicial para permitir um tratamento mais eficaz, ela é classificada como Prevenção Secundária, e não Primária.

Alternativa C: Esta alternativa está incorreta. A psicoterapia, quando voltada para a reabilitação de um indivíduo que já sofreu os impactos de uma condição de saúde, visa à recuperação e à reintegração social. Portanto, ela se enquadra no nível de Prevenção Terciária.

Alternativa D: Esta alternativa está incorreta. O exame periódico do pé diabético é uma ferramenta de Diagnóstico Precoce de complicações (como neuropatias ou vasculopatias). Na teoria de Leavell e Clark, tanto o Diagnóstico Precoce quanto a Limitação do Dano (intervenções para evitar a evolução para invalidez) pertencem à Prevenção Secundária. No entanto, o ato de realizar o exame é classicamente definido como Diagnóstico Precoce, e não como a etapa de Limitação do Dano em si.

Alternativa E: Esta alternativa está incorreta. A vacinação contra o HPV é uma medida de Proteção Específica, pois é uma intervenção direcionada contra um agente etiológico específico para evitar que a doença ocorra. Como atua no período de pré-patogênese, a vacinação é classificada como Prevenção Primária.

Questão 86

Para compreender a questão, devemos analisar as ações da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) à luz dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Análise do caso clínico:

O primeiro princípio identificado é a Universalidade. Isso fica evidente quando Dona Vera busca a UBS porque o marido perdeu o plano de saúde e, prontamente, a recepcionista realiza o cadastro de Joaquim. A Universalidade garante que todo cidadão tenha direito ao acesso às ações e serviços de saúde, independentemente de sua condição social, financeira ou de possuir ou não um convênio privado. O SUS é um sistema para todos.

O segundo princípio em destaque é a Equidade. O enfermeiro Cleiton explica que Joaquim passará por uma avaliação domiciliar com brevidade e que a frequência das consultas é definida individualmente. Ao comparar o caso de Joaquim (que apresenta perda de peso e dificuldade de deambulação recente) com o da vizinha acamada (que recebe visitas a cada 6 meses), a equipe aplica o conceito de oferecer mais a quem mais precisa. A Equidade consiste em tratar de forma desigual os desiguais, priorizando o atendimento conforme a gravidade e a necessidade social/clínica de cada indivíduo, para diminuir as desigualdades.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a Universalidade esteja presente, a Autonomia (princípio ético e jurídico que garante ao paciente o direito de decidir sobre sua própria vida e tratamentos) não é o foco principal da conduta descrita no enunciado. O foco está na organização do acesso e da priorização do cuidado.

b) Incorreta. A Equidade está presente, mas a Autonomia não é o princípio doutrinário que define a entrada de Joaquim no sistema ou a forma como a equipe organizou a visita domiciliar neste relato.

c) Incorreta. A Equidade está correta. A Integralidade (que pressupõe a visão total do

indivíduo e a articulação de ações preventivas, curativas e de reabilitação em todos os níveis de complexidade) até poderia ser considerada em um contexto mais amplo de tratamento, mas a questão enfatiza especificamente o acesso garantido (Universalidade) e a diferenciação da prioridade de atendimento conforme a necessidade (Equidade).

d) Correta. Esta alternativa contempla perfeitamente os dois pontos centrais do texto: o acesso irrestrito ao sistema após a perda do plano de saúde (Universalidade) e o planejamento do cuidado baseado na necessidade individual e gravidade do caso em comparação a outros pacientes (Equidade).

e) Incorreta. A Universalidade está presente. Contudo, a Integralidade não é o princípio que melhor descreve a justificativa do enfermeiro sobre a diferença de periodicidade das visitas domiciliares; essa diferenciação baseada na necessidade é a definição clássica de Equidade no SUS.

Questão 87

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

Kátia apresenta um quadro de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) com controle glicêmico inadequado (HbA1c de 9,3%, sendo o alvo geral menor que 7%). Ela já utiliza doses otimizadas de metformina e gliclazida. Além disso, os exames revelam:

1. Doença renal diabética: creatinina com ritmo de filtração glomerular (RFG) de 58 mL/min (estágio 3a) e presença de albuminúria confirmada (relação albumina/creatinina de 60 mg/g, classificada como A2), visto que os exames de seis meses atrás eram similares.
2. Dislipidemia: LDL de 145 mg/dL e HDL baixo (35 mg/dL). Em pacientes com DM2 e doença renal crônica, o risco cardiovascular é alto ou muito alto, exigindo metas de LDL muito mais baixas (geralmente abaixo de 70 mg/dL ou 50 mg/dL).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Correta. Esta alternativa aborda todas as necessidades da paciente conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e os protocolos do SUS:

- Nefroproteção: o uso de IECA (enalapril) ou BRA (losartana) é obrigatório em pacientes diabéticos com albuminúria (mesmo que em níveis de microalbuminúria como 60 mg/g) para reduzir a progressão da doença renal.
- Controle Glicêmico e Renal: a dapagliflozina (iSGLT2) é indicada tanto para o controle glicêmico quanto para a proteção renal e cardiovascular em pacientes com RFG acima de 25-30 mL/min.

- Insulinoterapia: com HbA1c de 9,3% em uso de terapia dupla oral, a introdução de insulina basal (NPH à noite no SUS) é a conduta mais eficaz para atingir o alvo terapêutico rapidamente.
- Dislipidemia: é necessário escalonar a estatina para atingir a meta rigorosa de LDL.
- Monitoramento: o automonitoramento da glicemia capilar em jejum é essencial para ajustar a dose da insulina NPH inicial.

Alternativa b) Incorreta. Apenas adicionar a dapagliflozina é insuficiente. A paciente possui albuminúria que exige bloqueio do sistema renina-angiotensina (IECA/BRA), dislipidemia não tratada e um descontrole glicêmico (9,3%) que dificilmente será resolvido apenas com um terceiro fármaco oral, sendo a insulina a melhor escolha neste cenário.

Alternativa c) Incorreta. Embora reconheça a necessidade de nefroproteção com IECA/BRA e o uso da dapagliflozina, esta alternativa ignora completamente a dislipidemia da paciente e não propõe uma estratégia robusta o suficiente para reduzir a HbA1c de 9,3% para o alvo (falta a insulinoterapia).

Alternativa d) Incorreta. É uma conduta terapêutica razoável, mas peca na intensidade do tratamento glicêmico. Para uma paciente já em uso de sulfonilureia e metformina com HbA1c tão elevada, a adição apenas da dapagliflozina pode não ser suficiente para alcançar a meta de $< 7\%$, tornando a opção pela insulina (conforme a alternativa a) mais adequada técnica e pedagogicamente para provas.

Alternativa e) Incorreta. A linagliptina (iDPP4) não é a prioridade no SUS para este caso, especialmente quando comparada à potência da insulina NPH para reduzir uma HbA1c de 9,3%. Além disso, a combinação de iDPP4 com iSGLT2 e outras drogas orais é menos custo-efetiva no sistema público do que a introdução da insulina basal quando o controle está muito fora do alvo.

Questão 88

O caso clínico descreve Jorge, um trabalhador com 38 anos de exposição ocupacional a ruído de alta intensidade (britadeira) e uso inadequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). O resultado da audiometria apresenta o padrão clássico da Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR): perda sensorineural, bilateral, simétrica, com a característica "gota" ou entalhe nas frequências de 3, 4 ou 6 kHz e recuperação na frequência de 8 kHz.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A audiometria de Jorge é o exemplo típico de PAIR. Perdas

sensorineurais bilaterais e simétricas com entalhe em frequências agudas são a marca da exposição prolongada ao ruído ocupacional. Não há indicação inicial de exames de imagem, pois a história clínica e o exame subsidiário são concordantes com a patologia do trabalho.

b) Incorreta. Embora Jorge tenha 60 anos, o que poderia sugerir presbiacusia (perda auditiva relacionada à idade), o padrão audiométrico da presbiacusia é geralmente uma queda descendente contínua nas frequências agudas, sem a recuperação em 8 kHz vista no entalhe da PAIR. Além disso, a história ocupacional de 38 anos com britadeiras é o fator determinante.

c) Correta. O diagnóstico clínico e audiométrico é de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) relacionada ao trabalho. A conduta médica correta envolve: propor reabilitação auditiva, se necessário; realizar a notificação compulsória no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), por se tratar de uma doença relacionada ao trabalho; e elaborar o Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho (RAAT). A emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) é responsabilidade primária da empresa, mas o médico deve fornecer os subsídios para que isso ocorra ou emití-la caso a empresa se recuse.

d) Incorreta. Apesar de o diagnóstico estar correto, a orientação de ir à delegacia registrar denúncia não faz parte do fluxo padrão de assistência e vigilância em saúde do trabalhador para casos de PAIR. O foco deve ser o acolhimento, a notificação nos sistemas de saúde e o encaminhamento para a rede de proteção social e previdenciária.

e) Incorreta. A exposição ocupacional (38 anos como operador de britadeira) é tecnicamente muito mais significativa e agressiva do que a exposição recreativa (tocador de tamborim aos sábados). Classificar a perda como "não ocupacional" ignora o nexos causal evidente com o trabalho de Jorge.

Questão 89

O sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) é uma abordagem estruturada para classificar a qualidade da evidência em quatro níveis: alto, moderado, baixo e muito baixo. Ele não avalia apenas o desenho do estudo, mas a confiança que temos de que os resultados observados representam a realidade.

Alternativa (a) Incorreta: No GRADE, os ensaios clínicos randomizados (ECR) começam automaticamente com um nível de evidência alto, enquanto estudos observacionais (como caso-controle ou coorte) começam com um nível de evidência

baixo. Portanto, é o contrário do que afirma a alternativa.

Alternativa (b) Correta: Embora os estudos observacionais comecem com nível baixo por possuírem limitações intrínsecas e maior risco de viés, o sistema GRADE prevê situações em que essa pontuação pode ser aumentada (upgrade). Isso ocorre em três cenários: quando há uma magnitude de efeito muito grande (ex.: uso de insulina para cetoacidose), quando há um gradiente dose-resposta (quanto maior a exposição, maior o efeito) ou quando os fatores de confusão residuais tenderiam a reduzir o efeito observado, mas o efeito ainda assim é forte. Nesses casos, um estudo observacional pode chegar ao nível alto.

Alternativa (c) Incorreta: A revisão sistemática é um método de síntese, e sua classificação GRADE depende da qualidade dos estudos primários que a compõem. Se uma revisão sistemática sintetizar apenas estudos observacionais de baixa qualidade ou ensaios clínicos com graves falhas metodológicas, a certeza da evidência será baixa ou muito baixa. O rigor da revisão em si não garante um nível moderado ou alto para a evidência final.

Alternativa (d) Incorreta: Relatos de caso e séries de casos representam o nível inicial de evidência clínica e, no sistema GRADE, são sistematicamente classificados como nível muito baixo. O renome ou especialização da instituição que elabora o relato não altera essa classificação técnica, pois o desenho do estudo não permite estabelecer relações de causalidade robustas ou controlar vieses.

Alternativa (e) Incorreta: Os ensaios clínicos randomizados são justamente os estudos que possuem o maior potencial para atingir os níveis moderado ou alto. Eles iniciam o processo de avaliação no nível alto e só perdem pontos (downgrade) se apresentarem falhas graves, como risco de viés, inconsistência entre resultados, evidência indireta, imprecisão nos dados ou viés de publicação.

Questão 90

Para resolver essa questão, devemos aplicar os princípios de epidemiologia e políticas de saúde pública voltadas ao rastreamento (*screening*) de doenças. O objetivo de um programa de rastreamento é identificar indivíduos em uma fase pré-clínica de forma custo-efetiva, focando em populações onde a intervenção trará maior benefício.

Ponto central: A doença é muito mais prevalente em pessoas acima de 40 anos. Em saúde pública, o rastreamento é geralmente indicado para grupos de maior risco ou maior prevalência, para garantir que o Valor Preditivo Positivo seja adequado e que o investimento de recursos públicos seja justificado.

Análise dos exames:

O Exame A possui alta especificidade (95%) e baixo custo, sendo ideal para a triagem inicial em massa, pois gera poucos alarmes falsos e é economicamente viável.

O Exame B é inferior ao A em termos técnicos (menor sensibilidade e menor especificidade), além de possuir custo superior.

O Exame C é o padrão-ouro (máxima acurácia), mas seu alto custo e baixa comodidade o reservam para a confirmação diagnóstica, e não para o rastreamento populacional direto.

Alternativa a: Incorreta. Não se justifica investir em rastreamento sistemático na população abaixo de 40 anos, onde a prevalência é muito baixa, pois isso geraria custos desnecessários e risco de resultados falso-positivos. Além disso, usar os exames A e B simultaneamente para maiores de 40 anos é ineficiente, pois o Exame B é tecnicamente inferior e mais caro que o A.

Alternativa b: Incorreta. Utilizar o Exame C (padrão-ouro) como teste de rastreamento inicial viola os princípios de custo-efetividade. Por ser de custo elevado e baixa comodidade, ele deve ser reservado para etapas posteriores do diagnóstico, após uma triagem inicial mais simples.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa segue a lógica da saúde coletiva e economia da saúde: foca o rastreamento na população de maior prevalência (acima de 40 anos), utiliza um teste de baixo custo e alta especificidade para a triagem inicial (Exame A) e reserva o exame mais caro e complexo (Exame C) apenas para confirmar os casos que testaram positivo. Isso otimiza o uso do dinheiro público e evita procedimentos invasivos ou caros em quem tem baixa probabilidade de doença.

Alternativa d: Incorreta. O Exame B tem custo moderado e especificidade mais baixa (79%) em comparação ao Exame A. Usá-lo para ambas as faixas etárias aumentaria os custos do sistema e o número de diagnósticos incorretos, especialmente na faixa etária onde a doença é rara.

Alternativa e: Incorreta. Propor o Exame C, que é o mais caro e menos cômodo, justamente para a população de menor prevalência (abaixo de 40 anos), é um erro grave de gestão de recursos e de raciocínio clínico-epidemiológico.

Questão 91

CONCEITO DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

A prevenção quaternária é o conjunto de medidas adotadas para identificar pacientes em risco de sobremedicalização ou de intervenções médicas excessivas e desnecessárias. O objetivo principal é proteger o indivíduo de danos iatrogênicos (causados pela própria assistência à saúde) e sugerir alternativas eticamente aceitáveis, priorizando o princípio da não maleficência (primeiro não causar dano).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A suplementação de vitaminas e polivitamínicos sem indicação clínica baseada em evidências é um exemplo de medicalização excessiva. No contexto desta questão, a prevenção quaternária seria o ato de o médico se recusar a prescrever tais substâncias ou explicar ao paciente a falta de benefício e os riscos envolvidos, evitando assim a intervenção desnecessária.

Alternativa (b) CORRETA: A desprescrição é uma ferramenta fundamental da prevenção quaternária. O uso prolongado de benzodiazepínicos em idosos está associado a riscos graves, como quedas, fraturas de fêmur, dependência e comprometimento cognitivo. Ao identificar que o risco do medicamento supera o benefício e realizar a retirada assistida (desprescrição), o médico está protegendo o paciente de um dano causado pelo excesso de tratamento, o que define perfeitamente a prevenção quaternária.

Alternativa (c) INCORRETA: A realização de exames de imagem em pessoas assintomáticas com o intuito de detectar doenças precocemente é classificada como Prevenção Secundária (rastreamento ou screening). Se o exame for solicitado fora das faixas etárias ou periodicidades recomendadas, ele pode levar ao sobrediagnóstico, mas a descrição da alternativa refere-se à lógica da prevenção secundária.

Alternativa (d) INCORRETA: A solicitação de exames laboratoriais de rotina em pacientes sem sintomas (o chamado check-up) também entra no campo da Prevenção Secundária. Em pediatria, o rastreamento universal com hemograma, fezes e urina em crianças saudáveis é frequentemente criticado por não apresentar evidências de benefício, mas a prática em si é uma tentativa de rastreio.

Alternativa (e) INCORRETA: A utilização de uma intervenção para evitar que uma doença surja (neste caso, a Doença Cardiovascular) é a definição de Prevenção Primária. É importante notar que diretrizes atuais recomendam contra o início da aspirina em idosos acima de 60 anos devido ao risco de sangramento gastrointestinal

e cerebral. Portanto, evitar iniciar essa terapia seria prevenção quaternária, mas o ato de usar a aspirina, conforme descrito, é uma tentativa de prevenção primária.

Questão 92

CLASSIFICAÇÃO DO CASO:

Samara apresenta um quadro clínico típico de dengue (febre, cefaleia, dor retro-orbitária e mal-estar). O ponto-chave para a classificação é o sangramento gengival relatado. De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, pacientes com suspeita de dengue que apresentam sangramento espontâneo de pele ou mucosas (como a gengivorragia ao escovar os dentes), mas que não possuem sinais de alarme graves nem instabilidade hemodinâmica, são classificados no Grupo B.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A paciente não preenche critérios iniciais para o Grupo C. O Grupo C é definido pela presença de sinais de alarme (como dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, hipotensão postural ou letargia). O sangramento de mucosa isolado e sem repercussão hemodinâmica no início da abordagem direciona para o Grupo B para triagem laboratorial.

Alternativa b) Incorreta. Embora identifique corretamente o Grupo B, a conduta descrita para o caso de hematócrito aumentado está equivocada. Se o hematócrito estiver aumentado (sinal de hemoconcentração), o paciente passa a ser manejado como Grupo C, exigindo hidratação venosa imediata e monitorização rigorosa, e não apenas orientação de repouso e retorno diário após uma hora.

Alternativa c) Incorreta. Classifica a paciente erroneamente como Grupo C. Conforme explicado, a ausência de sinais de alarme mais graves ou de extravasamento plasmático evidente no exame físico inicial mantém a paciente no Grupo B para avaliação inicial por hemograma.

Alternativa d) Incorreta. O Grupo A é destinado a pacientes hígidos, sem sinais de alarme e, fundamentalmente, sem qualquer tipo de sangramento (espontâneo ou provocado). O sangramento gengival de Samara obriga a investigação laboratorial (hemograma), o que a retira do Grupo A.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa descreve exatamente o protocolo para o Grupo B. Todo paciente do Grupo B deve realizar hemograma obrigatoriamente e permanecer em observação até o resultado do exame. Se o hematócrito estiver normal e o paciente estável, o tratamento pode ser ambulatorial com hidratação oral

vigorosa, sintomáticos e, obrigatoriamente, reavaliação clínica e laboratorial diária até 48 horas após a defervescência (fim da febre).

RESUMO DIDÁTICO PARA PROVAS:

1. Grupo A: Sem sinais de alarme, sem sangramento, sem condições especiais. Conduta: Hidratação oral e casa.
2. Grupo B: Sem sinais de alarme, mas com sangramento de pele/mucosa ou condições especiais (comorbidades, gestantes, idosos). Conduta: Hemograma obrigatório e observação até o resultado. Se hematócrito normal, conduta igual ao Grupo A com retorno diário. Se hematócrito alterado, conduta igual ao Grupo C.
3. Grupo C: Presença de sinais de alarme (dor abdominal, vômitos, letargia, etc.). Conduta: Hidratação venosa imediata e internação.
4. Grupo D: Sinais de choque ou falência de órgãos. Conduta: Hidratação venosa de emergência e UTI.

Questão 93

A questão aborda o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, instituído para aprimorar a distribuição de recursos e garantir a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). As mudanças mais recentes buscam corrigir distorções de modelos anteriores e focar na equidade.

Alternativa (a) Incorreta: O modelo de financiamento da APS foca primordialmente no custeio, ou seja, no valor destinado à manutenção das equipes e dos serviços no dia a dia. Embora existam investimentos em infraestrutura e construção de Unidades Básicas de Saúde (como os previstos no PAC Seleções), estes não são o objeto central das regras de financiamento do custeio mensal. Além disso, a construção de UBS envolve recursos federais significativos, e não apenas verbas municipais e estaduais.

Alternativa (b) Incorreta: O objetivo de qualquer reforma no financiamento do SUS deve ser o fortalecimento do sistema. Buscar a diminuição do cofinanciamento federal seria contraproducente para a melhoria do acesso e da qualidade. O novo modelo visa, na verdade, garantir um repasse federal mais robusto e previsível para que os municípios consigam manter e ampliar suas redes de cuidado.

Alternativa (c) Incorreta: A Estratégia Saúde da Família (ESF) continua sendo o modelo prioritário e estruturante da APS. O erro da alternativa reside em afirmar que não há previsibilidade ou sustentabilidade. Pelo contrário, as novas normativas (como a Portaria GM/MS nº 3.493/2024) buscam dar maior segurança financeira aos gestores, garantindo repasses fixos que permitem o planejamento a longo prazo das

ações de saúde.

Alternativa (d) Correta: Este é um dos pontos centrais da atualização do modelo de financiamento. Para promover a equidade (tratar desigualmente os desiguais para atingir a igualdade), o cálculo dos repasses passou a considerar o porte populacional do município e critérios de vulnerabilidade socioeconômica. Municípios menores ou com população em situação de maior vulnerabilidade recebem incentivos financeiros diferenciados para compensar as dificuldades estruturais e as maiores necessidades de saúde dessas populações.

Alternativa (e) Incorreta: Embora o componente de qualidade (pagamento por desempenho) seja uma parte importante do financiamento para incentivar a melhoria dos indicadores, ele não representa a metade (50%) dos recursos totais. A estrutura de financiamento é composta por diferentes blocos, sendo o componente fixo (baseado no número de equipes e população) essencial para garantir o funcionamento basal das unidades, independentemente do alcance das metas de desempenho.

Questão 94

O genograma é um instrumento essencial na Estratégia Saúde da Família (ESF) para a avaliação da estrutura e dinâmica familiar. Abaixo, analisamos cada alternativa com base nas normas padronizadas de construção desta ferramenta:

Alternativa a: Incorreta. A legenda é fundamental, pois embora existam símbolos padrões, a família pode apresentar particularidades que exigem anotações específicas. A data de realização é indispensável, uma vez que a configuração familiar é dinâmica e sofre alterações ao longo do tempo (nascimentos, óbitos, divórcios), servindo como um registro histórico no prontuário.

Alternativa b: Incorreta. O recomendado para um genograma completo é a representação de, no mínimo, três gerações, e não quatro. A identificação do paciente índice (a pessoa que serve de referência para o desenho) é realmente obrigatória, geralmente feita com uma seta ou uma linha dupla ao redor do símbolo.

Alternativa c: Correta. Esta é uma das regras básicas de convenção gráfica do genograma. Em casais heterossexuais, o homem é representado por um quadrado à esquerda e a mulher por um círculo à direita. A linha que os une descreve o tipo de vínculo: uma linha contínua para casamento, linha tracejada para união estável, e linhas cortadas por traços diagonais para representar separação ou divórcio.

Alternativa d: Incorreta. Embora os filhos devam ser colocados em ordem

cronológica, da esquerda para a direita (do mais velho para o mais novo), a segunda parte da alternativa invalida a questão. Os abortos (espontâneos ou provocados) devem ser registrados no genograma, geralmente representados por um pequeno "X" ou um triângulo, pois são eventos significativos na história reprodutiva e emocional da família.

Alternativa e: Incorreta. É fundamental identificar quem mora na mesma casa que o paciente índice. Isso é feito por meio de uma linha circular tracejada ao redor dos membros que compartilham o mesmo domicílio (linha de coabitação). Essa informação é crucial para entender a rede de apoio direto e os riscos de transmissão de doenças infectocontagiosas ou estressores domiciliares.

Questão 95

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O atendimento a mulheres em situação de violência deve ser interdisciplinar e compartilhado por toda a equipe de saúde. O médico não deve apenas transferir a responsabilidade ao Serviço Social; ele é o responsável pelo acolhimento inicial, pelo manejo das lesões físicas e pela notificação do caso. A avaliação de demandas psicológicas é uma competência compartilhada, e não exclusiva de um único setor após encaminhamento.

Alternativa b) Incorreta. A notificação de violência contra a mulher é compulsória em todo o território nacional, conforme a Lei nº 10.778/2003. Ela possui fins epidemiológicos e de vigilância em saúde, devendo ser realizada pelo profissional de saúde mesmo sem a concordância da paciente adulta e capaz. É importante não confundir a notificação compulsória (administrativa/sanitária) com a denúncia policial.

Alternativa c) Incorreta. O médico deve prestar assistência integral e identificar, por meio da anamnese, se existem outros tipos de violência associados (como a psicológica ou patrimonial). No entanto, não compete ao médico acionar diretamente a Defensoria Pública para realizar investigações. O papel do profissional de saúde é clínico, assistencial e de notificação aos órgãos de vigilância, além de orientar a paciente sobre onde buscar suporte jurídico.

Alternativa d) Incorreta. Essa conduta fere o princípio da autonomia da paciente e o sigilo médico. O médico deve orientar a paciente sobre a importância do boletim de ocorrência e sobre seus direitos, mas não pode obrigá-la ou acionar a polícia contra a sua vontade, exceto em situações muito específicas de risco iminente de morte ou quando houver dever legal explícito (como em casos envolvendo menores de idade).

ou idosos). Forçar a intervenção policial pode, inclusive, aumentar o risco de retaliação do agressor contra a vítima.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa foca no acolhimento, na educação em saúde e no empoderamento da paciente. O médico deve esclarecer que a rede de proteção à mulher (como o Ligue 180 e os Centros de Referência de Atendimento à Mulher) pode ser acionada para suporte, acolhimento e denúncia, e que a paciente tem autonomia para decidir como proceder judicialmente. O esclarecimento de que o apoio da rede de enfrentamento não depende estritamente da abertura imediata de um boletim de ocorrência ajuda a construir um vínculo de confiança e segurança para que a mulher saia do ciclo de violência.

Questão 96

Para compreender a questão, devemos utilizar as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo INCA. O rastreamento é indicado para mulheres (ou pessoas com colo do útero) entre 25 e 64 anos que já iniciaram a vida sexual. A regra de periodicidade padrão é: realizar dois exames com intervalo de um ano entre eles; se ambos apresentarem resultados normais, as próximas coletas devem ser feitas a cada três anos.

Alternativa A - Incorreta. Pacientes em tratamento quimioterápico são consideradas imunossuprimidas. Para pessoas imunossuprimidas, a recomendação é de rastreamento anual (no caso de HIV, com exames semestrais no primeiro ano se houver contagem de CD4 baixa). No entanto, o enunciado busca a aplicação da rotina básica de transição de periodicidade. Além disso, como ela está há cinco anos sem realizar o exame, ela deve realizar uma coleta imediata para reiniciar o rastreio, mas a alternativa E descreve com maior precisão a fase obrigatória de coleta anual do protocolo de rotina.

Alternativa B - Incorreta. O rastreamento deve ser realizado até os 64 anos de idade. Mulheres com 65 anos ou mais que apresentarem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos podem ter a coleta encerrada. Como esta paciente de 65 anos já possui dois exames anuais negativos, ela atingiu o critério para a cessação do rastreio, não havendo necessidade de coleta anual.

Alternativa C - Incorreta. A paciente está na faixa etária correta (25 a 64 anos), porém já cumpriu o requisito inicial de dois exames anuais consecutivos negativos. De acordo com a norma técnica, após dois resultados anuais normais, o intervalo de coleta passa a ser trienal. Portanto, ela não deve realizar o exame anualmente.

Alternativa D - Incorreta. Homens trans que mantêm a estrutura do colo do útero

devem ser submetidos ao rastreamento seguindo os mesmos critérios e periodicidade aplicados às mulheres cis. Como este paciente de 25 anos já possui dois exames anuais negativos, ele também deve migrar para o intervalo de coleta trienal.

Alternativa E - Correta. Esta paciente tem 29 anos (está na faixa etária de rastreio) e realizou apenas o primeiro exame da sua vida há um ano. Para que ela possa passar para o intervalo de coleta a cada três anos, o protocolo exige obrigatoriamente dois exames anuais consecutivos negativos. Como ela tem apenas um resultado negativo, ela deve realizar o segundo exame agora (um ano após o primeiro) para completar o ciclo inicial e, se este novo resultado for negativo, poderá passar para o regime trienal. Portanto, esta é a situação em que a coleta anual deve ser realizada.

Questão 97

Para entender a classificação de risco cardiovascular (RCV), utilizamos as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). A estratificação é fundamental para definir as metas terapêuticas, especialmente para o LDL-colesterol.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Correta: Pacientes com Diabetes Mellitus (DM) são classificados automaticamente como, no mínimo, risco intermediário. Para que um paciente diabético seja considerado de "Alto Risco", ele precisa apresentar fatores estratificadores (como idade avançada, tempo de doença > 10 anos, hipertensão, tabagismo, etc.). No caso desta paciente (mulher, 52 anos), ela não atinge o critério de idade para ser fator estratificador no DM (que para mulheres é > 54 anos) e possui diagnóstico recente sem outros agravantes. Portanto, ela permanece na categoria de Risco Intermediário.

Alternativa (b) Incorreta: A presença de Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) é considerada uma manifestação de doença aterosclerótica estabelecida. De acordo com as diretrizes, pacientes com doença vascular clinicamente manifesta (infarto prévio, AVC, aneurisma de aorta, arteriopatia periférica) são classificados como de Risco Muito Alto.

Alternativa (c) Incorreta: A identificação de placas ateroscleróticas em exames de imagem (como angiotomografia de coronárias, ultrassom de carótidas com estenose > 50% ou escore de cálcio > 100) caracteriza aterosclerose subclínica significativa. Esses achados reclassificam o paciente diretamente para o grupo de Alto Risco.

Alternativa (d) Incorreta: Esta paciente possui Diabetes Mellitus associado à

Hipertensão Arterial Sistêmica. A presença de um fator de risco maior associado ao DM (como hipertensão, tabagismo ou dislipidemia) funciona como um estratificador de risco, elevando a categoria da paciente de intermediária para Alto Risco.

Alternativa (e) Incorreta: Embora este paciente também tenha DM por um período curto (5 anos), ele é do sexo masculino e tem 52 anos. Para homens diabéticos, a idade superior a 48 anos é considerada um fator estratificador de risco pela SBC. Assim, a simples presença da idade > 48 anos em um homem diabético já o desloca para a categoria de Alto Risco.

Resumo da Estratificação no Diabetes (SBC):

1. Risco Muito Alto: DM + doença cardiovascular estabelecida ou insuficiência renal grave.
2. Alto Risco: DM + fatores estratificadores (Ex: Homem > 48 anos, Mulher > 54 anos, DM > 10 anos, Hipertensão, Tabagismo, Síndrome Metabólica).
3. Risco Intermediário: DM sem os critérios acima (como o caso da alternativa A).

Questão 98

Para resolver essa questão, é necessário correlacionar o quadro clínico da paciente com o estadiamento da sífilis, o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde e o protocolo de seguimento laboratorial.

1. Estadiamento:

A paciente apresenta manchas maculopapulares pelo corpo, incluindo a palma das mãos, sem prurido. Essas são as lesões clássicas da sífilis secundária (sífilíides). Como a relação sexual desprotegida ocorreu há 9 meses (menos de 1 ano), trata-se de sífilis recente secundária. Se a paciente não tivesse sintomas, seria classificada como sífilis latente recente.

2. Esquema Terapêutico:

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o tratamento para sífilis recente (primária, secundária e latente recente com menos de um ano de evolução) é feito com benzilpenicilina benzatina, 2,4 milhões de UI, via intramuscular, em dose única.

3. Seguimento:

O monitoramento da cura é realizado com testes não treponêmicos (VDRL ou RPR). Em pacientes não gestantes, o seguimento deve ser trimestral (nos 3º, 6º, 9º e 12º meses após o tratamento). O seguimento mensal é exclusivo para gestantes, visando evitar a sífilis congênita.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O erro está no tempo de tratamento e na frequência do seguimento. As 3 doses (uma por semana) são indicadas para sífilis tardia (latente tardia, latente de tempo ignorado ou terciária). O teste mensal é para gestantes.

Alternativa b) Incorreta. A paciente não possui sífilis latente, pois apresenta manifestações clínicas (lesões na pele e mãos). Além disso, a latente tardia exigiria 3 doses de penicilina.

Alternativa c) Incorreta. A sífilis primária é caracterizada pelo cancro duro (úlcera genital), que a paciente não relata ter percebido. O quadro atual é de disseminação (secundária). O seguimento mensal também está incorreto para uma paciente não gestante.

Alternativa d) Correta. O quadro clínico de manchas nas mãos e corpo define a sífilis secundária. Como a infecção tem 9 meses, é classificada como recente. O tratamento para sífilis recente é dose única de 2,4 milhões de UI de benzilpenicilina benzatina e o seguimento em adultos não gestantes é trimestral.

Alternativa e) Incorreta. A sífilis latente é aquela em que não há sinais ou sintomas clínicos, o que não se aplica ao caso de Joana, que tem lesões visíveis. O seguimento mensal também está incorreto para o perfil da paciente.

Questão 99

Alternativa (a) Incorreta: A vacina dT (Dupla Adulto), que protege contra difteria e tétano, deve ter seu reforço administrado a cada 10 anos em condições de rotina. O intervalo é reduzido para 5 anos apenas em casos específicos de ferimentos propensos ao tétano. Como João tem 11 anos e a última dose provavelmente ocorreu aos 4 anos (reforço da DTP), ele ainda não completou o intervalo de 10 anos necessário para o reforço de rotina.

Alternativa (b) Correta: De acordo com a atualização mais recente do Ministério da Saúde (Nota Técnica de 2024), o esquema vacinal contra o HPV foi simplificado para dose única para meninos e meninas de 9 a 14 anos de idade. Portanto, para João, que tem 11 anos e ainda não foi vacinado, a conduta correta é indicar a dose única da vacina HPV.

Alternativa (c) Incorreta: A vacinação contra o HPV é uma estratégia de saúde pública universal para a faixa etária de 9 a 14 anos, visando a prevenção de cânceres e

verrugas genitais. Embora vítimas de violência sexual e outros grupos imunossuprimidos tenham esquemas específicos, a vacina não é restrita a esses casos.

Alternativa (d) Incorreta: Um princípio básico da imunização é que dose aplicada é dose contada. Caso o histórico vacinal esteja atrasado, o profissional deve apenas completar o esquema de onde parou, nunca reiniciar as séries vacinais já iniciadas.

Alternativa (e) Incorreta: A vacina Meningocócica ACWY (Conjugada) é indicada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) para adolescentes de 11 a 14 anos em dose única, independentemente de terem recebido doses ou reforços prévios de Meningocócica C ou ACWY durante a infância. O objetivo é ampliar a proteção contra outros sorogrupos e garantir imunidade durante a adolescência, fase de maior transmissibilidade da doença.

Questão 100

O caso clínico descreve o paciente Mauro, de 55 anos, que apresenta sintomas constitucionais importantes (fadiga, emagrecimento e anorexia). O ponto crucial da questão reside no histórico social do paciente: ele é egresso do sistema prisional, tendo ficado detido por dois anos.

No Brasil, o Ministério da Saúde define grupos de populações vulneráveis com maior risco de adoecimento por tuberculose (TB). Pessoas privadas de liberdade (ou com histórico recente de detenção) possuem um risco de contágio e desenvolvimento da doença muito superior ao da população geral. Nesses grupos de alto risco, a investigação de tuberculose deve ser iniciada mesmo na ausência de sintomas respiratórios clássicos, como a tosse, sempre que houver sintomas sistêmicos (emagrecimento, febre vespertina, sudorese noturna ou astenia). Além disso, a vulnerabilidade social e o tempo de reclusão impõem a necessidade de rastreio para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O PPD (Teste Tuberculínico) avalia a infecção latente. No entanto, diante de sintomas sistêmicos (emagrecimento e dor no corpo) em um paciente de alto risco, é obrigatória a investigação de tuberculose ativa, o que exige exames de imagem e pesquisa direta do bacilo, e não apenas o PPD.

Alternativa B: Incorreta. Embora o rastreio de ISTs seja indicado pela vulnerabilidade do paciente, a alternativa é incompleta por ignorar a forte suspeita epidemiológica de tuberculose, dada a história de encarceramento e a perda ponderal.

Alternativa C: Incorreta. Espirometria e ecocardiograma são exames de segunda linha ou voltados para patologias crônicas específicas (como DPOC ou insuficiência cardíaca). Diante de um quadro de emagrecimento importante e histórico de prisão, o foco inicial deve ser em doenças infectocontagiosas (TB e HIV).

Alternativa D: Incorreta. De acordo com os protocolos de vigilância epidemiológica, em populações de alta vulnerabilidade (moradores de rua, pessoas privadas de liberdade e imunossuprimidos), a ausência de tosse ou febre não exclui a necessidade de investigar tuberculose quando há outros sintomas sugestivos ou risco epidemiológico elevado.

Alternativa E: Correta. Esta conduta é a mais completa e adequada ao protocolo do Ministério da Saúde. Os testes rápidos para ISTs (HIV, sífilis, hepatites B e C) rastreiam condições comuns em egressos do sistema prisional. A coleta de escarro (baciloscopia ou teste rápido molecular) e o raio X de tórax buscam diagnosticar a tuberculose ativa (forma pulmonar), enquanto o PPD auxilia na identificação de infecção latente ou suporte diagnóstico em casos paucibacilares. Mesmo sem tosse, o rastreio pulmonar é justificado pelo emagrecimento e histórico social.
