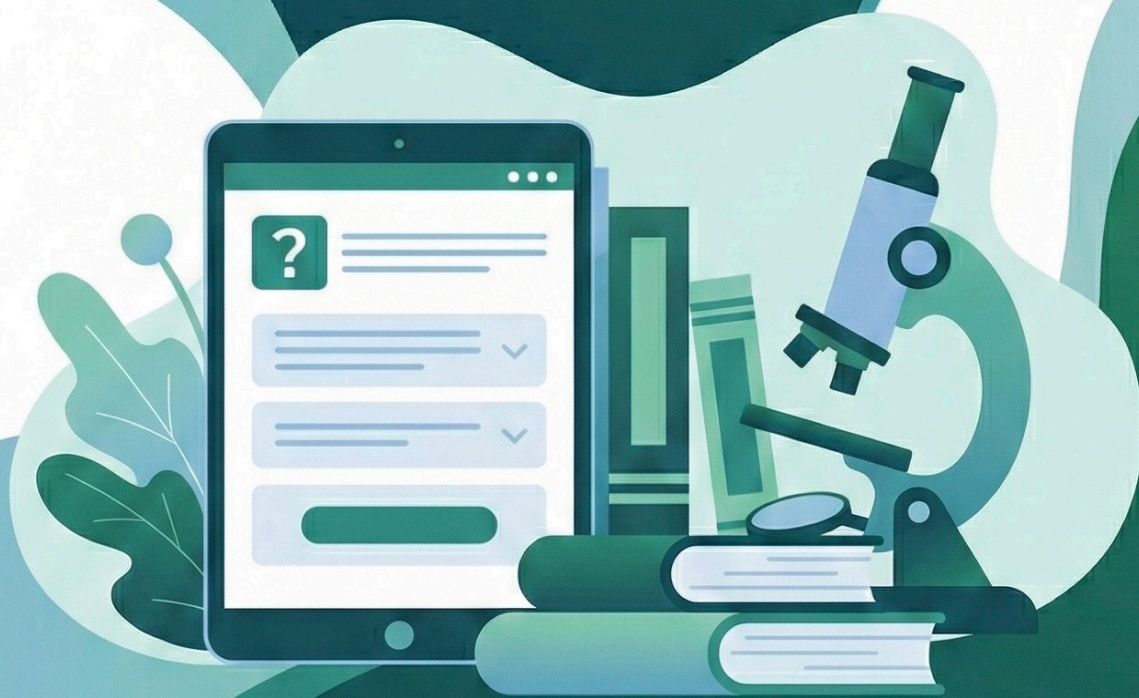




# ENARE

GABARITO | 2025 | DF | 100 Questões



## Gabarito: ENARE

2025 | DF

---

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

## Comentários e Explicações

### Questão 1

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 60 anos apresenta um quadro clássico de deficiência de vitamina B12 (cobalamina). Os pontos fundamentais para o diagnóstico são:

1. Manifestações Hematológicas: Anemia macrocítica (VCM elevado) e hipoproliferativa (reticulocitopenia).
2. Manifestações Neurológicas e Psiquiátricas: Parestesias em membros inferiores (sugerindo polineuropatia ou degeneração combinada subaguda da medula) e déficit cognitivo (demência reversível).
3. Confirmação Laboratorial: Nível de vitamina B12 de 125 pg/mL, claramente abaixo do valor de referência.

#### FUNDAMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

O tratamento da deficiência de vitamina B12 deve ser iniciado prontamente para evitar a irreversibilidade das lesões neurológicas. Em pacientes com sintomas neurológicos e cognitivos, a via intramuscular (IM) é a preferencial e obrigatória na fase inicial, garantindo biodisponibilidade imediata e saturação das reservas corporais, independentemente de problemas de absorção gastrointestinal (como ocorre na anemia perniciosa).

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora estudos mostrem que doses orais muito altas (1000 a 2000 mcg/dia) podem ser eficazes para tratar a anemia, elas não são a primeira escolha na presença de sintomas neurológicos graves ou cognitivos. Além disso, a manutenção de 1000 mcg oral apenas uma vez por mês é insuficiente para manter os níveis terapêuticos.

Alternativa b) Incorreta. A fase de ataque parenteral está correta, mas a manutenção por via oral uma vez por mês é farmacologicamente inadequada. Se a via oral for escolhida para manutenção, a administração deve ser diária para compensar a baixa taxa de absorção passiva.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve o protocolo padrão para pacientes sintomáticos do ponto de vista neurológico. A administração intramuscular diária de cianocobalamina (geralmente por 7 a 14 dias) visa à reposição rápida, seguida por doses semanais para consolidação do tratamento enquanto se investiga a causa-base (como pesquisa de anticorpos anticélula parietal e antifator intrínseco para anemia

perniciosa).

Alternativa d) Incorreta. O esquema de administração parenteral três vezes por semana não é o padrão-ouro estabelecido para a fase de ataque inicial em casos de déficit neurológico. Além disso, o tratamento "para o resto da vida" só deve ser determinado após a confirmação de que a causa da deficiência é irreversível (como na anemia perniciosa ou pós-gastrectomia).

Alternativa e) Incorreta. O tratamento não pode ser limitado apenas até a mitigação dos sintomas. A deficiência de B12 exige uma fase de manutenção prolongada (mensal, se parenteral) para evitar a recorrência dos sintomas e a progressão dos danos neurológicos, uma vez que as reservas corporais demoram a ser repostas e a causa-base frequentemente persiste.

GABARITO: Letra (c).

---

## Questão 2

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um paciente com imunodeficiência avançada (CD4 de 45 células/mm<sup>3</sup>) que, após um mês de início da Terapia Antirretroviral (TARV), apresenta piora clínica exuberante. O surgimento de febre, linfadenomegalias com centro necrótico e fistulização, além de infiltrado reticulonodular pulmonar e espessamento de íleo distal, sugere fortemente Tuberculose (disseminada e ganglionar) que se manifestou após a recuperação da imunidade. Este fenômeno é conhecido como SIRI (Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune). A SIRI ocorre quando o sistema imunológico, ao recuperar sua função devido à TARV, passa a responder de forma exagerada e patológica a antígenos de patógenos presentes no organismo (vivos ou mortos). No caso relatado, a piora clínica com hipoxemia e prostração indica uma resposta inflamatória grave.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A suspensão da TARV geralmente não é recomendada no manejo da SIRI, exceto em casos excepcionais com risco de morte imediata por compressão de estruturas vitais (como em casos selecionados de neurocriptococose com hipertensão intracraniana incontrolável). Suspender a TARV permite que a carga viral do HIV volte a subir, prejudicando a recuperação imunológica a longo prazo.

Alternativa B (Incorreta): Embora o linfoma seja uma neoplasia comum em pacientes com HIV, as características de febre vespertina, linfonodos com centro necrótico e

fistulização, além do tempo de início após a TARV, apontam prioritariamente para uma micobacteriose (Tuberculose). A biópsia pode ser necessária para confirmação, mas a hipótese principal é SIRI por Tuberculose.

Alternativa C (Incorreta): O tratamento para a causa base (tuberculose) deve sim ser iniciado após coleta de exames, mas a alternativa falha ao focar apenas em sintomáticos intestinais (procinéticos e laxativos). O paciente apresenta uma emergência inflamatória (hipoxemia e prostração) que exige a modulação da resposta imune, não apenas o manejo da constipação.

Alternativa D (Incorreta): O erro principal desta alternativa é a orientação de suspender a TARV. A investigação com escarro e biópsia de linfonodo está correta do ponto de vista diagnóstico, mas a interrupção do tratamento antirretroviral não é a conduta preconizada na SIRI por tuberculose.

Alternativa E (Correta): Esta é a conduta preconizada. Diante de um quadro de SIRI com gravidade (hipoxemia e piora do estado geral), deve-se manter a TARV para garantir o controle da replicação do HIV e associar o uso de corticosteroides (como a prednisona ou dexametasona). O corticoide atua reduzindo a cascata inflamatória exacerbada que está causando os danos orgânicos, permitindo que o paciente se estabilize enquanto o tratamento específico para a infecção oportunista (tuberculose) faça efeito.

---

### Questão 3

Esta questão aborda a propedêutica da dor lombar e a identificação de sinais de alerta (\*red flags\*). O paciente em questão apresenta diversos fatores que exigem cautela: idade superior a 50 anos, carga tabágica elevada (75 maços-ano), sintomas neurológicos (dormência e irritação radicular sugerida pelos sinais de Lasègue e Kernig) e dor de início recente.

Alternativa a: Incorreta. Embora a investigação de neoplasia seja necessária devido à idade e ao tabagismo, o termo "conduta mais agressiva" é vago e não define os passos propedêuticos corretos. A dor de 3 semanas é, de fato, classificada como aguda (até 4 semanas), mas a investigação deve ser estruturada e não necessariamente agressiva no sentido de intervencionista.

Alternativa b: Incorreta. A ressonância magnética (RNM) é o exame de maior sensibilidade para avaliar o canal vertebral, mas seu uso não é considerado obrigatório de imediato se não houver sinais de emergência neurológica franca, como a síndrome da cauda equina (perda de controle esfinteriano ou anestesia em sela) ou déficit motor progressivo grave.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve a abordagem diagnóstica inicial recomendada para pacientes com sinais de alerta para causas secundárias (como câncer ou infecção). O hemograma, o VHS e a PCR são exames de triagem para processos inflamatórios, infecciosos ou neoplásicos (como o mieloma múltiplo). A radiografia de tórax é essencial para rastrear um possível sítio primário de câncer (pulmão), considerando a alta carga tabágica. A RNM de coluna é indicada caso o tratamento conservador (analgesia e orientações) falhe ou se houver progressão dos sintomas.

Alternativa d: Incorreta. A investigação da dor lombar não deve ser universal e automática para todos acima de 50 anos sem considerar os sinais e sintomas associados. Além disso, o uso de contraste venoso na RNM não é a conduta de rotina para todos os casos iniciais, sendo reservado para suspeitas específicas de tumores ou infecções (discite/osteomielite).

Alternativa e: Incorreta. Os sinais de alarme são as ferramentas mais importantes para decidir a necessidade de exames de imagem. Ignorá-los e solicitar exames para todos os pacientes nessa faixa etária levaria a um excesso de diagnósticos de alterações degenerativas normais do envelhecimento, que muitas vezes não são a causa da dor, gerando custos e ansiedade desnecessários.

---

#### **Questão 4**

Esta questão aborda o manejo do herpes-zóster em um paciente com alto grau de imunossupressão. O paciente em questão possui lúpus eritematoso sistêmico (LES) com atividade grave (nefrite e cardite) e está em uso de terapia imunossupressora potente (pulsoterapia com corticoide e ciclofosfamida).

A análise do caso clínico revela dois pontos cruciais:

1. Imunossupressão grave: O uso de ciclofosfamida e doses elevadas de corticoides comprometem severamente a imunidade celular, aumentando o risco de disseminação do vírus varicela-zóster (VVZ).
2. Apresentação clínica: O envolvimento de mais de um dermatomo (oftálmico e maxilar) e a localização na face sugerem uma apresentação mais agressiva, com risco de complicações oculares e neurológicas.

Abaixo, a análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O aciclovir oral em altas doses (800 mg, 5 vezes ao dia) é o tratamento padrão para pacientes imunocompetentes com herpes-zóster localizado. No entanto, para pacientes com imunossupressão grave, envolvimento de múltiplos

dermátomos ou risco de disseminação visceral, a via oral é insuficiente devido à menor biodisponibilidade e à necessidade de níveis séricos terapêuticos rápidos e elevados. Além disso, o paciente precisa de monitoramento hospitalar.

Alternativa B (Incorreta): A profilaxia pós-exposição com a vacina de vírus vivos atenuados não deve ser feita de forma indiscriminada, especialmente em ambiente hospitalar com outros pacientes imunossuprimidos. Além disso, a prioridade absoluta no momento é o tratamento curativo do paciente e o bloqueio da transmissão, e não apenas a vacinação de terceiros.

Alternativa C (Correta): Em pacientes gravemente imunossuprimidos com herpes-zóster, existe o risco de zóster disseminado (definido geralmente por mais de 20 lesões fora do dermatomo primário ou envolvimento de múltiplos dermatomos). Nessas condições, o vírus pode ser transmitido não apenas por contato direto com as lesões, mas também por aerossóis (via respiratória). Portanto, a internação em isolamento de contato e respiratório (aerossóis) é necessária. O tratamento de escolha é o aciclovir parenteral (venoso) para garantir eficácia máxima e prevenir complicações viscerais (hepatite, pneumonite, encefalite).

Alternativa D (Incorreta): Embora o início precoce do antiviral (nas primeiras 72 horas) seja o ideal para reduzir a dor e a duração das lesões, em pacientes imunossuprimidos o tratamento está indicado mesmo após 72 horas do início das vesículas, pois a replicação viral nesses indivíduos é prolongada. O uso de antibióticos profiláticos não é indicado; eles seriam usados apenas se houvesse evidência de infecção bacteriana secundária.

Alternativa E (Incorreta): Embora mencione o isolamento (pressão negativa e precauções), esta alternativa falha ao indicar o aciclovir por via oral. O paciente com LES em vigência de ciclofosfamida e envolvimento de múltiplos dermatomos faciais tem indicação absoluta de terapia parenteral inicial até que não surjam novas lesões e as atuais apresentem crostas. Além disso, a máscara cirúrgica mencionada é insuficiente para precaução de aerossóis (que exige máscara N95/PPF2).

---

## Questão 5

O quadro clínico descrito é clássico para a Síndrome de POEMS, uma desordem multissistêmica rara associada a uma discrasia de plasmócitos. O acrônimo POEMS refere-se a: Polineuropatia, Organomegalia, Endocrinopatia, Proteína Monoclonal e alterações de Pele (Skin).

A paciente apresenta todos os componentes do acrônimo e outros achados associados:

1. Polineuropatia: Déficit sensitivo-motor distal com padrão desmielinizante.
2. Organomegalia: Hepatoesplenomegalia observada no exame físico.
3. Endocrinopatia: Hipotireoidismo (uso de levotiroxina) e cistos tireoidianos.
4. Proteína Monoclonal: É um critério obrigatório para o diagnóstico, que deve ser buscado ativamente.
5. Skin (Pele): Lesões cutâneas hipercrômicas.
6. Outros achados: Lesões osteoescleróticas (altamente sugestivas), ascite, derrame pleural/pericárdico (sobrecarga de volume) e papiledema (hipertensão intracraniana idiopática/pseudotumor cerebral manifestado por cefaleia e turvação visual).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o fenômeno de Raynaud e a ascite possam ocorrer em doenças do tecido conjuntivo (como esclerodermia ou lúpus), essas patologias não explicam as lesões osteoescleróticas nem o padrão específico de polirradiculoneuropatia desmielinizante associado a esse conjunto de sintomas multissistêmicos.

Alternativa b) Correta. Para fechar o diagnóstico de Síndrome de POEMS, é obrigatória a demonstração de uma discrasia plasmocitária. A eletroforese de proteínas com imunofixação (tanto no sangue quanto na urina) é o passo fundamental para identificar a presença de uma proteína monoclonal (geralmente de cadeia leve lambda), que é um dos critérios maiores obrigatórios da doença.

Alternativa c) Incorreta. A amiloidose sistêmica (AL) é um diagnóstico diferencial importante de polineuropatia e organomegalia. No entanto, a amiloidose geralmente causa lesões ósseas líticas (se houver associação com mieloma) e não osteoescleróticas. Além disso, a hipertensão intracraniana e as lesões cutâneas hipercrômicas são marcos da POEMS, não da amiloidose.

Alternativa d) Incorreta. A biópsia de peritônio seria indicada na suspeita de carcinomatose peritoneal ou tuberculose peritoneal em casos de ascite com gradiente de albumina soro-ascite (GASA) baixo. Embora a paciente tenha ascite, essa é uma manifestação secundária da síndrome de extravasamento capilar ou infiltração da doença de base, e a biópsia não esclareceria o diagnóstico sistêmico.

Alternativa e) Incorreta. A punção de cisto tireoidiano avaliaria uma patologia localizada na tireoide, mas não explicaria a síndrome consumptiva, a polineuropatia grave, as lesões ósseas e a organomegalia. A endocrinopatia é apenas uma parte de uma síndrome maior.

## Questão 6

Diagnóstico: Trata-se de uma paciente de 20 anos com quadro compatível com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). O diagnóstico é confirmado pela presença de critérios clínicos e laboratoriais: anasarca e hipertensão sugerindo acometimento renal (nefrite lúpica), FAN reagente em altos títulos (1:320), anti-DNA e anti-Sm positivos, além de hipocomplementemia (C3 e C4 baixos).

Análise da Anemia: A paciente apresenta Hb de 7,0 g/dL. Os exames complementares revelam reticulocitose (18%), elevação acentuada de LDH (1150 UI/L), hiperbilirrubinemia indireta (BT: 4,2 e BD: 0,4, resultando em BI: 3,8 mg/dL) e Teste de Coombs Direto positivo. Esse conjunto de achados define uma Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI), uma manifestação hematológica clássica do LES.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A eritropoetina é utilizada para tratar a anemia da doença renal crônica, causada pela deficiência de produção desse hormônio pelos rins. No caso clínico, embora haja sinais de nefrite, a causa imediata e principal da anemia severa é a destruição periférica das hemácias (hemólise), e não a falta de produção medular.

b) Correta. O tratamento de primeira linha para a Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI) são os corticosteroides (como a prednisona ou pulsoterapia com metilprednisolona). Eles atuam reduzindo a produção de autoanticorpos e diminuindo a destruição das hemácias sensibilizadas pelos macrófagos no baço. Como a paciente apresenta um quadro de LES em franca atividade, o corticoide é a conduta imediata para estabilizar tanto a hemólise quanto a inflamação sistêmica e renal.

c) Incorreta. A ferritina da paciente está elevada (650 ng/mL), o que indica que os estoques de ferro estão preservados (e possivelmente aumentados devido à liberação de ferro das hemácias lisadas e ao estado inflamatório). A reposição de ferro não está indicada e não corrigiria o processo hemolítico.

d) Incorreta. A hemotransfusão em casos de AHAI é reservada para situações de instabilidade hemodinâmica ou risco iminente de morte, pois a presença de autoanticorpos dificulta a prova cruzada e pode causar reações transfusionais graves, além de "alimentar" o processo de hemólise. A paciente, apesar da anemia, apresenta-se hemodinamicamente estável (PA 160x90 mmHg, FC 97 bpm). O tratamento farmacológico deve ser priorizado.

e) Incorreta. A hidroxicloroquina é um medicamento fundamental no tratamento de manutenção de todos os pacientes com LES, pois reduz o número de crises e melhora a sobrevida a longo prazo. No entanto, ela não tem ação rápida ou potente o

suficiente para tratar uma anemia hemolítica aguda e grave, sendo o corticoide a droga de escolha para o manejo imediato.

### Questão 7

A Pneumonia em Organização (PO) é um padrão de resposta pulmonar a uma agressão alveolar, caracterizada pela presença de tecido de granulação dentro dos alvéolos e ductos alveolares. Quando a causa é idiopática, é denominada Pneumonia em Organização Criptogênica (POC). O diagnóstico clínico-radiológico baseia-se em um quadro subagudo e achados tomográficos específicos.

Alternativa a: Incorreta. Achados de fibrose apical e cavitações são clássicos da tuberculose pulmonar ou de infecções fúngicas crônicas (como a paracoccidiodomicose). Na pneumonia em organização, as consolidações costumam ser periféricas, subpleurais e raramente apresentam cavitação ou localização puramente apical.

Alternativa b: Incorreta. O padrão reticulonodular difuso é característico de outras doenças intersticiais, como a linfangite carcinomatosa, sarcoidose ou tuberculose miliar. Além disso, o tempo de evolução de apenas uma semana é muito curto para o perfil típico da POC, que costuma se manifestar entre 2 e 6 semanas (quadro subagudo).

Alternativa c: Incorreta. Uma consolidação lobar única associada a febre alta e início agudo é a apresentação clássica da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) de etiologia bacteriana (ex: *Streptococcus pneumoniae*). A pneumonia em organização geralmente se apresenta com múltiplas áreas de consolidação ("em manchas") e febre baixa ou persistente.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve precisamente os achados tomográficos mais comuns da pneumonia em organização: consolidações irregulares do espaço aéreo, opacidades em vidro fosco e pequenos nódulos, muitas vezes com distribuição peribronquovascular ou subpleural. Embora a questão mencione a forma criptogênica (idiopática), o padrão de pneumonia em organização pode ser secundário a drogas e toxinas, sendo a cocaína um agente etiológico conhecido para esse tipo de lesão pulmonar.

Alternativa e: Incorreta. Os achados descritos — opacidades evanescentes, bronquiectasias, impactação mucoide (sinal do dedo de luva), eosinofilia e asma (broncoespasmo) — definem o diagnóstico de Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA). Embora as opacidades migratórias (evanescentes) possam ocorrer na pneumonia em organização, a presença de obstrução brônquica por muco e

eosinofilia direciona o diagnóstico para a ABPA.

## Questão 8

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descreve um paciente com Esofagite Eosinofílica (EEo), uma doença inflamatória crônica do esôfago, imunomediada, caracterizada por sintomas de disfunção esofágica (como a disfagia para sólidos e a impactação alimentar) e infiltrado inflamatório rico em eosinófilos (pelo menos 15 eosinófilos por campo de grande aumento na biópsia).

O tratamento da EEo baseia-se em três pilares principais, conhecidos como os três Ds: Drogas (Inibidores da Bomba de Prótons - IBP ou corticoides), Dieta e Dilatação (se houver estenose). No caso em questão, o paciente já realizou o teste terapêutico com IBP (esomeprazol) sem sucesso e tentou a restrição dietética, também sem resposta. O próximo passo lógico na linha de tratamento é o uso de corticoterapia tópica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O sucralfato é um protetor da mucosa gástrica utilizado principalmente em casos de úlceras e gastrites. Ele não atua no processo inflamatório eosinofílico específico da EEo e não faz parte das diretrizes de tratamento para essa patologia.

Alternativa b) Incorreta. O paciente já utilizou esomeprazol em dose plena (40 mg/dia) por 6 meses sem melhora clínica. Trocar por outro IBP dificilmente traria benefício, pois a falha terapêutica a essa classe já foi demonstrada. É necessário mudar o mecanismo de ação do tratamento.

Alternativa c) Incorreta. Embora terapias biológicas (como o dupilumabe) tenham sido aprovadas recentemente para casos graves ou refratários de esofagite eosinofílica, elas não são a primeira escolha após a falha do IBP e da dieta. Antes de partir para biológicos, deve-se tentar o tratamento convencional com corticoides tópicos, que apresentam excelente taxa de resposta.

Alternativa d) Incorreta. Procinéticos como a domperidona auxiliam no esvaziamento gástrico e podem ser usados no refluxo gastroesofágico associado à dismotilidade, mas não possuem efeito sobre a inflamação tecidual por eosinófilos característica da EEo.

Alternativa e) Correta. Os esteroides tópicos (fluticasona ou budesonida) são considerados tratamentos de primeira linha para a EEO. A medicação deve ser administrada por via oral, mas de forma que entre em contato direto com a mucosa esofágica (engolindo o spray de fluticasona ou utilizando budesonida viscosa), agindo localmente para reduzir o infiltrado eosinofílico e a inflamação, melhorando os sintomas de disfagia. Como o paciente não respondeu ao IBP nem à dieta, o esteroide tópico é a estratégia de intervenção mais adequada.

## Questão 9

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de Estenose Mitral de etiologia reumática (história de reumatismo na infância, B1 acentuada e sopro diastólico no foco mitral). Além disso, possui diagnóstico de Fibrilação Atrial (FA) documentada pelo Holter e um antecedente de evento isquêmico cerebral (AVC/AIT).

O ponto fundamental para a resolução desta questão é identificar que estamos diante de uma Fibrilação Atrial Valvar. Pelas diretrizes atuais, a FA valvar é definida especificamente pela presença de Estenose Mitral moderada a grave (geralmente reumática) ou pelo uso de próteses valvares mecânicas.

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

A alternativa (d) indica a Varfarina com ajuste de dose pelo INR. Em pacientes com FA associada à estenose mitral moderada ou grave, os novos anticoagulantes orais (DOACs), como rivaroxabana e apixabana, não foram adequadamente estudados ou mostraram-se inferiores aos antagonistas da vitamina K. Portanto, a Varfarina continua sendo o padrão-ouro e a única indicação formal de anticoagulação para prevenção de fenômenos tromboembólicos nesse grupo específico de pacientes. O alvo terapêutico do INR nesses casos é geralmente entre 2,0 e 3,0.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a) e (c): Rivaroxabana e Apixabana são anticoagulantes orais diretos (DOACs). Embora sejam excelentes opções para a FA não valvar, eles são contraindicados na presença de estenose mitral moderada a grave de origem reumática. O estudo INVICTUS, por exemplo, demonstrou que a varfarina é superior aos DOACs em pacientes com cardiopatia reumática e FA.

Alternativa (b): A Aspirina (ácido acetilsalicílico) não é eficaz na prevenção de eventos cardioembólicos em pacientes com fibrilação atrial, especialmente em

quadros de alto risco como o da paciente (estenose mitral + FA + AVC prévio). O uso de antiagregantes plaquetários isolados não substitui a anticoagulação nesses casos.

Alternativa (e): O Metoprolol é um betabloqueador utilizado para o controle da frequência cardíaca ou manutenção do ritmo, mas ele não possui efeito antitrombótico. A questão solicita especificamente a conduta para a "prevenção de embolização sistêmica", o que exige necessariamente o uso de um anticoagulante, e não apenas o controle do ritmo ou da frequência.

## RESUMO

Diante de uma paciente com Fibrilação Atrial e Estenose Mitral moderada/grave (FA valvar), o tratamento de escolha para prevenção de tromboembolismo é a anticoagulação com antagonista da vitamina K (Varfarina), independentemente do escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ou da função renal (desde que não haja contraindicação absoluta).

## Questão 10

A Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM) é uma emergência médica decorrente do uso de medicamentos que bloqueiam os receptores de dopamina, como os antipsicóticos. O quadro clínico é marcado por uma tétrade característica: alteração do nível de consciência, rigidez muscular intensa (em cano de chumbo), hipertermia (febre alta) e instabilidade autonômica (como hipertensão e taquicardia). Laboratorialmente, o aumento da creatinofosfoquinase (CPK) é um achado comum devido à lesão muscular provocada pela rigidez.

O tratamento inicial baseia-se na suspensão imediata do agente causador e suporte clínico intensivo. Quando o suporte básico não é suficiente, o arsenal medicamentoso específico deve ser utilizado.

Alternativa a) Incorreta. O haloperidol é um antipsicótico típico de alta potência e um dos principais causadores da síndrome. A fenitoína é um anticonvulsivante utilizado para epilepsia e não tem papel no tratamento da SNM.

Alternativa b) Incorreta. Quetiapina e olanzapina são antipsicóticos atípicos. Embora tenham menor afinidade pelos receptores D<sub>2</sub> do que os típicos, eles ainda são bloqueadores dopaminérgicos e podem causar ou agravar a síndrome. Jamais devem ser usados como tratamento.

Alternativa c) Correta. O dantrolene e a bromocriptina são as medicações clássicas para o manejo da SNM. O dantrolene é um relaxante muscular que atua diretamente

no retículo sarcoplasmático, reduzindo a rigidez e a produção excessiva de calor. A bromocriptina é um agonista dopaminérgico que ajuda a restabelecer a atividade de dopamina no sistema nervoso central, combatendo a fisiopatologia de base da doença.

Alternativa d) Incorreta. A risperidona é um antipsicótico atípico que pode desencadear a síndrome. A carbamazepina é um anticonvulsivante e estabilizador de humor sem indicação para reversão de SNM.

Alternativa e) Incorreta. A oxcarbazepina é um anticonvulsivante. A prometazina é um anti-histamínico com propriedades sedativas e anticolinérgicas que não atua na reversão do bloqueio dopaminérgico ou na rigidez muscular característica desta síndrome.

---

### Questão 11

A questão descreve um quadro clínico clássico de uma reação adversa grave a medicamentos. O paciente apresenta uma combinação de manifestações cutâneas e sistêmicas após o uso de alopurinol, um dos principais fármacos associados a essa condição.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O eritema multiforme manifesta-se tipicamente com lesões em alvo (ou íris), acometendo frequentemente as extremidades e a mucosa oral. Costuma estar associado a infecções, especialmente pelo vírus \*Herpes simplex\*, e não costuma cursar com eosinofilia importante, edema facial ou comprometimento hepático sistêmico, como descrito no caso.

b) Incorreta. A urticária medicamentosa caracteriza-se por pápulas eritematosas, edematosas e pruriginosas (urticas) que são evanescentes, ou seja, desaparecem em menos de 24 horas sem deixar cicatrizes. Não apresenta febre persistente, adenomegalia ou alteração de transaminases.

c) Incorreta. A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma reação cutânea grave caracterizada por necrose da epiderme e descolamento da pele em menos de 10% da superfície corporal, com forte acometimento de mucosas (oral, ocular e genital). Embora o alopurinol possa causar SSJ, o quadro do paciente com edema facial, linfonodopatia generalizada e eosinofilia é muito mais sugestivo de DRESS.

d) Incorreta. A púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) é uma doença hematológica caracterizada pela destruição de plaquetas, manifestando-se clinicamente por

petéquias, equimoses e sangramentos mucosos. Não cursa com erupção maculopapular, febre ou eosinofilia.

e) Correta. A Síndrome de hipersensibilidade induzida por drogas (DRESS — \*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms\*) é o diagnóstico principal. Os critérios diagnósticos presentes no caso são: 1. Uso de droga suspeita (alopurinol); 2. Erupção cutânea generalizada; 3. Febre e mal-estar; 4. Linfadenopatia (adenomegalia em mais de duas cadeias); 5. Edema facial (sinal clínico muito característico); 6. Envolvimento de órgãos internos (hepatite evidenciada pela elevação de transaminases, náuseas e dor abdominal); 7. Alterações hematológicas (leucocitose e eosinofilia). O período de latência prolongado (geralmente 2 a 8 semanas após o início da droga) também é típico desta síndrome.

## Questão 12

A questão apresenta um caso clínico clássico de um paciente jovem com acometimento multissistêmico, envolvendo os sistemas hepático, hematológico e neurológico. A chave para o diagnóstico reside na combinação de doença hepática, distúrbios do movimento (gânglios da base) e anemia hemolítica com Coombs negativo.

A alternativa correta é a (d) Doença de Wilson.

A Doença de Wilson, ou degeneração hepatolenticular, é um distúrbio autossômico recessivo do metabolismo do cobre, resultando em seu acúmulo em diversos órgãos, principalmente fígado e cérebro.

1. Manifestações Hepáticas e Hematológicas: O acúmulo de cobre no fígado causa desde hepatite crônica até cirrose e hipertensão portal. A anemia hemolítica com Coombs negativo é um sinal marcante e ocorre devido à liberação súbita de cobre na circulação, que causa dano oxidativo direto às hemácias.

2. Manifestações Neurológicas: O depósito de cobre nos gânglios da base leva a sintomas extrapiramidais, como parkinsonismo (síndrome rígido-acinética), tremores, ataxia, disartria e disfagia, exatamente como descrito no enunciado.

3. Tratamento: A terapia padrão envolve o uso de quelantes de cobre, sendo a D-penicilamina o fármaco de escolha mencionado. Como a penicilamina é um antagonista da piridoxina (vitamina B6), a suplementação desta vitamina é necessária. O zinco é utilizado para bloquear a absorção intestinal de cobre.

Análise das alternativas incorretas:

a) Hemocromatose: É uma doença de acúmulo de ferro. Embora cause hepatopatia, as manifestações clássicas incluem pele bronzeada, diabetes (diabetes bronzeado) e cardiomiopatia. Não costuma cursar com a síndrome neurológica extrapiramidal descrita nem com anemia hemolítica; pelo contrário, os níveis de hemoglobina costumam estar normais ou elevados. O tratamento é feito com flebotomias.

b) Hepatite Autoimune: É uma causa importante de hepatite em jovens, mas não explica os achados neurológicos de gânglios da base nem a anemia hemolítica com Coombs negativo associada ao quadro de falência hepática. O tratamento baseia-se em corticoides e imunossupressores.

c) Colangite Esclerosante Primária: É uma doença colestática inflamatória que atinge os ductos biliares, frequentemente associada à retocolite ulcerativa. O quadro clínico é dominado por icterícia obstrutiva e prurido, sem relação com os sintomas neurológicos extrapiramidais citados.

e) Síndrome de Budd-Chiari: Trata-se da obstrução do fluxo venoso hepático (trombose de veias hepáticas). Causa ascite de início súbito, hepatomegalia dolorosa e insuficiência hepática, mas não apresenta relação com acúmulo de metais ou degeneração neurológica específica dos gânglios da base.

---

### Questão 13

O quadro clínico descrito apresenta um paciente jovem, do sexo masculino, com lombalgia crônica de padrão inflamatório. Os pontos-chave para o diagnóstico são a dor sacroilíaca, a rigidez matinal que melhora com o movimento (diferente da dor mecânica), a dor noturna e, principalmente, a redução da expansibilidade torácica, que indica o envolvimento das articulações costovertebrais.

Alternativa a: Incorreta. A artrite reumatoide acomete predominantemente pequenas articulações periféricas de forma simétrica e aditiva. No esqueleto axial, o envolvimento é quase restrito à coluna cervical (subluxação atlantoaxial), não sendo uma causa de sacroileíte ou dor lombar inflamatória progressiva com restrição torácica.

Alternativa b: Incorreta. A esclerose sistêmica é caracterizada por fibrose da pele e de órgãos internos, além de manifestações vasculares como o fenômeno de Raynaud. Embora possa causar restrição respiratória por fibrose pulmonar, não causa o padrão de dor sacroilíaca e rigidez lombar inflamatória descrito.

Alternativa c: Incorreta. A doença de Crohn pode estar associada a espondiloartrites

enteropáticas, que simulam a espondilite anquilosante. No entanto, não há relato de sintomas gastrointestinais (diarreia, dor abdominal, sangue nas fezes) e a questão descreve o quadro clássico da espondilite anquilosante primária, tornando esta a resposta mais direta.

Alternativa d: Incorreta. A artrite reativa faz parte do grupo das espondiloartrites e pode ocorrer em pacientes com HIV, mas geralmente se manifesta como uma oligoartrite assimétrica de membros inferiores, frequentemente precedida por infecção uretral ou intestinal. O quadro de evolução crônica com limitação da parede torácica é muito mais característico da espondilite anquilosante.

Alternativa e: Correta. O paciente preenche os critérios clínicos para espondilite anquilosante. Esta patologia afeta preferencialmente homens jovens, iniciando-se com sacroileíte e dor lombar de padrão inflamatório (melhora com exercício, piora com repouso, rigidez matinal superior a 30 minutos). A progressão da doença leva à ossificação de ligamentos e enteses, o que resulta na redução da mobilidade da coluna e da expansibilidade torácica por acometimento das articulações costovertebrais e costotransversais.

---

## Questão 14

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro descreve um paciente com múltiplos fatores de risco cardiovascular (tabagismo, diabetes e dislipidemia) e evidência de aterosclerose sistêmica (obstrução em carótidas) que apresenta uma hipertensão arterial secundária. Três pontos são fundamentais para o diagnóstico neste caso:

1. Edema agudo de pulmão hipertensivo: Também conhecido como \*flash pulmonary edema\* ou Síndrome de Pickering, é uma manifestação clássica da estenose de artéria renal, especialmente quando bilateral.
2. Insuficiência renal aguda após uso de Losartana: A Losartana é um bloqueador do receptor de angiotensina (BRA). Em pacientes com estenose de artéria renal bilateral (ou em rim único), a pressão de filtração glomerular é mantida pela vasoconstrição da arteríola eferente, mediada pela Angiotensina II. Ao bloquear essa ação, ocorre uma queda abrupta na taxa de filtração glomerular, resultando em insuficiência renal aguda. Este é um sinal patognomônico de doença renovascular bilateral.
3. Exame físico: O sopro abdominal (na altura da cicatriz umbilical) indica fluxo turbulento, reforçando a suspeita de obstrução na artéria renal.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A Doença de Kawasaki é uma vasculite de médios vasos que afeta predominantemente crianças. Sua principal complicação são os aneurismas de artérias coronárias. Não condiz com a idade do paciente ou com a deterioração renal após uso de Losartana.

b) Incorreta. A Arterite de Takayasu é uma vasculite de grandes vasos (aorta e seus ramos) que atinge principalmente mulheres jovens. Embora possa causar estenose de artéria renal, o perfil deste paciente (45 anos, tabagista, diabético e com doença carotídea) aponta para a etiologia aterosclerótica, e não inflamatória.

c) Incorreta. O hiperaldosteronismo primário é uma causa de hipertensão secundária, geralmente associada à hipocalemia (potássio baixo). Não justifica o sopro abdominal, nem a insuficiência renal aguda induzida por BRA, nem o edema agudo de pulmão súbito.

d) Correta. A estenose de artéria renal de origem aterosclerótica explica perfeitamente o perfil do paciente, a presença de sopro, a hipertensão de difícil controle e, crucialmente, a perda de função renal ao iniciar terapia que inibe o sistema renina-angiotensina-aldosterona.

e) Incorreta. O feocromocitoma é um tumor produtor de catecolaminas que causa crises de hipertensão, cefaleia, sudorese e palpitações. Não apresenta relação direta com sopro abdominal ou com a piora da função renal associada especificamente ao uso de Losartana.

GABARITO: Alternativa (d).

---

#### Questão 15

A questão descreve um caso clássico de porfiria cutânea tardia (PCT) em uma paciente com hepatite C. A PCT é a porfiria mais comum na prática clínica e possui uma forte associação com fatores que causam estresse oxidativo ou sobrecarga de ferro no fígado, sendo o vírus da hepatite C (HCV) um dos principais gatilhos ambientais.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A porfiria aguda intermitente (PAI) é uma porfiria hepática aguda que se manifesta clinicamente com crises de dor abdominal intensa, distúrbios psiquiátricos e neuropatia periférica. Diferentemente da PCT, a PAI não apresenta

lesões cutâneas fotossensíveis e seu tratamento não envolve flebotomias ou hidroxicloroquina, mas sim a oferta de carboidratos e infusão de hematina.

Alternativa (b) Incorreta. A protoporfiria eritropoiética (PPE) manifesta-se geralmente na infância com dor, queimação e edema imediatos após exposição solar, sem a formação de bolhas típicas da PCT. O defeito ocorre na enzima ferroquelatase e não há associação clássica com o vírus da hepatite C ou tratamento com flebotomias.

Alternativa (c) Correta. A porfíria cutânea tardia (PCT) ocorre pela deficiência da enzima uroporfirinogênio descarboxilase (UROD) no fígado. Clinicamente, manifesta-se por fragilidade cutânea, bolhas, erosões e crostas em áreas expostas ao sol (como o dorso das mãos). O diagnóstico é fortemente sugerido pela tríade de associação com hepatite C, alcoolismo ou sobrecarga de ferro. O tratamento padrão envolve a redução do ferro hepático via flebotomias e o uso de antimaláricos (hidroxicloroquina) em doses baixas para solubilizar e excretar as porfirinas. O tratamento do HCV com antivirais de ação direta (DAAs) também auxilia na remissão do quadro.

Alternativa (d) Incorreta. A porfíria variegata é considerada uma porfíria mista, pois pode apresentar tanto sintomas neuroviscerais agudos (como na PAI) quanto lesões cutâneas bolhosas (como na PCT). Embora as lesões de pele sejam semelhantes, a associação epidemiológica com hepatite C e a resposta específica ao esquema terapêutico citado direcionam o diagnóstico para a PCT.

Alternativa (e) Incorreta. A protoporfiria ligada ao X é uma condição genética rara, bioquimicamente muito similar à protoporfiria eritropoiética. Ela causa fotossensibilidade dolorosa aguda desde a infância, sem relação com doenças hepáticas adquiridas ou o manejo terapêutico descrito no enunciado.

---

### Questão 16

A leptospirose é uma zoonose causada pela bactéria *Leptospira interrogans*. Na sua forma grave, conhecida como Síndrome de Weil, o acometimento renal é uma das complicações mais frequentes e determinantes para o prognóstico. A fisiopatologia da insuficiência renal nessa doença é peculiar, pois a bactéria apresenta tropismo pelo tecido renal, colonizando especificamente o interstício e as células tubulares.

Análise das alternativas:

a) Correta. A lesão histopatológica clássica e característica da insuficiência renal na leptospirose é a nefrite tubulointersticial aguda. Ocorre edema intersticial e infiltrado inflamatório (composto por células mononucleares e polimorfonucleares) que agride

os túbulos. Uma característica clínica marcante que ajuda a confirmar essa predileção tubular é que a insuficiência renal na leptospirose costuma ser hipocalêmica (potássio baixo) e muitas vezes não oligúrica. Isso ocorre porque a bactéria inibe a reabsorção de sódio nos segmentos proximais e na alça de Henle, aumentando a oferta de sódio ao túbulo distal, o que estimula a secreção de potássio.

b) Incorreta. A necrose tubular aguda (NTA) pode até ser encontrada em casos extremamente graves e terminais, geralmente como consequência secundária à instabilidade hemodinâmica (choque), desidratação ou sepse. No entanto, a NTA não é a lesão primária ou definidora da patogênese da leptospirose; o processo inflamatório intersticial é o que caracteriza a doença.

c) Incorreta. A glomerulonefrite membranosa é uma causa de síndrome nefrótica decorrente do espessamento da membrana basal glomerular por depósitos de imunocomplexos. Está associada a doenças crônicas, neoplasias ou outras infecções (como hepatite B), mas não possui relação com a agressão aguda da leptospirose.

d) Incorreta. A glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP) é uma síndrome clínica caracterizada pela formação de "crescentes" nos glomérulos e perda súbita da função renal. É típica de doenças autoimunes, como vasculites sistêmicas ou síndrome de Goodpasture, e não faz parte do espectro histopatológico da leptospirose, que poupa os glomérulos na maioria dos casos.

e) Incorreta. A glomeruloesclerose focal e segmentar (GEFS) é um padrão de lesão glomerular que leva à proteinúria maciça e síndrome nefrótica crônica. É uma lesão estrutural de cicatrização ou idiopática, sem qualquer ligação com o quadro infeccioso agudo e inflamatório intersticial da leptospirose.

---

### Questão 17

A questão apresenta um quadro clínico clássico de botulismo alimentar, uma condição grave causada pela ação da toxina produzida pela bactéria \*Clostridium botulinum\*. Abaixo, a análise detalhada dos pontos-chave do caso e das alternativas:

O diagnóstico é botulismo (letra d) devido à tríade clássica apresentada: paralisia motora simétrica e descendente, comprometimento de nervos cranianos (diplopia, ptose, disfagia, disartria) e disautonomia (boca seca, retenção urinária, hipotensão), tudo isso mantendo o paciente consciente e sem alterações sensitivas. O quadro inicial de náuseas, vômitos e diarreia é comum no botulismo alimentar, precedendo os sintomas neurológicos que surgem pela interrupção da liberação de acetilcolina na junção neuromuscular.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A meningite por \*Haemophilus influenzae\* manifesta-se tipicamente com febre alta, cefaleia intensa, rigidez de nuca e sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski). Não causa o padrão de paralisia flácida descendente com preservação da consciência descrito, e o líquido estaria alterado, o que não condiz com a fisiopatologia do caso.

b) Incorreta. A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é o principal diagnóstico diferencial, porém a paralisia na SGB é tipicamente ascendente (começa nos membros inferiores e sobe) e muitas vezes é precedida por parestesias (alterações de sensibilidade), que estavam ausentes no paciente. Além disso, a progressão da SGB costuma ser mais lenta (dias) comparada à evolução fulminante de poucas horas vista no botulismo deste caso.

c) Incorreta. A doença de Lyme, causada pela \*Borrelia burgdorferi\*, pode apresentar manifestações neurológicas (neuroborreliose), como a paralisia facial periférica (muitas vezes bilateral), mas estas ocorrem em uma fase mais tardia da doença, geralmente acompanhadas de histórico de eritema migratório, artrite ou bloqueios cardíacos, não evoluindo como uma paralisia flácida descendente aguda e grave.

d) Correta. A infecção pelo \*Clostridium botulinum\* (ou mais precisamente a ingestão da toxina pré-formada) explica perfeitamente todos os achados:

1. Sintomas gastrointestinais iniciais.
2. Acometimento de nervos cranianos (visão turva, ptose, diplopia, disfagia).
3. Paralisia motora flácida simétrica e descendente.
4. Sinais de disautonomia (boca seca, retenção urinária e hipotensão sem taquicardia reflexa, indicando bloqueio autonômico).
5. Preservação da consciência e da sensibilidade, pois a toxina atua apenas na porção motora e autonômica da junção neuromuscular.

e) Incorreta. A raiva humana apresenta-se geralmente com uma fase prodrômica inespecífica seguida de encefalite (forma furiosa) com espasmos musculares, hidrofobia e aerofobia, ou pela forma parálitica (raiva "muda"). No entanto, a raiva costuma cursar com alteração do nível de consciência, febre e tem uma evolução clínica distinta, além de estar historicamente associada a acidentes com animais transmissores.

## Questão 18

O caso clínico apresenta uma descrição clássica da forma grave da leptospirose, também conhecida como síndrome de Weil. A análise detalhada dos sinais, sintomas e exames laboratoriais permite diferenciar as alternativas.

Alternativa (c) Correta: O paciente apresenta a sequência típica da leptospirose. O início é súbito, com febre e mialgia intensa, destacando-se a dor nas panturrilhas, que é um marcador clínico importante. A sufusão conjuntival (hemorragia/congestão) e a dor ocular também são achados frequentes. Laboratorialmente, a leptospirose cursa com leucocitose e neutrofilia (diferente de muitas viroses), plaquetopenia e aumento de CPK (devido ao dano muscular). A evolução para a síndrome de Weil é marcada pela tríade: icterícia rubínica (cor alaranjada devido à combinação de icterícia e vasodilatação capilar), insuficiência renal aguda (geralmente hipocalêmica e com perda de função tubular, justificando a baixa densidade urinária) e hemorragia pulmonar. O tratamento de escolha para formas graves é a penicilina G cristalina ou ceftriaxona.

Alternativa (a) Incorreta: A febre maculosa brasileira também causa febre, cefaleia e mialgia, seguida de exantema. No entanto, o exantema da febre maculosa tipicamente começa nos punhos e tornozelos (extremidades) antes de progredir para o tronco, e a doença não costuma apresentar a icterícia rubínica ou a mialgia seletiva em panturrilhas tão marcantes. Além disso, o tratamento de escolha para febre maculosa é a doxiciclina, e não a penicilina.

Alternativa (b) Incorreta: A endocardite bacteriana poderia causar febre, fenômenos hemorrágicos e insuficiência renal (por glomerulonefrite), mas o quadro clínico descrito é de uma síndrome febril íctero-hemorrágica aguda. A mialgia intensa em panturrilhas, a icterícia rubínica e a rápida evolução para hemorragia pulmonar em um paciente jovem sem antecedentes cardíacos direcionam o diagnóstico para leptospirose.

Alternativa (d) Incorreta: A dengue hemorrágica (ou dengue grave) causa febre, mialgia e plaquetopenia. Porém, o hemograma da dengue geralmente revela leucopenia e linfocitose, e não leucocitose com desvio à esquerda. A dengue também não evolui tipicamente com insuficiência renal aguda grave associada à icterícia rubínica logo nos primeiros dias, nem apresenta a mialgia localizada em panturrilhas com CPK elevada.

Alternativa (e) Incorreta: Uma infecção urinária por *Pseudomonas aeruginosa* em um paciente jovem de 22 anos, sem comorbidades, malformações urinárias ou uso de cateteres, é extremamente improvável. Além disso, uma infecção urinária não explicaria o quadro sistêmico com hemorragia conjuntival, mialgia em panturrilhas,

icterícia rubínica e hemorragia pulmonar. O achado de leucocitúria e hematúria no caso é secundário à lesão renal pela leptospira, e não a uma infecção urinária primária.

### Questão 19

A questão aborda o retratamento da Hepatite C em um paciente com cirrose compensada (Child-Pugh A) que já apresentou falha prévia aos antivirais de ação direta (DAA). De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde para Hepatite C, a conduta para casos de falha terapêutica aos DAA deve envolver o uso de esquemas de resgate mais potentes e com diferentes mecanismos de ação.

Alternativa a: Incorreta. O esquema Sofosbuvir/Velpatasvir/Ribavirina por 24 semanas é geralmente reservado para pacientes com cirrose descompensada ou situações específicas de genótipo 3 com cirrose, mas não é o esquema de escolha preferencial para o resgate de falha aos DAA em pacientes Child A conforme o protocolo atual de retratamento.

Alternativa b: Incorreta. O esquema Sofosbuvir/Daclatasvir foi um dos primeiros regimes de DAAs utilizados no Brasil. Por ser um dos esquemas que o paciente pode ter utilizado e falhado, ele não é indicado como terapia de resgate, pois o vírus pode ter desenvolvido resistência, especialmente à classe dos inibidores de NS5A (Daclatasvir).

Alternativa c: Correta. Para pacientes com cirrose compensada (Child A) ou sem cirrose que falharam ao tratamento prévio com esquemas de DAAs, o Ministério da Saúde recomenda o esquema de resgate composto pela associação de Sofosbuvir (inibidor de polimerase NS5B) com a combinação de Glecaprevir (inibidor de protease NS3/4A) e Pibrentasvir (inibidor de NS5A). O tempo de tratamento preconizado para este retratamento é de 12 semanas. Essa combinação tripla é altamente eficaz contra variantes de resistência.

Alternativa d: Incorreta. Sofosbuvir/Velpatasvir por 12 semanas é um esquema pangenotípico de primeira linha, indicado para pacientes virgens de tratamento (naives). Para pacientes que já falharam a tratamentos prévios com DAAs, é necessária uma terapia de resgate mais robusta, como a citada na alternativa C.

Alternativa e: Incorreta. O uso de Sofosbuvir associado apenas à Ribavirina por 24 semanas é um esquema antigo e com menor taxa de resposta. Ele não possui indicação para o retratamento de pacientes que falharam aos antivirais de ação direta modernos.

## Questão 20

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um perfil clássico de doença colestática crônica: mulher de 65 anos com prurido, astenia e icterícia às custas de bilirrubina direta. O laboratório confirma o padrão colestático pela elevação acentuada de fosfatase alcalina e gama-GT (muito acima do limite superior da normalidade em comparação às transaminases TGO/TGP). A presença de plaquetopenia (85.000) e os achados da ultrassonografia sugerem que a doença já se encontra em estágio avançado, com sinais de cirrose (doença parenquimatosa crônica) e hipertensão portal. O ponto crucial para o raciocínio é que a ultrassonografia não mostra dilatação de vias biliares, o que exclui causas obstrutivas extra-hepáticas (como cálculos ou tumores) e direciona o diagnóstico para uma doença das pequenas vias biliares intra-hepáticas.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. A hepatite autoimune clássica apresenta um padrão predominantemente hepatocelular (grandes aumentos de TGO e TGP), e não colestático como o deste caso. O FAN e o anticorpo antimúsculo liso são marcadores da hepatite autoimune tipo 1. Embora exista a síndrome de sobreposição (overlap), a hipótese isolada de CBP é muito mais provável pelo quadro laboratorial e epidemiológico.
- b) Incorreta. A colangite esclerosante primária (CEP) atinge preferencialmente homens e está muito associada à retocolite ulcerativa. Na CEP, as alterações ocorrem em ductos de grande e médio calibre, o que geralmente gera irregularidades ou dilatações visíveis em exames de imagem (aspecto em contas de rosário). A CPRE é um exame invasivo e não seria a primeira escolha diagnóstica aqui.
- c) Incorreta. O diagnóstico de colangite biliar primária (CBP) está correto para o quadro clínico, porém o anticorpo anti-LKM1 é o marcador da hepatite autoimune tipo 2, que acomete majoritariamente crianças e adultos jovens, não tendo relação com a CBP.
- d) Correta. A colangite biliar primária (CBP) é uma doença autoimune que causa destruição dos pequenos ductos biliares intra-hepáticos, afetando tipicamente mulheres de meia-idade ou idosas. O quadro de prurido, elevação expressiva de enzimas colestáticas e ausência de dilatação biliar no USG é a apresentação de livro da doença. O exame padrão-ouro para o diagnóstico é a pesquisa do anticorpo antimitocôndria, que é altamente sensível e específico (presente em mais de 95% dos casos).

e) Incorreta. A hepatite medicamentosa pode causar colestase, mas os exames sugeridos (FAN e anticorpo antimúsculo liso) não são ferramentas diagnósticas para toxicidade por drogas, e sim para hepatite autoimune. Além disso, o quadro crônico com sinais de cirrose torna a CBP uma hipótese muito mais robusta.

#### RESUMO:

A principal hipótese diagnóstica é colangite biliar primária, e o exame a ser solicitado é o anticorpo antimitocôndria.

## Questão 21

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente idoso, com exposição solar crônica (agricultor), apresentando uma lesão cutânea pigmentada (acastanhada) com sinais de alerta para malignidade: crescimento em 6 meses, bordas irregulares, ulceração e, fundamentalmente, linfadenomegalia regional (axilar). Esses achados direcionam o raciocínio para uma neoplasia maligna com potencial de disseminação linfática.

#### POR QUE A ALTERNATIVA E ESTÁ CORRETA?

A descrição da lesão segue os critérios do ABCDE do melanoma: Assimetria, Bordas irregulares, Cor variável (acastanhada), Diâmetro (1,2 cm, maior que 6 mm) e Evolução (crescimento em 6 meses). A presença de linfonodo palpável na axila sugere fortemente a disseminação da doença. O tratamento padrão para o melanoma envolve a excisão cirúrgica da lesão primária com margens de segurança e a avaliação da cadeia linfonodal acometida (seja por biópsia de linfonodo sentinela em casos iniciais ou esvaziamento ganglionar/investigação diagnóstica em casos com linfonodo clinicamente suspeito).

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

Alternativa a: O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais comum e raramente sofre metástase para linfonodos. Clinicamente, costuma apresentar-se como uma pápula perolada com telangiectasias. Além disso, a crioterapia não seria o tratamento de escolha para uma lesão desse tamanho com suspeita de disseminação.

Alternativa b: O queratoacantoma é uma variante do carcinoma espinocelular de crescimento rápido, caracterizado por um nódulo com cratera central de queratina. O tratamento não é antibioticoterapia, mas sim a excisão cirúrgica, dada sua

semelhança histológica com o carcinoma espinocelular.

Alternativa c: O dermatofibroma é uma lesão benigna, firme ao toque e geralmente estável por anos. Não apresenta bordas irregulares nem causa linfadenomegalia. A conduta de observação não se aplica a uma lesão com sinais evidentes de malignidade.

Alternativa d: Embora o carcinoma espinocelular (CEC) possa metastatizar para linfonodos e ocorra em áreas de exposição solar, a descrição acastanhada e com bordas irregulares é mais típica de lesões melanocíticas. Além disso, o tratamento por eletrocoagulação e curetagem é reservado para lesões superficiais e de baixo risco, sendo totalmente contraindicado em casos com suspeita de invasão profunda ou acometimento linfonodal.

---

## Questão 22

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de alerta para malignidade na cavidade oral. Os principais fatores de risco estão presentes: idade (embora jovem, o tempo de exposição é alto), tabagismo crônico (30 anos) e consumo de álcool destilado. A descrição da lesão é patognomônica de um processo invasivo: úlcera de longa duração (3 meses), que não cicatriza, com crescimento progressivo, bordas endurecidas e base infiltrada. A dor referida no ouvido (otalgia reflexa) e a dificuldade para engolir (disfagia) sugerem infiltração de tecidos profundos e possível comprometimento de ramos nervosos.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O adenoma é uma neoplasia benigna de origem glandular. Geralmente se manifesta como um nódulo submucoso, de crescimento lento e sem ulceração primária. Além disso, o tratamento de uma lesão suspeita nunca deve ser a ressecção imediata com anestesia local sem um diagnóstico histopatológico prévio e estadiamento adequado.

b) INCORRETA. A candidíase oral (infecção fúngica) manifesta-se comumente como placas esbranquiçadas que podem ser removidas por raspagem (forma pseudomembranosa) ou áreas eritematosas (forma atrófica). Não se apresenta como uma úlcera única, endurecida e infiltrada com meses de evolução em um paciente fumante.

c) INCORRETA. Embora úlceras traumáticas sejam comuns, elas tendem a cicatrizar

em até 14 dias após a remoção do agente causal (como um dente quebrado ou prótese desajustada). Diante de uma úlcera que persiste por mais de 15 dias, a biópsia é obrigatória. Tratar apenas com higiene e acompanhamento retardaria o diagnóstico de uma neoplasia maligna.

d) INCORRETA. O líquen plano é uma doença inflamatória crônica, frequentemente bilateral, que pode apresentar estrias esbranquiçadas (estrias de Wickham) ou áreas erosivas. Embora o líquen plano erosivo possa causar dor, a descrição de "margens endurecidas e base infiltrada" em um paciente com alto consumo de tabaco e álcool direciona fortemente para o carcinoma, e não para uma doença autoimune/inflamatória.

e) CORRETA. O carcinoma espinocelular (CEC) é responsável por mais de 90% dos cânceres de boca. A localização na borda lateral da língua é a mais frequente. O manejo padrão para qualquer lesão com características de malignidade (endurecimento, infiltração, persistência) consiste em: realizar biópsia incisional para confirmação diagnóstica, proceder ao estadiamento clínico e por imagem (para avaliar extensão local e linfonodos) e, em seguida, definir o tratamento, que, na maioria dos casos operáveis da cavidade oral, é cirúrgico (ressecção da lesão com margens e, frequentemente, esvaziamento cervical).

---

### Questão 23

A questão aborda o manejo do trauma esplênico (baço). O paciente iniciou um tratamento não operatório (TNO), que é a conduta padrão para pacientes hemodinamicamente estáveis com lesões de órgãos sólidos. No entanto, o quadro evoluiu para falha do tratamento conservador.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A cirurgia de Warren, ou derivação esplenorrenal distal, é um procedimento cirúrgico indicado para o tratamento da hipertensão portal e varizes esofágicas sangrentas, não tendo qualquer aplicação no contexto do trauma abdominal agudo.

b) Incorreta. A angioembolização seletiva da artéria esplênica é uma ferramenta útil no tratamento conservador para conter sangramentos ativos (\*blush\* na tomografia) em pacientes que se mantêm hemodinamicamente estáveis. No caso descrito, o paciente apresenta instabilidade hemodinâmica (queda de pressão e taquicardia) e sinais de peritonite, o que contraindica a permanência no setor de radiologia intervencionista e exige intervenção cirúrgica imediata.

c) Correta. O paciente apresenta sinais clássicos de falha do tratamento conservador: instabilidade hemodinâmica súbita e sinais de irritação peritoneal (que sugerem hemoperitônio maciço). Nessas circunstâncias, a conduta de emergência é a laparotomia exploradora. A esplenectomia (retirada do baço) é o procedimento mais seguro e rápido para o controle da hemorragia em um paciente instável com ruptura esplênica documentada.

d) Incorreta. Continuar com o manejo conservador diante de um choque obstrutivo ou hipovolêmico por sangramento abdominal é uma conduta inadequada e aumenta significativamente a mortalidade do paciente. A piora clínica e radiológica exige mudança de conduta.

e) Incorreta. Embora a reposição volêmica e a transfusão sanguínea façam parte da ressuscitação inicial (protocolo ATLS), manter o paciente apenas sob observação diante de uma ruptura esplênica com sinais de peritonite e choque é insuficiente. A medida definitiva é o controle cirúrgico do foco de sangramento.

Em resumo, a presença de instabilidade hemodinâmica após trauma abdominal, associada a sinais de irritação peritoneal e confirmação de aumento de sangramento na tomografia, é uma indicação absoluta de cirurgia de urgência. Portanto, a alternativa (c) é a correta.

---

## Questão 24

A reanimação hídrica em pacientes grandes queimados é uma das intervenções mais críticas nas primeiras horas após o trauma para prevenir o choque hipovolêmico e a falência orgânica. O parâmetro padrão-ouro utilizado mundialmente e frequentemente cobrado em concursos é a Fórmula de Parkland.

A alternativa (d) está correta, pois apresenta os três pilares da reanimação hídrica inicial: o volume (4 mL/kg/%SCQ), a solução (Ringer Lactato) e o tempo de administração (metade do volume nas primeiras 8 horas e a outra metade nas 16 horas seguintes). É importante ressaltar que o tempo de 8 horas deve ser contado a partir do momento do acidente, e não da chegada ao hospital. O Ringer Lactato é o cristalóide de escolha por possuir uma composição eletrolítica mais próxima da fisiológica, reduzindo o risco de acidose hiperclorêmica em grandes infusões.

A alternativa (a) está incorreta. Embora edições recentes do ATLS (10ª edição) sugiram iniciar a reanimação com 2 mL/kg/%SCQ em adultos para minimizar o risco de edema excessivo e complicações como a síndrome compartimental abdominal, a alternativa erra gravemente na dinâmica de infusão. O volume nunca deve ser dividido igualmente em 24 horas; a necessidade hídrica é muito maior nas primeiras

8 horas devido ao pico de permeabilidade capilar e à perda de fluidos.

A alternativa (b) está incorreta. O volume de 8 mL/kg/%SCQ é considerado excessivo para o protocolo inicial em adultos, podendo levar a complicações graves como edema pulmonar. Além disso, o soro fisiológico (NaCl 0,9%) não é a solução preferencial para grandes volumes em queimados.

A alternativa (c) está incorreta. Não existe uma fórmula-padrão na literatura de emergência que utilize o valor de 6 mL/kg/%SCQ associado a ajustes percentuais baseados no grau da queimadura para a reanimação volêmica inicial.

A alternativa (e) está incorreta. O uso de coloides, como a albumina, é contraindicado nas primeiras horas (fase de ressuscitação precoce). Devido ao aumento maciço da permeabilidade capilar causado pela lesão térmica, a albumina administrada precocemente extravasaria para o espaço intersticial, aumentando a pressão oncótica no interstício e piorando o edema tecidual. O uso de coloides costuma ser considerado apenas após as primeiras 12 a 24 horas do trauma, quando a integridade capilar começa a ser restabelecida.

---

## Questão 25

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de abdome agudo obstrutivo. Os sinais de dor abdominal em cólica, náusea, vômitos, parada de eliminação de gases e fezes, distensão abdominal e a presença de ruídos hidroaéreos metálicos (peristalse de luta) fecham o diagnóstico clínico de obstrução intestinal mecânica. A radiografia confirma a distensão de alças e níveis hidroaéreos. Considerando as cirurgias prévias (apendicectomia e hernioplastia), a causa mais provável são bridas ou aderências intestinais, que representam a principal etiologia de obstrução de intestino delgado em adultos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A colonoscopia tem papel limitado no abdome agudo obstrutivo de intestino delgado. Ela poderia ser considerada em casos de obstrução do cólon (como em volvos de sigmoide ou neoplasias colorretais), o que não condiz com a clínica de vômitos precoces e a provável etiologia por bridas neste paciente.

Alternativa b) Incorreta. O uso de laxantes é formalmente contraindicado em casos de obstrução intestinal mecânica. Aumentar o estímulo ao peristaltismo contra um obstáculo físico pode levar a dor intensa, aumento da pressão intraluminal e até mesmo perfuração da alça intestinal.

Alternativa c) Incorreta. Embora a cirurgia seja o tratamento definitivo para casos de obstrução mecânica que não se resolvem, a cirurgia "imediate" é reservada para casos de sofrimento de alça (isquemia, necrose), peritonite ou obstruções em alça fechada. O paciente em questão está hemodinamicamente estável, afebril, com leucograma normal e sem sinais de irritação peritoneal, o que permite a tentativa inicial de tratamento conservador.

Alternativa d) Incorreta. Um paciente com quadro de obstrução intestinal completa (ausência de eliminação de gases e fezes há 48 horas) e sinais radiológicos de distensão necessita obrigatoriamente de internação hospitalar. A alta médica seria um erro grave de conduta, dado o risco de evolução para isquemia e perfuração.

Alternativa e) Correta. O manejo inicial do abdome agudo obstrutivo por bridas (aderências), em um paciente estável e sem sinais de complicações, é o tratamento conservador. Este consiste na tríade: suporte clínico com hidratação venosa (para repor as perdas para o terceiro espaço e pelos vômitos), decompressão gastrointestinal através de sonda nasogástrica (para aliviar a distensão, reduzir o risco de broncoaspiração e melhorar o conforto) e jejum absoluto. Cerca de 70% a 80% dos casos de obstrução por bridas resolvem-se apenas com essas medidas nas primeiras 48 a 72 horas. Se não houver melhora nesse período ou se surgirem sinais de sofrimento de alça, a conduta passa a ser cirúrgica.

---

## Questão 26

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta uma fratura diafisária do úmero com desvio, decorrente de uma queda de altura (trauma de energia moderada). Trata-se de um homem de 55 anos, provavelmente ativo (trabalhador de obra), o que exige um tratamento que ofereça estabilidade, alinhamento anatômico e permita o retorno funcional precoce.

Alternativa (a) Incorreta. A fixação externa é indicada em situações específicas, como fraturas expostas com grave comprometimento de partes moles (Gustilo III), fraturas infectadas ou em pacientes politraumatizados graves, nos quais é necessária a técnica de controle de danos (damage control) para estabilização rápida. Não é a primeira escolha para uma fratura fechada em um paciente hemodinamicamente estável.

Alternativa (b) Correta. A redução aberta e fixação interna (RAFI), geralmente realizada com placa e parafusos, é o tratamento de escolha para fraturas diafisárias do úmero que apresentam desvio significativo em adultos. As principais vantagens são a obtenção de estabilidade absoluta, a restauração da anatomia e, crucialmente,

a possibilidade de mobilização precoce das articulações do ombro e cotovelo, prevenindo a rigidez e favorecendo a recuperação funcional do trabalhador.

Alternativa (c) Incorreta. A imobilização apenas com tipoia e observação não promove a estabilidade necessária para a consolidação de uma fratura diafisária com desvio. Essa conduta resultaria em dor persistente, grande risco de pseudoartrose (não consolidação do osso) e deformidade funcional permanente.

Alternativa (d) Incorreta. A redução fechada seguida de imobilização (como o gesso pendente ou a braçadeira de Sarmiento) é uma opção descrita na literatura para o tratamento conservador do úmero. No entanto, em fraturas com desvio em pacientes ativos, o tratamento cirúrgico (RAFI) tem sido preferido em provas de residência e na prática ortopédica moderna, devido às taxas superiores de consolidação anatômica e ao menor tempo de afastamento das atividades quando comparado ao longo período de imobilização gessada, que muitas vezes é desconfortável e difícil de manter.

Alternativa (e) Incorreta. A administração de analgésicos e alta sem a devida estabilização da fratura é uma conduta médica negligente. Fraturas de ossos longos exigem obrigatoriamente algum tipo de redução e imobilização (seja gesso ou cirurgia) para permitir a cura e prevenir lesões secundárias neurovasculares ou dor crônica.

---

## Questão 27

O quadro clínico descrito, caracterizado por hipotensão, turgência jugular e taquicardia (elementos da Tríade de Beck), associado ao pulso fino, é patognomônico de tamponamento cardíaco. No contexto de um trauma torácico contuso, o acúmulo de sangue no saco pericárdico gera um choque obstrutivo ao impedir o enchimento diastólico das câmaras cardíacas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A pericardiocentese emergencial (punção de Marfan) pode ser utilizada como uma medida temporária de "ponte" em situações de extrema urgência para estabilização hemodinâmica quando a intervenção cirúrgica não está disponível de imediato. No entanto, no trauma, o sangue pericárdico frequentemente está coagulado, o que torna a aspiração por agulha pouco eficaz e perigosa, não sendo a conduta definitiva.

b) Incorreta. A ultrassonografia (FAST) é fundamental para confirmar o diagnóstico de líquido no pericárdio, porém a "punção por agulha fina" não é o tratamento adequado para o tamponamento traumático, que exige drenagem de maior volume e

possivelmente abordagem cirúrgica da lesão.

c) Incorreta. A administração de fluidos intravenosos pode ser feita como suporte para tentar aumentar a pré-carga e manter o débito cardíaco temporariamente, mas não resolve a causa-base. O monitoramento isolado sem intervenção de descompressão levará inevitavelmente à parada cardiorrespiratória.

d) Correta. A toracotomia de emergência (ou a esternotomia, dependendo do serviço e da localização da lesão) é a conduta clínico-cirúrgica de escolha. Ela permite a abertura rápida do pericárdio, a evacuação de coágulos e sangue, o alívio imediato do tamponamento e a identificação/sutura de eventuais lacerações cardíacas. Em pacientes com trauma torácico e sinais de tamponamento que apresentam deterioração hemodinâmica, a intervenção cirúrgica direta é a prioridade.

e) Incorreta. A inserção de um tubo torácico (drenagem pleural) é o tratamento para hemotórax ou pneumotórax. O sangue no tamponamento cardíaco está retido dentro do saco pericárdico, que é um espaço anatômico distinto do espaço pleural. Portanto, um dreno de tórax não é capaz de descomprimir o coração.

---

## Questão 28

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descrito — um paciente que realizou gastrectomia e apresenta sintomas de sudorese, palpitações, tonturas e diarreia logo após as refeições — é clássico de uma complicação frequente em cirurgias gástricas que envolvem a retirada ou bypass do piloro: a Síndrome de Dumping.

A Síndrome de Dumping ocorre devido ao esvaziamento gástrico excessivamente rápido de um quimo hiperosmolar para dentro do intestino delgado. Isso resulta em um desvio de fluidos do compartimento intravascular para a luz intestinal (causando distensão abdominal e diarreia) e uma resposta vasomotora sistêmica (causando palpitações, tontura e sudorese).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. O desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 não é uma complicação direta da gastrectomia. Na verdade, cirurgias gástricas (como o bypass gástrico) são frequentemente utilizadas no tratamento metabólico para melhorar ou levar à remissão do diabetes. Os sintomas de sudorese e palpitações no dumping podem simular uma hipoglicemia, mas a causa é a dinâmica do esvaziamento gástrico, não a fisiopatologia do DM2.

b) Incorreta. A trombose venosa profunda (TVP) é uma complicação pós-operatória possível em qualquer cirurgia de grande porte devido à imobilização e ao estado pró-trombótico, mas seus sintomas clássicos são edema, dor e calor em membros inferiores, não tendo relação com a ingestão de alimentos.

c) Correta. A Síndrome de Dumping é dividida em precoce (ocorre 15 a 30 minutos após a refeição) e tardia (1 a 3 horas após). O dumping precoce justifica os sintomas gastrointestinais (diarreia, dor abdominal) e vasomotores (taquicardia, sudorese) devido à rápida distensão do jejuno e liberação de hormônios gastrointestinais.

d) Incorreta. Pacientes gastrectomizados tendem a apresentar, a longo prazo, uma diminuição da densidade óssea (osteopenia ou osteoporose) devido à má absorção de cálcio e vitamina D, e não um aumento.

e) Incorreta. A úlcera alcalina (ou gastrite por refluxo alcalino) ocorre devido ao refluxo de secreções biliares e pancreáticas para o remanescente gástrico. Embora seja uma complicação pós-gastrectomia, o quadro clínico típico é de dor epigástrica contínua que não melhora com a alimentação e vômitos biliosos, sem os componentes sistêmicos vasomotores da Síndrome de Dumping.

---

## Questão 29

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta sinais de alerta (red flags) que sugerem uma patologia orgânica e não funcional: perda de peso inexplicada, sangramento retal e dor localizada. O ponto-chave para o diagnóstico é a localização da dor e da palpação dolorosa no quadrante inferior direito (fossa ilíaca direita), região onde se localiza o íleo terminal, segmento intestinal mais frequentemente acometido pela Doença de Crohn.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: A Síndrome do Intestino Irritável é um distúrbio funcional. Embora cause dor abdominal e alteração do hábito intestinal, ela não justifica a presença de sangramento retal, perda de peso nem dor localizada à palpação profunda. A presença desses sinais obriga o médico a investigar causas orgânicas.

b) CORRETA: A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, mas tem predileção pelo íleo terminal e ceco (região do quadrante inferior direito). O quadro clínico de dor nessa região,

associado a emagrecimento, alteração do hábito intestinal e episódios de sangramento (que pode ocorrer quando há acometimento colônico), é clássico para essa patologia em pacientes jovens.

c) INCORRETA: A Retocolite Ulcerativa (RCU) também é uma doença inflamatória intestinal, porém ela acomete exclusivamente o cólon e o reto, de forma contínua e ascendente. O sintoma predominante costuma ser a diarreia com sangue vivo e muco, e a dor abdominal geralmente é mais difusa ou localizada em quadrantes esquerdos (sigmoide). O quadro de dor específica no quadrante inferior direito é muito mais característico de Crohn do que de RCU.

d) INCORRETA: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome hereditária caracterizada pelo surgimento de centenas a milhares de pólipos no cólon. A questão afirma explicitamente que a paciente não possui histórico familiar de câncer colorretal, o que torna esse diagnóstico improvável, já que a PAF possui um padrão de herança autossômica dominante muito claro. Além disso, a apresentação aguda com dor localizada e perda de peso sugere um processo inflamatório em curso.

e) INCORRETA: A Síndrome de Gardner é uma variante da PAF. Além dos pólipos intestinais, apresenta manifestações extraintestinais como osteomas, cistos epidermóides e tumores desmóides. Assim como na alternativa anterior, a ausência de histórico familiar e a localização específica da dor no quadrante inferior direito direcionam o raciocínio clínico para a Doença de Crohn.

---

### Questão 30

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de apendicite aguda com evolução prolongada (três dias), o que aumenta significativamente o risco de complicações. A presença de febre elevada (38,5 °C), taquicardia e sinais claros de irritação peritoneal (defesa muscular e dor à descompressão brusca) indica que o processo inflamatório já não está restrito ao órgão, tendo ocorrido perfuração com extravasamento de conteúdo purulento. Os achados da tomografia computadorizada (líquido livre e abscesso periapendicular) confirmam o diagnóstico de apendicite aguda complicada.

#### POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA:

O diagnóstico é de apendicite perfurada com peritonite decorrente da formação de um abscesso. Em pacientes com sinais de peritonite generalizada ou evidência de abscesso associado a sintomas agudos, a conduta padrão envolve a estabilização clínica, antibioticoterapia de amplo espectro (cobrindo gram-negativos e anaeróbios) e intervenção cirúrgica para apendicectomia e drenagem da coleção. Embora a via

laparoscópica seja preferível atualmente em muitos centros, a alternativa descreve corretamente a patologia e a necessidade de tratamento cirúrgico e medicamentoso.

**POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:**

Alternativa A: Incorreta. A apendicite é considerada não complicada quando o processo inflamatório está restrito ao apêndice, sem sinais de perfuração ou coleções. O tempo de evolução (72 horas) e a presença de abscesso e líquido livre na tomografia excluem essa classificação.

Alternativa C: Incorreta. Apendicite retrocecal refere-se à posição anatômica do apêndice atrás do ceco, o que pode dificultar o diagnóstico clínico inicial, mas não muda a gravidade do quadro atual. A conduta de apenas observação é contraindicada diante de sinais de irritação peritoneal e abscesso.

Alternativa D: Incorreta. A gastroenterite viral manifesta-se tipicamente com cólicas difusas, diarreia e ausência de sinais de irritação peritoneal. Os achados laboratoriais (leucocitose com desvio) e tomográficos (abscesso e apêndice distendido) são incompatíveis com essa patologia.

Alternativa E: Incorreta. A doença inflamatória intestinal (como a Doença de Crohn) pode ser um diagnóstico diferencial de dor em fossa ilíaca direita, mas a apresentação aguda grave, a febre alta e a imagem tomográfica de abscesso periapendicular direcionam o diagnóstico para apendicite. O uso de corticosteroides seria perigoso em um quadro infeccioso/perforativo agudo.

---

### **Questão 31**

Análise do quadro clínico:

A paciente é uma mulher jovem (22 anos) com quadro de abdome agudo de início súbito (2 horas de evolução). O ponto-chave da questão reside nos sinais vitais e no exame físico: a paciente apresenta hipotensão (PA 90 x 40 mmHg), taquicardia (FC 118 bpm) e palidez (hipocorada ++/4). Esses achados indicam choque hipovolêmico (neste contexto, hemorrágico). A presença de dor à descompressão abdominal indica irritação peritoneal, sugerindo a presença de sangue livre na cavidade abdominal (hemoperitônio). Em mulheres em idade fértil com dor pélvica súbita e sinais de choque, a gravidez ectópica rota é a principal hipótese.

Alternativa a) Incorreta. A apendicite aguda é uma causa comum de dor na fossa ilíaca direita e pode apresentar irritação peritoneal. No entanto, sua evolução costuma ser mais lenta (geralmente acima de 12-24 horas), iniciando com dor periumbilical que migra para o ponto de McBurney, acompanhada de anorexia e febre baixa. A apendicite não justifica um quadro de choque hemorrágico súbito

como o descrito.

Alternativa b) Incorreta. O cisto ovariano roto (como o cisto de corpo lúteo hemorrágico) pode causar dor aguda e hemoperitônio. Embora seja um diagnóstico diferencial importante, o sangramento costuma ser menos volumoso e raramente leva a uma instabilidade hemodinâmica tão grave em tão pouco tempo. Em provas de concursos médicos, a presença de choque hemorrágico associado a abdome agudo ginecológico direciona classicamente para gravidez ectópica.

Alternativa c) Correta. A gravidez tubária rota ocorre quando a gestação ectópica cresce a ponto de romper a tuba uterina, causando sangramento intraperitoneal maciço. O quadro é caracterizado por dor pélvica aguda, sinais de peritonite e rápida progressão para o choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia e palidez), exatamente como apresentado pela paciente.

Alternativa d) Incorreta. Mittelschmerz é o termo alemão para a dor da ovulação. É um evento fisiológico que ocorre no meio do ciclo menstrual, de caráter leve e transitório, sem causar qualquer repercussão hemodinâmica ou sinais de choque.

Alternativa e) Incorreta. A torção de ovário causa dor pélvica de início súbito e muito intensa, frequentemente acompanhada de náuseas e vômitos. Embora seja uma emergência cirúrgica, a fisiopatologia é a isquemia do órgão por obstrução do fluxo sanguíneo, e não a hemorragia. Portanto, não explicaria a hipotensão e a taquicardia acentuadas (choque) observadas nesta paciente.

---

### Questão 32

A questão descreve um quadro clássico de Hiperplasia Nodular Focal (HNF), que é o segundo tumor benigno mais comum do fígado, sendo frequentemente encontrado de forma incidental em mulheres jovens.

Alternativa (a) Incorreta. O adenoma hepático também acomete mulheres jovens e está fortemente associado ao uso de anticoncepcionais orais. No entanto, na tomografia, ele se apresenta como uma lesão hipervasculares, mas não possui a cicatriz central característica. Além disso, o adenoma tem risco de sangramento e de transformação maligna, diferentemente da HNF.

Alternativa (b) Incorreta. O hepatocarcinoma (HCC) é o tumor maligno primário mais frequente, mas ocorre geralmente em fígados cirróticos ou com hepatites crônicas. O padrão radiológico típico é o realce intenso na fase arterial com lavagem rápida (washout) nas fases portal e de equilíbrio, o que não condiz com a descrição de cicatriz central.

Alternativa (c) Incorreta. O hemangioma é o tumor benigno mais comum do fígado. Na tomografia com contraste, ele apresenta um padrão de captação periférica, nodular e centrípeta (o contraste preenche a lesão da periferia para o centro ao longo do tempo), o que é bem distinto da hipercaptação homogênea com cicatriz central descrita no caso.

Alternativa (d) Correta. A Hiperplasia Nodular Focal (HNF) é caracterizada radiologicamente por uma lesão bem circunscrita, que apresenta realce intenso e homogêneo na fase arterial da tomografia (hipercaptante). O achado patognomônico (característico) é a presença de uma cicatriz central, que corresponde a uma área de tecido fibroso e canais vasculares. Essa cicatriz costuma apresentar realce tardio pelo contraste, fechando o diagnóstico clínico e radiológico.

Alternativa (e) Incorreta. O colangiocarcinoma periférico é um tumor maligno dos ductos biliares. Ele geralmente se apresenta como uma massa hipovascular ou com realce periférico progressivo e tardio, frequentemente associado à retração da cápsula hepática e dilatação de vias biliares adjacentes, características que não foram mencionadas e não guardam relação com a cicatriz central da HNF.

---

### Questão 33

O quadro clínico descrito — dor anal intensa de início súbito e presença de nódulo violáceo, doloroso, localizado distalmente à linha denteada — é patognomônico de trombose hemorroidária externa.

A definição da conduta na trombose hemorroidária externa baseia-se primordialmente no tempo de evolução dos sintomas. Quando o paciente busca atendimento nas primeiras 48 a 72 horas e apresenta dor excruciante, a intervenção cirúrgica (trombectomia ou excisão) pode ser considerada para alívio imediato. No entanto, após 72 horas (caso da paciente, que está no 4.º dia), o pico da dor inflamatória geralmente já passou e o trombo começa a sofrer um processo de organização e reabsorção espontânea. Nesse cenário, o tratamento clínico é a conduta mais adequada.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. Como a paciente apresenta 4 dias de evolução, o tratamento conservador é o mais indicado. Os analgésicos controlam a dor, enquanto os banhos de assento com água morna promovem o relaxamento do esfíncter anal interno (cujo hipertonismo agrava a dor) e auxiliam na redução do edema local.

Alternativa b: Incorreta. A excisão do trombo (trombectomia) é uma opção válida apenas na fase hiperaguda (até 72 horas). Após esse prazo, o benefício do procedimento é reduzido em comparação ao desconforto da ferida cirúrgica resultante, optando-se pela conduta expectante.

Alternativa c: Incorreta. A ligadura elástica é uma técnica utilizada exclusivamente para o tratamento de hemorroidas internas (acima da linha denteada). Se aplicada em hemorroidas externas ou na pele perianal, causaria dor insuportável devido à rica inervação somática da região.

Alternativa d: Incorreta. A escleroterapia é indicada para hemorroidas internas iniciais (geralmente grau I) que apresentam sangramento persistente. Não tem qualquer papel no tratamento da trombose externa aguda.

Alternativa e: Incorreta. A hemorroidectomia de urgência (retirada completa dos mamilos hemorroidários) é reservada para casos de prolapso hemorroidário grau IV estrangulado, com necrose ou gangrena, ou crises muito extensas que não respondem ao tratamento clínico. Não se justifica para uma trombose isolada de 1 cm.

---

### Questão 34

O escore BISAP é uma ferramenta prognóstica simplificada para a pancreatite aguda, utilizada nas primeiras 24 horas de internação. O seu nome é um acrônimo em inglês que facilita a memorização dos cinco critérios avaliados: Blood urea nitrogen (B), Impaired mental status (I), SIRS (S), Age (A) e Pleural effusion (P). Cada critério presente soma 1 ponto, e uma pontuação igual ou maior que 3 indica maior risco de mortalidade.

Alternativa a: Incorreta. A presença de derrame pleural faz parte do escore e corresponde à letra P (Pleural effusion) do acrônimo. Ele pode ser detectado por qualquer exame de imagem, como a radiografia de tórax.

Alternativa b: Correta (Gabarito). A glicemia maior que 200 mg/dL não compõe o escore BISAP. Este parâmetro é classicamente utilizado em outro sistema de pontuação para pancreatite, os Critérios de Ranson (avaliado no momento da admissão).

Alternativa c: Incorreta. A elevação da ureia nitrogenada sérica (BUN) acima de 25 mg/dL faz parte do escore e corresponde à letra B (Blood Urea Nitrogen). No Brasil, onde se mede comumente a ureia total, esse valor equivale a aproximadamente 53 mg/dL de ureia.

Alternativa d: Incorreta. A idade maior que 60 anos é um dos componentes do escore, representado pela letra A (Age).

Alternativa e: Incorreta. A alteração do estado mental faz parte do escore e corresponde à letra I (Impaired mental status). Clinicamente, isso é definido por uma Escala de Coma de Glasgow menor que 15.

Para completar o acrônimo, o critério que não foi mencionado nas alternativas é a letra S, referente à SIRS (Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica), definida pela presença de dois ou mais critérios de resposta inflamatória.

---

### Questão 35

O quadro clínico e tomográfico descrito aponta para uma diverticulite aguda complicada. A presença de um abscesso pericólico de 6 cm, restrito ao mesentério, classifica a doença, segundo a Classificação de Hinchey Modificada, como Hinchey Ib.

A conduta baseia-se na estabilidade do paciente e, principalmente, no tamanho da coleção líquida:

Alternativa a: Incorreta. A antibioticoterapia oral ambulatorial é reservada para casos de diverticulite não complicada (Hinchey 0 ou Ia), em pacientes sem sinais de alarme, com dor leve e que toleram a via oral. A presença de febre e um abscesso volumoso de 6 cm exige obrigatoriamente internação hospitalar.

Alternativa b: Incorreta. Embora a antibioticoterapia venosa seja fundamental, o uso exclusivo de antibióticos costuma ser eficaz apenas para abscessos pequenos, geralmente menores que 3 ou 4 cm. Abscessos maiores que esse patamar apresentam uma alta taxa de falha no tratamento conservador isolado.

Alternativa c: Correta. Para abscessos pericólicos ou pélvicos maiores que 3 a 4 cm (Hinchey Ib e II), a diretriz atual recomenda a associação de antibioticoterapia venosa com a drenagem percutânea (guiada por tomografia ou ultrassonografia). Essa conduta permite o controle do foco infeccioso de forma minimamente invasiva, transformando uma cirurgia de urgência (com alto risco de ostomia) em uma futura cirurgia eletiva, com maior chance de anastomose primária.

Alternativa d: Incorreta. A laparotomia com irrigação da cavidade (lavagem laparoscópica ou aberta) é uma opção que pode ser considerada em casos de peritonite purulenta generalizada (Hinchey III). No caso da questão, o abscesso está bloqueado e restrito ao mesentério, não havendo peritonite generalizada que

justifique tal abordagem.

Alternativa e: Incorreta. O procedimento de Hartmann (ressecção do sigmoide, colostomia terminal e sepultamento do coto retal) é uma cirurgia de grande porte indicada para casos graves, como peritonite fecal (Hinchey IV) ou em pacientes com peritonite purulenta que apresentam instabilidade hemodinâmica. Seria uma conduta agressiva demais para um abscesso que pode ser resolvido com drenagem percutânea.

### Questão 36

O quadro clínico descrito, caracterizado por dor no hipocôndrio direito, icterícia e febre (38 °C), compõe a chamada tríade de Charcot, que é o sinal clássico de colangite aguda. A ultrassonografia corrobora o diagnóstico ao mostrar cálculos na vesícula e dilatação das vias biliares extra-hepáticas, indicando uma obstrução ao fluxo biliar, provavelmente por um cálculo que migrou para o colédoco.

Ao avaliar a conduta, o ponto fundamental é o estado hemodinâmico da paciente. Ela apresenta pressão arterial normal (110 x 70 mmHg) e não há menção a sinais de choque ou alteração do nível de consciência (o que completaria a pêntade de Reynolds). Portanto, trata-se de um quadro de colangite aguda com estabilidade clínica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta: De acordo com os protocolos internacionais (como o Consenso de Tóquio — TG18), o manejo inicial de pacientes com colangite aguda que estão hemodinamicamente estáveis deve ser conservador. Além da antibioticoterapia venosa já mencionada no enunciado, a conduta imediata consiste em hidratação, correção de distúrbios eletrolíticos e suporte clínico. Cerca de 70% a 80% dos pacientes apresentam melhora com essa abordagem nas primeiras 24 a 48 horas, permitindo que a descompressão das vias biliares seja realizada de forma programada e mais segura.

Alternativa b) Incorreta: A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) com papilotomia é o procedimento de escolha para a descompressão biliar na colangite. No entanto, a descompressão "de urgência" (imediate) é reservada para pacientes que apresentam instabilidade hemodinâmica (choque) ou para aqueles que não respondem ao tratamento clínico inicial com antibióticos e hidratação.

Alternativa c) Incorreta: A drenagem cirúrgica via coledocostomia com colocação de dreno de Kehr é uma intervenção de alta morbidade. Atualmente, é considerada uma

opção de exceção, indicada apenas quando as técnicas minimamente invasivas (endoscópica ou percutânea) falham ou não estão disponíveis.

Alternativa d) Incorreta: A colecistectomia (retirada da vesícula) não é o tratamento para a colangite aguda no momento da urgência. O problema imediato está na obstrução do canal colédoco e na infecção biliar. A cirurgia da vesícula deve ser realizada eletivamente, após a resolução completa do quadro de colangite e a limpeza da via biliar principal.

Alternativa e) Incorreta: A drenagem biliar externa trans-hepática percutânea é uma alternativa à descompressão endoscópica. Ela costuma ser utilizada em casos de obstruções altas (hilares) ou quando a endoscopia não consegue acessar a via biliar por motivos técnicos ou anatômicos. Não é a conduta inicial para uma paciente estável com dilatação de via biliar extra-hepática.

---

## Questão 37

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um quadro clínico clássico de choque hipovolêmico hemorrágico grave (classificado na questão como grau III, mas com sinais que já sugerem transição para o grau IV, como a hipotensão e a confusão mental). Os pontos fundamentais para o diagnóstico e conduta são:

1. Instabilidade hemodinâmica: Pressão arterial sistólica abaixo de 90 mmHg (85/60 mmHg) e taquicardia significativa (130 bpm).
2. Sinais de má perfusão: Pele fria, pegajosa e enchimento capilar prolongado.
3. Evidência de sangramento ativo: O FAST positivo demonstra líquido livre (sangue) na cavidade peritoneal em um contexto de trauma.
4. Abdome cirúrgico: O exame físico revela um abdome tenso, distendido e doloroso, o que indica hemoperitônio volumoso.

De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), o paciente instável com foco de sangramento abdominal identificado pelo FAST deve ser encaminhado imediatamente para o controle definitivo da hemorragia.

### DISCUSSÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A administração isolada de solução salina e a observação são condutas perigosas para este paciente. No choque grau III/IV, a reposição volêmica deve ser feita preferencialmente com sangue e hemoderivados, e a observação atrasaria o tratamento definitivo de uma hemorragia interna ativa, aumentando a mortalidade.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. Pacientes com instabilidade hemodinâmica e FAST positivo no trauma abdominal necessitam de laparotomia exploradora imediata para controle do sangramento. A ressuscitação deve ser feita com protocolo de transfusão maciça, utilizando a proporção balanceada de 1 unidade de concentrado de hemácias para 1 de plasma fresco congelado para 1 de plaquetas (1:1:1), visando evitar a coagulopatia, a acidose e a hipotermia (tríade da morte).

Alternativa C: Incorreta. O uso de vasopressores (como noradrenalina) é contraindicado como medida inicial no choque hemorrágico puro. O problema do paciente é a falta de volume intravascular (sangue). O vasopressor causaria vasoconstrição em um sistema vazio, piorando a isquemia dos órgãos sem resolver a causa da hipotensão.

Alternativa D: Incorreta. Não há qualquer indicação para diuréticos. O paciente está em choque hipovolêmico, e a administração de diuréticos reduziria ainda mais o volume circulante, podendo levar à parada cardiorrespiratória por colapso circulatório.

Alternativa E: Incorreta. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome é o melhor exame para detalhar lesões em órgãos sólidos, mas ela exige que o paciente esteja hemodinamicamente ESTÁVEL. Levar um paciente instável (hipotenso e taquicárdico) para a sala de tomografia é um erro clássico em provas e na prática médica, frequentemente referido como o trajeto para a morte, pois atrasa a cirurgia necessária.

---

## Questão 38

### DIAGNÓSTICO E CONDUTA

O quadro clínico descreve um paciente idoso, com múltiplas comorbidades e agudamente enfermo (pneumonia), que apresenta uma dilatação massiva do cólon sem evidência de obstrução mecânica (como tumores, volvos ou bridas). Esse cenário é clássico da Pseudo-obstrução Colônica Aguda, também conhecida como Síndrome de Ogilvie.

### POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ CORRETA

A Síndrome de Ogilvie ocorre frequentemente em pacientes hospitalizados com doenças graves, distúrbios metabólicos ou após cirurgias. O tratamento inicial envolve medidas conservadoras, como jejum, decompressão gástrica, correção de eletrólitos e suspensão de drogas que reduzem a motilidade. No entanto, quando a

dilatação do ceco é importante (geralmente acima de 10 a 12 cm) ou o paciente não apresenta melhora clínica com o manejo conservador inicial, a neostigmina é o tratamento farmacológico de escolha. Ela age inibindo a acetilcolinesterase, o que aumenta a disponibilidade de acetilcolina nas sinapses, estimulando o sistema parassimpático e promovendo a motilidade colônica.

#### POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ INCORRETA

A colite pseudomembranosa, causada pela toxina da bactéria *Clostridioides difficile*, manifesta-se tipicamente com diarreia profusa, febre, dor abdominal e leucocitose após o uso de antibióticos. Embora possa evoluir para megacólon tóxico, o quadro de distensão isolada sem sinais de peritonite e sem diarreia, em um contexto de paciente crítico, favorece o diagnóstico de pseudo-obstrução funcional (Ogilvie) e não de um processo infeccioso inflamatório do cólon.

#### POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ INCORRETA

A obstrução por bridas (aderências) é uma causa de obstrução mecânica, geralmente associada a antecedentes de cirurgias abdominais. O enunciado afirma explicitamente que não há evidência de obstrução mecânica nas radiografias, o que descarta essa hipótese. Além disso, a cirurgia exploratória só é indicada de imediato na presença de sinais de sofrimento de alça ou peritonite, o que o paciente não possui.

#### POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ INCORRETA

O volvo de sigmoide é uma torção do cólon sobre seu próprio eixo mesentérico, configurando uma obstrução mecânica. Radiografias mostrariam uma imagem característica em grão de café ou U invertido. Embora a sigmoidoscopia descompressiva seja de fato o tratamento para o volvo de sigmoide, a descrição radiográfica de dilatação predominante do cólon direito (ceco e ascendente) sem ponto de obstrução é típica de Ogilvie, e não de volvo.

#### POR QUE A ALTERNATIVA E ESTÁ INCORRETA

O íleo paralítico (ou adinâmico) envolve a ausência de motilidade de todo o trato gastrointestinal, incluindo habitualmente o intestino delgado, sendo muito comum no pós-operatório imediato. A Síndrome de Ogilvie é considerada uma forma de íleo, porém localizada especificamente no cólon. Embora a reposição de eletrólitos e a mobilização façam parte do tratamento de suporte, a neostigmina é a conduta medicamentosa específica e mais eficaz para reverter a pseudo-obstrução colônica aguda quando a distensão é significativa e há risco de perfuração do ceco.

### Questão 39

Análise do caso clínico: O paciente apresenta uma hérnia inguinal redutível e sintomática (protuberância que surge ao esforço). Em pacientes adultos nessas condições, a indicação de tratamento é cirúrgica para evitar complicações futuras e aliviar os sintomas.

Alternativa a) Incorreta. A técnica de Shouldice é um reparo anatômico realizado por meio de suturas em várias camadas. Embora apresente os melhores resultados entre as técnicas que não utilizam tela, ela é tecnicamente complexa e gera tensão nos tecidos, o que aumenta o risco de recidiva quando comparada às técnicas que utilizam próteses (telas).

Alternativa b) Incorreta. O uso de fundas é uma prática obsoleta e desencorajada pela medicina moderna, pois não resolve o defeito anatômico e pode causar inflamação local, dificultando a cirurgia definitiva. A conduta de observação (watchful waiting) é aceitável apenas para pacientes minimamente sintomáticos ou assintomáticos que desejam adiar o procedimento, o que não é o caso deste paciente, que apresenta queixas ao esforço.

Alternativa c) Incorreta. A técnica laparoscópica transabdominal pré-peritoneal (TAPP) é uma excelente opção cirúrgica; porém, suas indicações principais são para hérnias bilaterais ou hérnias recidivadas (após cirurgia aberta anterior). Para uma hérnia unilateral primária em um paciente sem contraindicações para cirurgia aberta, a técnica de Lichtenstein continua sendo a referência padrão e de menor custo.

Alternativa d) Correta. A técnica de Lichtenstein é considerada o padrão-ouro (gold standard) para o tratamento das hérnias inguinais no adulto. É uma técnica "tension-free" (sem tensão), que utiliza uma tela de polipropileno para reforçar a parede posterior do canal inguinal. Por ser de fácil execução, baixo custo e apresentar baixíssimas taxas de recidiva, é a conduta mais adequada para o paciente em questão.

Alternativa e) Incorreta. A técnica de Bassini é uma técnica histórica que consiste na sutura do tendão conjunto ao ligamento inguinal. Por criar uma linha de sutura sob muita tensão, ela possui taxas de recidiva significativamente maiores do que a técnica de Lichtenstein, não sendo mais recomendada como primeira escolha na prática cirúrgica atual.

## Questão 40

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Alternativa a: Incorreta. O estabelecimento do pneumoperitônio aumenta a pressão intra-abdominal, o que causa compressão da veia cava inferior. Isso resulta em uma diminuição do retorno venoso (pré-carga) e, conseqüentemente, em uma redução do débito cardíaco. A alternativa erra ao afirmar que há aumento do retorno venoso.

Alternativa b: Incorreta. Embora ocorra compressão mecânica da aorta abdominal, o efeito clínico predominante é o aumento da resistência vascular sistêmica (pós-carga) devido a fatores mecânicos e à liberação de mediadores neuro-humorais (como catecolaminas e sistema renina-angiotensina). Isso geralmente causa hipertensão arterial, e não hipotensão.

Alternativa c: Incorreta. A oligúria no pneumoperitônio é multifatorial, sendo causada principalmente pela compressão direta do parênquima renal, compressão da veia renal e redução do fluxo sanguíneo renal, o que diminui a taxa de filtração glomerular. Também há influência hormonal, como o aumento do hormônio antidiurético (ADH) e da aldosterona. A retenção de bicarbonato não é a causa da oligúria.

Alternativa d: Correta. A distensão súbita e rápida do peritônio parietal durante a insuflação de gás (CO<sub>2</sub>) estimula receptores de estiramento que desencadeiam uma resposta mediada pelo nervo vago. Esse reflexo vasovagal pode resultar em bradicardia importante e, em casos mais graves, até assistolia momentânea. É uma intercorrência clássica do início do pneumoperitônio.

Alternativa e: Incorreta. Distúrbios de ritmo cardíaco e arritmias não são raros durante a videolaparoscopia. Eles podem ocorrer por diversos motivos, incluindo a hipercapnia (que causa acidose respiratória e sensibiliza o miocárdio), a estimulação do sistema nervoso simpático e o reflexo vagal por distensão peritoneal.

---

## Questão 41

Para avaliar o desenvolvimento puberal de uma paciente do sexo feminino, a medicina utiliza os critérios de Marshall e Tanner, que dividem a maturação sexual em cinco estágios para as mamas (M1 a M5) e cinco estágios para os pelos pubianos (P1 a P5). A puberdade normal em meninas ocorre entre os 8 e 13 anos de idade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a paciente tenha 12 anos, idade em que é esperado que a

puberdade esteja em curso, a descrição fornecida na questão é subjetiva e não permite uma classificação precisa nos estágios de Tanner. Sem a definição exata do estágio (ex.: M3, P2) e sem dados complementares, como a velocidade de crescimento e o histórico de progressão desses caracteres, não se pode afirmar categoricamente que o desenvolvimento é adequado.

b) Incorreta. O desenvolvimento puberal é considerado atrasado em meninas quando não há o surgimento do broto mamário (telarca) até os 13 anos de idade. Como a paciente já apresenta aumento de mamas e presença de pelos aos 12 anos, ela não se enquadra nos critérios de atraso puberal.

c) Incorreta. A pubarca precoce é definida pelo aparecimento de pelos pubianos antes dos 8 anos de idade nas meninas. A paciente tem 12 anos, portanto, a presença de pelos está dentro da faixa etária esperada, não havendo indicação para investigar precocidade.

d) Incorreta. A telarca precoce é o surgimento do broto mamário antes dos 8 anos de idade. Assim como na pubarca, a idade da paciente (12 anos) exclui o diagnóstico de precocidade.

e) Correta. Esta é a alternativa que melhor responde à questão do ponto de vista técnico. A descrição "pelos espessos e esparsos" e "mamas/mamilos aumentados, sem contorno definido" é vaga e não utiliza a terminologia técnica necessária para o estadiamento de Tanner. Por exemplo, a descrição das mamas poderia sugerir um estágio M3 (no qual mama e aréola apresentam um único contorno), mas a falta de detalhes sobre a glândula e a aréola impede a confirmação. Além disso, uma avaliação puberal completa exige a correlação com a estatura, velocidade de crescimento e, se necessário, idade óssea. Portanto, os dados apresentados são insuficientes para uma conclusão clínica definitiva sobre o desenvolvimento.

---

## Questão 42

A regra fundamental para a imunização de recém-nascidos prematuros, estabelecida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), é que as vacinas devem ser administradas de acordo com a idade cronológica (idade real desde o nascimento), seguindo o mesmo calendário das crianças nascidas a termo. No entanto, a questão apresenta como gabarito a idade corrigida (letra A), o que reflete uma divergência técnica ocasionalmente encontrada em provas de concursos ou interpretações de diretrizes que sugerem o ajuste do cronograma para compensar a prematuridade em casos de desenvolvimento específico.

Explicação detalhada das alternativas:

Alternativa A (Correta conforme o gabarito): Esta alternativa indica que a vacinação deve seguir a idade corrigida. É importante destacar que, na prática clínica contemporânea e nas diretrizes oficiais brasileiras, o termo tecnicamente correto e mais cobrado é idade cronológica. No entanto, em algumas interpretações de bancas examinadoras, considera-se que o planejamento vacinal do prematuro deve ser ajustado individualmente, o que leva à escolha dessa alternativa neste contexto específico.

Alternativa B (Incorreta): A vacinação não deve ser realizada imediatamente em pacientes instáveis. Este recém-nascido está com sepse, em suporte ventilatório e hemodinâmico. A prioridade absoluta é a estabilização do quadro clínico. Vacinas podem causar reações (como febre ou irritabilidade) que podem confundir a avaliação de um paciente já grave.

Alternativa C (Incorreta): Não existe a exigência de peso superior a 3 kg para iniciar a vacinação. O único parâmetro de peso rigoroso na rotina neonatal é para a vacina BCG, que deve ser aplicada apenas quando a criança atingir pelo menos 2.000 g. As demais vacinas dependem mais da estabilidade clínica do que do peso absoluto.

Alternativa D (Incorreta): A alta hospitalar não é um pré-requisito para a vacinação. Se o paciente estivesse clinicamente estável, as vacinas previstas para o período neonatal (como a primeira dose de hepatite B) poderiam e deveriam ser aplicadas ainda no ambiente hospitalar para garantir a proteção o mais cedo possível.

Alternativa E (Incorreta): Embora exista a orientação de evitar vacinas de vírus vivos dentro de UTIs neonatais (como a vacina oral contra o rotavírus, para evitar a disseminação do vírus vacinal para outros recém-nascidos no berçário), a alternativa está incorreta para este caso específico porque o paciente encontra-se em estado séptico. Em vigência de infecção grave e instabilidade, qualquer vacinação deve ser postergada até a melhora do quadro clínico.

---

### Questão 43

O diagnóstico clínico desse caso é Exantema Súbito, também conhecido como Roséola Infantum. A chave para a resolução desta questão reside na cronologia dos sintomas, que é clássica e patognomônica para essa patologia.

Análise da alternativa correta:

e) Exantema súbito: É causado principalmente pelo herpesvírus humano tipo 6 (HHV-6). Acomete tipicamente lactentes e crianças pequenas. O quadro clínico

clássico inicia-se com febre alta e isolada (muitas vezes superior a 39-40 °C), que dura de 3 a 5 dias. O sinal clínico mais marcante ocorre no momento da defervescência: a febre desaparece bruscamente e, poucas horas depois, surge o exantema maculopapular eritematoso. O exantema inicia-se caracteristicamente no tronco e progride para pescoço e membros, exatamente como descrito no caso clínico.

Análise das alternativas incorretas:

a) Escarlatina: É causada pela toxina pirogênica do *Streptococcus pyogenes*. O quadro clínico envolve faringite exsudativa, febre e um exantema com textura de "lixa" (micropapular). O exantema surge enquanto a criança ainda está febril e costuma apresentar sinais específicos como as linhas de Pastia (acentuação nas dobras) e o sinal de Filatov (palidez peribucal), além da língua em framboesa.

b) Sarampo: Caracteriza-se por um quadro prodrômico intenso com febre alta, tosse produtiva, coriza importante e conjuntivite com fotofobia (o chamado "catarro oculonasal"). O exantema do sarampo é morbiliforme, de progressão craniocaudal, e surge no pico da febre, com piora do estado geral. No exantema súbito, a criança costuma apresentar bom estado geral após o sumiço da febre.

c) Varicela: O quadro clínico é marcado por lesões polimórficas, ou seja, a presença simultânea de pápulas, vesículas e crostas em diferentes estágios de evolução. O exantema é intensamente pruriginoso e não segue o padrão de "surgimento após o fim da febre" observado no caso.

d) Rubéola: Geralmente apresenta febre baixa e um exantema que se inicia na face e progride rapidamente para o resto do corpo. Uma característica marcante da rubéola é a presença de linfonodopatia retroauricular, occipital e cervical posterior, que não foi relatada com essa especificidade no enunciado. Além disso, na rubéola, o exantema e a febre ocorrem de forma concomitante.

---

#### **Questão 44**

Essa questão aborda um tema recorrente em provas de residência: as contraindicações e precauções para a vacinação, especificamente quanto ao uso de corticoides.

O ponto fundamental para resolver a questão é entender que o uso de corticoides por via inalatória, nasal ou tópica, bem como o uso sistêmico em doses baixas ou por curto período (menos de 14 dias), não causa imunossupressão clinicamente relevante. Além disso, a vacina contra o HPV é uma vacina inativada (recombinante),

o que oferece um perfil de segurança ainda maior em pacientes com algum grau de comprometimento imunológico, embora este não seja o caso do paciente em questão.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não há necessidade de adiar a vacinação. O corticoide nasal tem ação local e absorção sistêmica mínima, não interferindo na resposta imunológica à vacina. Postergar a dose apenas atrasa a proteção do paciente de forma desnecessária.

Alternativa b) Incorreta. Não existe recomendação clínica ou farmacológica para suspender o tratamento da rinite alérgica devido à vacinação. A medicação não interfere na eficácia da vacina e a vacina não altera a segurança do corticoide nasal.

Alternativa c) Correta. Como o paciente não apresenta imunossupressão (o uso de corticoide nasal não é contraindicação nem precaução para vacinas) e a vacina contra o HPV não é composta por vírus vivos, a conduta correta é seguir o calendário vacinal normalmente, aplicando a vacina com as orientações de rotina.

Alternativa d) Incorreta. O uso de dose dobrada de vacinas é uma conduta excepcional, reservada a protocolos muito específicos para pacientes gravemente imunossuprimidos (como em alguns esquemas para hepatite B em nefropatas crônicos), e nunca se aplica ao uso de corticoide nasal ou à vacina contra o HPV neste contexto.

Alternativa e) Incorreta. O uso de corticoide nasal não predispõe o paciente a reações adversas mais intensas após a aplicação da vacina contra o HPV. As reações esperadas são as mesmas de qualquer outro paciente da mesma faixa etária (dor local, eritema ou febre baixa).

Em resumo: Corticoides tópicos, inalatórios ou nasais **NÃO** são contraindicações para qualquer vacina do calendário nacional de imunização. Além disso, por ser uma vacina inativada, a vacina contra o HPV poderia ser administrada com segurança até mesmo em pacientes em corticoterapia sistêmica imunossupressora, embora, nestes casos, a resposta imune pudesse ser menor.

### Questão 45

Para identificar a alternativa correta, devemos recordar os critérios que definem a icterícia como patológica no período neonatal. Os principais são: 1) Início precoce (antes de 24 horas de vida); 2) Velocidade de aumento da bilirrubina total (BT) superior a 0,5 mg/dL/hora; 3) Bilirrubina direta (BD) superior a 1,0 mg/dL (se  $BT < 5$ ) ou superior a 20% da BT (se  $BT > 5$ ); 4) Icterícia prolongada (mais de 8 dias no recém-nascido a termo ou 14 dias no prematuro); 5) Níveis de BT acima do percentil 95 para a idade cronológica no nomograma de Bhutani.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Um recém-nascido (RN) a termo com 37 horas de vida está fora do período de icterícia precoce. A bilirrubina direta (BD) é calculada subtraindo-se a indireta da total:  $4 - 3,1 = 0,9$  mg/dL. Como a BD é inferior a 1,0 mg/dL, não há critério de colestase. Não há critérios patológicos aqui.

b) Incorreta. No 6º dia de vida de um prematuro, a icterícia costuma ser fisiológica. A BD é de 0,8 mg/dL ( $3 - 2,2 = 0,8$ ), o que é normal (abaixo de 1,0 mg/dL). Os níveis de BT (3 mg/dL) estão muito baixos para serem considerados patológicos.

c) Correta. Esta alternativa apresenta dois critérios:

1. Icterícia precoce: o RN tem apenas 12 horas de vida (toda icterícia antes de 24 h é patológica).

2. Aumento da bilirrubina direta: o cálculo  $BT (2 \text{ mg/dL}) - BI (0,8 \text{ mg/dL})$  resulta em uma BD de 1,2 mg/dL. Como a BT é menor que 5 mg/dL, qualquer valor de BD acima de 1,0 mg/dL é considerado patológico (sinal de colestase).

d) Incorreta. Com 39 horas de vida, o RN não tem icterícia precoce. O valor de BT de 8 mg/dL para um prematuro nessa idade geralmente está dentro da normalidade ou em zona de baixo risco. A velocidade de aumento de 0,1 mg/dL/hora está bem abaixo do limite patológico de 0,5 mg/dL/hora.

e) Incorreta. Primeiro, não há incompatibilidade sanguínea ABO neste caso, pois a mãe é do tipo A e o RN é do tipo O (a incompatibilidade ocorre quando a mãe é O e o filho é A ou B). Segundo, em prematuros, a icterícia pode durar até 14 dias sem ser considerada prolongada ou patológica. Portanto, o 12º dia ainda está dentro do esperado para a fisiologia da prematuridade.

## Questão 46

Para responder a essa questão, devemos lembrar os critérios de Roma IV para Distúrbios Funcionais Gastrointestinais em pediatria. A Síndrome do Intestino Irritável (SII) em crianças e adolescentes é definida pela presença de dor abdominal por pelo menos 4 dias por mês, por pelo menos 2 meses antes do diagnóstico, associada a um ou mais dos seguintes critérios: 1. Relação com a defecação (podendo haver melhora ou piora da dor); 2. Mudança na frequência das evacuações; 3. Mudança na forma ou aparência das fezes (Escala de Bristol). Além disso, os sintomas não podem ser explicados por outra condição médica após avaliação criteriosa.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A presença de perda ponderal (perda de peso) é considerada um sinal de alerta, também chamado de "red flag". Sinais de alerta sugerem a presença de doenças orgânicas, como Doença Inflamatória Intestinal, Doença Celíaca ou infecções, o que exclui o diagnóstico de um distúrbio puramente funcional, como a SII.

Alternativa b: Incorreta. Esta é uma distinção importante no Roma IV. Se a dor abdominal da criança é resolvida assim que a constipação é tratada com sucesso, o diagnóstico deve ser de Constipação Funcional. Na SII, a dor persiste ou tem uma relação mais complexa com o hábito intestinal, não sendo apenas um reflexo do acúmulo de fezes.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve exatamente um dos três critérios associados à dor abdominal para o diagnóstico de SII. A dor deve vir acompanhada de alteração na frequência (diarreia ou constipação) ou na consistência das fezes.

Alternativa d: Incorreta. A Escala de Bristol é usada para caracterizar o tipo de fezes (em que Bristol 1 e 2 indicam constipação e 6 e 7 indicam diarreia). Embora a SII possa apresentar alternância de hábito, essa descrição específica de Bristol 6 seguido por Bristol 1 no mesmo dia não é um critério diagnóstico e é clinicamente pouco frequente.

Alternativa e: Incorreta. O Consenso de Roma IV estabeleceu que, para crianças e adolescentes, os sintomas devem estar presentes por um período mínimo de 2 meses antes do diagnóstico. O prazo de 1 mês é insuficiente para preencher os critérios diagnósticos atuais.

Gabarito: Alternativa (c).

## Questão 47

O M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised) e sua versão com entrevista de seguimento (F) são alguns dos instrumentos mais importantes e citados na prática pediátrica e na psiquiatria infantil.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O M-CHAT-R não é uma ferramenta de diagnóstico, mas sim de rastreamento. Além disso, o termo "Síndrome de Asperger" foi descontinuado com a atualização do DSM-5, sendo agora englobado no Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Alternativa B (Correta): Esta é a definição exata do teste. O M-CHAT-R é uma ferramenta de triagem (rastreamento) populacional para identificar sinais precoces de TEA em crianças. Ele permite identificar riscos que indicam a necessidade de encaminhamento para uma avaliação diagnóstica completa. No Brasil, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria orientam sua aplicação em todas as crianças em consultas de rotina.

Alternativa C (Incorreta): Embora o teste lide com marcos do desenvolvimento social e comunicativo, o seu objetivo não é o acompanhamento genérico do neurodesenvolvimento (função realizada por instrumentos como a Caderneta de Saúde da Criança ou o Teste de Denver II), mas sim o rastreamento específico de riscos para o autismo.

Alternativa D (Incorreta): A faixa etária preconizada para a aplicação do M-CHAT-R é entre 16 e 30 meses de idade. Para crianças mais novas, os sinais podem ser muito sutis para a sensibilidade deste instrumento específico.

Alternativa E (Incorreta): O estadiamento do grau de autismo (nível 1, 2 ou 3 de suporte) é uma etapa do diagnóstico clínico e baseia-se na funcionalidade e na necessidade de suporte do paciente, não sendo determinado por um questionário de triagem inicial.

Em resumo, o M-CHAT-R é um questionário de 20 perguntas (respondido pelos pais) validado para triagem universal entre 16 e 30 meses, visando à detecção precoce e à intervenção oportuna.

## Questão 48

Esta questão aborda as técnicas de aconselhamento em amamentação, fundamentais na puericultura para promover o aleitamento materno exclusivo (AME). O aconselhamento não é apenas dar instruções, mas sim uma forma de atuar em que o profissional escuta e entende a mulher, oferecendo ajuda para que ela planeje e tome decisões.

Alternativa (a) Incorreta. Fazer perguntas abertas é uma das principais técnicas de escuta e aprendizagem recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde. Perguntas que começam com "como", "o que", "quando" ou "por que" permitem que a mãe se expresse livremente, ajudando o médico a identificar os reais motivos que a levam a considerar a interrupção da amamentação. Portanto, isso deve ser incentivado, não evitado.

Alternativa (b) Incorreta. A comunicação não verbal (manter o olhar no mesmo nível, tocar suavemente, balançar a cabeça em sinal de concordância) é essencial para estabelecer empatia e demonstrar interesse. Embora deva ser usada com bom senso e ética, ela não deve ser evitada, pois é uma ferramenta poderosa para fortalecer o vínculo entre médico e paciente.

Alternativa (c) Incorreta. Aceitar o que a mãe pensa e sente é um passo para a construção de confiança. No entanto, o erro da alternativa está na finalidade: o objetivo de aceitar as opiniões não é demonstrar que a mãe está "equivocada" de forma "incisiva". O médico deve aceitar as ideias sem julgamento, para então, de forma acolhedora, oferecer informações que possam mudar a percepção da mãe.

Alternativa (d) Incorreta. Palavras de julgamento (como "certo", "errado", "bom", "ruim") devem ser sempre evitadas no aconselhamento, pois fazem a mãe se sentir criticada ou incapaz. A segunda parte da alternativa ("exceto quando possam efetivamente levar ao desmame") torna a assertiva confusa e clinicamente incorreta, pois o objetivo da consulta é justamente evitar o desmame.

Alternativa (e) Correta. Ser empático significa colocar-se no lugar do outro para entender seus sentimentos. Subestimar ou minimizar os sentimentos da mãe (por exemplo, dizer que o cansaço dela "não é nada" ou que a dor é "psicológica") destrói a relação de ajuda. Para que a mãe se sinta compreendida e valorizada, o médico deve evitar, de todas as formas, subestimar as queixas e emoções relatadas por ela. Ao validar o que ela sente, o profissional cria um ambiente seguro para que ela aceite as orientações técnicas para manter a amamentação.

## Questão 49

Análise do caso:

O cenário exposto descreve uma situação de violência psicológica e negligência contra uma adolescente de 11 anos. A avó, que detém a guarda de fato, imputa à neta a responsabilidade por sua própria depressão e desvaloriza a história familiar da menor, o que configura abuso emocional. Perante o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e as diretrizes do Ministério da Saúde, a notificação de suspeita de maus-tratos é compulsória para profissionais de saúde.

Alternativa a: Correta. A legislação brasileira determina que a notificação deve ser realizada perante a suspeita de violência. Não é necessário que o médico tenha certeza absoluta ou prova pericial do abuso; os indícios de violência psicológica e o ambiente familiar hostil relatados são motivos suficientes e obrigatórios para gerar a notificação aos órgãos competentes, como o Conselho Tutelar.

Alternativa b: Incorreta. A proteção à criança e ao adolescente é prioritária e deve ser imediata. A notificação é uma medida de proteção e não deve ser retardada por questões burocráticas relativas à guarda legal ou pela necessidade de localização da mãe biológica.

Alternativa c: Incorreta. A notificação compulsória de maus-tratos contra menores de idade é um dever ético e legal do médico. Ela não depende do consentimento das partes envolvidas, até porque, em casos de violência intrafamiliar, o agressor raramente concordaria com o registro.

Alternativa d: Incorreta. Existe uma distinção técnica fundamental entre notificação em saúde e denúncia criminal. O profissional de saúde notifica a suspeita fundamentada para que a rede de proteção social seja acionada. A produção de provas é uma etapa jurídica posterior, de competência das autoridades policiais e judiciárias.

Alternativa e: Incorreta. Por ser menor de idade e estar em condição de vulnerabilidade, a adolescente é protegida pelo princípio da proteção integral. O médico tem o dever legal de notificar a suspeita de violência para garantir a assistência psicossocial necessária, independentemente de um desejo manifesto ou pedido direto da paciente.

## Questão 50

Para resolver essa questão, devemos analisar o histórico vacinal do adolescente de 16 anos e confrontá-lo com o Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde para adolescentes e adultos.

Análise do histórico e necessidades:

1. Hepatite B (HB): O esquema completo exige 3 doses (0, 1 e 6 meses). O paciente possui 2 doses registradas. Portanto, falta 1 dose para completar o esquema.

2. Difteria e Tétano (dT): Para indivíduos com esquema incompleto, o objetivo é totalizar 3 doses de vacina com componente tetânico. Ele recebeu 2 doses de DTP na infância e 1 dose de dT há dois meses, totalizando 3 doses. Assim, ele já completou o esquema básico. A próxima dose (reforço) será apenas daqui a 10 anos. Não há necessidade de nova dose agora.

3. Febre Amarela (VFA): De acordo com a atualização do Ministério da Saúde, quem recebeu a primeira dose antes dos 5 anos de idade deve receber uma dose de reforço (totalizando duas doses na vida). Como ele recebeu apenas uma dose no primeiro ano de vida, falta 1 dose de reforço.

4. Tríplice Viral (SCR — Sarampo, Caxumba e Rubéola): Indivíduos de 1 a 29 anos devem ter 2 doses comprovadas. Ele possui apenas 1 dose. Portanto, falta 1 dose para completar o esquema.

5. HPV: O esquema atual do Ministério da Saúde (conforme Nota Técnica de 2024) preconiza dose única para meninos e meninas de 9 a 14 anos. Em casos de resgate de adolescentes que não se vacinaram na idade recomendada, aplica-se 1 dose.

6. Meningocócica ACWY: É recomendada uma dose para adolescentes de 11 a 14 anos. Como ele tem 16 anos e nunca recebeu, deve receber 1 dose de resgate.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Propõe duas doses de VFA (ele só precisa de uma de reforço), duas de dT (ele já completou o esquema de 3 doses recentemente) e duas de HPV (o esquema atual é de dose única).

b) Incorreta. Propõe duas doses de HB (ele só precisa de uma), duas de VFA (ele só precisa de uma) e duas de Meningo ACWY (é dose única).

c) CORRETA. Esta alternativa contempla exatamente o que falta: 1 dose de HB (para

completar as 3), 1 dose de VFA (reforço necessário após a dose do primeiro ano), 1 dose de Tríplice Viral (para completar as 2 doses exigidas até os 29 anos), 1 dose de HPV (conforme a nova recomendação de dose única) e 1 dose de Meningo ACWY (indicada para adolescentes).

d) Incorreta. Propõe uma dose de DTP, que é uma vacina de uso infantil (até 6 anos, 11 meses e 29 dias). Para adolescentes e adultos, utiliza-se a dT. Além disso, propõe duas doses de HPV.

e) Incorreta. Propõe uma dose de dT (que ele já completou o ciclo de 3 doses há dois meses) e duas doses de Meningocócica ACWY (o esquema é de dose única).

---

### Questão 51

Esta questão aborda o manejo da desidratação em pediatria, um tema fundamental para provas de residência e prática clínica. O primeiro passo é classificar o estado de hidratação do paciente com base nos sinais clínicos apresentados.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta sinais de alerta: está intranquilo (irritado), chora sem lágrimas e tem a língua levemente seca. De acordo com o fluxograma do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a presença de dois ou mais desses sinais classifica a criança no Plano B de hidratação (desidratação moderada ou "alguma desidratação").

Conduta no Plano B:

A conduta recomendada é a Terapia de Reidratação Oral (TRO) na unidade de saúde. O volume de Soro de Reidratação Oral (SRO) deve ser de 50 a 100 mL/kg (utilizando-se frequentemente a média de 75 mL/kg) para ser administrado em um período de 4 horas, em pequenas quantidades e com frequência. Durante esse período, o paciente deve ser reavaliado continuamente. Se os sinais de desidratação desaparecerem, a criança passa para o Plano A e recebe alta.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Esta alternativa descreve exatamente o Plano B: oferta de 75 mL/kg de SRO em 4 horas, sem necessidade inicial de medicações (visto que houve apenas um episódio de vômito há 12 horas e a aceitação oral é priorizada) e permanência na unidade para observação até a reidratação.

Alternativa b) Incorreta. A hidratação venosa (fase de expansão rápida) é reservada para o Plano C (desidratação grave) ou para casos de falha na terapia oral (vômitos

persistentes, íleo paralítico ou alteração do nível de consciência), o que não é o caso deste paciente.

Alternativa c) Incorreta. Esta conduta corresponde ao Plano A, indicado para crianças com diarreia, mas sem sinais clínicos de desidratação. Como o escolar apresenta sinais claros de perda de fluidos (choro sem lágrima e irritabilidade), ele precisa de intervenção imediata na unidade.

Alternativa d) Incorreta. Novamente, propõe a via venosa e o uso sistemático de antieméticos. O volume de 70 mL/kg em 2,5 horas é uma etapa específica da fase de manutenção/reposição no Plano C para crianças maiores, não sendo a conduta imediata para um quadro de desidratação moderada tratável por via oral.

Alternativa e) Incorreta. O volume de 20 mL/kg é insuficiente para a reidratação no Plano B. Além disso, o paciente não deve retornar para casa imediatamente; ele deve permanecer em observação na unidade de saúde até que esteja clinicamente hidratado. O uso de ondansetrona pode ser considerado em casos de vômitos persistentes que dificultam a TRO, mas não é a medida isolada correta nem substitui o volume adequado de SRO.

---

## Questão 52

### DIAGNÓSTICO E FISIOPATOLOGIA

O quadro clínico descrito — atraso na eliminação de mecônio (após 48 horas de vida), constipação crônica desde o primeiro ano, distensão abdominal e o sinal do "explosivo" ao toque retal (saída brusca de fezes e gases após a retirada do dedo) — é clássico da Doença de Hirschsprung, também conhecida como Megacólon Congênito.

A fisiopatologia dessa doença baseia-se na ausência congênita de células ganglionares nos plexos submucoso (Meissner) e mientérico (Auerbach). Essa aganglionose sempre começa no esfíncter anal interno e progride em direção proximal por uma extensão variável. Como os gânglios são responsáveis pelo relaxamento muscular do intestino, a área afetada permanece em estado de contração permanente (espástica), gerando uma obstrução funcional.

### ANÁLISE DO EXAME RADIOLÓGICO (CLISTER OPACO)

No clister opaco, observamos três zonas distintas:

1. Zona Distal (Agangliônica): É a região doente, que se apresenta estreitada ou com calibre reduzido, pois não relaxa.

2. Zona de Transição: Região em formato de cone ou funil.
3. Zona Proximal (Gangliônica): É o intestino saudável, que se torna dilatado (megacólon) na tentativa de vencer a barreira obstrutiva criada pelo segmento distal estreitado.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A região agangliônica (doente) não é a dilatada, mas sim a estreitada. Além disso, a aganglionose não inicia em "qualquer local"; ela obrigatoriamente começa no reto e sobe.

Alternativa b) Incorreta. A região estreitada é justamente a que NÃO possui gânglios (área agangliônica). Além disso, a doença não "poupa as porções distais"; pelo contrário, o reto é a área mais comumente afetada.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o achado radiológico da Doença de Hirschsprung: a zona de cone e o estreitamento distal representam a área agangliônica, que tem início no reto (distal) e se estende para cima (proximal) até onde a migração das células nervosas foi interrompida durante a gestação.

Alternativa d) Incorreta. A porção distal agangliônica apresenta-se estreitada devido à falta de relaxamento muscular, e não dilatada. A dilatação ocorre a montante (antes) do segmento afetado.

Alternativa e) Incorreta. A porção estreitada traduz a área SEM gânglios (agangliônica). O início da doença é sempre distal (anal/retal) e não proximal.

---

### Questão 53

Análise do caso clínico:

O paciente é um escolar de 9 anos, praticante de esporte de impacto (basquete), com quadro de dor crônica no joelho, sem história de trauma. Os achados fundamentais do exame físico são dor e edema localizados especificamente sobre a inserção distal do tendão patelar, acompanhados de uma proeminência óssea fixa no tubérculo tibial.

Alternativa a) Incorreta. A síndrome de Sinding-Larsen-Johansson é uma apofisite de tração que ocorre no polo inferior da patela (origem do tendão patelar). Embora também afete jovens atletas, a localização da dor e do edema é mais superior do que a descrita no caso.

Alternativa b) Incorreta. A síndrome da dor patelofemoral manifesta-se como dor

difusa na região anterior do joelho, geralmente agravada por agachar, subir escadas ou permanecer sentado por longos períodos. Não costuma apresentar proeminência óssea ou edema localizado na tuberosidade da tíbia.

Alternativa c) Correta. A doença de Osgood-Schlatter é uma osteocondrose por tração repetitiva da apófise da tuberosidade anterior da tíbia. É extremamente comum em adolescentes ativos, especialmente em esportes que envolvem saltos e corridas. O quadro clínico clássico é exatamente o descrito: dor à palpação da tuberosidade tibial, edema local e, com o tempo, o surgimento de uma proeminência óssea devido à ossificação heterotópica ou tração excessiva. O fato de o raio-X estar normal não exclui o diagnóstico, já que as alterações radiográficas (como a fragmentação da apófise) podem não estar presentes no início do quadro.

Alternativa d) Incorreta. A doença de Legg-Calvé-Perthes é uma necrose avascular da cabeça do fêmur (quadril). Embora a patologia do quadril na criança possa causar dor referida no joelho, o exame físico local do joelho seria normal. No caso em questão, existem sinais inflamatórios e alteração anatômica clara no joelho (tubérculo tibial).

Alternativa e) Incorreta. A rotura do ligamento cruzado anterior (LCA) é uma lesão tipicamente aguda e traumática, geralmente ocorrendo após um entorse com estalido e derrame articular imediato (hemartrose). O quadro do paciente é crônico (2 meses), insidioso e apresenta sinais específicos na tuberosidade da tíbia, o que não condiz com lesão ligamentar intracapsular.

Gabarito: Letra C.

---

## Questão 54

Análise detalhada da questão:

O *Schistosoma mansoni* é o agente etiológico da esquistossomose mansoni. Para compreender o período de transmissibilidade, é fundamental conhecer o ciclo biológico e a longevidade do parasita no hospedeiro humano e no hospedeiro intermediário (caramujo).

Alternativa a) Correta. O período pré-patente, que é o intervalo entre a infecção (penetração das cercárias) e o aparecimento de ovos nas fezes, é de aproximadamente 5 a 8 semanas (cerca de 35 a 50 dias). Uma vez que os vermes adultos se instalam nos vasos mesentéricos, eles iniciam a reprodução sexuada. A vida média desses vermes é de 6 a 10 anos, mas existem relatos documentados de pacientes que continuaram eliminando ovos por mais de 20 anos após deixarem áreas endêmicas, o que demonstra a alta longevidade do helminto no hospedeiro

humano.

Alternativa b) Incorreta. A alternativa inverte os estágios evolutivos. Os hospedeiros intermediários (caramujos *Biomphalaria*) são infectados pelos miracídeos, que são liberados quando os ovos de *S. mansoni* entram em contato com a água. Após um período de incubação no molusco (4 a 7 semanas), o que o caramujo elimina no ambiente são as cercárias, que são as formas infectantes para o ser humano.

Alternativa c) Incorreta. Embora o caramujo possa eliminar cercárias durante o resto de sua vida após o período de incubação, o tempo de vida de um caramujo do gênero *Biomphalaria* na natureza é curto, geralmente não ultrapassando um ano. O valor de 3 anos citado na alternativa está incorreto e superestimado para a biologia do molusco.

Alternativa d) Incorreta. Como mencionado na alternativa A, o tempo de uma semana é insuficiente para que o parasita complete sua migração (esquistossômulo) e maturação até a fase adulta para iniciar a postura de ovos. O período de 6 meses a 1 ano também está incorreto, pois subestima a capacidade do parasita de sobreviver e se reproduzir no corpo humano por uma década ou mais.

Alternativa e) Incorreta. Os hospedeiros reservatórios são animais que conseguem manter o ciclo do parasita na natureza. Para serem considerados reservatórios relevantes, eles precisam necessariamente eliminar ovos viáveis em suas fezes para contaminar as coleções hídricas. Diversos mamíferos, como roedores, marsupiais e primatas, já foram encontrados infectados e eliminando ovos de *S. mansoni*, embora o papel epidemiológico principal na transmissão humana ainda seja do próprio ser humano.

---

### Questão 55

A conduta diante de um quadro de uretrite masculina deve sempre considerar a alta probabilidade de coinfeção pelos dois principais agentes etiológicos: *Neisseria gonorrhoeae*\* (gonococo) e *Chlamydia trachomatis*\* (clamídia). Devido ao aumento global da resistência bacteriana, especialmente do gonococo, os protocolos atuais do Ministério da Saúde do Brasil e de organizações internacionais recomendam a terapia combinada (terapia dupla).

Alternativa a: Incorreta. A doxiciclina é uma opção para o tratamento da clamídia (geralmente 100 mg de 12/12h por 7 dias), mas não é eficaz como monoterapia para o gonococo. O período de 30 dias é excessivo e não possui fundamentação para casos de uretrite aguda.

Alternativa b: Incorreta. Embora a ceftriaxona seja o antibiótico de escolha para tratar o gonococo, a sua administração isolada (monoterapia) não é recomendada. Isso ocorre porque ela não trata a clamídia, que frequentemente coexiste na uretrite, e o uso isolado favorece o desenvolvimento de cepas de gonococo resistentes.

Alternativa c: Correta. Esta é a alternativa que melhor reflete as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Infecções Sexualmente Transmissíveis. A ceftriaxona (cefalosporina de 3ª geração) é o agente mais eficaz contra o gonococo, enquanto a azitromicina garante a cobertura para \*Chlamydia trachomatis\*. A associação dos dois fármacos é a estratégia preconizada para aumentar a eficácia do tratamento e reduzir a pressão seletiva para resistência. Embora o protocolo padrão cite 1 g de azitromicina, a combinação com ceftriaxona torna esta a única opção terapêutica adequada entre as listadas.

Alternativa d: Incorreta. O ciprofloxacino e outras quinolonas não são mais indicados para o tratamento de uretrite gonocócica devido aos altos níveis de resistência da \*Neisseria gonorrhoeae\* a essa classe de medicamentos em território brasileiro.

Alternativa e: Incorreta. A azitromicina em monoterapia não deve ser utilizada para o tratamento do gonococo. O uso isolado de macrolídeos por tempo prolongado (10 dias) não é o protocolo para uretrite e contribui severamente para a resistência bacteriana, além de não ser o tratamento de escolha para o quadro descrito.

Em resumo, o manejo da uretrite deve ser sintomático ou voltado para os dois agentes principais, utilizando Ceftriaxona 500 mg (IM) associada à Azitromicina 1 g (VO), ambos em dose única.

---

## Questão 56

O tratamento da cólera fundamenta-se na reposição volêmica rápida e adequada. O uso de antibióticos é indicado apenas em casos de desidratação moderada ou grave, com o objetivo de reduzir a duração da diarreia, o volume das perdas fecais e o tempo de excreção do \*Vibrio cholerae\*.

Análise das alternativas:

a) Correta. A doxiciclina é o antibiótico de primeira escolha recomendado pelo Ministério da Saúde para o tratamento da cólera em adultos e crianças. A dose única facilita a adesão ao tratamento e é eficaz na redução da carga bacteriana. Em adultos, a dose padrão costuma ser de 300 mg em dose única; para crianças, a recomendação varia de 2 a 4 mg/kg, também em dose única, por via oral.

b) Incorreta. O sulfametoxazol e a trimetoprima (SMX-TMP) já foram muito utilizados no passado, mas atualmente não são a primeira escolha devido ao aumento global da resistência bacteriana do \*Vibrio cholerae\* a esta combinação. Além disso, o tempo de tratamento de 5 dias é menos vantajoso que a dose única da doxiciclina.

c) Incorreta. A amoxicilina associada ao clavulanato é uma penicilina de amplo espectro com inibidor de beta-lactamase, utilizada principalmente em infecções respiratórias, de pele ou do trato urinário. Não possui indicação ou eficácia comprovada para o controle do \*Vibrio cholerae\* em protocolos epidemiológicos.

d) Incorreta. A gentamicina é um aminoglicosídeo de uso exclusivamente parenteral (intravenoso ou intramuscular), pois não é absorvida pelo trato gastrointestinal. Portanto, a administração por via oral não teria efeito sistêmico e não é utilizada no manejo da cólera.

e) Incorreta. O cefepime é uma cefalosporina de quarta geração de uso estritamente hospitalar e intravenoso, indicada para infecções graves, como sepse ou neutropenia febril. Seu uso para cólera é inadequado tanto pelo espectro desnecessário quanto pela via de administração e tempo de tratamento propostos.

Resumo: De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a doxiciclina em dose única permanece como o esquema preferencial para o tratamento medicamentoso complementar da cólera. Alternativas como azitromicina ou ciprofloxacino podem ser consideradas em situações específicas de resistência ou contraindicações.

---

### Questão 57

A Síndrome Urêmica Hemolítica (SHU) típica é uma complicação grave, geralmente precedida por diarreia infecciosa causada pela toxina Shiga (produzida principalmente pela E. coli O157:H7). A compreensão do manejo correto é vital para evitar o agravamento do quadro.

Alternativa A: Incorreta. O ciprofloxacino, assim como outros antibióticos, não é indicado no tratamento da infecção intestinal por E. coli produtora de toxina Shiga (STEC). O uso de antimicrobianos pode estimular a liberação de mais toxinas pelas bactérias em lise, aumentando significativamente o risco de o paciente desenvolver a tríade clássica da SHU (anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda).

Alternativa B: Correta. Esta alternativa reflete o consenso terapêutico e fisiopatológico. O uso de antibióticos durante a fase de diarreia por STEC é um fator

de risco documentado para a evolução rumo à SHU. Em relação à plasmaférese, embora o pilar do tratamento seja o suporte (hidratação cuidadosa, controle da hipertensão e diálise, se necessário), a troca plasmática pode ser utilizada em casos graves, especialmente quando há manifestações neurológicas importantes ou quadros sistêmicos refratários, visando à remoção de toxinas e citocinas inflamatórias.

Alternativa C: Incorreta. A administração imediata de antibióticos, como a rifaximina ou fluoroquinolonas, em casos de diarreia hemorrágica em crianças é contraindicada até que se exclua a infecção por STEC, devido ao risco de precipitar a falência renal e a hemólise.

Alternativa D: Incorreta. O esquema terapêutico composto por Vancomicina oral e Fidaxomicina é o tratamento padrão-ouro para a infecção por *Clostridioides difficile* (colite pseudomembranosa). Não há indicação para esse protocolo no manejo da SHU ou da infecção por *E. coli* enterohemorrágica.

Alternativa E: Incorreta. O Sulfametoxazol + Trimetoprima (SMX-TMP) é um dos antibióticos mais fortemente associados ao aumento da liberação da toxina Shiga no lúmen intestinal. Além da contraindicação do uso do fármaco, a posologia e a duração de 28 dias propostas estão completamente fora dos protocolos para infecções intestinais agudas.

---

### Questão 58

A coqueluche é uma infecção respiratória aguda causada pela *Bordetella pertussis*, um cocobacilo Gram-negativo. O tratamento antibiótico tem dois objetivos fundamentais: eliminar a bactéria da nasofaringe, interrompendo a cadeia de transmissão, e, quando iniciado precocemente (preferencialmente na fase catarral), reduzir a gravidade e a duração do curso clínico.

Alternativa a) Incorreta. A fosfomicina é um antibiótico utilizado quase exclusivamente para o tratamento de infecções do trato urinário inferior (cistites). Ela atua na inibição da síntese da parede celular bacteriana em uma etapa específica que não confere eficácia clínica contra a *B. pertussis*.

Alternativa b) Incorreta. Embora as quinolonas possuam um espectro de ação que inclua diversos patógenos respiratórios, elas não são indicadas para o tratamento da coqueluche. Não existem evidências clínicas que sustentem seu uso como primeira linha ou alternativa padrão para este agente.

Alternativa c) Incorreta. As tetraciclinas (como a doxiciclina) não são os fármacos de

escolha para a coqueluche. Além disso, seu uso é evitado ou contraindicado em crianças menores de 8 anos (a população pediátrica é a mais afetada pela doença) devido ao risco de toxicidade óssea e pigmentação permanente do esmalte dentário.

Alternativa d) Incorreta. Os beta-lactâmicos, classe que inclui penicilinas e cefalosporinas, são ineficazes no tratamento da coqueluche. A *Bordetella pertussis* apresenta resistência intrínseca ou resposta clínica muito pobre a esses fármacos in vivo, falhando em erradicar a bactéria da nasofaringe do paciente.

Alternativa e) Correta. A classe dos macrolídeos representa o tratamento padrão-ouro para a coqueluche. As opções terapêuticas incluem a azitromicina, a claritromicina e a eritromicina. Atualmente, a azitromicina é a droga preferencial em todas as faixas etárias por permitir um tratamento mais curto, apresentar melhor adesão e menos efeitos colaterais gastrointestinais. Especificamente em lactentes menores de um mês de vida, a azitromicina é a única recomendada, pois o uso de eritromicina nesta faixa etária está associado ao risco aumentado de estenose hipertrófica do piloro. Nos casos de alergia ou intolerância aos macrolídeos, a alternativa de segunda linha é o sulfametoxazol-trimetoprima.

---

## Questão 59

### ANÁLISE DO CASO

O paciente é um lactente de 9 meses que apresenta um sopro sistólico com características que, isoladamente, sugerem um sopro inocente ou funcional (como o sopro de Still): baixa intensidade (2+/6+), localização em borda esternal esquerda baixa, ausência de irradiação e alteração com a posição (diminui ao sentar). Além disso, o desdobramento variável da segunda bulha é um achado fisiológico normal e os pulsos femorais presentes afastam a suspeita de coarctação da aorta grave.

No entanto, o ponto-chave para a resolução da questão é a descrição de fácies síndrômica. Em pediatria, qualquer criança com suspeita de síndrome genética ou fenótipo síndrômico apresenta um risco muito elevado de possuir cardiopatias congênitas estruturais associadas. Portanto, mesmo que o sopro pareça funcional, a investigação clínica não pode ser encerrada na atenção primária.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA: A internação é indicada para casos de instabilidade clínica, insuficiência cardíaca descompensada ou necessidade de exames urgentes que não podem ser feitos ambulatorialmente. A criança está assintomática e estável, permitindo investigação eletiva.

Alternativa b) CORRETA: Diante de um lactente com fácies síndrômica e achado de sopro cardíaco, a conduta padrão é o encaminhamento para o cardiopediatra. O especialista realizará uma avaliação detalhada e, invariavelmente, solicitará um ecocardiograma para descartar malformações estruturais que podem não se manifestar com sopros patológicos clássicos no início da vida, mas que são frequentes em pacientes síndrômicos.

Alternativa c) INCORRETA: O uso de furosemida (diurético de alça) e captopril (inibidor da ECA) é indicado para o tratamento de insuficiência cardíaca. Não se inicia medicação cardiológica sem um diagnóstico definido e sem que o paciente apresente sinais clínicos de congestão ou disfunção cardíaca, o que não ocorre neste caso (paciente assintomático).

Alternativa d) INCORRETA: O teste de oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) é um exame de triagem neonatal universal realizado entre 24 e 48 horas de vida para detectar cardiopatias congênitas críticas antes da alta da maternidade. Aos 9 meses, esse teste não é o instrumento adequado para investigar a etiologia de um sopro em uma criança estável.

Alternativa e) INCORRETA: Em uma criança sem estigmas síndrômicos e com sopro de características claramente funcionais, essa conduta poderia ser aceitável. Contudo, a presença da fácies síndrômica é um sinal de alerta (red flag) que obriga o médico a prosseguir com a investigação especializada, não sendo prudente classificar o achado apenas como funcional.

---

## Questão 60

Análise do caso clínico:

O quadro clínico do paciente de 10 anos é caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que sugerem falência medular associada a fenômenos infiltrativos. Os principais achados são:

1. Citopenias: A palidez intensa (3+/4+), acompanhada de taquicardia e sopro sistólico (sopro funcional ou hêmico por anemia), indica uma redução importante na série vermelha. As petéquias indicam plaquetopenia.
2. Infiltração de órgãos e tecidos: A hepatoesplenomegalia (fígado a 2,5 cm e ponta de baço) e a dor óssea (dor à palpação da tíbia e dores noturnas) são sinais de que a medula óssea está sendo expandida ou que células anormais estão invadindo tecidos sólidos.
3. Sintomas constitucionais: O emagrecimento de 2 kg em um mês e o cansaço

sugerem uma doença sistêmica de caráter consumptivo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A anemia falciforme pode causar anemia crônica e crises de dor óssea por vaso-oclusão. No entanto, a presença de petéquias (plaquetopenia) não faz parte do quadro típico. Além disso, aos 10 anos, a maioria dos pacientes com anemia falciforme já apresenta autoesplenectomia por infartos esplênicos de repetição, tornando a esplenomegalia menos provável, a menos que houvesse um quadro de sequestro esplênico agudo, o que não explicaria o emagrecimento e a dor óssea tibial bilateral.

b) Correta. O quadro descrito é a apresentação clássica da Leucemia Linfóide Aguda (LLA), que é o câncer mais comum na infância. A substituição da medula óssea normal por células blásticas (infiltração neoplásica) leva à anemia e à plaquetopenia. A proliferação dessas células causa a distensão do perióstio (dor óssea) e o acúmulo em órgãos do sistema reticuloendotelial, resultando em hepatomegalia e esplenomegalia.

c) Incorreta. O Zika vírus causa um quadro agudo de exantema maculopapular, febre baixa, artralgia e hiperemia conjuntival. Não justifica a anemia grave, a plaquetopenia, a dor óssea profunda ou a perda de peso crônica.

d) Incorreta. A endocardite infecciosa pode cursar com sopro cardíaco, febre, emagrecimento e esplenomegalia. Contudo, as petéquias da endocardite costumam ser por fenômenos vasculíticos ou embólicos, e a dor óssea específica à palpação da tíbia associada a uma palidez tão acentuada em uma criança direciona o raciocínio clínico primariamente para a neoplasia hematológica.

e) Incorreta. A toxoplasmose, em sua forma linfonodal ou disseminada, pode causar aumento de fígado e baço, mas raramente provoca um quadro de falência medular com anemia profunda e petéquias, além de não causar dor óssea com as características descritas.

---

### Questão 61

O quadro clínico descrito é clássico de uma emergência ginecológica. A paciente apresenta dor pélvica de início súbito e agudo, acompanhada de náuseas e vômitos, o que sugere um componente isquêmico ou obstrutivo. O achado ultrassonográfico de aumento ovariano com redução ou ausência de fluxo sanguíneo ao Doppler é o sinal patognomônico para o diagnóstico de torção anexial.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

a) Incorreta. Embora a gravidez ectópica deva sempre ser considerada em mulheres em idade fértil com dor abdominal, esta paciente utiliza dois métodos contraceptivos (DIU de cobre e preservativo) e teve sua última menstruação há apenas 10 dias. Além disso, a ultrassonografia revelou comprometimento do fluxo sanguíneo ovariano e aumento do órgão, achados típicos de torção, e não de um saco gestacional extrauterino.

b) Incorreta. O abscesso tubo-ovariano geralmente é uma complicação da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). O quadro costuma ser mais arrastado, acompanhado de febre, secreção vaginal purulenta e sinais inflamatórios sistêmicos, que estão ausentes nesta paciente. O início súbito da dor (há apenas 2 horas) é incompatível com a formação de um abscesso.

c) Correta. A torção de ovário e tuba uterina (torção anexial) manifesta-se tipicamente com dor aguda, unilateral, de forte intensidade, frequentemente associada a náuseas e vômitos (reflexo autonômico). O aumento do volume ovariano na ultrassonografia ocorre devido ao edema causado pela obstrução do retorno venoso e linfático, evoluindo para a interrupção do fluxo arterial, o que explica o achado de "comprometimento do fluxo sanguíneo" ao Doppler.

d) Incorreta. A apendicite aguda é um importante diagnóstico diferencial de dor em fossa ilíaca direita. Contudo, na apendicite, a dor geralmente começa de forma periumbilical e migra para a região ilíaca, vindo acompanhada de febre e anorexia. A ultrassonografia transvaginal, neste caso, foi específica ao mostrar alterações diretamente no ovário, direcionando o diagnóstico para a causa ginecológica.

e) Incorreta. A pielonefrite costuma apresentar-se com dor lombar (sinal de Giordano positivo), febre alta, calafrios e sintomas urinários (disúria, polaciúria). A paciente nega dor lombar e alterações urinárias, e a propedêutica armada (ultrassonografia) evidenciou que a origem do problema é o anexo uterino, descartando o trato urinário superior.

---

## Questão 62

Esta questão aborda o protocolo de atendimento integral às vítimas de violência sexual, um tema recorrente em provas de residência e de extrema importância na prática médica. A conduta deve ser imediata, multidisciplinar e centrada na dignidade da paciente, seguindo as diretrizes da Lei 12.845/2013 e do Ministério da Saúde.

Analise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O atendimento à vítima de violência sexual não deve ser exclusivo do médico. Ele deve ser obrigatoriamente multidisciplinar, envolvendo profissionais da enfermagem, psicologia e serviço social, visando o suporte físico, emocional e social da paciente.

Alternativa b) Incorreta. O atendimento médico é emergencial e deve ser a prioridade absoluta. A paciente não precisa ir ao Instituto Médico-Legal (IML) antes de ser atendida no hospital. Atualmente, os serviços de saúde estão capacitados e autorizados a realizar a coleta de vestígios durante o próprio atendimento clínico para preservar a cadeia de custódia.

Alternativa c) Incorreta. A exigência de Boletim de Ocorrência (BO) para o atendimento médico é ilegal. O acesso ao serviço de saúde é um direito fundamental e não depende de denúncia policial prévia. O médico tem o dever de prestar assistência imediata independentemente de providências jurídicas.

Alternativa d) Incorreta. Embora a anticoncepção de emergência possa ser feita em até 5 dias (120 horas), a eficácia é significativamente maior quando administrada nas primeiras 72 horas. Além disso, a profilaxia para ISTs e, especialmente, a profilaxia pós-exposição (PEP) para o HIV devem ser iniciadas o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras horas e no máximo até 72 horas após o ocorrido. Esta alternativa também ignora a coleta de provas e o suporte psicossocial.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa descreve os pilares do atendimento humanizado e completo: 1) Avaliação clínica do estado geral (lesões físicas e saúde mental); 2) Orientação e profilaxia para ISTs e HIV; 3) Anticoncepção de emergência para evitar gravidez decorrente do estupro; 4) Coleta de material biológico (sêmen, secreções, DNA) e preservação de vestígios que auxiliem na identificação do agressor, respeitando o desejo da paciente.

Gabarito: Letra (e).

---

### Questão 63

A questão descreve uma paciente de 23 anos com um quadro clínico clássico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). Os pontos fundamentais para o diagnóstico são a história de irregularidade menstrual de longa data (desde a menarca), caracterizada por ciclos longos (oligomenorreia) e períodos de amenorreia, associada a sinais clínicos de hiperandrogenismo (acne) e evidências de resistência insulínica (acantose nigricans, descrita como escurecimento da região de dobras, e obesidade

com IMC de 31 kg/m<sup>2</sup>).

De acordo com os Critérios de Rotterdam, o diagnóstico de SOP é estabelecido pela presença de pelo menos dois dos três seguintes critérios: 1. Oligo-ovulação ou anovulação (presente na paciente); 2. Sinais clínicos ou bioquímicos de hiperandrogenismo (presentes através da acne); 3. Imagem ultrassonográfica de ovários policísticos (não mencionada, mas desnecessária para o diagnóstico, já que os dois primeiros critérios foram preenchidos).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. A SOP é a principal causa de anovulação crônica e hiperandrogenismo em mulheres em idade fértil. O agravamento do quadro com o ganho de peso é típico, pois o tecido adiposo e a resistência insulínica associada aumentam a disponibilidade de androgênios e alteram o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal.

Alternativa b: Incorreta. O aumento da gordura visceral e o sobrepeso/obesidade são achados extremamente comuns em pacientes com SOP e contribuem para a patogênese da doença através da resistência insulínica. Entretanto, o sobrepeso isolado não explica o hiperandrogenismo clínico (acne) nem a irregularidade menstrual desde a menarca. Ele é uma característica associada, e não a hipótese diagnóstica principal.

Alternativa c: Incorreta. A deficiência não clássica da enzima 21-hidroxilase (hiperplasia adrenal congênita de início tardio) é o principal diagnóstico diferencial da SOP, pois também causa irregularidade menstrual e hiperandrogenismo. No entanto, é uma condição menos frequente. Além disso, a presença de acantose nigricans e a relação direta com o ganho de peso favorecem fortemente a SOP.

Alternativa d: Incorreta. A Síndrome de Cushing pode causar ganho de peso, irregularidade menstrual e acne. Contudo, costuma apresentar sinais mais específicos como estrias violáceas largas, pletora facial, fraqueza muscular proximal, gibosidade e hipertensão arterial, que não foram relatados no exame físico da paciente.

Alternativa e: Incorreta. O hipotireoidismo é uma causa importante de irregularidade menstrual e pode levar ao ganho de peso por redução do metabolismo basal. Entretanto, o hipotireoidismo não causa sinais de hiperandrogenismo como a acne, nem está classicamente associado à acantose nigricans.

### Questão 64

A questão apresenta uma paciente de 38 anos com falência ovariana induzida por quimioterapia para câncer de mama (amenorreia há 12 meses em idade inferior a 40 anos), caracterizando o quadro de menopausa precoce. O desafio principal reside no tratamento dos sintomas climatéricos (fogachos e ressecamento vaginal) em uma sobrevivente de câncer de mama.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o diagnóstico de menopausa precoce esteja correto, a terapia hormonal (estrogênio e progesterona) é terminantemente contraindicada em pacientes com histórico de câncer de mama, devido ao risco de estímulo à recidiva tumoral por receptores hormonais.

b) Correta. O diagnóstico é de menopausa precoce (amenorreia > 12 meses antes dos 40 anos). Como a terapia hormonal é contraindicada, o tratamento dos sintomas vasomotores (calores) deve ser não hormonal. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (como o escitalopram) ou de serotonina e noradrenalina são opções eficazes e seguras. Para a queixa de lubrificação (atrofia urogenital), o uso de hidratantes vaginais (não hormonais) é a conduta de primeira linha recomendada.

c) Incorreta. O uso de estriol vaginal (estrogênio tópico) é controverso em pacientes com câncer de mama e só deve ser considerado após falha total de tratamentos não hormonais e em conjunto com a oncologia. O laser vaginal é uma opção terapêutica, mas não é a conduta inicial padrão comparada aos hidratantes.

d) Incorreta. A ausência de menstruação por 12 meses consecutivos aos 38 anos define menopausa precoce (ou insuficiência ovariana prematura), e não apenas uma cessação temporária. Embora a desvenlafaxina seja uma opção para fogachos, o termo diagnóstico está tecnicamente inadequado.

e) Incorreta. A paciente já está em amenorreia há um ano, o que ultrapassa a fase de transição menopausal (perimenopausa). Além disso, o estriol transdérmico possui absorção sistêmica e é contraindicado pelo histórico de câncer de mama. A fisioterapia pélvica, embora útil para certas disfunções, não é o tratamento primário para a perda de lubrificação por atrofia hormonal.

### Questão 65

O quadro clínico descrito é clássico e apresenta um sinal patognomônico para as provas de residência médica. A presença de uma massa vaginal com aspecto de cachos de uva em uma criança pequena é a descrição típica do sarcoma botrioide.

Alternativa a) Incorreta. A má higiene é a causa mais comum de vulvovaginites na infância, manifestando-se geralmente por prurido, hiperemia local e corrimento amarelado ou esverdeado. No entanto, ela não provoca a formação de massas tumorais ou estruturas polipoides como as descritas no enunciado.

Alternativa b) Correta. O sarcoma botrioide é uma variante do rabdomyossarcoma embrionário e representa o tumor vaginal maligno mais comum em bebês e crianças pequenas (geralmente abaixo dos 3 anos). A característica clínica marcante é justamente a exteriorização de massas polipoides, edematosas e friáveis pela vagina, que lembram um cacho de uvas. O sangramento vaginal é um sintoma acompanhante frequente devido à fragilidade do tumor.

Alternativa c) Incorreta. A presença de corpo estranho (como papel higiênico ou pequenos objetos) é uma causa importante de sangramento e corrimento vaginal fétido e persistente em crianças. Contudo, ao exame físico, observa-se o objeto em si ou um processo inflamatório intenso, e não uma massa com aspecto gelatinoso e organizado em gomos.

Alternativa d) Incorreta. A contaminação com gel hormonal transdérmico (estrogênios) pode causar puberdade precoce periférica, levando ao desenvolvimento mamário (telarca) e possivelmente sangramento vaginal por privação ou estímulo endometrial. Entretanto, essa condição não gera massas tumorais na cavidade vaginal.

Alternativa e) Incorreta. O estímulo hormonal remanescente do útero materno pode causar uma pequena perda sanguínea vaginal (menstruação neonatal) nos primeiros dias de vida da recém-nascida. Aos 2 anos de idade, esse efeito hormonal já desapareceu há muito tempo, e a fisiologia vaginal da criança é de hipoestrogenismo. Além disso, o estímulo hormonal fisiológico não produz massas extrusas.

## Questão 66

A questão descreve um caso de colpocitologia oncótica com achados clássicos de Lesão Intraepitelial de Alto Grau (LIE-AG ou HSIL). As características citológicas mencionadas — núcleos aumentados, hipercromatismo, irregularidade nuclear e, principalmente, a alta relação núcleo-citoplasmática — são os critérios morfológicos que definem essa categoria no Sistema Bethesda. Além disso, a paciente apresenta positividade para o HPV-16, que é o subtipo viral de maior potencial oncogênico conhecido, estando fortemente associado ao desenvolvimento do câncer do colo do útero.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O exame está nitidamente alterado. O seguimento em três anos é indicado apenas para exames citológicos normais em mulheres que já realizaram dois exames anuais consecutivos negativos. No caso de uma lesão de alto grau, a conduta deve ser imediata.

Alternativa b: Incorreta. O HPV-16 não está associado a lesões de baixo grau de forma predominante; ele é o principal agente relacionado a lesões pré-cancerosas de alto grau (NIC 2 e NIC 3) e ao carcinoma epidermoide invasor. Além disso, a descrição citológica já confirmou tratar-se de uma lesão de alto grau.

Alternativa c: Correta. A descrição citológica (alta relação núcleo-citoplasmática e atipias nucleares marcantes) caracteriza uma lesão de alto grau. O HPV-16 é classificado como de alto risco oncogênico. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, qualquer resultado de citologia sugestivo de LIE-AG (HSIL) tem indicação mandatória de encaminhamento para colposcopia.

Alternativa d: Incorreta. O HPV-16 é de alto risco oncogênico, e não de baixo risco. O seguimento semestral não é a conduta inicial para LIE-AG; essa lesão exige avaliação colposcópica imediata devido ao risco de haver uma neoplasia intraepitelial cervical grau 2 ou 3 (NIC 2/3) ou até mesmo câncer invasor subjacente.

Alternativa e: Incorreta. Embora o achado de LIE-AG com HPV-16 seja preocupante, a conduta inicial padrão é a realização da colposcopia para localizar a lesão, avaliar a zona de transformação e, se necessário, realizar biópsia. A exérese da zona de transformação (EZT/LEEP) sem colposcopia prévia (estratégia "ver e tratar") é reservada para situações muito específicas em pacientes acima de 25 anos com lesões colposcópicas sugestivas, mas não se pula a etapa da colposcopia diagnóstica baseando-se apenas na citologia e no teste de HPV.

## Questão 67

Esta questão aborda um conceito fundamental da anatomia cirúrgica mamária e da oncologia: a classificação dos linfonodos axilares, essencial para o estadiamento e tratamento do câncer de mama.

A resposta correta é a letra (c): o músculo peitoral menor.

Os níveis linfonodais axilares foram descritos por Berg e são definidos exclusivamente pela sua relação anatômica com o músculo peitoral menor. Essa divisão é crucial para orientar a extensão do esvaziamento axilar (linfadenectomia).

Os três níveis são divididos da seguinte forma:

Nível I: Linfonodos situados lateralmente à borda lateral do músculo peitoral menor.

Nível II: Linfonodos situados profundamente (atrás do) músculo peitoral menor.

Nível III: Linfonodos situados medialmente à borda medial do músculo peitoral menor, estendendo-se até o ligamento de Halsted (ápice da axila).

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A artéria axilar é uma estrutura vascular importante que atravessa a região axilar e serve como referência para a identificação de grupos de linfonodos (como os linfonodos laterais ou braquiais), mas não é o parâmetro utilizado para definir os níveis I, II e III de Berg.

b) Incorreta. O músculo peitoral maior é o músculo mais superficial da região anterior do tórax. Embora ele cubra a axila e precise ser afastado ou visualizado durante a cirurgia, ele não serve como o marco anatômico para a divisão técnica dos níveis axilares.

c) Correta. Como detalhado acima, o músculo peitoral menor é o referencial anatômico padrão na literatura cirúrgica para a classificação dos níveis de Berg. É a partir de sua localização que o cirurgião determina a extensão da dissecação.

d) Incorreta. A artéria mamária interna (ou torácica interna) está relacionada à cadeia de linfonodos da mamária interna, que fica paralela ao esterno. Esses linfonodos são distintos da cadeia axilar e não seguem a classificação de níveis de I a III.

e) Incorreta. O nervo intercostobraquial é uma estrutura nervosa sensitiva frequentemente identificada e preservada durante o esvaziamento axilar para evitar parestesia (dormência) na face interna do braço. Apesar de sua importância cirúrgica, ele não define os níveis linfonodais.

## Questão 68

Para a resolução desta questão, é fundamental analisar os critérios clínicos e laboratoriais para o diagnóstico de puberdade precoce.

A paciente de 6 anos apresenta telarca (desenvolvimento mamário M2), o que caracteriza a puberdade precoce, definida como o surgimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos em meninas. O ponto principal da questão é diferenciar entre a ativação real do eixo hormonal e as variantes benignas do desenvolvimento.

Embora a velocidade de crescimento (4 cm/ano) e a idade óssea (6 anos e 2 meses) estejam normais para a idade cronológica de 6 anos, o fator decisivo é o resultado laboratorial. A dosagem de LH (Hormônio Luteinizante) de 1,2 UI/L é considerada elevada. Em métodos ultrasensíveis, valores de LH basal superiores a 0,3 ou 0,5 UI/L indicam que o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal está ativado. O fato de os parâmetros de crescimento e maturação óssea ainda estarem normais pode ser atribuído ao curto tempo de evolução (apenas 4 meses), não havendo tempo suficiente para que o estrogênio provocasse o estirão ou o avanço da idade óssea.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na telarca precoce isolada, ocorre o desenvolvimento das mamas sem outros sinais de puberdade, e os exames mostram idade óssea e velocidade de crescimento normais. Contudo, o LH deve permanecer em níveis pré-púberes (geralmente abaixo de 0,2 ou 0,3 UI/L). O valor de 1,2 UI/L descaracteriza uma variante isolada e benigna.

b) Incorreta. A pubarca precoce isolada é o surgimento de pelos pubianos antes dos 8 anos, sem outros sinais. A paciente está no estágio P1 (ausência de pelos pubianos), apresentando apenas desenvolvimento mamário.

c) Incorreta. A menarca precoce isolada é a ocorrência de sangramento vaginal cíclico sem o aparecimento de outros caracteres sexuais, como mamas ou pelos. A paciente apresenta estágio M2 de Tanner e não há relato de sangramento.

d) Correta. A puberdade precoce central (ou verdadeira) é decorrente da ativação prematura do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. O diagnóstico é confirmado pelo nível de LH basal de 1,2 UI/L, que demonstra a natureza central (dependente de gonadotrofinas) do quadro, mesmo que as repercussões clínicas no esqueleto ainda não sejam visíveis devido ao início recente dos sintomas.

e) Incorreta. Na puberdade precoce periférica, a produção de esteroides sexuais ocorre de forma independente da ativação da hipófise (como em cistos ovarianos ou

tumores). Nesses casos, por mecanismo de feedback negativo, os níveis de LH estariam suprimidos (muito baixos ou indetectáveis), o que é o oposto do valor de 1,2 UI/L apresentado.

### Questão 69

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de primoinfecção por Herpes Simples Genital. Os pontos-chave para o diagnóstico são: 1) Presença de pródromos (aumento de sensibilidade local antes das lesões); 2) Lesões ulceradas pequenas (menos de 0,5 cm) que coalescem, indicando que eram vesículas que se romperam; 3) Dor intensa ao toque; 4) Micropolilinfadenopatia bilateral. O quadro de faringite prévia pode estar associado ao quadro sistêmico da primoinfecção herpética ou à transmissão do vírus por via orogenital.

Análise das alternativas:

a) Correta. O tratamento de escolha para o primeiro episódio de herpes genital é o uso de antivirais. O aciclovir na dose de 400 mg, via oral, três vezes ao dia (ou 200 mg cinco vezes ao dia), por 7 a 10 dias (podendo se estender até 14 dias se as lesões não estiverem cicatrizadas), é o esquema preconizado pelo Ministério da Saúde e protocolos internacionais para reduzir a duração dos sintomas e a transmissão viral.

b) Incorreta. A ceftriaxona é um antibiótico cefalosporina de terceira geração. É utilizada no tratamento da gonorreia ou do cancroide (em dose única), mas não tem ação contra o vírus herpes simples. O tempo de 8 a 10 dias sugerido na alternativa também não condiz com os protocolos de tratamento de úlceras genitais bacterianas.

c) Incorreta. A doxiciclina é o tratamento de escolha para o linfogranuloma venéreo (LGV), causado pela *Chlamydia trachomatis*. O LGV manifesta-se tipicamente por uma úlcera transitória e indolor, seguida de uma linfadenopatia inguinal dolorosa e supurativa (bubo), o que difere totalmente do quadro de úlceras múltiplas e dolorosas da paciente.

d) Incorreta. A prednisona é um corticoide com ação anti-inflamatória e imunossupressora. Embora exista a úlcera de Lipschütz (uma condição não sexualmente transmissível tratada com corticoides), ela costuma se manifestar como uma úlcera única, grande e profunda em adolescentes virgens. No caso descrito, a coalescência de pequenas lesões e o pródromo típico indicam fortemente etiologia viral (herpes), onde o corticoide isolado não é indicado e poderia retardar a cicatrização.

e) Incorreta. A penicilina G benzatina é o tratamento de escolha para a sífilis. A sífilis primária (cancro duro) manifesta-se geralmente como uma úlcera única, de base endurecida, fundo limpo e, fundamentalmente, indolor, o que descarta a hipótese para esta paciente que apresenta lesões múltiplas e muito dolorosas.

### Questão 70

A queixa de sangramento na pós-menopausa é um sinal de alerta que exige investigação imediata, principalmente para excluir malignidade. A ultrassonografia transvaginal é o exame inicial de escolha para essa triagem.

Neste caso, a paciente apresenta um endométrio com espessura de 3 mm. Em mulheres na pós-menopausa, um endométrio com espessura inferior a 4 ou 5 mm possui um alto valor preditivo negativo para câncer de endométrio e hiperplasias. Isso significa que, estatisticamente, é muito improvável que o sangramento seja causado por um processo maligno ou hiperplásico difuso.

O ponto-chave para a resolução da questão é a descrição de uma imagem ecogênica focal de 5 mm na interface dos folhetos endometriais. Essa é a descrição ultrassonográfica clássica de um pólipó endometrial. Os pólipos são projeções benignas da mucosa endometrial e constituem uma causa frequente de sangramento uterino anormal na pós-menopausa, ocorrendo muitas vezes em endométrios que, no restante da sua extensão, apresentam-se finos ou atróficos.

Análise das alternativas:

a) Adeniose: Esta condição ocorre quando o tecido endometrial se infiltra na musculatura uterina (miométrio). Os achados ultrassonográficos típicos incluem útero aumentado, miométrio heterogêneo e presença de pequenos cistos miometriais, e não uma lesão focal dentro da cavidade endometrial. Além disso, é mais comum em mulheres na pré-menopausa.

b) Pólipó endometrial: Alternativa correta. A presença de uma formação ecogênica, focal e bem delimitada dentro da cavidade endometrial, mesmo com a espessura endometrial total dentro dos limites da normalidade (3 mm), é característica do pólipó endometrial.

c) Miotose uterina: Os miomas são nódulos benignos originados do tecido muscular. Embora os miomas submucosos possam causar sangramento e protruir para a cavidade, eles geralmente são descritos como massas hipocóicas (mais escuras) que distorcem o contorno endometrial, o que difere da imagem ecogênica (mais clara) descrita.

d) Hiperplasia endometrial: É uma proliferação excessiva do endométrio que se manifesta na ultrassonografia como um espessamento endometrial difuso e geralmente superior a 5 mm em mulheres na pós-menopausa. O valor de 3 mm relatado torna este diagnóstico improvável.

e) Adenocarcinoma do endométrio: É o câncer de endométrio. Embora seja a hipótese que sempre deve ser descartada no sangramento pós-menopausa, ele costuma apresentar-se com endométrio significativamente espessado (superior a 5 mm), irregular e com ecogenicidade heterogênea. A espessura de 3 mm é um forte indicador de que não se trata de câncer.

---

### Questão 71

Análise do caso:

A paciente de 25 anos apresenta uma massa anexial com características ultrassonográficas típicas de um Teratoma Cístico Maduro, também conhecido como Cisto Dermoide. A presença de áreas hiperecogênicas (que representam gordura, sebo ou pelos) associada à sombra acústica posterior (que indica tecidos calcificados como dentes ou ossos) em uma mulher jovem é patognomônico para esta patologia, que é o tumor de células germinativas mais comum do ovário.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O teratoma cístico maduro é um tumor predominantemente unilateral, porém a literatura aponta que a bilateralidade ocorre em cerca de 10% a 15% dos casos. Por essa razão, a avaliação do ovário contralateral é fundamental durante o procedimento cirúrgico.

Alternativa b) Incorreta. O CA-125 é um marcador tumoral utilizado principalmente para o acompanhamento de tumores de linhagem epitelial (como o cistoadenocarcinoma seroso). No teratoma maduro, que é um tumor benigno de células germinativas, os marcadores tumorais costumam estar dentro da normalidade.

Alternativa c) Incorreta. O teratoma cístico maduro é uma neoplasia benigna. A transformação para malignidade é rara, ocorrendo em cerca de 1% a 2% dos casos, sendo mais comum em mulheres após a menopausa.

Alternativa d) Incorreta. O principal subtipo histológico no contexto descrito é o próprio teratoma cístico maduro. O cistoadenocarcinoma seroso é um tumor maligno

de origem epitelial, mais comum em mulheres em faixas etárias mais avançadas e com características de imagem distintas (presença de áreas sólidas e papilas).

Alternativa e) Incorreta. Considerando que a paciente tem 25 anos e a principal hipótese é um tumor benigno, o tratamento deve ser conservador para preservar a fertilidade e a reserva ovariana. A conduta de eleição é a cistectomia ovariana (retirada apenas do cisto), preferencialmente por via laparoscópica. A histerectomia com ooforectomia bilateral é uma conduta radical não indicada para este caso.

## Questão 72

Diagnóstico: O quadro clínico descrito é um caso clássico de vaginose bacteriana. A paciente preenche todos os quatro critérios de Amsel, sendo que a presença de pelo menos três é necessária para o diagnóstico: 1. Conteúdo vaginal homogêneo, branco-acinzentado (no caso, também bolhoso); 2. pH vaginal elevado (5,2, sendo o critério maior que 4,5); 3. Teste das aminas (Whiff test) positivo com KOH a 10%; 4. Presença de células-alvo (clue cells) na bacterioscopia, caracterizadas por células epiteliais com bordos imprecisos devido à aderência de cocobacilos. A descrição de mácula rubra e muco transparente sugere ectopia cervical fisiológica e exclui cervicite, reforçando que a patologia está restrita à mucosa vaginal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O fluconazol é um agente antifúngico utilizado para o tratamento da candidíase vulvovaginal. A candidíase apresenta pH vaginal tipicamente baixo (menor que 4,5), teste do KOH negativo e presença de hifas ou pseudohifas na microscopia, achados opostos aos descritos na questão.

b) Incorreta. O bicarbonato de sódio é uma substância alcalinizante. Seu uso em duchas vaginais é, por vezes, discutido na vaginose citolítica, na qual há excesso de lactobacilos e pH muito ácido. Na vaginose bacteriana, o pH já está básico/alcalino; logo, essa conduta não teria benefício, e as duchas vaginais são geralmente contraindicadas por desestruturarem ainda mais a flora.

c) Incorreta. O fenticonazol é um derivado imidazólico com ação antifúngica, indicado para o tratamento de micoses vaginais (candidíase). Não possui espectro de ação adequado para os agentes anaeróbios e a *Gardnerella vaginalis*, principais causadores da vaginose bacteriana.

d) Correta. O metronidazol é o tratamento de escolha para a vaginose bacteriana. O esquema de 500 mg, por via oral, duas vezes ao dia (12/12h), durante 7 dias, é a recomendação padrão tanto do Ministério da Saúde quanto de diretrizes

internacionais (CDC). O tratamento visa eliminar o sobre crescimento de bactérias anaeróbias.

e) Incorreta. A clindamicina isolada (em creme a 2%) é uma opção terapêutica para a vaginose bacteriana. No entanto, a associação com hidrocortisona (um corticoide) não é indicada, pois não há um componente inflamatório que justifique o uso de corticoides, e o tempo de 14 dias é superior ao recomendado para o tratamento convencional dessa condição.

---

### Questão 73

A Síndrome de Sheehan é definida pelo hipopituitarismo decorrente da necrose isquêmica da glândula hipófise. Durante a gestação, a hipófise sofre uma hiperplasia das células lactotróficas, aumentando significativamente de tamanho e tornando-se extremamente vascularizada e metabolicamente ativa. Esse estado a torna muito vulnerável a episódios de hipotensão severa e choque hipovolêmico.

O gatilho clássico para essa síndrome é uma hemorragia obstétrica grave e maciça durante o parto ou no pós-parto imediato. Entre as alternativas apresentadas, devemos buscar aquela que mais comumente evolui com perda sanguínea aguda e importante.

Alternativa (a) Incorreta: O diabetes gestacional, mesmo em uso de insulina, está associado a complicações como macrossomia fetal, polidrâmnio e pré-eclâmpsia. Embora aumente o risco de atonia uterina pela sobredistensão do útero, não é a causa direta da necrose hipofisária.

Alternativa (b) Correta: O descolamento prematuro da placenta (DPP) é uma das principais causas de hemorragia grave na segunda metade da gestação. Ele frequentemente cursa com sangramento volumoso (visível ou oculto), choque hipovolêmico e distúrbios de coagulação. Essa instabilidade hemodinâmica acentuada é o fator fisiopatológico necessário para causar a isquemia e a subsequente necrose da hipófise, levando à Síndrome de Sheehan.

Alternativa (c) Incorreta: A rotura prematura de membranas ovulares (amniorrexe prematura) está relacionada principalmente ao risco de infecção (corioamnionite) e prematuridade, não sendo uma causa direta de hemorragia vultosa ou choque.

Alternativa (d) Incorreta: A gestação gemelar monocoriônica aumenta o risco de síndrome de transfusão feto-fetal e outras complicações vasculares entre os fetos. Embora a gemelaridade aumente o risco de hemorragia pós-parto por atonia uterina, a alternativa (b) representa um evento agudo classicamente associado a perdas

sanguíneas catastróficas.

Alternativa (e) Incorreta: A restrição de crescimento intrauterino (RCIU) é uma complicação decorrente de insuficiência placentária crônica, afetando a nutrição e oxigenação fetal, mas não possui relação direta com episódios de choque hemorrágico materno no periparto.

---

### Questão 74

A síndrome HELLP representa uma das formas mais graves de complicação do espectro da pré-eclâmpsia. O termo é um acrônimo derivado do inglês que descreve os seus três critérios diagnósticos laboratoriais fundamentais: H (Hemolysis - Hemólise), EL (Elevated Liver enzymes - Elevação de enzimas hepáticas) e LP (Low Platelets - Plaquetopenia ou Trombocitopenia).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A trombocitopenia é um componente da síndrome, porém as convulsões maternas são a característica definidora da eclâmpsia. Embora a síndrome HELLP e a eclâmpsia possam coexistir na mesma paciente, as convulsões não fazem parte da definição da síndrome HELLP.

Alternativa b: Incorreta. A disfunção hepática está correta, mas a alteração glicêmica não faz parte dos critérios. Em casos de insuficiência hepática aguda grave ou no diagnóstico diferencial com esteatose aguda da gravidez, o que se observa é a hipoglicemia, e não a elevação da glicemia.

Alternativa c: Correta. Esta opção elenca precisamente os três pilares da tríade diagnóstica: a hemólise microangiopática (caracterizada por aumento de LDH acima de 600 U/L, queda de haptoglobina, aumento de bilirrubina indireta e presença de esquizócitos no sangue periférico), a disfunção hepática (elevação de transaminases, habitualmente AST/TGO acima de 70 U/L) e a trombocitopenia (contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm<sup>3</sup>).

Alternativa d: Incorreta. Combina convulsões (eclâmpsia) e hiperglicemia, elementos que não compõem a definição da síndrome HELLP.

Alternativa e: Incorreta. A diminuição dos reflexos osteotendinosos profundos (hiporreflexia) é um sinal clínico clássico de intoxicação por sulfato de magnésio, medicamento utilizado justamente para a prevenção de convulsões em pacientes com pré-eclâmpsia grave. A pré-eclâmpsia em si, devido à irritabilidade do sistema nervoso central, cursa tipicamente com hiperreflexia.

## Questão 75

A infecção pelo parvovírus B19 durante a gestação é uma condição preocupante devido ao tropismo do vírus pelas células progenitoras eritroides (precursoras das hemácias) na medula óssea fetal. Isso resulta na interrupção da eritropoiese, levando à principal complicação fetal dessa patologia: a anemia fetal grave. Se não monitorada, essa anemia pode evoluir para hidropisia fetal (ascite, derrame pleural, edema cutâneo) e óbito.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Correta. O Doppler da artéria cerebral média (ACM) é o padrão-ouro não invasivo para o rastreamento e acompanhamento da anemia fetal. Em fetos anêmicos, ocorre uma diminuição da viscosidade sanguínea e uma resposta compensatória de preservação cerebral (shunting), o que aumenta a velocidade do fluxo sanguíneo. O parâmetro utilizado é o Pico de Velocidade Sistólica (PVS); valores acima de 1,5 múltiplo da mediana (MoM) para a idade gestacional indicam alto risco de anemia moderada a grave.

Alternativa b) Incorreta. A contagem da movimentação fetal (mobilograma) é um método de avaliação do bem-estar fetal geral, mas é subjetivo e tardio. Alterações na movimentação só ocorrem em estados de comprometimento fetal avançado ou hipóxia grave, não sendo sensível o suficiente para detectar precocemente a anemia por parvovírus.

Alternativa c) Incorreta. A pesquisa de células fetais livres no sangue materno é utilizada principalmente para triagem de anomalias genéticas (NIPT) ou para identificar hemorragia fetomaterna (como no teste de Kleihauer-Betke). Não possui papel no diagnóstico ou seguimento da anemia fetal infecciosa.

Alternativa d) Incorreta. A medida do fundo uterino menor que o esperado sugere restrição de crescimento intrauterino ou oligodrâmnio. Na infecção por parvovírus, a complicação típica é a hidropisia, que frequentemente cursa com polidrâmnio e aumento do volume fetal devido ao edema, o que poderia, na verdade, aumentar a medida do fundo uterino.

Alternativa e) Incorreta. O teste de Coombs direto é realizado no sangue do recém-nascido (ou fetal via cordocentese) para detectar anticorpos aderidos às hemácias em casos de anemia hemolítica imune (como na incompatibilidade Rh). No caso do parvovírus, a anemia é por aplasia medular (falta de produção) e não por destruição imunológica. Além disso, o teste de Coombs indireto é o que é realizado no sangue materno para pesquisa de anticorpos irregulares.

## Questão 76

O caso descreve uma gestação gemelar monocoriônica e diamniótica (mesma placenta, dois sacos amnióticos) com 24 semanas. O ponto central da questão é o achado de uma discordância de peso importante (28%) associada a um dos fetos com peso abaixo do percentil 10 (p3), enquanto o volume de líquido amniótico e o estudo Doppler de ambos os fetos estão normais.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A gemelidade imperfeita refere-se aos gêmeos coligados (unidos por alguma parte do corpo). O enunciado descreve uma gestação diamniótica, o que significa que há uma membrana separando os fetos, descartando a possibilidade de serem unidos.

Alternativa b) Incorreta. A Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF) tem como critério diagnóstico obrigatório a sequência polidrâmio/oligodrâmio. Ou seja, o feto doador deve apresentar o maior bolsão vertical (MBV) de líquido amniótico menor que 2 cm, e o feto receptor deve apresentar MBV maior que 8 cm. Como a questão afirma que ambos possuem volume de líquido amniótico normal, a STFF está excluída.

Alternativa c) Incorreta. A Sequência Anemia-Policitemia (TAPS) é diagnosticada através do Doppler da artéria cerebral média (ACM). Espera-se encontrar um feto com sinais de anemia (pico de velocidade sistólica  $> 1,5$  MoM) e o outro com sinais de policitemia (pico de velocidade sistólica  $< 1,0$  MoM). O enunciado afirma expressamente que o Doppler da artéria cerebral média de ambos está normal.

Alternativa d) Correta. A Restrição de Crescimento Intrauterino Seletiva (RCIU-s) é definida em gestações monocoriônicas quando um dos fetos apresenta o peso estimado abaixo do percentil 10. Outro critério frequentemente utilizado é a discordância de peso entre os fetos superior a 20% ou 25%. No caso clínico, o feto menor está no percentil 3 e a discordância é de 28%, preenchendo os critérios. O fato de o Doppler ser normal classifica este quadro, segundo a classificação de Gratacós, como RCIU Seletiva Tipo I, que apresenta o melhor prognóstico entre os tipos de restrição seletiva.

Alternativa e) Incorreta. A sequência TRAP (Twin Reversed Arterial Perfusion) ocorre quando há um feto acárdico (uma massa malformada sem coração funcional) que é perfundido pelo outro feto (feto bomba) através de anastomoses artério-arteriais superficiais. O enunciado descreve dois fetos com pesos estimados e Dopplers individuais, o que indica que ambos possuem sistema cardiovascular próprio e funcional.

## Questão 77

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A questão apresenta uma gestante com medida do maior bolsão vertical (MBV) do líquido amniótico de 12 cm. Na prática obstétrica, os valores de referência para o MBV são:

- Oligodrômio: menor que 2 cm.
- Volume normal: entre 2 cm e 8 cm.
- Polidrômio: maior que 8 cm.

Portanto, o achado de 12 cm confirma o diagnóstico de polidrômio. A questão solicita identificar qual das condições listadas está associada ao excesso de líquido amniótico.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A insuficiência uteroplacentária leva a uma restrição do aporte de oxigênio e nutrientes para o feto. Como mecanismo de adaptação, ocorre a centralização da circulação (redirecionamento do fluxo sanguíneo para órgãos vitais), o que reduz a perfusão renal fetal. Com menos sangue chegando aos rins, há menor produção de urina, resultando em oligodrômio, e não polidrômio.

Alternativa (b) CORRETA: A displasia tanatofórica é uma displasia esquelética letal caracterizada por membros muito curtos e, crucialmente, uma cavidade torácica extremamente estreita e hipoplásica. Esse estreitamento torácico acentuado pode dificultar a deglutição fetal por compressão do esôfago ou por interferir na dinâmica da deglutição. Como a deglutição é a principal via de reabsorção do líquido amniótico no terceiro trimestre, sua redução leva ao acúmulo de líquido (polidrômio).

Alternativa (c) INCORRETA: A agenesia renal bilateral é a ausência total de rins no feto. Como a urina fetal é a principal fonte de formação do líquido amniótico a partir da segunda metade da gestação, a ausência de produção urinária causa um quadro grave de oligodrômio severo (ou adrômio), frequentemente associado à sequência de Potter.

Alternativa (d) INCORRETA: A restrição de crescimento fetal (RCF), especialmente a de origem placentária, compartilha a mesma fisiopatologia da insuficiência uteroplacentária citada na alternativa A. Ocorre desvio do débito cardíaco fetal para o cérebro e coração em detrimento dos rins, resultando em baixa produção de urina e oligodrômio.

Alternativa (e) INCORRETA: A gravidez com pós-datismo (após 40 ou 42 semanas)

está classicamente associada a uma redução fisiológica ou patológica do volume de líquido amniótico devido ao envelhecimento placentário e à queda na taxa de filtração glomerular fetal, sendo o oligodrâmnio um achado comum que indica a necessidade de vigilância rigorosa ou interrupção da gestação.

---

### **Questão 78**

Essa questão aborda os sinais de probabilidade de gravidez, especificamente as alterações uterinas e vaginais detectadas ao exame físico no primeiro trimestre.

A alternativa (a) está correta. O sinal de Hegar consiste no amolecimento da região do istmo uterino (a zona de transição entre o corpo e o colo do útero). Ao realizar o toque bimanual, o examinador percebe uma flexibilidade aumentada nessa região, o que muitas vezes dá a sensação de que o corpo do útero e o colo são estruturas independentes. É um dos sinais mais clássicos de probabilidade de gestação, surgindo geralmente entre a 6ª e a 8ª semana.

A alternativa (b) está incorreta. O sinal de Piskacek refere-se a uma assimetria do útero à palpação. Isso ocorre devido à implantação do ovo em um dos cornos uterinos, fazendo com que um lado do útero se apresente mais abaulado ou proeminente que o outro.

A alternativa (c) está incorreta. O sinal de Osiander é a percepção do pulso da artéria vaginal através dos fundos de saco laterais da vagina. Esse aumento da pulsatilidade decorre da intensa vascularização pélvica no início da gestação.

A alternativa (d) está incorreta. O sinal de Nobile-Budin é caracterizado pelo preenchimento dos fundos de saco vaginais pelo útero. Conforme a gestação progride, o útero assume uma forma mais globosa e amolecida, tornando-se palpável através dos fundos de saco laterais e anterior da vagina.

A alternativa (e) está incorreta. O sinal de Puzos, também conhecido como rechaço fetal intrauterino, é o sinal do toque vaginal em que, ao empurrar o feto através do fundo de saco, ele se desloca no líquido amniótico e retorna batendo na ponta dos dedos do examinador. É um sinal de probabilidade que costuma aparecer mais tardiamente, a partir do quarto mês de gestação.

---

## Questão 79

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma gestante de 9 semanas e 3 dias com sangramento vaginal volumoso, dor abdominal, colo uterino entreaberto e saída de material ovular. A ultrassonografia confirma a presença de restos ovulares. Esses achados são diagnósticos de Abortamento Incompleto.

No abortamento incompleto, parte dos produtos da concepção foi eliminada, mas parte permanece na cavidade uterina, o que impede a contração efetiva do miométrio e mantém o sangramento ativo, por vezes levando à instabilidade hemodinâmica. No caso em questão, a paciente já apresenta sangramento em grande quantidade, o que exige uma intervenção imediata para cessar a perda sanguínea e prevenir complicações como infecção (aborto infectado) ou choque hipovolêmico.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Correta: O esvaziamento uterino imediato é a conduta de escolha para o abortamento incompleto, especialmente quando há sangramento importante. A Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) é preferível em gestações precoces (geralmente até 12 semanas) por ser menos traumática, mas a curetagem uterina também é uma opção válida. O objetivo é remover os restos ovulares para permitir a contração uterina e a hemostasia.

Alternativa (b) Incorreta: A ocitocina promove a contração do miométrio, mas não é eficaz para promover a expulsão completa de restos ovulares em uma gestação de 9 semanas com colo já aberto e sangramento ativo. O uso isolado de uterotônicos não substitui a necessidade de esvaziamento mecânico neste cenário clínico.

Alternativa (c) Incorreta: A conduta expectante só pode ser considerada em casos de abortamento espontâneo inicial quando a paciente está clinicamente estável, com sangramento mínimo e sem sinais de infecção, sob vigilância estrita. Diante de sangramento "em grande quantidade" e "sangue vivo", a conduta expectante é perigosa e contraindicada.

Alternativa (d) Incorreta: O misoprostol (um análogo da prostaglandina E1) pode ser utilizado para o manejo clínico do abortamento (esvaziamento farmacológico), porém sua ação não é imediata. Em uma paciente com sangramento vaginal intenso, a conduta cirúrgica (aspiração ou curetagem) é superior por ser mais rápida e definitiva na resolução da hemorragia.

Alternativa (e) Incorreta: A realização de uma nova ultrassonografia em 12 horas posterga desnecessariamente o tratamento de uma urgência hemorrágica. O diagnóstico já foi estabelecido pela clínica e pela ultrassonografia atual, que demonstrou restos em grande quantidade. Aguardar 12 horas aumenta o risco de choque hipovolêmico, especialmente em uma paciente cardiopata que possui menor reserva funcional para lidar com perdas sanguíneas agudas.

### Questão 80

O manejo da dengue na gestação exige atenção redobrada, pois a gestante é classificada no grupo de risco (Grupo B). No entanto, a identificação de sinais de alarme eleva a categoria da paciente para o Grupo C, o que obriga a internação hospitalar para manejo clínico e monitorização rigorosa. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, os sinais de alarme surgem geralmente na fase de defervescência da febre e indicam o início do extravasamento plasmático.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Para serem considerados sinais de alarme, os vômitos devem ser persistentes, e não apenas esporádicos. Vômitos persistentes são aqueles que impedem a aceitação da hidratação oral e contribuem para o desequilíbrio hidroeletrólítico.

Alternativa b: Incorreta. A dor abdominal que caracteriza um sinal de alarme deve ser intensa e contínua. Dores moderadas, leves ou intermitentes são comuns em quadros virais, mas não são, isoladamente, critérios para internação imediata por gravidade no protocolo da dengue.

Alternativa c: Correta. A hipotensão postural (queda da pressão arterial ao se levantar) e a lipotimia (sensação de desmaio) são manifestações precoces de hipovolemia por extravasamento plasmático. Esse sinal indica que o volume circulante está diminuindo, sendo um marcador crítico de que a paciente pode evoluir para o choque caso não receba hidratação venosa imediata.

Alternativa d: Incorreta. O sinal de alarme clássico é o aumento progressivo do hematócrito, e não a sua diminuição. Esse aumento ocorre devido à hemoconcentração, que é a perda de plasma (parte líquida do sangue) para o espaço extravascular. A diminuição do hematócrito pode sugerir hemorragia oculta ou hemodiluição após hidratação excessiva, mas não é o sinal de alarme inicial esperado.

Alternativa e: Incorreta. O critério de alarme relacionado ao exame físico abdominal é a hepatomegalia (aumento do fígado) dolorosa, palpável a mais de 2 cm do rebordo costal direito. A esplenomegalia (aumento do baço), especialmente discreta como a descrita, de 1 cm, não consta na lista oficial de sinais de alarme da dengue.

Portanto, a hipotensão postural e/ou a lipotimia é o sinal clínico que exige a classificação da gestante no Grupo C e sua consequente internação.

---

### Questão 81

A alternativa correta é a (a). O quadro clínico apresentado por Alice é clássico para o diagnóstico de asma. Trata-se de uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas e limitação variável ao fluxo aéreo. Os principais pontos que sustentam esse diagnóstico são: idade jovem, sintomas de tosse seca, chiado e dispneia com variabilidade (piora noturna e aos esforços), além de gatilhos ambientais claros, como a fumaça de cigarro. O exame físico com sibilos difusos na expiração forçada confirma a presença de obstrução brônquica.

Análise das alternativas:

a) Asma: Está correta. A tríade de dispneia, tosse e sibilos em uma paciente jovem, com piora noturna e sem sinais de infecção ou perda de peso, aponta diretamente para o diagnóstico de asma. A reversibilidade ou variabilidade dos sintomas é a marca principal desta patologia.

b) Rinossinusite: Está incorreta. A paciente apresenta exame da mucosa nasal normal e não relata sintomas típicos como obstrução nasal, rinorreia ou dor facial. Embora a rinossinusite possa ser um gatilho para crises de asma, ela isoladamente não justifica os achados de sibilos difusos e dispneia aos esforços.

c) DPOC: Está incorreta. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica ocorre predominantemente em pacientes acima de 40 anos com histórico de tabagismo significativo ou exposição prolongada à fumaça de biomassa (fogão a lenha). Alice tem apenas 30 anos e não é fumante, tornando este diagnóstico improvável.

d) Tuberculose: Está incorreta. A tuberculose é caracterizada por sintomas sistêmicos, como febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, que estão ausentes no relato. Além disso, a tosse da tuberculose costuma ser persistente por semanas, mas não apresenta a característica de sibilos difusos desencadeados por irritantes.

e) Pneumonia adquirida na comunidade: Está incorreta. A pneumonia é um processo

infeccioso agudo que se manifesta habitualmente com febre, tosse (frequentemente produtiva) e dor pleurítica. No exame físico, esperam-se sinais de consolidação, como estertores crepitantes localizados, e não sibilos difusos e bilaterais como os encontrados na paciente.

## Questão 82

A rubéola é uma doença exantemática aguda de etiologia viral que apresenta sintomas frequentemente inespecíficos, o que torna o diagnóstico clínico pouco confiável isoladamente. Para a confirmação de um caso suspeito, o Ministério da Saúde estabelece critérios laboratoriais como padrão-ouro.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O vínculo epidemiológico (contato com um caso confirmado laboratorialmente nos últimos 21 dias) pode ser utilizado para confirmar casos em situações de surto em que a testagem de todos os indivíduos se torna inviável. Contudo, para o manejo individual e diagnóstico definitivo de um caso isolado, o método laboratorial é superior e prioritário.

b) Correta. A realização da sorologia para detecção de anticorpos IgM e IgG é o método de escolha para a confirmação laboratorial. A presença de anticorpos IgM específicos indica infecção recente (fase aguda). Já a detecção de IgG é utilizada para avaliar a imunidade ou, em casos de pareamento de amostras (soroconversão ou aumento de títulos), também confirma a infecção. Em doenças exantemáticas, a confirmação laboratorial é essencial devido à semelhança clínica com sarampo, parvovírus B19 e dengue.

c) Incorreta. Verificar a associação temporal com a vacinação serve apenas para descartar reações vacinais (que podem ocorrer entre o 7º e o 12º dia após a vacina). Como o paciente não possui registro de vacinação, essa investigação não confirma a doença natural por rubéola.

d) Incorreta. Os critérios clínicos (febre, exantema maculopapular e linfonodomegalia retroauricular/occipital) são fundamentais para definir o caso como "suspeito", mas não são suficientes para a "confirmação" definitiva, dada a baixa especificidade dos sinais e sintomas, que podem ser mimetizados por diversos outros vírus.

e) Incorreta. Observar o caso por 48 horas não contribui para o diagnóstico etiológico e retarda as medidas de vigilância epidemiológica e bloqueio vacinal de contatos, que devem ser iniciadas o mais precocemente possível diante da suspeita.

Portanto, a sorologia (alternativa B) é o método diagnóstico mais indicado para confirmar a infecção pelo vírus da rubéola no cenário apresentado.

### Questão 83

A vacinação contra a influenza (gripe) é uma das medidas profiláticas mais importantes durante o pré-natal. A gestante é considerada um grupo de risco para complicações respiratórias graves decorrentes da infecção pelo vírus influenza, o que justifica a recomendação formal de imunização.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A vacina contra a influenza é recomendada em qualquer idade gestacional. Não existe um período de espera inicial para a sua administração, pois os benefícios na proteção da mãe e a transferência de anticorpos para o feto superam qualquer risco teórico.

Alternativa b) Incorreta. A imunidade conferida pela vacina da influenza não dura 10 anos. O vírus influenza possui alta capacidade de mutação, e a composição da vacina é atualizada anualmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com base nas cepas circulantes. Além disso, os níveis de anticorpos protetores declinam ao longo de um ano.

Alternativa c) Incorreta. Pelo contrário, a vacina é fortemente recomendada na gestação. Ela é composta por vírus inativados (mortos), o que a torna segura para uso em gestantes e puérperas.

Alternativa d) Correta. Como a última vacina de Letícia foi no ano anterior, ela deve ser revacinada com a dose da campanha atual. A vacinação anual é necessária devido à mudança das cepas virais e à perda da imunidade ao longo do tempo. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) inclui as gestantes como prioridade absoluta em todas as campanhas sazonais.

Alternativa e) Incorreta. Não é necessário aguardar as 12 semanas (fim do primeiro trimestre) para administrar a vacina. A recomendação do Ministério da Saúde e das sociedades de ginecologia e obstetrícia é que a vacina seja aplicada assim que estiver disponível, independentemente do tempo de gravidez.

Resumo didático:

Gestantes podem e devem receber a vacina da influenza em qualquer mês da gestação. Por ser uma vacina de vírus inativado, não há contraindicação gestacional. A vacinação deve ser anual devido à sazonalidade e mutação viral. Letícia, na 10ª

semana, deve receber a dose atualizada prontamente.

---

### **Questão 84**

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar os Atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) de suas Funções dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Segundo a literatura clássica de saúde pública (como Eugênio Vilaça Mendes) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS possui três funções principais na rede: resolubilidade, organização e responsabilização.

Alternativa A: Correta. Além da resolubilidade (capacidade de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população), a APS deve exercer a função de organização (ordenar o fluxo das pessoas nos diferentes pontos de atenção da rede) e de responsabilização (ter a responsabilidade clínica e sanitária sobre os usuários de seu território adscrito).

Alternativa B: Incorreta. Embora a organização seja uma função, o "primeiro contato" é classificado como um atributo essencial da APS, e não como uma função de rede.

Alternativa C: Incorreta. Tanto o primeiro contato quanto a longitudinalidade são atributos essenciais da APS, conforme definido por Barbara Starfield. Atributos são características estruturais do serviço, enquanto as funções referem-se ao papel do serviço no sistema de saúde.

Alternativa D: Incorreta. A integralidade e a coordenação do cuidado também são classificadas como atributos essenciais da APS. A coordenação, especificamente, permite que a APS organize a rede, mas o termo técnico para a função é organização.

Alternativa E: Incorreta. A coordenação é um atributo essencial e a orientação comunitária é um atributo derivado da APS. Elas descrevem como o cuidado é prestado, mas não definem as funções sistêmicas da APS na rede.

Em resumo, para provas de residência, memorize:

- Atributos Essenciais: Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação.
  - Atributos Derivados: Orientação familiar, Orientação comunitária e Competência cultural.
  - Funções na Rede: Resolubilidade, Organização e Responsabilização.
-

## Questão 85

O monitoramento de pacientes com diagnóstico confirmado de Monkeypox (Mpox) segue protocolos rígidos de vigilância epidemiológica, especialmente para aqueles que pertencem a grupos de risco para formas graves, como imunossuprimidos, crianças, gestantes e pessoas com doenças de pele extensas ou dermatite atópica.

Alternativa a: Incorreta. O intervalo de 48 horas (a cada 2 dias) não é o preconizado para pacientes de alto risco. A evolução para complicações, como infecções bacterianas secundárias, pneumonia ou encefalite, pode ocorrer rapidamente, exigindo vigilância mais estreita.

Alternativa b: Incorreta. O intervalo de 3 dias é considerado muito longo para a fase aguda da doença em indivíduos vulneráveis, o que impediria a detecção precoce de sinais de alerta e a intervenção oportuna.

Alternativa c: Incorreta. O monitoramento semanal (a cada 7 dias) é insuficiente para a fase de replicação viral e aparecimento de novas lesões em pacientes com risco de gravidade. Esse intervalo não permite uma resposta rápida a possíveis intercorrências clínicas.

Alternativa d: Incorreta. Quinze dias é um período geralmente associado à reavaliação final para liberação do isolamento (após a queda de todas as crostas e reepitelização), não sendo adequado para o acompanhamento clínico preventivo e agudo.

Alternativa e: Correta. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica e o Plano de Contingência do Ministério da Saúde, o monitoramento dos casos confirmados ou suspeitos de Mpox deve ser realizado diariamente. Esse acompanhamento pode ser feito por telemonitoramento ou de forma presencial e tem como objetivo avaliar a progressão das lesões cutâneas, o manejo da dor e, fundamentalmente, a identificação imediata de sinais de gravidade que demandem hospitalização ou o uso de antivirais específicos. Para o grupo de alto risco, essa periodicidade diária é a conduta padrão para garantir a segurança do paciente.

---

## Questão 86

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico apresenta um paciente com sintomas psicóticos (delírio persecutório) atendido na Atenção Primária à Saúde (APS). O desafio reside no manejo de um paciente que recusa as intervenções padrão (medicação e encaminhamento ao CAPS). A questão exige conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Mental e as

diretrizes do Ministério da Saúde para o cuidado em liberdade e a construção de vínculo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

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

A alternativa (d) é a correta, pois reflete os princípios da Reforma Psiquiátrica e do acolhimento na Atenção Primária. No manejo de pacientes psicóticos, especialmente aqueles com delírios persecutórios, a imposição de tratamentos pode ser interpretada como parte da perseguição, rompendo o vínculo terapêutico. A conduta deve focar no acolhimento, na avaliação integral (excluindo causas orgânicas para a psicose) e no estabelecimento de um plano terapêutico possível dentro das limitações do paciente, respeitando sua autonomia e utilizando técnicas como a entrevista motivacional para fomentar a adesão gradual.

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

Alternativa (a): Incorreta. A unidade básica de saúde tem responsabilidade compartilhada no cuidado em saúde mental. O encaminhamento compulsório para o CAPS contra a vontade do paciente, em um quadro que não apresenta risco iminente de vida, fere a autonomia e sobrecarrega a rede sem garantir o cuidado. O matriciamento (apoio do CAPS à UBS) seria a estratégia indicada aqui, e não o simples "descarte" do paciente.

Alternativa (b): Incorreta. Embora a medicação seja um pilar importante no tratamento da psicose, a insistência impositiva em um paciente com delírio persecutório gera resistência e desconfiança. O plano terapêutico deve ser multidimensional, incluindo intervenções psicossociais, e a medicação deve ser pactuada conforme o fortalecimento do vínculo.

Alternativa (c): Incorreta. O erro está no foco exclusivo em "convencê-lo". Na psicose aguda e estruturada, a argumentação lógica muitas vezes falha. A abordagem deve ser de escuta e pactuação do que é possível no momento, em vez de uma tentativa de persuasão que pode ser vista como invasiva pelo paciente.

Alternativa (e): Incorreta. A internação compulsória ou o transporte por ambulância sem o consentimento do paciente são medidas de exceção, reservadas para situações de urgência e emergência com risco iminente de auto ou heteroagressão (Lei nº 10.216/2001). O enunciado não descreve agressividade ou risco de morte imediato que justifique tal medida extrema.

## Questão 87

A análise desta questão exige o conhecimento sobre geriatria, funcionalidade e critérios para cuidados paliativos.

O paciente Apolinário apresenta um quadro de extrema fragilidade: 86 anos, Alzheimer em estágio avançado (o que implica perda cognitiva e funcional grave), imobilidade grau IV (estágio máximo de restrição ao leito ou poltrona) e perfil 3 de funcionalidade (que caracteriza dependência total).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Em pacientes com idade avançada, demência em estágio terminal e alta fragilidade, o controle rigoroso (metas estritas de PA e glicemia) é contraindicado. O foco deixa de ser a prevenção de eventos cardiovasculares a longo prazo e passa a ser o conforto, evitando hipoglicemias e hipotensão iatrogênica, que aumentam a morbimortalidade. Além disso, a reabilitação funcional plena não é um objetivo realista neste cenário de imobilidade grau IV.

b) Incorreta. O manejo do paciente frágil envolve a prática da desprescrição. Muitas medicações perdem o sentido clínico (ex.: estatinas para prevenção primária ou controle glicêmico intensivo) quando a expectativa de vida é limitada e o risco de efeitos colaterais supera os benefícios. A polifarmácia deve ser combatida para priorizar a qualidade de vida.

c) Incorreta. Apolinário apresenta dependência total, e não parcial. O estágio avançado do Alzheimer e a imobilidade grau IV indicam que o paciente necessita de auxílio para todas as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), como higiene, alimentação e transferência.

d) Incorreta. Embora a equipe multiprofissional seja fundamental em qualquer estágio do cuidado geriátrico, o objetivo para um paciente com imobilidade grau IV e demência avançada não é a "reabilitação" no sentido de recuperação de funções perdidas, mas sim o manejo de sintomas, a prevenção de lesões por pressão e o suporte aos familiares.

e) Correta. O quadro descrito preenche critérios para cuidados paliativos. O Alzheimer em estágio avançado é uma doença neurodegenerativa incurável e progressiva. A associação com a imobilidade total e a idade avançada coloca o paciente em uma trajetória de fim de vida ou cuidados paliativos prolongados, em que o foco terapêutico deve ser a dignidade, o controle de sintomas e o suporte psicossocial, em vez de medidas curativas ou preventivas agressivas.

## Questão 88

A questão apresenta o caso de uma paciente com dependência gravíssima de nicotina (Fagerström 10) e em estágio de pré-contemplação (não considera parar de fumar), agravado por um diagnóstico recente de câncer de pulmão. A abordagem deve ser integral e baseada em evidências.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O uso de vapes (cigarros eletrônicos) não é recomendado como estratégia de cessação pelas diretrizes brasileiras (SBPT) e pela ANVISA. Além de manterem a dependência química da nicotina, os dispositivos eletrônicos de entrega de nicotina possuem riscos à saúde ainda em estudo e não demonstraram superioridade sobre as terapias farmacológicas convencionais.

b) Incorreta. Pacientes com Fagerström elevado (maior ou igual a 5) ou que fumam mais de 20 cigarros ao dia têm indicação formal de suporte farmacológico. Tentar a cessação sem medicamentos em uma paciente com pontuação máxima (10) e com comorbidades psíquicas associadas (ansiedade e estresse) resulta em altíssimas taxas de insucesso e sofrimento por abstinência.

c) Incorreta. Embora a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) seja um pilar do tratamento, em casos de dependência muito elevada, a combinação de terapias (como TRN de longa duração + TRN de curta duração, ou TRN + bupropiona) costuma ser mais eficaz. Além disso, focar apenas na parte química ignora o estágio motivacional e o forte componente comportamental da paciente.

d) Correta. Esta é a abordagem padrão-ouro. Como a paciente está em fase de pré-contemplação, a Entrevista Motivacional é a técnica indicada para ajudá-la a identificar ambivalências e progredir para o estágio de contemplação. O suporte comportamental (Terapia Cognitivo-Comportamental) ajudará a lidar com os gatilhos (estresse, peso, solidão), e o suporte farmacoterápico é indispensável devido à gravidade da dependência física.

e) Incorreta. A prescrição de bupropiona isoladamente é insuficiente. O tratamento do tabagismo não deve ser apenas medicamentoso, mas sim uma combinação de intervenção comportamental e farmacoterapia. Além disso, a estratégia inicial para alguém que "não consegue se ver sem o cigarro" deve passar obrigatoriamente pelo aconselhamento motivacional antes ou em conjunto com a prescrição.

### Questão 89

O diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é eminentemente clínico e baseia-se na constatação de níveis pressóricos persistentemente elevados. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o diagnóstico deve ser confirmado por meio de pelo menos duas aferições com valores alterados em ocasiões diferentes, ou por meio de exames complementares como MAPA ou MRPA.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Uma aferição isolada em ambiente de urgência ou pronto-atendimento (UPA) não é adequada para firmar o diagnóstico de hipertensão crônica. O estresse, a dor ou a ansiedade do momento podem elevar agudamente a pressão arterial (hipertensão reativa), não refletindo necessariamente o estado basal do paciente.

Alternativa b) Incorreta. O sedentarismo é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e hipertensão, mas sua presença isolada não permite diagnosticar a patologia.

Alternativa c) Incorreta. A história familiar sugere uma predisposição genética à hipertensão, funcionando como um fator de risco não modificável. No entanto, o diagnóstico depende exclusivamente da comprovação dos níveis elevados de pressão no indivíduo avaliado.

Alternativa d) Correta. O paciente apresenta um histórico sólido com seis registros de pressão arterial (cinco no prontuário e um na consulta atual), todos iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg. Essa persistência de valores elevados em diferentes momentos ao longo de um ano preenche os critérios diagnósticos para HAS, permitindo classificar o paciente, inclusive, como hipertenso estágio 2 (pelas aferições de 160 x 100 mmHg ou 170 x 92 mmHg).

Alternativa e) Incorreta. A idade de 48 anos é apenas um dado demográfico. Embora a prevalência da hipertensão aumente com o envelhecimento, a idade isoladamente não é critério diagnóstico.

---

### Questão 90

Para o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM), os critérios preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes e pela American Diabetes Association exigem a confirmação de exames alterados em duas ocasiões diferentes, exceto em casos de crise hiperglicêmica ou sintomas inequívocos de hiperglicemia associados a uma glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL. Os pontos de corte são: glicemia de

jejum maior ou igual a 126 mg/dL, hemoglobina glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5% ou glicemia de 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose (TOTG) maior ou igual a 200 mg/dL.

Alternativa a: Incorreta. A glicemia capilar (ponta de dedo) não é um método validado para o diagnóstico de diabetes, sendo utilizada apenas para rastreamento (triagem) ou monitorização de pacientes já diagnosticados. Além disso, o valor de 179 mg/dL não atinge o critério de 200 mg/dL exigido para coletas aleatórias (que devem ser venosas).

Alternativa b: Incorreta. Para o diagnóstico de diabetes, a hemoglobina glicada deve ser maior ou igual a 6,5%. Maria José apresenta valores de 5,6% (normal, pois é menor que 5,7%) e 6,1% (caracteriza pré-diabetes, que compreende a faixa de 5,7% a 6,4%).

Alternativa c: Correta. Maria Lina apresenta dois exames de glicemia de jejum alterados em momentos distintos, ambos acima do ponto de corte de 126 mg/dL (136 mg/dL em março e 152 mg/dL em julho). A presença de dois resultados concordantes acima do limite estabelecido confirma o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Alternativa d: Incorreta. Embora o valor de 126 mg/dL seja o limite inicial para o diagnóstico, um único exame alterado de forma isolada, sem a presença de sintomas clássicos de hiperglicemia (como poliúria, polidipsia e perda de peso), não permite fechar o diagnóstico. O protocolo exige a repetição do teste para confirmação.

Alternativa e: Incorreta. O valor de hemoglobina glicada de 4,5% é considerado normal, uma vez que está abaixo do limite de 5,7% que define o pré-diabetes.

---

## Questão 91

Análise do Caso Clínico:

O paciente José, de 55 anos, possui diagnóstico de hipertensão arterial e está em tratamento medicamentoso. O exame clínico atual mostra uma pressão arterial (PA) de 130 x 80 mmHg e o paciente é classificado como de baixo risco cardiovascular.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o objetivo do tratamento é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular. Para pacientes com risco cardiovascular baixo ou moderado, a meta pressórica recomendada é atingir valores inferiores a 140 x 90 mmHg. Como a PA de José é 130 x 80 mmHg, ele encontra-se dentro da meta terapêutica estabelecida.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Uma vez que o alvo terapêutico foi alcançado (PA < 140/90 mmHg para baixo risco), a conduta médica correta é manter o esquema medicamentoso que se mostrou eficaz. Além disso, as mudanças de estilo de vida (como dieta equilibrada e atividade física) devem ser sempre reforçadas, pois potencializam o efeito dos fármacos e auxiliam no controle de outros fatores de risco.

Alternativa b) Incorreta. A hipertensão arterial é uma doença crônica. A suspensão da medicação em um paciente que atingiu a meta geralmente resulta no retorno dos níveis pressóricos elevados, aumentando o risco de complicações cardiovasculares a longo prazo.

Alternativa c) Incorreta. Não existe evidência científica que sustente a troca de classes de anti-hipertensivos apenas para evitar uma suposta "tolerância" do organismo. Se a medicação atual controla a pressão sem causar efeitos colaterais significativos, não há motivo clínico para a troca.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa está errada ao afirmar que a PA está fora da meta. Para um paciente de baixo risco cardiovascular, o valor de 130 x 80 mmHg é considerado um excelente controle pressórico.

Alternativa e) Incorreta. Não há necessidade de modificar a conduta medicamentosa (seja aumentando a dose ou trocando a droga), pois o objetivo principal do tratamento já foi atingido com a medicação atual. Modificações desnecessárias poderiam causar hipotensão ou novos efeitos colaterais.

---

## Questão 92

A estratificação de risco do pé diabético é fundamentada nas diretrizes do IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot), que orientam a frequência de acompanhamento conforme a gravidade dos achados clínicos. No caso da paciente Leonora, os dados fornecidos mostram que ela possui sensibilidade preservada, não apresenta deformidades nos pés e não possui histórico de úlceras ou amputações.

Análise das alternativas:

a) Correta. De acordo com o consenso internacional, o Grau 0 de risco é atribuído a pacientes que não apresentam perda da sensibilidade protetora (PSP) nem doença arterial periférica (DAP). Como Leonora tem sensibilidade presente e nenhum outro fator complicador mencionado, ela se enquadra nesta categoria. O manejo recomendado para pacientes de Grau 0 é a reavaliação clínica anual dos pés.

b) Incorreta. O Grau I é definido pela presença de perda da sensibilidade protetora ou presença de doença arterial periférica isoladamente, sem outras deformidades. A questão afirma explicitamente que a sensibilidade de Leonora está presente.

c) Incorreta. O Grau II é reservado para pacientes que apresentam uma combinação de fatores, como perda da sensibilidade associada a deformidades ou doença arterial periférica, ou DAP associada a deformidades. O intervalo de acompanhamento para essa categoria costuma ser de 3 a 6 meses.

d) Incorreta. O Grau III é a categoria de maior risco, englobando pacientes com histórico de úlceras prévias, amputações ou portadores de doença renal crônica em estágio terminal (em diálise). Nesses casos, a reavaliação deve ser muito mais frequente, ocorrendo a cada 1 a 3 meses.

e) Incorreta. A classificação IIIa não faz parte da nomenclatura padrão simplificada do IWGDF (que utiliza graus de 0 a 3). Além disso, a paciente não possui o histórico de úlceras ou complicações graves que justificariam o enquadramento no nível mais alto de risco.

Portanto, por não possuir fatores de risco identificáveis no exame físico atual, a paciente é classificada como Grau 0 e deve seguir o protocolo de revisão anual.

---

### Questão 93

Esta questão aborda o manejo de uma paciente idosa em estágio avançado de demência (provavelmente GDS 7 na escala de comprometimento cognitivo) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Análise do quadro clínico:

Vanda tem 92 anos e convive com Alzheimer há 16 anos. Ela está acamada, usa dieta enteral e é totalmente dependente. O ponto crucial aqui é que a paciente está **CLINICAMENTE ESTÁVEL**, sem lesões por pressão ou intercorrências recentes. O foco do cuidado, portanto, desloca-se da cura ou reabilitação intensiva para a manutenção do conforto e, prioritariamente, para a sustentabilidade da rede de apoio.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) **CORRETA**: O Plano Terapêutico Singular (PTS) deve focar na tríade paciente-família-equipe. Joana, a cuidadora, tem 68 anos, o que a caracteriza também como uma idosa. Cuidar de uma paciente totalmente dependente exige um esforço físico e emocional hercúleo. A sobrecarga da cuidadora é um dos principais

fatores de descompensação clínica da paciente e de hospitalizações evitáveis. Como Vanda está estável, o papel da APS é monitorar essa cuidadora, prevenir o burnout e manter o suporte domiciliar contínuo.

Alternativa (b) INCORRETA: Encaminhar para acompanhamento especializado com geriatra para "acompanhamento da doença de Alzheimer" em um estágio de 16 anos de evolução e com a paciente estável é pouco resolutivo. O manejo nesse estágio é predominantemente de controle de sintomas e cuidados paliativos, o que deve ser feito pela equipe de APS que já conhece o território e a família. Consultas regulares de reabilitação (físio/fono) podem ser exaustivas e ter pouco ganho funcional nesta fase.

Alternativa (c) INCORRETA: A paciente já utiliza dieta enteral e está estável há anos. O encaminhamento ao Centro Especializado em Reabilitação (CER) para "reabilitação da deglutição" em uma paciente com demência avançada de 16 anos de evolução costuma ser fútil, pois a neuroplasticidade e a capacidade de aprendizado motor estão severamente comprometidas. O foco deve ser a prevenção de broncoaspiração e conforto.

Alternativa (d) INCORRETA: A atenção secundária domiciliar (como o Melhor em Casa - AD2 ou AD3) é indicada para pacientes que necessitam de maior frequência de visitas, procedimentos complexos ou reabilitação intensiva para quadros agudos/subagudos. Vanda está estável (AD1), sendo o acompanhamento pela equipe de APS o mais adequado para o seu caso crônico.

Alternativa (e) INCORRETA: Embora a paciente esteja, tecnicamente, em cuidados paliativos devido à progressão da doença, o acompanhamento regular com fonoaudióloga e nutricionista não é a prioridade absoluta no PTS diante da estabilidade descrita. Além disso, os cuidados paliativos devem ser iniciados e coordenados pela própria APS (cuidados paliativos primários), reservando o encaminhamento a serviços especializados para casos de difícil controle de sintomas, o que não é o caso de Vanda.

---

## Questão 94

Para compreender essa questão, o candidato deve dominar os conceitos do Ciclo de Vida Familiar, frequentemente abordados na Medicina de Família e Comunidade com base nos estudos de Carter e McGoldrick. As crises familiares são classificadas em dois grandes grupos:

1. Crises do Desenvolvimento (ou Normativas): São eventos previsíveis e esperados que ocorrem à medida que a família evolui e atravessa diferentes estágios, como o

nascimento de um filho, a entrada das crianças na escola ou a adolescência.

2. Crises Acidentais (ou Situacionais/Não Normativas): São eventos imprevistos, súbitos e que não fazem parte do desenvolvimento biológico ou social esperado da família. Envolvem situações traumáticas ou mudanças bruscas de contexto.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Uma família com filho pequeno (no caso, a filha de 4 anos) está vivenciando uma fase previsível do desenvolvimento humano e familiar. O desafio de criar crianças pequenas é uma crise normativa.

Alternativa b) Incorreta. O estágio tardio refere-se ao envelhecimento dos membros da família, à aposentadoria e ao enfrentamento de perdas naturais dessa fase. É uma etapa esperada do ciclo vital.

Alternativa c) Correta. O desemprego é o exemplo clássico de crise acidental. Não é um evento programado ou necessário para que a família mude de estágio. No caso clínico de Jéssica, a demissão do marido gerou uma cascata de eventos estressores (perda de renda e mudança de casa) que culminou no sintoma físico da paciente (dor de cabeça).

Alternativa d) Incorreta. Ter uma criança em idade escolar (filha de 6 anos) marca a transição da família para a esfera social e educativa externa. É uma fase de desenvolvimento prevista no ciclo de vida.

Alternativa e) Incorreta. A convivência com um adolescente (filha de 14 anos) é uma etapa de transição comum e esperada nas famílias, exigindo a redefinição de limites e autonomia, o que caracteriza uma crise do desenvolvimento.

Portanto, enquanto as alternativas A, B, D e E descrevem estágios biológicos ou sociais previsíveis, apenas o desemprego (alternativa C) representa uma ruptura acidental e imprevista na estabilidade da unidade familiar.

---

## Questão 95

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Correta. Ao comparar as informações descritas no genograma para Mário (o pai) e Mário Luís (o filho), observa-se a repetição exata das mesmas condições de saúde e hábitos de vida: ambos são descritos como etilistas, tabagistas e portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O genograma é uma ferramenta essencial na Estratégia Saúde da Família justamente para identificar

esses padrões multigeracionais de comportamento e patologias.

Alternativa b: Incorreta. Embora o enunciado mencione que a sogra (Maria) "dá muito trabalho", essa relação conflituosa não foi transposta para o gráfico do genograma. Para representar conflito, seria necessário desenhar uma linha em ziguezague (ou serrilhada) conectando os dois círculos, o que não existe na imagem apresentada.

Alternativa c: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o genograma utiliza apenas o símbolo padrão de casamento (duas linhas horizontais paralelas ligando o casal). Apesar do relato de estresse de Mônica com o comportamento do marido, não há o registro gráfico de relação conflituosa (linha em ziguezague) entre eles no desenho.

Alternativa d: Incorreta. O gráfico mostra que Mário e Maria foram casados e a relação foi interrompida pelo falecimento de Mário, indicado pelo 'X' dentro do quadrado. O divórcio seria representado graficamente por dois traços paralelos inclinados cortando a linha de união do casal.

Alternativa e: Incorreta. O indivíduo-índice (também chamado de probando ou caso-índice) é aquele que busca o atendimento ou em torno de quem o genograma é construído. Ele é identificado graficamente por um contorno duplo (círculo duplo para mulheres ou quadrado duplo para homens). No genograma apresentado, o círculo duplo corresponde a Mônica, de 29 anos, e não a Mário Luís.

---

## Questão 96

Esta questão exige o conhecimento da estrutura do Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), que utiliza o método SOAP para a organização das notas de evolução e consultas. O SOAP é um acrônimo para Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano.

Alternativa a) Incorreta. O campo Subjetivo (S) é destinado ao relato do paciente. Ele contém a queixa principal, a história da doença atual, os sintomas percebidos pelo paciente, seus sentimentos, medos e expectativas. Informações como pressão arterial, frequência cardíaca, peso e altura são dados mensuráveis e observáveis pelo profissional de saúde; portanto, não pertencem a este campo.

Alternativa b) Correta. O campo Objetivo (O) deve conter os dados coletados pelo examinador durante a consulta. Isso inclui os sinais vitais (PA, FC, FR, temperatura), os dados antropométricos (peso, altura, IMC) e os achados do exame físico segmentar, além dos resultados de exames laboratoriais ou de imagem que o paciente traz consigo. Portanto, os dados citados na alternativa estão corretamente

alocados no campo Objetivo.

Alternativa c) Incorreta. O campo Avaliação (A) é o espaço para o raciocínio clínico. Nele, o médico faz a análise do que foi coletado nos campos Subjetivo e Objetivo. É onde se registram os diagnósticos (codificados ou não), as hipóteses diagnósticas ou o status de um problema já conhecido (ex.: hipertensão arterial sistêmica controlada). Dados brutos do exame físico não devem ser registrados isoladamente aqui.

Alternativa d) Incorreta. As frases "Tatiana relata se sentir sem energia", "ter medo de essas dores serem alguma doença ruim" e "não tem conseguido mais dormir de preocupação" são relatos diretos da paciente sobre seus sentimentos e percepções (o componente subjetivo da consulta). Devem ser registradas no campo Subjetivo (S) e não no campo Avaliação (A).

Alternativa e) Incorreta. Todas as informações trazidas pelo paciente são relevantes, especialmente em uma abordagem centrada na pessoa. Os sentimentos, as ideias, as expectativas e a função (o impacto do problema na vida do paciente) formam o componente subjetivo essencial para o diagnóstico integral e para o fortalecimento da relação médico-paciente. Ignorar esses dados prejudica a qualidade do cuidado e do registro clínico.

---

## Questão 97

### ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um paciente idoso (82 anos) com cefaleia de início recente e alteração na palpação da artéria temporal (espessamento). Esses achados são altamente sugestivos de Arterite de Células Gigantes (ACG), também conhecida como Arterite Temporal. Esta é uma vasculite que acomete vasos de médio e grande calibre, sendo uma emergência médica devido ao risco de perda visual irreversível.

### JUSTIFICATIVA DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): Embora a Proteína C-reativa (PCR) seja um marcador inflamatório sensível e costume estar elevada na Arterite de Células Gigantes, a literatura clássica e as questões de prova priorizam o VHS (Velocidade de Hemossedimentação) como o marcador laboratorial de escolha e o mais característico para esta patologia. A PCR isolada tem menos peso acadêmico nos critérios diagnósticos tradicionais do que o VHS muito elevado.

Alternativa B (Correta): O aumento acentuado do VHS é um dos pilares diagnósticos

da Arterite de Células Gigantes. Os critérios do American College of Rheumatology (ACR) estabelecem um ponto de corte de VHS maior ou igual a 50 mm/h, mas é extremamente comum que pacientes com ACG apresentem valores superiores a 100 mm/h. Esse achado laboratorial, somado à idade avançada e à alteração no exame físico da artéria temporal, eleva significativamente a probabilidade diagnóstica.

Alternativa C (Incorreta): A tomografia craniana não é necessária para "começar a pensar" em ACG. O diagnóstico de ACG é eminentemente clínico e laboratorial. Postergar o raciocínio clínico ou o tratamento de uma possível vasculite para realizar exames de imagem de exclusão pode colocar em risco a visão do paciente.

Alternativa D (Incorreta): A radiografia de crânio não possui indicação no manejo de cefaleias agudas ou crônicas na prática moderna, muito menos como passo obrigatório antes de considerar o diagnóstico de uma vasculite sistêmica.

Alternativa E (Incorreta): Embora a ressonância magnética (especialmente a angiorressonância de vasos cranianos e o estudo dirigido das artérias temporais) possa auxiliar na visualização do processo inflamatório da parede do vaso (sinal do halo), ela não é essencial para excluir outros diagnósticos antes que se suspeite de ACG. A suspeita deve ser imediata com base na clínica e no VHS.

## RESUMO DIDÁTICO

A Arterite de Células Gigantes deve ser suspeitada em qualquer paciente acima de 50 anos com cefaleia nova, claudicação de mandíbula ou alterações na artéria temporal. O laboratório tipicamente revela marcadores de fase aguda muito elevados, com destaque para o VHS, que frequentemente atinge três dígitos (acima de 100 mm/h). O diagnóstico definitivo é feito por biópsia da artéria temporal, mas o tratamento com corticoides deve ser iniciado imediatamente na suspeita clínica para evitar complicações isquêmicas.

## Questão 98

O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose (TB) no Brasil, atualizado em 2024, reafirma que a doença está intrinsecamente ligada aos determinantes sociais da saúde. Para fins de prova e prática clínica, o Ministério da Saúde estabelece o risco relativo de adoecimento de grupos vulneráveis em comparação ao da população geral.

Alternativa (a) Incorreta: A população indígena é considerada um grupo prioritário devido às condições de vida e às barreiras geográficas de acesso ao sistema de saúde. No entanto, o risco de adoecimento por TB nesse grupo é cerca de 3 vezes

maior do que o da população geral, sendo o menor risco entre as opções apresentadas.

Alternativa (b) Incorreta: Profissionais de saúde possuem um risco aumentado devido à exposição ocupacional em ambientes de cuidado. Embora formem um grupo sob vigilância, o risco epidemiológico relativo não atinge as proporções observadas nos grupos de extrema vulnerabilidade social e biológica listados nas demais alternativas.

Alternativa (c) Incorreta: Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) compõem um grupo de altíssima vulnerabilidade biológica. O risco de adoecimento por TB nesse grupo é estimado entre 21 e 28 vezes maior do que o da população geral. Apesar de ser um valor elevado, ainda é estatisticamente inferior ao das pessoas em situação de rua.

Alternativa (d) Incorreta: As pessoas privadas de liberdade enfrentam condições de confinamento, superpopulação e ventilação precária, o que eleva o risco de adoecimento para um patamar cerca de 21 a 26 vezes maior do que o da população geral. Esse dado as coloca em patamar semelhante ao das pessoas vivendo com HIV, mas abaixo do grupo da alternativa (e).

Alternativa (e) Correta: De acordo com os dados epidemiológicos consolidados pelo Ministério da Saúde e citados no Manual de 2024, as pessoas em situação de rua apresentam o maior risco de adoecimento por tuberculose no Brasil, sendo este aproximadamente 56 vezes maior do que o da população geral. Essa vulnerabilidade extrema é explicada pela soma de múltiplos fatores: desnutrição, exposição a intempéries, dificuldades de acesso e de adesão ao tratamento, além da alta prevalência de comorbidades e do uso de substâncias.

Em resumo, a hierarquia de risco relativo aproximado em relação à população geral é:

1. Pessoas em situação de rua: 56 vezes maior.
2. Pessoas vivendo com HIV: 21 a 28 vezes maior.
3. Pessoas privadas de liberdade: 21 a 26 vezes maior.
4. População indígena: 3 vezes maior.

---

## Questão 99

Para a vigilância epidemiológica da Influenza e da COVID-19, o Ministério da Saúde estabelece dois conceitos fundamentais: Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). A compreensão da diferença entre eles é essencial para a correta notificação e manejo clínico.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: Esta alternativa descreve uma definição simplificada de Síndrome Gripal (SG). A SG é a porta de entrada para a suspeita, mas a SRAG exige obrigatoriamente a presença de sinais que indiquem gravidade ou insuficiência respiratória, os quais não foram citados nesta opção.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: Esta é a definição clássica de Síndrome Gripal (SG) adotada pelo Ministério da Saúde, especialmente após a pandemia de COVID-19. Ela descreve o quadro agudo com múltiplos sintomas (febre, tosse, cefaleia, distúrbios sensoriais), porém refere-se a casos leves ou moderados que não apresentam os critérios de gravidade respiratória.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: Embora crianças apresentem particularidades na Síndrome Gripal, como a obstrução nasal, os sintomas listados nesta alternativa ainda se enquadram na definição de SG. Para crianças, a definição de SRAG incluiria sinais como batimento de asa de nariz, tiragem intercostal, cianose ou saturação de oxigênio reduzida.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: Síncope, confusão mental e inapetência são, de fato, sinais de alerta cruciais em idosos com infecções respiratórias. No entanto, eles não compõem a definição técnica oficial de SRAG para fins de vigilância epidemiológica. A definição padrão de SRAG foca nos sinais de comprometimento do sistema respiratório.

ALTERNATIVA E - CORRETA: Esta alternativa apresenta a definição técnica exata de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) conforme as diretrizes de vigilância. A SRAG é definida como um indivíduo com Síndrome Gripal que apresenta pelo menos um dos seguintes sinais de gravidade: dispneia ou desconforto respiratório; pressão ou dor persistente no tórax; saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) menor que 95% em ar ambiente; ou coloração azulada de lábios ou rosto (cianose). O valor de saturação menor ou igual a 94% é o ponto de corte clínico equivalente utilizado nos protocolos de notificação.

---

## Questão 100

### ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão descreve um quadro clínico clássico de uma doença infectocontagiosa aguda, causada pela ação da exotoxina da bactéria *Corynebacterium diphtheriae*. O ponto central para o diagnóstico é a presença das placas pseudomembranosas branco-acinzentadas e aderentes, que são o sinal patognomônico da difteria.

Diferentemente de um exsudato purulento comum, essas placas são formadas por

fibrina, leucócitos, eritrócitos e restos celulares, sendo firmemente aderidas à mucosa; se removidas, costumam causar sangramento. Outro sinal clínico definitivo citado é o pescoço taurino, resultado do intenso edema e da linfadenopatia cervical, indicando gravidade e alta carga tóxica.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. O vírus sincicial respiratório (VSR) é o principal agente da bronquiolite aguda em lactentes e também causa pneumonia e quadros gripais em adultos. Sua manifestação clínica foca no trato respiratório inferior (sibilos, taquipneia, esforço respiratório) e não envolve a formação de membranas faríngeas obstrutivas ou o pescoço taurino.

b) Correta. A descrição é uma "cópia fiel" do quadro de difteria. A doença apresenta o comprometimento do estado geral (toxemia), febre habitualmente baixa, placas que podem invadir estruturas vizinhas e causar asfixia mecânica (difteria laringotraqueal) e o edema cervical característico. É uma doença prevenível pela vacina pentavalente (ou DTP/DT).

c) Incorreta. A faringoamigdalite estreptocócica (por *Streptococcus pyogenes*) cursa com febre alta, dor de garganta intensa (diferente da dor discreta citada no texto), exsudato purulento amarelado nas amígdalas e ausência de membranas que invadem fossas nasais ou pele. Além disso, não costuma evoluir com o edema cervical maciço do tipo pescoço taurino.

d) Incorreta. A sífilis, em sua fase primária, pode apresentar um cancro (úlceras indolores) e, na fase secundária, placas mucosas ou lesões cutâneas (roséolas). No entanto, não causa um quadro agudo de membranas aderentes obstrutivas com toxemia severa e edema cervical progressivo como descrito.

e) Incorreta. O sarampo é caracterizado pelo exantema maculopapular morbiliforme de progressão cefalocaudal, tosse, coriza, conjuntivite e pelas manchas de Koplik (pequenos pontos brancos na mucosa oral, próximos aos molares). Embora seja uma doença prevenível por vacina e grave, o foco clínico é respiratório e exantemático, sem a formação de pseudomembranas faríngeas.

**GABARITO:** Letra (b) - Difteria.