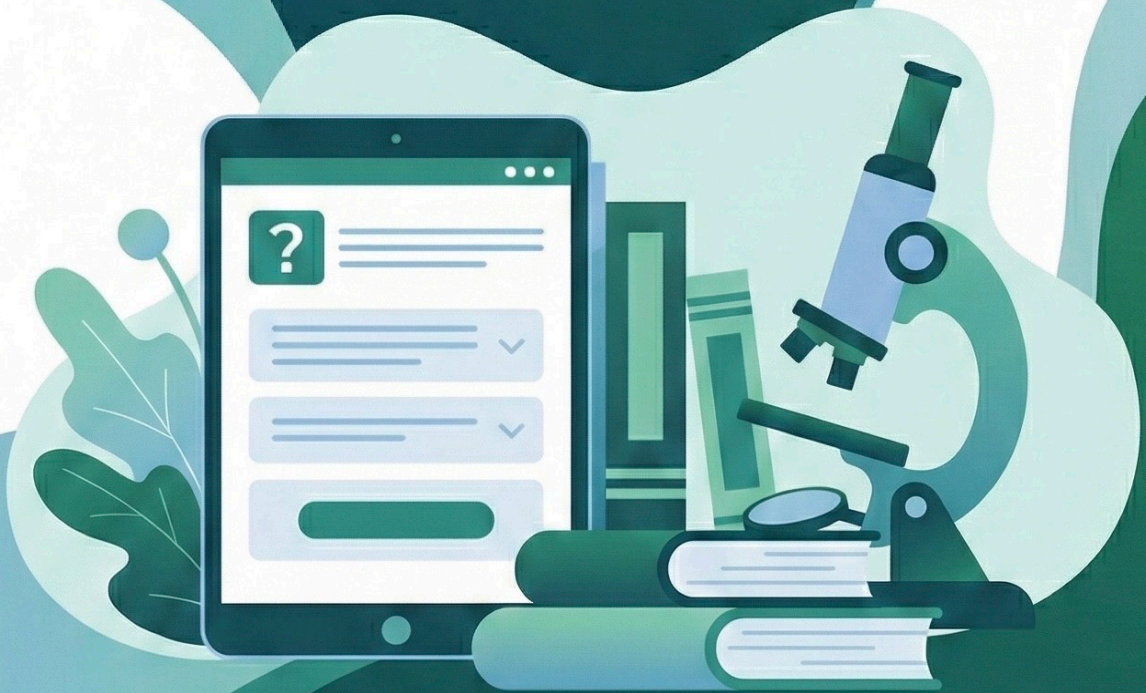




# FAMERP

GABARITO | 2026 | SP | 80 Questões



## Gabarito: FAMERP

2026 | SP

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

A questão aborda a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), um tema frequente em Medicina do Trabalho e provas de residência. O termo "gota acústica" refere-se ao entalhe ou sulco característico observado no audiograma de trabalhadores expostos a níveis elevados de pressão sonora de forma crônica.

A PAIR apresenta características muito específicas: é uma perda auditiva do tipo neurosensorial, geralmente bilateral, simétrica e irreversível. O sinal patognomônico inicial é o rebaixamento dos limiares auditivos nas frequências de 3.000, 4.000 ou 6.000 Hz, com uma característica fundamental: o retorno aos níveis de normalidade na frequência de 8.000 Hz. As frequências graves e médias (frequências da fala, como 500, 1.000 e 2.000 Hz) costumam estar preservadas nas fases iniciais e moderadas da doença.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A frequência de 8.000 Hz alterada, com as demais normais, não caracteriza a PAIR. Na gota acústica, o diferencial é justamente a recuperação em 8.000 Hz, enquanto as frequências de 4.000 ou 6.000 Hz estão rebaixadas.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa sugere que todas as frequências iniciais (500 a 6.000 Hz) estariam alteradas. Embora a frequência de 8.000 Hz normal esteja correta para o conceito de entalhe, a PAIR não costuma afetar as frequências baixas (500 e 1.000 Hz) logo de início; estas só são atingidas em estágios muito avançados da progressão da perda.

Alternativa c) Correta. Esta descrição define perfeitamente o entalhe audiométrico (gota acústica). Temos a preservação das frequências baixas e médias (500 a 3.000 Hz), uma queda acentuada nas frequências de 4.000 e 6.000 Hz e, o ponto crucial, a recuperação do limiar auditivo na frequência de 8.000 Hz, formando o desenho de um "V" ou "gota" no gráfico.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa inverte a lógica da doença. Na PAIR, as frequências de 500 a 2.000 Hz são as últimas a serem afetadas, enquanto as de 4.000 e 6.000 Hz são as primeiras. O perfil descrito aqui não condiz com exposição ocupacional a ruído.

---

## Questão 2

Esta questão aborda um marco fundamental na história da Medicina do Trabalho e na semiologia médica. A resposta correta exige o conhecimento do autor que sistematizou o estudo das doenças ocupacionais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Hipócrates é considerado o pai da Medicina. Embora tenha feito observações precoces sobre doenças em mineiros (como o saturnismo), ele não é o patrono da Medicina do Trabalho. A anamnese clássica hipocrática focava no exame físico e nos hábitos de vida, mas não priorizava a ocupação como fator determinante de doenças.

b) Correta. Bernardino Ramazzini (1633-1714), médico italiano, é universalmente reconhecido como o pai da Medicina do Trabalho. Em 1700, ele publicou a obra "De Morbis Artificum Diatriba" (As Doenças dos Trabalhadores), na qual descreveu detalhadamente os riscos e patologias de mais de 50 profissões. Ramazzini propôs que, ao roteiro de anamnese de Hipócrates, o médico deveria acrescentar a pergunta fundamental: "Et quam artem exerceat?" (E qual é a sua profissão?).

c) Incorreta. Sir Robert Baker (por vezes grafado Backer) foi um inspetor de fábricas na Inglaterra durante a Revolução Industrial, importante para a legislação trabalhista e a fiscalização, mas não carrega o título de "pai da Medicina do Trabalho" nem a autoria da célebre pergunta clínica citada.

d) Incorreta. Bernardo Bedrikow foi um médico brasileiro de grande relevância para a Medicina do Trabalho no Brasil e para a criação da ANAMT (Associação Nacional de Medicina do Trabalho). No entanto, sua contribuição é contemporânea e de nível nacional, não sendo o personagem histórico clássico que padronizou a pergunta no século XVIII.

Resumo: A questão destaca a importância da anamnese ocupacional. Ao identificar a profissão do paciente, o médico amplia sua capacidade diagnóstica ao considerar agentes químicos, físicos, biológicos e ergonômicos presentes no ambiente laboral. Bernardino Ramazzini foi o pioneiro a sistematizar esse raciocínio clínico.

### Questão 3

A questão descreve um quadro clássico de Dermatite de Contato Alérgica (DCA), que é uma reação de hipersensibilidade do tipo IV (tardia), mediada por células T. O diagnóstico é sugerido pela localização das lesões em áreas de contato direto com objetos metálicos específicos: orifícios de brincos, punho (relógio) e região umbilical (botão da calça jeans).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Níquel: Esta é a alternativa correta. O níquel é o sensibilizante mais comum em todo o mundo, afetando uma grande parcela da população, especialmente mulheres. Ele está presente em diversas ligas metálicas utilizadas na fabricação de bijuterias, fivelas de cintos, botões de roupas, moedas e armações de óculos. O quadro clínico descrito, com prurido e erupção maculopapular exatamente nos locais de contato com esses objetos, é a apresentação "de livro" da alergia ao níquel.

Alternativa b) Cromo: Incorreta. Embora o cromo (especialmente o dicromato de potássio) seja uma causa frequente de dermatite de contato ocupacional, ele é classicamente associado ao cimento (comum em trabalhadores da construção civil), ao couro (processo de curtimento) e a fluidos de corte na metalurgia. A distribuição das lesões por cromo geralmente envolve as mãos e os pés, não sendo a causa típica para reações a brincos e botões de jeans.

Alternativa c) Zinco: Incorreta. O zinco é raramente um agente causador de dermatite de contato alérgica. Pelo contrário, o óxido de zinco é frequentemente utilizado em pomadas e cremes protetores devido às suas propriedades calmantes e cicatrizantes. Não há correlação epidemiológica ou clínica significativa entre o zinco e a reação descrita nos locais de adornos metálicos.

Alternativa d) Alumínio: Incorreta. O alumínio é um sensibilizador muito raro. Quando ocorre alergia ao alumínio, ela costuma estar relacionada a granulomas em locais de aplicação de vacinas ou, raramente, em desodorantes. Ele não é o metal constituinte principal que causa as reações clássicas em bijuterias e acessórios de vestuário descritas no enunciado.

Em resumo, a topografia das lesões é a chave para a questão. A presença de eczema em áreas de contato com acessórios metálicos deve sempre direcionar a suspeita clínica primária para o níquel.

#### Questão 4

A questão aborda o conceito de Acidente de Trajeto, que é uma modalidade equiparada ao acidente de trabalho pela legislação previdenciária brasileira (Lei nº 8.213/91). O ponto fundamental para a resolução é a análise do nexo causal entre o trabalho e o deslocamento.

Para que um evento seja configurado como acidente de trajeto, ele deve ocorrer no percurso habitual entre a residência e o local de trabalho (ou vice-versa), dentro de um tempo compatível com a distância. Quando o trabalhador realiza um desvio de rota ou uma interrupção significativa por interesse estritamente pessoal, ocorre o rompimento do nexo causal. No caso descrito, o enfermeiro interrompeu seu retorno para casa por 90 minutos para realizar compras particulares, o que descaracteriza o trajeto protegido pela lei.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O enunciado fornece elementos suficientes para a análise técnica. A descrição do tempo de interrupção (90 minutos) e o motivo (compras do mês) permitem concluir que houve uma quebra do nexo entre o trabalho e o acidente.

Alternativa b) Incorreta. De acordo com a jurisprudência previdenciária, interrupções ou desvios que não sejam de interesse do serviço ou que não sejam considerados necessidades triviais do percurso (como um abastecimento rápido de combustível) retiram a proteção legal do acidente de trabalho. Uma parada de uma hora e meia para compras é considerada um desvio de finalidade por interesse particular.

Alternativa c) Correta. Como o nexo causal com o trabalho foi rompido pela parada prolongada para fins pessoais, o evento é classificado juridicamente apenas como um acidente de trânsito comum. O indivíduo não terá direito à emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) nem aos benefícios específicos de natureza acidentária junto ao INSS.

Alternativa d) Incorreta. As classificações são excludentes para fins de direitos trabalhistas e previdenciários. Se houve o rompimento do nexo de trajeto pelo desvio de finalidade, o evento deixa de ser considerado acidente de trabalho, restando apenas a caracterização de acidente de trânsito (evento comum).

### Questão 5

Esta questão aborda o marco histórico do Factory Act de 1833, um documento fundamental para a Medicina do Trabalho e para o Direito Trabalhista, promulgado durante a Revolução Industrial na Inglaterra para regulamentar as condições laborais, especialmente de crianças e adolescentes.

Alternativa (a) Incorreta. O Factory Act de 1833 estabeleceu a idade mínima de 9 anos para o trabalho em fábricas têxteis. Crianças abaixo dessa idade ficavam proibidas de trabalhar, com raras exceções (como fábricas de seda).

Alternativa (b) Incorreta. A legislação não estipulava idade máxima de 30 anos para trabalho noturno. O foco das restrições de horário era a proteção da população infantojuvenil.

Alternativa (c) Incorreta. A proibição do trabalho noturno (período entre 20h30 e 5h30) era aplicada a todos os menores de 18 anos, e não a menores de 35 anos.

Alternativa (d) Correta. De acordo com o Factory Act de 1833, os trabalhadores jovens (entre 13 e 18 anos) não podiam trabalhar mais de 12 horas por dia, o que resultava em uma jornada semanal de 69 horas (calculada como 12 horas diárias nos dias de semana e 9 horas aos sábados). Embora a redação da alternativa mencione "no mínimo", o valor de 69 horas é o dado histórico preciso associado ao limite máximo permitido por essa lei específica para essa categoria de trabalhadores.

O papel de Robert Baker e dos demais inspetores nomeados a partir dessa lei foi crucial, pois, pela primeira vez, o Estado passou a fiscalizar as condições de higiene e segurança nos ambientes de trabalho, influenciando diretamente o desenvolvimento da saúde ocupacional moderna.

---

### Questão 6

A análise desta questão exige conhecimento sobre a Norma Regulamentadora 15 (NR 15) e os limites de tolerância para ruído contínuo ou intermitente na medicina do trabalho. O nível de 115 decibéis (dB) representa o limite máximo absoluto de exposição permitida para apenas 7 minutos diários sem proteção. Para uma jornada de 40 horas semanais (8 horas diárias), a proteção deve ser rigorosa para reduzir a pressão sonora que atinge o sistema auditivo a níveis seguros, idealmente abaixo de 85 dB.

Alternativa a: Esta é a resposta correta. O protetor auricular tipo concha é geralmente o mais indicado para ambientes com níveis de ruído extremamente elevados, como 115 dB. Tecnicamente, os abafadores de concha oferecem níveis de

atenuação sonora (NRRsf) que tendem a ser mais consistentes e elevados para altas intensidades. Além disso, proporcionam uma vedação externa que minimiza erros de colocação, garantindo que o trabalhador metalúrgico receba a proteção necessária durante toda a jornada de trabalho.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. Embora existam protetores de inserção com bons índices de atenuação, eles dependem crucialmente de uma inserção perfeita no canal auditivo para funcionarem corretamente. Em níveis críticos de 115 dB, qualquer falha no ajuste do plugue de inserção pode expor o trabalhador a danos auditivos severos e imediatos, tornando-o menos confiável que o tipo concha para este cenário específico.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta porque, em níveis de 115 dB, a escolha do Equipamento de Proteção Individual (EPI) não é indiferente. É necessária uma análise técnica da capacidade de atenuação de cada modelo. Nem todo protetor de inserção ou concha simples consegue reduzir o ruído de 115 dB para níveis aceitáveis (abaixo de 85 dB). O protetor tipo concha de alta performance é a escolha técnica padrão para intensidades tão elevadas.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A exposição a 115 dB sem proteção auditiva é extremamente prejudicial à saúde. Segundo a NR 15, o limite de tolerância para uma jornada de 8 horas é de 85 dB. Como o ruído dobra de intensidade a cada 5 dB (critério de desempate), a exposição a 115 dB sem EPI resultaria em perda auditiva induzida por ruído (PAIR) de forma acelerada e permanente.

---

## Questão 7

Esta questão exige conhecimento sobre a história da Medicina do Trabalho. Plínio, o Velho, foi um dos primeiros estudiosos a documentar a relação entre o ambiente de trabalho e as doenças ocupacionais, focando especialmente na exposição dos mineradores a substâncias tóxicas.

Alternativa a) Incorreta: O uso de botas resistentes ou coturnos não é o destaque histórico das observações de Plínio. Na Roma Antiga, o calçado comum era a sandália e, embora houvesse proteções para os pés, não houve uma descrição técnica de botas como inovação de saúde ocupacional nesse período específico.

Alternativa b) Correta: Plínio descreveu que os trabalhadores das minas de cinábrio (de onde se extrai o mercúrio) utilizavam membranas de bexigas de animais, como o carneiro, amarradas sobre o rosto. O objetivo era criar uma barreira física que filtrasse a inalação de poeiras e vapores tóxicos. Por ser uma membrana translúcida, ela permitia que o trabalhador enxergasse enquanto protegia suas vias aéreas. Este

relato é aceito na literatura médica como o primeiro registro histórico de um protetor respiratório, precursor do atual Equipamento de Proteção Individual (EPI).

Alternativa c) Incorreta: Embora o couro fosse um material amplamente utilizado em diversas vestimentas romanas, o avental de raspa não é a peça descrita por Plínio como o equipamento específico utilizado para a proteção contra os agentes nocivos das minas de chumbo e mercúrio em seus relatos de higiene ocupacional.

Alternativa d) Incorreta: O algodão não era a fibra têxtil de uso industrial predominante na Roma Antiga para fins de proteção. Além disso, a preocupação central relatada por Plínio era a toxicidade inalatória (vapores e poeiras de mercúrio e chumbo), o que tornava a proteção facial muito mais relevante do que o uso de mangas compridas para a preservação da saúde daqueles trabalhadores.

---

### Questão 8

Para responder corretamente a esta questão, é necessário correlacionar os agentes tóxicos mencionados com sua natureza química e seus respectivos indicadores biológicos, conforme estabelecido pela NR-7 (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional).

Alternativa a) Incorreta. A acetilcolina é um neurotransmissor endógeno do corpo humano. Os organofosforados atuam inibindo a enzima acetilcolinesterase, o que impede a degradação da acetilcolina na fenda sináptica. O acúmulo de acetilcolina é o que causa os sintomas da intoxicação (síndrome colinérgica), mas ela não é o agente tóxico em si.

Alternativa b) Incorreta. O ácido mandélico é o indicador biológico de exposição ocupacional ao estireno, um solvente utilizado na fabricação de plásticos e resinas. Não possui relação com a exposição a agrotóxicos no meio rural.

Alternativa c) Correta. Os organofosforados são, por definição química, ésteres do ácido organofosfórico (ou ácido fosfórico substituído). A alternativa identifica a base química da substância causadora da intoxicação descrita no enunciado. No monitoramento da NR-7 para esses trabalhadores, utiliza-se a mensuração da atividade das colinesterases (plasmática e eritrocitária).

Alternativa d) Incorreta. O ácido delta-aminolevulínico urinário (ALA-U) é o marcador biológico clássico para a exposição ao chumbo inorgânico (plumbismo ou saturnismo). O chumbo inibe a enzima desidratase do ácido delta-aminolevulínico na via de síntese do heme, resultando no aumento da excreção urinária deste ácido.

---

## Questão 9

A questão descreve um quadro clássico de sarampo: febre, pródromos catarrais (tosse, coriza, conjuntivite não purulenta), sinal de Koplik (pontos brancos na mucosa oral) e exantema morbiliforme com progressão cefalocaudal (atrás das orelhas e do rosto para o resto do corpo). Diante de um caso suspeito de sarampo, as medidas de controle devem ser imediatas, antes mesmo da confirmação laboratorial, devido à alta contagiosidade do vírus.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: O termo "vacinação por varredura" refere-se a uma estratégia de vacinação em massa, indiscriminada, realizada em uma determinada área geográfica (quarteirões ou bairros) para elevar rapidamente a cobertura vacinal. Embora possa ser utilizada em surtos, a ação prioritária e inicial diante de um caso suspeito é a "vacinação de bloqueio", focada nos contatos diretos do paciente. Além disso, a varredura não é a conduta padrão imediata descrita pelos protocolos do Ministério da Saúde para o controle de contatos domiciliares e de creche.

Alternativa (b) INCORRETA: A vacinação de bloqueio deve ser estendida a todos os contatos suscetíveis a partir dos 6 meses de idade, e não limitada à faixa de 3 a 6 meses. Além disso, gestantes suscetíveis não podem receber a vacina tríplice viral (SCR) por ser uma vacina de vírus vivos atenuados; para elas, a recomendação em caso de contato é a imunoglobulina.

Alternativa (c) CORRETA: Esta alternativa descreve exatamente o protocolo do Ministério da Saúde. A vacinação de bloqueio deve ser realizada em até 72 horas após o contato com o caso suspeito, visando interromper a cadeia de transmissão. O público-alvo são os contatos suscetíveis (sem comprovação vacinal) a partir dos 6 meses de idade, sem limite superior de idade. A alternativa também aborda corretamente a situação da irmã com leucemia: pacientes imunodeprimidos têm contra-indicação absoluta para vacinas de vírus vivos (SCR) e, por serem contatos de alto risco para complicações graves, devem receber a imunoglobulina humana inespecífica para profilaxia passiva (idealmente em até 6 dias após a exposição).

Alternativa (d) INCORRETA: Assim como na alternativa (a), o termo "vacinação por varredura" está incorreto para a ação inicial de controle de contatos. Além disso, a faixa etária citada (3 a 9 meses) está equivocada, pois a vacinação de bloqueio deve abranger todos os suscetíveis acima de 6 meses de idade, e não apenas bebês.

Resumo Didático:

1. Bloqueio Vacinal (Profilaxia Ativa): Deve ser feito com a vacina tríplice viral (SCR) em até 72 horas para todos os contatos suscetíveis acima de 6 meses de idade.

2. Imunoglobulina (Profilaxia Passiva): Indicada para contatos suscetíveis com contra-indicação à vacina (imunodeprimidos, gestantes e menores de 6 meses), preferencialmente até o 6º dia após a exposição. No caso da irmã com leucemia (imunocomprometida), a imunoglobulina é a conduta mandatária.

## Questão 10

### ANÁLISE DO CENÁRIO CLÍNICO:

O caso descreve um adolescente que sofreu mordedura de gato de rua em extremidades (mãos e polpas digitais). O animal não é passível de observação, pois fugiu e não tem dono. Além disso, há registro de circulação do vírus da raiva na região. De acordo com o Manual de Profilaxia da Raiva Humana do Ministério da Saúde, o atendimento deve ser classificado com base na gravidade do ferimento e nas condições do animal.

### CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE:

Ferimentos em mãos, pés, cabeça ou face, bem como ferimentos profundos ou múltiplos, são classificados como ACIDENTES GRAVES. Como o animal (gato) é de rua e desapareceu (não pode ser observado por 10 dias), a conduta preconizada é a profilaxia completa imediata.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): Em acidentes graves com animais que não podem ser observados, o tratamento deve ser imediato. Aguardar 10 dias para busca ativa sem iniciar a profilaxia coloca a vida do paciente em risco, dada a letalidade da raiva. A limpeza deve ser feita prioritariamente com água e sabão neutro.

Alternativa B (Correta): Esta alternativa descreve o protocolo correto para acidentes graves com animais não observáveis. O primeiro passo é a limpeza exaustiva com água e sabão para reduzir a carga viral no local. O esquema vacinal indicado pelo Ministério da Saúde para profilaxia pós-exposição atualmente consiste em 4 doses da vacina (aplicadas nos dias 0, 3, 7 e 14). Além da vacina, é obrigatória a aplicação de imunoglobulina humana antirrábica (ou soro antirrábico) devido à gravidade da localização e à impossibilidade de observar o animal.

Alternativa C (Incorreta): A sutura de ferimentos por mordedura de animais deve ser evitada sempre que possível, pois o fechamento pode favorecer a inoculação profunda do vírus e aumentar o risco de infecções bacterianas. Se for estritamente necessária, deve ser feita de forma frouxa e após a infiltração de soro no local. Além disso, a Penicilina Benzatina não é o antibiótico de escolha para profilaxia em mordeduras de gatos; o esquema preferencial para cobrir *Pasteurella multocida*\* e

anaeróbios é a Amoxicilina com Clavulanato.

Alternativa D (Incorreta): Embora a primeira dose da vacina deva ser administrada, a afirmação de que qualquer reação adversa contraindica as doses subsequentes está errada. Eventos adversos costumam ser leves e devem ser manejados clinicamente. Devido à gravidade da doença (quase 100% de letalidade), o benefício da imunização supera os riscos de reações alérgicas ou febris. Além disso, a alternativa não especifica o esquema completo necessário.

GABARITO: B.

---

### Questão 11

O caso apresenta um paciente com quadro clássico de Síndrome Gripal (febre, tosse, mialgia e cefaleia) e diagnóstico confirmado de Influenza. O ponto-chave para resolver a questão é identificar se o paciente possui indicação de tratamento antiviral específico com oseltamivir.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, o uso de oseltamivir (Tamiflu) está indicado em dois cenários principais:

1. Pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que apresentam sinais de gravidade como dispneia, queda de saturação de oxigênio ou desconforto respiratório.
2. Pacientes com Síndrome Gripal (SG) que pertencem aos grupos de risco para complicações, independentemente de apresentarem sinais de gravidade no momento da consulta.

O paciente em questão é portador de asma. A asma é uma doença respiratória crônica classificada como condição de risco para o agravamento da Influenza. Por isso, ele tem indicação formal de receber o antiviral.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Não há sinais de gravidade descritos (como taquipneia ou hipoxemia) que justifiquem a internação hospitalar. O diagnóstico já foi realizado pelo painel respiratório, tornando desnecessária nova solicitação de PCR para fins de conduta imediata. A notificação compulsória individual no SINAN é obrigatória para casos de SRAG ou surtos, não sendo a conduta padrão para um caso isolado de Síndrome Gripal ambulatorial.

Alternativa (b) Incorreta. Embora o manejo de suporte (antitérmicos) e a orientação de retorno sejam corretos, a alternativa é incompleta. Ela falha ao não prescrever o

tratamento antiviral para um paciente que, por ser asmático, possui indicação de oseltamivir para evitar a progressão da doença.

Alternativa (c) Incorreta. A Influenza é uma infecção viral. Antibióticos como os macrolídeos não tratam o vírus e não devem ser usados de forma profilática. O uso de antibióticos só ocorreria se houvesse evidência de pneumonia bacteriana secundária associada. Além disso, a internação não é indicada para casos de Síndrome Gripal sem sinais de desconforto respiratório.

Alternativa (d) Correta. Esta alternativa segue rigorosamente o protocolo de manejo da Influenza. O oseltamivir deve ser iniciado preferencialmente nas primeiras 48 horas do início dos sintomas, pois é nesse período que o medicamento demonstra maior eficácia em reduzir a replicação viral, o tempo de sintomas e o risco de complicações graves. A orientação de retorno é fundamental para monitorar a evolução clínica.

Portanto, diante de um paciente do grupo de risco com Influenza, a prescrição do antiviral e o manejo ambulatorial com orientações de vigilância são a conduta adequada.

---

## Questão 12

A Declaração de Óbito (DO) é um documento fundamental para a vigilância epidemiológica e deve ser preenchida seguindo uma lógica fisiopatológica. O campo 40 (Causas da Morte) é dividido em duas partes principais:

Parte I: Refere-se à sequência de eventos que conduziu diretamente à morte. A linha (a) deve conter a causa imediata (o evento terminal). As linhas subsequentes (b, c, d) devem registrar as causas antecedentes, descendo até a causa básica na última linha preenchida. A causa básica é a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos.

Parte II: Destina-se a estados mórbidos significativos que contribuíram para a morte, mas que não entraram na cadeia causal direta registrada na Parte I. Aqui entram, geralmente, os fatores de risco e comorbidades crônicas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a fibrilação ventricular seja a causa imediata e o infarto a causa antecedente, a hipertensão arterial é melhor classificada como uma condição contribuinte na Parte II, e não como a causa básica diretamente ligada ao evento agudo nesta sequência. Além disso, faltou citar a aterosclerose como base do infarto.

b) Incorreta. A ordem da Parte I está invertida (o infarto não causa a aterosclerose). Além disso, o paciente apresentou fibrilação ventricular (ritmo de parada) e não fibrilação atrial.

c) Correta. Esta alternativa segue perfeitamente a lógica de preenchimento. Na linha (a), temos a causa imediata (fibrilação ventricular, que é o mecanismo terminal documentado no ECG); na linha (b), a causa intermediária (infarto agudo do miocárdio); e na linha (c), a causa básica (aterosclerose coronariana, que originou o infarto). Na Parte II, foram listadas corretamente as comorbidades e os fatores de risco (dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade) que contribuíram para o desfecho, mas não fazem parte da sucessão direta de eventos agudos.

d) Incorreta. A sequência na Parte I está tecnicamente invertida e confusa. A aterosclerose não é a causa imediata (linha a), e sim a básica. Também cita erroneamente fibrilação atrial em vez de ventricular.

A imagem anexada ilustra o Bloco V da Declaração de Óbito. Nela, podem-se observar claramente as divisões mencionadas: as linhas (a), (b), (c) e (d) da Parte I, onde se estabelece onexo causal de baixo para cima (da causa básica para a imediata), e o campo inferior da Parte II para as causas contribuintes. No caso clínico, o preenchimento correto utiliza as linhas (a), (b) e (c) da Parte I e o campo da Parte II, conforme descrito na alternativa C.

---

### Questão 13

Análise da Questão:

A paciente em questão tem 34 anos, é tabagista com carga tabágica de 14 maços-ano (1 maço/dia por 14 anos) e apresenta obesidade grau I (IMC 30,5 kg/m<sup>2</sup>). Ela busca a Unidade Básica de Saúde para realizar rastreamento preventivo após longo período sem avaliação médica. A conduta correta deve seguir os protocolos de rastreamento baseados em evidências, como os do Ministério da Saúde e da USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force).

Alternativa A: Incorreta. A tomografia de tórax de baixa dose é o exame indicado para o rastreio de câncer de pulmão. No entanto, sua indicação é restrita a pacientes com idade entre 50 e 80 anos, fumantes ativos ou que pararam há menos de 15 anos, e com uma carga tabágica de pelo menos 20 maços-ano. A paciente tem apenas 34 anos e 14 maços-ano, não atingindo os critérios de risco para este rastreio.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa reúne as ações de prevenção e rastreamento indicadas para o perfil clínico da paciente. A coleta de citopatologia oncótica (Papanicolau) é indicada para mulheres de 25 a 64 anos que já iniciaram atividade sexual. A aferição da pressão arterial faz parte do rastreio de hipertensão em adultos. A avaliação de glicemia de jejum e o perfil lipídico são indicados para o rastreamento de diabetes mellitus e dislipidemias em adultos com obesidade (IMC maior que 30). A solicitação de sorologias para HIV e sífilis é recomendada como parte do rastreio de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em adultos sexualmente ativos.

Alternativa C: Incorreta. O erro principal desta alternativa é a indicação da mamografia. De acordo com o Ministério da Saúde, o rastreamento mamográfico é indicado para mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos. Algumas sociedades médicas recomendam o início aos 40 anos. Aos 34 anos, sem histórico familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau ou síndromes genéticas, não há indicação de mamografia de rastreio.

Alternativa D: Incorreta. A ultrassonografia transvaginal não é recomendada como exame de rastreamento para câncer (seja de ovário ou de endométrio) em mulheres assintomáticas. Estudos demonstram que o uso desse exame para rastreio não reduz a mortalidade e aumenta significativamente o número de biópsias e cirurgias desnecessárias devido a achados benignos (falsos-positivos). O rastreio de "câncer de útero" citado pela paciente refere-se ao colo do útero, feito via citopatologia, e não por ultrassom.

---

### Questão 14

Esta questão exige o conhecimento do fluxograma de manejo clínico da dengue preconizado pelo Ministério da Saúde. O objetivo da classificação em grupos é estratificar o risco para garantir o tratamento adequado e a sustentabilidade do sistema de saúde, especialmente em cenários de epidemia e fluxo intenso.

O Grupo A compreende pacientes com suspeita de dengue, sem sinais de alarme, sem condições especiais ou comorbidades e sem risco social. Para esses, a hidratação é prioritariamente oral e o acompanhamento é ambulatorial. O protocolo indica que a reavaliação clínica deve ocorrer preferencialmente no dia em que a febre cessar (fim da fase febril e início da fase crítica). O hemograma não é obrigatório para esse grupo de forma rotineira em contextos epidêmicos, podendo ser solicitado a critério médico.

O Grupo B compreende pacientes com suspeita de dengue, sem sinais de alarme, mas que apresentam condições clínicas especiais (como gestantes, idosos acima de 65 anos, portadores de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e asma) ou

situações sociais de vulnerabilidade. Para esse grupo, a coleta de hemograma é obrigatória para triagem de hemoconcentração, e a reavaliação clínica deve ser diária até que se completem 48 horas sem febre, devido ao maior risco de complicações.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Define adequadamente a necessidade de hemograma e seguimento diário para o Grupo B. Para o Grupo A, foca na reavaliação após a remissão da febre (período em que podem surgir os sinais de alarme da fase crítica) e estabelece a reidratação oral como base do tratamento. Essa estratégia otimiza os recursos físicos e humanos da UBS ao evitar exames e retornos desnecessários para o grupo de menor risco (A), enquanto mantém vigilância estrita sobre o grupo de maior risco (B).

Alternativa (b) Incorreta: Propor reavaliação diária e coleta de hemograma para o Grupo A em uma epidemia sobrecarregaria o sistema de saúde e o laboratório sem benefício clínico comprovado para esse perfil de paciente. Além disso, a hidratação endovenosa não é a conduta inicial para os grupos A e B, sendo reservada para pacientes que não toleram a via oral ou que apresentam sinais de alarme (Grupo C).

Alternativa (c) Incorreta: Embora a conduta para o Grupo B esteja correta, a alternativa falha ao indicar hidratação endovenosa para os grupos A e B de forma generalizada. A hidratação oral é o pilar do tratamento para esses grupos, sendo mais segura, simples e econômica.

Alternativa (d) Incorreta: A reavaliação diária e a coleta de hemograma para o Grupo A contrariam a lógica de otimização de recursos em contexto epidêmico. A hidratação endovenosa também está incorretamente posicionada como estratégia para os grupos A e B sem critérios de gravidade ou intolerância oral.

Gabarito: A alternativa correta é a letra (a).

---

### Questão 15

A recomendação da vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular) para gestantes no Brasil, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), fundamenta-se na proteção do binômio mãe-filho, com foco especial na prevenção da coqueluche neonatal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a gestação envolva um estado de imunomodulação fisiológica para evitar a rejeição do feto, a indicação da vacina dTpa não ocorre para compensar uma suposta fraqueza do sistema imune materno. O objetivo principal é a transferência de anticorpos.

b) Incorreta. O motivo central da estratégia não é o aumento da morbimortalidade materna por essas doenças. A coqueluche, especificamente, costuma ser leve em adultos e gestantes, mas é extremamente grave e potencialmente fatal em recém-nascidos e lactentes jovens. A estratégia visa proteger o bebê, que é o grupo de maior risco.

c) Incorreta. Os imunizantes contra difteria, tétano e \*B. pertussis\* são, sim, administrados em lactentes. No calendário básico, a criança recebe a vacina pentavalente aos 2, 4 e 6 meses de vida. A vacinação materna existe justamente porque o bebê só começa a produzir sua própria imunidade ativa após essas doses.

d) Correta. A administração da dTpa a partir da 20ª semana de gestação (idealmente até a 36ª semana) visa estimular a produção de altos títulos de anticorpos IgG maternos. Esses anticorpos atravessam a barreira placentária de forma ativa, conferindo imunidade passiva ao feto. Essa proteção é essencial para cobrir o "hiato imunológico" nos primeiros meses de vida do bebê, garantindo proteção contra a coqueluche até que ele complete o esquema vacinal primário e desenvolva sua própria imunidade. Além disso, a vacinação materna reduz a chance de a mãe contrair a doença e transmiti-la ao recém-nascido (efeito casulo).

---

### Questão 16

Análise do caso: O paciente apresenta Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) com descompensação grave, evidenciada por sintomas catabólicos (perda de peso e cansaço) e uma hemoglobina glicada (HbA1c) de 14,5%. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes e da ADA, pacientes com HbA1c superior a 10% e sintomas de hiperglicemia têm indicação formal de insulinoterapia imediata. Contudo, o caso destaca uma barreira psicológica e cultural (trauma familiar), exigindo a aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

Alternativa a: Incorreta. Do ponto de vista puramente biológico, a prescrição de insulina está correta. No entanto, a questão solicita a condução baseada no Método Clínico Centrado na Pessoa. Apenas explicar e prescrever, sem trabalhar as crenças e medos do paciente sobre a insulina (que ele associa ao óbito e à diálise da mãe), resultará em provável não adesão ao tratamento. O MCCP exige uma abordagem que vá além da imposição técnica.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa contempla os pilares do Método Clínico Centrado na Pessoa. O médico deve explorar a experiência da doença, o que inclui os Sentimentos, Ideias, Função e Expectativas (componentes do SIFE). Ao identificar que o paciente associa a insulina ao agravamento da doença (crença comum de que a insulina "causa" complicações, quando na verdade ela costuma ser iniciada tardiamente já na vigência delas), o médico pode desmistificar esses equívocos e construir uma decisão compartilhada, aumentando a segurança e a adesão do paciente ao tratamento necessário.

Alternativa c: Incorreta. Embora a autonomia do paciente deva ser respeitada, o médico não deve aceitar a recusa de forma passiva e definitiva diante de um quadro clínico de alto risco (HbA1c 14,5%). O papel do profissional na Atenção Primária é educar e renegociar o plano terapêutico. Simplesmente registrar a negativa no prontuário sem tentar compreender e sanar as dúvidas do paciente configura uma assistência incompleta e omissa.

Alternativa d: Incorreta. Esta opção falha em dois pontos. Primeiro, clínica e farmacologicamente, medicamentos via oral dificilmente serão capazes de controlar um paciente com esse nível de hemoglobina glicada e sintomas de insulinopenia; a insulina é mandatória neste cenário. Segundo, a abordagem centrada na pessoa não foca apenas em "explicar efeitos deletérios" (que pode soar como punição ou medo), mas em entender o contexto de vida do indivíduo para pactuar o melhor cuidado.

Gabarito: Alternativa (b).

---

### Questão 17

O ponto central desta questão é a avaliação da reserva ovariana em uma paciente de 36 anos que planeja adiar a gestação por mais três anos, pretendendo engravidar aos 39 anos. É sabido que, a partir dos 35 anos, ocorre uma queda fisiológica mais acentuada tanto na quantidade quanto na qualidade dos oócitos. Para fornecer uma orientação adequada sobre as chances de sucesso reprodutivo futuro e a possibilidade de discutir estratégias como o congelamento de óvulos, é fundamental avaliar o estoque folicular atual.

Alternativa a) Incorreta. O estradiol dosado no 3º dia do ciclo pode ser usado para complementar a interpretação do FSH (pois níveis elevados de estradiol precocemente podem suprimir o FSH, gerando um falso negativo). No entanto, a dosagem de progesterona no 3º dia do ciclo é inadequada, pois este hormônio é um marcador de ovulação e deve ser dosado na fase lútea (geralmente no 21º dia do ciclo).

Alternativa b) Incorreta. O TSH (Hormônio Tireoestimulante) e a PRL (Prolactina) são exames importantes na investigação de irregularidades menstruais, galactorreia ou infertilidade instalada. Como a paciente tem ciclos regulares e o objetivo é avaliar a viabilidade de uma gestação futura (reserva ovariana), estes não são os exames de escolha para a orientação específica sobre o adiamento da gravidez.

Alternativa c) Correta. O FSH (Hormônio Folículo-estimulante) e o HAM (Hormônio Antimülleriano) são os principais marcadores bioquímicos para estimar a reserva ovariana. O FSH deve ser dosado obrigatoriamente no início da fase folicular (entre o 2º e o 5º dia do ciclo) para refletir o recrutamento folicular; valores elevados sugerem reserva reduzida. O HAM é produzido pelas células da granulosa de folículos pré-antrais e antrais pequenos, sendo considerado o marcador mais sensível e precoce da quantidade de óvulos restantes. Embora o HAM não varie significativamente durante o ciclo, é comum sua solicitação em conjunto com os exames basais no 3º dia.

Alternativa d) Incorreta. Embora presente o HAM (Hormônio Antimülleriano), que é o marcador padrão-ouro para reserva ovariana, a alternativa inclui o ATGO (Anticorpo Antitireoglobulina). Este anticorpo é utilizado na investigação de tireoidites autoimunes e não possui relação direta com a avaliação da quantidade de folículos ovarianos ou orientação sobre o planejamento reprodutivo tardio.

---

## Questão 18

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O ponto-chave desta questão é a queixa de perda urinária contínua que se iniciou logo após uma cirurgia pélvica de grande porte (histerectomia abdominal total). Em ginecologia, quando uma paciente apresenta perda de urina constante (dia e noite, independente de esforço) no período pós-operatório, a principal suspeita diagnóstica é a fístula urogenital, sendo a fístula vesicovaginal a mais comum nessas circunstâncias.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: A oxibutinina é um agente anticolinérgico indicado para o tratamento da bexiga hiperativa (incontinência urinária de urgência). O quadro da paciente não é de urgência miccional, mas sim de perda contínua por um trajeto anatômico anormal (fístula), portanto, a medicação não tem indicação neste caso.

Alternativa (b) Correta: O teste com instilação de azul de metileno (ou índigo carmim) por meio de uma sonda vesical é o passo diagnóstico inicial fundamental para confirmar a presença de uma fístula vesicovaginal. O procedimento consiste em

introduzir o corante na bexiga e colocar um tampão vaginal. Se o tampão sair corado de azul, confirma-se a comunicação entre a bexiga e a vagina. Se o tampão estiver molhado com urina, mas não corado, a suspeita recai sobre uma fístula ureterovaginal (pois a urina que vem do rim não passaria pela bexiga tingida).

Alternativa (c) Incorreta: O estudo urodinâmico é o padrão-ouro para avaliar a função da bexiga e da uretra, sendo essencial no diagnóstico de incontinência urinária de esforço e bexiga hiperativa. No entanto, ele não é o exame de escolha para identificar fístulas, que são defeitos anatômicos adquiridos após trauma cirúrgico.

Alternativa (d) Incorreta: A ultrassonografia vaginal tem baixíssima sensibilidade para detectar trajetos fistulosos pequenos. O diagnóstico de fístulas urogenitais é essencialmente clínico (história de perda contínua) e confirmado por testes de corante, cistoscopia ou exames de imagem contrastados (como a urografia excretora ou tomografia com contraste).

#### RESUMO DA CONDUTA

Diante de uma suspeita de fístula pós-histerectomia, o primeiro passo é o exame físico com o teste do corante (azul de metileno) para localizar a abertura e diferenciar se a comunicação é vesical ou ureteral.

---

## Questão 19

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O cenário clínico apresenta uma gestante de 16 semanas com DIU de cobre in situ e fios não visíveis ao exame especular. O manejo da gestação na vigência de um DIU depende fundamentalmente de dois fatores: a idade gestacional e a visibilidade dos fios do dispositivo.

Quando os fios do DIU estão visíveis, a recomendação atual é a sua retirada imediata, preferencialmente no primeiro trimestre, para reduzir riscos de abortamento séptico, corioamnionite e parto prematuro. No entanto, quando os fios não são visualizados ou a gestação está em estágio mais avançado (geralmente acima de 12 a 14 semanas), a tentativa de remoção é contraindicada.

No caso em questão, a paciente está com 16 semanas (segundo trimestre) e os fios não são visíveis. Tentar manipular a cavidade uterina com pinças ou outros instrumentos para buscar o DIU traria um risco altíssimo de ruptura de membranas e perda gestacional iatrogênica. Portanto, a conduta deve ser expectante.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A presença de uma gestação com DIU não é uma indicação legal de interrupção da gravidez no Brasil. O aborto só é permitido em casos de estupro, risco de vida materno ou anencefalia fetal.

Alternativa b) Correta. Como a gestação já avançou para 16 semanas e os fios não estão acessíveis no exame especular, a conduta correta é manter o dispositivo e realizar o acompanhamento pré-natal de alto risco. O DIU geralmente fica posicionado entre as membranas ovulares e a parede uterina, podendo ser expelido junto com a placenta no momento do parto.

Alternativa c) Incorreta. A retirada instrumental sem a visualização do fio, especialmente em uma idade gestacional avançada (16 semanas), é formalmente contraindicada pelo elevado risco de trauma mecânico à bolsa amniótica e indução de abortamento.

Alternativa d) Incorreta. Além de a retirada ser contraindicada pelo estágio da gestação e ausência de fios, não há indicação de antibioticoterapia profilática para casos de DIU em gestação sem sinais clínicos de infecção. O uso de antibióticos seria reservado para casos de suspeita de aborto séptico ou corioamnionite.

---

## Questão 20

O quadro clínico apresenta uma paciente jovem com a tríade clássica da endometriose: dismenorreia de forte intensidade, dispareunia de profundidade e achados de exame físico altamente sugestivos, como o útero em retroversoflexão com pouca mobilidade e a presença de nodulações endurecidas no fórnice vaginal posterior. Esses achados físicos indicam o comprometimento do compartimento posterior e dos ligamentos uterossacrais, características da endometriose profunda.

Análise da imagem: A imagem de ultrassonografia demonstra estruturas císticas com conteúdo hipoeoico e homogêneo, apresentando ecos internos finos que conferem o aspecto clássico de vidro fosco. Esse padrão é característico do endometrioma ovariano. Como há duas estruturas semelhantes, trata-se de um quadro bilateral.

Alternativa (a) - Correta: A história clínica de dor pélvica crônica que melhora com o uso de anticoncepcional hormonal e piora após a suspensão, associada aos nódulos palpáveis no toque vaginal e à imagem ultrassonográfica de cistos com aspecto de vidro fosco, confirma o diagnóstico de endometriose profunda e endometriomas ovarianos bilaterais.

Alternativa (b) - Incorreta: A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) apresenta-se

com múltiplos microcistos periféricos (geralmente menores que 10 mm) e não costuma cursar com dor pélvica intensa, dispareunia de profundidade ou nódulos no fórnice posterior. A imagem mostrada exibe cistos volumosos com ecogenicidade interna, o que não corresponde aos folículos da SOP.

Alternativa (c) - Incorreta: Embora a Doença Inflamatória Pélvica (DIP) possa causar dor e massas anexiais (abscessos), o quadro clínico é geralmente agudo ou subagudo, acompanhado de febre, corrimento vaginal e sinais de infecção. Ultrassonograficamente, o abscesso tubo-ovariano é uma massa complexa e heterogênea, diferente do conteúdo fino e homogêneo visto nos endometriomas.

Alternativa (d) - Incorreta: A hidrossalpinge refere-se à dilatação da tuba uterina por líquido. Na ultrassonografia, ela aparece como uma estrutura tubular, alongada e anecoica (preta), frequentemente com septos incompletos. A imagem da questão mostra estruturas arredondadas com ecos internos (vidro fosco), típicas de ovários com endometriomas, e não de tubas dilatadas.

---

## Questão 21

Para resolver essa questão, é fundamental correlacionar a classificação FIGO dos leiomiomas com a sintomatologia da paciente e seu desejo reprodutivo. A paciente apresenta sangramento uterino anormal e possui dois miomas: um FIGO 1 (submucoso, com componente intramural menor que 50%) e um FIGO 4 (intramural). O mioma submucoso (FIGO 1), mesmo sendo pequeno, é o principal responsável pelo aumento do fluxo menstrual, pois distorce a cavidade endometrial e dificulta a homeostase local.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A curetagem uterina não é um tratamento para leiomiomas. Ela é um procedimento diagnóstico (para avaliação endometrial) ou terapêutico temporário em casos de hemorragia aguda. Além disso, um mioma FIGO 4 é intramural e não pode ser alcançado ou removido por curetagem.

b) Incorreta. O uso de anti-inflamatórios não esteroidais e ácido tranexâmico é uma conduta medicamentosa para o controle sintomático do fluxo menstrual. Embora possam reduzir o sangramento, não tratam a causa anatômica (os nódulos) e não são considerados tratamentos definitivos, especialmente em uma paciente com desejo reprodutivo que apresenta uma lesão cavitária.

c) Correta. A miomectomia por histeroscopia cirúrgica é o padrão-ouro para o tratamento de miomas submucosos (FIGO 0, 1 e 2). Como o mioma FIGO 1 é o

provável causador do sangramento e interfere na cavidade uterina (podendo prejudicar a fertilidade), sua remoção cirúrgica resolve o sintoma e preserva o útero para gestações futuras. O mioma FIGO 4, por ser pequeno e intramural, muitas vezes não requer intervenção imediata se não houver distorção da cavidade ou outros sintomas compressivos.

d) Incorreta. O anticoncepcional combinado de uso contínuo é uma opção de tratamento clínico para o controle do sangramento. No entanto, a questão solicita o tratamento definitivo para o quadro e ressalta que a paciente tem desejo reprodutivo. O uso de anticoncepcional impede a gestação e apenas mascara o sintoma sem remover a patologia de base.

---

## Questão 22

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um resultado citopatológico de Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL), que na classificação histopatológica corresponde ao NIC 2 ou NIC 3. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA), qualquer resultado de citologia sugestivo de lesão de alto grau exige avaliação imediata do colo uterino através da colposcopia.

Alternativa A (Incorreta): O teste de DNA-HPV com genotipagem não é indicado após um resultado de HSIL. Esse teste pode ser utilizado no rastreamento primário ou no seguimento de lesões de baixo grau (como ASC-US) em situações específicas. Quando a citologia já aponta uma lesão de alto grau, a prioridade é a avaliação morfológica do colo e a confirmação histológica.

Alternativa B (Correta): A conduta padrão diante de uma citologia com HSIL é o encaminhamento para a colposcopia. Durante o exame, o colposcopista avalia a zona de transformação e busca áreas acetobranças ou com padrões vasculares anormais. Caso sejam encontradas lesões suspeitas, a biópsia deve ser realizada para confirmar o diagnóstico histopatológico e excluir invasão antes de definir o tratamento definitivo.

Alternativa C (Incorreta): A conização ou cirurgia de alta frequência (CAF) é um procedimento terapêutico (e às vezes diagnóstico-terapêutico). Embora exista a conduta de ver e tratar (onde se realiza a excisão da zona de transformação logo na primeira colposcopia se houver critérios específicos), o passo propedêutico fundamental indicado pela questão como diagnóstico é a colposcopia acompanhada de biópsia, especialmente em uma paciente jovem que realizou seu primeiro exame.

Alternativa D (Incorreta): Aguardar e repetir a citologia em 6 meses é uma conduta

restrita a lesões de menor gravidade, como o ASC-US (em pacientes acima de 30 anos) ou LSIL (em pacientes acima de 25 anos). No caso de lesão de alto grau (HSIL), o risco de uma neoplasia invasiva já presente ou de progressão é significativo, tornando obrigatória a investigação imediata.

### Questão 23

Esta questão aborda a vacinação contra o HPV em mulheres adultas e com histórico de infecção prévia (condiloma). O tema exige conhecimento das diretrizes da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), que ampliam as recomendações para além do calendário básico do Ministério da Saúde.

Alternativa a: Incorreta. O início da vida sexual não impede a vacinação. Mesmo que a mulher já tenha sido exposta a algum tipo de HPV, a vacina oferece proteção contra os demais sorotipos contidos no imunizante aos quais ela ainda não foi exposta. Além disso, a vacinação em mulheres que já trataram lesões induzidas pelo HPV pode auxiliar na prevenção de recidivas por novos tipos virais ou reinfecções.

Alternativa b: Incorreta. A idade de 26 anos não é um limite absoluto para a imunização. Embora o Programa Nacional de Imunizações (PNI) no SUS foque na faixa de 9 a 14 anos para garantir maior eficácia antes do início da vida sexual, as sociedades médicas e as agências reguladoras (como ANVISA e FDA) aprovam e recomendam a vacinação para mulheres de até 45 anos, visando à prevenção do câncer do colo do útero e de outras lesões.

Alternativa c: Incorreta. Existem três erros nesta alternativa. Primeiro, a rede pública (SUS) utiliza a vacina quadrivalente (HPV4), e não a bivalente (HPV2). Segundo, a paciente de 28 anos não tem direito à vacina gratuita no SUS pela idade, a menos que pertença a grupos especiais (imunossuprimidos, transplantados ou vítimas de violência sexual). Terceiro, o esquema de duas doses no SUS é voltado para crianças e adolescentes; para adultos e imunossuprimidos, o esquema padrão é de três doses.

Alternativa d: Correta. A vacina nonavalente (HPV9) é a mais abrangente disponível, protegendo contra os tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58. No Brasil, ela está disponível apenas em clínicas particulares. Para indivíduos que iniciam a vacinação a partir dos 15 anos de idade, o esquema vacinal recomendado consiste em três doses, aplicadas nos intervalos de 0, 2 e 6 meses após a primeira dose.

Gabarito: Alternativa d.

## Questão 24

A questão aborda o mecanismo de ação e a indicação clínica da vacina contra o papilomavírus humano (HPV), um tema recorrente em provas de medicina preventiva e ginecologia. Para compreender a alternativa correta, é necessário focar em dois pilares: o momento ideal da aplicação e a fisiopatologia da resposta imune induzida pela vacina.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a primeira parte da frase esteja correta (a eficácia é máxima antes do início da vida sexual, pois o indivíduo ainda não foi exposto aos subtipos virais), a justificativa biológica está errada. Os anticorpos gerados pela vacina são neutralizantes e atuam impedindo a entrada do vírus na célula. Portanto, eles agem no meio extracelular (ou intercelular). Uma vez que o vírus se torna intracelular e integra seu DNA ao da célula hospedeira, os anticorpos circulantes não conseguem mais inativá-lo.

Alternativa b) Incorreta. A eficácia máxima não ocorre após o início da vida sexual. Após o início das relações, a pessoa pode já ter tido contato com um ou mais subtipos de HPV contidos na vacina, o que reduz a proteção global em comparação a indivíduos "naïve" (virgens de exposição). Além disso, repete o erro conceitual de afirmar que os anticorpos inativam o vírus de forma intracelular.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o fundamento da vacinação contra o HPV. A eficácia é máxima quando a vacina é administrada antes da exposição ao vírus (antes do início da vida sexual). O mecanismo de ação baseia-se na produção de anticorpos sistêmicos (principalmente IgG) que, por meio de transudação e exsudação, atingem o fluido intercelular e as secreções vaginais/cervicais. Esses anticorpos neutralizam as partículas virais no momento em que elas tentam infectar as células da camada basal do epitélio (através de microabrasões), impedindo que o vírus penetre na célula.

Alternativa d) Incorreta. Estar com um parceiro infectado não aumenta a eficácia da vacina; pelo contrário, aumenta o risco de a paciente já estar infectada, o que limita o benefício profilático da imunização. O erro sobre a inativação intracelular também é repetido aqui.

Resumo Didático:

A vacina contra o HPV é uma vacina profilática, composta por partículas semelhantes a vírus (VLPs), que não possuem DNA viral e, portanto, não são infectantes. Ela induz uma resposta imune humoral (linfócitos B) robusta. O objetivo é criar uma "barreira" de anticorpos no local de entrada do vírus. Como o HPV infecta as células basais do

epitélio, os anticorpos devem estar presentes no líquido que banha essas células (líquido intercelular) para neutralizar o vírus antes da infecção celular. Por isso, a vacinação é priorizada em adolescentes de 9 a 14 anos, visando garantir a imunidade antes de qualquer contato venéreo.

---

## Questão 25

Esta questão aborda a condução clínica do primeiro período do parto (fase de dilatação) em uma gestante de risco habitual. A paciente encontra-se na fase ativa do trabalho de parto, com 6 cm de dilatação e contrações efetivas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Em gestações de risco habitual, a cardiotocografia de rotina não é recomendada, sendo a ausculta intermitente o método de escolha para monitorar a vitalidade fetal. Além disso, realizar o exame de toque vaginal (avaliação cervical) a cada 2 horas é considerado um intervalo muito curto para uma evolução fisiológica, aumentando desnecessariamente o risco de infecção e intervenções.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa está em total consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde para o acompanhamento do parto humanizado e seguro. Em pacientes de baixo risco, deve-se realizar a ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais (geralmente a cada 15 a 30 minutos na fase ativa). A avaliação das contrações e da dinâmica uterina deve ser frequente, e o toque vaginal para avaliar a progressão da dilatação deve ser realizado em intervalos de 4 horas, evitando toques repetidos e desnecessários.

Alternativa (c) Incorreta: A realização de analgesia peridural não torna obrigatória a cardiotocografia contínua em pacientes de baixo risco, embora exija uma vigilância atenta. O uso de ocitocina intravenosa de forma rotineira após a analgesia (condução ativa do parto) não é indicado, devendo ser reservado apenas para casos de distocia (parada de progressão) ou hipossistolia.

Alternativa (d) Incorreta: Esta alternativa apresenta dois erros principais. Primeiro, os puxos dirigidos (quando a equipe orienta a paciente a fazer força) devem ser evitados em favor dos puxos espontâneos da própria paciente. Segundo, a orientação sobre puxos é pertinente apenas ao segundo período do parto (fase expulsiva), e a paciente em questão ainda está com 6 cm de dilatação, ou seja, no primeiro período. A ocitocina também não deve ser administrada de forma automática.

---

## Questão 26

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve uma paciente com fatores de risco importantes (duas cesáreas prévias) que apresenta falha no secundamento (delivramento) da placenta. Após a tentativa de extração manual (curagem) sem sucesso, e o fato de o útero estar contraído (afastando atonia uterina) e sem lacerações, a principal hipótese diagnóstica é o acretismo placentário (Espectro da Placenta Acreta).

O acretismo ocorre quando as vilosidades coriônicas se fixam diretamente ao miométrio devido a uma deficiência da decídua basal, geralmente sobre uma cicatriz uterina prévia. Quando a placenta é acreta, increta ou percreta, não existe plano de clivagem para o descolamento.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Esta é a conduta padrão em casos de acretismo placentário diagnosticados ou suspeitados no intraoperatório após a falha da extração manual. A tentativa de remover a placenta à força causará uma hemorragia maciça e fatal, pois o miométrio não consegue se contrair para fechar os vasos abertos no sítio de invasão placentária. A histerectomia com a placenta mantida no local (*in loco*) é a medida mais segura para salvar a vida da paciente e controlar o sangramento.

Alternativa B (Incorreta): A técnica de B-Lynch é uma sutura de compressão uterina utilizada para o tratamento da atonia uterina refratária. Como o enunciado afirma que o útero já está contraído na cicatriz umbilical, o problema não é a atonia, mas sim a aderência mórbida da placenta. Realizar o B-Lynch e postergar a histerectomia apenas atrasaria o tratamento definitivo.

Alternativa C (Incorreta): Tentar retirar a placenta para depois realizar a sutura do útero (histerorrafia) é justamente o que deve ser evitado no acretismo. Como não há plano de clivagem, a retirada forçada arrancará partes do miométrio, resultando em hemorragia incoercível e possível coagulopatia de consumo.

Alternativa D (Incorreta): A manobra de Taxe (reposição manual do útero) e o procedimento de Huntington (reposição cirúrgica via laparotomia através da tração dos ligamentos redondos) são manobras específicas para o tratamento da Inversão Uterina Aguda. O caso não descreve inversão, pois o fundo uterino é palpável na altura do umbigo e não houve colapso do fundo para dentro da cavidade vaginal.

## Questão 27

### ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta um diagnóstico de abortamento retido tardio, uma vez que a idade gestacional confirmada pelo ultrassom é de 13 semanas. Na prática obstétrica, o limite de 12 semanas é fundamental para a escolha da conduta de esvaziamento uterino.

#### ALTERNATIVA A - INCORRETA

A conduta expectante consiste em aguardar a expulsão espontânea do conteúdo uterino. Embora possa ser utilizada em abortamentos muito precoces ou incompletos, no caso de um abortamento retido de 13 semanas, essa escolha aumenta o risco de complicações como hemorragia intensa, infecção e, em casos de retenção por várias semanas, o risco de coagulação intravascular disseminada (CIVD).

#### ALTERNATIVA B - INCORRETA

A Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) é o método de escolha para o esvaziamento de gestações do primeiro trimestre, idealmente até as 12 semanas. Com 13 semanas, o feto já possui dimensões e componentes ósseos que tornam a aspiração direta tecnicamente difícil e perigosa, elevando o risco de perfuração uterina e esvaziamento incompleto se tentada sem preparo prévio ou expulsão fetal.

#### ALTERNATIVA C - CORRETA

Esta é a conduta preconizada para abortamentos tardios (acima de 12 semanas). Devido ao tamanho fetal e ao volume uterino, a realização direta de procedimentos cirúrgicos é arriscada. O protocolo correto envolve a utilização de prostaglandinas (como o misoprostol) para promover o amolecimento do colo uterino e as contrações necessárias para a expulsão do feto. Como a placenta, nesta idade gestacional, raramente é expulsa de forma completa e espontânea junto com o feto, a realização de curetagem uterina ou revisão de cavidade após a expulsão é o passo final para garantir a limpeza completa do útero.

#### ALTERNATIVA D - INCORRETA

A utilização de ocitocina para induzir o esvaziamento uterino no final do primeiro trimestre ou início do segundo é ineficaz. O miométrio possui baixa densidade de receptores para ocitocina nesse período gestacional, tornando o útero pouco responsivo ao fármaco. O misoprostol é o medicamento de escolha por atuar diretamente na maturação cervical e na contratilidade miometrial, independentemente da presença de receptores de ocitocina.

## Questão 28

A questão aborda o manejo da gestante já sensibilizada pelo fator Rh (isoimunização). A paciente é tercigesta com histórico de doença hemolítica perinatal em gestação anterior, o que a coloca em um grupo de alto risco para o desenvolvimento de anemia fetal precoce e grave nesta gestação.

Alternativa a) Incorreta. A cordocentese é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo e para o tratamento (transfusão intrauterina) da anemia fetal, pois permite a dosagem direta da hemoglobina. Entretanto, por ser um método invasivo, apresenta riscos como perda fetal, ruptura de membranas e agravamento da sensibilização materna. Por isso, não é utilizada como exame de rastreamento ou avaliação inicial seriada, sendo indicada apenas quando testes não invasivos sugerem anemia moderada ou grave.

Alternativa b) Incorreta. O teste de Coombs indireto é fundamental para o diagnóstico inicial da sensibilização em gestantes Rh-negativas. Contudo, em pacientes que já tiveram filhos com doença hemolítica perinatal, os títulos do Coombs indireto não guardam correlação confiável com a gravidade da anemia no feto atual. A dosagem espectrofotométrica da bilirubina no líquido amniótico (análise pelo Gráfico de Liley) foi o método padrão por décadas, mas, por ser invasiva (amniocentese) e menos precisa que as técnicas atuais, tornou-se obsoleta na prática clínica moderna.

Alternativa c) Correta. O Doppler da artéria cerebral média (ACM) para medir o pico de velocidade sistólica (PVS) é, atualmente, o método de escolha para a avaliação não invasiva da anemia fetal. O princípio baseia-se no fato de que o feto anêmico aumenta o seu débito cardíaco e apresenta um sangue menos viscoso, o que resulta em um aumento da velocidade do fluxo sanguíneo nas artérias cerebrais. Valores de PVS acima de 1,5 múltiplo da mediana (MoM) para a idade gestacional indicam alta probabilidade de anemia fetal grave. Em pacientes com antecedentes graves, o seguimento deve iniciar precocemente (por volta de 18 semanas) e ser repetido periodicamente (geralmente semanal ou quinzenalmente).

Alternativa d) Incorreta. Como já discutido, o Coombs indireto tem valor limitado no seguimento de casos já sensibilizados com histórico de doença hemolítica. A cardiocotografia é um exame que avalia a vitalidade fetal de forma aguda e é utilizada no acompanhamento de diversas patologias obstétricas, mas não tem sensibilidade ou especificidade para graduar ou detectar precocemente a anemia fetal decorrente da isoimunização.

Em resumo, para uma gestante Rh-negativa já sensibilizada e com histórico obstétrico de doença hemolítica, a propedêutica de escolha para monitorar a anemia

fetal é a avaliação seriada do pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média via Doppler.

## Questão 29

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta uma gestante de 36 semanas (pré-termo tardio) em trabalho de parto avançado (8 cm de dilatação, 4 contrações em 10 minutos) e com ruptura prematura de membranas (amniorrexe). O feto está em boas condições (140 bpm) e em apresentação cefálica no plano 0 de De Lee.

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

A paciente está em trabalho de parto ativo e avançado na 36ª semana de gestação. De acordo com os protocolos obstétricos atuais (como os da FEBRASGO e ACOG), a conduta para gestações acima de 34 semanas com ruptura de membranas é o parto. Como a paciente já apresenta 8 cm de dilatação, contrações efetivas e boas condições fetais, não há indicação de cesariana ou intervenções agressivas. A conduta correta é permitir a progressão natural do parto por via vaginal, monitorando o bem-estar fetal através da ausculta intermitente, que é o padrão para gestações de baixo risco em trabalho de parto.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O sulfato de magnésio é utilizado para neuroproteção fetal em casos de risco iminente de parto prematuro, mas sua indicação está restrita a gestações abaixo de 32 semanas (ou até 33 semanas e 6 dias em alguns protocolos específicos). Com 36 semanas, não há indicação para essa medicação.

Alternativa (b): A corticoterapia antenatal é indicada para acelerar a maturidade pulmonar fetal entre 24 e 34 semanas de gestação. Embora alguns protocolos discutam o uso em pré-termos tardios, a paciente já está com 8 cm de dilatação. O benefício máximo do corticoide ocorre entre 24 e 48 horas após a administração e, neste caso, o parto é iminente, não havendo tempo hábil para a medicação agir.

Alternativa (c): O diagnóstico de ruptura de membranas (bolsa rota) é essencialmente clínico. No exame físico descrito, foi visualizado líquido amniótico fluindo pelo colo uterino, o que confirma o diagnóstico de forma definitiva. Realizar um ultrassom seria desnecessário, atrasaria a assistência e não mudaria a conduta em uma paciente já em trabalho de parto avançado.

## RESUMO DA CONDUTA

Em gestantes com 36 semanas em trabalho de parto estabelecido e avançado, a prioridade é a assistência ao parto vaginal e a vigilância da vitalidade fetal. Intervenções para prematuridade extrema (como corticoide e magnésio) não se aplicam mais nesta idade gestacional ou nesta fase do parto.

### Questão 30

Análise do Exame Cardiotocográfico:

Para classificar um traçado de cardiotocografia (CTG) intraparto, seguimos os critérios estabelecidos por consensos internacionais (como o da FIGO e do ACOG), que dividem os achados em três categorias:

1. Linha de base: 140 bpm (Normal: entre 110 e 160 bpm).
2. Variabilidade: Moderada (Normal: oscilação entre 6 e 25 bpm), o que indica um sistema nervoso central fetal oxigenado e funcional.
3. Acelerações transitórias: Presentes (Sinal clássico de reatividade e bem-estar fetal).
4. Desacelerações precoces (DIP tipo I): São desacelerações graduais cujo nadir (ponto mais baixo) coincide com o acme (pico) da contração uterina. Elas ocorrem devido à compressão da cabeça fetal (reflexo vagal) e não indicam hipóxia ou sofrimento fetal.

Classificação das Alternativas:

Alternativa a) Correta. O traçado descrito é classificado como Categoria I (Normal). Os critérios para Categoria I são: linha de base normal, variabilidade moderada, ausência de desacelerações tardias ou variáveis, podendo ou não apresentar acelerações e desacelerações precoces. Em gestações de risco usual (baixo risco), a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO é a monitorização fetal com ausculta intermitente a cada 30 minutos no primeiro estágio (dilatação) e a cada 15 minutos no segundo estágio (expulsivo).

Alternativa b) Incorreta. A Categoria II (Indeterminada) inclui traçados que não são claramente normais, mas também não são preditores de acidemia fetal (ex: taquicardia, variabilidade mínima, ou desacelerações variáveis não repetitivas). O traçado da questão é totalmente normal. Além disso, Doppler e perfil biofísico são exames de avaliação da vitalidade fetal anteparto, raramente indicados durante o trabalho de parto ativo nesta configuração.

Alternativa c) Incorreta. A Categoria III (Anormal) indica alta probabilidade de hipóxia e acidemia fetal. É caracterizada por variabilidade ausente associada a desacelerações tardias recorrentes, desacelerações variáveis recorrentes, bradicardia ou padrão sinusoidal. O quadro descrito na questão é o oposto de um sofrimento fetal.

Alternativa d) Incorreta. O termo "não reativa" é utilizado principalmente na cardiocografia anteparto (teste não estressante) para descrever a ausência de acelerações. No entanto, o enunciado afirma que há presença de acelerações transitórias e variabilidade moderada, o que caracteriza um traçado reativo. Adicionalmente, as medidas de ressuscitação intrauterina não são indicadas para traçados normais.

Gabarito: Letra (a).

---

### Questão 31

O manejo do herpes genital na gestação foca em dois objetivos principais: tratar o episódio agudo e prevenir a recorrência de lesões no momento do parto, o que reduz o risco de transmissão vertical e a necessidade de indicação de cesariana.

O protocolo padrão de terapia supressiva baseia-se nas seguintes diretrizes:

Alternativa a) Incorreta. Iniciar a supressão na 20ª semana é excessivamente precoce, e interrompê-la na 36ª semana deixaria a paciente desprotegida justamente no período de maior risco, que é o final da gestação e o trabalho de parto.

Alternativa b) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o início na 28ª semana não é o preconizado para supressão, e o término na 36ª semana falha em proteger o canal de parto no momento do nascimento.

Alternativa c) Incorreta. Embora cubra o momento do parto, o início na 28ª semana não é o recomendado pelos principais protocolos nacionais (como o da FEBRASGO) e internacionais (como o ACOG). Iniciar a terapia tão cedo sem indicação clínica específica (como recorrências muito frequentes) aumenta a exposição fetal desnecessária ao fármaco.

Alternativa d) Correta. A recomendação padrão para gestantes com história de herpes genital (seja com lesão na gestação atual ou episódios prévios à gravidez) é iniciar o aciclovir supressivo a partir da 36ª semana de gestação, mantendo o uso contínuo até o momento do parto. Essa conduta reduz significativamente a excreção viral e o surgimento de lesões herpéticas ativas no trabalho de parto, possibilitando a

realização do parto vaginal com segurança.

Resumo do protocolo: Se houver lesão ativa no momento do parto, a indicação é cesariana. Se a paciente estiver em uso de terapia supressiva desde a 36ª semana e não apresentar lesões no momento do trabalho de parto, o parto vaginal pode ser realizado normalmente.

### Questão 32

Análise do Partograma:

Ao observarmos o gráfico superior, vemos que a dilatação cervical (representada pelos triângulos) atingiu 10 cm (dilatação total) no registro da hora 6. No entanto, a descida da apresentação fetal (representada pelos círculos) parou na estação -2 de De Lee. Essa parada se manteve inalterada nos registros das horas 7 e 8, configurando o diagnóstico de parada secundária da descida (quando a descida para por uma hora ou mais após a dilatação total).

Etiologia e Conduta:

O partograma mostra que a dinâmica uterina é adequada (4 a 5 contrações de forte intensidade em 10 minutos, conforme os quadrados preenchidos no gráfico inferior). Se existem contrações eficientes e a dilatação é total, mas a cabeça do bebê permanece alta (estação -2, ou seja, acima das espinhas isquiáticas) e não progride, o diagnóstico clínico é de desproporção cefalopélvica (DCP). Com a cabeça não encaixada e o diagnóstico de DCP, a via de parto deve ser a cesariana. Além disso, o partograma indica uma queda na frequência cardíaca fetal (FCF) no final do acompanhamento, sugerindo sofrimento fetal e reforçando a necessidade de interrupção imediata.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A distocia de rotação ocorre quando o feto está em variedades de posição transversas ou posteriores. No entanto, o feto está na estação -2 de De Lee (cabeça alta e não engajada). O fórceps de Kielland é um instrumento de rotação que exige que o feto esteja em planos baixos (+2 ou mais) e devidamente engajado. Tentar um fórceps com a cabeça em -2 é contraindicado e perigoso.

b) Correta. A parada da descida em plano alto (-2), mesmo com contrações vigorosas e dilatação completa, é o sinal clássico de desproporção cefalopélvica. A conduta adequada diante da impossibilidade de descida mecânica pelo canal de parto é a operação cesariana.

c) Incorreta. A rotação manual da apresentação poderia ser tentada em casos de variedades de posição anômalas se o feto estivesse em planos baixos e não houvesse desproporção. Como a cabeça não desce do plano -2, a causa é óssea ou de volume (DCP), e a rotação não resolveria o problema.

d) Incorreta. Mudanças de posição materna (como a verticalização) podem auxiliar em partos funcionais ou para corrigir distocias leves. Contudo, diante de uma parada secundária da descida em plano alto por duas horas com dinâmica uterina excelente, a verticalização não corrigirá a desproporção física entre a cabeça fetal e a bacia materna.

---

### Questão 33

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um recém-nascido a termo com 10 dias de vida apresentando icterícia leve (Zona II de Kramer). O ponto crucial para a resolução é o estado geral da criança: ela apresenta bom ganho ponderal, diurese e evacuações normais, o que indica uma amamentação eficaz e ausência de sinais de desidratação ou doenças graves.

A icterícia na Zona II de Kramer corresponde, aproximadamente, a níveis de bilirrubina total entre 6 e 9 mg/dL. Para um bebê de 10 dias de vida, esse valor é considerado baixo e não ultrapassa os limiares para fototerapia, segundo as curvas de referência (como a de Bhutani). Nessa idade, a causa mais provável é a icterícia pelo leite materno, uma condição benigna que não exige interrupção do aleitamento nem exames invasivos imediatos em pacientes estáveis.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A investigação de colestase (aumento da bilirrubina direta) é indicada quando a icterícia é persistente (além de 14-21 dias) ou quando há sinais clínicos como colúria (urina escura) e acolia fecal (fezes claras), o que não é o caso deste recém-nascido, que possui evacuações e diurese normais.

Alternativa b) Incorreta. A doença hemolítica geralmente se manifesta de forma precoce, nas primeiras 24 a 48 horas de vida, com níveis de bilirrubina que sobem rapidamente e, muitas vezes, ultrapassam a Zona II precocemente. Aos 10 dias de vida, com icterícia leve e bom estado geral, a investigação de hemólise não é a prioridade.

Alternativa c) Correta. Como o recém-nascido está clinicamente bem, ganhando peso e com icterícia leve, a conduta mais adequada é a observação clínica. Deve-se manter o aleitamento materno exclusivo e reavaliar a progressão da icterícia em uma consulta de seguimento em 5 a 7 dias. Se a icterícia regredir ou permanecer estável em níveis baixos, não há necessidade de intervenção.

Alternativa d) Incorreta. Não se deve substituir o aleitamento materno por fórmula infantil para tratar ou diagnosticar icterícia em um bebê que está crescendo e se desenvolvendo bem. A "icterícia pelo leite materno" é uma condição fisiológica em muitos bebês e não justifica a suspensão de um alimento superior como o leite materno. Além disso, o ganho ponderal adequado afasta a hipótese de "icterícia pela amamentação" (causada por baixa ingestão calórica).

---

### Questão 34

Para resolver essa questão, é fundamental focar na evolução clínica e no tratamento que o recém-nascido estava recebendo. O paciente é um recém-nascido a termo precoce (37 semanas), nascido por cesárea, que apresentou desconforto respiratório logo após o parto e foi colocado em CPAP (pressão positiva contínua nas vias aéreas). O ponto determinante para o diagnóstico é a piora súbita do padrão respiratório e a queda de saturação após 4 horas de internação.

a) Correta. O pneumotórax é a principal hipótese diagnóstica diante de uma piora clínica súbita e aguda em um recém-nascido que está recebendo suporte de pressão positiva (CPAP ou ventilação mecânica). O uso do CPAP, embora terapêutico, gera uma pressão que pode causar barotrauma, levando à ruptura alveolar e ao escape de ar para o espaço pleural. A instalação abrupta dos sintomas é o sinal clássico dessa complicação.

b) Incorreta. As cardiopatias congênitas canal-dependentes costumam se manifestar com cianose que não melhora com oxigênio ou com sinais de baixo débito cardíaco (choque) conforme o canal arterial se fecha. Esse fechamento geralmente ocorre de forma mais lenta e não costuma causar uma piora respiratória tão súbita e precoce (nas primeiras 4 horas) em um bebê que já estava sob assistência ventilatória.

c) Incorreta. A Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN) foi, muito provavelmente, o diagnóstico inicial deste paciente, dado o histórico de parto por cesárea sem trabalho de parto. No entanto, a TTRN caracteriza-se por um quadro autolimitado com melhora gradual nas primeiras 24 a 72 horas. Uma deterioração clínica súbita não é compatível com a evolução natural da TTRN, sugerindo que ocorreu uma complicação, como o pneumotórax mencionado na alternativa A.

d) Incorreta. A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), ou Doença da Membrana Hialina, é mais típica de prematuros abaixo de 34 semanas. Embora filhos de mães diabéticas (com descontrole glicêmico) possam ter um atraso na produção de surfactante, a SDR apresenta uma piora respiratória progressiva e constante nas primeiras horas de vida por colapso alveolar, e não um evento de piora súbita em um paciente que já estava em suporte.

### Questão 35

Para resolver esta questão, devemos analisar o recém-nascido (RN) sob três critérios distintos: idade gestacional, peso absoluto e a relação entre o peso e a idade gestacional.

#### CLASSIFICAÇÃO POR IDADE GESTACIONAL

O RN nasceu com 36 semanas e 1 dia (36 1/7). De acordo com a Organização Mundial da Saúde e as principais diretrizes pediátricas, qualquer nascimento ocorrido antes das 37 semanas completas é classificado como pré-termo (ou prematuro). Embora ele possa ser especificamente chamado de pré-termo tardio (nascidos entre 34 0/7 e 36 6/7 semanas), a classificação macro é pré-termo.

#### CLASSIFICAÇÃO PELO PESO AO NASCER

O paciente pesa 2.110 g. A classificação baseada apenas no peso absoluto define:

- Baixo peso: menor que 2.500 g.
- Muito baixo peso: menor que 1.500 g.
- Extremo baixo peso: menor que 1.000 g.

Com 2.110 g, o RN enquadra-se na categoria de baixo peso.

#### CLASSIFICAÇÃO PESO PARA IDADE GESTACIONAL (CURVA INTERGROWTH-21)

A questão afirma que o RN está no percentil 5 da curva. Pelos critérios diagnósticos:

- Pequeno para a Idade Gestacional (PIG): peso abaixo do percentil 10.
- Adequado para a Idade Gestacional (AIG): peso entre o percentil 10 e o percentil 90.
- Grande para a Idade Gestacional (GIG): peso acima do percentil 90.

Estando no percentil 5, este RN é classificado como PIG.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a: Incorreta. O erro está em classificar o RN como adequado para a idade gestacional (AIG). Como ele está no percentil 5, ele é obrigatoriamente PIG.

Alternativa b: Incorreta. Apesar de o termo "pré-termo tardio" ser clinicamente correto e o RN ser PIG e ter baixo peso, esta alternativa não foi considerada a correta pela banca examinadora. Em concursos, quando o termo genérico "pré-termo"

aparece em uma alternativa e o termo específico "pré-termo tardio" em outra, o gabarito frequentemente valida a nomenclatura padrão da classificação internacional (pré-termo), como ocorre na alternativa d.

Alternativa c: Incorreta. O termo "muito baixo peso" é utilizado apenas para recém-nascidos com peso inferior a 1.500 g. O paciente em questão pesa 2.110 g.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa agrupa corretamente as três classificações do paciente: ele é pré-termo (menos de 37 semanas), é PIG (percentil 5, logo, abaixo de 10) e possui baixo peso (menos de 2.500 g).

---

### Questão 36

Para resolver essa questão, devemos seguir os protocolos mais recentes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre a abordagem do recém-nascido (RN) exposto à sífilis.

O primeiro passo é avaliar a adequação do tratamento materno. No caso descrito, a mãe foi tratada com penicilina benzatina (medicamento de escolha), na dose correta para o estágio (3 doses), com queda da titulação (resposta sorológica adequada) e o tratamento foi finalizado durante a gestação. Portanto, trata-se de uma mãe adequadamente tratada.

O segundo passo é avaliar o recém-nascido. O RN está assintomático e o seu VDRL (1:4) é igual ao VDRL materno (1:4). Pelos critérios vigentes, quando a mãe é adequadamente tratada e o RN está assintomático com VDRL menor ou igual ao materno (não ultrapassando a titulação materna em duas diluições), não há necessidade de exames complementares invasivos ou tratamento imediato.

Explicação das alternativas:

a) Correta. Como a mãe foi adequadamente tratada, o RN está assintomático e o VDRL do RN não é superior ao materno em duas ou mais diluições, a conduta correta é apenas o acompanhamento ambulatorial para seguir a evolução sorológica e clínica da criança.

b) Incorreta. A penicilina benzatina em dose única no RN seria considerada caso a mãe não tivesse sido tratada ou tivesse sido tratada de forma inadequada, e o RN tivesse exames normais e se garantisse o acompanhamento. Como a mãe foi bem tratada e os critérios de normalidade do RN foram preenchidos, não há indicação de tratamento medicamentoso no momento.

c) Incorreta. A triagem com hemograma e radiografia de ossos longos é indicada para recém-nascidos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, ou naqueles que apresentam alterações no exame físico, o que não é o caso deste paciente.

d) Incorreta. A coleta de líquido (além de hemograma e radiografia) é reservada para casos de suspeita de sífilis congênita (quando a mãe não foi tratada ou foi mal tratada) ou quando o RN apresenta sintomas ou VDRL reagente com titulação maior que a da mãe em pelo menos duas diluições. O líquido serve para investigar neurosífilis, o que não se justifica neste cenário clínico de baixo risco.

---

### Questão 37

Esta questão aborda as diretrizes atuais do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) para o atendimento ao recém-nascido (RN) em sala de parto. No caso apresentado, temos um recém-nascido prematuro tardio (35 semanas e 2 dias) que apresenta boa vitalidade ao nascer (choro forte e bom tônus muscular).

Segundo o PRN-SBP, para recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 34 semanas que nascem com boa vitalidade, a conduta padrão deve focar na transição fisiológica e no vínculo entre mãe e filho.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O clampeamento imediato do cordão umbilical não é indicado para RNs com boa vitalidade e idade gestacional acima de 34 semanas; nesses casos, o clampeamento deve ser oportuno (1 a 3 minutos). Além disso, não há necessidade de levar o bebê para a fonte de calor radiante se ele estiver bem; a estabilização térmica deve ocorrer no contato pele a pele com a mãe.

Alternativa b) Incorreta. O erro principal está na indicação do clampeamento imediato. O clampeamento imediato é reservado para situações em que o RN não respira ou não tem tônus muscular, necessitando ser levado rapidamente à mesa de reanimação para manobras de suporte de vida.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa segue rigorosamente a recomendação para o RN maior ou igual a 34 semanas com boa vitalidade. O clampeamento oportuno (realizado entre 1 e 3 minutos) favorece os estoques de ferro do lactente. O contato pele a pele imediato ajuda na regulação térmica, no estabelecimento do microbioma e no fortalecimento do vínculo, enquanto a amamentação na primeira hora (Hora de Ouro) é fundamental para a saúde neonatal.

Alternativa d) Incorreta. Embora cite o clampeamento oportuno, a alternativa sugere que o bebê seja levado para a fonte de calor radiante para estabilização. De acordo com as diretrizes atuais, se o RN estiver estável, os cuidados de rotina (prover calor, manter vias aéreas pérvias e secar) devem ser realizados sobre o corpo da mãe, evitando a separação desnecessária do binômio.

---

### Questão 38

O quadro clínico descrito aponta para o diagnóstico de candidíase das fraldas (ou dermatite de fraldas por *Candida*). Os pontos-chave para essa conclusão são a presença de eritema intenso, descamação, pequenas pústulas (que sugerem as clássicas lesões satélites) e, fundamentalmente, o fato de a lesão NÃO poupar as dobras cutâneas. Na dermatite de fraldas irritativa primária (por contato com urina e fezes), as dobras costumam estar preservadas, enquanto na candidíase o fundo das dobras é precocemente atingido.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A limpeza delicada e o creme de barreira (como óxido de zinco) são a base do tratamento para a dermatite de fraldas irritativa simples. No entanto, diante da suspeita de infecção fúngica por *Candida* (pelas pústulas e acometimento de dobras), o uso isolado de barreira não é suficiente para a resolução do quadro.

Alternativa b) Correta. Este é o tratamento padrão para a candidíase perineal. A nistatina tópica é um antifúngico eficaz contra a *Candida albicans*. O tempo de tratamento costuma variar de 7 a 14 dias, ou até 2 a 3 dias após o desaparecimento das lesões. O creme de barreira é essencial para proteger a pele já fragilizada contra novos insultos de umidade e irritantes locais.

Alternativa c) Incorreta. O uso de corticoide tópico isolado por 14 dias em área de fralda é contraindicado, pois pode mascarar a infecção, causar atrofia cutânea e aumentar o risco de absorção sistêmica devido à oclusão da fralda. Em casos de inflamação muito intensa, um corticoide de baixa potência poderia ser usado por poucos dias associado ao antifúngico, mas nunca de forma isolada por tempo prolongado neste contexto.

Alternativa d) Incorreta. O antibiótico tópico seria indicado se houvesse suspeita de infecção bacteriana secundária (impetiginização), que geralmente se manifesta com crostas melicéricas ou bolhas purulentas maiores. O quadro de acometimento de dobras e pústulas satélites é muito mais característico de etiologia fúngica.

---

### Questão 39

O quadro clínico descrito é clássico para a Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), também conhecida como vasculite por IgA. Trata-se da vasculite de pequenos vasos mais comum na infância, frequentemente precedida por uma infecção das vias aéreas superiores. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na presença de púrpura palpável (sem trombocitopenia) associada a pelo menos um dos seguintes critérios: dor abdominal, artrite ou artralgia e envolvimento renal.

No caso deste paciente, temos a tétrede clássica:

1. Púrpura palpável em membros inferiores e extremidades.
2. Artralgia/edema (edema doloroso nos pés, limitando a deambulação).
3. Dor abdominal em cólica.
4. O hemograma normal descarta a plaquetopenia como causa da púrpura.

O próximo passo fundamental no manejo da PHS é avaliar o envolvimento renal, que ocorre em até 50% dos pacientes e é o principal determinante do prognóstico a longo prazo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A angiotomografia é utilizada para avaliar vasculites de grandes e médios vasos (como a arterite de Takayasu ou a poliarterite nodosa). A PHS afeta pequenos vasos, e esses exames não têm indicação diagnóstica ou de seguimento na rotina deste quadro.

b) Incorreta. A pesquisa de leucócitos fecais é inespecífica e não auxilia no diagnóstico de PHS ou de suas complicações. Como mencionado, a angiotomografia não é o exame de escolha para avaliar a dor abdominal nesta patologia; caso houvesse suspeita de complicação cirúrgica, como intussuscepção intestinal, a ultrassonografia seria o exame inicial preferencial.

c) Incorreta. Embora a biópsia de pele com imunofluorescência direta (mostrando deposição de IgA) possa confirmar o diagnóstico em casos atípicos, ela não é necessária quando o quadro clínico é clássico. Além disso, a biópsia não fornece informações sobre o estado funcional ou complicações viscerais do paciente, sendo menos prioritária que a avaliação renal.

d) Correta. O envolvimento renal na PHS pode ser assintomático inicialmente, manifestando-se apenas através de hematúria e/ou proteinúria. Portanto, a realização do sumário de urina (Urina 1) é mandatória para detectar precocemente a nefrite da PHS. A dosagem de ureia e creatinina complementa essa avaliação ao verificar se há comprometimento da função renal (taxa de filtração glomerular). O

acompanhamento desses parâmetros deve ser rigoroso durante as primeiras semanas ou meses após o diagnóstico.

#### Questão 40

O quadro clínico descrito — febre, tosse e queda do estado geral associadas a um achado radiológico de opacidade com sinal do menisco (curva de Damoiseau) e obliteração do seio costofrênico — é um diagnóstico clássico de derrame pleural, provavelmente de origem parapneumônica (decorrente de uma pneumonia).

Para responder à questão, devemos nos lembrar da semiologia do derrame pleural:

1. Expansibilidade: Diminuída no lado afetado, devido à dor pleurítica e à presença de líquido ocupando o espaço pleural, o que restringe a movimentação do pulmão.
2. Frêmito Toracovocal (FTV): Diminuído ou abolido. O líquido entre o pulmão e a parede torácica atua como um isolante acústico, dificultando a transmissão das vibrações das cordas vocais até a mão do examinador.
3. Percussão: Macicez ou submacicez na região do líquido.
4. Murmúrio Vesicular (MV): Diminuído ou abolido. O líquido afasta o parênquima pulmonar da parede torácica, impedindo que o som da passagem do ar chegue adequadamente ao estetoscópio.

Análise das alternativas:

- a) **CORRETA.** Apresenta exatamente os achados esperados para um derrame pleural: redução da expansibilidade, redução do frêmito toracovocal (característica que diferencia o derrame da consolidação pura) e redução do murmúrio vesicular na área afetada.
- b) **INCORRETA.** O frêmito toracovocal aumentado é característico da síndrome de consolidação pulmonar (como na pneumonia lobar sem derrame), na qual o tecido pulmonar solidificado transmite melhor a vibração. No derrame pleural, o FTV está sempre diminuído.
- c) **INCORRETA.** Embora a expansibilidade e o FTV estejam diminuídos, o murmúrio vesicular não pode estar presente de forma normal (bilateralmente). Na região onde há líquido (terço médio-inferior esquerdo), o MV deve estar obrigatoriamente diminuído ou ausente.
- d) **INCORRETA.** Novamente, o erro está em afirmar que o frêmito toracovocal está aumentado. Como explicado, o líquido bloqueia a vibração, resultando em FTV diminuído.

Dica diagnóstica adicional: Em crianças, é comum que pneumonias de lobos inferiores causem irritação diafragmática, o que justifica a dor abdominal referida pela paciente no caso clínico.

### Questão 41

A questão apresenta um caso clássico de asma na infância, fundamentado na história clínica e nos fatores de risco da paciente. Para chegar ao diagnóstico correto, devemos analisar os principais pontos do enunciado: recorrência dos sintomas (tosse e chiado), gatilhos específicos (risos e choro), resposta positiva a broncodilatadores (salbutamol) e história pregressa de bronquiolite por rinovírus.

Análise das alternativas:

a) Asma persistente: Esta é a alternativa correta. A criança apresenta critérios clínicos claros para o diagnóstico de asma: episódios recorrentes de sibilância e tosse, gatilhos de hiperreatividade brônquica (tosse ao gargalhar ou chorar) e, fundamentalmente, a reversibilidade dos sintomas após o uso de broncodilatador de curta ação (salbutamol). Além disso, o antecedente de bronquiolite grave por rinovírus é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de asma persistente, conforme descrito no Índice de Predição de Asma (IPA). O fato de os exames e o exame físico estarem normais fora da crise (período intercrítico) é uma característica comum da asma.

b) Bronquiolite obliterante: Incorreta. A bronquiolite obliterante é uma lesão crônica e irreversível das vias aéreas, geralmente secundária a uma infecção grave (comumente pelo adenovírus). O quadro clínico seria de sibilância e desconforto respiratório persistentes, sem melhora com broncodilatadores, e com alterações nítidas em exames de imagem (como o padrão de mosaico na tomografia), o que não condiz com o caso, no qual a criança tem períodos de normalidade e responde ao salbutamol.

c) Discinesia ciliar primária: Incorreta. É uma doença genética rara que se manifesta com tosse produtiva crônica, sinusites de repetição, otites médias recorrentes e, em 50% dos casos, situs inversus (Síndrome de Kartagener). O quadro desta paciente é episódico e relacionado a gatilhos de asma, sem o componente de infecções supurativas crônicas das vias aéreas superiores e inferiores.

d) Síndrome do bebê chiador: Incorreta. O termo "lactente sibilante" ou "bebê chiador" é utilizado para crianças menores de 2 anos que apresentam episódios recorrentes de sibilância. Aos 3 anos, com a persistência dos sintomas, gatilhos de

hiperreatividade (risos/choro) e resposta clara ao broncodilatador, o diagnóstico clínico evolui para asma, sendo esta a terminologia mais precisa e adequada para o quadro descrito.

## Questão 42

### ANÁLISE DO CASO

A questão apresenta uma criança de 6 anos com um quadro respiratório subagudo (15 dias de evolução) e sintomas constitucionais (adinamia e anorexia). O ponto crucial é a falha terapêutica: a paciente não respondeu a antibióticos de amplo espectro para germes comuns (ceftriaxona) nem para germes atípicos. Em pediatria, quando uma pneumonia não responde ao tratamento convencional e apresenta evolução lenta, a principal hipótese diagnóstica no Brasil deve ser a tuberculose (TB).

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

O diagnóstico de tuberculose na infância é eminentemente clínico-radiológico. Como as crianças são geralmente paucibacilares (baixa carga de bacilos) e têm dificuldade para expectorar, o Ministério da Saúde adota um sistema de pontuação para o diagnóstico que dispensa a confirmação bacteriológica em muitos casos.

O escore considera:

1. Quadro clínico (tosse, febre, perda de peso): 15 pontos.
2. Radiografia de tórax (consolidação, padrão intersticial ou adenomegalia): 15 pontos.
3. Teste tuberculínico/PPD (PT): se for maior ou igual a 10 mm (ou 5 mm em alguns contextos), soma 15 pontos.
4. História de contato com adulto bacilífero: 10 pontos.
5. Estado nutricional: 5 pontos.

Uma pontuação de 30 a 35 pontos indica diagnóstico "possível", e acima de 40 pontos o diagnóstico é "muito provável", autorizando o início do tratamento. Esta paciente já possui 30 pontos apenas pela clínica e radiologia (15 + 15). Se o PPD for maior ou igual a 10 mm, ela atingirá 45 pontos, tornando o diagnóstico extremamente provável e o tratamento indicado.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Incorreta. A baciloscopia (exame de escarro) em crianças tem sensibilidade muito baixa (frequentemente inferior a 15%). Condicionar o início do tratamento à positividade desse exame em uma criança com forte suspeita clínica e radiológica é um erro, pois atrasa o tratamento em uma fase paucibacilar.

Alternativa (c): Incorreta. A paciente já foi submetida a 15 dias de antibioticoterapia de amplo espectro sem melhora. Insistir na mesma estratégia (apenas ampliando o espectro para bactérias comuns), ignorando a hipótese de tuberculose, é uma conduta inadequada em termos de saúde pública e manejo clínico. A investigação de imunodeficiência pode até ser feita posteriormente, mas não é a conduta imediata prioritária.

Alternativa (d): Incorreta. A tomografia pode ser útil para identificar linfonodomegalias mediastinais, mas a questão pede a "conduta adequada" diante da suspeita de TB após falha terapêutica. A tomografia e uma nova toracocentese não definiriam o tratamento de forma tão direta e protocolar quanto a realização do PPD para fechamento do escore diagnóstico de TB. Além disso, o enunciado informa que a toracocentese já foi realizada e não houve necessidade de drenagem.

---

### Questão 43

Texto Original:

O caso clínico descreve uma parada cardiorrespiratória (PCR) em uma criança de 8 anos com um ritmo chocável (fibrilação ventricular - FV). O atendimento deve seguir as diretrizes do Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS).

Alternativa A (Correta): De acordo com o protocolo internacional de reanimação pediátrica para ritmos chocáveis (fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso), a administração de antiarrítmicos é indicada quando o ritmo persiste após sucessivas tentativas de desfibrilação. A sequência recomendada é realizar o primeiro choque, seguido de 2 minutos de RCP; realizar o segundo choque, seguido de adrenalina e 2 minutos de RCP; e, caso a arritmia persista, realizar o terceiro choque e administrar a amiodarona (ou lidocaína). Portanto, a amiodarona é utilizada para tratar a FV refratária após o terceiro choque.

Alternativa B (Incorreta): A lidocaína é um antiarrítmico que pode ser utilizado como alternativa à amiodarona na PCR pediátrica. No entanto, o tempo correto para sua administração é o mesmo da amiodarona: após o terceiro choque, caso o ritmo chocável persista. Após o primeiro choque, a conduta prioritária é o retorno imediato às compressões torácicas de alta qualidade.

Alternativa C (Incorreta): Existe uma distinção técnica fundamental entre desfibrilação e cardioversão. A cardioversão sincronizada é utilizada em pacientes que possuem pulso, mas apresentam taquiarritmias com sinais de instabilidade hemodinâmica. Na fibrilação ventricular, o paciente está em parada cardiorrespiratória (sem pulso) e a atividade elétrica cardíaca é totalmente desorganizada, impossibilitando a sincronização pelo aparelho. O tratamento

indicado é a desfibrilação (choque não sincronizado).

Alternativa D (Incorreta): Na PCR com ritmo chocável, a intervenção que mais impacta a sobrevida é a desfibrilação precoce associada a compressões de qualidade. A adrenalina deve ser administrada apenas após o segundo choque, caso o ritmo persista. A recomendação de usar adrenalina o mais precocemente possível (no primeiro ciclo) aplica-se exclusivamente aos ritmos não chocáveis, como a assistolia e a atividade elétrica sem pulso (AESP). No caso da FV, o uso excessivamente precoce da droga antes do choque não demonstrou melhora no prognóstico.

---

### Questão 44

A Síndrome da Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIADH) é uma das principais causas de hiponatremia em pacientes hospitalizados e criticamente enfermos. Para compreender as características dessa condição, é fundamental analisar a fisiopatologia do hormônio antidiurético (ADH).

O ADH atua nos ductos coletores dos rins, promovendo a reabsorção de água livre. Na SIADH, ocorre uma liberação excessiva e desregulada deste hormônio, independentemente da osmolaridade plasmática ou do status volêmico do paciente.

O excesso de ADH leva a uma retenção hídrica que dilui o sódio plasmático, resultando em hiponatremia dilucional. Embora haja uma expansão do volume extracelular, o organismo ativa mecanismos compensatórios, como a liberação de peptídeos natriuréticos e a inibição do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Isso promove a excreção urinária de sódio (natriurese) para tentar normalizar o volume. O resultado final é um paciente que não apresenta sinais clínicos de edema ou congestão (euvolemia clínica), mas possui sódio baixo no sangue.

Análise das alternativas:

a) Hipernatremia euvolêmica: Incorreta. A hipernatremia euvolêmica é característica de condições como o diabetes insipidus, onde há deficiência de ADH ou resistência à sua ação, levando à perda excessiva de água livre e concentração do sódio.

b) Hiponatremia hipovolêmica: Incorreta. Este perfil é encontrado em situações de perda de fluidos (vômitos, diarreia, uso de diuréticos ou perdas para o terceiro espaço) onde o paciente apresenta sinais de desidratação, como mucosas secas e turgor cutâneo reduzido. Na SIADH, não há depleção de volume.

c) Hiponatremia euvolêmica: Correta. Esta é a marca registrada da SIADH. O paciente

apresenta sódio sérico baixo devido à retenção de água livre, mas mantém-se clinicamente euvolêmico (sem sinais de desidratação e sem sinais de edema/sobrecarga) devido aos mecanismos compensatórios de natriurese.

d) Hipernatremia hipovolêmica: Incorreta. Esta condição ocorre na desidratação grave, onde a perda de fluidos hipotônicos (como no suor excessivo ou baixa ingestão de água) supera a perda de solutos, resultando em sangue concentrado e sinais claros de baixo volume circulante.

### Questão 45

Para analisar o distúrbio ácido-básico deste paciente, devemos seguir uma sequência lógica baseada nos dados clínicos e laboratoriais fornecidos.

1. Identificação do distúrbio primário: O pH de 6,9 indica uma acidemia grave (valor de referência: 7,35 a 7,45). Como o bicarbonato está muito baixo (2 mEq/L), confirmamos que o distúrbio primário é uma acidose metabólica. A pCO<sub>2</sub> de 10 mmHg reflete a tentativa de compensação respiratória (hiperventilação), confirmada pela frequência respiratória de 48 irpm.

2. Cálculo do Ânion Gap (AG): Para diferenciar as causas de acidose metabólica, calculamos o ânion gap, que representa os ânions não mensurados no plasma. A fórmula é:  $AG = \text{Sódio} - (\text{Cloro} + \text{Bicarbonato})$ .

Cálculo com os dados da questão:  $AG = 137 - (92 + 2) = 137 - 94 = 43$ .

3. Interpretação clínica: O valor normal do AG situa-se entre 8 e 12 mEq/L. Um valor de 43 é considerado muito elevado. Cruzando os dados laboratoriais com a clínica (criança de 10 anos, dor abdominal, vômitos, desidratação grave e glicemia de 350 mg/dL), o diagnóstico é Cetoacidose Diabética (CAD). Na CAD, o AG aumenta devido ao acúmulo de cetoácidos (acetoacetato e beta-hidroxibutirato).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A acidose metabólica hiperclorêmica apresenta um ânion gap normal (entre 8 e 12). Nela, a perda de bicarbonato é compensada pelo aumento do cloro, o que não ocorre neste caso, onde o cloro está em 92 mEq/L (limite inferior da normalidade) e o AG está alto.

Alternativa b) Incorreta. O termo alcalose refere-se a um pH elevado (acima de 7,45). O paciente apresenta pH de 6,9, configurando acidose extrema.

Alternativa c) Incorreta. Embora a alternativa identifique corretamente que o ânion

gap está aumentado, o valor de 30 está matematicamente incorreto com base nos dados fornecidos no enunciado ( $137 - 92 - 2 = 43$ ).

Alternativa d) Correta. Esta alternativa identifica o distúrbio como acidose metabólica de ânion gap aumentado. Embora o cálculo exato resulte em 43, esta é a opção que descreve corretamente a fisiopatologia do quadro clínico e aponta um valor de AG compatível com a gravidade da acidose por cetoácidos. Em provas de residência, variações numéricas pequenas podem ocorrer por arredondamentos ou erros de digitação no enunciado original, mas o conceito de ânion gap elevado é o ponto chave para a resposta.

## Questão 46

### ANÁLISE DO CASO

A questão apresenta um pré-escolar de 6 anos com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). A imagem de raio X de tórax é fundamental para a interpretação: observa-se uma grande opacidade homogênea no hemitórax esquerdo que oblitera o seio costofrênico e apresenta o sinal do menisco, o que caracteriza um derrame pleural parapneumônico. Apesar da extensão radiológica, o paciente encontra-se hemodinamicamente estável e com baixa demanda de oxigênio (1L/min em cateter nasal), o que sugere uma evolução típica.

### ETIOLOGIA E TRATAMENTO

O principal agente etiológico das pneumonias bacterianas e de suas complicações (como o derrame pleural) em todas as faixas etárias pediátricas, após o período neonatal, é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). Para pacientes que necessitam de internação hospitalar devido à necessidade de oxigenioterapia ou presença de derrame pleural, mas que estão clinicamente estáveis, o protocolo do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda como tratamento de primeira escolha a Penicilina G Cristalina ou a Ampicilina.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. Embora o *Staphylococcus aureus* possa causar pneumonia com derrame pleural, ele é um agente muito menos frequente que o pneumococo em ambiente comunitário. A pneumonia estafilocócica costuma ser mais grave, com rápida progressão clínica e presença de pneumatoceles (bolhas de ar) no raio X.

b) Incorreta. A Vancomicina é um antibiótico de reserva, indicado para casos de suspeita de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) ou em situações de

choque séptico e falha terapêutica grave, não sendo a conduta inicial para este caso.

c) Correta. O *Streptococcus pneumoniae* é o agente mais comum. A Penicilina Cristalina é o tratamento preferencial devido à sua excelente eficácia contra o pneumococo e boa penetração no espaço pleural.

d) Incorreta. O uso de Ceftriaxone associado à Oxacilina é um esquema de amplo espectro indicado apenas para casos de extrema gravidade, suspeita de resistência bacteriana importante ou pacientes criticamente enfermos em Unidade de Terapia Intensiva, o que não condiz com a estabilidade do paciente descrito.

GABARITO: Alternativa (c).

---

### Questão 47

Texto Original:

A avaliação do lactente de 1 a 3 meses (29 a 90 dias) com febre sem sinais localizatórios é baseada na aplicação de protocolos de estratificação de risco para Infecção Bacteriana Grave (IBG). O objetivo principal é identificar pacientes de baixo risco que podem ser acompanhados de forma ambulatorial, muitas vezes sem a necessidade de antibioticoterapia empírica ou procedimentos invasivos.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. O protocolo de Rochester é o principal referencial utilizado para definir o baixo risco nessa faixa etária. Ele estabelece que, além do bom estado geral e da ausência de focos infecciosos no exame físico, o paciente deve apresentar parâmetros laboratoriais de triagem rápidos e normais. Os exames fundamentais para essa definição são o hemograma (contagem de leucócitos totais entre 5.000 e 15.000/mm<sup>3</sup>) e a urinálise (menos de 10 leucócitos por campo de grande aumento). Se esses exames estiverem normais em um lactente que preenche os critérios clínicos, o risco de IBG é considerado muito baixo.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A análise do líquido não é um exame de triagem obrigatório para definir baixo risco nos Critérios de Rochester para lactentes acima de 28 dias que se apresentam em bom estado geral. Além disso, a coprocultura é um exame de diagnóstico definitivo que leva dias para o resultado, não servindo para a estratificação de risco imediata no departamento de emergência.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Embora a hemocultura seja frequentemente solicitada durante a investigação de febre em lactentes jovens, ela não é um parâmetro utilizado para definir se o paciente é de alto ou baixo risco no momento do atendimento inicial. Por ser um exame de cultura, seu resultado não é imediato. A definição do risco para decisão de conduta (internar ou liberar) baseia-se

em exames de pronto resultado, como o hemograma e o sumário de urina.

Alternativa d): Esta alternativa está incorreta. A realização rotineira de punção lombar (líquor) e raio X de tórax em todos os pacientes desta faixa etária para definir baixo risco faz parte de protocolos mais agressivos, como o de Filadélfia. No entanto, a literatura pediátrica e as diretrizes mais cobradas em provas indicam que o baixo risco pode ser estabelecido de forma menos invasiva através dos Critérios de Rochester, que priorizam o hemograma e a urinálise para essa diferenciação em lactentes que não apresentam sintomas respiratórios ou sinais de toxicidade.

---

### Questão 48

O ponto central desta questão é o manejo vacinal de um recém-nascido exposto a medicamentos biológicos durante a gestação. O rituximabe é um anticorpo monoclonal que ataca a proteína CD20 nos linfócitos B, causando a sua depleção. Essa medicação atravessa a barreira placentária, especialmente no terceiro trimestre, podendo levar a uma imunossupressão prolongada no recém-nascido, com baixos níveis de células B por vários meses.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A vacina contra a hepatite B é uma vacina inativada (recombinante). Vacinas inativadas não apresentam risco de replicação e, por isso, não são contraindicadas em pacientes imunossuprimidos ou expostos a biológicos. Ela deve ser aplicada nas primeiras 12 horas de vida para prevenir a transmissão vertical do vírus.

Alternativa b) Incorreta. Embora a conduta para a hepatite B esteja correta, o prazo de 3 meses é insuficiente para garantir a segurança da aplicação de uma vacina de agentes vivos, como a BCG, em um bebê exposto ao rituximabe. O efeito de depleção celular e o tempo para o clareamento da droga no lactente exigem um intervalo maior.

Alternativa c) Incorreta. No caso de exposição a outros biológicos, como os anti-TNF (ex.: infliximabe), o adiamento de vacinas vivas costuma ser de pelo menos 6 meses. No entanto, para o rituximabe, o impacto no sistema imunológico é mais profundo e duradouro, tornando o período de 8 meses ainda incerto conforme os protocolos de segurança.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa reflete o consenso atual para exposição a biológicos depletadores de células B. A vacina contra a hepatite B (inativada) é mantida normalmente ao nascimento. Já a vacina BCG, por ser composta por bacilos vivos

atenuados, oferece risco de disseminação (becegeíte disseminada) em bebês com imunidade comprometida. Como o rituximabe foi administrado no final da gestação (2 semanas antes do parto), o recém-nascido nasce em um estado de imunossupressão. As recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde orientam adiar as vacinas de agentes vivos (como BCG e rotavírus) por 12 meses em crianças expostas ao rituximabe intraútero, para garantir a plena recuperação do sistema imune e a eliminação do fármaco.

## Questão 49

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta um quadro de hiponatremia grave (sódio sérico de 118 mEq/L) e sintomática, evidenciada pela desorientação no tempo e espaço com início agudo (6 horas). Em pacientes que apresentam manifestações neurológicas decorrentes da hiponatremia, o risco imediato é o desenvolvimento de edema cerebral e herniação. Por esse motivo, a terapia de escolha é a solução salina hipertônica a 3%, visando uma correção rápida para reduzir a pressão intracraniana.

### POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ CORRETA

Em situações de emergência com sintomas neurológicos, o objetivo principal não é normalizar a natremia, mas sim elevar o sódio em uma magnitude suficiente para reverter o edema cerebral. As principais diretrizes internacionais recomendam uma elevação rápida de 4 a 6 mEq/L no sódio sérico. Esse aumento inicial, geralmente realizado por meio de bolus de salina a 3%, é suficiente para reduzir o volume cerebral e melhorar o estado clínico da paciente, minimizando o risco de morte por herniação.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa B: O valor de 8 a 12 mEq em 24 horas é frequentemente associado ao limite máximo de segurança para evitar a Síndrome de Desmielinização Osmótica (SDO), especialmente em casos de hiponatremia crônica. Contudo, em uma paciente com sintomas neurológicos agudos, o foco inicial é a elevação rápida nas primeiras horas, e não apenas o cumprimento da meta diária total.

Alternativa C: Este intervalo de 36 horas e os valores de 6 a 8 mEq não correspondem a nenhum protocolo padronizado de manejo de hiponatremia sintomática ou crônica na literatura médica atual.

Alternativa D: A correção de 8 a 10 mEq em 48 horas é uma estratégia de reposição

lenta. Embora seja recomendada para pacientes com hiponatremia crônica assintomática e alto risco de desmielinização, ela é inadequada para o quadro de desorientação aguda apresentado pela paciente, pois não resolveria o edema cerebral em tempo hábil.

## Questão 50

### ANÁLISE DO CASO CLINICO

A paciente apresenta um quadro de tetraparesia flácida, que é uma manifestação neurológica clássica de hipocalcemia grave ( $K = 2,2 \text{ mEq/L}$ ). O diagnóstico diferencial exige a análise dos distúrbios acidobásicos para identificar a causa da perda de potássio.

Os exames laboratoriais revelam:

1. Acidose metabólica ( $\text{pH } 7,25$  e  $\text{HCO}_3^- 18 \text{ mEq/L}$ ).
2. Ânion Gap normal:  $\text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3^-) = 135 - (105 + 18) = 12$ .
3. Hipocalcemia grave ( $K = 2,2 \text{ mEq/L}$ ).
4.  $\text{pH}$  urinário de  $7,0$ , o que é inapropriadamente alto. Em vigência de acidose sistêmica, o rim deveria acidificar a urina ( $\text{pH} < 5,5$ ) para excretar o excesso de  $\text{H}^+$ .

A combinação de acidose metabólica com ânion gap normal, hipocalcemia e  $\text{pH}$  urinário elevado ( $> 5,5$ ) é patognomônica de Acidose Tubular Renal (ATR) Tipo 1 ou Distal. Nesta patologia, as células intercaladas do túbulo coletor distal falham em secretar íons  $\text{H}^+$ , o que impede a acidificação urinária e gera perda urinária de potássio.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Amiloidose): Incorreta. A amiloidose renal costuma se manifestar predominantemente como síndrome nefrótica (proteinúria maciça) ou insuficiência renal crônica progressiva. Embora possa haver acometimento tubular, não é a causa clássica de ATR distal isolada com paralisia hipocalêmica.

Alternativa B (Mieloma Múltiplo): Incorreta. O mieloma múltiplo está classicamente associado à ATR Tipo 2 (Proximal) ou Síndrome de Fanconi, devido ao dano das cadeias leves (proteínas de Bence-Jones) no túbulo proximal. Além disso, a paciente possui cálcio e creatinina normais e não apresenta anemia, o que torna o mieloma menos provável.

Alternativa C (Síndrome de Sjögren): Correta. A Síndrome de Sjögren é uma doença autoimune que, além das manifestações de secura (olhos e boca), frequentemente

causa nefrite túbulo-intersticial crônica. Esta inflamação pode lesar especificamente as bombas de prótons no túbulo distal, levando à Acidose Tubular Renal Tipo 1. É a principal causa secundária de ATR distal em mulheres adultas, podendo se manifestar clinicamente através de episódios de paralisia hipocalêmica, como no caso descrito.

Alternativa D (Doença de Addison): Incorreta. A Doença de Addison caracteriza-se pela insuficiência adrenal, com deficiência de aldosterona. A falta de aldosterona leva à acidose metabólica (ATR Tipo 4), porém o potássio estaria obrigatoriamente elevado (hipercalcemia), e não reduzido como observado na paciente.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 51

Esta é uma questão clássica que exige o raciocínio clínico sobre o metabolismo do cálcio e as causas de hipercalcemia. Vamos analisar os dados laboratoriais passo a passo:

1. Cálcio total de 13,5 mg/dl: Confirma uma hipercalcemia grave (geralmente definida acima de 12-13 mg/dl), o que justifica os sintomas neurológicos (rebaixamento de consciência e crises convulsivas).
2. PTH de 8 pg/ml: O PTH está suprimido (o valor de referência mínimo é 15). Isso indica que a causa da hipercalcemia NÃO é o paratireoidismo primário. Estamos diante de uma hipercalcemia PTH-independente.
3. 25(OH) vitamina D de 28 ng/ml: Esta é a forma de estoque da vitamina D. O valor está normal/baixo, o que descarta intoxicação por vitamina D exógena (colecálciferol).
4. 1,25(OH)<sub>2</sub> vitamina D (calcitriol) de 120 pg/ml: Esta é a forma ativa da vitamina D e está significativamente ELEVADA.

O ponto-chave da questão é: por que o calcitriol está alto se o PTH (que normalmente estimula sua produção nos rins) está suprimido? Isso ocorre quando há uma produção extrarrenal de 1-alfa-hidroxilase (a enzima que converte a vitamina D em sua forma ativa). As duas principais condições que fazem isso são as doenças granulomatosas (como sarcoidose e tuberculose) e os linfomas.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O linfoma (tanto Hodgkin quanto não Hodgkin) pode apresentar expressão da enzima 1-alfa-hidroxilase nas células imunes ou nas próprias células neoplásicas, levando ao aumento do calcitriol, aumento da absorção intestinal de cálcio e consequente hipercalcemia com PTH suprimido.

b) INCORRETA. Embora a amiloidose seja uma doença sistêmica crônica, ela não é uma causa típica de produção ectópica de 1,25(OH)<sub>2</sub> vitamina D ou de hipercalcemia por esse mecanismo.

c) INCORRETA. A proteína relacionada ao PTH (PTHrp) é produzida em diversas neoplasias (como carcinoma de células escamosas de pulmão ou rim). No entanto, a hipercalcemia mediada por PTHrp costuma cursar com níveis BAIXOS ou normais de 1,25(OH)<sub>2</sub> vitamina D, pois o PTHrp não estimula a conversão renal de forma tão eficaz quanto o PTH original e a própria hipercalcemia suprime a produção de calcitriol.

d) INCORRETA. Na intoxicação por colecalciferol (vitamina D3), os níveis de 25(OH)D estariam extremamente elevados (geralmente acima de 100-150 ng/ml), o que não é o caso do paciente (28 ng/ml).

---

### Questão 52

Análise do caso: A paciente possui artrite reumatoide, uma condição inflamatória crônica sistêmica. Os exames laboratoriais revelam anemia (Hb 8,8 g/dL) com volume corpuscular médio no limite inferior/microcítico (VCM 78 fL). O dado fundamental para o diagnóstico é o perfil de ferro: ferritina elevada (650 ng/mL) associada a uma capacidade total de ligação do ferro (TIBC) reduzida (150 µg/dL). Esse padrão laboratorial é o clássico da anemia de doença crônica (ou anemia da inflamação).

Alternativa a) Hemólise: Incorreta. A anemia hemolítica costuma ser normocítica ou macrocítica (devido à reticulocitose). Laboratorialmente, apresenta elevação de bilirrubina indireta, aumento de LDH e redução de haptoglobina. O perfil de ferro com ferritina alta e TIBC baixo não sugere destruição periférica de hemácias.

Alternativa b) Ferropenia: Incorreta. Na anemia ferropriva (por deficiência de ferro), os estoques estão vazios, o que resultaria em uma ferritina baixa (geralmente menor que 30 ng/mL) e em um TIBC elevado, pois o corpo tenta aumentar a capacidade de transporte para captar qualquer ferro disponível. A paciente apresenta ferritina alta, o que descarta ferropenia absoluta.

Alternativa c) Deficiência de folato: Incorreta. O metotrexato é um antagonista do

ácido fólico e pode causar deficiência desta vitamina. No entanto, a anemia por carência de folato é obrigatoriamente macrocítica (VCM significativamente elevado, acima de 100 fL). O VCM de 78 fL da paciente invalida essa hipótese.

Alternativa d) Aumento de hepcidina: Correta. Este é o mecanismo fisiopatológico central da anemia de doença crônica. Em estados inflamatórios, citocinas como a interleucina-6 (IL-6) estimulam o fígado a produzir grandes quantidades de hepcidina. A hepcidina bloqueia a ferroportina, que é a proteína responsável por exportar o ferro de dentro das células (macrófagos e enterócitos) para o sangue. Como resultado, o ferro fica "sequestrado" nos estoques, aumentando a ferritina, mas não fica disponível para a produção de novas hemácias, reduzindo o ferro sérico e o TIBC.

### Questão 53

Para resolver esta questão, o primeiro passo fundamental é classificar o derrame pleural como transudato ou exsudato utilizando os Critérios de Light.

Critérios de Light (o líquido é um exsudato se preencher pelo menos um dos critérios abaixo):

1. Relação Proteína do líquido pleural / Proteína sérica  $> 0,5$ . No caso:  $5,8 / 7,5 = 0,77$ . (Presente)
2. Relação DHL do líquido pleural / DHL sérico  $> 0,6$ . No caso:  $180 / 240 = 0,75$ . (Presente)
3. DHL do líquido pleural  $> 2/3$  do limite superior da normalidade do soro ( $2/3$  de 250 = 166,6). No caso: 180. (Presente)

Como o paciente apresenta um EXSUDATO, passamos à análise das hipóteses diagnósticas baseadas na clínica e nos marcadores bioquímicos/citológicos:

a) Tuberculose: Incorreta. A tuberculose pleural é uma causa comum de exsudato, porém ela cursa classicamente com níveis elevados de Adenosina Deaminase (ADA), quase sempre acima de 40 U/l. O valor de 18 U/l encontrado no paciente torna este diagnóstico muito improvável (alto valor preditivo negativo). Além disso, a TB costuma apresentar um predomínio linfocitário mais acentuado e raramente cursa com pH tão alcalino (7,5).

b) Neoplasia: Correta. Esta é a principal hipótese diagnóstica. O paciente tem 65 anos e apresenta um derrame pleural volumoso (característica frequente em neoplasias). O líquido é um exsudato, o ADA é baixo (afastando TB) e a glicose e o pH estão em níveis normais ou limítrofes, o que é comum em fases iniciais de malignidade pleural. O aspecto amarelo-âmbar e a celularidade com presença de

monócitos e linfócitos corroboram a cronicidade do processo neoplásico.

c) Pneumonia: Incorreta. O derrame parapneumônico geralmente se manifesta com quadro clínico infeccioso agudo (febre, tosse e dor pleurítica). Laboratorialmente, espera-se um predomínio nítido de neutrófilos (geralmente acima de 50%). Se fosse um derrame parapneumônico complicado ou empiema, observaríamos também queda acentuada da glicose (menor que 60 mg/dL) e do pH (menor que 7,2), o que não ocorre aqui.

d) TEP (Tromboembolismo Pulmonar): Incorreta. Embora o TEP possa causar exsudatos pleurais, o derrame costuma ser de pequeno volume, unilateral e associado a um quadro de dispneia súbita com dor pleurítica. O caso descreve um derrame volumoso e dispneia progressiva de duas semanas, o que aponta mais fortemente para causas expansivas ou crônicas, como a neoplasia.

Resumo: A combinação de idade avançada, derrame volumoso, critérios de exsudato e, crucialmente, um ADA baixo, direciona o raciocínio clínico para a hipótese de Neoplasia.

---

## Questão 54

Análise do quadro clínico:

O paciente de 78 anos apresenta sintomas clássicos de hipotensão ortostática, relatando vertigem ao se levantar. O diagnóstico é confirmado pelo exame físico, que demonstra uma queda de 22 mmHg na pressão arterial sistólica (de 120 para 98 mmHg) e de 12 mmHg na diastólica (de 72 para 60 mmHg). O critério clínico para hipotensão ortostática é a redução da pressão arterial sistólica em pelo menos 20 mmHg ou da diastólica em pelo menos 10 mmHg dentro de três minutos após o paciente ficar em pé. Em idosos, essa condição é perigosa por aumentar o risco de quedas e fraturas, sendo frequentemente agravada pela polifarmácia e pela menor sensibilidade dos barorreceptores.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta: Embora o aumento da ingestão de sal possa ser uma estratégia para tratar hipotensão ortostática em pacientes sem outras comorbidades, em um paciente hipertenso isso é contraindicado. O aumento de sódio pode levar ao descontrole da pressão arterial sistêmica e sobrecarga cardiovascular, não sendo a conduta de escolha para quem já faz uso de três anti-hipertensivos.

Alternativa b) Incorreta: O anlodipino é um bloqueador de canal de cálcio que atua

como vasodilatador periférico. Embora possa contribuir para a queda pressórica, ele não atua diretamente na depleção de volume, que é o mecanismo fisiopatológico mais comum por trás da hipotensão ortostática exacerbada por medicamentos no idoso.

Alternativa c) Correta: A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico. O seu mecanismo de ação envolve a excreção de sódio e água, o que reduz o volume intravascular. Em pacientes idosos, a redução da volemia é o principal fator medicamentoso que agrava a hipotensão ortostática. Além disso, a dose de 25 mg é considerada alta para o início do tratamento ou manutenção em idosos muito sensíveis. Suspender o diurético é a medida mais eficaz para corrigir a volemia e eliminar os sintomas de vertigem, mantendo o controle da pressão com as outras classes de medicamentos.

Alternativa d) Incorreta: Substituir o enalapril (um IECA) por losartana (um BRA) não corrigiria o problema. Ambas as classes atuam no sistema renina-angiotensina-aldosterona e possuem perfis semelhantes em relação aos efeitos hemodinâmicos posturais. Essa troca só seria indicada caso o paciente apresentasse efeitos colaterais específicos do IECA, como tosse seca persistente.

---

### Questão 55

O quadro clínico descreve um paciente com cirrose hepática que, após o início de terapia diurética (furosemida e espironolactona), evoluiu com alterações neurológicas (inversão do ciclo sono-vigília e flapping), que caracterizam a Encefalopatia Hepática (EH). A questão solicita a identificação do fator precipitante dessa complicação dentre as opções fornecidas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hipercalcemia não é um fator classicamente associado ao desencadeamento de encefalopatia hepática. Distúrbios do cálcio não costumam estar envolvidos na fisiopatologia dessa condição em pacientes cirróticos.

b) Correta. A hipocalemia (baixos níveis de potássio) é um dos principais gatilhos para encefalopatia hepática, especialmente após o uso de diuréticos de alça como a furosemida. A redução do potássio extracelular induz um gradiente que estimula a produção renal de amônia (NH<sub>3</sub>) e a reabsorção de íons de hidrogênio. Além disso, a hipocalemia frequentemente se associa à alcalose metabólica, que favorece a conversão do íon amônio (NH<sub>4</sub><sup>+</sup>) em amônia livre (NH<sub>3</sub>). Diferente do amônio, a amônia atravessa facilmente a barreira hematoencefálica, exercendo efeito neurotóxico.

c) Incorreta. O distúrbio acidobásico que tipicamente precipita ou agrava a encefalopatia hepática é a alcalose metabólica, e não a acidose. A alcalose favorece a passagem de amônia para o sistema nervoso central. A acidose, teoricamente, manteria a amônia na forma ionizada ( $\text{NH}_4^+$ ), dificultando sua entrada no cérebro.

d) Incorreta. Embora a Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) seja uma causa frequente de encefalopatia hepática, o enunciado informa que a paracentese realizada no início da internação revelou apenas 200 neutrófilos/ $\text{mm}^3$  e cultura negativa. O critério diagnóstico para PBE é a presença de mais de 250 neutrófilos/ $\text{mm}^3$  no líquido ascítico. Portanto, a infecção foi descartada no momento da descompensação, tornando o distúrbio hidroeletrólítico pelo uso de diuréticos a causa mais provável para o surgimento do flapping no 3º dia.

Gabarito: Letra (b).

### Questão 56

Esta questão aborda o manejo de nódulos tireoidianos baseando-se nas diretrizes de estratificação de risco, como o ACR TI-RADS (American College of Radiology) e a ATA (American Thyroid Association).

O ponto central para a resolução é o tamanho do nódulo associado à sua classificação de risco. No caso, temos um nódulo TI-RADS 5 (alta suspeição), porém com o maior diâmetro de 0,9 cm (subcentimétrico).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A cintilografia de tireoide não é um exame de rotina para avaliação inicial de nódulos suspeitos de malignidade. Ela está indicada apenas quando o paciente apresenta níveis de TSH suprimidos (tireotoxicose), para identificar se o nódulo é funcional (hipercaptante ou "quente"), o que reduziria drasticamente a chance de câncer.

Alternativa (b) Incorreta. Embora o nódulo seja classificado como TI-RADS 5, as diretrizes internacionais (tanto ACR quanto ATA) recomendam a realização de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) apenas em nódulos de alta suspeição que possuam 1,0 cm ou mais em seu maior diâmetro. Como o nódulo da paciente mede 0,9 cm, a biópsia imediata não é a conduta padrão, visando evitar o sobrediagnóstico e tratamentos desnecessários de microcarcinomas que, muitas vezes, não evoluem clinicamente.

Alternativa (c) Incorreta. A dosagem de TSH é o primeiro passo laboratorial na

investigação de um nódulo tireoidiano recém-descoberto. No entanto, a questão apresenta um cenário onde o nódulo já foi estratificado morfológicamente pelo ultrassom como TI-RADS 5. A dúvida principal aqui é a conduta intervencionista ou expectante sobre um nódulo de alta suspeição menor que 1,0 cm. Entre as opções de manejo do nódulo em si, a observação armada com imagem prevalece.

Alternativa (d) Correta. De acordo com o sistema ACR TI-RADS, para nódulos classificados como TI-RADS 5 que medem entre 0,5 cm e 0,9 cm, a conduta recomendada é o acompanhamento ultrassonográfico periódico (geralmente anual nos primeiros anos) para avaliar se haverá crescimento ou alteração de características. A PAAF só seria indicada se o nódulo atingisse a marca de 1,0 cm durante o seguimento. Mesmo com o histórico familiar de carcinoma papilífero, a conduta conservadora inicial para nódulos subcentimétricos é a mais aceita na prática médica atual para evitar procedimentos invasivos precoces.

### Questão 57

A questão aborda uma mudança fundamental na forma de diagnosticar e classificar a obesidade, que deixa de focar exclusivamente no Índice de Massa Corporal (IMC) e passa a considerar a presença ou ausência de complicações metabólicas e funcionais. O paciente em questão apresenta IMC de 31 kg/m<sup>2</sup> e circunferência abdominal de 108 cm, o que preenche critérios antropométricos para obesidade. No entanto, ele é assintomático e possui exames de glicemia, perfil lipídico e pressão arterial dentro da normalidade.

Alternativa a) Incorreta. O sobrepeso é definido por um IMC entre 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>. O paciente já atingiu um IMC de 31 kg/m<sup>2</sup>, o que o enquadra em faixas superiores de adiposidade.

Alternativa b) Incorreta. Embora o IMC de 31 kg/m<sup>2</sup> classicamente o coloque na categoria de obesidade grau 1 pela classificação tradicional da Organização Mundial da Saúde (OMS), a questão solicita especificamente a definição baseada na "nova proposta de avaliação diagnóstica". Essa nova visão prioriza a saúde metabólica e o impacto clínico da gordura corporal em vez de apenas o cálculo matemático do IMC.

Alternativa c) Incorreta. A obesidade clínica é o termo reservado para casos em que o excesso de gordura corporal já resultou em danos à saúde, como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, esteatose hepática ou limitações funcionais e mecânicas. O paciente do caso não apresenta nenhuma dessas alterações no momento.

Alternativa d) Correta. A obesidade pré-clínica define o indivíduo que possui um IMC

de obeso (maior ou igual a  $30 \text{ kg/m}^2$ ) ou um IMC de sobrepeso associado ao aumento da gordura visceral (circunferência abdominal aumentada), mas que ainda mantém a homeostase metabólica, ou seja, não possui doenças associadas. O termo ressalta que, embora não haja doença instalada, o risco aumentado justifica a intervenção para prevenir a progressão para a obesidade clínica. Essa nomenclatura faz parte de novas diretrizes que buscam fenotipar melhor o paciente com excesso de peso.

### Questão 58

A investigação da Doença Celíaca (DC) deve ser iniciada sempre que houver suspeita clínica, como no caso da paciente que apresenta sintomas sistêmicos (astenia), gastrointestinais (dor abdominal) e ginecológicos (oligomenorreia), que podem refletir má absorção de nutrientes.

Embora o enunciado utilize a expressão "plano terapêutico", as alternativas focam na propedêutica diagnóstica, que é o primeiro passo necessário antes de instituir o tratamento (dieta isenta de glúten).

Alternativa (a) CORRETA: O teste de escolha para o rastreamento inicial da Doença Celíaca em adultos é o anticorpo antitransglutaminase tecidual da classe IgA (tTG-IgA). Este exame apresenta elevada sensibilidade e especificidade. A solicitação da IgA total é indispensável porque a deficiência seletiva de IgA é significativamente mais comum em pacientes celíacos. Se o paciente possuir essa deficiência, os testes baseados em IgA serão falsos-negativos, exigindo a realização de testes baseados em IgG para um diagnóstico correto.

Alternativa (b) INCORRETA: O anticorpo anti gliadina (AGA) de primeira geração caiu em desuso para o rastreamento inicial devido à sua baixa acurácia quando comparado aos testes atuais. O anticorpo antiendomísio (EMA-IgA) é altamente específico, mas, por ser um exame mais caro e dependente de análise técnica (imunofluorescência), costuma ser utilizado para confirmar resultados de tTG-IgA duvidosos ou em protocolos específicos de confirmação sorológica.

Alternativa (c) INCORRETA: A pesquisa de HLA DQ2 ou DQ8 possui um excelente valor preditivo negativo. Ou seja, sua principal utilidade é excluir a possibilidade de Doença Celíaca em casos de resultados conflitantes entre sorologia e biópsia. Se os autoanticorpos forem negativos em uma paciente com dieta normal (contendo glúten), a probabilidade de doença já é baixa, não sendo o HLA o próximo passo imediato na rotina ambulatorial.

Alternativa (d) INCORRETA: A endoscopia digestiva alta com biópsias de duodeno é o padrão-ouro para o diagnóstico em adultos, porém, por ser um procedimento

invasivo, deve ser solicitada após a triagem sorológica positiva. A pesquisa de HLA não é indicada como exame de primeira linha junto à endoscopia.

Em resumo, a conduta inicial mais adequada e custo-efetiva para investigar Doença Celíaca é a realização da sorologia tTG-IgA combinada com a dosagem de IgA total.

---

### Questão 59

O caso clínico descreve um paciente de 81 anos, assintomático, com um achado laboratorial de TSH de 7,5 mUI/L. Considerando que os demais exames de rotina estão normais, assume-se que o T4 livre está dentro da faixa de referência, o que caracteriza o hipotireoidismo subclínico (HSC).

A conduta no hipotireoidismo subclínico é guiada principalmente pelo valor do TSH, pela idade do paciente e pela presença de sintomas ou comorbidades. Em pacientes idosos, especialmente aqueles acima de 80 anos, os níveis de TSH tendem a aumentar fisiologicamente com o envelhecimento, e os pontos de corte para tratamento são mais conservadores.

Alternativa a) Correta. Em pacientes com mais de 80 anos e TSH inferior a 10 mUI/L, a conduta inicial deve ser expectante. Estudos clínicos, como o ensaio TRUST, demonstraram que o tratamento do hipotireoidismo subclínico nessa faixa etária, com TSH entre o limite superior da normalidade e 10 mUI/L, não traz benefícios em termos de redução de eventos cardiovasculares, melhora de sintomas depressivos ou função cognitiva. Além disso, a reposição desnecessária de levotiroxina no idoso aumenta o risco de efeitos adversos graves, como fibrilação atrial e osteoporose. A recomendação é repetir o exame em 3 a 6 meses para monitoramento.

Alternativa b) Incorreta. O ultrassom de tireoide é um exame morfológico, indicado para a investigação de nódulos palpáveis ou bócio ao exame físico. Ele não auxilia no diagnóstico funcional da tireoide nem na decisão terapêutica de tratar ou não um quadro de hipotireoidismo subclínico.

Alternativa c) Incorreta. A dose de 1,5 mcg/kg/dia é considerada uma dose plena de reposição, geralmente indicada para pacientes jovens com hipotireoidismo franco (TSH elevado e T4 livre baixo). No idoso, qualquer introdução de levotiroxina deve ser feita com doses baixas (\*start low, go slow\*) para evitar sobrecarga cardíaca. Além de a dose estar inadequada para um idoso, o tratamento não está indicado neste caso.

Alternativa d) Incorreta. Embora a dose de 25 mcg/dia seja a dose inicial frequentemente utilizada em idosos quando há indicação de tratamento, o paciente

em questão (81 anos, assintomático e com TSH abaixo de 10 mUI/L) não possui critérios para o início da terapia hormonal imediata. O risco de iatrogenia (tireotoxicose exógena) supera os potenciais benefícios.

## Questão 60

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente idoso com insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada (ICFEP), sugerida pelo ecocardiograma com função normal, mas com hipertrofia ventricular (espessamento de septo e parede de 14 mm). O achado de realce tardio subendocárdico difuso na ressonância magnética é um sinal patognomônico de amiloidose cardíaca. Outro dado fundamental é a presença de proteinúria, que sugere o acometimento sistêmico da doença, especialmente nos rins.

Diante da suspeita de amiloidose cardíaca, o primeiro e mais urgente passo é diferenciar entre os dois tipos principais: a amiloidose por cadeias leves (AL) e a amiloidose por transtirretina (ATTR). A amiloidose AL é uma emergência hematológica com necessidade de tratamento quimioterápico imediato, e a presença de proteinúria reforça essa possibilidade.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A cintilografia miocárdica com pirofosfato de tecnécio ( $^{99m}\text{Tc}$ -PYP) é um exame excelente para diagnosticar a amiloidose por transtirretina (ATTR). No entanto, ela nunca deve ser interpretada isoladamente. Antes de realizar a cintilografia, é obrigatório excluir a presença de uma gamopatia monoclonal (amiloidose AL), pois a cintilografia pode apresentar captação positiva em até 20% a 30% dos casos de amiloidose AL, levando a um diagnóstico errado e ao atraso no tratamento de uma doença agressiva.

b) CORRETA. Esta é a conduta inicial prioritária. A pesquisa de clones de células plasmáticas por meio da imunofixação de proteínas no sangue e na urina, somada à dosagem de cadeias leves livres no soro, apresenta uma sensibilidade superior a 99% para identificar a amiloidose AL. Dado o risco de morte rápida na forma AL e a presença de proteinúria (que indica lesão renal por cadeias leves), descartar ou confirmar essa forma é o passo mais adequado antes de prosseguir para exames de imagem específicos para ATTR.

c) INCORRETA. Embora o paciente tenha proteinúria e a biópsia renal possa dar o diagnóstico de amiloidose ao corar positivamente pelo vermelho de Congo, este é um

procedimento invasivo. A triagem laboratorial com exames de sangue e urina (conforme descrito na alternativa B) é o passo inicial preconizado pelos protocolos internacionais de cardiologia e hematologia, por ser menos invasivo e altamente sensível.

d) INCORRETA. O mielograma e a biópsia de medula óssea são realizados para confirmar a presença de uma discrasia de plasmócitos (como o mieloma múltiplo) após a triagem laboratorial ter detectado a presença de proteínas monoclonais ou cadeias leves alteradas. Portanto, não é o primeiro passo na investigação da insuficiência cardíaca do paciente, mas sim uma etapa posterior, se os exames de triagem forem positivos.

---

### Questão 61

O quadro clínico descreve um paciente em choque hemorrágico/hipovolêmico progressivo após uma perda sanguínea maciça de 2.300 ml em cirurgia de grande porte. A análise dos dados hemodinâmicos na tabela permite observar a deterioração do estado do paciente entre a admissão e a 4ª hora na UTI.

Análise dos Parâmetros Hemodinâmicos:

Frequência Cardíaca (FC): Aumentou de 85 para 125 bpm, indicando uma tentativa compensatória de manter o débito cardíaco diante da queda do volume sistólico.

Pressão Arterial (PA): Houve queda progressiva (de 120/70 para 100/55 mmHg), mostrando que os mecanismos de compensação estão falhando.

Pressão Venosa Central (PVC): Caiu de 12 para 4 mmHg. A PVC baixa é um marcador clássico de hipovolemia (redução da pré-carga).

Diurese: Reduziu de 0,5 para 0,2 ml/kg/h. Esta oligúria é pré-renal, refletindo a má perfusão dos rins devido ao choque.

Saturação Venosa Central (ScvO<sub>2</sub>): Caiu de 79% para 58%. O valor normal é superior a 70%. Uma ScvO<sub>2</sub> baixa indica que os tecidos estão extraindo mais oxigênio porque a oferta (DO<sub>2</sub>) está insuficiente.

Delta CO<sub>2</sub> (P(v-a)CO<sub>2</sub>): Aumentou de 6 para 10 mmHg. Valores acima de 6 mmHg indicam um estado de baixo fluxo ou baixo débito cardíaco, o que, neste contexto, é causado pela falta de volume.

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O uso de inotrópicos (como dobutamina) é indicado quando há disfunção contrátil do coração com volume adequado. No caso, o problema principal é a falta de volume (PVC de 4 mmHg). Aumentar a contratilidade sem corrigir a volemia não resolveria o choque.

Alternativa b: Incorreta. O uso de furosemida em um paciente chocado e hipovolêmico é contraindicado, pois agravaria a desidratação intravascular e a hipotensão. A glicemia deve ser controlada, mas não é a prioridade imediata diante de um choque hemorrágico.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta padrão. A expansão com cristaloides visa restaurar o volume intravascular (pré-carga). Como houve perda de 2,3 litros de sangue e a ScvO<sub>2</sub> está baixa, a avaliação de transfusão de hemocomponentes é fundamental para melhorar a capacidade de transporte de oxigênio. A otimização do vasopressor (noradrenalina) ajuda a manter a pressão de perfusão enquanto o volume é repostado.

Alternativa d: Incorreta. Embora a reposição volêmica seja necessária, os cristaloides são preferíveis aos coloides (como albuminas ou amidos) na ressuscitação inicial na maioria dos protocolos, devido ao perfil de segurança e custo. Além disso, a otimização hemodinâmica à beira-leito é mais urgente no momento do que apenas solicitar a presença do cirurgião.

---

## Questão 62

Para compreender essa questão, devemos analisar o perfil hemodinâmico fornecido pelo cateter de Swan-Ganz, focando principalmente na Resistência Vascular Sistêmica (RVS), que é a chave para o diagnóstico diferencial dos choques.

Análise dos dados hemodinâmicos:

1. Pressão Capilar Pulmonar Ocluída (PCPO/PAPC) e Pressão Venosa Central (PVC) reduzidas: Isso indica que as pressões de enchimento das câmaras esquerdas e direitas estão baixas. Ou seja, há menos volume retornando ao coração ou uma "hipovolemia relativa" por dilatação dos vasos.
2. Débito Cardíaco (DC) normal: Em fases iniciais ou compensadas de alguns choques, o DC pode estar normal ou até elevado. Isso exclui causas em que a falha primária é a bomba ou uma obstrução severa ao fluxo.
3. Resistência Vascular Sistêmica (RVS) reduzida: Este é o achado patognomônico. Em quase todos os outros tipos de choque (hipovolêmico, cardiogênico e obstrutivo), o corpo tenta compensar a queda da pressão arterial aumentando a resistência

vascular (vasoconstrição). O único choque que cursa primariamente com vasodilatação (RVS baixa) é o choque distributivo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O choque obstrutivo (como no tromboembolismo pulmonar ou tamponamento cardíaco) apresenta, geralmente, débito cardíaco reduzido e pressões de enchimento (PVC e/ou PCPO) elevadas. Além disso, a RVS estaria aumentada como mecanismo compensatório.

b) Correta. O choque distributivo (cujas causas principais são sepse, anafilaxia e choque neurogênico) caracteriza-se por uma falha na regulação do tônus vascular, levando a uma vasodilatação generalizada. Isso explica a RVS reduzida. Como os vasos estão dilatados, as pressões de enchimento (PVC e PCPO) caem, e o débito cardíaco tende a ser normal ou aumentado (estado hiperdinâmico) para tentar suprir a demanda tecidual.

c) Incorreta. No choque hipovolêmico, tanto a PVC quanto a PCPO estão reduzidas, e o débito cardíaco também cai. No entanto, a RVS estará obrigatoriamente aumentada, pois o sistema nervoso simpático promove vasoconstrição periférica intensa para manter a perfusão dos órgãos vitais.

d) Incorreta. No choque cardiogênico, o problema é a falha da bomba cardíaca. O débito cardíaco é baixo, o que gera um acúmulo de sangue "atrás" do coração, elevando a PCPO e a PVC (congestão). A RVS também estará aumentada como mecanismo de compensação para manter a pressão arterial.

Conclusão: O único tipo de choque que apresenta Resistência Vascular Sistêmica reduzida é o distributivo.

---

### Questão 63

A questão descreve um paciente jovem com quadro agudo/subagudo de alteração do comportamento (sintomas neuropsiquiátricos) associado a um provável evento convulsivo (perda de contato e liberação esfínteriana). Diante de um quadro de encefalopatia a esclarecer em um paciente previamente hígido, a prioridade é afastar causas orgânicas, especialmente as infecciosas e inflamatórias.

Alternativa (a) CORRETA: O paciente apresenta sinais de encefalopatia aguda/subaguda. Após a realização de uma tomografia de crânio normal (que afasta lesões expansivas e hemorragias), o próximo passo fundamental é a análise do líquido cefalorraquidiano (líquor). A coleta de líquido permite identificar sinais de

inflamação (pleocitose, aumento de proteínas) e realizar testes específicos (como PCR para o vírus herpes simples ou pesquisa de anticorpos para encefalite autoimune, como a anti-NMDA, que é comum em jovens com sintomas psiquiátricos e crises convulsivas).

Alternativa (b) INCORRETA: A cintilografia cerebral não possui indicação no manejo inicial de quadros de agitação e confusão mental aguda na emergência. Esse exame é mais utilizado em protocolos de morte encefálica ou em avaliações específicas de demências e focos epilépticos em ambiente ambulatorial.

Alternativa (c) INCORRETA: Embora a ressonância magnética (RM) seja superior à tomografia (TC) para visualizar alterações precoces de encefalites (como no lobo temporal), na prática da emergência, o líquido é prioritário para iniciar o tratamento empírico e confirmar o processo inflamatório/infeccioso. A RM seria o próximo passo de imagem, mas a coleta do líquido é mais determinante para a conduta imediata.

Alternativa (d) INCORRETA: Todo quadro psiquiátrico de início súbito em paciente sem histórico prévio, especialmente acompanhado de alteração do nível de consciência (Glasgow 14) e crise convulsiva (liberação esfínteriana), deve ser considerado de causa orgânica até que se prove o contrário. Encaminhar para a psiquiatria antes de uma investigação neurológica completa é um erro grave, pois retarda o diagnóstico de patologias potencialmente fatais ou com sequelas graves.

---

## Questão 64

### Análise do Caso Clínico

O quadro descreve um paciente com endocardite infecciosa (EI) que apresenta uma complicação aguda grave. A tríade de endocardite, nova bradicardia/hipotensão e alteração no eletrocardiograma (ECG) é um sinal clássico de extensão perivalvar da infecção.

### Análise do Eletrocardiograma (ECG)

Ao observar o traçado, notamos que as ondas P aparecem de forma regular, mas não guardam relação fixa com os complexos QRS. Há uma dissociação atrioventricular completa: a frequência atrial é consideravelmente maior que a ventricular, e nenhum impulso atrial é conduzido aos ventrículos. Esse achado é diagnóstico de Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT).

### Análise das Alternativas

Alternativa a) Incorreta. O ECG não mostra um bloqueio 2:1 (em que uma onda P conduz e a outra não), mas sim uma dissociação total. Além disso, o surgimento de bloqueios na endocardite nunca é considerado esperado ou de resolução espontânea; pelo contrário, é um sinal de alerta para complicações graves.

Alternativa b) Incorreta. Embora identifique o BAVT, a conduta está errada. Em um paciente com instabilidade hemodinâmica (hipotensão e palidez), o marca-passo temporário é mandatório para estabilização clínica imediata. O risco de embolização por conta do eletrodo de marca-passo é mínimo frente ao risco iminente de morte pela bradicardia extrema e choque.

Alternativa c) Correta. O BAVT em um paciente com endocardite indica que a infecção ultrapassou os folhetos valvares e atingiu o sistema de condução (feixe de His ou nó atrioventricular), geralmente devido à formação de um abscesso perivalvar. Essa é uma das complicações mais temidas da EI. A conduta correta envolve a estabilização hemodinâmica com marca-passo temporário e a indicação de cirurgia cardíaca de urgência, pois o tratamento clínico com antibióticos isolados não é capaz de drenar ou curar abscessos miocárdicos.

Alternativa d) Incorreta. O bloqueio de 1º grau é caracterizado apenas pelo aumento do intervalo PR ( $> 200$  ms), com todas as ondas P seguidas por um QRS. O traçado mostra uma gravidade muito maior (BAVT), e a simples observação seria fatal para o paciente.

### Conclusão

O aparecimento de um novo distúrbio de condução no contexto de endocardite infecciosa é um critério diagnóstico importante para abscesso de anel valvar (frequente na valva aórtica, mas possível na mitral). A instabilidade clínica exige intervenção rápida (marca-passo) e definitiva (cirurgia).

---

## Questão 65

O caso clínico apresenta um adolescente com quadro de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), provavelmente secundária ao uso crônico e inadvertido de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), manifestada por melena, síncope (queda no banheiro) e choque hipovolêmico evidente.

### Análise dos Índices:

1. Shock Index (Índice de Choque): É calculado pela divisão da Frequência Cardíaca (FC) pela Pressão Arterial Sistólica (PAS).

Cálculo:  $130 \text{ bpm} / 80 \text{ mmHg} = 1,625$  (aproximadamente 1,6).

Um valor acima de 0,9 indica instabilidade hemodinâmica e necessidade de intervenção imediata.

2. Escore de Glasgow-Blatchford (GBS): Utilizado na triagem inicial da HDA para prever a necessidade de intervenção hospitalar (transfusão, endoscopia ou cirurgia).

Pontuação do paciente baseada nos dados clínicos:

- PAS de 80 mmHg: 3 pontos.

- Frequência Cardíaca de 130 bpm (maior ou igual a 100): 1 ponto.

- Apresentação com melena: 1 ponto.

- Apresentação com síncope (queda no banheiro por provável hipoperfusão): 2 pontos.

Total parcial: 7 pontos (sem contar os valores de hemoglobina e ureia, que não foram fornecidos, mas que certamente elevariam ainda mais o escore devido à palidez 2+/4+).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora o Shock Index esteja correto (1,6), o escore de Glasgow-Blatchford de 7 (mínimo) indica alto risco. O prazo de 36 horas para a realização da endoscopia digestiva alta (EDA) é excessivo para um paciente com instabilidade hemodinâmica; nesses casos, a EDA deve ser realizada em caráter de urgência (preferencialmente nas primeiras 24 horas) logo após a estabilização hemodinâmica.

b) Correta. O Shock Index de 1,6 reflete o estado de choque (FC/PAS). O escore de Glasgow-Blatchford é de pelo menos 7 pontos considerando apenas os critérios clínicos (PAS < 90 = 3; FC > 100 = 1; melena = 1; síncope = 2). Pacientes com GBS elevado e instabilidade hemodinâmica necessitam prioritariamente de estabilização (reposição volêmica vigorosa) seguida de endoscopia digestiva alta de urgência para diagnóstico e eventual tratamento da fonte do sangramento.

c) Incorreta. O cálculo do Shock Index está errado ( $130/80 = 1,6$  e não 1,8). Além disso, a conduta prioritária na suspeita de HDA com melena e choque não é a tomografia de crânio ou angiotomografia de abdome, mas sim a estabilização hemodinâmica e a endoscopia digestiva alta. A tomografia de crânio só seria discutível após a estabilização se houvesse dúvida sobre o trauma, mas o quadro clínico é claramente de choque hipovolêmico por sangramento digestivo.

d) Incorreta. O cálculo do Shock Index está errado (1,8). Embora um GBS de 12 fosse possível após os exames laboratoriais, a conduta de realizar tomografia de abdome com contraste não é o padrão-ouro nem a conduta inicial para HDA. O exame de

escolha para diagnóstico e tratamento é a endoscopia digestiva alta.

---

### Questão 66

Para diferenciar clinicamente as hérnias da região da virilha, o ponto de referência anatômico mais importante é o ligamento inguinal, também conhecido como ligamento de Poupart. Essa estrutura estende-se da espinha ilíaca anterossuperior até o tubérculo púbico e serve como a fronteira entre o canal inguinal e o espaço femoral.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O anel inguinal interno é o local de origem das hérnias inguinais indiretas, situando-se lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. Embora seja uma estrutura crucial na anatomia da região, ele não é o marco que separa as hérnias inguinais das femorais.

b) Incorreta. A fáscia transversalis forma a parede posterior do canal inguinal. O enfraquecimento dessa fáscia na região do triângulo de Hesselbach é a causa fisiopatológica das hérnias inguinais diretas. Ela não atua como divisor entre o canal inguinal e o canal femoral.

c) Correta. O ligamento inguinal é o determinante anatômico para essa diferenciação. As hérnias inguinais (diretas e indiretas) emergem sempre acima do ligamento inguinal. Por outro lado, as hérnias femorais (ou crurais) projetam-se através do anel femoral, localizando-se sempre abaixo do ligamento inguinal e mediais aos vasos femorais. Em pacientes com maior panículo adiposo, essa diferenciação clínica pode ser difícil, mas anatomicamente este é o parâmetro definitivo.

d) Incorreta. Os vasos epigástricos inferiores são o ponto de referência para diferenciar as hérnias inguinais entre si. As hérnias inguinais indiretas ocorrem lateralmente aos vasos epigástricos, enquanto as hérnias inguinais diretas ocorrem medialmente a eles (dentro do triângulo de Hesselbach). Eles não são utilizados para distinguir hérnias inguinais de femorais.

---

### Questão 67

Análise da Questão: Abdome Agudo Obstrutivo por Bridas

O quadro clínico descreve um paciente jovem com sinais clássicos de obstrução intestinal (dor, distensão, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes) e antecedente cirúrgico (apendicectomia), o que torna a principal hipótese diagnóstica

a obstrução por bridas ou aderências.

Alternativa A (Incorreta): O tratamento não operatório (conservador) é, de fato, a conduta inicial na maioria dos casos de obstrução por bridas, desde que não haja sinais de estrangulamento ou peritonite. No entanto, o valor de corte da PCR (Proteína C-reativa) mencionado (menor que 5 mg/dL) não é um critério absoluto ou amplamente validado na literatura para a tentativa do tratamento clínico. Embora a PCR elevada possa sugerir sofrimento de alça, a decisão baseia-se primordialmente na clínica e em exames de imagem.

Alternativa B (Incorreta): A afirmação de que a lise de bridas não pode ser realizada por via laparoscópica está errada. A laparoscopia é uma opção viável e segura em casos selecionados, como em pacientes com previsão de brida única, ausência de distensão abdominal severa e estabilidade hemodinâmica.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa reflete o consenso atual. A cirurgia laparoscópica é indicada em casos selecionados e está associada a uma menor dor pós-operatória, retorno mais rápido da função intestinal e menor tempo de internação (menor morbidade). Contudo, devido à distensão das alças intestinais, que reduz o espaço de trabalho, e à presença de aderências que podem dificultar a visualização e manipulação, o risco de lesão intestinal inadvertida (enterotomia) é maior na via laparoscópica quando comparada à via laparotômica (aberta).

Alternativa D (Incorreta): Os sinais de falência do tratamento conservador incluem o surgimento de sinais de peritonite e a persistência do quadro obstrutivo. Entretanto, os critérios técnicos estão incorretos na alternativa: a literatura costuma considerar falha quando há drenagem pela sonda nasogástrica superior a 500 mL em 24 horas (no terceiro dia de tratamento) ou persistência da obstrução por mais de 48 a 72 horas. O volume de 200 mL mencionado é considerado baixo e não define, por si só, a falha do tratamento.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 68

O achado cirúrgico de aumento das quatro glândulas paratireoides em um contexto de hiperparatireoidismo primário define o diagnóstico de hiperplasia das paratireoides. Diferentemente do adenoma único, que é a causa mais comum de hiperparatireoidismo e envolve apenas uma glândula, a hiperplasia exige a manipulação de todo o tecido paratireoideo para garantir a cura e evitar recidivas.

Existem duas estratégias cirúrgicas principais para o tratamento da hiperplasia das

quatro glândulas: a paratireoidectomia subtotal (na qual se removem três glândulas e meia) e a paratireoidectomia total acompanhada de autotransplante.

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

A alternativa descreve a paratireoidectomia total seguida de autotransplante heterotópico no antebraço. Ao remover as quatro glândulas do pescoço, elimina-se a fonte da doença naquela região. O reimplante de pequenos fragmentos de tecido (cerca de 10 a 20 pedaços de 1 mm) no músculo braquiorradial do antebraço permite que o tecido volte a funcionar e produza paratormônio (PTH) de forma controlada, evitando o hipoparatiroidismo definitivo. A grande vantagem é que, se a doença voltar (hiperplasia do enxerto), a reoperação no braço é muito mais simples e segura do que uma nova exploração cervical. A criopreservação é recomendada como segurança caso o enxerto não prospere.

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

Alternativa B: Remover as quatro glândulas sem realizar o autotransplante causa hipoparatiroidismo iatrogênico definitivo. O controle clínico apenas com cálcio oral e vitamina D é difícil, apresenta riscos de complicações renais a longo prazo e prejudica a qualidade de vida da paciente.

Alternativa C: A conduta de apenas biopsiar e não tratar é inadequada para uma paciente sintomática. O diagnóstico de hiperplasia pode ser confirmado intraoperatoriamente por meio do exame de congelação ou pela análise macroscópica do cirurgião. Adiar o tratamento definitivo obrigaria a paciente a passar por uma reoperação cervical, que é tecnicamente muito mais complexa e arriscada devido à fibrose.

Alternativa D: Se todas as quatro glândulas estão aumentadas e hiperfuncionantes, a remoção de apenas uma delas não resolverá o problema. Isso resultará em hiperparatiroidismo persistente, pois as outras três glândulas continuarão a secretar níveis patológicos de PTH e a manter a hipercalcemia.

---

### Questão 69

A questão apresenta um caso clássico de Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST), que é a neoplasia mesenquimal mais comum do trato digestivo. A descrição endoscópica de uma lesão submucosa (abaulamento com mucosa íntegra) e firme é muito característica dessa patologia.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O marcador HER2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2) é utilizado na avaliação de prognóstico e na indicação de terapia-alvo em casos de adenocarcinoma gástrico e câncer de mama. Ele não possui relação com o diagnóstico ou manejo dos GISTs. O marcador imuno-histoquímico de escolha para o GIST é o CD117 (c-Kit).

Alternativa B (Correta): A fisiopatologia do GIST está intimamente ligada a mutações nos genes que codificam receptores de tirosina-quinase. A mutação no proto-oncogene c-Kit está presente em cerca de 90% a 95% dos casos, levando à expressão da proteína KIT (CD117). Essa é a marca registrada da doença e o principal alvo terapêutico para medicamentos como o imatinibe.

Alternativa C (Incorreta): Ao contrário do adenocarcinoma gástrico, o GIST raramente apresenta disseminação linfática (menos de 1% a 2% dos casos). Por isso, a linfadenectomia não é necessária. O tratamento cirúrgico padrão é a ressecção segmentar ou "em cunha" da lesão com margens livres (ressecção R0). A gastrectomia total é reservada apenas para casos em que a localização ou o tamanho do tumor impeçam uma cirurgia conservadora.

Alternativa D (Incorreta): A classificação de Lauren, que divide os tumores em tipos intestinal e difuso, é exclusiva para o adenocarcinoma gástrico. Para o GIST, os fatores prognósticos mais importantes são o tamanho do tumor, o índice mitótico (número de mitoses por campo) e a localização do tumor (o estômago tem melhor prognóstico que o intestino delgado).

---

## Questão 70

O tratamento do adenocarcinoma gástrico evoluiu significativamente nos últimos anos, migrando de uma abordagem puramente cirúrgica para uma estratégia multimodal. A seguir, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) CORRETA: Atualmente, para tumores gástricos localmente avançados (a partir do estágio T2 ou com presença de linfonodos positivos), o padrão-ouro é o tratamento perioperatório. Isso consiste em realizar quimioterapia antes da cirurgia (neoadjuvante) para reduzir o volume tumoral e tratar micrometástases, seguida de gastrectomia com linfadenectomia (preferencialmente D2) e complementação da quimioterapia após a recuperação cirúrgica (adjuvante). O esquema FLOT (fluorouracil, leucovorin, oxaliplatina e docetaxel) é o protocolo de quimioterapia mais utilizado nesse cenário devido ao ganho comprovado em sobrevida global.

Alternativa (b) INCORRETA: A radioterapia neoadjuvante (antes da cirurgia) é frequentemente utilizada para tumores de esôfago e da transição esofagogástrica

(protocolo CROSS). No entanto, para o adenocarcinoma propriamente gástrico (como o de antro citado na questão), a quimioterapia isolada é a modalidade neoadjuvante de escolha. A radioterapia no estômago apresenta maiores riscos de toxicidade aos órgãos adjacentes e não é o tratamento padrão inicial para tumores locorregionais do corpo ou antro.

Alternativa (c) INCORRETA: A gastrectomia seguida de quimiorradioterapia adjuvante (protocolo de Macdonald) foi muito utilizada no passado. Contudo, estudos mais recentes demonstraram que a quimioterapia perioperatória ou a quimioterapia adjuvante isolada após uma linfadenectomia D2 adequada são superiores ou preferíveis. A radioterapia adjuvante hoje é reservada principalmente para casos em que a linfadenectomia foi considerada insuficiente (D0 ou D1) ou quando há margens comprometidas, não sendo a recomendação de primeira linha para todos os casos de neoplasia de antro.

Alternativa (d) INCORRETA: Esta alternativa apresenta erros conceituais graves. A "gastrectomia parcial vertical" (conhecida como sleeve) é uma técnica de cirurgia bariátrica e não possui princípios oncológicos. Para o tratamento do câncer de antro, a cirurgia indicada é a gastrectomia subtotal ou total, dependendo da margem de segurança. Além disso, a linfadenectomia é etapa obrigatória em qualquer intenção curativa. Pacientes com performance status ruim que não toleram cirurgia ou quimioterapia agressiva são candidatos a cuidados paliativos ou tratamentos menos invasivos, mas nunca a uma técnica bariátrica sem linfadenectomia para tratar câncer.

---

## Questão 71

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta a clássica Pêntade de Reynolds: febre, dor abdominal e icterícia (Tríade de Charcot), acrescidas de hipotensão arterial (necessitando de droga vasoativa) e alteração do nível de consciência. Esse quadro é altamente sugestivo de colangite aguda grave. Os exames laboratoriais confirmam o padrão colestático (elevação de bilirrubina e fosfatase alcalina) e o processo inflamatório (leucocitose). A ultrassonografia confirma a etiologia obstrutiva: um cálculo impactado na ampola de Vater, causando dilatação da via biliar.

### CLASSIFICAÇÃO PELOS CRITÉRIOS DE TÓQUIO 2018 (TG18)

De acordo com as diretrizes de Tóquio 2018, a colangite é classificada em três graus de gravidade:

Grau I (Leve): Não preenche critérios de moderada ou grave. Responde bem ao tratamento inicial.

Grau II (Moderada): Presença de dois dos seguintes critérios: leucocitose ( $> 12.000$  ou  $< 4.000$ ), febre alta ( $\geq 39$  °C), idade  $\geq 75$  anos, bilirrubina total  $\geq 5$  mg/dL ou hipoalbuminemia.

Grau III (Grave): Presença de disfunção orgânica em pelo menos um sistema (cardiovascular, neurológico, respiratório, renal, hepático ou hematológico).

No caso em questão, a paciente apresenta disfunção cardiovascular (hipotensão necessitando de noradrenalina) e disfunção neurológica (rebaixamento do nível de consciência), o que a classifica obrigatoriamente como colangite grau III (grave).

## MANEJO TERAPÊUTICO

O tratamento da colangite grave exige suporte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), antibioticoterapia de largo espectro e, fundamentalmente, a descompressão biliar de urgência/emergência. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) é o método de escolha por ser menos invasivo que a cirurgia e apresentar altas taxas de sucesso na drenagem.

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A classificação está errada. A presença de disfunção orgânica (choque e alteração neurológica) define a colangite como grave (Grau III), e não moderada. Além disso, em quadros graves, a drenagem deve ser emergencial.

b) Incorreta. A classificação como moderada está incorreta. Além disso, a drenagem biliar na colangite grave nunca deve ser eletiva; o atraso na descompressão biliar em pacientes com choque séptico de origem biliar está associado a uma altíssima mortalidade.

c) Correta. Identifica corretamente a gravidade (Grau III/Grave) devido às disfunções orgânicas. O manejo proposto segue rigorosamente o protocolo: estabilização hemodinâmica (suporte intensivo), início imediato de antibióticos e drenagem biliar de emergência por CPRE, que é o padrão-ouro.

d) Incorreta. Embora acerte na classificação de gravidade, a drenagem cirúrgica imediata não é a primeira escolha. A cirurgia biliar em vigência de sepse grave apresenta mortalidade muito superior à drenagem endoscópica (CPRE) ou percutânea. A cirurgia é reservada para casos nos quais os métodos minimamente invasivos falham ou não estão disponíveis.

## Questão 72

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO:

O paciente apresenta a clássica síndrome de Verner-Morrison, também conhecida pela sigla WDHA (Watery Diarrhea, Hypokalemia, Achlorhydria - Diarreia Aquosa, Hipocalemia e Acloridria). O VIPoma é um tumor neuroendócrino pancreático que secreta Peptídeo Intestinal Vasoativo (VIP). Esse hormônio estimula a secreção excessiva de água e eletrólitos no lúmen intestinal, resultando em uma diarreia aquosa profusa e persistente, mesmo em jejum. A perda maciça de potássio e bicarbonato pelas fezes justifica os achados laboratoriais de hipocalemia e acidose metabólica hiperclorêmica. O rubor facial (flushing) ocorre devido ao potente efeito vasodilatador do VIP. A tomografia mostra uma massa hipervascular, característica comum dos tumores neuroendócrinos do pâncreas.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Correta: O diagnóstico é VIPoma. O manejo inicial deve focar obrigatoriamente na estabilização clínica, com reposição agressiva de líquidos e correção dos distúrbios eletrolíticos (potássio) e ácido-básicos (bicarbonato), pois a espoliação é severa. Uma vez estável, o tratamento de escolha para uma lesão de 2cm localizada no corpo do pâncreas, sem evidências de metástases, é a ressecção cirúrgica (pancreatectomia distal), que possui alto potencial curativo.

Alternativa b) Incorreta: O glucagonoma manifesta-se tipicamente pela tríade de eritema migratório necrolítico (lesões cutâneas bolhosas e crostosas), diabetes mellitus leve e perda ponderal. Não é a causa de diarreia aquosa volumosa com acidose metabólica e hipocalemia.

Alternativa c) Incorreta: O insulinoma apresenta-se com a Tríade de Whipple (sintomas de hipoglicemia, confirmação de glicemia baixa e melhora dos sintomas após administração de glicose). Não há relação com diarreia crônica ou flushing. Além disso, o tratamento para tumores neuroendócrinos funcionantes e sintomáticos é geralmente cirúrgico, e não apenas monitoramento, devido ao risco de sintomas graves e potencial de malignidade.

Alternativa d) Incorreta: O gastrinoma (Síndrome de Zollinger-Ellison) causa úlceras pépticas graves, recorrentes e em locais atípicos, além de esofagite severa. Pode causar diarreia devido ao excesso de ácido gástrico que inativa enzimas pancreáticas, mas o perfil clínico não condiz com a acidose metabólica hiperclorêmica e o flushing. O tratamento inicial para doença localizada é o controle da hipersecreção ácida com inibidores de bomba de prótons seguido de cirurgia, e não quimioterapia neoadjuvante.

## Questão 73

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é uma emergência médica clássica: o pneumotórax hipertensivo. O paciente apresenta a tríade diagnóstica fundamental: insuficiência respiratória grave (dispneia, taquipneia e saturação de 75%), sinais de choque obstrutivo (hipotensão, taquicardia e distensão venosa jugular) e exame físico torácico compatível (ausculta abolida unilateralmente).

Em situações de trauma, a distensão das veias do pescoço associada à hipotensão e à ausência de sons respiratórios em um dos lados do tórax confirma o diagnóstico de pneumotórax hipertensivo. O aumento da pressão no espaço pleural desloca o mediastino, comprimindo as veias cavas e diminuindo o retorno venoso, o que leva ao choque e à morte rápida se não houver intervenção.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Drenagem de tórax): Incorreta. Embora a drenagem de tórax em selo d'água seja o tratamento definitivo para o pneumotórax, ela demanda tempo para preparação de material e técnica. Em um paciente com instabilidade hemodinâmica grave (PA 80 x 50 mmHg), a prioridade absoluta é o alívio imediato da pressão intratorácica. A drenagem deve ser realizada obrigatoriamente, mas logo após a manobra de descompressão imediata.

Alternativa B (Descompressão torácica): Correta. De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), o pneumotórax hipertensivo é um diagnóstico clínico e não deve aguardar exames radiológicos. A conduta imediata é a descompressão torácica para transformar o pneumotórax hipertensivo em um pneumotórax simples. Isso pode ser feito via descompressão por agulha (preferencialmente no 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior em adultos) ou por descompressão digital (toracostomia digital). Esta manobra salva a vida do paciente ao permitir o retorno do débito cardíaco.

Alternativa C (Toracotomia exploradora): Incorreta. A toracotomia (abertura cirúrgica ampla do tórax) é indicada em situações específicas como hemotórax maciço, lesões de grandes vasos ou trauma cardíaco penetrante com parada cardiorrespiratória presenciada. Não é a conduta inicial para pneumotórax hipertensivo.

Alternativa D (Intubação orotraqueal): Incorreta. Realizar a intubação orotraqueal e iniciar a ventilação por pressão positiva antes de descomprimir o tórax em um paciente com pneumotórax hipertensivo pode ser fatal. A pressão positiva enviada pelo ventilador ou pelo Ambu aumentará ainda mais a pressão no espaço pleural,

agravando rapidamente o colapso cardiovascular e levando à parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso (AESP). A descompressão deve sempre preceder a ventilação por pressão positiva neste cenário.

### Questão 74

Esta questão aborda o manejo do trauma abdominal fechado com lesão esplênica, um tema recorrente em provas de residência. Para definir a conduta correta, devemos analisar três pilares: estabilidade hemodinâmica, presença de irritação peritoneal e achados tomográficos.

Análise do caso clínico:

A paciente está hemodinamicamente estável (PA 110x70 mmHg e FC 96 bpm) e não apresenta sinais de irritação peritoneal ao exame físico. No trauma abdominal fechado, a estabilidade hemodinâmica é o principal critério para indicar o tratamento não operatório (TNO). Contudo, a tomografia computadorizada (TC) revelou uma lesão de alto grau (Grau IV) com a presença de escape de contraste ("blush" arterial). O "blush" indica sangramento ativo no momento do exame, o que aumenta significativamente o risco de falha do tratamento puramente observacional.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A laparotomia exploradora com esplenectomia está indicada para pacientes com instabilidade hemodinâmica persistente, sinais de peritonite ou falha comprovada do tratamento conservador. Como a paciente está estável, deve-se priorizar métodos que preservem o baço para evitar complicações futuras, como a sepse pós-esplenectomia.
- b) Incorreta. A videolaparoscopia não é a conduta de escolha neste cenário. Embora possa ser usada em traumas penetrantes estáveis ou para diagnóstico de lesões diafragmáticas, na lesão esplênica grau IV com sangramento ativo, a intervenção necessária é o controle vascular ou a cirurgia aberta, caso haja instabilidade.
- c) Correta. A arteriografia com embolização é a conduta padrão-ouro para pacientes hemodinamicamente estáveis que apresentam "blush" na tomografia, independentemente do grau da lesão esplênica. Essa técnica permite o controle do foco de sangramento ativo de forma minimamente invasiva, aumentando as taxas de sucesso do tratamento não operatório e permitindo a preservação do órgão.
- d) Incorreta. O tratamento expectante isolado (apenas observação, repouso e exames seriados) é adequado para lesões esplênicas de baixo grau e sem evidência de sangramento ativo na TC. Na presença de escape de contraste, a observação pura

está associada a um alto índice de necessidade de cirurgia de emergência posterior por ruptura tardia ou choque. Portanto, a intervenção por radiologia intervencionista (embolização) deve ser associada à observação na UTI.

Resumo da conduta:

Paciente estável + Ausência de peritonite + Tomografia com "blush" = Arteriografia com embolização.

---

## Questão 75

O manejo do trauma renal atual é predominantemente conservador, visando à preservação do parênquima renal. A maioria das lesões, mesmo as de alto grau (classificadas pela escala AAST), pode ser tratada sem cirurgia, desde que o paciente apresente estabilidade hemodinâmica.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A instabilidade hemodinâmica que não responde à ressuscitação volêmica inicial é a principal indicação absoluta para laparotomia imediata no trauma renal. Quando o paciente apresenta sinais de choque hemorrágico decorrente da lesão renal, a exploração cirúrgica é mandatória para o controle do sangramento, visando salvar a vida do paciente, mesmo que isso resulte em uma nefrectomia.

Alternativa b: Incorreta. O achado de lesão do sistema coletor, identificado pelo extravasamento de urina com contraste na fase excretora da tomografia, classifica a lesão como Grau IV. Na ausência de sangramento arterial ativo ou instabilidade, essa condição é manejada inicialmente de forma conservadora. Caso o extravasamento urinário persista ou cause complicações (como urinomas infectados ou dor), opta-se por procedimentos minimamente invasivos, como a passagem de cateter duplo J ou nefrostomia percutânea, e não por laparotomia imediata.

Alternativa c: Incorreta. A trombose da artéria renal é considerada uma lesão de Grau V. Apesar da gravidade e do risco de perda funcional do rim, a laparotomia imediata para tentativa de revascularização apresenta taxas de sucesso muito baixas no trauma contuso, devido ao tempo de isquemia decorrido até o diagnóstico. Se o paciente estiver hemodinamicamente estável e possuir o rim contralateral íntegro, a conduta costuma ser o manejo expectante ou, em casos selecionados e precoces, a intervenção via radiologia intervencionista.

Alternativa d: Incorreta. A hematúria, seja ela microscópica ou franca (macroscópica), é um sinal clínico de trauma no trato urinário, mas não serve como critério isolado para indicação cirúrgica. A persistência da hematúria não indica necessariamente um sangramento vultoso que exija laparotomia. O tratamento envolve hidratação e

observação; a irrigação vesical é utilizada apenas para evitar que coágulos obstruam a uretra ou a sonda vesical de demora.

Portanto, no trauma renal, a decisão cirúrgica baseia-se muito mais no estado clínico do paciente (estabilidade hemodinâmica) do que apenas nos achados anatômicos da tomografia.

---

### **Questão 76**

Alternativa a) Incorreta. O rolamento em bloco e a avaliação do dorso são recomendados para pacientes com suspeita de lesão na coluna vertebral, independentemente de como foram transportados. Embora seja comum em pacientes imobilizados com prancha e colar, a técnica é o padrão para garantir a proteção da medula espinhal durante qualquer movimentação lateral do paciente politraumatizado.

Alternativa b) Correta. Conforme os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a avaliação detalhada do dorso, realizada por meio do rolamento em bloco, é uma etapa da avaliação secundária. Nesse momento, busca-se por deformidades na coluna, equimoses ou ferimentos. No entanto, se houver suspeita de uma fonte de sangramento ativo (hemorragia externa grave) localizada no dorso, o rolamento deve ser antecipado para a fase C (Circulação) da avaliação primária, visando o controle imediato da perda sanguínea.

Alternativa c) Incorreta. A prancha rígida deve, de fato, ser retirada o quanto antes para prevenir complicações como úlceras por pressão e desconforto. Entretanto, o momento dessa retirada deve respeitar a priorização do atendimento inicial (ABCDE). Realizar o rolamento assim que o paciente chega, sem antes garantir a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada, pode colocar a vida do paciente em risco.

Alternativa d) Incorreta. Embora a avaliação sistemática do dorso ocorra após a avaliação primária, a alternativa deixa de mencionar a exceção crucial descrita na alternativa B. Se o dorso for o local de uma lesão que cause risco imediato de vida, como uma hemorragia exanguinante, ele deve ser avaliado e tratado ainda durante a fase primária (C). Portanto, a alternativa B é mais precisa e completa dentro da doutrina de atendimento ao trauma.

---

## Questão 77

O caso clínico apresenta um paciente com trauma penetrante e sinais claros de choque hemorrágico grave. Dois índices são fundamentais para a conduta: o Shock Index (Frequência Cardíaca dividida pela Pressão Arterial Sistólica), que está em 1,2 (valor  $> 0,9$  indica choque grave), e o ABC Score (Assessment of Blood Consumption), que está em 3 pontos. No ABC Score, uma pontuação igual ou superior a 2 é um preditor precoce e preciso da necessidade de Protocolo de Transfusão Maciça (PTM).

A base do tratamento moderno no trauma, conhecida como Ressuscitação de Controle de Danos, preconiza a ressuscitação hemostática. Isso significa priorizar o uso de componentes sanguíneos em vez de grandes volumes de cristaloides, visando prevenir ou tratar a coagulopatia do trauma (a tríade letal: acidose, hipotermia e coagulopatia).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O soro albuminado (albumina) é um coloide que não possui indicação na ressuscitação inicial do trauma. Estudos mostram que não há benefício superior aos cristaloides e, em casos de trauma cranioencefálico associado, pode até aumentar a mortalidade. O foco deve ser a reposição de fatores de coagulação e hemácias.

b) Incorreta. A solução salina hipertônica pode ser utilizada em contextos específicos de hipertensão intracraniana, mas não faz parte do protocolo padrão de ressuscitação hemostática no choque hemorrágico. O tratamento requer a reposição equilibrada de componentes do sangue.

c) Correta. Esta alternativa descreve os pilares do Protocolo de Transfusão Maciça. A conduta atual é infundir precocemente Concentrado de Hemácias, Plasma Fresco Congelado e Plaquetas, geralmente em uma proporção balanceada (como 1:1:1), além do Crioprecipitado. O crioprecipitado é essencial para a reposição de fibrinogênio, que é o primeiro fator de coagulação a atingir níveis críticos no trauma hemorrágico.

d) Incorreta. O Plasmalyte é um cristalóide balanceado e a albumina é um coloide. Embora cristaloides balanceados sejam preferíveis ao soro fisiológico 0,9% para evitar acidose hiperclorêmica, o paciente em questão já possui critérios para transfusão maciça devido à gravidade do choque e ao escore ABC elevado. Portanto, a reposição deve ser feita com hemoderivados, e não com soluções sintéticas ou colóides.

## Questão 78

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico apresenta um paciente idoso, negro, com uma lesão pigmentada no calcanhar (região acral). O ponto fundamental para a resolução da questão é o achado dermatoscópico descrito: o padrão de crista paralela.

A pele das palmas das mãos e plantas dos pés (pele glabra) possui uma anatomia única composta por sulcos e cristas que formam as impressões digitais. Na dermatoscopia acral, a localização do pigmento em relação a essas estruturas é o que define a suspeita de malignidade.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

A alternativa (b) está correta. O melanoma lentiginoso acral é o subtipo de melanoma mais comum em indivíduos de pele negra, ocorrendo nas palmas, plantas e regiões subungueais. O padrão de crista paralela é o sinal dermatoscópico mais característico e específico para este diagnóstico. Ele ocorre quando o pigmento (melanina) se distribui preferencialmente nas cristas cutâneas, onde se localizam as aberturas dos ductos das glândulas sudoríparas. Esse padrão tem um valor preditivo positivo muito alto para o melanoma acral precoce. Em contrapartida, lesões benignas (nevus acrais) costumam apresentar o pigmento nos sulcos (padrão de sulco paralelo).

A alternativa (a) está incorreta. O melanoma nodular apresenta-se clinicamente como uma pápula ou nódulo de crescimento rápido, frequentemente invasivo desde o início. Seus achados dermatoscópicos costumam ser mais genéricos, como véu azul-esbranquiçado, estruturas polimorfas e vasos atípicos, mas não apresentam o padrão de crista paralela, que é uma característica exclusiva da pele glabra das extremidades.

A alternativa (c) está incorreta. O melanoma lentigo maligno é típico de áreas com exposição solar crônica e intensa, como a face e o pescoço de pacientes idosos. A dermatoscopia dessa região foca nas aberturas foliculares, revelando achados como aberturas foliculares assimétricas, estruturas romboidais e o padrão anular-granular.

A alternativa (d) está incorreta. O melanoma extensivo superficial é o tipo mais comum na população de pele clara (fototipos baixos), surgindo frequentemente no dorso de homens e nas pernas de mulheres. Dermatologicamente, ele se caracteriza por uma rede pigmentar atípica, pontos e glóbulos de tamanhos e cores variados, além de áreas de regressão, mas não exibe a conformação de cristas e sulcos típica das regiões acrais.

## RESUMO DIDÁTICO

Para provas de residência, memorize o "Binômio Acral":

1. Pigmento no SULCO paralelo = Sinal de lesão BENIGNA (Nevo).
2. Pigmento na CRISTA paralela = Sinal de MALIGNIDADE (Melanoma Lentiginoso Acral).

### Questão 79

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de diverticulite aguda complicada, classificada pela tomografia como Hinchey II. Na classificação original de Hinchey, o estágio II é caracterizado pela presença de um abscesso pélvico, retroperitoneal ou à distância do foco inflamatório inicial. O tratamento padrão para o Hinchey II costuma ser a antibioticoterapia associada à drenagem percutânea do abscesso (geralmente indicada quando a coleção é maior que 3 ou 4 cm). No entanto, a conduta cirúrgica torna-se necessária quando o quadro clínico sugere que a infecção não está mais bloqueada (localizada).

#### JUSTIFICATIVA DAS ALTERNATIVAS

**ALTERNATIVA A (CORRETA):** A presença de sinais de peritonite ao exame físico (como dor à descompressão súbita e defesa abdominal) é a principal indicação clínica para tratamento cirúrgico de urgência. A peritonite indica que houve ruptura do abscesso ou progressão da doença para os estágios Hinchey III (peritonite purulenta) ou Hinchey IV (peritonite fecal). Nesses casos, o tratamento conservador ou a drenagem percutânea não são suficientes, sendo necessária a laparotomia ou laparoscopia para controle da fonte de infecção e lavagem da cavidade.

**ALTERNATIVA B (INCORRETA):** A leucocitose ( $17.000/\text{mm}^3$ ) é um achado laboratorial comum em processos infecciosos e inflamatórios. Embora ajude a avaliar a gravidade do paciente, não é, por si só, um critério que obrigue a realização de cirurgia. Muitos pacientes com leucocitose importante respondem bem ao tratamento com antibióticos.

**ALTERNATIVA C (INCORRETA):** A temperatura de 37,9 graus Celsius indica febre, que é um sinal sistêmico de infecção esperado na diverticulite. A presença de febre isolada não justifica uma intervenção cirúrgica, sendo um parâmetro utilizado para monitorar a resposta ao tratamento clínico instituído.

**ALTERNATIVA D (INCORRETA):** A Proteína C-Reativa (PCR) é um marcador de fase

aguda inespecífico. Valores elevados sugerem uma inflamação sistêmica significativa, mas não são critérios determinantes para indicação cirúrgica. A decisão de operar baseia-se prioritariamente na clínica do paciente e nos achados de imagem que demonstrem complicações não passíveis de tratamento conservador.

#### RESUMO PARA ESTUDO

Na diverticulite aguda, as principais indicações de cirurgia de urgência são:

1. Peritonite generalizada (purulenta ou fecal).
2. Obstrução intestinal completa.
3. Pneumoperitônio volumoso (sinal de perfuração livre).
4. Falha do tratamento clínico ou da drenagem percutânea após 48 a 72 horas.

Como o enunciado menciona sinais de peritonite ao exame físico, a alternativa A é a resposta correta.

---

#### Questão 80

Diagnóstico: O quadro clínico de dor abdominal súbita no andar superior, associado a vômitos e à elevação de amilase e lipase acima de três vezes o limite superior da normalidade, confirma o diagnóstico de pancreatite aguda. A história prévia de colelitíase sintomática aponta para a etiologia biliar.

Alternativa A (Correta): O pilar do tratamento inicial da pancreatite aguda é a reposição volêmica precoce e adequada. O objetivo é manter a perfusão orgânica e prevenir a necrose pancreática. O Ringer Lactato é a solução cristalóide preferencial, pois estudos demonstram que ele pode reduzir a resposta inflamatória sistêmica em comparação ao soro fisiológico. A taxa de infusão moderada (em torno de 1,5 a 2,5 ml/kg/h) é atualmente preferida em relação a esquemas de ressuscitação agressiva, visando evitar complicações como sobrecarga volêmica e desconforto respiratório.

Alternativa B (Incorreta): A Proteína C Reativa (PCR) elevada é um marcador de gravidade e de resposta inflamatória sistêmica, não sendo um indicador de infecção bacteriana por si só. O uso de antibióticos, incluindo os carbapenêmicos, é reservado estritamente para casos de necrose pancreática infectada ou infecções extrapancreáticas (como colangite ou pneumonia). O uso profilático de antibióticos não é recomendado, independentemente do valor da PCR.

Alternativa C (Incorreta): A analgesia é fundamental no manejo da pancreatite aguda. Tanto os anti-inflamatórios quanto os opioides podem ser utilizados. O mito histórico de que a morfina seria contraindicada por causar espasmo do esfíncter de Oddi não possui relevância clínica comprovada, e os opioides são frequentemente necessários

para o controle de dores intensas e refratárias.

Alternativa D (Incorreta): A diretriz atual recomenda o reinício precoce da dieta por via oral conforme a tolerância do paciente (geralmente em casos leves). Caso o paciente não tolere a via oral, a preferência é sempre pela nutrição enteral (via sonda), que ajuda a manter a integridade da barreira intestinal e reduz o risco de translocação bacteriana. A nutrição parenteral é a última opção, indicada apenas quando o trato gastrointestinal não estiver funcional ou quando a via enteral for impossível de ser mantida.

---