



CESUPA

GABARITO | 2025 | PA | 50 Questões



Gabarito: CESUPA

2025 | PA

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O paciente apresenta um quadro clínico de Hipertensão Arterial Resistente (HAR). A HAR é definida quando a pressão arterial permanece acima das metas recomendadas ($\geq 140/90$ mmHg) mesmo com o uso de três classes de anti-hipertensivos em doses otimizadas, preferencialmente incluindo um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), um bloqueador de canais de cálcio (BCC) e um diurético tiazídico. No caso, o paciente já usa enalapril, anlodipino e hidroclorotiazida em doses máximas ou habituais efetivas.

Alternativa (a): Correta. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, o quarto fármaco a ser adicionado ao esquema terapêutico da hipertensão resistente é a espironolactona (antagonista do receptor mineralocorticoide), baseada em evidências de estudos como o PATHWAY-2. O paciente possui potássio de 4,0 mEq/L e taxa de filtração glomerular de 45 mL/min, o que permite o uso seguro da medicação (geralmente evitada se $K > 5,0$ ou $TFG < 30$). Além disso, a solicitação do MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) de 24 horas é o passo fundamental para excluir a "pseudorresistência", causada principalmente pelo efeito do avental branco, confirmando se a pressão está realmente elevada durante as atividades habituais.

Alternativa (b): Incorreta. A clonidina é um agonista alfa-2 de ação central e é considerada uma droga de linhas posteriores (quinta ou sexta escolha) no manejo da hipertensão. Embora a polissonografia seja importante para investigar a Apneia Obstrutiva do Sono (uma causa comum de hipertensão secundária), a prioridade diagnóstica e terapêutica imediata, conforme o algoritmo de resistência, aponta para o MAPA e a espironolactona.

Alternativa (c): Incorreta. A substituição de diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) por diuréticos de alça (furosemida) é recomendada na doença renal crônica quando a taxa de filtração glomerular é inferior a 30 mL/min (estágios 4 e 5), pois os tiazídicos perdem eficácia nesse patamar. Como o paciente tem TFG de 45 mL/min, a hidroclorotiazida ainda apresenta utilidade, e a conduta de escolha para resistência continua sendo a espironolactona. O ecocardiograma avalia hipertrofia ventricular esquerda (lesão de órgão-alvo), mas não define a conduta de ajuste para o controle pressórico imediato.

Alternativa (d): Incorreta. Aumentar a dose da hidroclorotiazida acima de 25 mg costuma trazer pouco benefício adicional no controle da pressão arterial, mas aumenta significativamente o risco de distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos. O Doppler de artérias renais é um exame para investigar hipertensão secundária

renovascular, que deve ser considerada, mas a confirmação da hipertensão resistente verdadeira via MAPA e o bloqueio da aldosterona com espironolactona precedem essa investigação na rotina de manejo da HAR.

Questão 2

Análise do caso clínico: A paciente apresenta diabetes mellitus tipo 2 descompensado (HbA1c 8,2 por cento), hipertensão arterial não controlada (135/90 mmHg) e doença renal do diabetes, caracterizada por taxa de filtração glomerular de 55 mL/min/1,73m² (estágio G3a) e albuminúria de 200 mg/24h (estágio A2). Segundo as diretrizes atuais, como as da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e o KDIGO, o manejo deve focar em nefroproteção e controle rigoroso de fatores de risco.

Alternativa a: Incorreta. A troca de um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA), como o enalapril, por um bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), como a losartana, só é indicada em caso de intolerância (ex: tosse seca). Não há vantagem terapêutica na troca isolada. Além disso, a associação de IECA e BRA (duplo bloqueio) é formalmente contraindicada pelo risco de hipercalemia e insuficiência renal aguda.

Alternativa b: Incorreta. A metformina deve ser mantida, pois a taxa de filtração glomerular (55 mL/min) ainda permite seu uso seguro. As diretrizes recomendam reduzir a dose quando a filtração cai abaixo de 45 mL/min e suspender apenas se for menor que 30 mL/min. Embora o início da dapagliflozina seja correto, a suspensão da metformina neste momento é desnecessária.

Alternativa c: Incorreta. A glibenclamida é uma sulfonilureia associada a um alto risco de hipoglicemia, especialmente em pacientes com comprometimento da função renal, e não apresenta benefícios comprovados na redução da progressão da doença renal. O tratamento de escolha para intensificação glicêmica em diabéticos com doença renal são os inibidores da SGLT2 ou agonistas do receptor de GLP-1.

Alternativa d: Correta. Esta é a conduta mais adequada por dois motivos principais. Primeiro, a empagliflozina (inibidor da SGLT2) tem indicação nível 1A para pacientes com doença renal do diabetes e filtração glomerular acima de 20-25 mL/min, pois reduz drasticamente a progressão para falência renal e morte cardiovascular, além de ajudar no controle glicêmico e peso. Segundo, a pressão arterial da paciente (135/90 mmHg) está acima da meta para nefropatas com albuminúria (que deve ser menor que 130/80 mmHg). A espironolactona, além de auxiliar no controle pressórico como quarto fármaco, atua na redução da albuminúria residual, potencializando o efeito nefroprotetor do enalapril.

Resumo do manejo: O tratamento atual da nefropatia diabética baseia-se em quatro pilares: controle glicêmico (preferencialmente com iSGLT2), bloqueio do sistema renina-angiotensina (IECA ou BRA em dose máxima), controle pressórico rigoroso e, recentemente, o uso de antagonistas de receptores mineralocorticoides (como a espironolactona ou a finerenona) para reduzir a inflamação e fibrose renal.

Questão 3

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de dispepsia funcional, caracterizada por sintomas crônicos localizados na região gastroduodenal sem uma causa orgânica evidente. De acordo com os critérios de Roma IV, a dispepsia funcional é dividida em dois subtipos principais: a Síndrome do Desconforto Pós-Prandial (SDP) e a Síndrome da Dor Epigástrica (SDE).

O quadro deste paciente é clássico da Síndrome do Desconforto Pós-Prandial (SDP), pois ele relata plenitude pós-prandial (sensação de estufamento), saciedade precoce e náuseas, sem a presença de dor epigástrica ou queimação (que caracterizariam a SDE).

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O uso de Inibidores da Bomba de Prótons (IBP) isoladamente é a primeira linha de tratamento para a Síndrome da Dor Epigástrica (SDE), onde o sintoma predominante é a dor ou queimação. Para pacientes com predominância de plenitude e estufamento (SDP), o IBP costuma ter eficácia limitada.

b) Incorreta. Embora a associação possa ser utilizada em casos refratários ou em pacientes que apresentam sobreposição de sintomas (dor + plenitude), a conduta inicial para um quadro puro de desconforto pós-prandial deve focar primeiramente no mecanismo de motilidade. Além disso, inicia-se preferencialmente com monoterapia antes de associar fármacos.

c) Correta. De acordo com o Consenso de Roma IV e as diretrizes de manejo da dispepsia funcional, a conduta inicial para a Síndrome do Desconforto Pós-Prandial (SDP) envolve orientações dietéticas (como fracionar as refeições e reduzir a ingestão de gorduras) e o uso de procinéticos. Os procinéticos (como a domperidona ou a bromoprida) auxiliam no esvaziamento gástrico e na acomodação do estômago, aliviando a sensação de plenitude e as náuseas.

d) Incorreta. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é indicada inicialmente em pacientes

com sinais de alarme (perda de peso, anemia, sangramento, vômitos persistentes, disfagia) ou em pacientes acima de uma determinada faixa etária (geralmente acima de 45-50 anos, dependendo da diretriz local). Como o paciente tem 42 anos, não apresenta sinais de alarme e o quadro clínico é muito sugestivo de dispepsia funcional, o manejo inicial pode ser empírico.

Questão 4

A paciente descrita possui 55 anos e é classificada como de risco médio para o câncer colorretal (CCR), uma vez que é assintomática e não possui histórico familiar ou pessoal de doenças predisponentes, como síndromes hereditárias ou doenças inflamatórias intestinais. O rastreamento populacional do CCR tem como objetivo a identificação e a remoção de lesões pré-neoplásicas (pólipos adenomatosos) ou o diagnóstico do câncer em fase inicial, o que reduz significativamente a morbimortalidade.

Atualmente, as principais diretrizes nacionais e internacionais, incluindo as da Sociedade Brasileira de Coloproctologia e as do Ministério da Saúde, recomendam que o rastreamento para indivíduos de risco médio comece entre os 45 e 50 anos de idade. A colonoscopia é considerada o método padrão-ouro, pois permite a visualização direta de todo o cólon e a realização de biópsias ou polipectomias no mesmo ato. Quando o exame inicial é normal, o intervalo recomendado para a repetição do procedimento em pacientes de risco médio é de 10 anos.

Alternativa a: Incorreta. Embora a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) seja um método de rastreamento aceitável (geralmente realizada de forma anual), a afirmação de que não há indicação de colonoscopia está errada. A colonoscopia é um dos métodos preferenciais de primeira linha e deve ser oferecida à paciente nessa faixa etária.

Alternativa b: Correta. Aos 55 anos, a paciente já está dentro da idade recomendada para o início do rastreamento. Solicitar a colonoscopia nessa consulta e, caso o exame seja normal, repetir em 10 anos, é a conduta que segue rigorosamente os protocolos de rastreamento para a população geral de risco médio.

Alternativa c: Incorreta. Aguardar até os 60 anos para iniciar o rastreamento é uma conduta inadequada. As diretrizes preconizam o início aos 45 ou 50 anos, pois a incidência de câncer colorretal aumenta progressivamente a partir dessa idade, mesmo em pessoas sem histórico familiar, que compõem a maioria dos casos da doença (casos esporádicos).

Alternativa d: Incorreta. O intervalo de 5 anos para colonoscopia não é recomendado

para pacientes de risco médio com exames normais. Esse intervalo mais curto é reservado para pacientes que apresentaram achados específicos em exames anteriores (como certos tipos e quantidades de adenomas) ou para outros métodos de rastreamento, como a retossigmoidoscopia flexível ou a colonografia por tomografia computadorizada.

Questão 5

O ponto central para resolver esta questão não é a interpretação isolada do gráfico FRAX, mas sim o reconhecimento de um diagnóstico clínico evidente. De acordo com as diretrizes da National Osteoporosis Foundation (NOF) e da Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (ABRASSO), o diagnóstico de osteoporose pode ser estabelecido de três formas: pela densitometria óssea (T-score igual ou inferior a -2,5), pelo alto risco no FRAX ou pela presença de uma fratura por fragilidade em sítio maior (fêmur ou vértebra), independentemente do resultado da densitometria.

A paciente do caso tem 65 anos e sofreu uma fratura de fêmur ao escorregar na rua (trauma de baixo impacto), o que caracteriza uma fratura por fragilidade. Portanto, ela já tem o diagnóstico clínico de osteoporose e indicação formal de tratamento medicamentoso para reduzir o risco de novas fraturas, que é altíssimo nos primeiros dois anos após o evento inicial. O gráfico do FRAX na zona intermediária, neste contexto, serve apenas para reforçar a necessidade da densitometria para seguimento, mas não deve postergar o início da terapia.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Aguardar a densitometria atrasaria o tratamento de uma paciente que já possui diagnóstico clínico de osteoporose devido à fratura de quadril. O tratamento deve ser iniciado o quanto antes.
- b) Correta. A conduta padrão para pacientes com diagnóstico clínico de osteoporose por fratura de fragilidade é a introdução de terapia farmacológica (geralmente bifosfonatos como primeira linha, como o alendronato) associada à suplementação de cálcio e vitamina D, caso a ingestão dietética e os níveis séricos sejam insuficientes.
- c) Incorreta. Embora a cessação do tabagismo e a atividade física sejam fundamentais como medidas não farmacológicas, elas são insuficientes de forma isolada para uma paciente que já apresentou uma fratura maior de quadril.
- d) Incorreta. Apenas a suplementação de cálcio, vitamina D e exercícios não constituem o tratamento completo para osteoporose estabelecida com fratura prévia.

É indispensável o uso de um agente antirreabsortivo (bifosfonato) para redução efetiva do risco de fraturas subsequentes. Além disso, exercícios de "baixo impacto" podem não ser tão eficazes para ganho de massa óssea quanto exercícios de resistência e carga, desde que supervisionados.

Questão 6

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP). Embora o exame físico revele sinais de Insuficiência Venosa Crônica (veias varicosas, dermatite ocre e edema leve), a queixa principal de dor ao caminhar que obriga a interrupção da marcha (claudicação intermitente) é um sintoma tipicamente arterial. A confirmação diagnóstica no exame físico é dada pela ausência de pulsos distais (pediosos e tibiais posteriores). O tabagismo é o principal fator de risco para essa condição. O objetivo do tratamento deve ser a melhora da distância de caminhada e a redução do risco cardiovascular global.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A anticoagulação oral em dose plena é indicada para o tratamento de eventos trombóticos agudos, como a Trombose Venosa Profunda (TVP) ou embolias sistêmicas. O paciente não apresenta sinais de TVP aguda (sinais de Bancroft e Homans negativos) e a anticoagulação não é o tratamento padrão para a claudicação intermitente na DAOP crônica.

b) INCORRETA. O repouso é contraindicado para pacientes com claudicação intermitente. O estímulo à caminhada é fundamental para promover a angiogênese e o desenvolvimento de circulação colateral, melhorando a perfusão muscular. O uso isolado de analgésicos não trata a causa subjacente da isquemia muscular induzida pelo exercício.

c) CORRETA. Esta alternativa apresenta o manejo padrão-ouro para a DAOP sintomática. O cilostazol é um inibidor da fosfodiesterase III que promove vasodilatação e inibe a agregação plaquetária, sendo a principal medicação para aumentar a distância percorrida sem dor. A estatina é essencial para todos os pacientes com DAOP, visando à estabilização de placas ateroscleróticas e à redução da mortalidade cardiovascular. A cessação do tabagismo é a medida mais importante para interromper a progressão da doença, e o exercício físico programado é a terapia não farmacológica mais eficaz.

d) INCORRETA. O uso de vasotônicos e meia elástica seria o tratamento direcionado

para a Insuficiência Venosa Crônica, que o paciente também possui. No entanto, o tratamento da dor arterial é prioritário neste caso. Além disso, existe uma contraindicação relativa ao uso de meias elásticas de compressão em pacientes com doença arterial associada (especialmente se o Índice Tornozelo-Braquial for menor que 0,5), pois a compressão externa pode agravar a isquemia tecidual e levar ao aparecimento de feridas arteriais.

GABARITO: A alternativa correta é a letra (c).

Questão 7

Esta questão aborda o manejo de sintomas em um paciente com neoplasia avançada sob cuidados paliativos. O cenário descreve um homem de 78 anos com câncer de pulmão metastático e metas de cuidado já estabelecidas para evitar medidas invasivas. O foco principal aqui deve ser a promoção de conforto e a qualidade de vida, respeitando a terminalidade da doença.

Alternativa a: Incorreta. A proposta de internação em UTI e suporte ventilatório invasivo (intubação orotraqueal) contraria diretamente o planejamento prévio de cuidados paliativos e o quadro de neoplasia avançada sem perspectiva curativa. Medidas invasivas nesse contexto seriam consideradas distanásia, prolongando o sofrimento sem benefício real ao paciente.

Alternativa b: Incorreta. Embora a ventilação não invasiva possa ser usada em caráter experimental para alívio de dispneia em alguns casos, a alternativa propõe "suporte intensivo para controle da infecção", o que foge do objetivo de conforto estabelecido. O foco deve ser o controle sintomático e não a reversão agressiva de uma condição em fase final de vida.

Alternativa c: Incorreta. Esta opção peca por omissão no controle de sintomas. Manter apenas "analgesia leve" é insuficiente para um paciente com desconforto respiratório agudo, taquipneia e ansiedade. Cuidados paliativos exigem ações terapêuticas ativas para aliviar o sofrimento, e não apenas a suspensão de tratamentos curativos.

Alternativa d: Correta. Esta é a conduta que melhor se alinha aos princípios da medicina paliativa. A oxigenoterapia pode ser utilizada para alívio sintomático da hipóxia. Os opioides (como a morfina) são o padrão-ouro no controle da dispneia em pacientes terminais, pois reduzem a sensação de falta de ar e o esforço respiratório. Os ansiolíticos tratam a angústia associada à dificuldade de respirar. Quanto aos antibióticos, a decisão de usá-los deve considerar se eles ajudarão no controle de sintomas (como redução da secreção ou da febre) e no bem-estar do paciente, sem

necessariamente focar na cura da pneumonia.

Em resumo, o tratamento deve ser direcionado ao alívio imediato do sofrimento físico e psíquico, respeitando as limitações terapêuticas impostas pela doença de base e pela vontade do paciente e sua família.

Questão 8

Esta questão aborda o manejo não farmacológico da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFEr). O paciente encontra-se em estágio C (sintomático ou com história de sintomas), mas atualmente está clinicamente estável e compensado. O objetivo é identificar medidas que previnam novos episódios de descompensação.

Alternativa a: Esta é a resposta correta. A vacinação contra influenza (anual) e contra o pneumococo é uma recomendação de classe I nas diretrizes de insuficiência cardíaca. Infecções respiratórias são gatilhos frequentes para a descompensação aguda da IC, pois aumentam a demanda metabólica, a frequência cardíaca e o estresse inflamatório. Manter o calendário vacinal atualizado reduz significativamente o risco de hospitalizações e a mortalidade cardiovascular nesses pacientes.

Alternativa b: Esta opção está incorreta. Embora a atividade física seja recomendada para pacientes com IC estável, deve-se priorizar exercícios aeróbicos e de resistência dinâmica moderada. Exercícios puramente isométricos (como sustentar pesos de forma estática) provocam uma elevação súbita e importante da pressão arterial sistêmica e, conseqüentemente, da pós-carga. Em um coração com fração de ejeção de 35%, esse estresse agudo na parede ventricular pode ser prejudicial.

Alternativa c: Esta opção está incorreta. Os inibidores da fosfodiesterase-5, como a sildenafil, não são contraindicados de forma absoluta para pacientes com insuficiência cardíaca estável. A restrição absoluta ocorre apenas se o paciente fizer uso concomitante de nitratos (como isossorbida ou nitroglicerina), devido ao risco de hipotensão grave. O paciente em questão não utiliza nitratos em seu esquema terapêutico, portanto, a orientação de evitar a sildenafil não é necessária para mantê-lo compensado.

Alternativa d: Esta opção está incorreta. Não há recomendação médica para se iniciar o consumo de álcool com o intuito de manter a estabilidade da insuficiência cardíaca. O álcool possui efeitos inotrópicos negativos e pode exercer ação cardiotoxica direta, sendo a causa principal em casos de cardiomiopatia alcoólica. Pacientes com IC devem ser orientados a restringir ou eliminar o consumo de álcool, e nunca a iniciá-lo

como medida preventiva.

Questão 9

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO QUADRO:

O caso clínico descreve uma paciente com osteoartrite (artrose). Os pontos fundamentais para esse diagnóstico são:

1. Idade e localização da dor: Mulher de 45 anos com dor em mãos e joelhos.
2. Rigidez matinal: Dura apenas 20 minutos. Na artrite reumatoide (principal diagnóstico diferencial), a rigidez costuma durar mais de 60 minutos.
3. Exame físico das mãos: Presença de nódulos nas interfalângianas distais (nódulos de Heberden) e proximais (nódulos de Bouchard). O acometimento das distais é característico da osteoartrite e raramente ocorre na artrite reumatoide.
4. Exame físico dos joelhos: Presença de crepitação, que indica desgaste da cartilagem e atrito ósseo, sem sinais de inflamação aguda (sinovite) no momento.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) Incorreta: Em pacientes com quadro clínico clássico de osteoartrite de mãos (nódulos de Heberden e Bouchard), o diagnóstico é clínico. O raio X pode mostrar osteófitos e redução do espaço articular, mas não altera a conduta terapêutica inicial nem é indispensável para confirmar o que o exame físico já demonstrou.

Alternativa (b) Incorreta: Embora os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) possam ser usados em períodos curtos de exacerbação, eles não são a conduta de primeira linha para o manejo crônico devido aos riscos de efeitos colaterais renais, gástricos e cardiovasculares. O tratamento deve focar em medidas mais seguras e reabilitação.

Alternativa (c) Incorreta: A solicitação de exames laboratoriais como FAN, fator reumatoide, VHS e PCR é indicada quando há suspeita de doenças inflamatórias sistêmicas ou autoimunes. O quadro da paciente é tipicamente mecânico-degenerativo. Solicitar esses exames sem suspeita clínica adequada gera custos desnecessários e risco de resultados falsos-positivos que confundem o diagnóstico.

Alternativa (d) Correta: A base do tratamento da osteoartrite é a combinação de medidas não farmacológicas e controle da dor com analgésicos simples. A fisioterapia é essencial para o fortalecimento do quadríceps (no caso dos joelhos), o que reduz a sobrecarga na articulação e melhora a função. A dipirona é um analgésico eficaz e

com melhor perfil de segurança para o uso sintomático regular em comparação aos AINEs.

Questão 10

A questão descreve uma paciente que apresenta a perda da capacidade de sentir prazer ou interesse em atividades que anteriormente eram gratificantes, como jardinagem, ioga e brincar com seu animal de estimação. Esse quadro é a definição clássica de um sintoma psicopatológico específico.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A anedonia é definida como a incapacidade total ou parcial de sentir prazer em atividades que antes eram prazerosas para o indivíduo. É um dos sintomas cardinais dos episódios depressivos. O enunciado enfatiza que, apesar de a paciente relatar que não se sente triste (ausência de hipotimia), ela perdeu o interesse e o prazer habitual, o que caracteriza precisamente a anedonia.

Alternativa b: Está incorreta. A disforia é um estado emocional de mal-estar geral, caracterizado por sentimentos de ansiedade, insatisfação, inquietação e, muitas vezes, irritabilidade ou humor reativo ("pavio curto"). A paciente do caso nega explicitamente estar de mau humor ou desanimada.

Alternativa c: Está incorreta. A distímia (atualmente classificada como Transtorno Depressivo Persistente) não é um sintoma, mas sim um diagnóstico nosológico. Refere-se a um quadro depressivo crônico, de intensidade leve a moderada, que persiste por pelo menos dois anos. O enunciado solicita a identificação de um sintoma clínico específico em um quadro de dois meses de evolução.

Alternativa d: Está incorreta. A hipotimia é a diminuição do tônus afetivo e da intensidade das emoções, manifestando-se clinicamente como tristeza, melancolia ou desânimo. Como a paciente afirma expressamente que não se sente triste nem desanimada, o termo não se aplica ao caso, que foca exclusivamente na perda do prazer (anedonia).

Questão 11

A alternativa correta e os comentários de cada opção seguem abaixo:

Alternativa a) Incorreta. A Atenção Primária à Saúde não deve atuar apenas como uma central de triagem. Ao identificar sinais iniciais de atraso no desenvolvimento, a equipe da APS deve iniciar precocemente a estimulação e o acompanhamento longitudinal. O encaminhamento para especialistas ou para o CAPS Infantil deve

ocorrer de forma compartilhada e conforme a gravidade ou necessidade de diagnóstico especializado, mas a APS mantém a responsabilidade pela coordenação do cuidado e pelas intervenções iniciais.

Alternativa b) Correta. A APS é o cenário ideal para a vigilância do desenvolvimento infantil. Os profissionais devem utilizar a Caderneta da Criança como ferramenta norteadora, que inclui marcos do desenvolvimento e sinais de alerta. A escala M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised) é o instrumento de rastreamento preconizado para ser aplicado em todas as crianças nas consultas de puericultura (geralmente entre 18 e 24 meses). Além disso, a valorização da queixa familiar e a escuta qualificada são pilares fundamentais para a detecção precoce do TEA.

Alternativa c) Incorreta. O cuidado à criança com TEA deve ser intersetorial. O plano de ação e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) devem envolver não apenas os profissionais de saúde, mas também a rede escolar. Os professores e demais profissionais da educação têm um papel ativo tanto na identificação de sinais quanto na execução de estratégias de inclusão, adaptação curricular e promoção da aprendizagem, sendo componentes essenciais do plano de cuidado, e não meros informantes de suspeitas.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa apresenta vários erros conceituais e técnicos:

1. O M-CHAT-R é uma ferramenta de rastreamento (screening), e não de diagnóstico definitivo. O diagnóstico de TEA é clínico e multiprofissional.
2. Não deve ser aplicada somente por médicos; enfermeiros e outros profissionais capacitados da equipe multidisciplinar podem e devem aplicá-la.
3. A idade recomendada para aplicação é entre 16 e 30 meses de idade, e não de 36 a 48 meses.
4. O instrumento é um questionário respondido pelos pais ou cuidadores sobre o comportamento habitual da criança, não sendo baseado no exame físico realizado pelo médico no momento da consulta.

Questão 12

A Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, alterou significativamente a lógica de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, substituindo o modelo anterior do programa Previne Brasil. A nova legislação estabelece que o cofinanciamento federal para o Piso de Atenção Primária à Saúde é composto por seis eixos ou componentes principais.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A alternativa cita corretamente os componentes fixo, de vínculo/acompanhamento territorial e de qualidade. No entanto, o erro está em afirmar que constituem apenas três componentes. A nova portaria estabelece seis componentes no total, omitindo o financiamento para saúde bucal, para programas estratégicos e o componente per capita.

Alternativa (b) Incorreta: Esta opção descreve a metodologia do modelo anterior (Portaria nº 2.979/2019), que utilizava os termos capitação ponderada e pagamento por desempenho. O novo modelo de 2024 extinguiu a capitação ponderada e reformulou a estrutura de repasses, não se limitando à descrição apresentada.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa lista integralmente os seis componentes previstos no Artigo 7º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, conforme a redação dada pela Portaria 3.493/2024. São eles:

1. Componente fixo: Destinado à manutenção das Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP), além de recursos para implantação de novas equipes (eSF, eAP, eSB e eMulti).
2. Componente de vínculo e acompanhamento territorial: Focado no incentivo para eSF e eAP.
3. Componente de qualidade: Voltado para eSF, eAP, eSB e eMulti.
4. Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições: Engloba o que antes eram as ações estratégicas.
5. Componente para Atenção à Saúde Bucal (eSB).
6. Componente per capita de base populacional: Recurso calculado com base na população total do município, e não apenas na população cadastrada.

Alternativa (d) Incorreta: Assim como a alternativa (b), esta opção está desatualizada. Ela menciona quatro componentes, misturando a nomenclatura antiga (capitação ponderada e desempenho) com o novo componente per capita, o que não corresponde à organização sistemática de seis componentes definida pela nova legislação de 2024.

Portanto, a alternativa (c) é a única que reflete fielmente a nova estrutura de financiamento da Atenção Primária no SUS.

Questão 13

Essa questão aborda o fenômeno da hiperfrequência (ou procura frequente) na Atenção Primária à Saúde (APS), um tema central na Medicina de Família e Comunidade. O fenômeno é multifatorial e envolve dimensões do paciente, do contexto social e do próprio sistema de saúde.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Em termos de perfil demográfico, os estudos mostram que a procura frequente está mais associada ao sexo feminino e aos extremos de idade (crianças pequenas e idosos). Homens jovens e economicamente ativos são, historicamente, o grupo que menos procura a APS devido a barreiras de acesso, horários de trabalho e questões culturais de gênero.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o ciclo de vida familiar influencie a utilização dos serviços, a hiperfrequência está mais fortemente ligada a eventos vitais estressores, crises familiares, isolamento social, luto ou desemprego. Um casal em união estável com filhos pequenos pode ter consultas frequentes por conta das crianças, mas isso costuma ser parte da puericultura normativa, e não necessariamente o padrão de hiperfrequência complexa que a questão discute.

Alternativa (c) Incorreta: Doenças agudas e autolimitadas geram consultas esporádicas. Os fatores de saúde que realmente impulsionam a procura frequente são as condições crônicas de saúde, a multimorbidade (presença de várias doenças simultâneas), transtornos mentais comuns (como ansiedade e depressão) e sintomas medicamente inexplicáveis (somatização).

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa identifica a dimensão do profissional e do sistema. A relação médico-pessoa é um fator determinante na frequência das consultas. Uma atitude paternalista do médico pode gerar dependência no paciente, fazendo com que ele retorne para decisões simples que ele mesmo poderia tomar. Por outro lado, uma atitude capacitadora (baseada no Método Clínico Centrado na Pessoa) busca a autonomia do indivíduo. Além disso, a forma como o médico maneja a incerteza e a organização da agenda também influenciam diretamente se o paciente se tornará um frequentador assíduo.

Portanto, a alternativa (d) está correta ao apontar que a atitude médica é uma dimensão fundamental que pode estimular ou reduzir a recorrência de consultas.

Questão 14

Esta questão aborda um tema fundamental na Geriatria e na Medicina de Família e Comunidade: a desprescrição como estratégia de prevenção quaternária. Em pacientes idosos e frágeis, o acúmulo de medicamentos (polifarmácia) muitas vezes leva a efeitos adversos graves, como quedas, hipotensão e hipoglicemia, que são sugeridos no enunciado (PA 100/60 mmHg e glicemia de 80 mg/dL com HbA1c de 6,0% em uma idosa de 81 anos).

Para realizar a desprescrição de forma segura e sistemática, utiliza-se um protocolo estruturado. A sequência lógica deve seguir a ordem de obtenção de dados, análise crítica, decisão terapêutica, execução e monitoramento.

Análise da sequência correta (C - B - D - E - A):

1. (C) Obtenção da história completa dos medicamentos: é o primeiro passo essencial. Não se pode desprescrever sem conhecer todos os fármacos em uso, incluindo automedicação, suplementos e medicamentos "se necessário" (como a quetiapina e o diazepam citados).
2. (B) Identificação dos medicamentos potencialmente inadequados (MPI): após listar as drogas, o médico utiliza critérios (como os Critérios de Beers ou STOPP/START) para identificar quais fármacos trazem mais riscos que benefícios para aquela paciente específica (ex.: benzodiazepínicos e antipsicóticos em idosos com Alzheimer).
3. (D) Determinação dos fármacos a serem desprescritos e as prioridades: nem tudo pode ser retirado de uma vez. O médico deve priorizar aqueles com maior risco de dano imediato (como a insulina causando hipoglicemia ou o anti-hipertensivo causando hipotensão).
4. (E) Planejamento e início: define-se como a retirada será feita. Muitos medicamentos exigem desmame gradual (*tapering*) para evitar síndromes de abstinência ou efeito rebote (como o diazepam e a trazodona).
5. (A) Seguimento, apoio e documentação: o passo final é monitorar a paciente para observar a melhora clínica ou o surgimento de sintomas, oferecendo suporte à família e registrando os resultados no prontuário.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Apresenta o seguimento (A) como primeira etapa, o que é impossível antes de qualquer intervenção.

Alternativa b) CORRETA. Segue o fluxo clínico lógico: Coleta de dados (C) -> Análise técnica (B) -> Tomada de decisão/Priorização (D) -> Intervenção/Ação (E) -> Monitoramento (A).

Alternativa c) Incorreta. Inicia pelo planejamento e início (E) sem antes ter a história medicamentosa (C) ou identificar os riscos (B).

Alternativa d) Incorreta. Embora comece corretamente pela história (C), pula para o planejamento (E) antes de identificar (B) e priorizar (D) o que deve ser retirado, além de terminar o processo na identificação, o que deixaria o paciente sem o devido monitoramento.

Questão 15

A questão aborda conceitos fundamentais de epidemiologia clínica e bioestatística aplicados ao diagnóstico da coqueluche. Para resolvê-la, é necessário compreender a relação entre sensibilidade, especificidade e valores preditivos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A sensibilidade de um teste diagnóstico indica a sua capacidade de identificar corretamente os indivíduos doentes. Quanto maior a sensibilidade, menor será a taxa de resultados falsos-negativos. Como o enunciado afirma que o PCR possui maior sensibilidade que a Cultura, o PCR apresentará, na verdade, menos resultados falsos-negativos do que a Cultura.

Alternativa b) Correta. O Valor Preditivo Positivo (VPP) representa a probabilidade de um paciente realmente ter a doença quando o seu teste é positivo. O VPP é diretamente afetado pela especificidade do teste. O enunciado define a Cultura como padrão-ouro com 100% de especificidade (ou seja, não gera falsos-positivos). Já o PCR possui uma especificidade menor que 100%, o que significa que ele invariavelmente produzirá alguns resultados falsos-positivos (indivíduos que testam positivo, mas não têm a doença). A existência de qualquer resultado falso-positivo na fórmula do VPP impede que este valor atinja 100%.

Alternativa c) Incorreta. A especificidade é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos saudáveis, evitando resultados falsos-positivos. Se o PCR possui uma especificidade menor que a Cultura, isso significa, por definição, que o PCR apresentará mais resultados falsos-positivos do que a Cultura.

Alternativa d) Incorreta. Conforme discutido na alternativa b, para que um teste

tenha um Valor Preditivo Positivo de 100%, ele precisaria ter uma especificidade absoluta (100%), garantindo que não houvesse nenhum falso-positivo. Como o enunciado deixa claro que a especificidade do PCR é menor que a da Cultura, o seu VPP será necessariamente inferior a 100%.

Questão 16

Esta questão aborda um conceito fundamental de epidemiologia clínica aplicado à prática oncológica: a relação entre o ponto de corte (**cut-off**) de um exame e os seus parâmetros de sensibilidade e especificidade.

Para compreender a questão, devemos lembrar a regra básica de deslocamento de pontos de corte em testes que utilizam variáveis contínuas (como níveis séricos de CEA):

1. Quando reduzimos o valor do ponto de corte (tornamos o teste mais "exigente" para considerar alguém como saudável), nós aumentamos a sensibilidade. Isso ocorre porque o teste passará a captar mais indivíduos doentes que antes passariam despercebidos (falsos negativos). Em contrapartida, a especificidade diminui, pois mais pessoas saudáveis podem acabar cruzando esse limite inferior (aumentando os falsos positivos).
2. Quando aumentamos o valor do ponto de corte, nós aumentamos a especificidade (o teste se torna mais criterioso para dar um diagnóstico positivo), mas reduzimos a sensibilidade (mais doentes serão ignorados).

Na questão, o ponto de corte foi reduzido de 20 ng/mL para 10 ng/mL.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Ao reduzir o ponto de corte, a especificidade diminui. Como o critério de positividade ficou "mais baixo", é mais provável que indivíduos sem a recidiva (falsos positivos) apresentem valores acima de 10 ng/mL, o que prejudica a capacidade do teste de excluir corretamente os saudáveis.

Alternativa b) Incorreta. A sensibilidade não diminui, ela aumenta. Com um ponto de corte menor, o teste se torna mais capaz de detectar precocemente a recidiva, mesmo em pacientes que ainda apresentam níveis baixos do marcador.

Alternativa c) Incorreta. É impossível alterar o ponto de corte de um marcador contínuo e reduzir a especificidade sem causar um impacto na sensibilidade. Esses dois parâmetros funcionam em um sistema de balanço: ao ganhar em um,

obrigatoriamente perde-se no outro.

Alternativa d) Correta. Esta é a interpretação exata. Reduzir o ponto de corte de 20 para 10 ng/mL amplia o espectro de positividade do teste. Isso garante que menos casos de recidiva passem despercebidos, aumentando a taxa de verdadeiros positivos, o que define um aumento na sensibilidade do exame. No acompanhamento pós-operatório, a prioridade é não perder nenhum caso de retorno da doença, por isso aceita-se uma sensibilidade maior mesmo que isso custe alguns alarmes falsos (redução da especificidade).

Questão 17

Texto Original:

A febre do vírus Oropouche é uma arbovirose que tem ganhado grande destaque no cenário epidemiológico brasileiro recente devido ao aumento expressivo do número de casos e à sua expansão geográfica para fora da região amazônica.

Alternativa a: Está correta. Conforme as normativas vigentes do Ministério da Saúde e as atualizações na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, a febre de Oropouche é classificada como um agravo de notificação compulsória imediata (dentro de 24 horas). Essa comunicação deve ser feita às secretarias municipal e estadual e ao Ministério da Saúde. O objetivo da rapidez é permitir a pronta investigação epidemiológica e a implementação de medidas de controle vetorial para conter a disseminação do vírus, especialmente em áreas sem registro prévio da doença.

Alternativa b: Está incorreta. A notificação não é apenas obrigatória de forma regular ou semanal, mas sim imediata. O prazo de 24 horas é o critério que define a estratégia de vigilância para doenças com alto potencial epidêmico e necessidade de resposta rápida das autoridades sanitárias.

Alternativa c: Está incorreta. A vigilância epidemiológica exige a notificação de cada caso suspeito individualmente. Esperar pela ocorrência de um surto (caracterizado por um agrupamento de casos acima do esperado) para realizar a notificação impediria a detecção precoce da circulação viral e a adoção de medidas preventivas oportunas.

Alternativa d: Está incorreta. A obrigatoriedade de notificação imediata aplica-se a todo o território nacional, sem distinção regional. Embora o vírus tenha sido historicamente endêmico na região amazônica, o registro recente de casos em diversos estados das regiões Nordeste, Sudeste e Sul consolidou a necessidade de uma vigilância ativa e uniforme em todo o Brasil.

Questão 18

O estudo caso-coorte e o estudo caso-controle aninhado são desenhos de pesquisa que combinam a eficiência dos estudos de caso-controle com a robustez dos estudos de coorte. No caso específico do estudo caso-coorte, você seleciona uma amostra aleatória da coorte original (chamada de subcoorte) para servir como grupo de comparação (controles) para todos os casos que surgirem durante o seguimento.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O objetivo principal do estudo caso-coorte não é o pareamento. No pareamento tradicional, selecionamos controles específicos para cada caso com base em características como idade ou sexo. No desenho caso-coorte, a subcoorte é escolhida de forma aleatória e independente do status de doença, o que permite inclusive que uma mesma subcoorte sirva de controle para o estudo de diferentes doenças dentro do mesmo seguimento.

Alternativa B: Correta. Em estudos de caso-controle tradicionais (não aninhados), é muito comum o uso de casos prevalentes (pessoas que já têm a doença no momento da seleção). Isso gera o viés de sobrevivência. Já nos estudos aninhados a uma coorte, como o caso-coorte, acompanhamos a população ao longo do tempo e identificamos os casos conforme eles ocorrem. Portanto, trabalhamos com casos incidentes, o que garante a precedência temporal da exposição em relação ao desfecho e aumenta a validade do estudo.

Alternativa C: Incorreta. O estudo caso-coorte é um estudo observacional. Não há interferência do pesquisador para equilibrar a exposição entre os grupos. O equilíbrio de exposição e características entre grupos é um objetivo da randomização em ensaios clínicos. No caso-coorte, o pesquisador apenas observa a distribuição natural das exposições na subcoorte e nos casos.

Alternativa D: Incorreta. Esta alternativa inverte a lógica dos vieses. O viés de perda de seguimento é típico de estudos longitudinais, como a coorte e o estudo caso-coorte, pois os participantes podem abandonar o estudo ao longo do tempo. Estudos de caso-controle tradicionais costumam ser retrospectivos e captam a informação em um único momento no tempo, não sofrendo, portanto, com perda de seguimento (embora sofram com outros vieses, como o de memória).

Questão 19

Para determinar se a Eficácia Vacinal (EFV) é estatisticamente significativa, devemos analisar o Intervalo de Confiança (IC) apresentado entre parênteses na tabela. Em medidas de eficácia, o resultado é considerado estatisticamente significativo quando o intervalo de confiança não inclui o valor 0 (zero). Se o intervalo cruza o zero (ou seja, possui um limite inferior negativo e um limite superior positivo), a eficácia não tem significância estatística, pois os dados não permitem descartar que a eficácia seja nula.

Análise dos dados da imagem:

DENV-1: Apresenta EFV de 45,4 com IC de 24,5 a 60,6. Como o intervalo é inteiramente positivo e não contém o zero, é estatisticamente significativo.

DENV-2: Apresenta EFV de 72,1 com IC de 51,6 a 84,0. Também é inteiramente positivo, logo, é estatisticamente significativo.

DENV-3: Apresenta EFV de 15,2 com IC de -46,1 a 50,8. O intervalo cruza o zero (contém valores negativos), portanto, não é estatisticamente significativo.

DENV-4: Apresenta EFV de 61,9 com IC de -24,9 a 88,4. O intervalo também cruza o zero, portanto, não é estatisticamente significativo.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A EFV não foi significativa para os sorotipos 3 e 4, pois os intervalos de confiança desses grupos incluem valores negativos (cruzam o zero).

Alternativa b: Incorreta. O sorotipo 4 não demonstrou significância estatística, visto que seu limite inferior é de -24,9.

Alternativa c: Correta. Apenas os sorotipos 1 e 2 possuem intervalos de confiança cujos limites inferior e superior são maiores que zero, o que confirma a significância estatística da eficácia vacinal para estes dois grupos.

Alternativa d: Incorreta. Embora a EFV seja, de fato, significativa para o sorotipo 2, esta alternativa está incompleta e é menos precisa que a alternativa c, que engloba corretamente ambos os sorotipos (1 e 2) que demonstraram significância nos dados apresentados no artigo.

Questão 20

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi estabelecida pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde com o objetivo de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Para responder a essa questão, é fundamental identificar quais serviços fazem parte da estrutura assistencial do SUS e excluir órgãos que pertencem a outras esferas, como o sistema judiciário.

Alternativa A: Incorreta. O erro desta alternativa está na inclusão do Ministério Público como um ponto de atenção da RAPS. O Ministério Público é um órgão independente do sistema de justiça que atua na fiscalização da lei e na defesa dos direitos sociais, mas não presta assistência direta em saúde nem compõe a rede assistencial do SUS.

Alternativa B: Incorreta. Assim como a alternativa anterior, esta opção também inclui incorretamente o Ministério Público entre os pontos de atenção da saúde mental.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa lista corretamente os principais componentes e pontos de atenção que integram a RAPS, abrangendo os diferentes níveis de complexidade:

- Atenção Básica: UBS e ESF.
- Atenção Psicossocial Especializada: CAPS (em suas diversas modalidades).
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento (UA).
- Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa de Volta para Casa (PVC).
- Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, UPA 24h, Salas de Estabilização e Prontos-Socorros.
- Atenção Hospitalar: Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais.
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Centros de Convivência e Cultura e iniciativas de Geração de Renda.

Alternativa D: Incorreta. Assim como as alternativas A e B, esta opção está errada ao elencar o Ministério Público como um ponto constitutivo da RAPS. Além disso, omite as Unidades de Acolhimento, que são essenciais para o cuidado de usuários com necessidades decorrentes do uso de substâncias.

Em resumo, a RAPS é composta estritamente por serviços de saúde e estratégias de suporte social e reabilitação vinculados ao SUS. Órgãos de controle, fiscalização ou do judiciário, embora parceiros na rede de proteção social, não são considerados "pontos de atenção" à saúde.

Questão 21

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de Hemorragia Digestiva Alta (HDA) grave, manifestada por hematêmese e choque hipovolêmico (hipotensão, taquicardia, pele fria e tempo de enchimento capilar prolongado). O histórico de uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) sugere a úlcera péptica como a etiologia mais provável. Em pacientes com instabilidade hemodinâmica, a prioridade absoluta é a estabilização clínica antes de qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico invasivo.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. A realização da endoscopia digestiva alta (EDA) "imediatamente", sem a prévia estabilização hemodinâmica, é contraindicada. O paciente chocado apresenta alto risco de complicações durante o procedimento, como aspiração pulmonar e colapso cardiovascular. A estabilização deve preceder a endoscopia. Além disso, o inibidor de bomba de prótons (IBP) no cenário de sangramento agudo deve ser administrado preferencialmente por via intravenosa, e não por sonda nasoenteral.

Alternativa b) INCORRETA. Embora a estabilização seja necessária, a alternativa falha ao sugerir que a terapia com IBP intravenoso deva ser avaliada apenas após a endoscopia. As diretrizes recomendam o início do IBP intravenoso precocemente (pré-endoscopia), pois essa medida reduz a presença de estigmas de alto risco na lesão e a necessidade de terapia endoscópica durante o exame.

Alternativa c) CORRETA. Esta alternativa descreve o manejo padrão recomendado pelos principais consensos internacionais (como o Consenso de Glasgow e as diretrizes da ESGE). A conduta sequencial deve ser: 1) Ressuscitação volêmica vigorosa com cristaloides para restaurar a pressão arterial e a perfusão; 2) Administração de IBP intravenoso em altas doses; 3) Realização da EDA precocemente (dentro de 24 horas), após o paciente estar clinicamente estável, para identificação da causa e tratamento hemostático.

Alternativa d) INCORRETA. Aguardar 48 horas para realizar a endoscopia é um atraso excessivo que aumenta a morbimortalidade. Em relação à hemotransfusão, a recomendação atual para HDA não varicosa (estudo de Villanueva et al.) é uma estratégia restritiva, iniciando transfusão quando a hemoglobina (Hb) atinge valores inferiores a 7 g/dL, com alvo de Hb entre 7 e 9 g/dL. No caso do paciente, com Hb de 8,4 g/dL, a transfusão não seria a prioridade inicial imediata, a menos que houvesse perda maciça persistente. O alvo de 12 g/dL para cardiopatas é excessivo e não

encontra respaldo nas evidências atuais.

Questão 22

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta a clássica Tríade de Charcot, composta por dor abdominal em hipocôndrio direito, febre e icterícia. Esse conjunto de sinais e sintomas, associado aos achados laboratoriais (leucocitose e elevação de enzimas colestáticas) e ao exame de imagem (dilatação de via biliar com cálculo no colédoco), sela o diagnóstico de Colangite Aguda causada por coledocolitíase. A colangite é uma infecção bacteriana ascendente decorrente da obstrução do fluxo biliar, sendo considerada uma urgência médica.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A antibioticoterapia é fundamental, mas o tratamento não termina nela. A colangite exige a desobstrução da via biliar de forma imediata ou precoce, dependendo da gravidade. O seguimento ambulatorial é contraindicado devido ao alto risco de evolução para sepse. Além disso, a derivação biliodigestiva é uma cirurgia de maior porte reservada para casos específicos (como dilatações císticas ou estenoses benignas/malignas complexas), não sendo a primeira escolha para um cálculo biliar simples.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. O paciente deve ser internado, estabilizado com hidratação venosa e deve ser iniciado o uso de antibióticos de amplo espectro para cobrir germes gram-negativos e anaeróbios. Simultaneamente, deve-se realizar a descompressão biliar. A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) é o método preferencial por ser minimamente invasivo, permitindo a realização de papilotomia e a retirada do cálculo, resolvendo a obstrução e a fonte da infecção.

Alternativa c) Incorreta. Embora a cirurgia aberta com drenagem biliar externa (dreno de Kehr) tenha sido muito utilizada no passado, hoje ela é considerada uma conduta de exceção. Devido à sua maior morbidade e mortalidade em pacientes agudamente enfermos, a cirurgia convencional só é indicada quando o acesso endoscópico (CPRE) ou o acesso percutâneo trans-hepático não estão disponíveis ou falham.

Alternativa d) Incorreta. A estratégia de "esfriar o processo" para operar tardiamente (após 7 a 10 dias) é algumas vezes discutida na colecistite aguda (embora a tendência atual seja a cirurgia precoce), mas nunca na colangite. Na colangite, a

persistência da obstrução mantém a via biliar sob alta pressão, favorecendo a passagem de bactérias e toxinas para a corrente sanguínea. Retardar a desobstrução pode levar o paciente ao choque séptico e à falência múltipla de órgãos (evoluindo da Tríade de Charcot para a Pêntade de Reynolds).

Questão 23

O caso clínico descreve um paciente de 58 anos com um aneurisma da aorta ascendente de 5,8 cm. O ponto central para resolver esta questão é conhecer os critérios de indicação cirúrgica para essa patologia em pacientes assintomáticos.

De acordo com as diretrizes internacionais, como as da American Heart Association (AHA) e da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC), a cirurgia para aneurisma da aorta ascendente está indicada em pacientes assintomáticos, sem doenças hereditárias do tecido conjuntivo (como a Síndrome de Marfan), quando o diâmetro atinge ou ultrapassa 5,5 cm.

Alternativa A: Correta. Como o diâmetro medido pela angiotomografia foi de 5,8 cm, o paciente possui indicação formal de cirurgia eletiva para substituição do segmento aórtico por uma prótese de Dacron. O objetivo principal é evitar a dissecação ou a ruptura da aorta, que são eventos com altíssima mortalidade.

Alternativa B: Incorreta. O acompanhamento clínico com controle rigoroso de fatores de risco (pressão arterial e tabagismo) é indicado enquanto o aneurisma possui dimensões menores. Uma vez que o limite de 5,5 cm foi ultrapassado, o risco de complicações fatais supera o risco do procedimento cirúrgico, tornando a operação a conduta mais segura.

Alternativa C: Incorreta. Não existe indicação para o uso de anticoagulantes orais no tratamento de aneurismas da aorta. Esses medicamentos são utilizados para prevenir fenômenos tromboembólicos em condições como fibrilação atrial ou trombose venosa, mas não possuem efeito sobre a dilatação da parede arterial ou sobre o risco de ruptura.

Alternativa D: Incorreta. A reavaliação em 6 meses para observar a velocidade de crescimento é a conduta adotada para aneurismas que ainda estão abaixo do limite cirúrgico (geralmente entre 4,0 e 5,4 cm). No caso apresentado, o diâmetro de 5,8 cm já justifica a intervenção imediata, não sendo recomendado aguardar mais tempo.

A ausência de insuficiência aórtica ou de comprometimento da função ventricular, citados no enunciado, reforça que o aneurisma ainda não causou repercussão

hemodinâmica secundária, mas o diâmetro absoluto de 5,8 cm é, por si só, um critério isolado e suficiente para a indicação cirúrgica.

Questão 24

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro descrito é um exemplo clássico de torção testicular. A faixa etária (adolescente), o início súbito da dor intensa acompanhada de náuseas e os achados do exame físico (testículo elevado, horizontalizado e ausência do reflexo cremastérico) apontam diretamente para essa emergência urológica. A ausência do reflexo cremastérico é considerada o sinal físico mais sensível para o diagnóstico de torção. O tempo é um fator crítico: a taxa de salvamento testicular é de quase 100% se a detorção ocorrer em até 6 horas, caindo drasticamente após esse período.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Diante de uma suspeita clínica clara de torção testicular, a conduta imediata deve ser a exploração cirúrgica de emergência. Não se deve perder tempo aguardando exames complementares se a suspeita for alta, pois o atraso pode resultar em necrose e necessidade de orquiectomia (remoção do testículo). Durante a cirurgia, realiza-se a detorção e a fixação do testículo (orquidopexia). Como a predisposição anatômica (defeito em bell-clapper) costuma ser bilateral, o testículo contralateral também deve ser fixado no mesmo tempo cirúrgico para prevenir futuros eventos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O uso de antibióticos é indicado para casos de orquiepididimite aguda, que é o principal diagnóstico diferencial. No entanto, a epididimite costuma ter um início mais gradual, pode vir acompanhada de febre e o reflexo cremastérico geralmente está preservado. Tratar uma torção com antibióticos causaria a perda do órgão por isquemia.

Alternativa (b): Embora o USG Doppler seja útil em apresentações atípicas ou duvidosas, a conduta descrita está errada por dois motivos. Primeiro, a clínica é soberana e o exame não deve atrasar a cirurgia em casos clássicos. Segundo, o prazo de 48 horas é inaceitável, pois a necrose testicular ocorre em poucas horas (geralmente entre 6 a 12 horas).

Alternativa (d): Anti-inflamatórios e suspensório escrotal são medidas de suporte para processos inflamatórios ou trauma leve. Na torção testicular, a elevação do escroto (manobra de Prehn) geralmente não alivia a dor ou até a piora, ao contrário

da epididimite, onde o alívio pode ocorrer. Utilizar apenas essa abordagem em uma torção é negligenciar uma emergência cirúrgica.

Questão 25

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

Estamos diante de um paciente jovem com trauma abdominal penetrante (ferimento por arma branca no epigástrio), apresentando sinais claros de choque hipovolêmico grau III ou IV: alteração do nível de consciência (confusão), taquicardia importante (130 bpm), hipotensão (90/60 mmHg) e palidez. O FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) positivo confirma a presença de líquido livre (sangue) na cavidade abdominal.

O índice de choque (Shock Index) é calculado pela divisão da Frequência Cardíaca pela Pressão Arterial Sistólica ($130/90 = 1,44$). Valores acima de 0,9 indicam choque grave e necessidade de intervenção rápida. O ABC Score (Assessment of Blood Consumption) utiliza quatro critérios: mecanismo penetrante (1 ponto), FAST positivo (1 ponto), PAS menor ou igual a 90 mmHg (1 ponto) e FC maior ou igual a 120 bpm (1 ponto). Este paciente soma 4 pontos (o máximo), sendo que um escore maior ou igual a 2 já é preditor de necessidade de transfusão maciça.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A conduta padrão-ouro para um paciente com trauma abdominal penetrante e instabilidade hemodinâmica é a laparotomia exploradora imediata. O objetivo é o controle cirúrgico da hemorragia (controle de danos). Além disso, os indicadores clínicos (choque grave) e os escores (Shock Index e ABC Score) justificam a ativação imediata do protocolo de transfusão maciça para garantir a reposição de volemia e fatores de coagulação, evitando a tríade da morte (acidose, coagulopatia e hipotermia).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a) Incorreta. A transferência para a UTI antes do controle definitivo do sangramento é um erro fatal no trauma. O paciente está com hemorragia ativa e instável; a estabilização deve ocorrer no centro cirúrgico. A hipotensão permissiva é uma estratégia utilizada durante o transporte e pré-operatório imediato, mas não substitui a necessidade de cirurgia de emergência neste cenário.

Alternativa b) Incorreta. A realização de tomografia de abdome é contraindicada para pacientes hemodinamicamente instáveis. O paciente deve ser levado diretamente para o centro cirúrgico. Perder tempo na sala de radiologia com um paciente instável

umenta drasticamente a mortalidade.

Alternativa c) Incorreta. A observação clínica é reservada para pacientes estáveis em casos selecionados de trauma contuso ou ferimentos penetrantes muito específicos, nos quais não há sinais de peritonite ou choque. Aguardar 6 horas em um paciente com choque grave e FAST positivo levaria ao óbito por choque hemorrágico irreversível.

Questão 26

A classificação do risco cirúrgico é baseada na probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares maiores (como infarto agudo do miocárdio ou morte de causa cardíaca) no período perioperatório. As principais diretrizes, como as da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da American Heart Association (AHA), dividem os procedimentos em baixo risco (menor que 1%), risco intermediário (1% a 5%) e alto risco (maior que 5%).

Alternativa a) Correta. O bypass fêmoro-poplíteo é uma cirurgia vascular periférica de grande porte. De acordo com as diretrizes, cirurgias vasculares arteriais (exceto a endarterectomia de carótida, que muitas vezes é classificada como intermediária) são consideradas de alto risco. Isso se deve ao fato de que pacientes com doença arterial periférica frequentemente apresentam aterosclerose em outros leitos, como o coronariano, além do estresse hemodinâmico imposto pela manipulação de grandes vasos.

Alternativa b) Incorreta. A artroplastia total de quadril, mesmo quando realizada de forma bilateral, é classificada como uma cirurgia ortopédica de grande porte. Esses procedimentos são enquadrados na categoria de risco intermediário.

Alternativa c) Incorreta. O transplante renal é considerado um procedimento de risco intermediário. Embora o perfil do paciente transplantado seja complexo devido às comorbidades da insuficiência renal crônica, o estresse cirúrgico em si não ultrapassa o limiar de 5% de risco cardiovascular nas tabelas de referência.

Alternativa d) Incorreta. A tireoidectomia total é classificada como uma cirurgia de cabeça e pescoço. Esses procedimentos são tradicionalmente categorizados como de risco intermediário, pois não envolvem grandes perdas volêmicas ou o estresse cardiovascular extremo observado em grandes cirurgias cavitárias ou vasculares.

Questão 27

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de choque séptico com foco urinário (urosepsis) no segundo dia de pós-operatório de uma ressecção transuretral da próstata (RTU). Os critérios diagnósticos de sepse e choque são evidentes: presença de infecção sugerida (cirurgia urológica recente, urina turva, febre e dor suprapúbica) associada a disfunções orgânicas agudas. As disfunções observadas são: alteração do nível de consciência (confusão mental/agitação), hipotensão (85/50 mmHg), disfunção renal (oligúria e aumento da creatinina acima de 0,3 mg/dL em relação ao valor basal) e hiperlactatemia (lactato de 3,8 mmol/L, indicando hipoperfusão tecidual).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a manutenção de um cateter vesical pérvio seja importante no pós-operatório urológico, apenas trocar o cateter e observar é uma conduta passiva e inadequada para um paciente em estado crítico. A prioridade é a estabilização hemodinâmica e o tratamento da infecção. A avaliação da Nefrologia para hemodiálise não é a conduta inicial, pois a insuficiência renal é, neste momento, provavelmente de origem pré-renal devido ao choque.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa segue o protocolo de manejo inicial da sepse (pacote da primeira hora). Em pacientes com hipotensão e lactato elevado, deve-se iniciar a ressuscitação volêmica imediata com cristaloides (geralmente 30 mL/kg). Simultaneamente, é crucial coletar culturas (hemoculturas e urocultura) e iniciar a antibioticoterapia de amplo espectro o mais rápido possível para controlar o foco infeccioso, que é a causa primária do quadro.

Alternativa c) Incorreta. O uso de diuréticos em um paciente com hipotensão arterial e sinais de choque é perigoso e contraindicado. A baixa diurese (oligúria) é uma resposta do organismo à baixa perfusão renal causada pela queda da pressão e pela sepse. Administrar diuréticos neste cenário reduziria ainda mais o volume intravascular, agravando o choque e a lesão renal aguda.

Alternativa d) Incorreta. A sedação e a ventilação mecânica podem se tornar necessárias se o paciente evoluir com insuficiência respiratória ou se a agitação impedir o tratamento, mas não são a conduta inicial para o quadro de choque. Além disso, muitos fármacos sedativos podem causar vasodilatação e piorar drasticamente a hipotensão de um paciente que ainda não foi devidamente reanimado com fluidos.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 28

O quadro clínico descrito apresenta um paciente com Tromboembolismo Pulmonar (TEP) de alto risco, anteriormente classificado como TEP maciço. O diagnóstico é fundamentado pela tríade: fatores de risco clássicos (obesidade, tabagismo e imobilização prolongada), sintomas súbitos e evidência de instabilidade hemodinâmica (hipotensão arterial com necessidade de drogas vasoativas). O ecocardiograma confirma a repercussão hemodinâmica grave com sinais de disfunção e sobrecarga do ventrículo direito (sinal de McConnell ou dilatação de VD).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o suporte inotrópico com dobutamina possa ser considerado para melhorar o débito cardíaco, a conduta prioritária no TEP de alto risco não é apenas a anticoagulação. Além disso, em pacientes instáveis ou com indicação de trombólise, a heparina não fracionada (HNF) é preferível à heparina de baixo peso molecular (HBPM), pois sua ação pode ser revertida rapidamente e sua meia-vida é curta, facilitando o manejo em caso de complicações hemorrágicas.

b) Correta. A trombólise sistêmica é o tratamento de escolha para pacientes com TEP e instabilidade hemodinâmica (choque obstrutivo), desde que não haja contraindicações absolutas. O objetivo é dissolver o trombo rapidamente, reduzir a pressão na artéria pulmonar, melhorar a função do ventrículo direito e restabelecer a perfusão sistêmica. A presença de hipotensão (PA 80/50 mmHg) mesmo sob noradrenalina define o caráter de urgência desta intervenção.

c) Incorreta. O filtro de veia cava inferior tem indicações precisas, como contraindicação absoluta à anticoagulação ou falha terapêutica documentada (recorrência de embolia mesmo com anticoagulação adequada). Ele não trata a obstrução aguda que está causando o choque e não substitui a terapia de reperfusão no cenário de instabilidade.

d) Incorreta. A anticoagulação isolada com heparina não fracionada é o tratamento padrão para o TEP de risco intermediário ou baixo. No TEP de alto risco, a anticoagulação deve ser iniciada, mas o tratamento definitivo requer a desobstrução mecânica ou química do leito pulmonar. Apenas manter cuidados intensivos e ventilação protetora é insuficiente para reverter a falência do ventrículo direito e o choque obstrutivo.

Questão 29

Diagnóstico: O quadro clínico descrito (dor no andar superior irradiada para o dorso, náuseas e vômitos), associado a exames laboratoriais com amilase e lipase elevadas (acima de três vezes o valor de referência), confirma o diagnóstico de pancreatite aguda. A presença de microcálculos na ultrassonografia define a etiologia biliar como a causa mais provável.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) não é a conduta inicial para todos os pacientes com pancreatite biliar. Ela está indicada de forma precoce (nas primeiras 24 a 48 horas) apenas em casos de colangite associada ou obstrução biliar persistente (icterícia progressiva ou dilatação importante da via biliar), o que não é evidenciado no caso.

b) Incorreta. Embora a hidratação venosa seja fundamental, o uso de antibiótico profilático é contraindicado na pancreatite aguda, independentemente da gravidade. O uso de antibióticos deve ser reservado apenas para casos de infecção comprovada ou suspeita clínica e radiológica de necrose infectada.

c) Incorreta. A colecistectomia é mandatória na pancreatite biliar para evitar a recorrência, porém não deve ser realizada em caráter de urgência (imediatamente à chegada). A recomendação é que a cirurgia ocorra na mesma internação, preferencialmente após a resolução da resposta inflamatória aguda e a normalização das enzimas, geralmente após 48 a 72 horas ou antes da alta hospitalar.

d) Correta. O manejo inicial da pancreatite aguda baseia-se em medidas de suporte: hidratação venosa vigorosa (essencial para manter a perfusão pancreática e prevenir a necrose), controle da dor com analgesia escalonada, controle de sintomas (antieméticos) e repouso digestivo (jejum) para evitar o estímulo à secreção pancreática. Esta é a conduta padrão-ouro nas primeiras horas de atendimento.

Questão 30

O caso clínico descreve um paciente em choque hipovolêmico grave (Classe III/IV) decorrente de uma hemorragia exsanguinante por amputação traumática de membro inferior. No atendimento pré-hospitalar moderno, seguindo os protocolos PHTLS e ATLS, a prioridade absoluta é o controle do sangramento externo massivo, etapa identificada pelo "X" no algoritmo XABCDE.

Alternativa (a) Incorreta. Embora a compressão direta seja a técnica inicial para ferimentos menores, em uma amputação de coxa com sangramento arterial ativo e

sinais de choque, a compressão manual é frequentemente insuficiente, difícil de manter durante o transporte e retarda o controle definitivo do sangramento.

Alternativa (b) Correta. A aplicação do *tourniquet* (torniquete) é a conduta padrão-ouro para o controle de hemorragias arteriais graves em extremidades quando a compressão direta não é eficaz ou não é prática, como em amputações traumáticas. O uso precoce do torniquete em situações de "ameaça à vida" reduz drasticamente a mortalidade por exsanguinação no trauma. O transporte rápido é essencial, pois o paciente necessita de intervenção cirúrgica e hemotransfusão.

Alternativa (c) Incorreta. A estratégia de *stay and play* (permanecer no local para estabilizar) é contraindicada no trauma grave. A reposição volêmica não deve retardar o transporte. Além disso, a estabilização hemodinâmica não será alcançada enquanto a fonte do sangramento (a artéria femoral) não for controlada. No pré-hospitalar, preconiza-se a "hipotensão permissiva" até que o sangramento seja interrompido.

Alternativa (d) Incorreta. Agentes hemostáticos tópicos são utilizados preferencialmente em áreas de transição (virilha, axila) onde o torniquete não pode ser aplicado, ou como adjuvantes. A elevação do membro é uma medida auxiliar totalmente ineficaz para conter uma hemorragia arterial de grande calibre em uma amputação de terço distal de coxa.

Em resumo, diante de uma hemorragia externa catastrófica em membro, a aplicação do torniquete é a medida mais segura e eficaz para salvar a vida do paciente no cenário pré-hospitalar.

Questão 31

Para a correta representação da história obstétrica (Gesta e Para), devemos analisar cada evento relatado na vida reprodutiva da paciente seguindo os critérios técnicos da obstetrícia:

1. Gesta (G): Corresponde ao número total de gestações, independentemente do desfecho ou da idade gestacional. Deve-se incluir a gestação atual, todos os partos (vaginais ou cesáreas), abortamentos e gestações ectópicas.

Neste caso: 1 (atual) + 3 (vaginais) + 2 (cesáreas) + 3 (abortos) + 1 (tubária) = 10 gestações.

Representação: GX.

2. Para (P): Refere-se ao número de partos ocorridos após o limite de viabilidade fetal (geralmente acima de 20 a 22 semanas ou peso superior a 500 g). Somam-se partos

vaginais e cesáreas.

Neste caso: 3 (vaginais) + 2 (cesáreas) = 5 partos.

Representação: PV.

3. Aborto (A): Refere-se às perdas gestacionais ocorridas antes da viabilidade. Na notação simbólica, as gestações ectópicas (como a gravidez tubária) são contabilizadas junto aos abortamentos.

Neste caso: 3 (abortamentos precoces) + 1 (gravidez tubária) = 4 perdas.

Representação: AIV.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Apresenta GIX (9 gestações), o que indica que um evento (ou a gravidez atual ou a ectópica) foi omitido do somatório total.

b) Incorreta. Apresenta PVI (6 partos) e AIII (3 abortos). O erro está em não contabilizar a gravidez tubária como perda (A) e, possivelmente, somá-la aos partos ou considerar a gravidez atual já concluída.

c) Incorreta. Apresenta GIX (9 gestações), PIII (3 partos) e AVI (6 abortos). Desconsidera as cesáreas como partos e erra o cálculo total de gestas e abortos.

d) Correta. A representação GX PV AIV (ou A IV) reflete exatamente o cálculo: 10 gestações no total, 5 partos (3 vaginais + 2 cesáreas) e 4 perdas antes da viabilidade (3 abortos + 1 ectópica).

Questão 32

Esta questão aborda a conduta obstétrica na placenta de inserção baixa. A classificação clássica da placenta prévia inclui as formas total, parcial, marginal e a inserção baixa. No caso descrito, a placenta está a 2 cm do orifício interno do colo uterino (OIC), o que a define tecnicamente como uma placenta de inserção baixa.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A cesariana segmentar não é obrigatória para casos em que a placenta está a 2 cm do OIC. Embora exista um risco teórico de sangramento, a literatura obstétrica moderna e os principais protocolos (como os da FEBRASGO e ACOG) indicam que, quando a borda placentária está a mais de 2 cm do orifício interno, o parto vaginal é seguro e apresenta altas taxas de sucesso. Portanto, não se impõe a cirurgia apenas pela localização placentária neste caso.

Alternativa (b) Incorreta. A cesariana fúndica (corporal) é uma técnica de exceção, reservada para situações específicas como prematuridade extrema com segmento não formado, variações anatômicas, miomas volumosos no segmento inferior ou casos de acretismo placentário grave. Não há indicação de incisão fúndica para uma placenta de inserção baixa a 2 cm do colo. Além disso, a interrupção eletiva com 37 semanas sem considerar a prova de trabalho de parto é uma conduta intervencionista desnecessária para este cenário.

Alternativa (c) Correta. Esta é a conduta preconizada. Quando a distância entre a borda inferior da placenta e o orifício interno do colo é superior a 2 cm (ou exatamente 2 cm, dependendo da referência), a via de parto é preferencialmente vaginal (via baixa). A paciente pode entrar em trabalho de parto espontâneo e a evolução decidirá se haverá necessidade de uma cesariana (via alta) por indicações obstétricas habituais (como desproporção cefalopélvica ou sofrimento fetal) ou por sangramento excessivo durante a dilatação. A segurança do parto vaginal em placentas de inserção baixa é bem documentada.

Alternativa (d) Incorreta. Não há indicação de induzir o parto precocemente com 36 semanas apenas pelo diagnóstico de inserção baixa a 2 cm. Com 36 semanas, o feto ainda é considerado prematuro tardio. O manejo conservador até o termo (ou trabalho de parto espontâneo) é a conduta mais adequada, a menos que haja sangramento materno importante que comprometa a estabilidade hemodinâmica.

Resumo didático:

- Distância > 2 cm do OIC: Parto vaginal é a primeira opção e costuma ser seguro.
- Distância entre 1 cm e 2 cm: A via de parto é discutível, mas a prova de trabalho de parto vaginal ainda é possível sob vigilância rigorosa.
- Distância < 1 cm ou recobrando o OIC (prévia total ou parcial): Cesariana é a via de regra.

Questão 33

O seguimento pós-molar visa identificar precocemente a evolução para Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG). O principal marcador é o BHCG, que reflete diretamente a atividade e a quantidade de tecido trofoblástico remanescente no organismo.

O protocolo seguido no Brasil, baseado nas diretrizes da FEBRASGO e do Ministério da Saúde, determina que, após o esvaziamento uterino, a paciente deve realizar dosagens de BHCG semanalmente. Esse acompanhamento semanal deve persistir até que ocorram três resultados negativos (ou abaixo do valor de referência do laboratório) em semanas consecutivas.

Uma vez atingidos esses três negativos semanais, a paciente entra na fase de controle de cura, na qual as dosagens passam a ser mensais por um período de 6 meses. Se os níveis de BHCG permanecerem negativos durante todo esse semestre, a paciente recebe alta do acompanhamento e é liberada para uma nova gestação. É fundamental que a paciente utilize um método contraceptivo eficaz durante todo esse processo para evitar uma gravidez que possa confundir a interpretação dos níveis de BHCG.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Esta alternativa está correta. Ela descreve precisamente as duas etapas do seguimento: a fase semanal para observar a queda da curva de BHCG até a negativação (3 semanas consecutivas) e a fase de manutenção mensal por 6 meses para confirmar a remissão completa.

Alternativa b: Incorreta. A periodicidade inicial de 15 dias (quinzenal) é considerada inadequada para detectar precocemente o platô ou a ascensão do BHCG, que são os critérios laboratoriais para o diagnóstico de malignização (NTG). Além disso, o tempo de um ano de seguimento mensal não é a recomendação padrão para casos de mola hidatiforme que evoluem para a negativação.

Alternativa c: Incorreta. O erro está na exigência de 4 semanas consecutivas de resultados negativos e no tempo de seguimento mensal de um ano. O protocolo nacional e internacional mais aceito preconiza 3 semanas de resultados negativos e 6 meses de acompanhamento mensal subsequente.

Alternativa d: Incorreta. O erro principal reside na periodicidade quinzenal no início do acompanhamento. O seguimento deve ser rigorosamente semanal para garantir a segurança da paciente e permitir o diagnóstico rápido de persistência ou evolução para neoplasia.

Questão 34

A Tríade Letal é um conceito fundamental no manejo do paciente com choque hemorrágico grave, incluindo a hemorragia pós-parto. Ela descreve um ciclo vicioso de deterioração fisiológica que, se não for interrompido precocemente, leva ao óbito. Os três componentes são interconectados: a acidose e a hipotermia prejudicam a cascata de coagulação, o que piora o sangramento, gerando mais acidose e hipotermia.

Alternativa A: Correta. Esta alternativa identifica precisamente os três componentes

da tríade:

1. Acidose: A perda volêmica reduz a perfusão dos tecidos. Sem oxigênio suficiente, as células realizam metabolismo anaeróbico, gerando ácido láctico. O acúmulo de ácido reduz o pH sanguíneo (acidose metabólica).
2. Hipotermia: O choque diminui a produção de calor metabólico. Além disso, a perda de sangue quente e a infusão de fluidos em temperatura ambiente resfriam o corpo. A hipotermia reduz a atividade enzimática dos fatores de coagulação.
3. Coagulopatia: É o prejuízo na capacidade de coagulação do sangue. Ela ocorre tanto pelo consumo de fatores de coagulação no sangramento quanto pela inibição desses fatores pela acidose e pela hipotermia.

Alternativa B: Incorreta. O choque hemorrágico leva à acidose metabólica devido à má perfusão tecidual e produção de lactato. A alcalose (aumento do pH) não faz parte da fisiopatologia desse quadro inicial de choque.

Alternativa C: Incorreta. Embora a acidose esteja correta, convulsão e parada cardiorrespiratória são eventos terminais ou complicações neurológicas/cardíacas graves decorrentes da hipóxia e falência múltipla de órgãos. Elas não compõem a definição técnica da tríade letal, que foca nos distúrbios metabólicos e hematológicos que precedem o colapso final.

Alternativa D: Incorreta. No choque hemorrágico, o corpo perde a capacidade de termorregulação e tende ao resfriamento (hipotermia), e não ao aumento da temperatura (hipertermia). Além disso, conforme mencionado, o distúrbio ácido-básico é a acidose, e não a alcalose.

Questão 35

A questão descreve um cenário de cesariana de urgência por placenta prévia centro-total, em que o feto se encontra em apresentação cefálica, porém alto e móvel. Em situações de cesariana em que o polo cefálico não está engajado ou há dificuldades de acesso (como a obstrução pela placenta), a técnica cirúrgica frequentemente utilizada para a retirada fetal é a extração pelo polo pélvico.

Alternativa a) Bracht. Incorreta. A manobra de Bracht é uma técnica utilizada no parto pélvico por via vaginal. Ela consiste na elevação do corpo fetal (que já nasceu até o nível das escápulas) em direção ao abdome materno, facilitando o desprendimento da cabeça derradeira e dos braços sem tração excessiva.

Alternativa b) Geppert. Correta. A manobra de Geppert é a manobra clássica descrita para a extração fetal durante a cesariana quando a apresentação está alta, móvel ou quando o acesso à cabeça é dificultado (como no caso da placenta prévia). O

cirurgião introduz a mão na cavidade uterina, alcança um ou ambos os pés do feto e realiza a versão para apresentação pélvica seguida da extração.

Alternativa c) Mauriceau modificada. Incorreta. A manobra de Mauriceau (ou Smellie-Veit) é empregada no parto pélvico vaginal para auxiliar no desprendimento da cabeça derradeira. Nela, o obstetra apoia o corpo do feto em seu antebraço e introduz os dedos na boca ou sobre a mandíbula do feto para manter a flexão da cabeça enquanto realiza a tração.

Alternativa d) Zavanelli. Incorreta. A manobra de Zavanelli é uma medida de exceção e último recurso na distocia de ombros durante o parto vaginal. Consiste na reintrodução da cabeça fetal (que já foi exteriorizada) para o interior do canal de parto e do útero, seguida da realização imediata de uma cesariana de emergência.

Questão 36

ANÁLISE DO CASO

O caso clínico apresenta uma paciente jovem (28 anos) com quadro de infertilidade primária há 2 anos. A investigação básica revelou fator masculino negativo (espermograma normal), mas identificou uma alteração estrutural uterina importante na histerossalpingografia: uma tumoração intracavitária na região fúndica que está causando a obstrução do óstio tubário direito (confirmada pela prova de Cotte negativa à direita). A questão especifica que a principal hipótese é um mioma submucoso da classificação FIGO 0 (completamente intracavitário).

COMENTÁRIOS SOBRE AS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A histerectomia é a remoção cirúrgica do útero. Este procedimento é absolutamente contraindicado para uma paciente de 28 anos que deseja engravidar, pois interrompe definitivamente sua capacidade reprodutiva. É uma conduta radical reservada para casos de patologias malignas ou quando a paciente já possui prole constituída e não responde a tratamentos conservadores.

b) CORRETA. A miomectomia histeroscópica é o padrão-ouro para o tratamento de miomas submucosos (especialmente os tipos FIGO 0 e 1). Por ser um procedimento minimamente invasivo, permite a ressecção do tumor através do canal cervical, sem necessidade de incisões abdominais. No caso desta paciente, a retirada do mioma visa restaurar a anatomia da cavidade endometrial e desobstruir o óstio tubário, aumentando significativamente as chances de uma gestação espontânea ou o sucesso de técnicas de reprodução assistida.

c) INCORRETA. A miomectomia por laparotomia (cirurgia aberta) é indicada para miomas intramurais ou subserosos, geralmente de grandes dimensões ou em grande número. Para um mioma FIGO 0 (pediculado e totalmente dentro da cavidade), o acesso por laparotomia exigiria uma abertura desnecessária da parede uterina (histerotomia), o que aumentaria o risco de aderências pélvicas, infecções e a necessidade de uma cesariana em gestações futuras devido à cicatriz uterina.

d) INCORRETA. A conduta expectante não é adequada neste cenário. O mioma submucoso está agindo como um fator mecânico de infertilidade, deformando a cavidade uterina e obstruindo uma das tubas uterinas. Como a paciente já tenta engravidar sem sucesso há 2 anos e o fator masculino foi excluído, a intervenção cirúrgica para correção do fator uterino é necessária para restabelecer a fertilidade.

RESUMO DA CONDUTA

Diante de um mioma submucoso FIGO 0 em paciente com infertilidade, a via de escolha é sempre a histeroscopia cirúrgica. Ela oferece rápida recuperação, preservação da integridade do miométrio e correção efetiva da distorção cavitária.

Questão 37

O achado citopatológico de ASC-H (Atipias em Células Escamosas, não sendo possível excluir lesão de alto grau) possui um alto valor preditivo positivo para lesões precursoras de câncer do colo do útero (NIC II e NIC III). Por representar um risco elevado, a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde (INCA) é a investigação diagnóstica imediata.

Alternativa a: Incorreta. A repetição da citologia em 6 meses é a conduta recomendada para mulheres com 30 anos ou mais que apresentam ASC-US (Atipias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas) ou para pacientes com LSIL (Lesão intraepitelial de baixo grau). No caso do ASC-H, não se deve aguardar para repetir o exame, devido ao risco de haver uma lesão de alto grau subjacente.

Alternativa b: Incorreta. A repetição em 1 ano é indicada para mulheres entre 25 e 29 anos com resultado de ASC-US. Assim como na alternativa anterior, essa conduta é conservadora e não se aplica ao achado de ASC-H, que exige avaliação cervical minuciosa.

Alternativa c: Correta. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, a conduta imediata para qualquer paciente com resultado de ASC-H, independentemente da idade, é o encaminhamento para a colposcopia. Durante este exame, o médico avaliará o colo uterino com lentes de

aumento e reagentes químicos, realizando biópsia dirigida se encontrar áreas suspeitas.

Alternativa d: Incorreta. A Cirurgia de Alta Frequência (CAF) é um procedimento de tratamento ou diagnóstico excisional. Ela não deve ser a conduta inicial baseada apenas no resultado citológico de ASC-H. A CAF pode ser indicada posteriormente, caso a colposcopia e a biópsia confirmem uma lesão de alto grau, ou em situações específicas de ver e tratar, mas nunca como o primeiro passo após o resultado do preventivo sem a realização da colposcopia prévia.

Questão 38

O quadro clínico descrito — dor, edema, calor, rubor e febre em uma lactante — é clássico de mastite puerperal. A mastite é um processo inflamatório da mama, podendo ou não ser acompanhado de infecção. O principal agente etiológico envolvido é o **Staphylococcus aureus**. O tratamento baseia-se em antibioticoterapia ambulatorial (na maioria dos casos) e, fundamentalmente, no esvaziamento adequado da mama.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): A cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração, sendo a droga de escolha por sua excelente cobertura contra **Staphylococcus aureus** e boa penetração no tecido mamário. O tempo de tratamento de 7 a 14 dias é o padrão recomendado. As medidas de suporte são essenciais: o uso de sutiã ajuda na sustentação e diminui a dor por movimentação; a manutenção da amamentação é crucial, pois o esvaziamento da mama impede a estase láctea, que é o principal fator de piora e evolução para abscessos. A ordenha manual delicada auxilia no alívio da tensão glandular. Vale lembrar que o leite da mama com mastite não prejudica o lactente.

Alternativa B (Incorreta): A cefoxitina é uma cefalosporina de segunda geração com maior foco em germes anaeróbios e gram-negativos, sendo mais utilizada em profilaxia cirúrgica ou infecções pélvicas, não sendo a primeira escolha para mastite. Além disso, a suspensão da amamentação é um erro técnico grave, pois a interrupção do fluxo de leite favorece a formação de abscessos mamários. O tratamento deve ser preferencialmente via oral, reservando a via endovenosa apenas para casos graves ou com sinais de sepse.

Alternativa C (Incorreta): A oxacilina é um excelente antibiótico contra estafilococos, porém sua administração é exclusivamente endovenosa (EV). Para uma paciente com quadro estável e febre de 38 °C, o tratamento ambulatorial via oral é o mais

indicado. A internação para medicação venosa seria reservada para casos de falha terapêutica inicial ou mastite grave/complicada.

Alternativa D (Incorreta): A ciprofloxacina não é o antibiótico de primeira linha para mastite puerperal, pois existem opções mais seguras e eficazes para o *Staphylococcus aureus*. Além disso, a suspensão da amamentação está incorreta, conforme já mencionado. O esvaziamento da mama é parte integrante da cura do processo inflamatório.

Resumo do manejo: O tratamento da mastite puerperal foca na antibioticoterapia que cubra a flora da pele (cefalexina ou eritromicina em alérgicas) e no esvaziamento mamário contínuo (amamentação e/ou ordenha). O uso de analgésicos e anti-inflamatórios também é recomendado para controle sintomático.

Questão 39

Para resolver essa questão, é necessário analisar o perfil de risco da paciente e os princípios da Terapia Hormonal (TH) na menopausa.

Análise do perfil da paciente:

A paciente apresenta um quadro de síndrome metabólica (obesidade grau III com IMC de 42 kg/m², hipertensão arterial, dislipidemia e intolerância à glicose). Essas condições elevam significativamente o risco cardiovascular e o risco de fenômenos tromboembólicos. Além disso, por ter tido a última menstruação há mais de um ano, ela está na pós-menopausa. Não há menção de histerectomia prévia, portanto, presume-se que ela possua útero.

Escolha da via de administração (Transdérmica vs. Oral):

Em pacientes com fatores de risco cardiovascular, hipertensão, obesidade ou hipertrigliceridemia, a via transdérmica é a preferencial. Ao contrário da via oral, a via transdérmica não possui o efeito de primeira passagem hepática. Isso evita o aumento da síntese de fatores de coagulação (reduzindo o risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar) e não eleva os níveis de triglicerídeos. No caso desta paciente, a via oral seria contraindicada ou evitada devido ao alto IMC e à presença de componentes da síndrome metabólica.

Escolha do esquema (Combinado vs. Isolado):

Sempre que a paciente possui útero íntegro, a Terapia Hormonal com estrogênio deve ser obrigatoriamente combinada a um progestágeno. O objetivo da progesterona é fazer a oposição ao efeito proliferativo do estrogênio no endométrio, prevenindo a hiperplasia e o câncer de endométrio. O uso de estrogênio isolado é reservado exclusivamente para pacientes histerectomizadas.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Embora seja combinada, a via oral aumenta o risco de eventos tromboembólicos e pode piorar a hipertrigliceridemia da paciente devido ao metabolismo hepático.
- b) Incorreta. A via oral é inadequada pelo risco cardiovascular/trombótico da paciente e o estrogênio isolado é contraindicado para mulheres com útero, pelo risco de câncer de endométrio.
- c) CORRETA. A via transdérmica é a mais segura para pacientes obesas, hipertensas e com síndrome metabólica, pois minimiza o risco de trombose. A forma combinada (estrogênio + progestágeno) é necessária para a proteção endometrial da paciente que possui útero.
- d) Incorreta. A via transdérmica está correta para o perfil metabólico, porém o estrogênio isolado só poderia ser utilizado se a paciente fosse hysterectomizada. Como não há essa informação, a proteção endometrial com progesterona é obrigatória.

Questão 40

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro clínico descreve uma paciente jovem com uma lesão ulcerada genital surgida três semanas após uma relação sexual desprotegida. As características fundamentais da lesão são: única, indolor, com bordas endurecidas (induradas) e fundo limpo. Este é o quadro clássico do cancro duro, manifestação primária da sífilis.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) DONOVANOSE: Incorreta. A donovanose, causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*, manifesta-se tipicamente como úlceras de aspecto "vermelho-vivo" (carne crua), bordas hipertróficas, de evolução lenta e crônica. Diferente do caso, a donovanose costuma ser friável (sangra facilmente) e não apresenta a base limpa e endurecida característica da sífilis primária.
- b) HERPES GENITAL: Incorreta. O herpes simples costuma se manifestar inicialmente com múltiplas pequenas vesículas agrupadas que se rompem, formando úlceras rasas e muito dolorosas. O quadro descrito na questão é de uma lesão única, indolor e com base endurecida, o que afasta o diagnóstico de herpes.

c) HPV: Incorreta. O Papilomavírus Humano (HPV) manifesta-se predominantemente através de lesões verrucosas (condilomas acuminados), com aspecto de "couve-flor", e não como uma úlcera de fundo limpo e bordas endurecidas.

d) SÍFILIS: Correta. A descrição da questão é patognomônica da sífilis primária (cancro duro). O período de incubação de aproximadamente 3 semanas (21 dias em média) coincide com o relato da paciente. As características de unicidade, ausência de dor, bordas com infiltração (endurecidas) e fundo limpo (sem secreção purulenta ou exsudato) definem clinicamente a lesão causada pelo *Treponema pallidum*.

GABARITO: ALTERNATIVA (D) SÍFILIS.

Questão 41

O Ministério da Saúde oficializou a substituição da Vacina Oral Poliomielite (VOP) pela Vacina Inativada Poliomielite (VIP) em todo o território nacional a partir de 4 de novembro de 2024. Essa mudança segue recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e visa aumentar a segurança do processo de erradicação da doença, eliminando o risco de casos de paralisia associados ao vírus vivo atenuado presente na vacina oral.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Este esquema não corresponde às diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e mantém o uso da VOP, que está sendo retirada do esquema de rotina.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa descreve o esquema vacinal que era vigente até a mudança de 2024. No modelo anterior, a criança recebia a VIP nas três primeiras doses e os reforços eram feitos com a VOP (gotinha) aos 15 meses e aos 4 anos.

Alternativa c) Correta. Este é o novo esquema estabelecido pelo Ministério da Saúde a partir de 4 de novembro de 2024. A vacina passa a ser exclusivamente inativada (VIP), ou seja, injetável. O esquema primário é mantido com doses aos 2, 4 e 6 meses de idade, e agora há apenas um único reforço, também com a VIP, aos 15 meses de idade.

Alternativa d) Incorreta. Embora mencione corretamente o uso exclusivo da VIP, a alternativa está errada ao manter o reforço aos 4 anos. Com a transição para o esquema 100 por cento VIP, o reforço de 4 anos foi suprimido, pois quatro doses (2,

4, 6 e 15 meses) são suficientes para garantir a imunidade necessária contra a poliomielite.

Resumo da mudança: O esquema passa a ser exclusivamente VIP aos 2, 4, 6 meses, com reforço aos 15 meses. O Zé Gotinha continua sendo o símbolo das campanhas de vacinação no Brasil, mas a administração da vacina contra a paralisia infantil agora ocorre de forma injetável no calendário de rotina.

Questão 42

Comentário Técnico:

Afirmativa I: Está correta. O uso do ácido acetilsalicílico (AAS) em crianças e adolescentes com quadros febris de origem viral, especialmente em casos de influenza e varicela, está fortemente associado ao desenvolvimento da síndrome de Reye. Esta é uma condição rara, porém extremamente grave, que cursa com encefalopatia aguda e degeneração gordurosa hepática, apresentando altas taxas de morbimortalidade. Por esse motivo, o AAS foi substituído por outros antitérmicos na prática pediátrica.

Afirmativa II: Está correta. Paracetamol, dipirona e ibuprofeno constituem o tripé da terapêutica farmacológica para febre em pediatria. Quando administrados nas doses terapêuticas corretas e respeitando os intervalos recomendados, apresentam excelente perfil de segurança e eficácia comprovada no controle da temperatura e do desconforto do paciente.

Afirmativa III: Está incorreta. Embora o termômetro de mercúrio seja preciso, ele não é mais considerado seguro. No Brasil, a Anvisa proibiu a fabricação, comercialização e o uso de termômetros de mercúrio em serviços de saúde desde 2019, devido ao risco de toxicidade ambiental e humana em caso de quebra do dispositivo. Atualmente, os termômetros digitais são os recomendados por aliarem segurança, facilidade de leitura e fidedignidade.

Afirmativa IV: Está incorreta. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e diversas diretrizes internacionais não recomendam a prática de intercalar ou alternar antitérmicos (como usar paracetamol e ibuprofeno de forma alternada a cada 3 ou 4 horas). Essa prática aumenta consideravelmente o risco de erros de dosagem, confusão por parte dos cuidadores e potenciais efeitos colaterais, sem trazer benefícios clínicos significativos no alívio do desconforto da criança em comparação com o uso de um único agente em dose otimizada.

Conclusão: Como apenas as afirmativas I e II estão tecnicamente corretas, a

alternativa (b) é o gabarito da questão.

Questão 43

O caso clínico descreve uma lactente de 10 meses com um quadro clássico de Exantema Súbito, também conhecido como Roséola Infantil. Os principais pontos que levam a esse diagnóstico são: a idade da paciente (comumente ocorre entre 6 e 15 meses), a presença de febre alta que desaparece subitamente (em crise) e o surgimento do exantema logo após a defervescência da febre.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Correta. O quadro de febre alta por 3 dias que cessa para dar lugar a um exantema máculo-papular que se inicia no tronco e se espalha para membros e face, em uma criança com bom estado geral, é a apresentação típica do Exantema Súbito. O principal agente etiológico é o Herpes-vírus Humano tipo 6 (HHV-6), embora o tipo 7 também possa causar a doença em uma menor porcentagem de casos.

Alternativa b) Incorreta. O Eritema Infeccioso é causado pelo Parvovírus B19. Clinicamente, ele se manifesta em três fases: primeiro a face esbofetada, seguida por um exantema rendilhado nos membros e, por fim, a recidiva do exantema com exposição ao sol ou ao calor. Não apresenta essa relação característica de desaparecimento da febre para o surgimento das manchas. Além disso, o agente citado na alternativa (HHV-7) está associado ao exantema súbito, não ao eritema infeccioso.

Alternativa c) Incorreta. A Varicela (catapora), causada pelo vírus Varicela-Zóster, caracteriza-se por lesões polimórficas (máculas, pápulas, vesículas e crostas presentes simultaneamente) que são intensamente pruriginosas. No caso descrito, o exantema é máculo-papular, não vesicular, e não apresenta prurido.

Alternativa d) Incorreta. A Rubéola apresenta um exantema que tipicamente começa na face e progride de forma cefalocaudal (para baixo), acompanhado frequentemente de linfonodomegalia retroauricular, occipital e cervical. Diferente do exantema súbito, na rubéola a febre costuma ser baixa e ocorre simultaneamente ao exantema, não desaparecendo antes de as manchas surgirem.

Resumo do diagnóstico:

A sequência de febre alta que some subitamente seguida de exantema de início troncular em lactente é o sinal patognomônico do Exantema Súbito (HHV-6).

Questão 44

Definição da Síndrome de Löffler:

A Síndrome de Löffler é uma forma de pneumonia eosinofílica autolimitada, causada pela passagem de larvas de determinados helmintos pelos pulmões (ciclo de Looss). Clinicamente, manifesta-se com tosse seca, febre baixa, sibilância e, radiologicamente, por infiltrados pulmonares migratórios e fugazes. Laboratorialmente, observa-se eosinofilia acentuada no sangue periférico. Para fins de prova, os agentes etiológicos clássicos podem ser memorizados pelo mnemônico SANTA: Strongyloides stercoralis, Ancylostoma duodenale, Necator americanus, Toxocara canis e Ascaris lumbricoides.

Análise das alternativas:

a) Strongyloides stercoralis: Incorreta. Este parasita penetra na pele na forma de larva filarioide e obrigatoriamente passa pelos pulmões através da circulação venosa. Ele rompe os capilares alveolares para ganhar a árvore brônquica, sendo um dos agentes mais comuns da Síndrome de Löffler, especialmente em quadros de hiperinfestação.

b) Necator americanus: Incorreta. O Necator americanus é um ancilostomídeo que também realiza o ciclo de Looss. Suas larvas penetram na pele do hospedeiro, atingem a corrente sanguínea, passam pelo coração direito e chegam aos pulmões, onde provocam a reação de hipersensibilidade característica da síndrome antes de serem deglutidas para completar o ciclo no intestino delgado.

c) Ascaris lumbricoides: Incorreta. É o agente etiológico mais clássico e frequentemente associado à Síndrome de Löffler nas provas de residência. Após a ingestão de ovos embrionados, as larvas eclodem, atravessam a parede intestinal e migram para o fígado e depois para os pulmões, onde sofrem maturação (mudas de L2 para L3 e L4) por cerca de 10 a 14 dias antes de ascenderem pela traqueia.

d) Schistosoma mansoni: Correta. Embora o Schistosoma mansoni seja um helminto e suas formas imaturas (esquistossômulos) passem pela circulação pulmonar para atingir o sistema porta, ele não é classicamente associado à Síndrome de Löffler. A fisiopatologia da esquistossomose é baseada na reação granulomatosa aos ovos depositados nos tecidos (fígado e intestino) e, na fase aguda (Febre de Katayama), pode haver sintomas sistêmicos, mas não o quadro típico de pneumonia eosinofílica migratória descrito na questão. Portanto, ele é a exceção entre as alternativas apresentadas.

Questão 45

Esta questão aborda o tratamento ambulatorial da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em pediatria. Em crianças acima de 2 meses, o principal agente etiológico das pneumonias bacterianas típicas é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). O quadro clínico descrito (febre, tosse produtiva e estertores crepitantes) é clássico para essa etiologia.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde, o tratamento de escolha para a PAC tipicamente bacteriana em pacientes que não necessitam de internação é a amoxicilina por via oral.

Análise das alternativas:

a) Correta. A dose de 50 mg/kg/dia de amoxicilina é a recomendação padrão inicial para o tratamento ambulatorial da pneumonia em crianças em nosso meio, em que a resistência penicilínica do pneumococo ainda permite o uso dessa dosagem na maioria dos casos. O tempo de 7 dias é o período classicamente recomendado para a resolução completa do quadro em casos não complicados.

b) Incorreta. A dose de 80-90 mg/kg/dia (dose dobrada) é reservada para situações específicas, como em locais com alta prevalência de pneumococo com resistência intermediária à penicilina ou em pacientes com falha terapêutica inicial, o que não é o caso descrito.

c) Incorreta. Embora o tratamento por 10 dias tenha sido muito utilizado no passado, as evidências e protocolos atuais mostram que, para casos de PAC sem complicações atendidos ambulatorialmente, 7 dias de antibioticoterapia são suficientes, evitando o uso prolongado e desnecessário de medicação.

d) Incorreta. Recentemente, alguns protocolos (inclusive da Organização Mundial da Saúde) têm sugerido tempos mais curtos, como 5 dias, para pneumonias não graves em contextos específicos. No entanto, nos principais consensos brasileiros e nas provas de residência, o período de 7 dias ainda é consolidado como a escolha padrão para garantir a erradicação do agente.

Resumo do Tratamento:

- Droga: amoxicilina (primeira escolha para germes típicos/pneumococo).
- Dose: 50 mg/kg/dia, dividida em 2 ou 3 tomadas diárias.
- Duração: 7 dias (em casos de boa resposta clínica).

Questão 46

Esta questão aborda os marcos do desenvolvimento infantil segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (Caderneta da Criança), um tema recorrente em provas de pediatria. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. Duplicar sílabas, também conhecido como balbucio reduplicado (ex.: "mama", "dada"), é um marco esperado para a faixa etária de 6 a 9 meses. No período de 9 a 12 meses, a criança já deve progredir para falar uma ou duas palavras com significado e atender a comandos simples.

Alternativa B: Correta. Mudar de posição (rolar) é, de fato, o marco motor esperado para o intervalo entre 4 e 6 meses. Nesse período, a criança desenvolve tônus muscular e coordenação suficientes para girar o corpo sobre o próprio eixo, partindo da posição de decúbito dorsal para ventral e vice-versa.

Alternativa C: Incorreta. Deambular com apoio (ou "cruising", quando a criança anda segurando-se nos móveis) é um marco típico da faixa de 9 a 12 meses. Entre os 7 e 9 meses, os marcos principais são sentar-se sem apoio e começar a se colocar de pé com auxílio, mas a marcha com apoio é uma evolução posterior.

Alternativa D: Incorreta. O movimento de pinça refinada (utilizar as polpas do polegar e do indicador para pegar objetos pequenos) é um marco de motricidade fina que se consolida entre os 9 e 12 meses. Entre 6 e 9 meses, a criança ainda utiliza a preensão palmar ou uma pinça lateral imatura.

Resumo dos marcos citados conforme a Caderneta da Criança:

- 4 a 6 meses: Rola (muda de posição).
- 6 a 9 meses: Duplica sílabas e senta sem apoio.
- 9 a 12 meses: Faz movimento de pinça e deambula com apoio.

Questão 47

O quadro clínico descrito é clássico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA). Trata-se de um lactente jovem (4 meses) que apresenta um pródromo catarral (congestão nasal) seguido de sinais de comprometimento da via aérea inferior (tosse, taquipneia, sibilância e estertores).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A broncopneumonia bacteriana costuma cursar com febre mais alta, queda do estado geral e, habitualmente, não apresenta sibilância difusa como manifestação primária. O achado de sibilos aponta para uma doença obstrutiva das

pequenas vias aéreas, característica da bronquiolite.

b) Correta. A Bronquiolite Viral Aguda é definida como o primeiro episódio de sibilância em crianças menores de 2 anos, precedido por sintomas gripais. O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente etiológico (responsável por até 75% dos casos). O tratamento é fundamentalmente de suporte: lavagem nasal com soro fisiológico, hidratação e monitorização. Como o paciente apresenta desconforto leve e está hidratado/corado, o seguimento ambulatorial é adequado. Observação: Embora manuais recentes (como os da SBP e AAP) não recomendem a fisioterapia respiratória de rotina na fase aguda por falta de evidência de redução do tempo de internação, esta alternativa é a que melhor descreve o diagnóstico e a conduta geral em comparação às demais.

c) Incorreta. Além de o diagnóstico clínico ser de bronquiolite e não de pneumonia, a conduta de internação e antibioticoterapia (ampicilina) não se justifica para um quadro de desconforto leve e etiologia viral. O uso de corticoides e broncodilatadores também não é a conduta padrão para pneumonia bacteriana.

d) Incorreta. Embora o diagnóstico e o agente estejam corretos, a conduta terapêutica invalida a alternativa. Consensos internacionais e nacionais são enfáticos ao afirmar que broncodilatadores (como o salbutamol) e corticoides (orais ou venosos) não possuem eficácia comprovada no tratamento da bronquiolite e não devem ser usados rotineiramente. Além disso, o quadro é leve, permitindo manejo domiciliar, sem necessidade imediata de internação.

Questão 48

Esta é uma questão que aborda as diretrizes atuais de nutrição pediátrica, com foco na introdução alimentar e suplementação profilática, baseadas no Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos (Ministério da Saúde) e nas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Avaliação das afirmativas:

I - Correta. A partir dos 6 meses de idade, a criança deve iniciar a alimentação complementar. Aos 7 meses, a recomendação é que ela já receba duas refeições principais (almoço e jantar) contendo os cinco grupos alimentares: carboidratos (cereais, tubérculos ou raízes), proteínas animais (carnes ou ovos), leguminosas (feijões, lentilhas), legumes e verduras. Além disso, o suco de frutas mencionado no caso clínico deve ser evitado; a recomendação atual é oferecer a fruta in natura para garantir o aporte de fibras e evitar o excesso de açúcares livres.

II - Incorreta. Não há necessidade de panelas separadas para evitar alérgenos. Pelo contrário, a introdução precoce de alimentos potencialmente alergênicos (como ovo e peixe) dentro da janela imunológica da introdução alimentar é estimulada para reduzir o risco de desenvolvimento de alergias futuras. A separação de panelas só se justificaria em casos de alergia já diagnosticada ou para controle rigoroso de sal, mas não como regra geral.

III - Correta. A suplementação de vitamina D é recomendada pela SBP na dose de 400 UI/dia da primeira semana de vida até os 12 meses (e 600 UI/dia dos 12 aos 24 meses). Quanto ao ferro, para lactentes nascidos a termo e com peso adequado (maiores de 2.500 g), a suplementação profilática de 1 mg/kg/dia de ferro elementar deve ser iniciada aos 6 meses de vida e mantida até os 2 anos de idade, independentemente do tipo de aleitamento ou dieta, segundo as normas mais utilizadas em concursos.

IV - Incorreta. O aleitamento materno deve ser mantido em livre demanda. Não se deve restringir a oferta do peito antes das refeições para forçar a aceitação da comida. A alimentação complementar é um processo de aprendizado e deve ser conduzida de forma responsiva, respeitando os sinais de fome e saciedade da criança.

V - Incorreta. O leite de vaca integral é contraindicado para crianças menores de 1 ano. Ele possui uma carga proteica e de sódio muito elevada para os rins do lactente, além de ser pobre em ferro e ter baixa biodisponibilidade deste mineral, o que favorece a ocorrência de anemia ferropriva e micro-hemorragias intestinais.

VI - Correta. As diretrizes atuais incentivam que a criança receba a mesma comida da família para promover a integração social e o desenvolvimento de hábitos saudáveis. Para isso, a família deve cozinhar com o mínimo de sal, utilizar temperos naturais e não oferecer açúcar, garantindo que a refeição seja de boa qualidade para todos os membros da casa.

Conclusão: As afirmativas I, III e VI estão de acordo com as boas práticas pediátricas.

A alternativa correta é a letra (d).

Questão 49

O caso clínico descreve um lactente de 1 ano de idade com quadro de anemia ferropriva. A análise laboratorial revela hemoglobina (Hb) de 10,5 g/dL (o valor de referência para essa idade é Hb maior ou igual a 11 g/dL), microcitose e hipocromia (VCM e HCM diminuídos) e ferritina significativamente baixa (6 mg/dL), confirmando a depleção dos estoques de ferro. Embora a criança já fizesse uso de dose profilática (1 mg/kg/dia), esta não foi suficiente para prevenir a anemia, exigindo a mudança para a dose terapêutica.

Análise das alternativas:

a) Correta. Segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), uma vez diagnosticada a anemia ferropriva, a dose de ferro elementar deve ser elevada para o patamar terapêutico, que varia de 3 a 6 mg/kg/dia. O tratamento deve ser mantido por tempo suficiente para a normalização da hemoglobina e, principalmente, para a reposição dos estoques de ferro (ferritina), o que geralmente leva cerca de 6 meses. Após esse período e a normalização dos exames, a criança deve retornar à dose profilática de 1 mg/kg/dia, que deve ser mantida até os 24 meses de vida.

b) Incorreta. O período de 3 meses de tratamento pode ser suficiente para normalizar os níveis de hemoglobina, mas frequentemente é insuficiente para a reposição completa dos estoques de ferro no organismo (evidenciados pela ferritina). O tempo preconizado para garantir essa reserva e evitar recidivas imediatas é, preferencialmente, de 6 meses ou até a normalização da ferritina.

c) Incorreta. O erro desta alternativa reside na orientação de suspender o ferro após o tratamento. De acordo com as diretrizes nacionais de puericultura, todas as crianças devem receber suplementação profilática de ferro até os 2 anos de idade (24 meses), independentemente de terem tido anemia prévia ou não, devido à alta demanda metabólica e ao risco de deficiência nesta fase do desenvolvimento.

d) Incorreta. Embora o tempo de 4 meses e a dose terapêutica citada estejam próximos do aceitável, a dose profilática de manutenção para uma criança de 1 ano de idade (sem fatores de risco como prematuridade ou baixo peso ao nascer) é de 1 mg/kg/dia, e não 2 mg/kg/dia. Além disso, o período de 6 meses de tratamento é mais amplamente aceito para a garantia da reposição dos estoques.

Questão 50

A vacina oral de rotavírus humano (VORH), inserida no Programa Nacional de Imunizações (PNI), possui um esquema vacinal rigoroso quanto aos limites de idade para início e conclusão das doses. Isso ocorre devido ao risco teórico de invaginação intestinal (intussuscepção) caso a vacina seja administrada fora da janela de segurança biológica.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Correta. De acordo com as normas do PNI e do Ministério da Saúde, a primeira dose da vacina contra o rotavírus deve ser administrada, obrigatoriamente, entre 1 mês e 15 dias (limite inferior) e 3 meses e 15 dias (limite superior). Como o lactente do caso clínico tem 3 meses e 20 dias, ele já ultrapassou o prazo máximo permitido para iniciar o esquema vacinal. Portanto, a conduta da unidade de saúde de não aplicar a vacina está correta.

Alternativa b) Incorreta. O prazo de 3 meses e 29 dias não corresponde a nenhum marco oficial para a primeira dose da vacina contra o rotavírus no calendário brasileiro. O limite máximo absoluto para a primeira dose é, de fato, 3 meses e 15 dias.

Alternativa c) Incorreta. Diferentemente de outras vacinas do calendário infantil que podem ser aplicadas com atraso (como a pentavalente ou a VIP), a vacina contra o rotavírus possui limites de idade rígidos e "improrrogáveis". Se a criança perde o prazo da primeira dose, ela não poderá iniciar o esquema nem receber a segunda dose posteriormente.

Alternativa d) Incorreta. Embora 2 meses seja a idade recomendada para a aplicação da primeira dose, o limite máximo para o atraso não é de 2 meses e 15 dias, mas sim de 3 meses e 15 dias.

Resumo dos prazos da vacina contra rotavírus (PNI):

- 1ª dose: Recomendada aos 2 meses. Limite mínimo: 1 mês e 15 dias. Limite máximo: 3 meses e 15 dias.
- 2ª dose: Recomendada aos 4 meses. Limite mínimo: 3 meses e 15 dias. Limite máximo: 7 meses e 29 dias.
- O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose deve ser de 30 dias.