



SMS

GABARITO | 2026 | PR | 60 Questões



Gabarito: SMS

2026 | PR

1 - B	40 - B
2 - C	41 - B
3 - B	42 - B
4 - C	43 - B
5 - C	44 - D
6 - B	45 - B
7 - B	46 - C
8 - C	47 - B
9 - C	48 - C
10 - B	49 - C
11 - D	50 - C
12 - B	51 - C
13 - A	52 - B
14 - A	53 - C
15 - D	54 - C
16 - B	55 - B
17 - D	56 - D
18 - D	57 - A
19 - C	58 - B
20 - C	59 - C
21 - D	60 - D
22 - D	
23 - C	
24 - C	
25 - C	
26 - A	
27 - A	
28 - C	
29 - D	
30 - D	
31 - C	
32 - A	
33 - A	
34 - B	
35 - C	
36 - B	
37 - B	
38 - B	
39 - B	

Comentários e Explicações

Questão 1

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda as diretrizes e responsabilidades das equipes de Atenção Básica, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017. O cenário descreve uma falha comum na prática: a transferência de toda a demanda espontânea para serviços de urgência (UPA), o que fere os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a porta de entrada preferencial e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ao encaminhar toda a demanda espontânea para a UPA, a equipe nega o acesso e o papel de primeiro contato. A PNAB determina que a unidade deve acolher e classificar o risco de todas as pessoas que a procuram, tratando tanto casos programados quanto intercorrências agudas.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa sintetiza os atributos essenciais da Atenção Primária descritos na PNAB 2017. A equipe tem a responsabilidade de garantir a atenção contínua (longitudinalidade), integral (resolver a maior parte dos problemas e articular o restante) e coordenada (organizar o fluxo do paciente na rede). A adscrição de clientela e a atuação em território definido permitem que as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação sejam direcionadas às necessidades reais daquela população.

Alternativa c) Incorreta. A atuação da Atenção Básica não se limita à promoção da saúde. Ela é responsável pelo manejo clínico completo, o que inclui o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de condições crônicas, agudas e cuidados paliativos. Excluir o acompanhamento de condições crônicas descaracteriza a resolutividade esperada da equipe.

Alternativa d) Incorreta. A PNAB é uma política nacional válida para todo o território brasileiro, independentemente de ser área rural ou urbana. Além disso, a integração com os outros pontos da rede (serviços especializados, exames, urgências) é um pilar fundamental da APS, que deve atuar como coordenadora do cuidado dentro da RAS.

Em resumo, a postura da equipe descrita no enunciado reflete uma fragmentação do cuidado que a PNAB 2017 visa combater, reafirmando que a Unidade Básica de Saúde deve ser capaz de acolher e manejar as necessidades de saúde de sua

população adscrita, sejam elas programadas ou espontâneas.

Questão 2

A compreensão moderna de Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) vai muito além da simples notificação de doenças. Ela deve ser entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, análise e interpretação de dados voltados para o planejamento e a implementação de ações de saúde pública.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A vigilância não se limita às doenças transmissíveis. Embora historicamente o foco tenha sido o controle de epidemias e zoonoses (como a dengue citada no caso), hoje ela abrange também as doenças e agravos não transmissíveis (DANTs), como a hipertensão e a obesidade, que são citadas no enunciado como problemas crescentes no bairro.

Alternativa B: Incorreta. A vigilância em saúde é uma responsabilidade compartilhada entre os três entes federados (União, Estados e Municípios). O município, através da Atenção Primária, desempenha um papel fundamental na execução direta das ações por estar mais próximo do território e da realidade da população.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa traz a definição abrangente e integrada estabelecida pela Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Ela envolve a Vigilância Epidemiológica (controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis), Vigilância Sanitária (controle de riscos em produtos e serviços), Vigilância em Saúde Ambiental (fatores físicos, químicos e biológicos que interferem na saúde), Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Alimentar e Nutricional (fundamental para lidar com a obesidade mencionada no texto). No contexto da APS, essas frentes atuam de forma articulada para promover a saúde e prevenir agravos no território.

Alternativa D: Incorreta. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem a vigilância em saúde como um de seus pilares fundamentais. A atuação da equipe de saúde da família ocorre sobre um território definido, o que permite o monitoramento constante dos riscos ambientais, sanitários e epidemiológicos daquela comunidade específica. Não existe Atenção Primária resolutive sem a integração com a vigilância.

Questão 3

A questão exige conhecimento sobre indicadores de saúde e sua relação com os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente o acesso (primeiro contato) e a continuidade do cuidado (longitudinalidade).

Alternativa (a) Incorreta. A taxa de mortalidade infantil é um indicador de resultado ou impacto. Ela reflete as condições de vida, o saneamento e a qualidade geral da assistência à saúde de uma região. Embora uma APS eficiente ajude a reduzir esses números, esse indicador não mede diretamente se o paciente consegue entrar no sistema (acesso) ou se é acompanhado ao longo do tempo (continuidade).

Alternativa (b) Correta. A cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família (ESF) é um indicador de estrutura e processo que reflete a capacidade do sistema de oferecer uma "porta de entrada" para a população. No modelo brasileiro, a ESF é a estratégia prioritária para a organização da APS. Ter uma equipe de referência vinculada a um território é o primeiro passo para garantir o acesso universal e permitir que o vínculo entre profissional e paciente seja estabelecido, o que é a base da continuidade do cuidado.

Alternativa (c) Incorreta. A incidência de tuberculose é um indicador epidemiológico. Ela monitora a carga da doença na população. Embora a APS tenha papel fundamental no diagnóstico e tratamento, o número de novos casos, isoladamente, está mais relacionado a fatores sociais e de transmissão do que propriamente à mensuração da continuidade do cuidado ou à facilidade de acesso ao serviço.

Alternativa (d) Incorreta. O tempo médio de espera para consulta especializada é um indicador de acesso, porém voltado para a atenção secundária (especializada) e não especificamente para a APS. Além disso, ele foca em um ponto de estrangulamento do sistema que costuma ocorrer fora do âmbito da unidade básica de saúde.

Resumo: Para monitorar se a APS está cumprindo seu papel de porta de entrada e acompanhamento longitudinal, saber qual percentual da população está coberto por equipes de Saúde da Família é o dado mais direto e fidedigno entre as opções apresentadas.

Questão 4

A questão aborda o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), uma ferramenta fundamental na Atenção Primária à Saúde para humanizar o atendimento e aumentar a adesão ao tratamento. O MCCP é tradicionalmente dividido em quatro componentes principais (ou seis, dependendo da literatura de referência, como a de Stewart).

A alternativa (a) está incorreta. O primeiro componente, Explorar a doença e a experiência da doença, foca em entender os sintomas clínicos (doença) e como a pessoa vivencia essa condição (enfermidade), utilizando o mnemônico SIFE: Sentimentos, Ideias, Função e Expectativas. Embora o médico tenha explorado esses pontos na consulta, o enunciado foca na ação final de definir as condutas de forma compartilhada.

A alternativa (b) está incorreta. O segundo componente, Entender a pessoa como um todo, busca contextualizar o indivíduo em seu meio social, familiar e no seu ciclo de vida. O médico realizou essa etapa ao identificar as preocupações com o desemprego e com os filhos, mas a pergunta questiona especificamente sobre o momento da definição do plano de cuidado.

A alternativa (c) está correta. O terceiro componente, Elaborar um projeto comum de manejo (ou encontrar terreno comum), é exatamente o que o enunciado descreve. Ele ocorre quando médico e paciente negociam e entram em acordo sobre três pontos principais: a definição do problema, as metas do tratamento e os papéis de cada um no cuidado. Quando o médico propõe que "juntos definam um plano de cuidado", ele está buscando essa convergência de decisões, característica central deste componente.

A alternativa (d) está incorreta. O quarto componente, Incorporar prevenção e promoção da saúde, foca em orientações para evitar doenças futuras (como rastreamentos, vacinas e cessação de tabagismo) e melhorar a qualidade de vida. Embora o autocuidado mencionado no texto possa envolver promoção de saúde, a essência da ação descrita é a pactuação conjunta do plano terapêutico, o que remete ao componente de manejo comum.

Questão 5

Texto Original:

A prevenção quaternária (P4) é um conceito fundamental na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde (APS). Ela se define como o conjunto de ações que visam identificar pacientes em risco de sobremedicalização, protegendo-os de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias (iatrogenia) e sugerindo alternativas eticamente aceitáveis. No contexto da população LGBTQIA+, a P4 é aplicada ao evitar o excesso de exames de controle sem base científica, não patologizar as identidades de gênero e garantir que o tratamento hormonal ocorra de forma segura, minimizando riscos de efeitos colaterais por doses inadequadas.

Alternativa A: Incorreta. O rastreamento universal de câncer de próstata em homens

cisgêneros a partir dos 40 anos, independentemente de risco, não é uma recomendação baseada em evidências sólidas na maioria das diretrizes internacionais e nacionais. Pelo contrário, o rastreamento indiscriminado é um exemplo de conduta que a prevenção quaternária tenta evitar, pois pode levar ao sobrediagnóstico e ao sobretratamento de tumores que não causariam danos ao paciente.

Alternativa B: Incorreta. Prescrever hormonioterapia sem avaliação clínica prévia é uma conduta negligente e tecnicamente inadequada. A prevenção quaternária não significa a ausência de cuidado ou de avaliação, mas sim a oferta de um cuidado seguro. A avaliação inicial é obrigatória para identificar contraindicações e estabelecer parâmetros de segurança para a terapia hormonal.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa sintetiza o conceito de prevenção quaternária aplicado ao caso clínico. Ao revisar o histórico, ajustar doses conforme protocolos científicos e evitar exames ou procedimentos que não tragam benefício real, o médico está protegendo a paciente de danos médicos (iatrogenias) e da medicalização desnecessária, sempre respeitando a identidade de gênero e promovendo a saúde baseada em evidências.

Alternativa D: Incorreta. O encaminhamento sistemático de todas as demandas dessa população para especialistas focalistas fere os princípios da Atenção Primária, como a resolutividade e a integralidade. O manejo da hormonioterapia e o acompanhamento de saúde geral da pessoa trans podem e devem ser realizados preferencialmente na APS, deixando o encaminhamento apenas para casos de alta complexidade ou necessidade de intervenções cirúrgicas específicas.

Questão 6

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta de planejamento de cuidado voltada para indivíduos ou famílias em situações de alta complexidade e vulnerabilidade, como o caso apresentado (esquizofrenia, diabetes descompensado e problemas sociais). A metodologia do PTS é estruturada em quatro etapas principais:

1. Diagnóstico e Análise da Situação: É o momento inicial de discussão do caso pela equipe interdisciplinar para entender o paciente em todas as suas dimensões (biológica, psicológica e social), identificando os riscos e os problemas que devem ser priorizados.
2. Definição de Metas: Após entender o caso, a equipe estabelece propostas e objetivos de curto, médio e longo prazo, pactuando-os com o paciente.

3. Divisão de Responsabilidades: Define-se quem fará o que dentro da equipe, elegendo um profissional de referência que terá um vínculo mais estreito com o paciente para coordenar as ações.

4. Reavaliação: Momento de revisar o plano, verificar o que funcionou e ajustar as condutas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A definição de objetivos e metas é a segunda etapa do PTS. Não se pode traçar metas sem antes ter realizado a análise diagnóstica e identificado os problemas prioritários.

Alternativa b) Correta. A discussão do caso e a identificação de problemas prioritários compõem a fase de Diagnóstico/Análise da Situação, que é o primeiro passo metodológico do PTS. É o momento em que os diferentes profissionais (médico, enfermeiro, assistente social, etc.) cruzam seus saberes para compreender a complexidade do paciente.

Alternativa c) Incorreta. A elaboração de cronogramas e agendamentos é uma parte operacional que ocorre após o planejamento das metas e a divisão de tarefas.

Alternativa d) Incorreta. Embora o registro em prontuário seja um dever ético e a comunicação com a família seja essencial no cuidado, essas ações não definem o passo inicial da metodologia de construção do PTS propriamente dita.

Questão 7

A questão aborda a transição entre os modelos de prevenção na medicina. O modelo tradicional (cronológico), proposto por Leavell e Clark, baseia-se na história natural da doença. Já o modelo moderno (relacional), proposto por Marc Jamouille, baseia-se na percepção de saúde/doença pelo paciente e na avaliação clínica do médico, sendo fundamental na Medicina de Família e Comunidade.

Alternativa a: Incorreta. O conceito de prevenção quaternária foi proposto pelo médico belga Marc Jamouille em 1986, e não por Bury em 1988. A prevenção quaternária consiste em identificar pacientes em risco de excesso de intervenção médica (supermedicalização) e protegê-los de intervenções desnecessárias ou iatrogênicas. Michael Bury é um sociólogo que contribuiu com o conceito de ruptura biográfica em doenças crônicas.

Alternativa b: Correta. A prevenção de base relacional foca na pessoa e no vínculo

estabelecido ao longo do tempo. Na Medicina de Família e Comunidade, os atributos da longitudinalidade (acompanhamento ao longo da vida) e da continuidade permitem que o médico realize ações preventivas de forma oportunística em cada encontro, integrando a prevenção ao cuidado diário, em vez de isolá-la em momentos cronológicos rígidos.

Alternativa c: Incorreta. A redução de complicações de doenças já estabelecidas e a reabilitação de sequelas definem a prevenção terciária. A prevenção primária, por definição, ocorre antes do surgimento da patologia, visando remover os fatores de causa para que a doença não ocorra (exemplo: vacinação e promoção de hábitos saudáveis).

Alternativa d: Incorreta. Leavell e Clark publicaram seus estudos sobre a História Natural da Doença entre as décadas de 1940 e 1960. No entanto, a base teórica utilizada por eles foi a epidemiologia e o modelo ecológico (tríade composta por agente, hospedeiro e meio ambiente), e não a antropologia médica. O modelo de Leavell e Clark é justamente o marco da visão cronológica que a questão menciona ter sido superada pelo modelo relacional.

Gabarito: Letra b.

Questão 8

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O processo de territorialização é, na verdade, a ferramenta fundamental que permite o estabelecimento de ações mais apropriadas e resolutivas. Ao mapear e compreender as especificidades de uma região, a equipe de saúde consegue atuar diretamente sobre os problemas reais daquela população, aumentando a eficácia das intervenções.

Alternativa b) Incorreta. A territorialização é uma condição essencial para a obtenção e análise de informações. É por meio dela que se identificam os determinantes sociais da saúde, os grupos de risco e a dinâmica epidemiológica local. Sem territorializar, os dados de saúde tornam-se abstratos e perdem sua capacidade de orientar o planejamento local.

Alternativa c) Correta. Este é o conceito moderno de território na saúde pública. A área de abrangência não é apenas um limite geográfico em um mapa, mas um "território vivo". Ele está em permanente construção e transformação pelas relações sociais, econômicas, políticas e culturais, as quais influenciam diretamente o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde da comunidade.

Alternativa d) Incorreta. É impossível elaborar um diagnóstico territorial sem dados sobre as condições de vida e saúde da população. Esses dados (como saneamento básico, escolaridade, renda, taxas de mortalidade e prevalência de doenças) são os insumos básicos que compõem o diagnóstico, permitindo identificar as prioridades de cada local.

Resumo: A questão exige o conhecimento sobre Territorialização no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). O examinador buscou a definição de território como um espaço dinâmico e multifatorial, reforçando que o planejamento em saúde depende diretamente do reconhecimento profundo do local de atuação.

Questão 9

Gabarito: Alternativa (c)

A questão aborda os fundamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, fundamentada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O cerne da APS é a oferta de uma atenção integral, contínua e organizada, que ultrapassa o simples tratamento de patologias agudas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A vacinação é uma estratégia vital de prevenção primária, mas a vigilância e a promoção da saúde na APS são muito mais amplas. Limitar as ações a campanhas anuais ignora o monitoramento contínuo de doenças crônicas, a vigilância epidemiológica territorial e as ações educativas permanentes necessárias para impactar a saúde da população.

b) Incorreta. O modelo focado apenas no atendimento clínico individual é conhecido como modelo biomédico ou flexneriano. A APS propõe uma ruptura com essa visão, equilibrando a clínica individual com ações coletivas e intervenções sobre os determinantes sociais da saúde (saneamento, moradia, alimentação, lazer), que são fundamentais para a promoção da saúde.

c) Correta. Esta alternativa define o princípio da Integralidade. A equipe de APS deve estar preparada para atuar em todos os níveis de cuidado: promovendo a saúde (estilo de vida, educação), prevenindo doenças (imunização, rastreio), recuperando a saúde (tratamento clínico) e reabilitando o paciente. Além disso, a abordagem deve ser centrada na pessoa, considerando seu contexto familiar, social e a comunidade onde ela vive (territorialização).

d) Incorreta. O trabalho na APS é essencialmente multiprofissional e interdisciplinar. Atividades de promoção e prevenção não são exclusivas de uma categoria profissional. O médico, assim como o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde, possui atribuições específicas e compartilhadas na educação em saúde e na prevenção de agravos, sendo vedada a delegação total dessas funções a apenas um membro da equipe.

Questão 10

Esta questão exige o conhecimento das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e dos fundamentos da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF representa uma mudança de paradigma em relação ao modelo médico tradicional, focando na organização da atenção primária.

Alternativa a: Esta alternativa apresenta um princípio correto da ESF. A família é compreendida como o núcleo social primário e o foco central do cuidado. O atendimento deve considerar as dinâmicas familiares e o ambiente em que o indivíduo vive para que as intervenções sejam eficazes e contextualizadas, indo além da patologia isolada.

Alternativa b: Esta é a alternativa que NÃO representa um princípio da ESF, sendo, portanto, o gabarito da questão. O modelo da ESF busca romper com o padrão focado exclusivamente em ações curativas e no atendimento individualizado isolado, que são características do modelo biomédico tradicional ou hospitalocêntrico. Na ESF, embora o tratamento exista, o foco deve ser a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o acompanhamento longitudinal da população.

Alternativa c: Esta alternativa apresenta um princípio correto. A intersetorialidade é a articulação do setor saúde com outros setores públicos, como educação, saneamento básico e assistência social. Essa união é fundamental para enfrentar os determinantes sociais da saúde e promover a qualidade de vida da comunidade atendida.

Alternativa d: Esta alternativa apresenta um princípio correto. O desenvolvimento de atividades em equipe multiprofissional é a base operacional da ESF. A equipe mínima, composta por médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, trabalha de forma integrada para compartilhar saberes e oferecer uma assistência integral e mais resolutiva.

Questão 11

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para o funcionamento do SUS, rompendo com a visão de atendimentos isolados e fragmentados para promover um cuidado contínuo e integral. A seguir, analisamos cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A descentralização é um princípio organizativo do SUS, previsto na Constituição, que redistribui poder e responsabilidades entre as esferas de governo (União, Estados e Municípios). Embora as RAS facilitem a gestão regionalizada, sua finalidade precípua não é a descentralização da gestão, mas sim a organização do fluxo assistencial.

Alternativa (b) Incorreta: Um dos objetivos das RAS é justamente o contrário: a regionalização. A ideia é organizar os serviços em regiões de saúde para que o cidadão encontre assistência o mais próximo possível de sua residência, evitando o deslocamento desnecessário para grandes centros, a menos que a complexidade do caso exija.

Alternativa (c) Incorreta: As RAS não priorizam um único nível de complexidade. Pelo contrário, elas integram todos eles. Cabe ressaltar que a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce o papel fundamental de centro de comunicação e coordenadora do cuidado dentro dessa rede, sendo a porta de entrada preferencial.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa define com precisão o conceito de RAS. Elas são arranjos organizativos que integram ações e serviços de saúde, indo desde a baixa densidade tecnológica (Atenção Primária) até a alta densidade (hospitais de alta complexidade e centros especializados). O objetivo é garantir a integralidade da assistência, assegurando que o paciente percorra todos os pontos necessários do sistema de forma coordenada e eficiente.

Questão 12

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, organiza os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em diferentes modalidades, variando conforme a complexidade do atendimento, o público-alvo e, fundamentalmente, o porte populacional do município ou da região de saúde.

O CAPS III é uma modalidade de serviço que atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes, com a característica diferencial de oferecer atendimento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, dispondo de leitos de acolhimento noturno para situações de crise.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O contingente de 70.000 habitantes é o marco regulatório para outras modalidades. Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes estão aptos a implantar o CAPS I. A partir de 70.000 habitantes, o município já pode implantar o CAPS II ou o CAPS ad (Álcool e Drogas).

Alternativa b) Correta. Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, a implantação do CAPS III requer uma população mínima de 150.000 habitantes. Esse critério é estabelecido para garantir que a estrutura complexa (equipe numerosa e funcionamento ininterrupto com hospitalidade noturna) seja sustentável e responda a uma demanda epidemiológica proporcional ao tamanho da cidade ou região. O mesmo critério de 150.000 habitantes aplica-se ao CAPS ad III e ao CAPS i (infantojuvenil).

Alternativa c) Incorreta. O valor de 200.000 habitantes não é o ponto de corte definido pela legislação para a tipologia inicial de um CAPS III. Embora municípios com essa população possam ter o serviço, a exigência mínima legal é inferior a esse número.

Alternativa d) Incorreta. O número de 300.000 habitantes também não corresponde ao critério mínimo de implantação previsto na Portaria. Municípios de grande porte (acima de 300 mil ou 500 mil habitantes) geralmente possuem múltiplos CAPS de diferentes modalidades para cobrir territórios específicos.

Resumo dos parâmetros populacionais para concursos:

- CAPS I: 20 mil a 70 mil habitantes.
- CAPS II e CAPS ad: acima de 70 mil habitantes.
- CAPS III, CAPS ad III e CAPS i: acima de 150 mil habitantes.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 13

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda os critérios diagnósticos atuais para hiperglicemia na gestação, baseando-se nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) de 2025. O diagnóstico precoce, realizado logo na primeira consulta de pré-natal, é fundamental para reduzir riscos materno-fetais.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS (SBD 2025) NO INÍCIO DA GESTAÇÃO

Para gestantes sem diagnóstico prévio de diabetes, os critérios para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) no primeiro trimestre (ou antes das 24 semanas) são:

1. Glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL.
2. Hemoglobina Glicada (HbA1c) entre 5,7% e 6,4%.

Se a glicemia de jejum for maior ou igual a 126 mg/dL ou a HbA1c for maior ou igual a 6,5%, o diagnóstico é de Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação (também chamado de Diabetes Overt ou pré-gestacional não diagnosticado anteriormente).

No caso em questão, a paciente apresenta glicemia de jejum de 94 mg/dL e HbA1c de 5,8%. Ambos os parâmetros estão dentro das faixas que definem o Diabetes Mellitus Gestacional.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: O diagnóstico de DMG está confirmado pelos dois exames solicitados. A conduta inicial para qualquer gestante com DMG consiste no tratamento não medicamentoso, que engloba terapia nutricional médica e incentivo à atividade física orientada. Além disso, é indispensável iniciar a automonitorização glicêmica capilar diária (em jejum e pós-prandial) para avaliar o controle metabólico e decidir sobre a necessidade futura de insulina ou metformina.

Alternativa (b) INCORRETA: O Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) de 75g realizado entre a 24ª e a 28ª semanas é a segunda etapa do rastreamento. Ele só deve ser solicitado para gestantes que tiveram um rastreamento inicial normal no primeiro trimestre (glicemia de jejum menor que 92 mg/dL E HbA1c menor que 5,7%). Como a paciente já possui critérios diagnósticos, não se deve aguardar nem submetê-la a um novo teste de sobrecarga.

Alternativa (c) INCORRETA: O jejum de 8 horas é o período preconizado e suficiente para a coleta da glicemia de jejum na gestação. Não há indicação técnica para repetir o exame com 12 horas de jejum. O diagnóstico já está firmado com os resultados apresentados, e postergar a intervenção aumenta os riscos obstétricos.

Alternativa (d) INCORRETA: Esta alternativa está desatualizada. Embora existam variações fisiológicas que podem interferir na HbA1c durante a gestação (como o aumento do turnover de hemácias), as diretrizes mais recentes da SBD (2024/2025) validaram e incluíram o uso da HbA1c entre 5,7% e 6,4% como critério diagnóstico para DMG quando realizada no início da gravidez. Portanto, a HbA1c é, sim, utilizada para o diagnóstico no cenário atual.

Questão 14

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A alternativa A é a correta. Durante a gestação, os elevados níveis de estrogênio estimulam o fígado a aumentar a síntese da globulina ligadora de tiroxina (TBG), que é a principal proteína de transporte dos hormônios tireoidianos. Com o aumento da TBG, uma maior quantidade de T4 se liga a essa proteína, reduzindo temporariamente a concentração de T4 livre (a fração biologicamente ativa). Em uma gestante com função tireoidiana normal, a hipófise detecta essa queda e aumenta o estímulo para que a tireoide produza mais hormônios, restabelecendo os níveis de T4 livre. Contudo, mulheres com hipotireoidismo prévio não possuem reserva funcional para esse aumento compensatório, sendo necessário o ajuste (aumento) da dose de levotiroxina exógena.

A alternativa B está incorreta porque o hCG (gonadotrofina coriônica humana) tem uma estrutura molecular muito semelhante à do TSH, o que permite que ele se ligue e ESTIMULE os receptores de TSH na tireoide. Esse efeito ocorre principalmente no primeiro trimestre, levando a um aumento fisiológico do T4 livre e, conseqüentemente, a uma redução (supressão) dos níveis de TSH, e não ao seu aumento.

A alternativa C está incorreta porque, na gestação, ocorre um AUMENTO da depuração renal de iodo. Isso acontece devido ao aumento do fluxo plasmático renal e da taxa de filtração glomerular. Como o iodo é excretado mais rapidamente pela urina, a disponibilidade do mineral para a glândula tireoide pode diminuir se não houver um aporte dietético adequado, mas o mecanismo fisiológico é de aumento da depuração, e não redução.

A alternativa D está incorreta devido a um erro na identificação da enzima. A placenta possui altos níveis da desidinase tipo 3 (D3), que é a enzima responsável pela inativação dos hormônios tireoidianos (convertendo T4 em T3 reverso e T3 em T2), atuando como uma barreira para proteger o feto de excessos de hormônio materno. A desidinase tipo 2 (D2), mencionada na alternativa, possui a função oposta: ela ativa o hormônio, convertendo o T4 no T3 biologicamente ativo.

Questão 15

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A vacina dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche acelular) é obrigatória em TODAS as gestações, independentemente de a mulher ter o esquema vacinal prévio completo. A recomendação é que seja aplicada a partir da 20ª semana

de gestação. O principal objetivo é a transferência transplacentária de anticorpos contra a coqueluche, garantindo proteção passiva ao recém-nascido nos primeiros meses de vida, período de maior vulnerabilidade para complicações da doença.

Alternativa b) Incorreta. A vacina contra o HPV não é recomendada durante a gravidez. Embora não existam evidências de efeitos adversos graves, a orientação é interromper o esquema vacinal caso a gestação ocorra e retomá-lo somente após o parto (período de puerpério/lactação), aproveitando as doses já administradas.

Alternativa c) Incorreta. A vacina contra a hepatite B é segura e altamente recomendada durante a gestação. Gestantes que não possuem esquema vacinal completo ou que apresentam sorologia negativa para a doença devem ser vacinadas em qualquer trimestre da gravidez. Trata-se de uma vacina de vírus inativado (recombinante), não oferecendo risco ao feto.

Alternativa d) Correta. A vacina contra a febre amarela utiliza vírus vivo atenuado e, por esse motivo, é geralmente contraindicada para gestantes devido ao risco teórico de infecção fetal. Entretanto, em situações de surtos, risco epidemiológico elevado ou necessidade de deslocamento para áreas endêmicas, o Ministério da Saúde e a OMS autorizam a vacinação, pois o risco da doença grave supera o risco potencial da vacina. Nesses casos, a decisão deve ser individualizada e discutida com a paciente.

Questão 16

A candidíase vulvovaginal é uma patologia extremamente frequente na prática ginecológica. Vamos analisar cada uma das alternativas para identificar a incorreta, conforme solicitado pelo comando da questão:

Alternativa a: Esta afirmação está correta. A *Candida albicans* é o agente etiológico mais prevalente, sendo responsável por aproximadamente 80% a 90% dos casos de candidíase vulvovaginal. Outras espécies, denominadas "não-*albicans*" (como *Candida glabrata* e *Candida tropicalis*), são menos comuns e muitas vezes associadas a quadros recorrentes ou com menor resposta aos tratamentos habituais.

Alternativa b: Esta é a alternativa incorreta e o gabarito da questão. Embora seja verdade que cerca de 10% a 20% das mulheres em idade reprodutiva possam ser colonizadas por *Candida* de forma assintomática, a prática clínica e as diretrizes nacionais e internacionais (como as da FEBRASGO e do CDC) estabelecem que a colonização assintomática não deve ser tratada. O tratamento está indicado apenas para mulheres que apresentam sintomas (prurido, ardor, corrimento esbranquiçado grumoso) e sinais clínicos de inflamação vulvovaginal.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. Diversos fatores podem quebrar o equilíbrio da flora vaginal e predispor ao crescimento excessivo do fungo. Antibióticos de amplo espectro eliminam a flora de lactobacilos protetores; o diabetes mellitus descompensado eleva os níveis de glicogênio vaginal, favorecendo o fungo; o uso de contraceptivos orais com estrogênio e estados de imunodeficiência (como HIV ou uso de corticoides) também facilitam a infecção.

Alternativa d: Esta afirmação está correta. A candidíase vulvovaginal recorrente é definida pela ocorrência de quatro ou mais episódios em um período de 12 meses. Para essas pacientes, o protocolo padrão envolve uma fase de indução seguida por uma fase de manutenção. O regime de manutenção mais comumente utilizado e eficaz é a administração de fluconazol 150 mg por via oral, uma vez por semana, durante o período de 6 meses.

Questão 17

Item I: Correto. A placenta prévia é definida pela implantação da placenta no segmento inferior do útero. O marco de 22 semanas de gestação é utilizado para esse diagnóstico porque, antes desse período, a placenta ainda pode se deslocar para longe do colo uterino conforme o útero cresce (fenômeno chamado de migração placentária). Na placenta prévia centro-total, o tecido placentário recobre completamente o orifício interno do colo uterino, o que impede o parto vaginal e torna a cesariana obrigatória.

Item II: Correto. O quadro clínico do descolamento prematuro de placenta (DPP) é típico e constitui uma emergência obstétrica. Os sinais principais incluem dor abdominal de início súbito, sangramento vaginal (geralmente de cor escura, embora possa estar ausente em 20% dos casos de descolamento oculto) e hipertonia uterina (útero com tônus aumentado, sentindo-se endurecido à palpação). A alteração da vitalidade fetal é uma consequência direta da redução da oxigenação causada pelo descolamento.

Item III: Correto. O acretismo placentário ocorre quando a placenta se fixa de forma excessivamente profunda na parede uterina devido a uma falha na decídua basal. O fator de risco isolado mais importante é a presença de cicatrizes uterinas anteriores, sendo a cesárea prévia o principal deles, especialmente quando associada a uma placenta prévia atual. Outros procedimentos que traumatizam o endométrio, como curetagens, miomectomias e ressecções de sinéquias, também aumentam significativamente o risco.

Item IV: Correto. A vasa prévia acontece quando os vasos fetais (sem a proteção do cordão umbilical ou da placenta) cruzam o orifício interno do colo uterino, situando-se

abaixo da apresentação fetal. Se esses vasos se rompem, o sangue perdido é do próprio feto, o que leva à exsanguinação e óbito fetal em pouquíssimo tempo. Por isso, se o diagnóstico é feito via ultrassonografia durante o pré-natal, o manejo padrão é a realização de uma cesariana eletiva agendada antes que a paciente entre em trabalho de parto ou apresente ruptura espontânea das membranas.

Conclusão: Todas as afirmativas estão corretas, o que valida a alternativa (d) como o gabarito da questão.

Questão 18

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão é uma gestante (primigesta, 12 semanas) com diagnóstico de sífilis estabelecido por dois testes positivos: um teste treponêmico (teste rápido) e um teste não treponêmico (VDRL 1:256). Como ela nega sintomas e não possui registros de exames anteriores ou tratamento prévio, o quadro é classificado como sífilis latente de duração ignorada.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A classificação de sífilis secundária exige a presença de sinais e sintomas clínicos, como roséolas, sífilides cutâneas, acometimento palmoplantar ou linfonodomegalia. Como a paciente é assintomática ao exame físico, ela se encontra na fase latente. Não é possível afirmar o tempo de evolução da doença (como os 60 dias citados) apenas pelo valor da titulação do VDRL.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. Para o diagnóstico de sífilis, a combinação de um teste treponêmico e um não treponêmico é conclusiva. Na gestante, a agilidade é fundamental para prevenir a transmissão vertical. Não existe a recomendação de um terceiro teste treponêmico para iniciar o tratamento; uma vez que ambos os testes realizados foram reagentes, o tratamento deve ser iniciado imediatamente.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. O tratamento para sífilis latente de duração ignorada ou sífilis tardia consiste em 3 doses de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, por via intramuscular, com intervalo semanal entre elas (totalizando 7,2 milhões UI). O esquema de duas semanas (duas doses) mencionado na alternativa não está previsto nos protocolos oficiais para casos de duração desconhecida.

ALTERNATIVA D: CORRETA. Esta alternativa descreve corretamente o seguimento da gestante. O monitoramento do VDRL durante o pré-natal deve ser mensal. A resposta imunológica é considerada adequada quando há uma queda de dois títulos ou duas diluições em três meses (por exemplo, de 1:256 para 1:64) ou de quatro diluições em seis meses (por exemplo, de 1:256 para 1:16) após o término do tratamento. Vale

lembrar que a gestante só é considerada adequadamente tratada se terminar o esquema de penicilina pelo menos 30 dias antes do parto.

Questão 19

Análise da Afirmativa I: Esta afirmativa está correta. A vaginose bacteriana (VB) não é uma infecção causada por um único patógeno, mas sim uma disbiose caracterizada pela substituição dos lactobacilos (flora normal) por uma proliferação polimicrobiana de bactérias anaeróbias, como *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus* spp. e *Prevotella*. A presença da VB altera o ambiente vaginal e a integridade da mucosa, o que aumenta comprovadamente o risco de aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), incluindo o HIV. Além disso, está associada a complicações como a doença inflamatória pélvica após procedimentos invasivos e resultados obstétricos adversos, como o parto prematuro.

Análise da Afirmativa II: Esta afirmativa está incorreta. Para o diagnóstico clínico da VB, utilizam-se os Critérios de Amsel, sendo necessária a presença de pelo menos três dos quatro seguintes itens: 1) corrimento branco-acinzentado, homogêneo e fino; 2) pH vaginal superior a 4,5 (o erro da afirmativa está em dizer que o pH é menor que 4,5); 3) teste do Whiff (teste das aminas) positivo; 4) presença de clue cells (células-alvo) na microscopia a fresco. Na VB, o pH torna-se mais básico/alcalino devido à redução dos lactobacilos produtores de ácido lático.

Análise da Afirmativa III: Esta afirmativa está incorreta. O tratamento de escolha para a vaginose bacteriana é realizado com Metronidazol (via oral ou vaginal) ou Clindamicina (via vaginal). A Doxíciclina, citada na questão, não tem eficácia documentada para o tratamento da VB e é tipicamente utilizada para tratar cervicites por Clamídia ou micoplasmas, não fazendo parte do protocolo de tratamento da vaginose.

Análise da Afirmativa IV: Esta afirmativa está correta. A alta taxa de recorrência é uma característica marcante da vaginose bacteriana. Estudos epidemiológicos demonstram que uma parcela significativa das mulheres, em torno de 30%, apresenta retorno dos sintomas nos primeiros três meses após completar o tratamento adequado, o que corrobora os dados apresentados na sentença.

Conclusão: Como as afirmativas I e IV são as únicas verdadeiras, a alternativa correta é a letra C.

Questão 20

Esta questão aborda o manejo de resultados citopatológicos anormais durante a gestação, um tema frequente em provas de residência que exige o conhecimento das diretrizes brasileiras de rastreamento do câncer do colo do útero (INCA).

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um resultado de citologia compatível com Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL), que engloba NIC II e NIC III. Além disso, ela está no início de uma gestação (6 semanas).

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O resultado de HSIL (alto grau) já é uma indicação formal de avaliação especializada. Realizar uma nova coleta de citologia apenas adiaria o diagnóstico necessário e não traria informações adicionais suficientes para excluir uma lesão invasora.

Alternativa b) Incorreta. Diante de uma lesão de alto grau (HSIL), não se deve aguardar o término da gestação sem uma avaliação inicial. Embora o tratamento definitivo (como a exérese da lesão) geralmente seja postergado para o pós-parto, a avaliação inicial para excluir o câncer invasor deve ser feita o quanto antes por meio da colposcopia.

Alternativa c) Correta. Toda gestante com citologia de alto grau (HSIL) deve ser encaminhada para colposcopia. O principal objetivo da colposcopia na gestante é excluir a presença de câncer invasor. Se a colposcopia for sugestiva de lesão intraepitelial (NIC II ou III), a conduta costuma ser conservadora, com reavaliações, deixando o tratamento para depois do parto. A biópsia durante a gestação só é realizada se houver suspeita de invasão.

Alternativa d) Incorreta. A conização (procedimento excisional) é contraindicada durante a gestação, exceto em casos raros nos quais há suspeita de câncer invasor que não pode ser confirmado por biópsia simples. O procedimento oferece riscos elevados de hemorragia grave, abortamento e parto prematuro. Portanto, nunca é uma conduta inicial para HSIL em gestantes.

Resumo da conduta em gestantes:

O rastreio e o seguimento de citologias anormais em gestantes seguem as mesmas recomendações de mulheres não gestantes, com uma exceção crucial: o objetivo principal é excluir o carcinoma invasor e postergar o tratamento de lesões pré-cancerosas para o período puerperal. A colposcopia é segura em qualquer idade gestacional.

Questão 21

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece os Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos, dividindo-os em quatro categorias. A Categoria 4 representa um risco inaceitável à saúde, sendo uma contraindicação absoluta para o uso do método.

Alternativa (a) Incorreta: O diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC 1) é classificado como Categoria 2 para o início do uso do DIU de cobre. Isso significa que, em geral, as vantagens do método superam os riscos. O dispositivo não interfere na história natural da lesão nem no seu tratamento ou monitoramento. Apenas o câncer de colo do útero diagnosticado e que ainda não foi tratado é considerado Categoria 4.

Alternativa (b) Incorreta: A nuliparidade (mulheres que nunca deram à luz) é classificada como Categoria 2. Não há contraindicação absoluta; apenas observa-se que o risco de expulsão do dispositivo ou de dor durante a inserção pode ser ligeiramente maior em comparação com mulheres múltiparas, mas o uso é seguro e amplamente recomendado.

Alternativa (c) Incorreta: Miomas uterinos só representam contraindicação se causarem distorção da cavidade uterina a ponto de dificultar a inserção ou aumentar o risco de expulsão. Os miomas subserosos crescem para a parte externa do útero e não alteram a anatomia interna da cavidade endometrial. Portanto, são classificados como Categoria 1 (sem restrição ao uso).

Alternativa (d) Correta: A presença de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) atual, como a infecção por clamídia ou gonorreia, bem como a cervicite purulenta, configura Categoria 4 para o início do uso (inserção) do DIU. A inserção do dispositivo na vigência de uma infecção cervical ativa aumenta significativamente o risco de ascensão de patógenos para o trato genital superior, podendo causar Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Nesses casos, deve-se primeiro tratar a infecção e, após a resolução clínica, realizar a inserção. Vale ressaltar que, se a mulher já utiliza o DIU e adquire a infecção, a classificação passa a ser Categoria 2 (pode-se tratar a infecção sem necessidade obrigatória de remover o dispositivo).

Questão 22

Análise detalhada das afirmativas:

Afirmativa I: Incorreta. Para o diagnóstico de hipertensão arterial na gestação com níveis pressóricos de 140/90 mmHg, o protocolo padrão exige duas medidas com um intervalo mínimo de 4 horas. O intervalo de 15 minutos mencionado na alternativa é utilizado apenas para a confirmação de crises hipertensivas graves (quando a

pressão é maior ou igual a 160/110 mmHg), visando ao início imediato da terapia medicamentosa de emergência para prevenir complicações como o AVC.

Afirmativa II: Incorreta. Os Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), como o enalapril, e os Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA), como a losartana, são terminantemente contraindicados na gestação (Categoria D/X). O uso dessas drogas está associado a malformações fetais, como hipoplasia de calota craniana, além de insuficiência renal e oligodramnia. Gestantes com hipertensão crônica que utilizam essas medicações devem ter o esquema terapêutico substituído por drogas seguras, sendo a metildopa a droga de primeira escolha, seguida por nifedipina ou hidralazina.

Afirmativa III: Correta. Estes são os sinais clássicos de iminência de eclâmpsia, indicando que a paciente apresenta risco iminente de convulsões. A cefaleia e os distúrbios visuais (escotomas, visão turva) decorrem da irritabilidade e edema no sistema nervoso central. A dor no andar superior do abdome (epigastria ou dor no hipocôndrio direito) reflete a distensão da cápsula de Glisson devido ao edema hepático, sinalizando gravidade e possível associação com a Síndrome HELLP.

Afirmativa IV: Correta. No contexto da questão e em diversas referências bibliográficas adotadas por bancas examinadoras, a cesariana é apontada como a via preferencial para a resolução do parto em pacientes com pré-eclâmpsia, especialmente quando há necessidade de interrupção rápida da gestação para controle da doença. O parto vaginal é reservado para casos selecionados nos quais o trabalho de parto já está em estágio avançado e a vitalidade fetal está garantida. Nota-se que, na prática clínica atual preconizada por órgãos como a FEBRASGO, o parto vaginal pode ser estimulado se as condições maternas e cervicais forem favoráveis, mas para fins de prova, a afirmativa foi considerada correta.

Conclusão: Estão corretas apenas as afirmativas III e IV.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 23

RESUMO DO CONTEÚDO

A endometriose caracteriza-se pelo crescimento de estroma e glândulas endometriais fora do útero, respondendo ao estímulo estrogênico. É uma patologia inflamatória crônica que exige manejo individualizado, variando entre tratamento clínico e cirúrgico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (INCORRETA): Embora os sintomas citados (dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia de profundidade e infertilidade) sejam clássicos, as alterações intestinais e urinárias na endometriose costumam ser cíclicas (catameniais), ou seja, pioram significativamente durante o período menstrual. Além disso, o exame físico ginecológico realizado durante o período menstrual é o que facilita a suspeita clínica, pois os focos e nódulos tornam-se mais ingurgitados e dolorosos, facilitando a palpação no toque vaginal e retovaginal.

Alternativa B (INCORRETA): A ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e a Ressonância Magnética (RM) de pelve são os exames de escolha para o mapeamento e estadiamento da doença. A tomografia computadorizada de pelve apresenta baixa sensibilidade para detectar focos de endometriose, não sendo indicada na rotina de investigação desta patologia.

Alternativa C (CORRETA): A videolaparoscopia é indicada em situações específicas. Entre elas, destacam-se: infertilidade (para restaurar a anatomia pélvica e remover focos), presença de endometriomas volumosos (geralmente acima de 5-6 cm, pelo risco de torção, ruptura ou para excluir malignidade) e casos de endometriose profunda com comprometimento funcional de órgãos, como as obstruções do trato urinário (ureteres) ou do trato gastrointestinal. Também é indicada quando há falha no tratamento clínico da dor.

Alternativa D (INCORRETA): Tanto os progestagênios isolados quanto os contraceptivos orais combinados (especialmente em regime contínuo) são considerados tratamentos de primeira linha para o manejo da dor relacionada à endometriose. Ambos apresentam boa eficácia no controle dos sintomas dolorosos por promoverem a atrofia do tecido endometrial e a anovulação. Afirmar que os combinados não apresentam boa eficácia está incorreto.

GABARITO: Alternativa C.

Questão 24

Alternativa a) Incorreta. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a carga viral (CV) deve ser monitorada no início do pré-natal, de quatro a oito semanas após o início da terapia antirretroviral (TARV) e, no mínimo, uma vez a cada trimestre. O exame crucial para a definição da via de parto deve ser realizado a partir da 34ª semana de gestação. Não existe a recomendação de repetição a cada 4 semanas especificamente até a negatificação.

Alternativa b) Incorreta. Se a gestante já vinha em uso de TARV antes da concepção,

apresentando boa adesão e carga viral indetectável, a recomendação geral é manter o esquema atual, desde que não contenha drogas contraindicadas. A substituição sistemática não é necessária e pode gerar instabilidade virológica. O esquema TDF + 3TC + DTG é o preferencial para aquelas que estão iniciando o tratamento durante a gestação.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve corretamente o protocolo de prevenção da transmissão vertical. Quando a carga viral é desconhecida ou superior a 1.000 cópias/mL (resultado de exame realizado após a 34ª semana), a via de parto indicada é a cesariana eletiva. Ela deve ser agendada para a 38ª semana de gestação, com o objetivo de evitar o início do trabalho de parto e a ruptura espontânea das membranas, situações que aumentam o risco de infecção do recém-nascido.

Alternativa d) Incorreta. No Brasil, a amamentação é contraindicada para todas as mulheres vivendo com HIV, independentemente do uso de TARV ou de a carga viral ser indetectável. O vírus pode ser transmitido pelo leite materno. Portanto, todas as puérperas devem receber o inibidor de lactação (cabergolina 1,0 mg, em dose única, logo após o parto) e a criança deve ser alimentada exclusivamente com fórmula infantil fornecida pelo Estado.

Questão 25

O caso clínico apresenta um menino de 8 anos com sinais claros de puberdade precoce (início antes dos 9 anos no sexo masculino). O aumento do volume testicular (6 mL) é o marco inicial da puberdade masculina e indica que o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal está ativado. A velocidade de crescimento aumentada e o avanço da idade óssea corroboram o diagnóstico clínico. Do ponto de vista laboratorial, um LH basal acima de 0,3 a 1,0 UI/L (neste caso, 9,1 UI/L) é diagnóstico de puberdade precoce central (PPC), sem necessidade de testes de estímulo adicionais.

Diferentemente das meninas, nas quais a imensa maioria dos casos de PPC é idiopática, nos meninos a probabilidade de uma causa orgânica subjacente (lesões no sistema nervoso central) é muito elevada, variando de 40% a 75% dos casos. Portanto, a investigação etiológica com exames de imagem é obrigatória em todos os pacientes do sexo masculino.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o bloqueio com agonista de GnRH seja o tratamento de escolha para PPC, ele não deve ser iniciado sem antes realizar a investigação

etiológica por imagem. A ausência de sintomas neurológicos não exclui a presença de tumores ou malformações do SNC (como hamartomas hipotalâmicos ou gliomas) que podem estar causando a puberdade.

Alternativa b) Incorreta. O teste de estímulo com GnRH é indicado quando os níveis basais de LH são duvidosos ou pré-púberes em uma criança com clínica suspeita. No caso descrito, o LH basal de 9,1 UI/L já é francamente puberal e confirma a origem central da puberdade, tornando o teste de estímulo desnecessário.

Alternativa c) Correta. Todo menino com diagnóstico de puberdade precoce central deve ser submetido a uma ressonância magnética (RM) de encéfalo/sela túrcica. O objetivo é descartar tumores do SNC, mesmo na ausência de queixas neurológicas, devido à alta incidência de causas orgânicas nesta população.

Alternativa d) Incorreta. A ultrassonografia abdominal seria útil na suspeita de puberdade precoce periférica (independente de GnRH), como em tumores adrenais. No entanto, o quadro do paciente é claramente central: há aumento testicular simétrico (estimulado pelo LH/FSH) e o LH está elevado. Na puberdade periférica, os testículos geralmente permanecem com volume pré-púbere (menores que 4 mL) enquanto há sinais de virilização, ou apresentam aumento assimétrico em caso de tumor testicular localizado.

Questão 26

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro de baixa estatura severa (escore Z de -2,6 DP) associado a um dado clínico fundamental: a velocidade de crescimento de 3,2 cm/ano. Para um menino de 9 anos, o esperado seria crescer, no mínimo, 4 a 5 cm por ano. Uma velocidade de crescimento baixa é um marcador de patologia, indicando que a criança está se afastando ainda mais do seu potencial genético, que neste caso é de aproximadamente 172,5 cm (estatura-alvo normal). A idade óssea atrasada (7 anos para uma idade cronológica de 9) sugere que ainda há potencial de crescimento, mas não define a causa do atraso.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): Diante de uma criança com baixa estatura e, principalmente, baixa velocidade de crescimento, o protocolo clínico exige a exclusão de doenças sistêmicas "ocultas" como primeiro passo. Muitas patologias, como a doença celíaca, o hipotireoidismo, a acidose tubular renal e anemias crônicas, podem ter a baixa estatura como única ou principal manifestação inicial. Os exames listados

(hemograma, função renal, TSH, T4 livre e anticorpos para a doença celíaca) compõem a triagem básica obrigatória antes de se avançar para testes hormonais complexos.

Alternativa B (INCORRETA): Embora a deficiência de hormônio do crescimento (GH) seja uma hipótese diagnóstica, a dosagem de GH basal não tem valor clínico devido à sua secreção pulsátil. Já os testes de estímulo do GH e a dosagem de IGF-1/IGFBP-3 só devem ser realizados após a exclusão de causas sistêmicas. Se uma criança tiver hipotireoidismo ou doença celíaca não tratada, os testes de GH podem resultar falsamente alterados, levando a um diagnóstico e tratamento equivocados.

Alternativa C (INCORRETA): A ressonância magnética do hipotálamo e da hipófise é um exame de imagem indicado apenas quando já existe a confirmação laboratorial de deficiência de GH ou de outros hormônios hipofisários. É um exame de alto custo e que serve para buscar a etiologia (como tumores ou malformações) de uma deficiência hormonal já comprovada, não sendo, portanto, um passo inicial.

Alternativa D (INCORRETA): A conduta de observação e retorno anual é reservada para variantes normais do crescimento, como a baixa estatura familiar ou o atraso constitucional do crescimento e da puberdade, mas apenas se a velocidade de crescimento estiver normal. No caso descrito, a velocidade de 3,2 cm/ano é patológica e a estatura atual está muito abaixo do percentil 3 e da estatura-alvo familiar, o que torna a investigação laboratorial imediata indispensável.

Questão 27

O diagnóstico precoce do hipotireoidismo congênito é o principal objetivo do Teste do Pezinho, pois permite o início do tratamento antes que ocorram sequelas neurológicas irreversíveis. Para interpretar o resultado do TSH na triagem neonatal (sangue capilar), o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria utilizam valores de corte específicos:

1. TSH menor que 10 mUI/L: Resultado normal.
2. TSH entre 10 e 20 mUI/L: Resultado limítrofe/duvidoso.
3. TSH maior que 20 mUI/L: Resultado alterado (suspeito).

No caso apresentado, o recém-nascido apresenta um TSH de 15 mUI/L, o que o coloca na faixa de resultado limítrofe.

Análise das alternativas:

- a) CORRETA. De acordo com o protocolo do Programa Nacional de Triagem Neonatal,

quando o valor do TSH no papel de filtro se situa entre 10 e 20 mUI/L, a conduta preconizada é a repetição imediata da coleta do teste do pezinho (papel de filtro). O ideal é que essa retestagem ocorra o mais rápido possível, preferencialmente até o 10º dia de vida, para definir se o valor normalizou ou se permanece alterado, exigindo, então, a coleta venosa.

b) INCORRETA. Não se inicia reposição hormonal com levotiroxina baseando-se apenas em um teste de triagem limítrofe. O tratamento só é iniciado após confirmação em amostra de sangue venoso (sérico) ou em casos de triagem com valores muito elevados (geralmente TSH > 40 mUI/L). Além disso, o intervalo de 6 semanas para controle é excessivamente longo para um recém-nascido com suspeita de hipotireoidismo congênito.

c) INCORRETA. A dosagem sérica (venosa) de TSH e T4 livre é indicada de imediato quando o primeiro teste do pezinho já apresenta valores francamente alterados (maiores que 20 mUI/L). Para valores limítrofes (como o 15 mUI/L da questão), a primeira etapa é a repetição da triagem. Além disso, a dosagem de anticorpo antitireoperoxidase (anti-TPO) não faz parte da investigação inicial do hipotireoidismo congênito, que, em sua maioria, é causado por disgenesias tireoidianas e não por causas autoimunes.

d) INCORRETA. Os exames de imagem, como a ultrassonografia cervical ou a cintilografia de tireoide, são exames complementares utilizados para a investigação etiológica (identificar se há agenesia, ectopia ou hipoplasia da glândula). Eles devem ser realizados somente após o diagnóstico bioquímico de hipotireoidismo ter sido confirmado pelos exames de sangue venoso, nunca antes de definir a conduta diagnóstica inicial.

Questão 28

O diagnóstico mais provável para o caso clínico apresentado é a Dermatite Atópica (alternativa c). Esta é uma doença inflamatória crônica da pele, extremamente comum na infância, que se caracteriza por um ciclo de prurido (coceira) e inflamação.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A dermatite de contato é causada pela exposição da pele a uma substância irritante ou alergênica. Embora possa causar prurido e eritema, a distribuição das lesões costuma estar restrita à área de contato com o agente agressor. O quadro da paciente sugere uma condição sistêmica e constitucional, reforçada pela história pessoal de atopia, o que não é característico da dermatite de contato isolada.

Alternativa b) Incorreta. A psoríase clássica se manifesta com placas eritematodescamativas bem delimitadas, com escamas prateadas, localizadas preferencialmente em superfícies extensoras (como a face externa de cotovelos e joelhos), couro cabeludo e região sacral. No caso descrito, as lesões estão em superfícies flexoras (dobras internas), o que é o oposto da apresentação típica da psoríase em crianças dessa idade. Além disso, a psoríase não possui associação direta com a tríade atópica (asma e rinite).

Alternativa c) Correta. O quadro clínico é clássico de Dermatite Atópica por diversos fatores fundamentais:

1. Idade e Localização: Em crianças acima de 2 anos e adolescentes, as lesões costumam se localizar preferencialmente nas dobras (fossas antecubitais e poplíteas).
2. Prurido: É o sintoma principal e obrigatório para o diagnóstico.
3. Xerodermia: A pele seca (xerótica) é um achado comum e contribui para a disfunção da barreira cutânea.
4. História Pessoal: A paciente apresenta a chamada Marcha Atópica, que é a associação de dermatite atópica, asma brônquica e rinite alérgica.
5. Sazonalidade: A piora no inverno é típica, pois a baixa umidade do ar aumenta o ressecamento da pele, desencadeando crises.

Alternativa d) Incorreta. A dermatite seborreica em crianças é mais comum nos primeiros meses de vida (crosta láctea) ou após a puberdade. Ela afeta áreas com maior densidade de glândulas sebáceas, como couro cabeludo, face (sulcos nasolabiais e sobrancelhas) e região pré-esternal. Diferentemente da dermatite atópica, o prurido na dermatite seborreica costuma ser leve ou ausente, e não há associação característica com asma ou rinite.

Questão 29

A descrição apresentada refere-se à Síndrome de Gianotti-Crosti, também conhecida como acrodermatite papular da infância. Esta é uma síndrome de resposta imune a diversos agentes infecciosos, com características clínicas muito bem definidas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Doença Mão-Pé-Boca, causada majoritariamente pelo vírus Coxsackie A16 ou Enterovírus 71, manifesta-se com vesículas (e não apenas pápulas) localizadas nas mãos, pés e, obrigatoriamente, com a presença de estomatite (lesões ulceradas na cavidade oral), o que não foi mencionado na questão.

Alternativa b) Incorreta. A Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica é uma condição grave causada pelas toxinas esfoliativas do *Staphylococcus aureus*. O quadro clínico envolve eritema difuso, dor cutânea importante e descolamento da epiderme em grandes lâminas (sinal de Nikolsky positivo), assemelhando-se a uma grande queimadura, o que difere totalmente das pápulas monomórficas descritas.

Alternativa c) Incorreta. O Eritema Infeccioso, provocado pelo Parvovírus B19, apresenta-se em estágios: primeiro a face esbofetada (eritema malar), seguida por um exantema maculopapular no tronco e membros que evolui para um aspecto rendilhado ou reticulado. Não possui a característica de pápulas acrais simétricas e monomórficas em nádegas e extremidades como foco principal.

Alternativa d) Correta. A Síndrome de Gianotti-Crosti preenche todos os critérios do enunciado. É uma dermatose que atinge principalmente crianças de 1 a 6 anos, com erupção súbita de pápulas eritematosas ou acastanhadas, de aspecto monomórfico (todas parecidas), distribuídas de forma simétrica nas superfícies extensoras dos membros, nádegas e face, poupando habitualmente o tronco. Embora tenha sido descrita originalmente associada ao vírus da Hepatite B, atualmente o vírus Epstein-Barr (EBV) é o gatilho viral mais comum. O quadro é autolimitado e pode durar de algumas semanas a meses.

Gabarito: Letra (d).

Questão 30

Alternativa a) Incorreta. No Brasil, as recomendações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria estabelecem que a infecção pelo HIV é uma contraindicação absoluta ao aleitamento materno. Mesmo que a mãe esteja em terapia antirretroviral e com carga viral indetectável, o risco de transmissão vertical pelo leite persiste, e a recomendação é a substituição total por fórmula infantil.

Alternativa b) Incorreta. Em casos de infecção por herpes simples, a amamentação deve ser suspensa temporariamente apenas na mama que apresentar lesões herpéticas ativas. Se a outra mama estiver livre de lesões, o aleitamento pode e deve continuar nela, desde que as lesões na mama afetada estejam devidamente cobertas para evitar o contato direto do lactente.

Alternativa c) Incorreta. A tuberculose bacilífera não contraindica o aleitamento. A mãe pode amamentar desde que utilize máscara cirúrgica e realize a higienização das mãos antes de manipular o bebê, visando prevenir a transmissão por via respiratória. O recém-nascido deve ser acompanhado e receber quimioprofilaxia com isoniazida ou rifampicina, e a vacina BCG deve ser adiada até a conclusão da

profilaxia.

Alternativa d) Correta. A hepatite B não é uma contraindicação à amamentação. O risco de transmissão do vírus pelo leite materno é considerado negligenciável. Para garantir a segurança do lactente, é fundamental que a criança receba a primeira dose da vacina contra hepatite B e a imunoglobulina específica (HBIG) nas primeiras 12 a 24 horas de vida, o que protege eficazmente contra a transmissão vertical.

Questão 31

ALTERNATIVA A: INCORRETA. Aos 4 meses, os marcos motores principais são o controle cervical completo (a cabeça não pende mais para trás) e a capacidade de a criança elevar o peito apoiando-se nos antebraços quando em decúbito ventral. A habilidade de sentar-se para frente com apoio das mãos, conhecida como posição de tripé, é um marco típico dos 6 aos 7 meses de idade.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. Aos 2 anos (24 meses), a criança é capaz de correr, chutar uma bola e saltar com os dois pés juntos. No entanto, alternar o apoio dos pés de forma coordenada em saltos ou manter o equilíbrio em um pé só são habilidades mais complexas, geralmente atingidas por volta dos 3 anos de idade.

ALTERNATIVA C: CORRETA. Aos 18 meses, a criança já consolidou a marcha independente (que geralmente ocorre entre 12 e 15 meses). Nesse estágio, ela apresenta maturidade motora suficiente para ter controle sobre o seu centro de gravidade, sendo capaz de se abaixar para pegar objetos, sentar-se em cadeiras baixas e levantar-se com bom equilíbrio e segurança.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. O processo de apoiar-se nas mãos e nos pés (posição de "urso" ou preparação para o engatinhar) ocorre precocemente, geralmente entre os 8 e 10 meses. Aos 12 meses, o marco esperado é que a criança consiga ficar de pé (com ou sem apoio) e dê os primeiros passos, já em direção à marcha independente.

Questão 32

Para resolver essa questão, é fundamental dominar o Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde para o primeiro ano de vida. Vamos analisar o que se espera que uma criança de 7 meses tenha recebido, considerando as vacinas aplicadas do nascimento até essa idade.

Ao nascer: BCG (dose única) e Hepatite B (dose ao nascer).

2 meses: 1ª dose da Pentavalente (DTP+HB+Hib), 1ª dose da VIP (Poliomielite

inativada), 1ª dose da Pneumocócica 10-valente e 1ª dose do Rotavírus.

3 meses: 1ª dose da Meningocócica C.

4 meses: 2ª dose da Pentavalente, 2ª dose da VIP, 2ª dose da Pneumocócica 10-valente e 2ª dose do Rotavírus.

5 meses: 2ª dose da Meningocócica C.

6 meses: 3ª dose da Pentavalente, 3ª dose da VIP, 1ª dose da Influenza (conforme sazonalidade) e 1ª dose da COVID-19.

7 meses: 2ª dose da Influenza (intervalo de 30 dias após a primeira) e 2ª dose da COVID-19 (intervalo de 4 semanas após a primeira).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Aos 7 meses, a criança completou o esquema básico de BCG e Hepatite B (dose isolada ao nascer). Recebeu as 3 doses da Pentavalente e da VIP (aos 2, 4 e 6 meses). Recebeu 2 doses de Pneumocócica 10 e 2 doses de Rotavírus (aos 2 e 4 meses). Recebeu as 2 doses de Meningocócica C (aos 3 e 5 meses). Quanto à Influenza, inicia-se aos 6 meses e, aos 7 meses, espera-se que tenha recebido ao menos a primeira dose. Em relação à COVID-19, o esquema atual do PNI para crianças de 6 meses a 4 anos prevê a 1ª dose aos 6 meses e a 2ª dose aos 7 meses.

Alternativa b) Incorreta. Aponta apenas 2 doses de Pentavalente (o correto são 3 doses até os 6 meses), apenas 1 dose de Pneumocócica 10 (o correto são 2), 3 doses de Rotavírus (o esquema é de 2 doses) e apenas 1 dose de Meningocócica C (o correto são 2).

Alternativa c) Incorreta. Indica 2 doses de Hepatite B isolada (é apenas 1 ao nascer, as demais estão na Pentavalente), apenas 1 dose de Pentavalente (o correto são 3) e apenas 1 dose de VIP (o correto são 3).

Alternativa d) Incorreta. Erra ao sugerir 3 doses de Pneumocócica 10 e 3 doses de Meningocócica C no primeiro semestre (ambas possuem esquema de 2 doses mais um reforço aos 12 meses). Também erra ao sugerir 3 doses de Rotavírus (são apenas 2) e apenas uma dose de COVID-19 (aos 7 meses já se espera a segunda dose).

Portanto, a alternativa A descreve corretamente o acúmulo de vacinas esperado para um lactente de 7 meses de idade, de acordo com as diretrizes vigentes.

Questão 33

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve um paciente de 7 anos com a téttrade clássica da vasculite por IgA, anteriormente conhecida como Púrpura de Henoch-Schönlein. Os achados principais são a púrpura palpável (lesões purpúricas que não desaparecem à vitropressão e são salientes ao tato), localizada preferencialmente em áreas de declive como pernas e nádegas; artralgia ou artrite (edema em joelhos e tornozelos); dor abdominal decorrente da vasculite na parede intestinal; e hematúria, indicando comprometimento renal (nefrite por IgA).

Alternativa A (Correta): O diagnóstico é vasculite por IgA. Trata-se de uma vasculite de pequenos vasos mediada por imunocomplexos de IgA, sendo a mais comum na infância. O tratamento inicial é focado no manejo sintomático, incluindo repouso, hidratação e analgesia. O uso de corticosteroides é indicado principalmente em casos de dor abdominal grave ou envolvimento renal significativo para reduzir a inflamação.

Alternativa B (Incorreta): A dermatite de contato alérgica é uma reação de hipersensibilidade tardia local. Ela se manifesta com prurido, eritema e, às vezes, vesículas na área que entrou em contato com o alérgeno. Não causa púrpura palpável sistêmica, dor abdominal, edema articular ou alterações urinárias.

Alternativa C (Incorreta): Na Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), as lesões cutâneas (petéquias e equimoses) são decorrentes da baixa contagem de plaquetas e não são palpáveis (vasculíticas). A PTI tipicamente não apresenta dor abdominal ou artrite. Além disso, o tratamento com transfusão de plaquetas é raramente indicado, pois a destruição plaquetária é periférica e imunomediada. No caso em questão, a hematúria isolada sugere glomerulonefrite e não sangramento por plaquetopenia.

Alternativa D (Incorreta): As vasculites de grandes vasos, como a Arterite de Takayasu, afetam a aorta e seus ramos principais, cursando com ausência de pulsos, sopros vasculares e hipertensão. Não se manifestam com púrpura palpável simétrica em crianças. O tratamento com corticoide tópico não tem efeito sobre a vasculite sistêmica e a fisioterapia não é o tratamento para dor abdominal aguda de origem vasculítica.

Questão 34

Alternativa a) Incorreta. O metimazol é classificado como um fármaco compatível com o aleitamento materno. Em doses terapêuticas habituais (geralmente até 20 mg ou 30 mg por dia), a quantidade da droga transferida para o leite materno é pequena e não costuma afetar a função tireoidiana do lactente. Recomenda-se apenas o acompanhamento clínico do crescimento e desenvolvimento do bebê, sem necessidade de interrupção da amamentação.

Alternativa b) Correta. A fluoxetina é considerada compatível com a amamentação, conforme manuais do Ministério da Saúde e da Academia Americana de Pediatria. Embora apresente uma meia-vida longa em comparação a outros inibidores seletivos da recaptação de serotonina (como a sertralina), a maioria dos estudos demonstra que os níveis plasmáticos da droga no lactente são baixos ou indetectáveis, não causando repercussões clínicas significativas na maior parte dos casos.

Alternativa c) Incorreta. O ácido valproico é compatível com a amamentação. A passagem desse fármaco para o leite materno é muito reduzida devido à sua alta ligação a proteínas plasmáticas na mãe. O risco de hepatotoxicidade ou efeitos hematológicos é descrito para o uso direto do medicamento no paciente, mas é considerado desprezível para o lactente exposto via leite materno em doses terapêuticas.

Alternativa d) Incorreta. A amiodarona é geralmente contraindicada durante a amamentação. Ao contrário do que afirma a alternativa, sua excreção no leite é significativa e o fármaco possui uma concentração muito elevada de iodo. O uso materno de amiodarona coloca o lactente em risco real de desenvolver disfunções tireoidianas (hipotireoidismo ou tireotoxicose) e toxicidade pelo iodo, além de a droga possuir uma meia-vida de eliminação extremamente prolongada, favorecendo o acúmulo no organismo da criança.

Questão 35

Acondroplasia é a forma mais comum de nanismo desproporcional e apresenta características genéticas muito específicas que são cobradas frequentemente em provas. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a (Incorreta): A acondroplasia segue um padrão de herança autossômica dominante. Isso significa que basta a presença de um único alelo mutado para que o indivíduo manifeste a condição. Se fosse recessiva, seriam necessárias duas cópias do gene alterado para a expressão do fenótipo, o que não ocorre neste caso.

Alternativa b (Incorreta): A proporção apresentada está incorreta. Na realidade, cerca

de 80% dos casos de acondroplasia são resultantes de mutações novas (de novo), ou seja, ocorrem em crianças cujos pais têm estatura normal. Essas mutações estão frequentemente associadas à idade paterna avançada. Apenas cerca de 20% dos casos são herdados de um genitor já afetado pela condição.

Alternativa c (Correta): A acondroplasia homozigótica ocorre quando uma criança herda o alelo mutado de ambos os pais (ambos com acondroplasia). Esse quadro é invariavelmente fatal. O recém-nascido apresenta um encurtamento de membros extremamente severo e uma caixa torácica muito pequena (hipoplasia torácica), o que impede a expansão pulmonar adequada, levando ao óbito por insuficiência respiratória logo após o nascimento.

Alternativa d (Incorreta): O gene causador da acondroplasia é, de fato, o FGFR3 (receptor 3 do fator de crescimento de fibroblastos), localizado no cromossomo 4. Entretanto, este gene não possui relação com a Síndrome de Patau. A Síndrome de Patau é uma anomalia cromossômica numérica caracterizada pela trissomia do cromossomo 13, enquanto a acondroplasia é uma doença monogênica decorrente de uma mutação pontual específica.

Questão 36

Para compreender a maior suscetibilidade do cérebro infantil a crises epilépticas, é necessário analisar o processo de neurodesenvolvimento, especificamente o equilíbrio entre os sistemas de neurotransmissão excitatória e inibitória.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A inibição gabaérgica madura é o principal mecanismo de defesa do sistema nervoso central contra a hiperexcitabilidade. Se a inibição fosse madura e predominante, ela dificultaria a ocorrência de descargas hipersincrônicas em vez de favorecê-las. Além disso, em fases muito precoces do desenvolvimento, o GABA pode ter um efeito paradoxalmente excitatório devido à maior concentração intracelular de cloreto, mas a alternativa descreve uma inibição "madura", o que invalida a afirmação.

b) Correta. Esta é a explicação fisiopatológica clássica. Durante o desenvolvimento cerebral, ocorre uma defasagem temporal entre a maturação dos sistemas excitatórios e inibitórios. Os receptores e sinapses glutamatérgicos (excitatórios) desenvolvem-se e proliferam precocemente para permitir a plasticidade neuronal e o aprendizado. Em contrapartida, os sistemas gabaérgicos (inibitórios) amadurecem mais tardiamente. Esse desequilíbrio transitório resulta em um limiar convulsígeno mais baixo, facilitando a propagação de descargas elétricas anormais e

hipersincronia cortical.

c) Incorreta. O trato corticoespinhal está relacionado à transmissão dos impulsos motores do córtex para a medula espinhal (via eferente). Embora a conectividade aumente com a maturação, o risco de crises epiléticas não advém da maturação motora em si, mas sim de processos celulares e sinápticos no córtex cerebral que regulam a excitabilidade neuronal.

d) Incorreta. A mielinização do córtex pré-frontal é, na verdade, um dos processos mais tardios do desenvolvimento humano, estendendo-se até o início da idade adulta, e não ocorre de forma "precoce" aos 6 anos a ponto de justificar crises. A mielina atua como um isolante elétrico que melhora a velocidade e a eficiência da condução nervosa, e sua imaturidade poderia, teoricamente, dificultar a sincronização precisa, mas o fator determinante para a epilepsia nesta faixa etária é o balanço neuroquímico (glutamato x GABA) e não a velocidade de condução mielínica.

Questão 37

A análise da profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) deve ser fundamentada na estratificação de risco do paciente e do procedimento. No caso do Sr. Antônio, embora a cirurgia seja laparoscópica (frequentemente associada a menor tempo de internação), ele apresenta diversos fatores de risco individuais: idade avançada (68 anos), obesidade (IMC 34 kg/m²) e tabagismo. A questão já fornece o escore de Caprini igual a 7, o que o classifica como alto risco para eventos tromboembólicos.

De acordo com as diretrizes do American College of Chest Physicians (ACCP), pacientes com escore de Caprini entre 7 e 8 (alto risco) e sem risco hemorrágico elevado devem receber profilaxia combinada, associando métodos farmacológicos e mecânicos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A heparina de baixo peso molecular (HBPM) deve ser utilizada em dose profilática (ex.: enoxaparina 40 mg uma vez ao dia) e não em dose anticoagulante (dose plena de tratamento). O uso de doses anticoagulantes no pós-operatório imediato de cirurgia abdominal aumentaria drasticamente o risco de sangramento e complicações cirúrgicas sem benefício comprovado na profilaxia primária.

b) Correta. Esta é a conduta padrão para pacientes de alto risco (Caprini 7). A HBPM em dose profilática é o padrão-ouro farmacológico por sua conveniência e eficácia. A associação com a compressão pneumática intermitente (método mecânico)

potencializa a prevenção, agindo tanto na estase venosa quanto no sistema fibrinolítico, sendo superior ao uso isolado de qualquer um dos métodos ou ao uso de meias elásticas em pacientes de alto risco.

c) Incorreta. Embora a HBPM esteja em dose correta, a compressão pneumática intermitente é preferível às meias elásticas de compressão em pacientes cirúrgicos de alto risco. As meias elásticas têm eficácia inferior à compressão pneumática na prevenção de trombose venosa profunda em pacientes hospitalizados com escores de risco elevados.

d) Incorreta. Combina dois erros conceituais: o uso de dose anticoagulante (excessiva para profilaxia) e o uso de meias elásticas em detrimento da compressão pneumática intermitente em um paciente de alto risco.

Em resumo, para o Sr. Antônio (Caprini 7), a deambulação precoce e as meias sugeridas pelo residente são insuficientes. A estratégia correta envolve a quimioprofilaxia (HBPM em dose profilática) somada à profilaxia mecânica superior (compressão pneumática intermitente).

Questão 38

O quadro clínico apresentado é um clássico desafio de diagnóstico diferencial de dor na fossa ilíaca direita (FID). O paciente apresenta a "cronologia de Murphy" (dor periumbilical que migra para a FID), febre e inapetência, o que levanta forte suspeita de apendicite aguda. No entanto, o ponto-chave para a resolução da questão está na história clínica recente e no resultado do exame de imagem.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora os sintomas clínicos iniciais sejam muito sugestivos de apendicite aguda, o ultrassom de abdome descartou a patologia ao visualizar o apêndice com calibre normal, sem espessamento de parede e sem sinais de processo inflamatório local (líquido livre). Na prática médica e em provas, quando o enunciado afirma categoricamente que o exame de imagem do apêndice está normal, devemos buscar o diagnóstico diferencial mais provável.

b) Correta. A adenite mesentérica é a principal causa de "pseudoapendicite". Ela consiste na inflamação dos linfonodos mesentéricos, geralmente na região do íleo terminal. O grande marcador para esse diagnóstico na questão é o relato de uma rinfaringite autolimitada há 5 dias. É muito comum que infecções virais das vias aéreas superiores precedam a adenite mesentérica. O quadro clínico mimetiza a apendicite, mas o apêndice encontra-se íntegro nos exames de imagem, como

descrito no enunciado.

c) Incorreta. A doença de Crohn pode se manifestar com dor na FID (ileíte terminal), mas geralmente apresenta um curso mais crônico, com episódios recorrentes de dor, possivelmente diarreia, perda ponderal e anemia. Além disso, o ultrassom costuma mostrar espessamento das alças intestinais, o que não foi relatado. A história de infecção viral prévia favorece muito mais um quadro agudo e reacional como a adenite mesentérica.

d) Incorreta. A torção de epíplon é uma causa rara de abdome agudo. Embora cause dor localizada, geralmente não está associada a uma síndrome infecciosa viral prévia tão clara. No exame de imagem (especialmente na tomografia, mas também no ultrassom), observar-se-ia uma massa gordurosa hiperecogênica ou inflamação da gordura epiploica, e não apenas um apêndice normal.

Resumo: O antecedente de infecção de vias aéreas superiores, somado a um quadro de dor em FID com apêndice normal ao ultrassom, direciona o diagnóstico para adenite mesentérica.

Questão 39

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de colecistite aguda, caracterizado por dor persistente em hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo, febre e leucocitose. O ultrassom confirma o diagnóstico ao demonstrar parede da vesícula espessada (5,2 mm), cálculo impactado e líquido pericolecístico.

Entretanto, há elementos que sugerem a presença de um cálculo também na via biliar principal (colédoco): a dilatação do colédoco (8 mm), a elevação das enzimas canaliculares (FA e GGT) e a hiperbilirrubinemia discreta (bilirrubina total de 2,1 mg/dL). Segundo os critérios da ASGE (Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal), essa paciente se enquadra em um risco intermediário para coledocolitíase.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora a colecistectomia videolaparoscópica seja o tratamento definitivo para a colecistite, não se deve prosseguir sem investigação adicional da via biliar neste caso. A presença de colédoco dilatado e exames laboratoriais alterados indica risco de coledocolitíase. Operar sem investigar aumenta a chance de uma complicação pós-operatória, como a permanência de um cálculo no

colédoco (coledocolitíase residual).

Alternativa b) Correta. Por se tratar de uma paciente com risco intermediário para coledocolitíase (idade > 55 anos, colédoco dilatado e bioquímica hepática alterada), a conduta preconizada é a investigação da via biliar. Isso pode ser feito de forma pré-operatória, preferencialmente por métodos não invasivos, como a colangiorressonância ou a ecoendoscopia, ou de forma intraoperatória, através da colangiografia realizada durante a cirurgia. O objetivo é confirmar ou descartar cálculos no colédoco antes de finalizar o tratamento.

Alternativa c) Incorreta. A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) é um procedimento invasivo e com riscos (como pancreatite pós-CPRE). Ela é indicada diretamente apenas para pacientes de alto risco (cálculo visualizado no colédoco pelo ultrassom, bilirrubina total > 4 mg/dL ou quadro de colangite aguda). Como a paciente tem risco intermediário, a investigação deve começar por métodos menos invasivos.

Alternativa d) Incorreta. A colecistostomia percutânea é um procedimento de exceção. Ela é reservada para pacientes com colecistite aguda grave (Grau III) que apresentam instabilidade hemodinâmica ou que possuem contraindicações cirúrgicas graves (pacientes muito enfermos que não suportariam uma anestesia geral). A paciente em questão está estável, com dor controlada e sem sinais de falência orgânica, sendo, portanto, candidata à cirurgia (colecistectomia).

Questão 40

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de obstrução intestinal baixa de origem neoplásica. Os principais indícios são a idade avançada, a perda ponderal significativa (8 kg em 4 meses), a alteração do hábito intestinal prévia e o achado de sangue oculto positivo. O exame físico e a tomografia confirmam uma obstrução mecânica no cólon esquerdo (transição abrupta no sigmoide), com grande dilatação retrógrada.

A conduta em casos de obstrução aguda do cólon esquerdo por neoplasia envolve a resolução da oclusão e, preferencialmente, a ressecção do tumor. No entanto, o cenário de urgência impõe desafios: o cólon está distendido, edemaciado e repleto de fezes, o que aumenta consideravelmente o risco de deiscência (abertura) de uma anastomose primária.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A ressecção segmentar com anastomose primária imediata (unir o intestino no mesmo tempo cirúrgico) em uma obstrução do cólon esquerdo não é a conduta de escolha na urgência, especialmente em pacientes idosos ou com estado nutricional comprometido. O risco de falha na cicatrização da sutura intestinal é muito elevado devido ao preparo intestinal inexistente e ao edema das alças.

Alternativa B (Correta): O procedimento de Hartmann consiste na ressecção do segmento doente (sigmoide), fechamento do coto retal e confecção de uma colostomia terminal (proximal). É considerada a conduta mais segura e padrão-ouro para obstruções agudas do cólon esquerdo em ambiente de emergência. Ela permite a retirada do tumor (tratamento oncológico) e elimina o risco de uma deiscência de anastomose e peritonite fecal pós-operatória, sendo a opção mais prudente para um paciente de 72 anos com sinais de fragilidade.

Alternativa C (Incorreta): A anastomose primária com ileostomia protetora é uma tentativa de proteger uma união intestinal de risco. Embora seja uma opção em casos selecionados e estáveis, em um quadro de obstrução franca com grande dilatação e paciente com perda ponderal importante (sugerindo desnutrição), o procedimento de Hartmann ainda é preferível por evitar completamente qualquer sutura no cólon obstruído.

Alternativa D (Incorreta): A colectomia subtotal com anastomose ileorretal é indicada apenas em situações específicas, como quando há tumores sincrônicos (mais de um tumor em locais diferentes do cólon), quando o ceco sofre uma perfuração por distensão (golpe de diástase) ou quando há isquemia de todo o cólon proximal à obstrução. O caso descreve que não há sinais de isquemia ou perfuração na tomografia, tornando a ressecção de todo o cólon desnecessária e excessivamente agressiva.

Questão 41

O caso descreve um paciente jovem, estável hemodinamicamente (pressão arterial e frequência cardíaca dentro da normalidade) e sem sinais de irritação peritoneal após trauma abdominal fechado. A tomografia computadorizada (TC) evidenciou uma lesão esplênica importante (classificada como grau III ou IV na escala da AAST devido à profundidade e envolvimento do hilo), porém sem extravasamento ativo de contraste (*blush*).

Atualmente, na cirurgia do trauma, a estabilidade hemodinâmica é o principal determinante da conduta em lesões de órgãos sólidos, sobrepondo-se ao grau da lesão visto na imagem.

Alternativa (a) Incorreta: A laparotomia exploradora imediata é indicada para pacientes com instabilidade hemodinâmica refratária à ressuscitação inicial ou para aqueles com sinais claros de peritonite (sugerindo perfuração de víscera oca). Como o paciente está estável, consciente e sem sinais de irritação peritoneal, a cirurgia imediata seria um procedimento invasivo desnecessário, aumentando o risco de esplenectomia não essencial.

Alternativa (b) Correta: O tratamento não operatório (TNO) é a conduta de escolha para pacientes estáveis com trauma de baço. Isso envolve observação hospitalar rigorosa em ambiente monitorado (como a UTI), repouso, vigilância clínica contínua e dosagem seriada de hemoglobina e hematócrito. O sucesso do TNO em pacientes estáveis é superior a 90%, permitindo a preservação do órgão e de suas funções imunológicas.

Alternativa (c) Incorreta: A angioembolização é um método auxiliar ao tratamento conservador. Ela é geralmente indicada quando a TC mostra extravasamento ativo de contraste (*blush* arterial), presença de pseudoaneurismas, fístulas arteriovenosas ou, em alguns serviços, para lesões de alto grau (IV e V) mesmo sem *blush*. No cenário descrito, em que não há extravasamento ativo, a monitorização clínica inicial é a conduta preconizada antes de considerar métodos intervencionistas.

Alternativa (d) Incorreta: A laparoscopia não tem indicação rotineira para o manejo de lesões esplênicas em pacientes estáveis após trauma fechado. O objetivo do tratamento atual é evitar qualquer intervenção cirúrgica que possa levar à remoção do baço. A laparoscopia poderia causar a descompressão do pneumoperitônio e a reativação de um sangramento que já estava tamponado fisiologicamente.

Em resumo, a estabilidade hemodinâmica e a ausência de sangramento ativo na tomografia permitem e recomendam o manejo conservador com observação rigorosa.

Questão 42

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de Obstrução Intestinal Pós-Operatória Precoce (OIPP), ocorrendo no 3.º dia após uma colectomia direita. O diagnóstico é sugerido pela distensão abdominal, ausência de eliminação de gases (ausência de ar no reto na radiografia) e confirmado pela tomografia, que mostra um ponto de transição (obstrução mecânica) na topografia da anastomose.

Apesar da febre, taquicardia e leucocitose, que podem sugerir uma complicação infecciosa, a tomografia é fundamental ao descartar a presença de líquido livre (sugerindo ausência de deiscência de anastomose/peritonite) e coleções (ausência de abscessos). O ponto de transição na anastomose, nesse período inicial, é frequentemente causado por edema na linha de sutura ou aderências inflamatórias precoces.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A reexploração cirúrgica imediata no pós-operatório precoce é tecnicamente difícil devido ao processo inflamatório intenso e só está indicada se houver evidência de catástrofe abdominal, como deiscência de anastomose com peritonite generalizada, isquemia intestinal ou evisceração, o que não é o caso, dado que o exame físico não apresenta sinais de irritação peritoneal e a tomografia é negativa para líquido livre.

Alternativa b) Correta. A conduta inicial na Obstrução Intestinal Pós-Operatória Precoce, na ausência de sinais de estrangulamento ou peritonite, deve ser o manejo conservador. Isso inclui o repouso intestinal (jejum), decompressão gástrica com sonda nasogástrica (para aliviar náuseas e distensão) e reposição volêmica e eletrolítica rigorosa. A grande maioria desses casos resolve-se espontaneamente em 1 a 2 semanas com a redução do edema local.

Alternativa c) Incorreta. A drenagem percutânea é o tratamento de escolha para abscessos intra-abdominais localizados (coleções). Como a tomografia de abdome evidenciou explicitamente a ausência de coleções visíveis, não há alvo para drenagem. O uso isolado de antibióticos não resolveria a obstrução mecânica por edema.

Alternativa d) Incorreta. A introdução de dieta líquida é contraindicada em pacientes com sinais de obstrução intestinal mecânica (ponto de transição na tomografia e ausência de ar distal), pois agravaria a distensão e o risco de vômitos e aspiração. Procinéticos (como a metoclopramida ou eritromicina) têm papel no íleo parálítico funcional, mas não na obstrução mecânica por edema ou brida, podendo inclusive aumentar a dor em cólica.

Questão 43

Para o diagnóstico de pneumotórax através do ultrassom à beira do leito (POCUS), o examinador busca identificar a perda de contato entre as pleuras visceral e parietal. A sequência diagnóstica geralmente começa com a observação do deslizamento pleural (*lung sliding*); se ele estiver ausente, a suspeita aumenta, mas a confirmação definitiva depende de sinais mais específicos.

A alternativa (a) está incorreta. As Linhas B são artefatos verticais que lembram caudas de cometa e surgem da pleura visceral quando há líquido no interstício pulmonar. A presença de qualquer Linha B no ponto examinado exclui o diagnóstico de pneumotórax, pois sua formação exige que as duas pleuras estejam em contato direto.

A alternativa (b) está correta. O *Lung Point* (Ponto de Pulmão) é o sinal patognomônico do pneumotórax, com especificidade próxima a 100%. Ele representa o ponto exato da transição na parede torácica onde o pulmão, que está parcialmente colapsado, volta a encostar na pleura parietal durante a inspiração. No ultrassom, visualiza-se um ponto fixo onde, de um lado, há ausência de deslizamento e, do outro, percebe-se o pulmão surgindo com o deslizamento normal.

A alternativa (c) está incorreta. O pulso pulmonar é a visualização das vibrações rítmicas do coração transmitidas à linha pleural. Ele é visível apenas se as pleuras estiverem em contato. Portanto, a presença do pulso pulmonar exclui a existência de ar no espaço pleural (pneumotórax) naquela região.

A alternativa (d) está incorreta. As Linhas A são artefatos horizontais de reverberação da linha pleural, característicos de um pulmão bem aerado. Elas podem estar presentes tanto em um pulmão normal quanto no pneumotórax. Por serem comuns a ambas as situações, a repetição das Linhas A não confirma o diagnóstico, embora sua presença associada à ausência de deslizamento pleural reforce a suspeita clínica.

Questão 44

A questão apresenta um quadro clínico clássico de hemorragia digestiva baixa de provável origem orificial. O paciente é um idoso com sangramento vermelho-vivo, caracterizado por manchas no papel higiênico e gotejamento no vaso sanitário, sem sintomas sistêmicos ou dor.

Alternativa a) Incorreta. A diverticulose é a principal causa de hemorragia digestiva baixa volumosa em idosos. No entanto, o sangramento diverticular costuma ser arterial, súbito, de volume moderado a grande e geralmente indolor, não se manifestando tipicamente como pequenos vestígios no papel higiênico ou

gotejamento crônico por uma semana.

Alternativa b) Incorreta. Embora a neoplasia colorretal seja um diagnóstico diferencial importante em pacientes de 70 anos, ela costuma vir acompanhada de sinais de alerta como perda de peso, anemia, alteração do hábito intestinal (constipação ou diarreia) ou fezes em fita. Além disso, a tomografia computadorizada não é o exame de escolha para o diagnóstico inicial de câncer de intestino, sendo a colonoscopia o padrão-ouro para visualização e biópsia.

Alternativa c) Incorreta. A duodenite enantematosa causaria uma hemorragia digestiva alta. Nesses casos, o sangue passaria por todo o trato gastrointestinal, sofrendo digestão e manifestando-se como melena (fezes escuras, pastosas e com odor fétido) ou através de hematêmese (vômitos com sangue). O sangue vermelho-vivo e isolado no papel higiênico indica uma fonte muito baixa, próxima ao ânus.

Alternativa d) Correta. A descrição de sangue vermelho-vivo que pinga no vaso ou aparece no papel higiênico após a evacuação, sem dor associada, é a apresentação típica de hemorroidas internas. Para o diagnóstico dessas lesões e avaliação da mucosa retal distal, a retossigmoidoscopia (ou anoscopia) é um exame inicial adequado, rápido e capaz de identificar a causa orifical. Embora o rastreamento de câncer colorretal com colonoscopia seja indicado para este paciente devido à idade, a alternativa descreve corretamente a etiologia e o exame focado na queixa imediata.

Questão 45

A hepatite alcoólica grave é definida por um índice de Maddrey (DF - Discriminant Function) igual ou superior a 32 ou pelo escore MELD superior a 20. No caso do paciente, com DF de 33, a indicação de iniciar a corticoterapia (geralmente prednisolona 40 mg/dia) está correta e bem fundamentada.

A avaliação da resposta ao tratamento é obrigatória e deve ser feita no sétimo dia de terapia através do escore de Lille. Esse escore utiliza dados como idade, albumina, bilirrubina (inicial e no dia 7), creatinina e tempo de protrombina para prever o risco de mortalidade e a utilidade da continuidade do corticoide.

O ponto de corte principal do escore de Lille é 0,45:

- Lille menor que 0,45: Indica boa resposta ao tratamento. O paciente tem ganho de sobrevida com a medicação.
- Lille maior ou igual a 0,45: Indica falha terapêutica (não respondedor). O corticoide deve ser suspenso para evitar riscos desnecessários de infecção e sepse, pois não altera o prognóstico nesses casos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Um escore de Lille de 0,21 é considerado baixo (menor que 0,45), o que indica que o paciente é um "respondedor" ao tratamento. Portanto, a conduta é manter a medicação, e não suspendê-la.

b) Correta. Como o paciente apresenta um Lille de 0,21, ele demonstra boa resposta laboratorial. O protocolo preconizado é completar o ciclo total de 28 dias de corticosteroide para reduzir a mortalidade a curto prazo.

c) Incorreta. O DF (índice de Maddrey) de 33 é o critério exato que indica a gravidade e a necessidade de tratamento medicamentoso. Valores de DF iguais ou superiores a 32 justificam o uso de corticoides.

d) Incorreta. A pentoxifilina não é mais recomendada como terapia de resgate ou de otimização. Estudos robustos (como o ensaio STOPAH) mostraram que a pentoxifilina não oferece benefício na sobrevida de pacientes com hepatite alcoólica. Além disso, não faz sentido substituir uma medicação que está funcionando (conforme indicado pelo escore de Lille).

Questão 46

Para resolver essa questão, devemos seguir três etapas fundamentais: calcular a Superfície Corpórea Queimada (SCQ) pela Regra dos Nove de Wallace, aplicar a Fórmula de Parkland para o volume total de 24 horas e, por fim, determinar a proporção referente ao tempo solicitado.

1. Cálculo da Superfície Corpórea Queimada (SCQ):

A questão especifica queimaduras na região anterior do corpo:

- Face e pescoço (anterior): 4,5%
- Tórax e abdômen (anterior): 18% (9% do tórax + 9% do abdômen)
- Ambos os membros superiores (anterior): 9% (4,5% de cada braço)
- Ambas as coxas (anterior): 9% (cada coxa totaliza 9%, sendo a parte anterior 4,5%)
- Total de SCQ = $4,5 + 18 + 9 + 9 = 40,5\%$

2. Cálculo do Volume Total (Fórmula de Parkland):

A Fórmula de Parkland clássica preconiza: $\text{Volume (24h)} = 4 \text{ mL} \times \text{Peso (kg)} \times \% \text{SCQ}$.

- $\text{Volume (24h)} = 4 \times 60 \times 40,5 = 9.720 \text{ mL}$.

3. Distribuição do Volume:

De acordo com o protocolo de Parkland, o volume total deve ser administrado da

seguinte forma:

- Primeiras 8 horas: 50% do total (4.860 mL).
- 16 horas seguintes: 50% do total (4.860 mL).

A questão solicita o volume a ser infundido "nas primeiras 16 horas". Embora a redação possa gerar dúvida (se seriam as 16 horas totais acumuladas ou o período das 16 horas subsequentes), a análise das alternativas e o gabarito indicam que o examinador se refere à segunda etapa da fórmula (o bloco de 16 horas que completa as 24h), que corresponde a exatos 50% do cálculo total.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Este valor (2.430 mL) representa apenas 25% do volume total calculado pela Fórmula de Parkland, ou metade do volume necessário para o período de 16 horas.
- b) Incorreta. Este valor não corresponde a uma proporção direta dos cálculos baseados na Regra dos Nove e na Fórmula de Parkland para os dados fornecidos.
- c) Correta. Como calculado, o volume total para 24 horas é de 9.720 mL. Seguindo a regra de infusão, metade desse volume (4.860 mL) deve ser infundido nas primeiras 8 horas e a outra metade (4.860 mL) nas 16 horas subsequentes. O valor de 4.860 mL é o que preenche o requisito da questão.
- d) Incorreta. Este valor (6.480 mL) representaria aproximadamente 2/3 do volume total de Parkland, o que não condiz com a divisão padrão de reposição volêmica no grande queimado (50/50).

Questão 47

Para compreender a indicação correta da cirurgia bariátrica e metabólica, devemos aplicar os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelas sociedades especializadas. Atualmente, as indicações baseiam-se no Índice de Massa Corporal (IMC) e na presença de comorbidades:

1. IMC maior ou igual a 40 kg/m²: Indicação direta, independentemente de comorbidades.
2. IMC entre 35 e 39,9 kg/m²: Indicação na presença de comorbidades (ex.: hipertensão, apneia do sono, dislipidemia, doenças ortopédicas graves).
3. IMC entre 30 e 34,9 kg/m²: Indicação restrita à cirurgia metabólica para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de difícil controle clínico, idade entre 30 e 70 anos e tempo de diagnóstico de DM2 inferior a 10 anos.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: O paciente possui IMC de 28 kg/m². De acordo com as normas vigentes, o IMC mínimo para qualquer modalidade de cirurgia bariátrica ou metabólica é de 30 kg/m². Abaixo desse valor, o tratamento deve ser exclusivamente clínico.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa enquadra-se nos critérios de cirurgia metabólica. A paciente possui IMC de 33 kg/m² (faixa entre 30 e 34,9 kg/m²) e apresenta diabetes mellitus tipo 2 refratário ao tratamento clínico convencional. O objetivo principal aqui é o controle metabólico da glicemia, além da perda ponderal.

Alternativa (c) INCORRETA: O paciente tem IMC de 34 kg/m², mas não apresenta comorbidades. Para este IMC, a única indicação cirúrgica aceita é o diabetes tipo 2 refratário. Sem comorbidades, a cirurgia só seria indicada se o IMC fosse maior ou igual a 40 kg/m².

Alternativa (d) INCORRETA: A paciente possui IMC de 32 kg/m². Embora a osteoartrite seja uma comorbidade relacionada à obesidade, ela só autoriza a indicação cirúrgica se o IMC for maior ou igual a 35 kg/m². Na faixa de IMC de 30 a 34,9 kg/m², a única indicação aprovada é para o tratamento do diabetes tipo 2.

Questão 48

A alternativa correta é a letra (c). Para resolver essa questão, devemos identificar a alternativa em que todos os itens citados representam indicações clássicas para o tratamento cirúrgico da tireoide (tireoidectomia).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O carcinoma medular de tireoide é uma neoplasia maligna agressiva, sendo indicação absoluta de cirurgia. O bócio multinodular volumoso com extensão retroesternal também é indicação cirúrgica devido ao risco de compressão de estruturas mediastinais e dificuldade de acompanhamento clínico. No entanto, um nódulo benigno de apenas 2 cm e sem sintomas compressivos não tem indicação de cirurgia, devendo ser apenas acompanhado periodicamente com ultrassonografia.

Alternativa (b) Incorreta. O nódulo Bethesda V tem alta probabilidade de malignidade (75 a 95 por cento), sendo indicação cirúrgica. A Doença de Graves com intolerância ao iodo radioativo ou em casos específicos (como grandes bócios ou desejo da paciente de engravidar em breve) também pode ser tratada com cirurgia. Contudo,

um bócio multinodular pequeno e assintomático não requer intervenção cirúrgica, sendo manejado conservadoramente.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa apresenta três indicações precisas: 1) Nódulo benigno de 5 cm com disfagia: nódulos maiores que 4 cm ou que causam sintomas compressivos (como dificuldade para engolir ou respirar) são indicações cirúrgicas, mesmo que a citologia seja benigna. 2) Bócio multinodular volumoso com extensão retroesternal: a presença de tecido tireoidiano atrás do esterno dificulta o exame físico, o seguimento por imagem e aumenta o risco de síndrome da veia cava superior ou compressão traqueal. 3) Carcinoma papilífero de 3,5 cm: neoplasias malignas confirmadas, especialmente maiores que 1 cm, são indicações formais de tireoidectomia.

Alternativa (d) Incorreta. O carcinoma medular e a Doença de Graves com oftalmopatia moderada (em que o iodo radioativo pode piorar a condição ocular) são indicações cirúrgicas. Entretanto, um nódulo Bethesda III (Atipia de Significado Indeterminado) de 1,5 cm, sem outros fatores de risco ou suspeita ultrassonográfica grave, geralmente requer repetição da punção ou testes moleculares em vez de cirurgia imediata, apresentando um risco de malignidade relativamente baixo (5 a 15 por cento).

Questão 49

Esta questão aborda o manejo da terapia antiplaquetária dupla (DAPT) no período perioperatório de pacientes com stents coronarianos. A paciente em questão possui um stent farmacológico (DES) implantado há 8 meses e será submetida a uma vitrectomia, uma cirurgia oftalmológica de segmento posterior classificada como de alto risco hemorrágico.

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), o manejo deve equilibrar o risco de trombose do stent (risco isquêmico) com o risco de sangramento cirúrgico. Como o stent foi implantado há mais de 6 meses, a paciente já ultrapassou o período de maior criticidade para trombose aguda do stent farmacológico (que são os primeiros 6 meses em casos eletivos).

Alternativa a: Incorreta. A manutenção da dupla antiagregação (aspirina + clopidogrel) só deve ocorrer em procedimentos de baixo risco hemorrágico ou quando o risco de trombose do stent é altíssimo. Na vitrectomia, qualquer sangramento pode ser devastador para a visão (hemorragia vítrea ou expulsiva), contraindicando a manutenção da DAPT.

Alternativa b: Incorreta. Quando é necessária a suspensão de um dos agentes para

reduzir o risco de sangramento, a recomendação é suspender o bloqueador do receptor P2Y12 (clopidogrel) e manter a aspirina. A aspirina é o fármaco-base para a prevenção de eventos trombóticos e possui um perfil de segurança mais bem estabelecido no perioperatório do que o clopidogrel isolado.

Alternativa c: Correta. Esta é a recomendação oficial da SBC. Para cirurgias de alto risco hemorrágico em pacientes com stent farmacológico com mais de 6 meses de implante, deve-se suspender o clopidogrel (idealmente 5 dias antes do procedimento) e manter a aspirina em dose baixa (100 mg) durante todo o período perioperatório. Isso protege o paciente contra a trombose do stent sem elevar excessivamente o risco de hemorragia grave.

Alternativa d: Incorreta. A suspensão total da antiagregação (parar aspirina e clopidogrel) aumenta significativamente o risco de trombose do stent e infarto agudo do miocárdio no perioperatório, complicações que possuem alta mortalidade. A suspensão completa é reservada apenas para cirurgias com risco de sangramento catastrófico e incontrolável em cavidades fechadas, como certas neurocirurgias, o que não é a conduta padrão para este caso.

Questão 50

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um paciente com insuficiência cardíaca aguda descompensada (ICFER e DAC) que evolui com lesão renal aguda (aumento da creatinina de 1,3 para 2,5 mg/dL em 5 dias) em um contexto de congestão persistente. Esse cenário caracteriza a Síndrome Cardiorenal Tipo 1, onde a disfunção cardíaca aguda leva a uma lesão renal aguda.

O principal mecanismo fisiopatológico envolvido na Síndrome Cardiorenal Tipo 1 é a congestão venosa renal (hipertensão venosa renal), que reduz o gradiente de pressão intraglomerular e diminui a taxa de filtração glomerular. Portanto, o tratamento não deve ser focado na reposição de volume, mas sim na descongestão efetiva.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A - Incorreta: Embora o tipo de síndrome cardiorenal (Tipo 1) esteja correto, a conduta de iniciar reposição volêmica agressiva é contraindicada. O paciente apresenta sinais claros de sobrecarga hídrica (congestão pulmonar e edema periférico). A reposição de fluidos agravaria a falência cardíaca e a própria congestão renal, piorando a função renal e o quadro clínico.

Alternativa B - Incorreta: A Síndrome Cardiorenal Tipo 2 ocorre quando uma disfunção cardíaca crônica leva a uma doença renal crônica progressiva. O caso em questão é um evento agudo sobreposto a uma base crônica. Além disso, a introdução ou otimização de betabloqueadores e IECA não é a conduta de escolha na fase de descompensação aguda com piora da função renal, sendo muitas vezes necessário o ajuste ou suspensão temporária dessas medicações.

Alternativa C - Correta: O paciente apresenta Síndrome Cardiorenal Tipo 1 (disfunção cardíaca aguda causando lesão renal aguda). A estratégia correta é a intensificação da terapia diurética (associando classes, como diuréticos de alça com tiazídicos) ou o uso de ultrafiltração se houver refratariedade. A melhora da congestão venosa renal é fundamental para restaurar a filtração glomerular, mesmo que ocorram aumentos transitórios da creatinina durante o processo de diurese agressiva.

Alternativa D - Incorreta: A Síndrome Cardiorenal Tipo 4 ocorre quando a doença renal crônica é a condição primária que leva à hipertrofia ventricular, disfunção cardíaca ou aumento do risco de eventos cardiovasculares. O quadro apresentado é de um paciente com doença cardíaca prévia que descompensou e afetou os rins agudamente.

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES CARDIORRENAIS

Tipo 1: Insuficiência cardíaca aguda causando lesão renal aguda.

Tipo 2: Insuficiência cardíaca crônica causando doença renal crônica.

Tipo 3: Lesão renal aguda causando disfunção cardíaca aguda (ex.: edema agudo por uremia ou sobrecarga).

Tipo 4: Doença renal crônica causando doença cardíaca crônica.

Tipo 5: Condição sistêmica (ex.: sepse, sarcoidose) causando disfunção cardíaca e renal simultaneamente.

Questão 51

Para classificar a gravidade da DPOC e definir o tratamento inicial, deve-se realizar a avaliação combinada conforme as diretrizes do GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), especificamente as atualizações a partir de 2023, que simplificaram a classificação.

1. Avaliação de Sintomas e Risco de Exacerbação:

Sintomas: O paciente apresenta cansaço para atividades de vida diária e interrompe a caminhada após 100 metros. Isso o enquadra em um escore mMRC de 3 (mMRC

maior ou igual a 2 indica paciente muito sintomático).

Risco de Exacerbação: O paciente teve duas exacerbações nos últimos 12 meses, sendo uma delas com internação. Pelos critérios atuais, qualquer paciente que tenha apresentado duas ou mais exacerbações moderadas OU pelo menos uma exacerbação que levou à hospitalização é classificado no Grupo E (de Exacerbador), independentemente do nível de sintomas.

2. Definição do Tratamento:

Para o Grupo E, o consenso atual recomenda iniciar o tratamento com a combinação de dois broncodilatadores de longa duração: um antimuscarínico de longa ação (LAMA) associado a um beta-2-agonista de longa ação (LABA). Essa combinação é superior às monoterapias na redução de sintomas e, principalmente, na prevenção de novas exacerbações.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O paciente não pertence ao Grupo B, pois o histórico de exacerbação com hospitalização o classifica como alto risco (Grupo E). Além disso, broncodilatadores de curta duração são usados para alívio de sintomas, e não como terapia de manutenção em pacientes sintomáticos ou com risco de exacerbação.

Alternativa b) Incorreta. O Grupo A é destinado a pacientes com poucos sintomas e baixo risco de exacerbação (no máximo uma exacerbação moderada que não exigiu internação). O quadro clínico descrito é de alta gravidade clínica.

Alternativa c) Correta. O paciente se enquadra no Grupo E devido ao histórico de exacerbações (uma internação ou duas exacerbações moderadas no ano). O tratamento de escolha inicial para esse grupo é a associação LAMA + LABA. A classificação GOLD 2 refere-se à limitação ao fluxo aéreo (VEF1 entre 50% e 79% do previsto), que é condizente com um paciente com sintomas moderados a graves.

Alternativa d) Incorreta. Embora identifique o Grupo E, o uso de corticoide inalatório associado ao LABA não é a recomendação inicial de primeira linha para DPOC. A associação LAMA + LABA é preferível para reduzir o risco de exacerbações. O corticoide inalatório costuma ser reservado para pacientes com contagem de eosinófilos no sangue periférico maior ou igual a 300 células por microlitro ou em terapias triplas.

Questão 52

O Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), que utiliza a tecnologia GeneXpert, baseia-se na detecção do DNA do complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Uma característica fundamental desse exame é que ele não diferencia o material genético de bacilos vivos daquele proveniente de bacilos mortos. Em pacientes com histórico de tratamento prévio para tuberculose, o DNA residual pode permanecer nas vias aéreas por meses ou até anos após a cura, levando a resultados positivos sem que haja doença ativa.

No caso apresentado, o paciente apresenta sintomas leves e crônicos (compatíveis com suas sequelas de bronquiectasias), está em bom estado geral, não possui sintomas sistêmicos (como febre ou perda de peso) e a radiografia mostra apenas alterações cicatriciais estáveis. Portanto, a probabilidade de o TRM-TB ser um "falso positivo" para doença ativa (detectando apenas DNA residual) é alta.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Iniciar o tratamento apenas com base no TRM-TB em um paciente com histórico de tuberculose prévia e clínica frustra é um erro de conduta. Como o teste detecta DNA de bacilos mortos, o diagnóstico de recidiva exige uma correlação clínica e radiológica mais robusta ou a confirmação por cultura.

b) Correta. Esta é a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde. Em pacientes com antecedente de tratamento para tuberculose, o TRM-TB tem valor preditivo positivo reduzido para doença ativa. É essencial correlacionar o resultado com o quadro clínico e, preferencialmente, solicitar cultura para micobactérias, que é o padrão-ouro para confirmar a viabilidade do bacilo.

c) Incorreta. A baciloscopia (pesquisa de BAAR) é menos sensível que o TRM-TB. Além disso, a conduta de "iniciar tratamento apenas se o resultado for negativo" não possui lógica clínica; se houvesse suspeita real de doença, uma baciloscopia positiva reforçaria o diagnóstico, e não o contrário.

d) Incorreta. Embora a tomografia de tórax possa detalhar melhor as sequelas (bronquiectasias e fibrose), ela não substitui a necessidade de avaliação clínica criteriosa frente a um TRM-TB positivo em paciente com histórico de cura. O erro principal da alternativa é sugerir o início do tratamento baseado apenas na positividade do teste molecular nesse contexto específico.

Questão 53

O caso clínico descreve um paciente com doença de Parkinson (DP) em estágio avançado (mais de 5 anos de diagnóstico) apresentando as complicações motoras mais comuns do tratamento crônico com levodopa: as flutuações motoras (como o fenômeno "wearing-off") e as discinesias (movimentos involuntários). De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, o manejo dessas complicações visa estabilizar os níveis plasmáticos de dopamina.

Alternativa (a) Incorreta: Aumentar a dose total diária de levodopa geralmente agrava as discinesias, que costumam ocorrer justamente nos picos de concentração da droga. Embora pudesse ajudar temporariamente na rigidez, não resolve a instabilidade terapêutica e piora os movimentos involuntários.

Alternativa (b) Incorreta: A levodopa é o fármaco mais eficaz para o controle dos sintomas motores da DP. Suspender a levodopa em um paciente com 5 anos de doença e substituí-la por pramipexol em monoterapia resultaria em uma piora acentuada da funcionalidade motora, pois o pramipexol sozinho não tem potência suficiente para controlar os sintomas nessa fase da doença.

Alternativa (c) Correta: A entacapona é um inibidor da enzima COMT (catecol-O-metiltransferase). Sua função é impedir a degradação periférica da levodopa, o que aumenta sua meia-vida e permite uma oferta mais constante e estável do fármaco ao cérebro. Essa estratégia é recomendada pelo PCDT para reduzir o tempo "off" (períodos de imobilidade) e suavizar as flutuações motoras sem necessariamente aumentar a dose de pico da levodopa, ajudando a estabilizar o quadro clínico.

Alternativa (d) Incorreta: A amantadina é uma medicação utilizada principalmente para tratar as discinesias induzidas por levodopa, mas deve ser usada como terapia adjuvante e não em substituição à levodopa. Retirar a levodopa e manter apenas a amantadina deixaria o paciente com controle motor insuficiente.

Questão 54

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro de cefaleia crônica (duração superior a 6 meses), com características clínicas de cefaleia do tipo tensional (bilateral, em pressão, sem sintomas associados como náuseas ou fonofobia). O dado fundamental para o diagnóstico e a conduta é o relato de uso de analgésicos simples quase diariamente. Segundo os critérios da Classificação Internacional das Cefaleias, o uso de analgésicos simples por 15 dias ou mais por mês, por um período superior a 3 meses,

em um paciente com cefaleia preexistente, define o quadro de Cefaleia por Abuso de Medicação (CAM).

Alternativa (a) Incorreta: A migrânea (enxaqueca) típica apresenta caráter pulsátil, geralmente unilateral, e vem acompanhada de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. A aura é um sintoma neurológico focal (geralmente visual) que precede a dor, o que não foi relatado. O uso de sumatriptano é indicado apenas para o tratamento agudo de crises de migrânea e não deve ser usado de forma crônica ou diária.

Alternativa (b) Incorreta: A cefaleia é classificada como crônica quando ocorre em 15 ou mais dias por mês por pelo menos 3 meses. No caso descrito, a dor é diária há 6 meses, portanto não é episódica. Além disso, manter o uso de analgésicos simples é um erro terapêutico, pois a própria medicação passa a ser o fator perpetuador da dor.

Alternativa (c) Correta: O diagnóstico de Cefaleia por Abuso de Medicação é estabelecido pelo uso excessivo de medicação sintomática em um paciente com dor frequente. A conduta correta baseia-se em dois pilares: a suspensão imediata ou gradual dos analgésicos em excesso e a introdução de uma terapia profilática (preventiva) para controlar a cefaleia de base. A amitriptilina é o antidepressivo tricíclico de escolha para a profilaxia da cefaleia do tipo tensional crônica.

Alternativa (d) Incorreta: A neuralgia do trigêmeo caracteriza-se por dor paroxística, em choque ou pontada, de curtíssima duração (segundos) e extremamente intensa, geralmente unilateral e limitada ao território de um ou mais ramos do nervo trigêmeo. O quadro de dor em pressão, bilateral e diária descrito no enunciado afasta essa hipótese.

Questão 55

Esta questão aborda o manejo farmacológico na Doença Renal Crônica (DRC) em um paciente com Diabetes Mellitus, focando nas diretrizes mais recentes do KDIGO 2024.

Análise da Metformina:

De acordo com as diretrizes atuais, a metformina deve ser ajustada quando a Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe) cai abaixo de 45 mL/min/1,73 m² e deve ser suspensa apenas se a TFGe for inferior a 30 mL/min/1,73 m². Como o paciente apresenta uma TFGe de 48 mL/min/1,73 m², não há indicação para suspensão imediata, apenas para monitoramento e possível ajuste de dose caso a função renal decline mais.

Análise da Losartana (Bloqueador do Receptor de Angiotensina - BRA):

O paciente possui albuminúria elevada (320 mg/g), o que torna o uso de inibidores do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (iSRAA) fundamental para a proteção renal e cardiovascular (Recomendação Nível 1A). O potássio de 5,8 mEq/L caracteriza uma hiperpotassemia leve a moderada. As diretrizes do KDIGO 2024 enfatizam que o iSRAA não deve ser suspenso rotineiramente frente a aumentos moderados de potássio. Em vez disso, deve-se priorizar medidas para reduzir o potássio (orientação dietética, uso de diuréticos ou quelantes de potássio) para permitir a manutenção da terapia com losartana, devido ao seu alto benefício na redução da progressão da DRC e mortalidade.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A metformina não precisa ser suspensa com TFGe de 48 mL/min. O risco de acidose láctica é considerado muito baixo em pacientes com TFGe acima de 30 mL/min, desde que não haja outros fatores de risco agudos.

Alternativa (b) Correta: Reflete a conduta atual de "nefroprovenção". Mantém-se a metformina (ajustando a dose se necessário conforme a evolução) e mantém-se o iSRAA (losartana) devido ao benefício clínico superior, manejando a hiperpotassemia com monitoramento estreito e medidas auxiliares.

Alternativa (c) Incorreta: Suspender ambas as medicações privaria o paciente de fármacos que comprovadamente reduzem o desfecho de falência renal e morte cardiovascular, sem uma indicação formal de suspensão baseada apenas nos valores apresentados.

Alternativa (d) Incorreta: A hiperpotassemia não é uma contraindicação absoluta para o uso de bloqueadores do SRAA em qualquer valor. As diretrizes recomendam tentar manter a droga mesmo com potássio entre 5,5 e 6,0 mEq/L, utilizando estratégias de redução do potássio sérico antes de optar pela suspensão do medicamento.

Questão 56

O quadro clínico descrito aponta para uma emergência psiquiátrica com forte suspeita de intoxicação por substância simpatomimética (como cocaína ou anfetaminas). Os sinais cardinais que levam a essa conclusão são a agitação psicomotora intensa, sintomas persecutórios de início agudo e, crucialmente, os sinais autonômicos: taquicardia, hipertensão, sudorese e midríase (pupilas dilatadas).

Em casos de agitação psicomotora associada a sinais de hiperatividade simpática, o tratamento de primeira escolha são os benzodiazepínicos. Eles atuam modulando os

receptores GABA, o que ajuda a reduzir a descarga adrenérgica, controlando tanto a agitação quanto a pressão arterial e a frequência cardíaca.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O diazepam é um benzodiazepínico, porém a via oral é inadequada para um paciente intensamente agitado e heteroagressivo, pois exige colaboração e tem início de ação mais lento. Além disso, a via intramuscular (IM) do diazepam possui absorção errática e não é recomendada em emergências.

b) Incorreta. O haloperidol é um antipsicótico típico muito utilizado em agitações psicomotoras. No entanto, em casos de suspeita de intoxicação por estimulantes (síndrome simpatomimética), os antipsicóticos devem ser evitados como primeira linha ou usados com extrema cautela, pois podem reduzir o limiar convulsivo e interferir na termorregulação, além de não tratarem a hiperatividade autonômica subjacente.

c) Incorreta. A clorpromazina é um antipsicótico de baixa potência com forte efeito sedativo, mas possui importantes efeitos colaterais alfa-bloqueadores (risco de hipotensão grave) e também reduz significativamente o limiar convulsivo, sendo contraindicada em quadros de agitação por intoxicação por substâncias.

d) Correta. O midazolam é um benzodiazepínico de ação curta com excelente absorção por via intramuscular. É a droga de escolha neste cenário por permitir um controle rápido da agitação e dos sintomas autonômicos (taquicardia e hipertensão), apresentando um perfil de segurança superior aos antipsicóticos em pacientes intoxicados por estimulantes.

Resumo do Manejo: Em pacientes com agitação e sinais de hiperatividade simpática (midríase, hipertensão e taquicardia), a prioridade é o uso de benzodiazepínicos por via parenteral (preferencialmente midazolam IM) para controle seguro do quadro.

Questão 57

Para compreender esta questão, é fundamental dominar os conceitos de psicopatologia da sensopercepção, diferenciando os fenômenos de acordo com a presença de estímulo, a localização no espaço e a capacidade de crítica do paciente.

Definição de Alucinação:

A alucinação é um fenômeno sensoperceptivo que ocorre sem a presença de um objeto ou estímulo externo. Sua principal característica, que a diferencia da alucinação verdadeira, é que o indivíduo mantém a crítica preservada. Isso significa

que, embora o paciente veja ou ouça algo, ele tem consciência de que aquela percepção é irreal ou fruto de uma disfunção, não conferindo ao fenômeno um caráter de verdade absoluta. É comum em quadros neurológicos e em certas síndromes de abstinência.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Define perfeitamente a alucinose. Há ausência de estímulo externo (o que a diferencia da ilusão) e presença de crítica por parte do paciente (o que a diferencia da alucinação). O paciente percebe o fenômeno como algo estranho ao seu funcionamento normal.

Alternativa (b) Incorreta: Esta descrição corresponde à alucinação verdadeira. Na alucinação, o paciente percebe algo sem estímulo externo, mas, ao contrário da alucinose, ele acredita totalmente na realidade daquela percepção, sem qualquer senso crítico.

Alternativa (c) Incorreta: Esta alternativa descreve a pseudoalucinação. Na pseudoalucinação, o fenômeno não possui corporeidade (não tem as características de um objeto físico do mundo externo) e é percebido no espaço interno ou subjetivo (como vozes dentro da cabeça ou imagens mentais involuntárias), geralmente sem a vivência de realidade de uma percepção sensorial comum.

Alternativa (d) Incorreta: Esta é a definição de ilusão. Na ilusão, existe um estímulo externo real, mas ele é percebido de maneira deformada ou interpretado erroneamente pelo cérebro (por exemplo, confundir o barulho do vento com um sussurro humano).

Questão 58

A questão aborda o manejo da interrupção do denosumabe, um anticorpo monoclonal que inibe o RANKL. Diferentemente dos bisfosfonatos, o denosumabe não se incorpora à matriz óssea e seu efeito é rapidamente reversível. Quando o tratamento é interrompido sem uma transição adequada, ocorre o chamado efeito rebote, caracterizado por um aumento súbito dos marcadores de reabsorção óssea, perda rápida da densidade mineral óssea (DMO) e um risco significativamente aumentado de fraturas vertebrais múltiplas em curto prazo.

Alternativa A (Incorreta): A teriparatida é um agente anabólico (análogo do PTH). O uso de teriparatida imediatamente após a suspensão do denosumabe pode levar a uma perda acelerada de DMO, especialmente em locais de osso cortical como o rádio distal e o colo do fêmur, não sendo a estratégia adequada para conter o rebote da

reabsorção óssea.

Alternativa B (Correta): Para manter os ganhos de massa óssea e prevenir o risco de fraturas após a suspensão do denosumabe, é obrigatório realizar uma terapia sequencial com um antirreabsortivo potente, geralmente um bisfosfonato. O ácido zoledrônico é a escolha preferencial para consolidar o tratamento, devendo ser administrado seis meses após a última aplicação do denosumabe, momento em que o efeito da droga começa a declinar no organismo.

Alternativa C (Incorreta): O conceito de feriado terapêutico (*drug holiday*) aplica-se exclusivamente aos bisfosfonatos (como alendronato ou ácido zoledrônico), que permanecem na matriz óssea por anos. No caso do denosumabe, a suspensão sem uma medicação de substituição é contraindicada pelo alto risco de perda de todo o ganho ósseo prévio e ocorrência de fraturas.

Alternativa D (Incorreta): O raloxifeno é um modulador seletivo do receptor de estrogênio (SERM) com efeito antirreabsortivo considerado modesto. Ele não possui potência biológica suficiente para bloquear o estímulo osteoclástico exacerbado que ocorre após a interrupção do denosumabe. O uso de calcitriol e cálcio é importante na osteoporose, mas não substitui a necessidade de um bisfosfonato potente neste cenário de transição.

Questão 59

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 (DM2): idade (50 anos), sedentarismo, dieta inadequada, sobrepeso (IMC 28 kg/m²), obesidade abdominal (circunferência abdominal de 94 cm), níveis pressóricos limítrofes e história familiar de primeiro grau.

Os exames laboratoriais iniciais revelam:

- Glicemia de jejum: 104 mg/dL (valor de referência para pré-diabetes: 100 a 125 mg/dL).
- Hemoglobina glicada (HbA1c): 5,8% (valor de referência para pré-diabetes: 5,7 a 6,4%).

Ambos os resultados confirmam o estado de pré-diabetes. O desafio da questão é determinar se o diagnóstico atual é suficiente para a conduta ou se há necessidade de investigação adicional.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (c) propõe a solicitação do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG). De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA), quando um paciente apresenta exames na faixa de pré-diabetes e possui alto risco metabólico (como é o caso desta paciente com obesidade central, hipertensão e histórico familiar), o TOTG é a conduta diagnóstica mais precisa.

O TOTG possui maior sensibilidade que a glicemia de jejum e a HbA1c para detectar tanto a intolerância à glicose quanto o diabetes propriamente dito, que pode já estar presente mesmo com glicemia de jejum apenas discretamente alterada. Portanto, antes de fechar o plano terapêutico, deve-se afastar o diagnóstico de DM2 com o teste de sobrecarga (75 g de glicose).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Orientar mudanças no estilo de vida e repetir exames em 6 meses: Embora a mudança no estilo de vida seja fundamental, ser passivo e aguardar 6 meses em uma paciente de alto risco é inadequado. A investigação diagnóstica deve ser concluída agora para definir se a intervenção será apenas comportamental ou se exigirá abordagem para diabetes estabelecido.

b) Informar o diagnóstico de pré-diabetes e prescrever metformina: O uso de metformina no pré-diabetes é reservado para casos específicos, como pacientes com IMC > 35 kg/m², idade < 60 anos, mulheres com histórico de diabetes gestacional ou quando a glicemia progride apesar das mudanças no estilo de vida. A paciente em questão tem IMC de 28 kg/m² e 50 anos, não preenchendo os critérios clássicos para início imediato da medicação sem antes tentar medidas não farmacológicas ou concluir a investigação com o TOTG.

d) O foco deve ser na redução de peso, pois perdas de 7% a 10% do peso inicial podem reverter a disglucemia: A afirmação sobre a perda de peso é clinicamente correta e faz parte do tratamento, mas a questão pergunta qual deve ser a "conduta mais apropriada" no sentido de manejo clínico e diagnóstico. Antes de focar apenas no tratamento da disglucemia incipiente, é necessário garantir que a paciente não possua diabetes estabelecido, o que o TOTG fará com maior acurácia. Além disso, em provas de residência, quando há evidência de pré-diabetes em paciente de risco, a complementação diagnóstica costuma ser a resposta esperada.

Questão 60

O quadro clínico descrito, apresentando a tríade de febre, cefaleia e rigidez de nuca, associada à alteração do estado mental (confusão e desorientação), é altamente sugestivo de meningite bacteriana aguda. Trata-se de uma emergência médica em que o tempo para o início do tratamento impacta diretamente no prognóstico.

A principal discussão na abordagem da meningite é o momento da realização da punção lombar (PL). Embora a análise do líquido seja fundamental, a punção não deve ser realizada de imediato se houver sinais sugestivos de aumento da pressão intracraniana ou risco de herniação cerebral.

As indicações formais para realizar uma tomografia de crânio (TC) antes da punção lombar são:

1. Alteração do nível de consciência (como a confusão e desorientação deste paciente).
2. Déficits neurológicos focais.
3. Papiledema (edema de papila no fundo de olho).
4. Crise convulsiva de início recente (última semana).
5. Estado de imunossupressão conhecido.
6. História prévia de doença do sistema nervoso central (tumores, AVC ou infecções focais).

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. A presença de confusão mental e desorientação no tempo e no espaço contraindica a punção lombar imediata. Nesses casos, é necessário realizar um exame de imagem primeiro para garantir a segurança do procedimento e evitar a herniação cerebral.

Alternativa B - Incorreta. O erro desta alternativa é afirmar que a punção deve ser feita independentemente do exame de imagem. Como o paciente apresenta alteração do sensório (sinal de alerta), a TC é mandatória antes de introduzir a agulha no espaço subaracnoideo.

Alternativa C - Incorreta. Esta conduta é perigosa. Se a decisão for realizar uma TC de crânio, o tratamento antibiótico empírico (e idealmente a dexametasona) deve ser iniciado antes de encaminhar o paciente para a radiologia. O atraso na medicação enquanto se aguarda o resultado da imagem aumenta significativamente a morbidade e a mortalidade da doença.

Alternativa D - Correta. É a conduta que segue os protocolos internacionais (como o da IDSA). Identificada a necessidade de TC (pela confusão mental), deve-se: coletar

hemoculturas, iniciar imediatamente a antibioticoterapia empírica para não retardar o tratamento e, após a TC descartar contra-indicações (como efeito de massa ou desvio de linha média), proceder com a punção lombar para análise do líquido.
